

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Εξατομικευμένη και Ολοκληρωμένη Νοσηλευτική Παρέμβαση  
Εφαρμόζοντας τη Μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε Ασθενή που  
Πάσχει από Ακράτεια εκ Προσπαθείας και Υπεβλήθη σε Εγχείρηση  
κατά την Τεχνική Stamey.

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

κ. Νάνου Κυριακή

Σπουδάστρια

Κοντίδου Ευτέρπη

Πάτρα, 10.1.1994



|                      |     |
|----------------------|-----|
| ΑΡΙΘΜΟΣ<br>ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 948 |
|----------------------|-----|

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... 1

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ ..... 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... 2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ..... 3

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ..... 5

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΣΗΣ..... 15

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ..... 18

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ..... 18

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ..... 27

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ..... 44

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ..... 47

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ..... 48

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|  |    |
|--|----|
| ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ NANSY<br>ROPER .....  | 54 |
| ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ<br>ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ<br>ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ<br>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ..... | 57 |
| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ STAMEY .....  | 58 |
| ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ .....   | 62 |
| ΠΡΟΓΝΩΣΗ .....   | 62 |
| ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....  | 63 |
| ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑ<br>ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ STAMEY .....   | 89 |
| ΣΧΟΛΙΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....  | 91 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....   | 92 |

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Καθημερινά σ' όλους τους τομείς και κλινικές ενός νοσηλευτικού ιδρύματος παρατηρείται κάποιο περιστατικό ακράτειας σε ασθενή.

Ένα εύρημα τόσο καθολικό και καθοριστικό για την κοινωνική ζωή προσέλκυσε γρήγορα την προσοχή μου και μετά από αρκετή σκέψη αποφάσισα να είναι το θέμα της πτυχιακής μου.

Προσωπικά το θεωρώ θέμα σπουδαιότητα που πρέπει να απασχολεί κάθε μέλος της Νοσηλευτικής Ομάδας. Εμείς είμαστε τα πρόσωπα που πρέπει ο ασθενής να θεωρεί άξια εμπιστοσύνης, ώστε να αποκαλύψει εκμυστηρεύσεις και στοιχεία για μία τόσο ευαίσθητη και μερικές φορές ερμητικά κλεισμένη στους άλλους πτυχή της ζωής του.

Όταν ξεκίνησα αυτήν την εργασία κυριολεκτικά ένιωσα χαμένη μπρος στην απεραντοσύνη των θεμάτων που είχα στην διάθεσή μου για μελέτη. Τελικά έβλεπα πως έπρεπε να απαντήσω σ' ένα δίλημα που εμφανιζόταν σε κάθε μου βήμα. Γυναικεία ή Ανδρική ακράτεια;

Το γυναικείο στοιχείο εντός μου και το περιστατικό που ήδη είχα καταγράψει δώσανε την απάντηση ...

Στο γενικό μέρος αρχικά, αναφέρομαι στην ανατομία του ουροποιητικού

συστήματος, την φυσιολογία της ούρησης και σχετικά με την ακράτεια, την γένεσή της, την εξέλιξη και τρόπους θεραπείας της.

Στο ειδικό μέρος περιγράφω μία περίπτωση ασθενούς που είχα νοσηλέψει στο Withington Hospital κατά την εξαμήνη παραμονή μου στην Αγγλία. Εδώ προσπάθησα να τονίσω κάποια ιδιαίτερα στοιχεία της Αγγλικής Νοσηλευτικής Δράσης που επισήμανα.

Ελπίζω η παρούσα εργασία να κινήσει το ενδιαφέρον ατόμων που ψάχνουν ερευνούν και μελετούν και να προσφέρει μικρή ελάχιστη βοήθεια σε όποιον επιθυμεί να εντρυφήσει στο θαυμαστό κόσμο της μάθησης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΟΡΙΣΜΟΣ

Γυναικεία ακράτεια ή ακράτεια από προσπάθεια (stress incontinence) των ούρων είναι μια ιδιαίτερα ενοχλητική πάθηση που βέβαια δε θέτει σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών, αλλά δημιουργεί αφ' ενός προβλήματα υγιεινής και αφ' ετέρου υποχρεώνει σε κοινωνική αυτοαπομόνωση που μπορεί να έχει καταλυτικές επιπτώσεις στο ψυχισμό, ιδιαίτερα των σχετικά νέων αυτών γυναικών.

Η γνήσια ακράτεια από προσπάθεια είναι ακράτεια ούρων η οποία συμβαίνει σαν αποτέλεσμα ατελούς μηχανισμού σύγκλισης της ουρήθρας κατά τη διάρκεια αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης (βήχας, γέλιο, παρμός, ανύψωση βάρους, περπάτημα).

Η ένδειξη της ακράτειας από προσπάθεια είναι η παρατήρηση απώλειας ούρων από το έξω ουρηθρικό στόμιο αμέσως μετά την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Απαραίτητη δηλαδή συνθήκη για ακράτεια από προσπάθεια είναι η ακούσια διαφυγή ούρων σαν αποτέλεσμα διαφοράς πίεσης μεταξύ της κύστης και της ουρήθρας χωρίς να συνυπάρχει ακούσια συστολή του εξωστήρος.



## ΙΣΤΟΡΙΑ

Ο όρος stress incontinence χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον Sir Eardley Holland και συμβουλές για την αντιμετώπισή της αναφέρονται ήδη από το 1864.

Η ιατρική αντιμετώπιση περιελάμβανε διάφορους χειρισμούς όπως ποδόλουτρο με κρύο νερό, κρύο υπογαστρικό ντους, αρωματικά μπάνια, και κολπικές πλύσεις. Ο Schartz όπως αναφέρει ο Marchan πρότεινε ένεση απεσταγμένου νερού μέσα στην νωτιαία θήκη (spinal theca) και στον επισκληρίδιο χώρο.

Η πρώτη προσπάθεια χειρουργικής αντιμετώπισης, αν και αυτή δεν ησυχάζει με το πρόσθιο κολπικό τοίχωμα ή την ουρήθρα, προτάθηκε, όπως επίσης αναφέρει ο Marchant από τον Neveu στα 1880.

Ο Neveu συνιστούσε απολίνωση της ακροποσθίας της κλειτορίδας και χρωματισμό του έξω ουρηθρικού στομίου με κολλόδιο. Από το 1890 αναφέρεται ένας αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων που περιελάμβανε αφαίρεση τμήματος του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος ή ακόμη και πλήρη αναστροφή της ουρήθρας.

Το 1901 ο Kelly περιέγραψε την πτύχωση του κυστικού αυχένα. Στα

επόμενα χρόνια περιεγράφησαν πολλές χειρουργικές μέθοδοι με κολπική ή οπισθοθηβική προσπέλαση ή με συνδυασμό των δύο προσπελάσεων. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί πάνω από 100 χειρουργικές μέθοδοι πράγμα που δείχνει ότι καμμία δεν έχει τόσο καλά αποτελέσματα.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μελέτες έχουν δείξει ότι μέχρι 50% νεαρών άτοκων γυναικών μπορεί να παρουσιάζουν απώλεια ούρων σε κατάσταση "stress" ειδικά όταν η κύστη τους είναι πολύ γεμάτη.

Συχνότερα γνήσιο "stress incontinence" παρουσιάζεται σε λευκές που έχουν κάνει έστω και έναν τοκετό και σπανιότερα παρατηρείται σε γυναίκες της μαύρης και κίτρινης φυλής.

Επιδημιολογικές έρευνες αναβάζουν το ποσοστό των ασθενών που ζητούν ιατρική συμβουλή στο 1% του γενικού πληθυσμού, ενώ έχουν ακράτεια και δεν έχουν επισκεφθεί γιατρό το 3,3% των ανδρών και το 8% των γυναικών.

Ο επιπολασμός της αυξάνει με την ηλικία τόσο που στην τρίτη ηλικία

μπορεί να φτάσει στα επίπεδα του 17%.

Η V. Jolley's εξ' άλλου αναφέρει ότι σε μια σειρά 833 ασθενών άνω των 25 ετών υπήρχε ένα ποσοστό 41% με προβλήματα ακράτειας. Τα ποσοστά ήταν μικρότερα σε άτοκες γυναίκες (17%) και μεγαλύτερα σε αυτές που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση (35%). Αντίθετα το ποσοστό των γυναικών που είχαν προβλήματα ακράτειας και που είχαν γεννήσει έφθανε στα 48% ενώ σε γυναίκες που ήταν στην προ της εμμηνόπαυσης περίοδο ήταν 47%.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

### ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από τους δύο νεφρούς που αποτελούν την εκκριντική μοίρα του συστήματος και από :

- α) τους νεφρικούς κάλυκες,
- β) την νεφρική πύελο,
- γ) τον ουρητήρα,
- δ) την ουροδόχο κύστη, και
- ε) την ουρήθρα,

που αποτελούν την αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος.

## ΝΕΦΡΟΙ

Βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης. Εκτείνονται από τον 12ο θωρακικό μέχρι τον 3ο οσφυϊκό

σπόνδυλο. Ο δεξιός βρίσκεται λίγο χαμηλότερα από ότι ο αριστερός εξ αιτίας της μεγάλης μάζας του δεξιού λοβού του ήπατος.

Οι νεφροί έχουν σχήμα φασολιού, εμφανίζουν δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, δύο χείλη το έσω και το έξω, και δύο πόλους, τον άνω και τον κάτω. Κάθε επινεφρίδιο επικάθεται στον άνω πόλο του σύστοιχου νεφρού.

Οι νεφροί περιβάλλονται από τον ινώδη κιτώνα δηλαδή μια κάψα από συνδετικό ιστό, η οποία είναι στενά προσκολλημένη πάνω στο νεφρικό παρέγχυμα, και η οποία αποκολλάται εύκολα από το φυσιολογικό νεφρό.

Εξω από τον ινώδη κιτώνα υπάρχει ένα επένδυμα από λίπος που λέγεται περινεφρικό λίπος.

Η περινεφρική περιτονία περιβάλλει το περινεφρικό λίπος και περικλείει τους νεφρούς και τα επινεφρίδια.

Το περιτόναιο καλύπτει μόνο την πρόσθια επιφάνεια των νεφρών.

Η διαίρεση του νεφρού σε φλοιώδη και μυελώδη ζώνη φαίνεται και στην κατά μέτωπο και στην εγκάρσια διατομή του νεφρού.

Η μυελώδης ζώνη αποτελείται από 11- 12 μεγάλες πυραμίδες των οποίων οι κορυφές και οι θηλές στρέφονται προς την νεφρική κοιλία. Μεταξύ των πυραμίδων της μυελώδους ζώνης εκπέμπονται προσεκβολές της φλοιώδους ζώνης μέχρι την νεφρική κοιλία (οι νεφρικοί στύλοι του Bertini).

Η όψη της μυελώδους ουσίας είναι γραμμωτή, ενώ της φλοιώδους είναι κοκκώδης.

Μέσα σε κάθε νεφρό υπάρχουν 1.300.000 ουροφόρα σωληνάκια που αρχίζουν από το έλυτρο του BOWMAN. Το έλυτρο του BOWMAN και το αγγειώδες σπείραμα σχηματίζουν το νεφρικό σωματίο.

Το πρώτο τμήμα του ουροφόρου λέγεται εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο και μεταπίπτει στην αγκύλη του HENLE. Η αγκύλη του HENLE μεταπίπτει στο άπω εσπειραμένο σωληνάριο.

Το νεφρικό σωματίο και τα ουροφόρα σωληνάκια αποτελούν ένα νεφρώνα. Ο νεφρώνας αποτελεί την λειτουργική και την ανατομική μονάδα του νεφρού. Ο κάθε νεφρός αποτελείται από 1.300.000 νεφρώνες.

## ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΝΕΦΡΩΝ

Η νεφρινή αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αορτής και συνήθως διαιρείται σε πέντε κλάδους.

Κάθε κλάδος εισέρχεται στο παρέγχυμα και υποδιαιρείται στους ακόλουθους κατά σειρά κλάδους. Τις μεσολόβιες αρτηρίες, που πορεύονται στη μυελώδη ουσία, και ύστερα ως τοξοειδείς αρτηρίες που φέρονται

τοξοειδώς. Από τις τοξοειδείς αρτηρίες εκπορεύονται οι μεσολόβιες <sup>3</sup> αρτηρίες, που κατά την πορεία τους σε κανονικά διαστήματα χορηγούν τα προσαγωγά αρτηρίδια που εισέρχονται στο έλυτρο του BOWMAN, και σχηματίζουν τα τριχοειδή του αγγειώδους σπειράματος.

Από το αγγειώδες σπείραμα ακολουθούν τα απαγωγά αρτηρίδια που μεταπίπτουν στο τριχοειδικό δίκτυο του φλοιού.

Από τα τριχοειδή αυτά αρχίζουν οι μεσολοβίδιες φλέβες, μετά έχουμε τις τοξοειδείς φλέβες, και τις μεσολόβιες φλέβες.

Στην μυελώδη ουσία έχουμε τα ευθέα αρτηρίδια τα οποία ξεκινούν, ή από την τοξοειδή αρτηρία, ή από τα απαγωγά αρτηρίδια.

Το αίμα από τα τριχοειδή φέρεται στα ευθέα φλεβίδια, και από εκεί στις τοξοειδείς και μεσολόβιες φλέβες οι οποίες τελικά εκβάλλουν στην νεφρική φλέβα.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα νεφρικά αγγεία είναι τελικοί κλάδοι, χωρίς αναστομώσεις μεταξύ τους, και ότι η κάκωση ενός κλάδου καταλήγει σε ισχαιμική νέκρωση της περιοχής, που αρδεύεται από τον κλάδο αυτό.

## ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Το νεφρικό πλέγμα βρίσκεται αμέσως πάνω από τη νεφρική αρτηρία και δίνει κλάδους στο νεφρό αλλά και στο επινεφρίδιο και το άνω τμήμα του ουρητήρος.

Το πλέγμα αυτό δέχεται κλάδους από τα κατώτερα νωτιαία νεύρα, από τις συμπαθητικές ίνες του κοιλιακού πλέγματος, τα σπλαγγικά νεύρα και το πνευμονογαστρικό.

Εκκριντικές ίνες δεν υπάρχουν στο νεφρικό νευρικό πλέγμα.

## ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Διατάσσονται γύρω από τα νεφρικά σωληνάκια, κάτω από την ινώδη κάψα και στο περινεφρικό λίπος.

Δημιουργούνται 4-5 κύρια στελέχη που εκβάλλουν στα αορτικά και οσφυικά λεμφογάγγλια.



## ΚΑΛΥΚΕΣ, ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΥΕΛΟΣ ΚΑΙ ΟΥΡΗΤΗΡΑΣ

1. **Κάλυκες:** Οι ελάσσονες κάλυκες (8 - 1 τον αριθμό) προσφύονται ο καθένας γύρω από την κορυφή κάθε μαλπιγγιανής πυραμίδας.  
  
Όταν οι ελάσσονες κάλυκες συννευθούν, σχηματίζουν συνήθως 2 - 3 μείζονες κάλυκες που ενώνονται με την νεφρική πύελο.
  
2. **Νεφρική πύελος:** Αυτή μπορεί να είναι ενδονεφρική ή εξωνεφρική και προς τα κάτω και έσω η διάμετρος της μικραίνει βαθμιαία για να συνεχισθεί στον ουρητήρα.
  
3. **Ουρητήρας:** Στον ενήλικα ο ουρητήρας έχει μήκος 28 - 30 cm και ακολουθεί μια πορεία σχήματος λατινικού S. Αρχίζει από την κορυφή της νεφρικής πυέλου, στο ίδιο ύψος με τον δεύτερο οσφυϊκό σπόνδυλο και πορεύεται αρχικά στα πλάγια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και έπειτα μέσα στην ελάσσονα πύελο.

Ο ουρητήρας χωρίζεται σε 3 μοίρες:

- α) Την κοιλιακή, η οποία πορεύεται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης, οπισθοπεριτοναϊκά και πάνω στον φοίτημα μέχρι του άνω στομίου της ελάσσονος πυέλου, από όπου αρχίζει,
- β) η πυελική μοίρα του ουρητήρα. Αυτή πορεύεται στο έξω τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου, κατά μήκος των έσω λαγωνίων αγγείων και έπειτα ανακάμπτει προς τα έσω και πρόσω πορευόμενη πάνω στο πυελικό έδαφος, από όπου εκβάλλει τελικά στον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως. Τέλος
- γ) Η κυστική μοίρα του ουρητήρα που εισέρχεται και πορεύεται στο τοίχωμα της κύστεως λοξά μέχρι το ουρητηρικό στόμιο, στα άκρα του τριγώνου της κύστεως.

Ο ουρητήρας εμφανίζει τρία φυσιολογικά στενώματα :

- α) στένωμα κατά την πυελοουρητηρική συμβολή,
- β) στένωμα στο σημείο χιασμού του με τα λαγόνια αγγεία,  
και
- γ) στο σημείο της πορείας του διαμέσου του κυστικού τοιχώματος.

#### ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Είναι μια αποθήκη των ούρων η οποία ποικίλλει σε μέγεθος, σχήμα, θέση και σχέσεις ανάλογα με το ποσό των υγρών που περιέχει καθώς και με την κατάσταση διατάσεως των άλλων οργάνων.

Βρίσκεται όταν είναι κενή στην ελάσσονα πυέλο, πίσω από την ηβική σύμφυση, μπροστά από το σπυροειδές σκελετό, τη μήτρα στην γυναίκα, ή μπροστά από το σπυροειδές σκελετό ανδρικό ή πάνω από το περίνεο στη γυναίκα.

Όταν διατείνεται εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα.

Η ουροδόχος κύστη διακρίνεται σε 3 μέρη:

- Την κορυφή,
- Το σώμα, και
- Τον πυθμένα.

Το σχήμα της είναι ωοειδές και εμφανίζει πρόσθια, άνω και οπίσθια επιφάνεια, όταν όμως είναι γεμάτη έχει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια.

#### ΣΤΗΡΙΞΗ:

Στηρίζεται κυρίως στο πυελικό έδαφος, δηλαδή στο περίνεο

Επί πλέον την στηρίζουν:

- a) Το περιτόναιο, το οποίο καλύπτει την οπίσθια επιφάνεια της κύστεως από την κορυφή μέχρι την εκβολή των ουρητήρων. Στο όριο μεταξύ σώματος και πυθμένος το περιτόναιο σχηματίζει το

- στην γυναίκα το  
κυστεομητρικό και ευθυμητρικό κόλπωμα,
- β) Ο μέσος και οι δύο πλάγιοι ομφαλοκυστικοί σύνδεσμοι,
- γ) Οι ηβοκυστικοί σύνδεσμοι (.....),  
.....,
- δ) Η προκυστική περιτονία, μπροστά από την οποία υπάρχει  
τρίγωνος χώρος, ο λεγόμενος προκυστικός χώρος του Retzius.

Στο εσωτερικό της κύστεως υπάρχουν πτυχές του βλεννογόνου που  
εξαφανίζονται όταν η κύστη γεμίζει με ούρα.

Στον πυθμένα της κύστεως παρατηρείται μία λεία τρίγωνη περιοχή, το  
κυστικό τρίγωνο, η βάση του οποίου αντιστοιχεί στο ουρητητικό όγκωμα που  
δημιουργείται από την προώθηση του κυστικού τοιχώματος με την είσοδο των  
ουρητήρων.

Ακριβώς απέναντι, η κορυφή του κυστικού τριγώνου εκβάλλει στο έσω  
στόμιο της ουρήθρας.

Στα άκρα του κυστικού τριγώνου υπάρχουν τα στόμια της ουρήθρας, ενώ πίσω από το ουρητητικό όγκωμα σχηματίζεται ο οπισθοουρητητικός βόθρος, όπου οι ουρητήρες κατακράτουνται μέχρι να γεμίσει ο βόθρος. Τα άκρα του βόθρου είναι κατακράτούνται μέχρι να γεμίσει ο βόθρος και τότε τα ούρα.

#### ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΟΥΡΗΘΡΑ

Στις ενήλικες γυναίκες, η ουρήθρα έχει μήκος 3 - 4 cm και διάμετρο 8 mm και πορεύεται κάτω από την ηβική σύμφυση και μπροστά από τον κόλπο.

#### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΣΕΩΣ

Η ούρηση είναι βασικά ένα αντανακλαστικό του νωτιαίου μυελού που διευκολύνεται να αναστέλλεται από υψηλότερα εγκεφαλικά κέντρα.

Τα ούρα εισέρχονται στην ουροδόχο κύστη χωρίς να προκαλούν ιδιαίτερη αύξηση της ενδοκυστικής πίεσης μέχρις ότου η κύστη γεμίσει καλά. Επιπλέον οι μυϊκές ίνες της κύστης έχουν την ιδιότητα της πλαστικότητας. Όταν δηλαδή διατείνονται, η τάση που παράγεται αρχικά δεν διατηρείται.

Η καμπύλη της ενδοκυστικής πίεσης σε σχέση με τον όγκο του υγρού στην κύστη ονομάζεται κυστεογράφημα.

Η αρχική ένδειξη για ούρηση γίνεται αισθητή όταν ο όγκος της κύστεως είναι 150 ml περίπου και το αίσθημα πληρότητας όταν ο όγκος φθάσει τα 400 ml περίπου.

Κατά την ούρηση οι μύες του περινέου και ο εξωστήρας μύς συσπώνται και τα ούρα εξέρχονται δια μέσου της ουρήθρας.

Ο μηχανισμός που προκαλεί την έναρξη της εκούσιας ούρησης δεν έχει διευκρινισθεί.

Ένα από τα αρχικά γεγονότα είναι η χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει μια ικανή έλξη προς τα κάτω του εξωστήρα μύος για να αρχίσει την συστολή του.

Οι μύες του περινέου και ο έξω σφιγκτήρας μπορούν να συσπασθούν θεληματικά εμποδίζοντας τα ούρα να περάσουν την ουρήθρα, ή διακόπτοντας

την ροή των ούρων, ενώ έχει αρχίσει η ούρηση.

Η ικανότητα των ενηλίκων να καθυστερούν την ούρηση ώσπου να βρεθεί η κατάλληλη ευκαιρία οφείλεται στο ότι μαθαίνουν να διατηρούν τον έξω σφιγκτήρα συσπασμένο. Μετά την ούρηση η γυναικεία ουρήθρα αδειάζει με την βαρύτητα.



## ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το σύστημα που εμποδίζει την εξοδό των ούρων αποτελείται κατά βάση από δύο σφιγκτήρες, τον έσω και έξω ουρηθρικό σφιγκτήρα.

Ο πρώτος είναι σχηματισμένος από λείες μυϊκές ίνες τοποθετημένες σε σχήμα κύκλου στην θέση του έσω ουρηθρικού στομίου και δέχεται στην οπισθία πλευρά του μυϊκές ίνες που προέρχονται από τους ουρητήρες και το τρίγωνο, ενώ μερικές πρόσθιες και πλάγιες επιμήκεις ίνες στηρίζουν αυτό το σύστημα στα στοιχεία της ισχυοκυστεοαυχενικής περιτονίας.

Το άνοιγμα του σφιγκτήρος έτσι ουσιαστικά οφείλεται στην χάλαση των κυκλικών ινών και στην σύγχρονη σύσπαση του τριγώνου και της ουρήθρας.

Ο δεύτερος ο έξω δηλαδή σφιγκτήρας είναι σχηματισμένος από ραβδωτές μυϊκές ίνες σε κυκλωτερή κυρίως διάταξη που όμως δεν ανήκουν στο σύνολο των μυών του ουρογεννητικού διαφράγματος.

Η ακράτεια των ούρων σχετίζεται μόνο με βλάβη (ή βλάβες) του έσω

ή έξω σφιγκτήρας ή και των δύο.

Ο έσω σφιγκτήρας που αφορά το έσω στόμιο της κύστης είναι το κύριο όργανο αποφυγής της ακράτειας ή εξασφάλισης της εγκράτειας των ούρων. Η εγκράτεια των ούρων σε stress ή καταστάσεις απότομης αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης εξασφαλίζεται μόνο όταν υπάρχει πλήρης λειτουργική επάρκεια του έσω σφιγκτήρος.

Αντίθετα ο έξω σφιγκτήρας δεν έχει τόσο σημασία στην εγκράτεια των ούρων. Είναι όμως απαραίτητος για την εκούσια διακοπή της ούρησης ή για το ξεκίνημα της αλυσιδωτής αντίδρασης της ούρησης.

Εάν και οι δύο σφιγκτήρες έχουν υποστεί βλάβη, τότε έχουμε πλήρη ή ολική ακράτεια ούρων και τότε τα ούρα εξέρχονται συνεχώς, ή στάγδην με αποτέλεσμα τη μερική ή ατελή πλήρωση της κύστης σε επίπεδα κατώτερα εκείνων που είναι απαραίτητα για τη δημιουργία συστολής του εξωστήρος. Έτσι τα άτομα αυτά ενώ δεν ουρούν είναι συνεχώς βρεγμένα από τη συνεχή και ανεξέλεγκτη απώλεια ούρων.

Σύμφωνα με τον Centaro το πραγματικό κέντρο ελέγχου της κυστεοουρηθρικής συμβολής είναι το τρίγωνο. Αυτό πράγματι αναλαμβάνοντας τον έλεγχο των σφιγκτηριακών λειτουργιών κυστεοουρηθρικών και κυστεο-ουρηθρικών, εμποδίζει την παλινδρόμηση των ούρων στους ουρητήρες, εμποδίζει την έξοδο των ούρων προς την

ουρήθρα και ρυθμίζει τους διάφορους μηχανισμούς που εναλλάσσονται στη διάρκεια της ούρησης.

Ειδικότερα αν έχουμε λίγα ούρα στην κύστη η σύσπαση του έξω σφιγκτήρα γίνεται με ερεθίσματα που φθάνουν από το αιδοϊκό νεύρο ενώ όταν έχουμε μέτρια ποσότητα ούρων στην κύστη, με ερεθίσματα ουρηθρικής προέλευσης ( πέρασμα ούρων στην οπίσθια ουρήθρα ) που οφείλονται σε στιγμιαία χάλαση του ουρηθραίου δακτυλίου ( *annulus urethralis* ).

Αντίθετα, όταν η κύστη έχει πληρωθεί από ούρα έχουμε το κωπιαίο αντανακλαστικό της ούρησης, το οποίο εξελίσσεται με δύο τρόπους :

Ο πρώτος που ονομάζεται κυστεοουρηθρικό αντανακλαστικό ή 5<sup>ο</sup> αντανακλαστικό του Barington προβλέπει μια χάλαση του έξω σφιγκτήρα και εν μέρει και του έσω σφιγκτήρα οφειλόμενη σε αύξηση της ενδοκυστικής πίεσης που έχει σαν αποτέλεσμα ερεθισμό των εν τω βάθει γρήγορης ενεργοποίησης κυστικών τασεοϋποδοχέων, και

Ο δεύτερος δηλαδή το ουρηθροεξωστηρικό αντανακλαστικό ή 7<sup>ο</sup> αντανακλαστικό του Barrington περιλαμβάνει το οριστικό άνοιγμα του ουρηθραίου δακτυλίου με την υπέρβαση του υπολειπόμενου τόνου του έσω σφιγκτήρα, που προκαλείται από την επαφή των ούρων με τον

βλεπνογόνο της οπισθίας ουρήθρας που φέρει σαν αποτέλεσμα αύξηση της συσπάσεως του εξωστήρα και των μυών του τριγώνου.

Στον καθορισμό των μηχανισμών της ούρησης παίζει σημαντικό ρόλο ένας άλλος παράγοντας που είναι τα στοιχεία της ισχυοκυστεοαυχενικής περιτονίας. Αυτές οι ίνες πράγματι στηρίζουν στο πυελικό έδαφος το σύστημα των κυστεοουρηθρικών σφιγκτήρων και διασφαλίζουν το πρόσθιο σύστημα συγκράτησης του anulus και το οπίσθιο του τριγώνου, έτσι ώστε η χάλαση μεταξύ των δύο σταθερών άκρων αφ' ενός και η σύσπαση αφ' ετέρου των μυών του Bell ( μυϊκές ίνες που από καθένα ουρητηρικό στόμιο φθάνουν στο οπίσθιο όριο του έσω σφιγκτήρα ) να καθορίζουν το άνοιγμα του κυστικού αυχένα.

Εξ' άλλου αυτές οι ίνες έχουν σχέση με τον αυχένα της μήτρας και τα τοιχώματα του κόλπου δημιουργώντας μια ιδιαίτερη σταθερότητα μεταξύ κύστης, ουρήθρας και κόλπου.

Τρεις βασικοί παράγοντες που ελέγχουν εξάλλου την ούρηση είναι:

- α) Η ουρηθροκυστική πίεση ,
- β) Η οπισθία ουρηθρο-κυστική γωνία, και
- γ) Ο ουρηθρικός άξονας.

Αναλυτικώτερα:

Η ουρηthro-κυστική πίεση πρέπει να έχει ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως το γεγονός ότι η πίεση στην ουρήθρα κυρίως στα εγγύς δύο τρίτα πρέπει να ισοδυναμεί ή να υπερβαίνει την ενδοκυστική πίεση ακόμα και όταν κάποιος κάνει κάποιο έργο (βήχας, τρέξιμο, γέλωτας κ.λ.π.).

Αυτό γίνεται επειδή κάθε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης κατανέμεται σε φυσιολογικές συνθήκες τόσο στα εγγύς δύο τρίτα της ουρήθρας όσο και στην κύστη.

Σε μηχανικές βλάβες του πυελικού εδάφους ( όπως π.χ. εργώδης τοκετός ή τραύματα στην περιοχή ) δημιουργούνται συνθήκες ανεπαρκούς στήριξης της ουρήθρας από τους περίξ ιστούς και ιδιαίτερα τους μύς του πυελικού εδάφους οπότε η κινητή ουρήθρα, ακόμη και ο αυχέννας σε σοβαρές περιπτώσεις, εξέρχεται του ενδοκοιλιακού χώρου και δεν συγκλείεται από την παθητική μετάδοση της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσεως η οποία κατανέμεται μόνο στην κύστη με αποτέλεσμα τη διαφυγή των ούρων.

Η οπισθία ουρηthro - κυστική γωνία εξ' άλλου που φυσιολογικά είναι 90 - 100° φαίνεται να έχει εξ' ίσου σημαντική συμβολή στην εγκράτεια των ούρων.

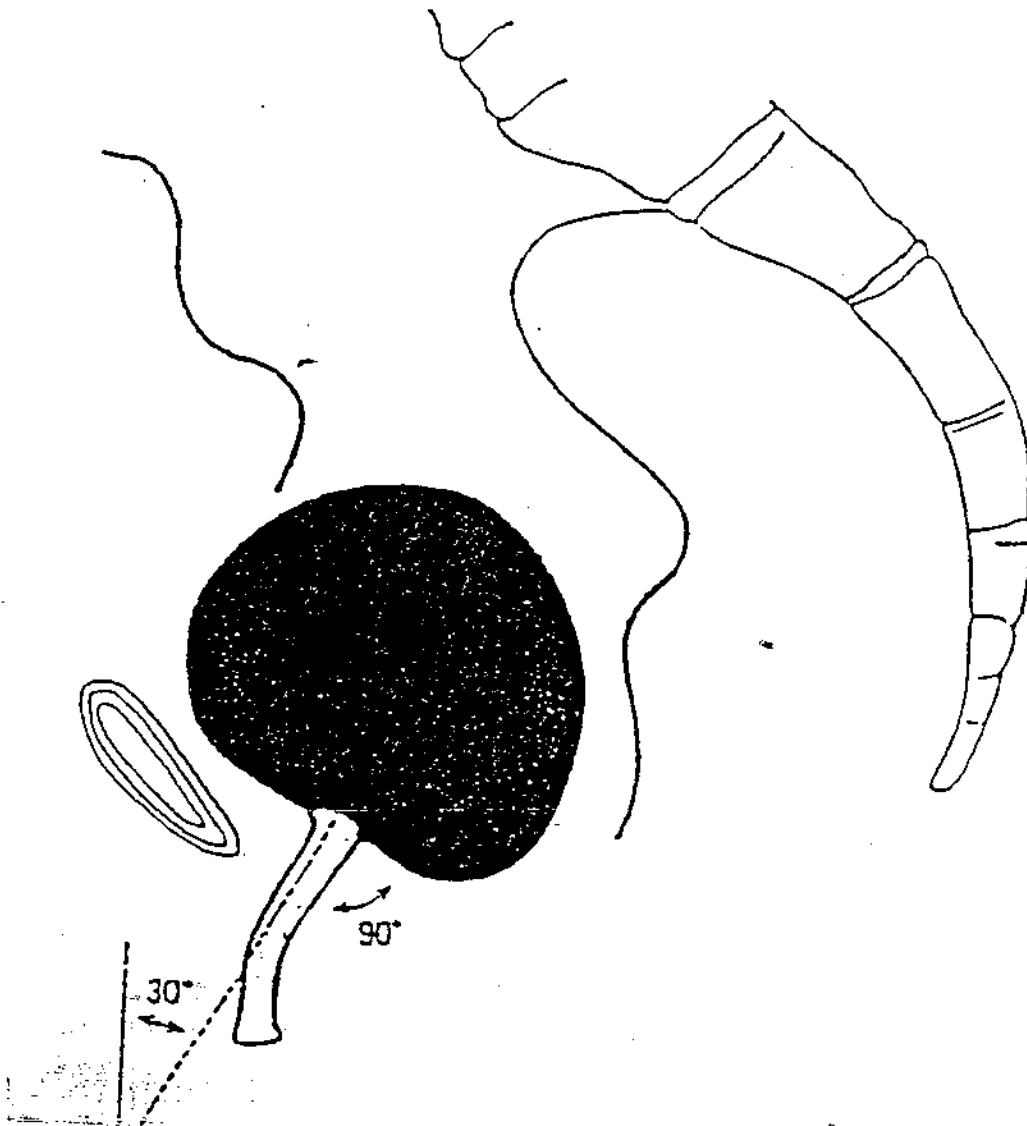
Αυτή η γωνία στη φυσιολογική ούρηση τείνει να επιπεδωθεί και να εξαφανισθεί πριν από την σύσπαση του εξωστήρα για να διευκολύνει τη έξοδο των ούρων (Εικόνα 1).

Στις ασθενείς με ακράτεια ούρων αυτή η λειτουργία του ανοίγματος, που αποτελεί τμήμα της αλυσιδωτής αντίδρασης του φαινομένου της φυσιολογικής ούρησης, είναι αντίθετα μόνιμη κατάσταση, γι' αυτό η παραμικρή προσπάθεια ή και η μικρότερη σύσπαση της κύστης δημιουργεί απώλεια ούρων (Εικόνα 2).

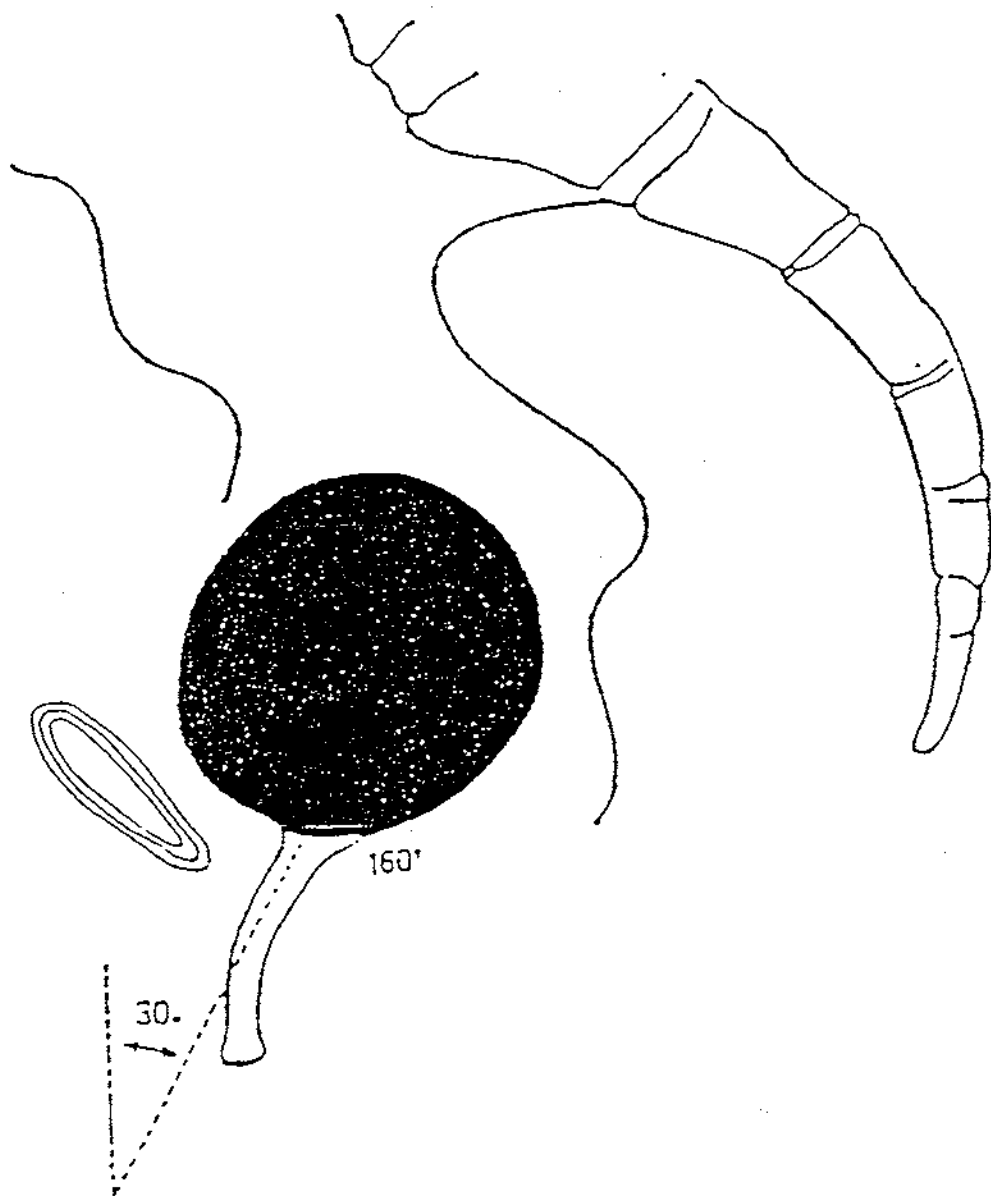
Ορισμένες φορές η ακράτεια ούρων <sup>του</sup> εμφανίζεται σε μία ασθενή μετά από υστερεκτομή, ή μετά από εγχειρητική διόρθωση κυστεοκήλης, σχετίζεται με πρόπτωση της μήτρας. Σε αυτές τις περιπτώσεις η διατάραξη οφείλεται στο ότι έχουμε υπερβολική ανύψωση της βάσης της κύστης συνδυασμένη με ανεπαρκή επιδιόρθωση των ανατομικών στοιχείων που στηρίζουν τον κυστικό αυχένα και την εγγύς ουρήθρα.

Τέλος ο ουρηθρικός άξονας που είναι η γωνία κλίσης του άξονα εγγύς ουρήθρας, με την κάθετο του σώματος που σε φυσιολογικές συνθήκες είναι περίπου  $30^{\circ}$ , συμβάλλει και αυτός στον έλεγχο της ούρησης.

Η εξαφάνιση του ή τροποποίησή του μπορεί να είναι παράγοντας ακράτειας ούρων (Εικόνα 3).

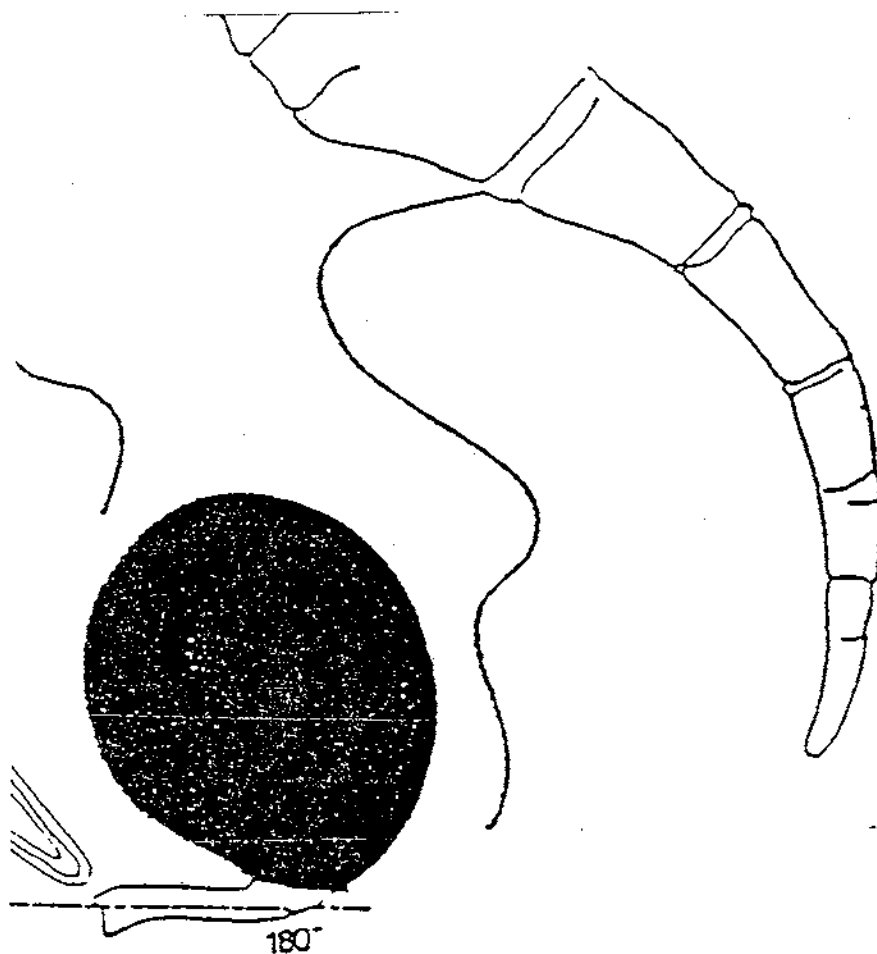


ΕΙΚΟΝΑ 1: Οπίσθια ουρητρο - κυστική γωνία (σχεδόν 90°) και γωνία κλίσης ουρήθρας (σχεδόν 30°) - φυσιολογική κατάσταση.



ΕΙΚΟΝΑ 2: Ανωμαλία της οπίσθιας ουρηθροκυστικής γωνίας  
(σχεδόν  $160^\circ$ ).





ΕΙΚΟΝΑ 9: Ανωμαλία και των δύο γωνιών, οπίσθιας ουρηθροκυστικής γωνίας (σχεδόν  $180^\circ$ ) και γωνίας κλίσης ουρήθρας (σχεδόν  $110^\circ$ ).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή το κύριο και μοναδικό σημείο γνήσιας ακράτειας από προσπάθεια είναι η ακούσια απώλεια ούρων παρατηρείται σε κάθε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης ( βήχας, γέλιο, παρμός, τρέξιμο, παίξιμο tennis, bowling, κ.λ.π. ).

Πρέπει σαφώς να διαχωρίζεται από την ακράτεια που δεν συνδυάζεται φυσική δραστηριότητα.

Το κύριο λοιπόν σημείο της ακράτειας <sup>εξ</sup> προσπάθειας είναι η άμεση παρατήρηση απώλειας ούρων από το ουρηθρικό στόμιο αμέσως μετά την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Η ασθενής αισθάνεται βρυσμένη και εκπέμπει άσχημη οσμή, εξ αιτίας μίας διαδικασίας ζύμωσης της αμμωνίας, υπεύθυνης της ερεθιστικής δράσης των ούρων στον κόλπο και το αιδοίο.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κατ' αρχήν ένα καλό ιστορικό και μια ακριβής περιγραφή του τρόπου απώλειας των ούρων είναι πολύ χρήσιμο για τη διάγνωση.

Η φυσική εξέταση εν συνεχεία περιλαμβάνει μια πρώτη γενική νευρολογική εκτίμηση και ειδικότερα όσον αφορά τα ιερά νευροτόμια ( $I_1$ ,  $I_3$ ,  $I_4$ ), όπως : "αντανακλαστικό τενόντων", και βολβοσηραγγώδες αντανακλαστικό (με τον δείκτη του ενός χεριού κάνουμε δακτυλική και αισθανόμεθα τον σφιγκτήρα και με το άλλο ερεθίζουμε την κλειτορίδα με την εξεταστική βελόνη οπότε πρέπει να έχουμε σύσπαση του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού).

Επίσης εκτιμάται η καρδιοαναπνευστική λειτουργία και τυχόν δυσλειτουργία αυτής. Γίνεται εξάλλου προσεκτική επισκόπηση της κοιλίας και της πυέλου, και ιδιαίτερα του μυϊκού τοιχώματος της κοιλίας, παρατηρείται επίσης τυχόν παθολογική παχυσάρκία και κάθε ενδοκοιλιακή ανωμαλία που μπορεί να έχει επιπτώσεις στον τρόπο μετάδοσης της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Η εξέταση της πυέλου περιλαμβάνει την απαρχή των ιστών που συγκρατούν τα πυελικά σπλάγγνα.

Η κολπική και δακτυλική εξέταση εξ άλλου είναι απαραίτητη για να αξιολογείται το μέγεθος, η θέση και η κινητικότητα της μήτρας και του τραχήλου ( σημειώνεται κάθε φλεγμονή και πρέπει να γίνεται ένα test pap ).

Τέλος, πρέπει να αξιολογείται με τη δακτυλική εξέταση και ο τόνος των ισχυοκοκυγικών και του έξω σφιγκτήρα του ορθού.

Η Γενική ούρων, είναι μια χρήσιμη εξέταση για να δούμε εάν υπάρχουν στοιχεία λοίμωξης στα ούρα , καθώς και η καλλιέργεια ούρων εάν χρειασθεί για να εξακριβωθεί ο παράγοντας που δημιουργεί την λοίμωξη.

Η μέτρηση του υπολείμματος ούρων μετά την ούρηση είναι επίσης μία ιατρική πράξη η οποία δεν πρέπει να παραλείπεται.

Για να αξιολογηθεί η λειτουργία της κύστης και της ουρήθρας έχουνε χρησιμοποιηθεί αρκετές μέθοδοι που μπορούμε να τις κατατάξουμε στις εξής:

- a) Ανατομικές μετρήσεις,
- β) Δυναμική της ουρήθρας,

- γ) Ενδοσκοπία,
- δ) Ακτινολογία.

## Ανατομικές και άλλες μετρήσεις

Σημαντικές εργασίες στην ουρολογική βιβλιογραφία έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην αξία του ανατομικού μήκους της ουρήθρας.

Υπάρχουν όργανα τα οποία μπορούν και μετρούν το ανατομικό μήκος της ουρήθρας πριν και μετά το χειρουργείο.

Έχει αποδειχθεί ότι το μήκος της ουρήθρας, αυξανόμενο με την οπισθοβική ανάρτηση της ουρήθρας, είναι καθοριστικής σημασίας για την εγκράτεια.

Πολλές αυθεντίες πιστεύουν σήμερα ότι το λειτουργικό μήκος της ουρήθρας είναι περισσότερο σημαντικό.

Λειτουργικό μήκος της ουρήθρας, καλούμε το μήκος της ουρήθρας σε cm όπου καταγράφεται πίεση μεγαλύτερη από την ενδοκυστική πίεση σε κατάσταση ηρεμίας (δηλαδή όταν δεν υπάρχει

συστολή του εξωστήρος και ο αυχέννας της κύστεως είναι κλειστός).

Φυσιολογικά το λειτουργικό μήκος της ουρήθρας συμπίπτει με το ανατομικό μήκος.

Ο βαθμός ανατομικής χαλάρωσης συχνά αναφέρεται σαν παράγοντας στην εκλογή της κατάλληλης θεραπείας της ακράτειας από προσπάθεια. Βασικά πρόκειται για καθορισμό της οπισθίας ουρηθροκυστικής γωνίας.

Η θέση της ουρήθρας σχετικά με τη βάση της κύστης ίσως γίνεται περισσότερο κατανοητή με το ονομαζόμενο "Q - tip test". Ένας στυλεός μετά την εμβάπτισή του σε παραφινέλαιο τοποθετείται στην ουρήθρα και σημειώνεται η κατεύθυνσή του στο χώρο. Σε φυσιολογικές καταστάσεις ο στυλεός κατευθύνεται προς τα κάτω.

Στην ακράτεια από προσπάθεια που οφείλεται σε ανατομικές ανωμαλίες υπάρχει αναστροφή με τον στυλεό στρεφόμενο προς τα εμπρός που πρακτικά κατευθύνεται προς τα άνω.

Μια άλλη δοκιμασία είναι των Muret - Brouchou όπου η ανύψωση του τριγώνου με τα δάκτυλα από τον κόλπο εμποδίζει την έξοδο των ούρων σε φάση προσπάθειας εφόσον η διαταραχή οφείλεται σε μετακίνηση προς το κάτω του οπισθίου τρίτου της ουρήθρας και του κυστικού αυχένα με απώλεια της οπισθίας ουρηθροκυστικής γωνίας.

Επίσης η δοκιμασία των Marshall - Marchetti όπου μετά από υποβλενωγόνια έγχυση 2 ml τοπικού αναισθητικού τοποθετούμε δύο (2) λαβίδες Allis στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, μία σε κάθε μεριά και στα πλάγια της ουρηθροκυστικής συμβολής.

Ο εξεταστής ασκεί μέτρια ανύψωση της συμβολής με την βοήθεια αυτών των λαβίδων και παρατηρεί αν υπάρχει απώλεια ούρων σε φάση προσπάθειας.

Η δοκιμασία αυτή έχει συνδυασθεί και με προφίλ ουρηθρικών πιέσεων, ενώ υπάρχουν και τροποποιήσεις αυτής της δοκιμασίας με διάφορη τοποθέτηση των λαβίδων και μετακίνηση αυτών.

Ο Marchant όμως, υποστηρίζει ότι δεν μπορεί κανείς να εμπιστευθεί τις ανατομικές παραμέτρους.

Ενας αριθμός ασθενών είναι σχεδόν εγκρατείς, παρ' ότι έχουν ανατομικά βραχεία ουρήθρα και πλήρη εξαφάνιση της οπισθίας ουρηθροκυστικής γωνίας με παραμόρφωση της βάσης της κύστης.

Θα ήταν καλό τέλος, να υπενθυμίσουμε ότι μια κυστεοκήλη δευτέρου ή τρίτου βαθμού αυξάνει την οπισθία ουρηθροκυστική γωνία και πολύ συχνά έχει σαν αποτέλεσμα επίσχεση και ακράτεια από υπερπλήρωση.

## Ουροδυναμική

Η κυστεομετρογραφία (CMG) χρησιμοποιώντας υγρό ή αέριο ( $\text{CO}_2$ ) επιτρέπει την αξιολόγηση του οριακού σημείου του αντανακλαστικού του εξωστήρα και την ικανότητα του ασθενούς να καταστείλει το αντανακλαστικό με τη θέλησή του.

Το διοξείδιο του άνθρακα έχει το πλεονέκτημα της γρήγορης διάτασης της κύστης. Εν τούτοις, η επαναληψιμότητα και η ερμηνεία της κυστεομετρογραφίας με  $\text{CO}_2$  έχει αμφισβητηθεί.

Όταν χρησιμοποιείται  $\text{CO}_2$  ο όγκος στον οποίο ένας συγκεκριμένος ασθενής αισθάνεται την ανάγκη να ουρήσει είναι υποκειμενικός και εξαιρετικά διάφορος. Έτσι το εύρος των συσπάσεων του εξωστήρα είναι διάφορο, εξαρτώμενο από την ποσότητα του αερίου που διαρρέει γύρω από τον καθετήρα.

Η αποτυχία της κυστεομετρογραφίας με  $\text{CO}_2$  να δώσει ποσοτικά επαναλήψιμα δεδομένα προκαλεί κάποιες αμφιβολίες στην αποτελεσματικότητα και καταλληλότητα της μεθόδου για την αξιολόγηση των ανωμαλιών της ούρησης.



Θεωρείται ότι η κυστεομετρογραφία με υγρό δίνει περισσότερο επαναλήψιμα αποτελέσματα με τις σημερινές τεχνικές δυνατότητες.

Δύο ανωμαλίες της λειτουργίας του εξωστήρα έχουν αναφερθεί με τη χρήση της κυστεομετρογραφίας :

- 1) Υπερσυσταλτικότητα ή δυσσυνέργεια του εξωστήρα που ορίζεται σαν αντανακλαστική σύσπαση που ο ασθενής δεν μπορεί να εμποδίσει με τη θέλησή του, και
- 2) Ασυστολία του εξωστήρα που είναι αποτέλεσμα αποκοπής νεύρων ή ατυχημάτων.

Απονευρωμένη κύστη θεωρείται όταν έχουμε αύξηση στην πίεση κατά 15 - 20 cm ύδατος, μετά από χορήγηση Bethanecol (ουροχαλίνη) σε μία επαναλαμβανόμενη κυστεομετρογραφική εξέταση.

Η κυστεομετρογραφία μπορεί να είναι μια πολύπλοκη μέθοδος βασισμένη σε πολύπλοκο ηλεκτρονικό εξοπλισμό ή αρκετά απλή πραγματοποιούμενη με τη βοήθεια καθετήρος και μανόμετρου ύδατος.

Η κυστεομετρογραφία με υγρό και με τη χρήση ηλεκτρονικού

εξοπλισμού, έχει τη δυνατότητα αρχείου για τις πιέσεις και τη δράση του εξωστήρα.

Οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν μια πρώτη αίσθηση πλήρωσης, εν συνεχεία πληρότητας, και τέλος την απόλυτη ανάγκη να αδειάσουν την κύστη τους, ενώ συνεχίζεται η ενδοκυστική χορήγηση υγρού.

Ο όγκος στον οποίο αυτές οι αλλαγές λαμβάνουν χώρα, το τονικό σκέλος (tonus limb) του κυστεομετρογραφήματος, έχει διαιρεθεί σε τρεις διακεκριμένες φάσεις :

Η πρώτη φάση παρουσιάζει την πίεση της κύστης σε κατάσταση ηρεμίας που κανονικά είναι 5 cm ύδατος περίπου.

Στη δεύτερη φάση η προσαρμογή των λείων μυϊκών ινών καταγράφεται σαν ευθεία σχεδόν γραμμή με την πρώτη επιθυμία για ούρηση στα 200 ml περίπου.

Τέλος, η τρίτη φάση είναι μια σχετικά γρήγορη ανύψωση της ενδοκυστικής πίεσης, πράγμα που υποδηλώνει την ανελαστικότητα των ινών κολλαγόνου του κυστικού τοιχώματος στην φάση αυτή.

Αλλαγές στην κλίση της απεικόνισης της δεύτερης φάσης και ο όγκος στον οποίο το τελικό στάδιο λαμβάνει χώρα στο

κυστεόγραμμα, έχει κλινική σημασία.

Μετακίνηση στα αριστερά της δεύτερης φάσης φανερώνει μια υπερτονική κύστη μια μετακίνηση στα δεξιά η καθυστέρηση στην τρίτη φάση μια άτονη κύστη.

Η πίεση ηρεμίας της κύστης μπορεί να είναι αυξημένη σε χρόνιες φλεγμονές, προηγηθείσες επεμβάσεις ή άγχος, οπότε η φάση προσαρμογής παραμένει σχεδόν φυσιολογική.

Ασθενείς με ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να παρουσιάζουν αυξημένη δραστηριότητα του εξωστήρα καθ' όλη τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του τονικού σκέλους.

Η πίεση εκκένωσης αποκτάται ζητώντας στον ασθενή να ουρήσει με τον καθετήρα στη θέση του.

Η κανονική πίεση εκκένωσης είναι 40 - 50 ml Hg και πρέπει να επιστραφεί έγκαιρα στην πίεση αναφοράς. Συνεχιζόμενες συστολές της κύστης χωρίς ερέθισμα πιθανόν δείχνουν νευρολογική δυσλειτουργία.

Η συνύπαρξη με την ακράτεια από προσπάθεια επιτακτικής ούρησης ή συχνοουρίας δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Και εκείνο που μας ενδιαφέρει είναι εάν συνυπάρχει ασταθής κύστη (σημαντικό για τη θεραπεία και τη διάγνωση).

Η ουροδυναμική μελέτη είναι η προσφορότερη μέθοδος για την αξιολόγηση αυτής της κατάστασης.

Όσον αφορά την Ουροομετρία υπάρχουν ειδικά πολύπλοκα μηχανήματα που μπορούν να μετρούν την παροχή των ούρων που διέρχονται την ουρήθρα. Εάν ένας ασθενής έχει ροή 20 - 25 ml / sec, συνήθως δεν έχει απόφραξη.

Ανωμαλίες στην ροή των ούρων είναι συχνά εύκολα εξηγήσιμες στον άνδρα. Οι ουρολόγοι συχνά παρατηρώντας τον άνδρα ασθενή να ουρεί με σημαντική ακρίβεια μπορούν να αποφανθούν εάν υπάρχει ενδοαυλική ουρηθρική απόφραξη (υπερτροφία προστάτη, κ.λ.π.). Ατυχώς ανωμαλίες της ούρησης στις γυναίκες δεν μπορούν να αναχθούν μόνο σε ανατομικούς λόγους.

## **Ηλεκτρομυογραφία**

Η ηλεκτρομυογραφία του σφιγκτήρα έχει προταθεί από πολλούς ερευνητές και σίγουρα είναι αναμφισβήτητης αξίας σε ασθενείς με

νευρολογική δυσλειτουργία. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένα τεχνικά προβλήματα και η πραγματοποίησή της είναι δύσκολη. Η ηλεκτρομυογραφία πραγματοποιείται εισάγοντας μια βελόνα ηλεκτρόδιο στους μύες του σφιγκτήρος.

Μπορεί να συνδυαστεί με κυστεομετρία (νερού ή αέρος). Η ακριβής όμως διάγνωση του τύπου της νευροφυσιολογικής διαταραχής της ούρησης μπορεί να γίνει μόνο με την ηλεκτρομυογραφία με χρήση βελόνας ηλεκτροδίου, η απόκτηση όμως της ειδικής αυτής εμπειρίας είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί ειδική εκπαίδευση.

## **Ουρηθροκυστεοσκοπία**

Η ουρήθρα παρατηρείται με το γυναικείο ουρηθροσκόπιο με τη χρήση CO<sub>2</sub> καλύτερα από υγρό. Όταν χρησιμοποιείται CO<sub>2</sub> υπάρχει δυναμική μόνο εκτίμηση της ουρήθρας.

Μικρές μεταβολές στην ουρήθρα και η παρουσία ή όχι κολπωμάτων παρατηρούνται με αυτήν την τεχνική. Το ανατομικό μήκος

της ουρήθρας μπορεί να σημειωθεί και η διάμετρος μπορεί να αξιολογηθεί. Πάχυνση του βλεννογόνου της κύστεως παρατηρείται καλλίτερα και με το πανενδοσκόπιο. Έτσι μπορούμε να εξετάσουμε εάν υπάρχει οξεία ή χρόνια φλεγμονή, εξελκώσεις ή συρίγγια.

Η θέση εξ' άλλου του έσω ουρηθρικού στομίου σχετικά με το τρίγωνο μπορεί να παρατηρηθεί πολύ καλά. Όταν τέλος το όργανο αποσύρεται από την κύστη μπορεί να εξακριβωθεί η παρουσία ή όχι stress incontinence ενώ η ασθενής είναι σε θέση λιθοτομής.

Υπάρχουν εξάλλου χρήσιμα όργανα που χρησιμοποιούν CO<sub>2</sub> τα οποία επιτρέπουν απευθείας κυστεομετρογραφική και ουρομετρική αποτύπωση ενώ ταυτόχρονα η κύστη και η ουρήθρα ενδοσκοπούνται.

## **Ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις**

Η πρώτη ακτινολογική εξέταση που πρέπει να γίνεται είναι φυσικά η ενδοφλέβια ουρογραφία. Η ενδοφλέβια ουρογραφία είναι ουσιαστικής σημασίας όταν υποπτευόμαστε κάποιο συρίγγιο σαν αίτιο

της ακράτειας ενώ υπάρχουν οπωσδήποτε ερωτηματικά για την αξία της όταν πρόκειται για ασθενείς με stress incontinence.

Είναι εξ' άλλου απαραίτητη όταν έχουμε ασθενείς με κυστεοκλήλη πρόπτωση, διότι οι ουρητήρες μπορεί να είναι αποφραγμένοι και να υποστούν κάποια βλάβη στη διάρκεια μιας χειρουργικής διόρθωσης.

Η κυστεογραφία αυτή συνιστάτο για αρκετά χρόνια και με αυτή υποτίθεται ότι είναι δυνατή η σύνδεση ανατομικών στοιχείων με κάποια λειτουργικά στοιχεία.

Βασική αρχή αυτής της εξέτασης είναι να υπάρχει ένα ακτινοσκοπικό υλικό (αλυσίδα) για να σημειώνει την ουρήθρα, και κατάλληλες πρόσθιες, οπίσθιες και πλάγιες λήψεις.

Οι λήψεις αυτές δεν θα πρέπει να λαμβάνονται κατά την διάρκεια της ούρησης αλλά σε πλάγιες θέσεις με την ασθενή σε προσπάθεια ούρησης.

Η καλή πραγματοποίηση αυτής της εξέτασης εξαρτάται από την καθαρότητα των εικόνων και από την εμπειρία του ακτινολόγου.

Οι Susumu Yoshioka και συνεργάτες πρόσφατα έχουν προτείνει μια πολύ απλή μέθοδο για την τοποθέτηση της αλυσίδας στην κύστη και την ουρήθρα. Η φυσιολογική κυστεοουρηθρογραφία παρουσιάζει μια

οπίσθια ουρηθροκυστική γωνία και ένα φυσιολογικό βαθμό κλίσης της ουρήθρας.

Ανωμαλίες που παρουσιάζονται είναι εξαφάνιση της οπίσθιας ουρηθροκυστικής γωνίας και επίσης εξαφάνιση της γωνίας σε συνδυασμό με πτώση προς τα κάτω και στροφή με κλίση προς τα πίσω και γενικότερα πτώση της ουρήθρας και του κυστικού αυχένα.

Ο Green πρότεινε μια ταξινόμηση των κυστεοουρηθρογραφιών μεταξύ εκείνων που παρουσιάζουν μόνο εξαφάνιση της οπίσθιας κυστεοουρηθρικής γωνίας και εκείνων που παρουσιάζουν στροφή με πτώση και στροφή προς τα κάτω και πίσω της ουρήθρας και του κυστικού αυχένα.

Την πρώτη κατηγορία την ονομάζει τύπο I και προτείνει διορθωτική επέμβαση από τον κόλπο, και τη δεύτερη την ονομάζει τύπο II και προτείνει οπισθοβική ανάρτηση.

Οι υπέρηχοι επίσης χρησιμοποιούνται για τη μελέτη της δυναμικής της κυστεοουρηθρικής γωνίας και της εγγύς ουρήθρας σε ασθενείς με ακράτεια ούρων.

Αυτές οι μέθοδοι με υπερήχους δίνουν μια αντικειμενική παρουσίαση της κινητικότητας της κυστεοουρηθρικής γωνίας και επιβεβαιώνουν την παρουσία ανατομικού προβλήματος. Αυτό βοηθά στην



επιλογή των ασθενών για χειρουργική διόρθωση του stress incontinence και στο μετεγχειρητικό follow - up.

Ο Gonzalez και συνεργάτες αναφέρουν μια σειρά 97 γυναικών με ακράτεια ούρων που οι υπέρηχοι έδωσαν πολύ καλά αποτελέσματα στην αξιολόγηση του σφιγκτήρα της ουρήθρας.

Η διορθική υπερηχοτομογραφία εξ' άλλου δίνει πολύ καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με την κυστεογραφία με ευαισθησία 87% και ειδικότητα 48% όπως αναφέρουν στη μελέτη τους οι Bergman και συνεργάτες.

Το μικρό κόστος και η εύκολη πραγματοποίηση της διορθικής υπερηχοτομογραφίας την καθιστά μια πολύ χρήσιμη μέθοδο για την αξιολόγηση της κυστεοουρηθρικής συμβολής.

Όσον αφορά τέλος την υπερηχοτομογραφία, πρόσφατα χρησιμοποιείται και η ενδοκολπική υπερηχοτομογραφία.

Όπως αναφέρεται, δίνει πολύ καλή απεικόνιση της ανατομίας της περιοχής και ιδιαίτερα της κυστεοουρηθρικής συμβολής και συμβάλλει θετικά στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση της ακράτειας των ούρων στη γυναίκα.

Για την αξιολόγηση του ποσού των ούρων που διαφεύγουν σε μία γυναίκα που έχει ακράτεια ούρων, και τη συσχέτιση του ποσού αυτού

με την σοβαρότητα της ακράτειας έχουν γίνει αρκετές μελέτες που χρησιμοποιούν σερβιέτες (pad test) που ζυγίζονται πριν και μετά και ενώ η άρρωστη έχει πει συγκεκριμένη ποσότητα υγρών.

Αυτές τις μετρήσεις τις συνδυάζουν και με ουροδυναμικό έλεγχο και τα αποτελέσματα μας επιτρέπουν να πούμε ότι και αυτό το απλό test είναι χρήσιμο να γίνεται στα πλαίσια της σωστής αξιολόγησης της γυναικείας ακράτειας ούρων.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πρέπει να αναφερθεί ότι δεν είναι μόνο η ακράτεια των ούρων από προσπάθεια που οφείλεται σε ανεπάρκεια του ανατομικού υποστρώματος της σύγκλισης της κύστης, που προκαλεί ακούσια διαφυγή ούρων, αλλά υπάρχουν και άλλες καταστάσεις ακούσιας διαφυγής ούρων που πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από την ακράτεια από προσπάθεια.

Οι πιο σημαντικές από αυτές είναι:

1. Επιτακτική ούρηση, που δεν πρέπει να συγχέεται με την ακράτεια των ούρων. Μπορεί να οφείλεται σε υπερβολική αντανεκλαστική δράση του εξωστήρα εξ' αιτίας μιας φλεγμονής της κύστης, κυρίως στην περιοχή του τριγώνου (τριγωνίτιδα) ή σε μεταβολές οφειλόμενες σε δυστροφία (π.χ. έλλειψη οιστρογόνων στην εμμηνόπαυση) ή από καταστάσεις χρόνιας φλεγμονής οργάνων που γειτνιάζουν με την κύστη όπως ο τράχηλος της μήτρας ή ο κόλπος (τραχηλίτιδες, κολπίτιδες) σε μια παθολογία της πυελικής κυκλοφορίας (πυελικοί κίρσοι). Ο ασθενής αισθάνεται

ξαφνικά και εντονότατα την ανάγκη να ουρήσει και συνήθως πολύ συχνά.

2. Ακράτεια ούρων οφειλόμενη σε νευρολογικές αιτίες, που οφείλονται σε πρωτογενείς νευρολογικές βλάβες, ή νευρολογικές επιπλοκές ασθενειών όπως ο διαβήτης, η νευροσύφιλη, κ.λ.π. Συχνά σε αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται για ψευδοακράτεια, έχουμε δηλαδή κατακράτηση ούρων στην κύστη και υπερβολική διάτασή της με τελικό αποτέλεσμα απώλεια ούρων από υπερπλήρωση.
3. Ακράτεια ούρων λόγω κάποιας παθολογίας της ίδιας της κύστης όπως πολύποδες, λίθοι, όγκοι ή φλεγμονές.
4. Ακράτεια ούρων από συμπίεση της κύστης από όγκους ασκίτη, αλλά και ενδοκυστικούς όγκους.
5. Ακράτεια ούρων οφειλόμενη σε ανωμαλίες ουρογεννητικές, ή μόνο του ουροποιητικού, όπως εκβολή έκτοπου

ουρητήρα στον κόλπο, εκκολπώματα ουρητήρων, κ.λ.π.

6. Ακράτεια ούρων οφειλόμενη σε ουρίγγια τραυματικά, από φλεγμονές, νεοπλασίες, όπως π.χ. ουρίγγια κυστεοκολπικά, ουρητηροκολπικά, κυστεο-τραχηλο-κολπικά, ουρηθροκολπικά, σαλπιγγο-κολπικά.
7. Ακράτεια ούρων μετά από επεμβάσεις στη μικρή πύελο, είτε με κολπική είτε με κοιλιακή προσπέλαση, όπως υστερεκτομές, επεμβάσεις για διόρθωση πρόπτωσης μήτρας, κ.λ.π.

Με δεδομένη την ποικιλία των αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν ακράτεια στη γυναίκα χρειάζεται μια λεπτομερής εξέταση, που θα αρχίσει από ένα καλό ιστορικό, θα συνεχισθεί με σωστή φυσική εξέταση και θα ολοκληρωθεί με όλη την σειρά των ειδικών δοκιμασιών και εργαστηριακών εξετάσεων που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο της διάγνωσης. Έτσι θα τεθεί η σωστή διάγνωση που θα οδηγήσει και στην κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η κυριώτερη επιπλοκή που δημιουργεί η ακράτεια ούρων στη γυναίκα είναι τα ψυχολογικά προβλήματα που επιφέρει.

Η γυναίκα με ακράτεια ούρων περιορίζει την κοινωνική ζωή της και τελικά αυτοαπομονώνεται. Η δυσσομία των ούρων είναι και αυτή σίγουρα ένα σοβαρό πρόβλημα.

Εξ' άλλου μία γυναίκα με ακράτεια αναγκάζεται να έχει σερβιέτες όπου έχουμε λίμναση ούρων με συνέπεια καθ' ἑξῆς ἢ υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, οι οποίες δημιουργούν πρόσθετα προβλήματα στην γυναίκα και ορισμένες φορές ιδίως όταν πρόκειται για ηλικωμένα άτομα ἢ διαβητικούς, μπορεί να θέσουν και σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή αυτών των γυναικών.

Τέλος πρέπει να αναφερθούν οι δερματικές αλλοιώσεις της περιοχής που δημιουργούνται κυρίως από την αμμωνία των ούρων (Μηκυτιάσεις, ερεθισμός, κ.λ.π.).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της γυναικείας ακράτειας ούρων περιλαμβάνει συντηρητικές και χειρουργικές μεθόδους. Σκοπός της ιδανικής θεραπείας θα έπρεπε να είναι η αύξηση του τόνου της οπισθίας ουρήθρας στη φάση της ηρεμίας που όμως πρέπει να ελαττώνεται στη φάση της ούρησης. Αυτός όμως ο βαθμός διόρθωσης δεν είναι καθόλου εύκολο να επιτευχθεί και γι' αυτό έχουν προταθεί πολλές θεραπευτικές μέθοδοι συντηρητικές ή χειρουργικές χωρίς όμως καμμμία να έχει τέλειο αποτέλεσμα (σ' αυτό άλλωστε οφείλεται και ο μεγάλος αριθμός των προταθέντων θεραπευτικών μεθόδων).

Αναλυτικότερα η συντηρητική θεραπεία χρησιμοποιείται σε μικρού βαθμού ακράτειες ή σε περιπτώσεις που η ακράτεια από "stress" συνοδεύεται από νευροπαθή κύστη (σε αυτή την περίπτωση μπορεί να γίνει συνδυασμός χειρουργικής και συντηρητικής θεραπείας).

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει:

- 1) Περινεϊκή γυμναστική που γίνεται με ειδικές ασκήσεις (ασκήσεις τύπου Kegel).

- 2) Θεραπεία με οιστρογόνα. Συστηματικά και κυρίως κολπικά μπορεί να βοηθήσει γυναίκες που βρίσκονται στην ή μετά την εμμηνόπαυση και έχουν πρόβλημα ακράτειας.
- 3) Εφαρμογή μίας ειδικής ενδοκολπικής πρόθεσης ειδικά όταν έχουμε περόπτωση μήτρας, σε ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να χειρουργηθούν. Αυτή η μέθοδος μπορεί να ελαττώσει ή να εξαφανίσει το πρόβλημα της ακράτειας για ένα χρονικό διάστημα αλλά οπωσδήποτε δεν είναι η ιδανική λύση.
- 4) Η φαινυλπροπανολαμίνη (PPA) σε δόση 50 mg δύο φορές την ημέρα έχει δοκιμασθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με αντιισταμινικό αντιχολινεργικό (Ornade) σκεύασμα που χρησιμοποιείται ευρέως για το κοινό κρυολόγημα. Τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά για μετρίου βαθμού ακράτειες.
- 5) Emepronium Carrageenate ένα νέο αντιχολινεργικό σε δόση 1.200 - 1.600 mg την ημέρα, επίσης βοηθά στη βελτίωση της ακράτειας των ούρων στη γυναίκα.



- 6) Η Τεροντιλίνη σε δόση 25 mg 1 X 2 επίσης έχει αρκετά καλά αποτελέσματα ειδικά όταν έχουμε συνδυασμό stress incontinence και ασταθούς κύστεως. Η Τεροντιλίνη θεωρείται δραστικότερη από το imipronium Carrageenate αλλά έχει μάλλον περισσότερες παρενέργειες.
- 7) Υπάρχουν εργασίες που δείχνουν ότι η χρησιμοποίηση placebo έχει καλύτερα αποτελέσματα από δραστικές ουσίες, πράγμα που δείχνει ότι υπάρχουν περιπτώσεις ακράτειας ούρων οφειλόμενες σε ψυχογενείς παράγοντες.
- 8) Ηλεκτροερεθισμός του πυελικού εδάφους με διάφορα ηλεκτρόδια (ενδοκολπικά, κ.λ.π.) έχει επίσης χρησιμοποιηθεί. Και με αυτή τη μέθοδο έχουμε κάποια καλά αποτελέσματα κυρίως όταν έχουμε μικτού τύπου ακράτεια δηλαδή "stress" συνδυασμένο με επιτακτική ούρηση ή ασταθή κύστη.
- 9) Τοποθέτηση τεχνικού σφικτήρα εξωτερικά στην ουρήθρα χωρίς επέμβαση έχει εξ' άλλου χρησιμοποιηθεί με κάποια καλά αποτελέσματα σε μικτές και μέτριες ακράτειες.

Η χειρουργική θεραπεία είναι τις περισσότερες φορές η θεραπεία εκλογής ειδικά όταν πρόκειται για γνήσια ακράτεια από προσπάθεια (Genuine stress incontinence). Έχουν περιγραφεί από την αρχή του αιώνα πολλές χειρουργικές μέθοδοι πάνω ίσως από 100 για την θεραπεία της ακράτειας από προσπάθεια. Αυτές οι επεμβάσεις μπορούν να καταταγούν σε τέσσερες μεγάλες κατηγορίες. Η κάθε κατηγορία έχει την κλασσική της επέμβαση που την καθιέρωσε και από εκεί και πέρα έχουν προταθεί μέθοδοι που την τροποποιούν περισσότερο ή λιγώτερο.

Αναλυτικά οι τέσσερις κατηγορίες είναι:

- α) Επεμβάσεις από τον κόλπο που αναδιπλώνουν το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και την οπισθία ουρήθρα (Kelly 1901), συνδυασμένη σήμερα και με κοιλιακή υστερεκτομή.
- β) Επεμβάσεις ανάρτησης της ουρήθρας με "θήλια" (Slings) με συνδυασμένη προσπέλαση από την κοιλιά και τον κόλπο (Von Giordan 1907). Σ' αυτές τις επεμβάσεις χρησιμοποιείται κρημνός προσχεδιασμένου μεγέθους που μπορεί να προέρχεται από την απονεύρωση του ορθού κοιλιακού ή από άλλα υλικά.

γ) Επεμβάσεις κυστεουρηθρικής ανάρτησης ή κολποανάρτησης με προσπέλαση από την κοιλιά. Σ' αυτές τις επεμβάσεις η προσπέλαση είναι οπισθοβική, παρασκευάζεται ο περιουρηθρικός χώρος και τοποθετούνται ραφές παράλληλα ως προς την ουρήθρα που στερεώνονται σε διάφορα σημεία :

Κλασική επέμβαση αυτής της κατηγορίας είναι η Marshall - Marchetti - Krantz 1949 που έχει αντέξει στο χρόνο με ποσοστά επιτυχίας που φθάνουν και το 90%. Η επέμβαση αυτή αποτελεί θα λέγαμε σημείο σύγκρισης όλων των άλλων επεμβάσεων που έχουν έκτοτε χρησιμοποιηθεί.

Σ' αυτή την κλασική επέμβαση έγινε από τον Burch (1961), μια σημαντική τροποποίηση και σήμερα είναι αυτή η πλέον χρησιμοποιούμενη αυτής της κατηγορίας. Παρακάτω θα αναλυθεί αυτή η επέμβαση λεπτομερώς.

δ) Η ενδοσκοπική ανάρτηση του κυστικού αυχένα είναι πολύ χρησιμοποιούμενη για τα καλά αποτελέσματά της, τη βραχεία παραμονή στο νοσοκομείο, το μικρό εγχειρητικό

χρόνο που χρειάζεται και τη σχετικά εύκολη τεχνική της. Αυτή τη μέθοδο την πρότεινε ο Stamey (1973), που χρησιμοποίησε το κυστεοσκόπιο, βελτιώνοντας έτσι την τεχνική του Pereyra (1959). Η τεχνική Stamey θα περιγραφεί και αυτή αναλυτικά στη συνέχεια.

Οι τεχνικές Stamey και Burch είναι σήμερα οι πλέον χρησιμοποιούμενες αν και υπάρχουν πολλές άλλες τροποποιήσεις τους ή συνδυασμοί τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΛΙΤΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ NANCY ROPER

Το συγκεκριμένο μοντέλο αναπτύχθηκε και καθιερώθηκε από τη Nancy Roper, Winnifred Logan και Alison Tierney. Ενδεκτικά μπορούμε να πούμε πως είναι μια παραλλαγή του διεθνή παραδεκτού ορισμού της Νοσηλευτικής της Virginia Henderson.

Σύμφωνα με το μοντέλο της Roper, τα άτομα καθημερινά επιδίδονται σε 12 ξεχωριστές δραστηριότητες καθοριστικές για την ποιότητα της ζωής τους. Στη διάρκεια τώρα της ζωής τους, υπάρχουν περιοδοί που λόγω ασθένειας αδυνατούν να ανταπεξέλθουν επαρκώς στις απαιτήσεις μίας ή και περισσότερων των 12 δραστηριοτήτων.

Οι 12 δραστηριότητες είναι:

1. Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος
2. Αναπνοή
3. Απεκκριτικές λειτουργίες
4. Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος
5. Εργασία και ψυχαγωγία
6. Υπνος
7. Επικοινωνία
8. Θρέψη και ενυδάτωση
9. Ατομική καθαριότητα και ένδυση
10. Κινητικότητα

11. Σεξουαλική έκφραση
12. Θάνατος ή έκφραση ανησυχίας για το μέλλον.

Κάθε δραστηριότητα εξετάζεται υπό το πρίσμα τριών παραγόντων που είναι:

- α. Φυσιολογικός παράγοντας
- β. Κοινωνικός παράγοντας
- γ. Ψυχολογικός παράγοντας

Οι Νοσηλεύτριες - τές οφείλουν να γνωρίζουν και τους τρεις παράγοντες για κάθε δραστηριότητα. Μπορεί π.χ. κάποιος ασθενής να αρνείται να λάβει τροφή, γιατί πάσχει από πονόδοντο (φυσιολογικός παράγοντας), ή γιατί δεν του αρέσει να τρώει παρέα με άλλους (κοινωνικός παράγοντας), ή γιατί πάσχει από κατάθλιψη (ψυχολογικός παράγοντας).

Η θεωρία της Roper υπογραμμίζει την δραστηριότητα που εμφανίζει δυσλειτουργία και στη συνέχεια διευκολύνει μέσω της Νοσηλευτικής Διεργασίας την προαγωγή της ανεξαρτησίας του ατόμου.

Η Νοσηλευτική Διεργασία περιέχει:

1. Νοσηλευτική Διάγνωση (Αξιολόγηση - Αναγνώριση του Προβλήματος)

2. Προγραμματισμός (Σχεδιασμός Δράσεως)
3. Εφαρμογή
4. Επιστημονική Εκτίμηση
5. Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων.



ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ  
ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην παρακάτω περίπτωση περιγράφεται η αντιμετώπιση της γυναικείας ακράτειας εκ προσπάθειας (Stress incontinence) όπως πραγματοποιήθηκε στην ασθενή Nola Smith στο Withington Hospital τον Απρίλη του 93.

Αρχικά πρόκειται να δοθεί μια περιγραφή της τεχνικής Stamey, της χειρουργικής μεθόδου που εφαρμόσθηκε στην συγκεκριμένη περίπτωση και στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στη Νοσηλευτική φροντίδα που έλαβε η Mrs Smith σύμφωνα με το μοντέλο της Νοσηλευτικής "Δραστηριότητες της Ζωής" (Activities of Living) της Nancy Roper.

Σκοπός των παραπάνω είναι να προσπαθήσω να μεταδώσω στους καθηγητές μου, στους συσπουδαστές μου και μελλοντικούς συναδέλφους μου, μερικά στοιχεία που απέκομισα από την παραμονή μου και εκπαίδευση στην Αγγλία κατά την εξαμήνη πρακτική μου.

Τέλος, επιθυμώ με τούτη την αναφορά στο Withington Hospital και τους ανθρώπους του να τους προσφέρω μια ελάχιστη ανταπόδοση στα όσα κάνανε τότε, για να νιώθω τυχερή τώρα που έζησα και μοιράστηκα ανεκτίμητες εμπειρίες μαζί τους.

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ STAMEY

Η ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί στην ενδοσκοπική ανάρτηση της ουρήθρας κατά Stamey, τοποθετείται σε θέση χαμηλής λιθοτομής. Αφού καθαριστεί το χειρουργικό πεδίο (υπερηβική περιοχή και κόλπος) και απομονωθεί με αποστειρωμένα ρούχα, εισάγεται ένας καθητήρας στην κύστη.

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου ράβονται στο δέρμα με μετάξι 2-0. Κατόπιν πραγματοποιούνται δύο εγκάρσιες τομές μήκους 2,5 cm η κάθε μία 2 έως 4 cm εκατέρωθεν της μέσης γραμμής ακριβώς λίγο επάνω από το επάνω όριο της ηβικής σύμφυσης. Το υποδόριο λίπος διανοίγεται έως την απονεύρωση (που παρασκευάζεται) του ορθού κοιλιακού μυός.

Ακολουθεί αιμόσταση. Εν συνεχεία τοποθετείται μια οπισθία βάλβα στον κόλπο και πραγματοποιείται μια εγκάρσια τομή στο πρόσθιο κοιλικό τοίχωμα, ακριβώς κάτω από την ουρήθρα. Εν συνεχεία αποκολλάται το πρόσθιο κοιλικό τοίχωμα από την ουρήθρα και πραγματοποιείται μια νέα τομή κάθετη αυτή τη φορά στη μεσότητα του πρόσθιου κοιλικού τοιχώματος (ανάποδο T).

Αποκολλάται και άλλο η ουρήθρα από το πρόσθιο κοιλικό τοίχωμα, έτσι ώστε να παρατηρείται η ουρήθρα και το τρίγωνο (περιοχή της κυστεοουρηθρικής γωνίας). Δεξιά και αριστερά πρέπει να υπάρχει αρκετός χώρος για να τοποθετηθεί ο σωλήνας από Dacron (συνήθως πρέπει να χωρά το μικρό δάκτυλο).

Ακολουθεί το πέρασμα της ειδικής βελόνης (υπάρχουν τρεις τύπου κάθετα  $30^{\circ}$   $15^{\circ}$  που χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση) που γίνεται ως εξής:

Η βελόνη σπρώχνεται με τα δύο χέρια κάθετα στο έσω άκρο της εγκάρσιας υπερηβικής τομής διά μέσου της απονεύρωσης και του ορθού κοιλιακού μέχρι το υψηλότερο σημείο της ηβικής σύμφυσης. Εν συνέχεια η βελόνη σπρώχνεται 1 cm παράλληλα ως προς την κάτω επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Το μόνο αιμοραγικό σημείο είναι το πέρασμα διά του ορθού κοιλιακού και εκεί γίνεται αιμόσταση. Εν συνέχεια το ένα χέρι τοποθετείται στον κόλπο ενώ κρατά τον καθετήρα και ο δείκτης ψηλαφά το μπαλονάκι του Foley, ώστε να εντοπισθεί η περιοχή της κυστεοουρηθρικής συμβολής και συγχρόνως ψηλαφά τη μύτη της βελόνας η οποία προωθείται έτσι στον κόλπο, περνώντας ακριβώς πλάγια από την κυστεοουρηθρική συμβολή.

Κατόπιν αφαιρείται ο Foley και τοποθετείται το κυστεοσκόπιο και ελέγχεται μήπως η βελόνη έχει τρυπήσει το βλεννογόνο της κύστης και εάν συμβαίνει κάτι τέτοιο, η βελόνη επανεισάγεται με τον ίδιο τρόπο. Ακολουθεί η τοποθέτηση στο μάτι της βελόνης μονόκλονου ηγίου 2 νούμερο. Η βελόνα τραβιέται και το ράμμα περνά υπερηβικά.

Τοποθετείται εκ νέου ο Foley και με το ένα χέρι η βελόνη σπρώχνεται από το έξω όριο της εγκάρσιας υπερηβικής τομής ενώ το άλλο χέρι κρατά τον Foley και ο δείκτης είναι τοποθετημένος 1 cm προς το έξω του προηγούμενου ράμματος και ακριβώς εγκάρσια ώστε να ψηλαφά τη μύτη της βελόνας, η οποία έτσι περνά για

δεύτερη φορά στον κόλπο. Στο ράμμα που ήδη έχει περαστεί, πριν τοποθετηθεί στο μάτι της βελόνας περνά ένα κομμάτι μήκους 1 cm από σωλήνα dacron διαμέτρου 1 mm που χρησιμοποιείται για αρτηριακό μόσχευμα.

Αφού αφαιρεθεί ο Foley και ελεγχθεί εκ νέου η κύστη και η συμβολή, η βελόνη έλκεται ώστε το nylon να περάσει υπερβικά. Ομοίως γίνεται, και από την άλλη μεριά. Το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα ράβεται με συνεχή ραφή cromic 3-0. Ο Foley αφαιρείται οριστικά, αφού έχει τοποθετηθεί υπερηβική κυστεοστομία στη μέση γραμμή 3 cm επάνω από την ηβική σύμφυση.

Το σημαντικό μέρος της επέμβασης είναι το πόση θα είναι η έλξη στο ράμμα. Ο Stamey αναφέρει ότι και ισχυρή έλξη δε δημιουργεί προβλήματα, διότι η κυστεουρηθρική συμβολή έχει γενικά πολύ καλή κινητικότητα.

Ο Biggers προτείνει η τάση των ραμμάτων να ελέγχεται ενδοσκοπικά και να σταθεροποιείται όταν με το κυστεοσκόπιο παρατηρείται ικανοποιητική ανύψωση της κυστεουρηθρικής συμβολής.

Ο Atsuo Kondo και συνεργάτες το 1987 πρότειναν ένα μοντέλο με βαράκια που κανονίζουν την έλξη των ραμμάτων. Στην συγκεκριμένη περίπτωση ακολουθήσαμε την έλξη των ραμμάτων υπό ενδοσκοπικό έλεγχο.

Αφού έχει καθοριστεί η τάση των ραμμάτων αυτά δένονται αφού προηγουμένως έχει περαστεί στο ράμμα ένα σωληνάκι από Dacron, όμοιο με αυτό που έχει τοποθετηθεί στον κόλπο ούτως ώστε να

σταθεροποιηθεί το ράμμα στην απονεύρωση του ορθού κοιλιακού.

Το υποδόριο ράβεται με 3-0 plain και το δέρμα με 4-0 nylon. Στον κόλπο τοποθετείται ταμπόν που αφαιρείται μετά 24 ώρες. Ο υπερηβικός καθετήρας κλείνει την 4η ή 5η ημέρα και συμβουλευόμαστε τις γυναίκες να ουρήσουν μόνον όταν αισθανθούν μεγάλη ανάγκη προς ούρηση.

Αφού ουρήσουν και μετρηθεί ο όγκος των ούρων ανοίγεται για 20 mln ο υπερηβικός καθετήρας και μετριέται το ποσό των ούρων που μένει ως υπόλειμμα.

Αυτό επαναλαμβάνεται έως ότου το υπόλειμμα των ούρων να είναι λιγότερο από το 20% του όγκου των ούρων που φυσιολογικά ουρεί η γυναίκα. Τότε ο υπερηβικός καθετήρας αφαιρείται αφού προηγουμένως έχει ληφθεί καλλιέργεια.

Ο Stamey αναφέρει ότι μέσος όρος παραμονής του υπερηβικού καθετήρα είναι 13 ημέρες.

Ο Tammelo και συνεργάτες προτείνουν την ενδοσκοπική έγχυση προσταγλανδίνης F2 για να διευκολυνθεί η σύσπαση του εξωστήρος, με σκοπό τη γρήγορη αφαίρεση του υπερηβικού καθετήρα, αφ' ενός και την παραμονή μικροτέρου υπολείμματος ούρων, αφ' ετέρου.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Οι συνηθισμένες επιπλοκές αν και σπάνιες όσον αφορά την συγκεκριμένη επέμβαση είναι μονιλίαση του κόλπου, οπισθοθηβικός πόνος, αιματώματα, οστεΐτιδες, παροδική επίσχεση, απόστημα του τραύματος, πέτρες στην κύστη, κ.ά.

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της ακράτειας των ούρων στη γυναίκα μετά από θεραπεία είναι πολύ καλή. Όσον αφορά τη χειρουργική αντιμετώπιση οι Mattingly και Davis σε μία ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρουν ποσοστά επιτυχίας από 80% έως και 100%.

Φυσικά για να υπάρξει όσο το δυνατόν ορθότερη πρόγνωση πρέπει να έχουμε και όσο το δυνατόν ακριβέστερη διάγνωση, που μπορεί να επιτευχθεί μόνο με πλήρη ουροδυναμική μελέτη.

Η ουροδυναμική μελέτη όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της διάγνωσης μας προσφέρει ακριβή και αντικειμενική αξιολόγηση του πολύπλοκου δυναμικού συστήματος που ελέγχει την λειτουργία τους ούρησης.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

#### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η Mrs Nola Smith εισήχθη στην κλινική 7B στις 23 Απρίλη 1993. Έχοντας χαρακτηριστικά συμπτώματα ακράτειας από προσπάθεια για 8 συνεχή έτη, τελικά είχε μπει στο πρόγραμμα των χειρουργείων για την επέμβαση κατά την μέθοδο Stamey.

Η ασθενής είναι 56 ετών και παντρεμένη με τον Eddie 38 ετών. Έχουν 3 παιδιά και 5 εγγόνια. Η ίδια ήταν παιδί πολυμελούς οικογένειας και γενικά αγαπά την οικογένεια και διοχετεύει μεγάλο μέρος της στοργής της και της ενέργειάς της για τα αγαπημένα της πρόσωπα.

Κατά την εισαγωγή της η ασθενής δεν εμφανίσθηκε ιδιαίτερα ανήσυχη, αντιθέτως ήταν ευχάριστη και φιλική με το προσωπικό. Αυτό πιθανώς συνέβη λόγω της εμπειρίας της με τον χώρο και την φύση της ασθένειας από προηγούμενες επεμβάσεις και επισκέψεις σε Νοσοκομεία.

Παρά το γεγονός πως ο Γενικός Γιατρός της (GP) είχε συμβουλευσει την ασθενή στο παρελθόν να αποφεύγει να σηκώνει αντικείμενα μεγάλου βάρους, η ασθενής εδώ και 5 χρόνια εργάζεται ως καθαρίστρια σε βιομηχανικό συγκρότημα. Φανερά η πλήρης απασχόληση της σε τέτοιο τομέα έχει χειροτερέψει την ήδη υπάρχουσα ακράτεια.

Η ίδια δήλωσε πως μετά την εγχείρηση της θα διέκοπτε την εργασία της, αλλά είμαι επιφυλακτική απέναντι σ' αυτές τις δηλώσεις της γιατί διέκρινα πόσο σημαντική για την ύπαρξη της ήταν η εργασία της και οι συνεργάτες της εκεί.

Γενικά η Nola Smith ήταν μία αυθόρμητη, ευχάριστη, αισιόδοξη ασθενής και ήταν δική μου χαρά να αναλάβω τη νοσηλεία της και να μελετήσω την ασθένειά της για την πτυχιακή μου εργασία. Με βοήθησε ανεκτίμητα, γιατί αντελήφθη πως δυσκολευόμουν αρκετά να επικοινωνήσω μαζί της, μιάς και ήταν ο πρώτος μήνας παραμονής μου στη χώρα της και δεν είχα ξεπεράσει το πρόβλημα της γλώσσας. Οι ερωτήσεις της πάντα ήταν λογικές και ενδιαφέρουσες, πηγές γνώσεις και για μένα την ίδια.



## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Εκτός από τη γέννηση των 3 παιδιών της η ασθενής χρειάστηκε να εισαχθεί στο Νοσοκομείο 16 χρόνια πριν όταν ήταν 39 ετών. Τότε υπεβλήθη σε μερική θυρεοειδεκτομή και ο γιατρός της την συμβούλευσε να αποφύγει μελλοντικές εγκυμοσύνες. Υπεβλήθη σε στείρωση το 1985. Στα 48 της έπειτα από αρκετούς μήνες με κολπική αιμορραγία η Mrs Smith έδωσε την συγκατάθεση της για ωθηκούστερεκτομή. Η συγκεκριμένη επέμβαση έγινε το Wythenshawe Hospital όπου η ασθενής έμεινε για 3 εβδομάδες. Η παραμονή της εκεί παρατάθηκε λόγω μόλυνσης του χειρουργικού της τραύματος και εμφάνισης ουρολοιμώξεως.

Χρειάστηκε να επισκεφθεί το Wythenshawe 9 φορές ακόμη και 2 φορές υπέστη καυτηριασμό τραχήλου υπό γενική αναισθησία. Όπως ακριβώς μου εξομολογήθηκε η ίδια η ασθενής. Ποτέ δεν ένιωσα τόσο άρρωστη σε όλη μου τη ζωή, αυτό που μου 'μεινε τελικά είναι μια υποτροπιάζουσα κυστίτιδα, ένας ευαίσθητος κόλπος και αιμορροΐδες".

Τον περασμένο Μάη (1992) η ασθενής αναφέρθηκε στους ουρολόγους για εξετάσεις. Αυτό το διάστημα υπέφερε από στάγδην

ακράτεια (dribbling incontinence) πιθανόν εξαιτίας της προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης και την έλλειψη οιστρογόνων μετά την ωθηκούστερεκτομή. Κατά την εξέταση ανακαλύφθηκε μία κυστοκήλη και αφού ακολούθησαν αρκετά ουροδυναμικά τέρστ, η ασθενής προγραμματίσθηκε για μια εγχειρητική επανόρθωση της ουροδόχου κύστης.

Τέλος πιστεύω πως αξίζει να σημειωθεί πως η ασθενής είχε προσβληθεί από ρευματικό πυρετό, όταν ήταν παιδί που προκάλεσε πρόπτωση της μητρικής βαλβίδας. Εξαιτίας αυτού, προεγχειρητικά χορηγήθηκαν στην ασθενή 180 mgs Gentomycin, για να προληφθεί μετεγχειρητική σεπτικαιμία.

Σ.Σ.: Όλες οι παραπάνω πληροφορίες συλλέχθηκαν άμεσα από την ασθενή. Δεν ήταν δυνατό να μελετήσω τις προηγούμενες εγχειρητικές επεμβάσεις, καθώς τα Ιστορικά από το Wythenshawe δεν ήταν διαθέσιμα.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑ 1ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εκφραση ανησυχίας της ασθενούς λόγω του αναμενόμενου χειρουργείου και της έγνοιας της σχετικά με την εγχείρηση.

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ασθενής να αποκτήσει όσες πληροφορίες επιθυμεί ώστε να κατασταλούν οι φόβοι της.

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

- (i) Σύστησα την ασθενή στο προσωπικό, της περιέγραψα και της έδειξα όλους τους απαραίτητους χώρους και της εξήγησα την ρουτίνα της κλινικής.
- ii) Δημιουργήθηκε η κατάλληλη ατμόσφαιρα, ώστε η ασθενής να βρει τη διάθεση και το χρόνο να εκφράσει τις ανησυχίες της.
- (iii) Ενημερώθηκε η ασθενής από αρμόδιο προσωπικό και με την ανάγνωση σχετικών ενημερωτικών φυλλαδίων σχετικά με την συγκεκριμένη επέμβαση.

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ερευνες έχουν δείξει πως η ενημέρωση προσγχειρητικά μειώνει σε σημαντικό βαθμό τις ανησυχίες των ασθενών.

Όπως αναφέρει η Lesley Dobree (1990) στην μελέτη της " Τα άτομα χρειάζονται πληροφορίες που θα τα βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν στην εμπειρία του Νοσοκομείου και θα τους οδηγήσουν στην ενεργητική συμμετοχή και αυτοφροντίδα ".

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ασθενής από την πρώτη μέρα ήδη ένιωθε άνετα στο χώρο του Νοσοκομείου και δεν δίστασε να ρωτά οτιδήποτε επιθυμούσε.

Π Ρ Ο Β Λ Η Μ Α 2ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αναγκαία η άμεση νοσηλευτική παρέμβαση λόγω αδυναμίας της ασθενούς να προετοιμαστεί πλήρως προεγχειρητικά.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πλήρης προεγχειρητική προετοιμασία, ώστε να εξασφαλιστεί η ασφαλής έκβαση της εγχείρησης.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

- (i) Τοποθέτηση αναγνωριστικής ταυτότητας στον καρπό της ασθενούς (χαρακτηριστική του συγκεκριμένου Νοσηλευτικού Ιδρύματος).
- (ii) Έλεγχος επαλήθευσης της υπογραφής συγκατάθεσης της ασθενούς για την επέμβαση (consent form).
- (iii) Η ασθενής παρέμεινε νήστης 6 ώρες προεγχειρητικά.

- (iv) Επανεξέταση του ελέγχου τήρησης προεγχειρητικής λίστας (αφαίρεση οδοντοστοιχιών, ασφάλιση κοσμημάτων, χρημάτων, κ.τ.λ.).
- (v) Ελέγθη η ασθενής αν πραγματοποίησε το απαιτούμενο ξύρισμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.
- (vi) Χορήγηση της συμφωνημένης προεγχειρητικής αναισθησίας (Diazepam 20 mgs και Cyclizine 150 mgs).
- (vii) Το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής βεβαιώθηκε για την ασφαλή μεταφορά της ασθενούς στα χειρουργεία και την παραλαβή της από το αρμόδιο προσωπικό.

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αν και η συγκεκριμένη ασθενής νήστεψε 6 - 8 ώρες προεγχειρητικά, ώστε να αποφευχθεί παλινδρόμηση της τροφής κατά την εισαγωγή της αναισθησίας, έρευνες έχουν αποδείξει πως 4-6 ώρες επαρκούν (E.A. TOMAS, 1987).

Ζητήθηκε από την ασθενή να πραγματοποιήσει η ίδια ένα πλήρες ηβικό ξύρισμα καθώς οι περισσότεροι χειρουργοί θεωρούν τις τρίχες κύρια αιτία μόλυνσης χειρουργικών τραυμάτων.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Κατά την χορήγηση της προεγχειρητικής αναισθησίας, εκτιμήθηκαν ικανοποιητικά τα αποτελέσματα των πράξεων i-vi.

Στη συνέχεια η ασθενής μεταφέρθηκε στο χώρο των χειρουργείων.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑ 3ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πιθανή εμφάνιση υποβολαιμικού σοκ λόγω της αιμορραγίας μετεγχειρητικά.

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Εξασφάλιση ασφαλούς μετεγχειρητικής πορείας με έλεγχο πρώιμων σημείων αιμορραγίας και άμεση επέμβαση.

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- (i) Έλεγχος ζωτικών σημείων αρχικά ανά μισάωρο και καθώς οι παρατηρήσεις σταθεροποιούνται, αραιότερα.
- (ii) Παρατήρηση του χρώματος και της κατάστασης του δέρματος για ωχρότητα και εφίδρωση.
- (iii) Έλεγχος του επιδέσμου του χειρουργικού τραύματος για σημεία αιμορραγίας.



### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Απότομη αύξηση του σφυγμού πάνω από 120 bpm και μείωση της αρτηριακής πίεσης κάτω από 90/60 ίσως είναι ενδεικτικό αιμορραγίας. Έτσι είναι απαραίτητος ο στενός έλεγχος 2.Σ. για τις πρώτες 4 ώρες μετά το χειρουργείο. Σίγουρα και άλλοι παράγοντες πρέπει να παίρνονται υπόψη όπως φρέσκο αίμα στον ιματισμό του τραύματος από τα χειρουργεία, ζαλάδες και εφιδρώσεις αλλά η αρτηριακή πίεση και ο αριθμός σφυγμών, παραμένουν τα πιο αξιόπιστα στοιχεία για τον έλεγχο της έντασης του κυκλοφορούμενου αίματος.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

- (i) Κατά την επιστροφή από το χειρουργείο της ασθενούς η πίεση της ήταν 110/70 mm Hg και οι σφυγμοί της 76 BPM και παρέμειναν στα ίδια επίπεδα στην αρχική μετεγχειρητική περίοδο. Έπειτα συνεχίστηκε έλεγχος των ζωτικών σημείων ανά 4ωρο για 48 ώρες.
- (ii) Τις πρώτες 4 ώρες γινόταν έλεγχος του χειρουργικού τραύματος ανά ώρα, αλλά η κατάσταση ήταν σταθερή δίχως αιμορραγία.
- (iii) Στη συνέχεια γινόταν έλεγχος του τραύματος 2 φορές ημερησίως για τις επόμενες 48 ώρες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 4ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ασθενής παραπονιόταν για έντονο πόνο στην κοιλιακή χώρα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Έλεγχος του μετεγχειρητικού πόνου σε ένα επίπεδο αποδεκτό για την ασθενή.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

- (i) Νοσηλευτικός έλεγχος της ασθενούς για μη λεκτικά σημεία δυσφορίας.
- (ii) Ενθάρρυνση της ασθενούς να ενημερώνει το Νοσηλευτικό προσωπικό όποτε αισθανόταν πόνο.
- (iii) Χορήγηση της προγραμματισμένης δόσης αναλγησίας.
- (iv) Έλεγχος της αναλγησίας και της αποτελεσματικότητάς της.

- (v) Ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού, αν η αναλγησία εμφανίζεται αναποτελεσματική.
  
- (vi) Τοποθέτηση της ασθενούς σε άνετη θέση.

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η Eloise Ca (1990) προτείνει για σωστή εκτίμηση του πόνου, της αναλγησίας και της αποτελεσματικότητας της, τη χρήση ενός πίνακα ελέγχου του πόνου, όπως το "London Pain Chart".

Στο θάλαμο που νοσηλευόταν η εν λόγω ασθενής δεν χρησιμοποιούνταν τέτοιου είδους έλεγχοι της αναλγησίας, αλλά η δράση των αναλγητικών αξιολογούνταν με επίσκεψη στον ασθενή 30 λεπτά, μετά τη λήψη και εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Η Ca επίσης δηλώνει πως η αναλγησία είναι αποδοτικότερη όταν δίδεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, π.χ. ανά 4 ώρες ανεξάρτητα από το βαθμό πόνου, και όχι απλά "επί πόνου".

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ασθενής χρειάστηκε 4 δόσεις Οπμπορον των 15 mgs τις πρώτες 24 ώρες μετεγχειρητικά. Της δόθηκαν δόσεις των 15 mgs αντί των 20 mgs γιατί η τελευταία δοσολογία μείωνε την αρτηριακή της πίεση.

Επειτα από 24 ώρες η ασθενής άρχισε τη λήψη καψούλων Tylex 4-6 ωριαίως και συνέχισε τη λήψη τους και όταν επέστρεψε σπίτι περιστασιακά για τον πόνο που προκαλούσε το τραύμα στη θέση του υπερηβικού καθετήρα.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑ 5ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ασθενής αδυνατεί να ουρήσει φυσιολογικά λόγω της ύπαρξης του υπερηβικού και διουρηθρικού καθετήρα.

Κίνδυνος εμφάνισης ουρολοιμώξεων, λόγω κακής υγιεινής των καθετήρων.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Να υπάρξει πλήρης έλεγχος της ποσότητας των ούρων μέσω των καθετήρων και σωστή περιποίηση των καθετήρων μέχρι να μετακινηθούν.

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

- (i) Έλεγχος της ποσότητας των ούρων και από τους δύο καθετήρες, αρχικά ανά 4ωρο και αν η ποσότητα ξεπερνά τα 60 ml ανά 2 ώρες.

- (ii) Ακριβής διατήρηση πίνακος - διαγράμματος ισοζυγίου υγρών.
- (iii) Χρήση άσηπτης τεχνικής στους χειρισμούς που αφορούν τους καθετήρες (αλλαγή, άδειασμα των ουροσάκκων, κ.λ.π.).
- (iv) Καθαρισμός της ευαίσθητης περιοχής με μαλακό σαπούνι και νερό μέχρις ότου η ασθενής είναι σε θέση να κάνει ντους ή μπάνιο.
- (v) Αποστολή δείγματος ούρων από τους καθετήρες καθημερινώς για έλεγχο των ουρολοιμώξεων.
- (vi) Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού γύρω από τον υπερηβικό καθετήρα καθημερινώς. Χρήση στεγνής γάζας εκτός και αν υπάρχουν εκκρίσεις, οπότε γίνεται καθαρισμός με φ.ο.

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οι δύο καθετήρες τοποθετήθηκαν για να προλάβουν τυχόν περαιτέρω τραύμα στην ουροδόχο κύστη και στο κοιλικό τοίχωμα.

Μια καλή διούρηση αποδεικνύει όχι μόνο τη φυσιολογική λειτουργία των νεφρών, αλλά ότι και η ουροδόχος κύστη δεν παρακρατά ούρα που θα προκαλούσαν περισσότερο πόνο.

Επειδή οι καθετήρες είναι ξένα σώματα προς τον ασθενή είναι πιθανό να προκαλέσουν λοίμωξη. Είναι λοιπόν απαραίτητη η χρήση άσηπτης τεχνικής κατά τον καθετηριασμό και την φροντίδα μετά των καθετήρων.

Η Breda Roe (1987) προτείνει τη χρήση μαλακού σαπουνιού και ζεστού νερού για την περιποίηση της ευαίσθητης περιοχής. Επίσης η ίδια προτείνει ντους αντί μπάνιου, αλλά οι Slade και Gillesie υποστηρίζουν πως η επιλογή εναπόκειται στην επιθυμία του ασθενούς.

Ο υπερηβικός καθετήρας περιοδικά κλεινόταν και ανοιγόταν ώστε να επιτευχθεί η επαναφορά του τόνου της κύστης μετά την περίοδο ανάπαυσης.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ασθενής είχε καλή διούρηση αμέσως μετά την εγχείρηση (400 mlς ακριβώς ανά 4ωρο και από τους 2 καθετήρες).

Ο διουρητικός καθετήρας παρέμεινε για 3 μέρες. Ένα 24ωρο

πριν την απομάκρυνση του υπερηβικού καθετήρα διακόπηκε η λειτουργία του με λαβίδα και επανήλθε μετά απο την επίτευξη φυσιολογικής ούρησης διουρηθρικώς.

Αφού το υπόλοιπο εναπομείναν ποσό ούρων ήταν λιγότερο από 150 ml, ο καθετήρας αφαιρέθηκε. Αυτό συνέβη μία εβδομάδα μετά το χειρουργείο.

Δεν εμφανίσθηκε ουρολοίμωξη και η λειτουργία της ούρησης επανήλθε δίχως ιδιαίτερα προβλήματα.



## ΠΡΟΒΛΗΜΑ 6ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δυνητικό πρόβλημα αφυδάτωσης και ανεπαρκούς θρέψης κατά την μετεγχειρητική νηστεία της ασθενούς.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Εφαρμογή ενδοφλέβιας χορήγησης θρεπτικών συστατικών μέχρις ότου η ασθενής καταστεί ικανή να τραφεί φυσιολογικά.

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

- (i) Εναρξη της καθορισμένης από τον θεράποντα ιατρό ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών. Έλεγχος της ροής και του σημείου φλεβοκεντήσεως μέχρι τη διακοπή της.
- (ii) Συχνές στοματικές πλύσεις και κατάποση ελάχιστης ποσότητας νερού μέχρι διακοπής της ναυτίας και ανοχής φυσιολογικής ενυδάτωσης (εκτός και αν αντενδείκνυται).

- (iii) Ταχεία αποκατάσταση του φυσιολογικού τρόπου ενυδάτωσης, διότι λόγω της φύσεως της εγχειρήσεως η ασθενής χρειαζόταν υγρά (πλύσεις ουροδόχου κύστεως).
  
- (iv) Εναρξη λήψης τροφής από τη στιγμή που θα ακουστούν οι ήχοι του εντέρου και η ασθενής θα είναι σε θέση να δεχθεί.

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Πρέπει να υπάρχει στενή παρακολούθηση του σημείου φλεβοκέντησης έτσι ώστε να προληφθεί τυχόν βλάβη των ιστών από τρώση της φλέβας.

Επειδή παραλύει το σώμα με την χορήγηση της αναισθησίας, θα πρέπει να ακουστούν ήχοι του εντέρου προτού αρχίσει η λήψη τροφής προς αποφυγή εμφάνισης παραλυτικού ειλεού.

Αν το έντερο έχει παραλύσει δεν θα υπάρχει περισταλτική δράση να μεταφέρει την τροφή και έτσι θα παραμένει στατική στο στομάχι προκαλώντας ναυτία και εμέτους.

Η ασθενής επέστρεψε στο θάλαμο έχοντας εγκαταστημένη ενδοφλέβια συσκευή και λαμβάνοντας δεξτρόζη και φυσιολογικό ορό εναλλάξ ανά 6ωρο.

Δεν αισθάνθηκε ιδιαίτερη ναυτία και άρχισε να τη λήψη υγρών εντός του πρώτου 24ώρου.

Ηχοι εντέρου ακούστηκαν 48 ώρες μετά, έτσι η ασθενής άρχισε με ελαφρά δίαιτα και συνέχισε με πλήρες 24 ώρες αργότερα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 7ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δυνητική ανάπτυξη βακτηρίων και μόλυνση του χειρουργικού τραύματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Νοσηλευτικός συχνός έλεγχος της ασθενούς για σημεία και συμπτώματα μόλυνσης και σωστή πληροφόρηση και υποστήριξη για γρήγορη επούλωση.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

- (i) Έλεγχος συχνός της θερμοκρασίας της ασθενούς και στη συνέχεια δύο φορές ημερησίως εάν δεν εμφανισθεί πυρετός.
- (ii) Έλεγχος του τραύματος 2 φορές ημερησίως για σημεία μόλυνσης (εμφάνιση πύου, τοπική ερυθρότητα, χαρακτηριστική οσμή).

(iii) Εάν δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης αφήνεται το επιδεσμικό υλικό που τοποθετήθηκε στο χειρουργείο για 48 ώρες.

(iv) Εάν το τραύμα είναι καθαρό και στεγνό, όταν αφαιρεθούν αυτές οι πρώτες γάζες, αφήνεται μετά εκτεθειμένο.

Εάν μόλυνση είναι παρούσα ενημερώνεται το ιατρικό προσωπικό και αρχίζει θεραπεία σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Υπάρχει πολύ και συγκεχυμένη έρευνα σχετικά με τον τρόπο χειρισμού των χειρουργικών τραυμάτων.

Το τραύμα της συγκεκριμένης ασθενούς θεραπεύθηκε σύμφωνα με την "πολιτική" της συγκεκριμένης κλινικής που νοσηλεύθηκε. Εμεινε δηλαδή για 48 ώρες η χειρουργική ένδυση.

Η Ueith Cutting (1990), προτείνει, " αν το τραύμα εμφανισθεί καθαρό είναι προτιμότερο να αφεθεί το τραύμα δίχως περαιτέρω καθαρισμό.

Οι Chrintz (1989), υποστηρίζουν πως η ταχεία απομάκρυνση της ένδυσης του τραύματος έχει τα επιπρόσθετα οφέλη της εύκολης εξέτασης του τραύματος, της ευκολότερης ατομικής καθαριότητας (για τον ασθενή) και μείωση του αναλώσιμου επιδεσμικού υλικού και του νοσηλευτικού χρόνου. Έτσι δηλώνουν πως τα τραύματα μπορούν να αφήνονται εκτεθειμένα 24 ώρες μετά την εγχείρηση και ισχυρίζονται πως δεν υπάρχει αύξηση του ποσοτού μόλυνσης πράττοντας έτσι.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ασθενής παρέμεινε απύρετη μετεγχειρητικά, το τραύμα ήταν στεγνό και καθαρό και δεν υπήρξαν φανερά σημεία μόλυνσης.

Τα ράμματα αφαιρέθηκαν την εβδομη μετεγχειρητική μέρα.

### ΕΞΙΤΗΡΙΟ

Η ασθενής πήρε εξιτήριο για το σπίτι στις 3.5.1993 έπειτα από μία πλήρη και επιτυχή ανάληψη από την εγχείρησή της. Λίγο πριν φύγει, εφαρμόσθηκε και στην περίπτωση της το πλάνο που συνηθίζει η κλινική για τέτοιου είδους περιστατικά.

Ελέχθησαν τα εξής:

1. Φροντίδα τραύματος:

Το τραύμα της ασθενούς είχε θεραπευθεί πλήρως και τα ράμματα αφαιρέθηκαν μία μέρα πριν φύγει. Δεν υπήρχε καμμία ένδειξη μόλυνσης, έτσι δεν απαιτήθηκε επίσκεψη της districtnurse.

2. Λήψη φαρμάκων στο σπίτι:

Η ασθενής επέστρεψε στο σπίτι της και συνέχισε να παίρνει τα φάρμακα που συνηθίζει και πριν από την εγχείρηση και επιπλέον Tylox caps "επί πόνου".

Της εξηγήθηκε πλήρως πόσο συχνά μπορούσε να παίρνει από αυτά και τη μέγιστη δόση που θα μπορούσε να λάβει σ' ένα 24ωρο.

3. Μεταφορά :

Συγγενείς θα μετέφεραν την ασθενή στο σπίτι και έτσι δεν χρειάστηκε να κανονισθεί από το νοσοκομείο η μεταφορά.

4. Ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία :

Ένα ραντεβού καθορίστηκε για την ασθενή. Θα επέστρεφε στην κλινική 4 εβδομάδες μετά το εξιτήριο. Η κάρτα του ραντεβού της δόθηκε λίγο πριν φύγει και της επισημάνθηκε η σπουδαιότητα του.

5. Προαγωγή Υγείας (Health Promotion)

Δόθηκαν στην ασθενή μετεγχειρητικά ενημερωτικά φυλλάδια και ασκήσει υποστήριξη και βελτίωση της κατάστασης των μυών του πυελικού εδάφους (pelvic floor exercises).

Η ασθενής δεν κάπνιζε, δεν ήταν υπέρβαρη και είχε τακτικά test PAP έτσι δεν χρειαζόταν άλλα ενημερωτικά φυλλάδια που ήταν διαθέσιμα γι' αυτήν.

Τέλος το νοσηλευτικό προσωπικό την συμβούλεψε να τηλεφωνήσει στην κλινική, εάν είχε κάποια ερώτηση ή απορία που δεν μπορούσε να την καλύψει ο Γενικός Γιατρός της (G.P.).



ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑ  
STAMEY

1. Αποφεύγετε μεγάλες περιόδους ορθοστασίας, ξεκουραστείτε αν νιώθετε κουρασμένοι.
2. Μην κάνετε βαριές οικιακές δουλειές όπως σκούπισμα, περιοριστείτε για τις πρώτες 6 εβδομάδες σε ελαφριές δουλειές όπως ξεσκόνισμα.
3. Ίσως θεωρήσετε ευκολότερο να κάθεστε, όταν σιδερώνετε ή προετοιμάζετε τα γεύματα.
4. Μην οδηγείτε για 6 εβδομάδες.
5. Κατάλληλη διατροφή προς αποφυγή δυσκοιλιότητας (φρούτα, λαχανικά).

6. Πίνετε άφθονα υγρά γιατί βοηθούν στην πρόληψη λοίμωξης.  
Προσπαθείτε να ουρείτε κάθε 3-4 ώρες.
7. Διατηρείτε υψηλούς δείκτες καλής υγιεινής.
8. Τηρείστε το ραντεβού σας στα εξωτερικά Ιατρεία.
9. Δείτε τον Γενικό Γιατρό σας αν έχετε πρόβλημα.

## ΣΧΟΛΙΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ακράτεια ούρων είναι μια συνηθισμένη και δυσάρεστη διαταραχή, που λόγω των καταστρεπτικών κοινωνικών συνεπειών, απαιτεί προσεκτική εκτίμηση και κατάλληλη θεραπεία. Ευτυχώς, για όσους ασχολούνται με το θέμα, κλινικές και ουροδυναμικές εκτιμήσεις μπορούν να παρέχουν ένα βαθμό διαγνωστικής ακριβείας και σαν αποτέλεσμα, προσφέρεται θεραπεία με εξοχες προοπτικές και επιτυχή έκβαση.

Οι περισσότεροι ασθενείς με προβλήματα ακράτειας αντιμετωπίζονται σε βάσεις απλών αλλά λειτουργικών ερευνών, οδηγιών, ασκήσεων και χωρίς την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης.

Σ' αυτό το σημαντικό πεδίο όπου η θεραπεία είναι μη χειρουργική ο Νοσηλευτικός Κλάδος μπορεί να προσφέρει πάρα πολλά.

Η δημιουργία Νοσηλευτικής Ειδικότητας στο εξωτερικό (Continence adviser) έχει τρομερή επιτυχία και η προσφορά του στην εκπαίδευση άλλων λειτουργών υγείας, αλλά και των ίδιων των ασθενών είναι καταλυτική.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Absalom M., Betts, C. Endoscopic Urology for Nurses. Royal London Hospital Trust, 1st ed, London 1992.

Αθανασόπουλος Αναστάσιος : Ουροδυναμική Αξιολόγηση της Εγχειρητικής Διόρθωσης της Γυναικείας Ακράτειας Ούρων με τις Τεχνικές Stamey και Burch Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1990.

Doughty, D.B. Urinary and feacal incontinence Nursing Management, Mosby Year Book, St Louis 1991.

Drife, J.O, Hilton, P. ,Stanton, S. Micturition. Springer - Verlag 1990.,

Freeman, R.M., Malvern, J. The Unstable Bladder. 1st ed, Wright, London 1989.

Gosling, J.A., Dixon, J.S. Humpherson, J.R. Functional anatomy of the urinary tract. Edition 1st. Churchill Livingstone, Edinburgh and London 1982.

Gortley, C.B. Managing Incontinence : a guide to living with loss of bladder control. Souvenir Press. London 1988.

Lofting, D.A. Guide to Continence Assessment and Bladder Retraining. 3rd ed. Dove Publishing, Warminster, Bath.

Mandelstam, D. Incontinence and its Management. 2nd ed. Multidisciplinary contributiony for professionals. Groom Helm, London, 1986.

Μπαρμπαλιάς Γ.Α. Στοιχεία Ουρολογίας. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1993.

Norton, C. Nursing for Continence. Edition 2nd. Beaconsfield Publishers, Beaconsfield 1989.

Polden M., Mantle, J. Physiotherapy, Obstetrics and Gynaecology. Butterworth - Heinemann, 1990.

Roe, B. Clinical Nursing Practice the Promotion and Management of Continence. Prentice Hall, London 1992.

Smith P. ,Continence Promotion in General Practice Oxford Medical Publications (Oxford University Press), 1991.

Smith P. Smith L. Continence and Incontinence: Psychological approaches to development and treatment . Croom Helm, London, 1987.

Stanton , S.L. Female Urinary Incontinence. Medical textbook covering causes, investigation and treatment. Loyd - Lute, London 1977.

Stanton S.L. Clinics in Obstetrics and Gynaecology Gynaecological Urology. W.B. Saunders, London 1978.

Stanton, S.L. Clinical Gynaecologic Urology. C.V. Mosby Company, St Louis 1984.

Stanton, S.L., Tanagho, E.A. Surgery of Female Incontinence. Springer - Verlag, Berlin 1980.

Steg, A. Urinary Incontinence, Societe Internationale d' Urologie Chucchill  
Livingstone, Edinburgh (Presentation from the 1991 SIU Conference,  
Seville 1992).

Willington, F.L. Incontinence in the elderly. Academic Press, London  
1976.

