**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №22

на тему: «**Расспрос и осмотр больных с заболеваниями мочевыделительной системы».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Расспрос и осмотр больных с заболеваниями мочевыделительной системы»** (50мин)**Актуальность темы:** Мочевыделительная система - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать расспрос и осмотр больных с заболеваниями мочевыделительной системы.

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Расспрос и осмотр больных с заболеваниями мочевыделительной системы.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

**Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.**ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.**ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.**РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать больных - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Ролевая игра врач и пациент | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель.лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции |  | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

 3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

 4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

##  Расспрос

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Перечислите основные жалобыбольных с заболеваниями почек. | 1. Заболевания почек у многих больных, особенно при их хроническом течении могут протекать без каких-либо субъективных нарушений. У большей же части больных отмечаются субъективные нарушения. Основными жалобами больных с заболеваниями почек являются отеки, нарушения мочеотделения, головные боли, боли в области почек, повышение температуры. |
| 2. Для каких почечных заболеваний характерны отеки? | 2. Отеки характерны для острого и хронического гломерулонефрита, амилоидоза. Для пиелонефрита отеки не характерны. |
| 3. Какие гормоны принимают участие в механизме развития почечных отеков? | 3. При заболеваниях почек наблюдается нарушение кровообращения, на которое юкстагломерулярный аппарат почек чутко реагирует активацией секреции ренина. Ренин сам по себе не обладает способностью задерживать в организме воду и вызывать отеки. Он играет роль фермента активирующего ангиотензиноген (гормоноподобный пептид, синтезируемый в печени). Ангиотензин (активная форма ангиотензи-ногена) стимулирует выделение в надпочечниках альдостерона.Альдостерон резко усиливаетреабсорбцию натрия и воды в почечных канальцахи вызывает задержку воды в организме с последующим развитием отеков. |
| 4. Какова причина головных болей при заболеваниях почек? | 4. Основной причиной головных болей является повышение артериальногодавления, которое наблюдается при остром и хроническом гломерулонефритах, хроническом пиелонефрите, заболеваниях почечных сосудов и др. Реже причиной головных болей может быть отек мозга (почечная зклампсия) или накопление азотистых шлаков при почечной недостаточности. |
| 5.Какая локализация болей характерна для больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей? | 5. При заболеваниях почек боль локализуется в области поясницы, при поражении мочеточников - соответственно их ходу, при заболеваниях мочевого пузыря - над лобком, при поражении предстательной железы - в области промежности. |
| 6. Какова причина болей при заболеваниях почек? | 6. Почечная ткань болевых рецепторов не имеет. Боль при заболеваниях почек возникает только в случае растяжения почечной капсулы или лоханки. Наибольшее растяжение почечной капсулы и, следовательно, наиболее интенсивная боль возникает в случаеобтурации камнем мочеточника. При заболеваниях почечнойпаренхимы(гломерулонефрит,пиелонефрит) боль не достигает большой интенсивности и связана с некоторым растяжением почечной кабулы из-за воспалительного отека. В большинстве же случаев многие тяжелейшие заболевания почек (гломерулонефрит,амилоидов,пиелонефрит, туберкулез и др.) протекают без заметного болевого синдрома. |
| 7. Для какого заболевания характерны периодически возникающие приступы болей в пояснице, иррадиирующие по ходумочеточника в низ в область мочевого пузыря и половых органов? | 7,Такие приступы болей характерны для почечно-камённой болезни. Их называют "почечной коликой". Они обусловлены закупоркой камнем мочеточника и резким растяжением лоханки и почечной капсулы. Сходный болевой приступ может возникнуть при перегибах мочеточника, воспалительном его отеке. |
| 8. Укажите характер болей при гломерулонефритах и пиэлонефритах. | 8. При этих заболеваниях боль носит ноющий, постоянный характер. При гломерулонефритах одновременно поражаются обе почки, больносит всегда двусторонний характер. При пиелонефрите может быть поражена одна почка. В зависимости от того одна или обе почки поражены, боль может быть односторонней или двусторонней. Какая-либо иррадиация болей при этих заболеваниях не наблюдается. |
| 9.Какие условия способствуют возникновению приступа почечной колики? | 9. Обильное питье и тряская езда. Эти состояния способствуют перемещению камней из лоханок в мочеточники. |
| 10.Какова причина иррадиации болей при почечной колике в паховую область? | 10. В нижнегрудных и верхнепоясничных сегментах спинного мозга нервные волокна, несущие чувствительные импульсы от почек, мочеточников, мочевого пузыря, половых органов, проходят в непосредственной близости,Такоерасположение облегчает распространение возбуждения в близлежащие волокна, которое в соответствующих нервных центрах ощущается как боль. |
| 11. Какое нарушение мочеотделения называется странгурией? | 11. Затрудненное болезненное мочеиспускание.Она характерна для воспаления мочеиспускательного канала, заболеваний предстательной железы. |
| 12. Что такое дизурия? | 12. Дизурией называют расстройство мочеиспускания. Нередко смыслэтого термина сужается и дизурией называют болезненное мочеиспускание. |
| 13. Что такое диурез?  | 13. Количество выделяемой мочи за определенныйотрезок времени. Часовойдиурез–кол-во мочи за 1 час. Суточный диурез– кол-во мочи за сутки. Дневной диурез -количество мочи с 6 - 18 ч., ночной диурез - количество мочи с 18- 6 ч. утра следующего дня. |
| 14.Чему равняется суточный диурез здорового человека? | 14. За сутки здоровый человек выделяет в среднем около 1500 мл мочи. Количество суточной мочи колеблется в зависимости от количества выпитой жидкости, температуры воздуха. Колебания суточного диуреза от 500 до 2000 мл считается нормальным. |
| 15. Что такое полиурия? Её причины? | 15. Увеличение суточного диуреза более2000 мл называется полиурией.При заболеваниях почек полиурия наблюдается при значительном нарушении концентрирующей функции почечныхканальцев. Обычно она наблюдается в терминальных стадиях пиелонефрита,реже гломерулонефрита, а такжепри непочечных, заболеваниях (сахарный и несахарный диабет, схождение сердечных отеков). Полиурия является обычным явлением и у здоровых людей выпивающих большое количество жидкостей. |
| 16. Что такое олигурия, её причины? | 16.Олигурия - снижение суточного диуреза ниже 500 мл. Такое снижение суточного диуреза возможно и у здоровых людей в жаркую погоду при ограничении кол-ва принимаемой жидкости. Она наблюдается при тяжелых поражениях почечной паренхимы (тяжелое течение гломерулонефрита,нефросклероз, шоковая почка, отравление сулемой и др.). Уменьшение количества мочи может быть и при непочечныхзаболеваниях: сердечная недостаточность, шок, коллапс, частые поносы, рвоты, переливаниеиногрупной крови. |
| 17. Что такое анурия, её причины? | 17.Полное прекращение выделения мочи называется анурией. Анурия является показателем чрезвычайно тяжелого поражения почек.При ней за несколько дней наблюдается накопление значительного количества азотистых шлаков и больной может впасть в уремическую кому. Анурия имеет те же причины, что и олигурия. |
| 18. Что такое поллакизурия, её причины? | 18.Поллакизурия - учащенное мочеиспускание. В обычных условиях здоровый человек мочится 4 - 7 раз в сутки. При ограничении количества принимаемой жидкости, в жаркую погоду число мочеиспусканий уменьшается. Прием большого количества жидкости сопровождается не только увеличением суточного диуреза, но и учащениеммочеиспусканий –паллакизурией. Из заболеваний мочевыделительной системы поллакизурия характерна для воспаления мочевого пузыря (цистита). При поллакизуриичастые позывы на мочеиспускание возникают не только днем, но и ночью. Количество мочи выделяемой при каждом мочеиспускании, как правило, снижено. Однако так бывает не всегда. При хронической почечной недостаточности, когда наблюдается полиурия в силу нарушения концентрирующей функции канальцев, имеет место поллакиурия с выделением нормального и даже повышенного количества мочи. Для такого состояния глубокого нарушения концентрирующей функции почек характерно выделение одинаковых порций мочи через равные интервалы времени (изурия). |
| 19. Что такое никтурия, её причины? | 19.Никтурия – увеличение ночного диуреза. Дневной диурез в 2-3 раза превышает ночной. У здорового человека такое соотношение выделения мочи нарушается при приеме в вечернее время большого кол-ва жидкостей. При заболеваниях почек никтурия наблюдается в период почечной недостаточности, чаще при нарушении концентрирующей функции канальцев. Она можетнаблюдаться при сердечной недостаточности. При этом никтурия проявляется на фоне олигурии, а при почечной недостаточности на фоне полиурии. |
| 20. Каковы причины повышения температуры тела при заболеваниях почек? | 20. Повышение температуры тела наблюдается обычно при тех заболеваниях почек, которые связаны с развитием инфекционного процесса (пиелонефрит, пионефроз, карбункул почки, апостематозный нефрит, туберкулез). Реже повышение бывает при опухолях, системных заболеваниях соединительной ткани с поражением почек и др. |
| 21. С какой целью при собирании анамнеза заболевания необходимо расспросить о предшествующих заболеванию почек инфекционных процессах(ангина, скарлатина, отит,фурункулез)? | 21. Появление признаков почечного заболевания черезодну-три неделипосле перенесенныхстрепто-стафилококковых инфекции характрно для острого гломерулонефрита |
| 22. С какой целью у больного с признаками почечного заболевания необходимо расспрашивать о существующих или перенесенных хронич.инфекцион. заболеваниях (туберкулез, гнойные воспалительные процессы в ушах, остеомиелит,хронич.заболева-ния легких с гнойной мокротой и др.),ревматоидном артрите? | 22. Такие заболевания очень часто приводят к развитию амилоидоза почек и других внутренних органов. |
| 23. Какие анамнестические сведения могут помочь диагностикеабактериальногоинтерстициальногонефрита и некронефроза? | 23. Постановке таких диагнозов может помочь выявление факторов приводящих к таким нарушениям: бытовые и производственные интоксикации соединениями тяжелых металлов, попадание в организм висмута, сулемы, длительный прием в больших доках сульфаниламидов, антибиотиков из группы аминогликозидов, тетрациклинов, амидопирина, фенацетина и др. |

##  Осмотр

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Какие признаки заболеваний почек можно обнаружит при осмотре больного? | 1. Отеки, бледность кожи, следы расчесов на коже, нарушение сознания. |
| 2. Каковы характерные признаки отеков почечного происхождения? | 2. При заболеваниях почек (гломерулонефрит,амилоидоз,липоидный нефроз) наблюдаются отеки всего тела. Из-за отеков лицо принимает характерный одутловатый вид с припухшими веками, глазные щели сужены. Кожа лица бледная, часто с восковым оттенком. Подобный вид обозначают термином - лицонефритика (faciesnephritica) |
| 3. Какое диагностическое значение имеет нахождение следоврасчесов на коже у больного с заболеванием почек? | 3.Расчесы на коже являются признаком тяжелой почечной недостаточности. Больной расчесывает кожу из-за ощущения зуда, который обусловлен отложением на коже уремических солей и раздражением ими нервных рецепторов в ней. При этом обращает на себя вникание желтовато-землистый цвет кожи, язык обложен, суховат. |
| 4. Какое диагностическое значение имеет запах мочи, который можно ощущать при осмотре больного с заболеванием почек? | 4. При осмотре больного запах мочи ощущается только тогда, когда имеется тяжелая недостаточность функции почек с накоплением в организме азотистых шлаков - уремия. Наличие запаха обусловлено выделением этих шлаков через кожу и легкие при дыхании. |
| 5. Когда наблюдаетсяfaetor ure-micus? | 5. При тяжелой хронической почечной недостаточности - уремии. |
| 6. При каких заболеваниях можно наблюдать припуханиепоясничной области или брюшной стенки? | 6. Такое припухание возможно при больших опухолях почек или паранефрите (воспалительный процесс в околопочечном пространстве). |

Почки выполняют уникальные функции в организме:

* участвуют в поддержании осмотического гомеостаза; благодаря нормальной деятельности почек,градиент внутренней среды организма остается стабильным;
* сохраняют постоянство ионного состава клеточной и внеклеточной жидкости (ионорегулирующаядеятельность почек);
* поддерживают постоянство объема (волюморегулирующая функция почек);
* выполняют экскреторную функцию (удаление азотистых и т.п. шлаков);
* выполняют инкреторную функцию (участие в образовании ренина, простагландинов, витамина Дз,урокиназы и ряда других веществ);
* осуществляют метаболическую функцию (участие в обмене белков, жиров, углеводов).

Жалобы больных:

1. Боли различного характера и локализации. Они возникают из-за:
2. спазма и раздражения мочевыводящих путей;
3. воспалительного отека слизистой;
4. растяжения почечной капсулы.

В частности, при остром и хроническом гломерулонефрите вследствие воспалительного набу­хания паренхимы почек и растяжения почечной капсулы отмечаются неинтенсивные, но длительные ноющие боли в поясничной области с обеих сторон, чувство тяжести здесь же. При остром пиело­нефрите (воспаление почечной лоханки) на стороне поражения возникает интенсивная распирающая боль, сопровождающаяся высокой температурой и признаками интоксикации. Во время приступа почечной колики вследствие движения камня по мочевыводящим путям и механического травмиро­вания слизистой возникают интенсивные боли на стороне поражения. Они меняют локализацию по мере продвижения камня: в начале приступа эта боль локализуется в поясничной области, затем смещается по ходу мочеточника, иррадиируетв мочевой пузырь, сопровождается частыми позывами на мочеиспускание. Боль настолько интенсивная, что больные кричат от боли, мечутся в постели, часто требуют введения спазмолитиков, обезболивающих препаратов, в том числе и наркотиков.

При воспалении мочевого пузыря (цистит) характер боли иной - это боли и рези в низу живо­та, особенно в конце мочеиспускания, одновременно с частыми позывами на мочеиспускание.

При воспалении уретры (уретрит) - рези по ходу мочеиспускательного канала. Острый пара­нефрит (воспаление околопочечной клетчатки) сопровождается длительными распирающими, ино­гда пульсирующими болями в пояснице на стороне поражения, сопровождаются ремитирующей или гектической лихорадкой.

1. Группа жалоб, обусловленных расстройством мочеиспускания: полиурия - увеличение су­точного количества мочи (более 2 литров); олигурия - уменьшение количества мочи (менее 500 мл); анурия - уменьшение суточного количества мочи (менее 100-150 мл или полное отсутствие мочи); ишурия - нарушение мочеиспускания, вплоть до полной задержки мочи в мочевом пузыре. Чаще всего это происходит при доброкачественной гипертрофии предстательной железы или, реже, при раке мочевого пузыря и простаты. В неврологической практике наиболее частая причина острой за­держки мочи - поражение спинного мозга (травматический разрыв, спинальный инсульт). При этом происходит тяжелейший длительный спазм сфинктера мочевого пузыря с развитием парадоксальной ишурии (ischuriaparadoxa); никтурия - увеличение ночного диуреза по сравнению с дневным. В норме дневной диурез должен быть больше ночного в 2-3 раза. Никтурия может быть признаком раз­вивающейся хронической почечной недостаточности; странгурия - болезненное мочеиспускание; поллакиурия - учащенное мочеиспускание (более 7 раз в сутки).
2. Изменение цвета мочи: красный цвет, различной интенсивности как признак гематурии. Последняя может быть обусловлена травматическим поражением почки, наблюдается при мочека­менной болезни, раке почки, мочевого пузыря или предстательной железы. Моча цвета «мясных помоев» (грязно-красного цвета) - характерный признак острого гломерулонефрита, цвета «пива» - признак желтух из-за наличия в моче уробилина или билирубина. При выраженной фосфатурии моча белого цвета, в последующем при отстаивании в осадок выпадает толстый слой фосфатов, а над ним моча нормального цвета.
3. Отеки - наиболее частая жалоба больных. Чаще всего отекают веки и лицо из-за рыхлой клетчатки, хотя могут быть массивные общие отеки, в том числе и в полостях (гидроторакс, гидро­перикард).
4. Жалобы общего характера: головная боль, головокружение, шум в голове, нарушение зре­ния, одышка, сердцебиение. Эта группа жалоб обусловлена развивающейся симптоматической по­чечной гипертензией и последующей перегрузкой сердца. При развивающейся хронической почеч­ной недостаточности (ХПН) вследствие нарушения экскреторной функции почки и накопления в крови токсических продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин, индикан) и электролитов по­является масса диспепсических жалоб (потеря аппетита, тошнота, рвота, поносы), зуд кожи, боли в мышцах, костях, суставах, кровоточивость десен, петехиальные высыпания на коже и слизистых, но­совые кровотечения. По мере нарастания ХПН больные отмечают выраженную общую слабость, снижение работоспособности.

**Анамнез заболевания**

При расспросе больного следует установить возможную связь заболевания почек с инфекцией (ангина, отит, скарлатина, острые респираторные заболевания). Уточнить, нет ли с детства рас­стройств слуха, зрения, определяющих возможную врожденную патологию почек. Выяснить нали­чие у больного в прошлом заболеваний почек, мочевыводящих путей, бытовых, производственных интоксикаций, переливаний иногруппной крови, нефротропных лекарств. Кроме того, следует рас­спросить о характере течения заболевания, установить причины его обострений, их частоту, клини­ческие проявления, характер и эффективность лечения т.п.

**Анамнез жизни**

В первую очередь, следует уточнить наличие простудных заболеваний, переохлаждений, ука­зания на туберкулез, заболевания половых органов, как наиболее частых факторов развития заболе­ваний почек. Выяснить, не страдает ли больной сахарным диабетом, системными заболеваниями со­единительной ткани, хроническими гнойными заболеваниями, также приводящими к поражению по­чек. Расспросить больного о перенесенных операциях на почках, мочевыводящих путях, о наследст­венном предрасположении к возникновению патологии почек (аномалии почек, почечнокаменная болезнь и др.). У женщин уточнить, имелся ли токсикоз второй половины беременности, нередко приводящий к нефропатии беременных.

При осмотре больных с заболеваниями органов мочеотделения кожные покровы бледные с восковидным оттенком. Бледность обусловлена спазмом артериол и сдавлением их отечной жидко­стью. Кроме того, у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) развивается анемия, в основе которой лежит уменьшение выработки эритропоэтинов почкой, а также токсическое влия­ние азотистых шлаков на костный мозг. При ХПН кожа сухая, тургор ее снижен, могут отмечаться следы расчесов, патехиальные высыпания, кровоточивость десен.

Классический признак «почечного» больно­го - своеобразное выражение лица (faciesnephritica): бледное, одутловатое, веки отечные, глазные щели сужены (рис).

Избирательные отеки на лице и периорбитальных областях объясняются повышенной гидрофильностью подкожной клетчатки в этих местах.

Необходимо, однако, отметить, что очень часто у почечных больных бывают массивные распростра­ненные общие отеки с вовлечением конечностей, туловища, поясничной области, накоплением жид­кости в плевральных полостях и полости перикарда.

 При осмотре отмечаются почечные отеки, которые располагаются на лице, особенно на веках, и интенсивно выражены по утрам, лицо бледное. Больные почечными заболеваниями нередко имеют бледные кожные покровы, что связано с нарушением синтеза эритропоэтина в почках, в результате чего развиваются анемия, а также спазм почечных сосудов. Состояние больных при заболеваниях почек различно. Так, при осмотре больной с уремией терминальной стадией почечной недостаточности больная лежит в постели. Отмечается характерный запах мочевины, исходящий от больного. Это связано с тем, что почки не способны осуществлять выделительную функцию, и тогда ее начинают осуществлять другие органы – кожа, органы дыхательной системы. Выделение токсинов кожей приводит к тому, что она становится покрытой белым налетом, на коже видны следы расчесов, поскольку выделяющиеся вещества вызывают зуд. Больные мочекаменной болезнью в момент приступа не находят себе места, мечутся в кровати, кричат, не могут найти положение, в котором боли стали бы слабее.

 **Осмотр** области почек и мочевого пузыря, как правило, дает мало информации, за исключением появления визуально определяющихся односторонних увеличений в области крупных опухолей, особенно у истощенных субъектов.

Система мочеотделения. Среди основных жалоб при заболеваниях почек и мочевыводящих путей выделяют: боли, отеки и расстройства мочеотделения. Боли в поясничной области появляются при обструкции мочеточников (конкрементом, некротическими массами), при растяжении почечной капсулы (воспалительный процесс с отеком почечной ткани, подкапсульная гематома), при острой ишемии почечной ткани. При пиелонефрите боль носит тупой характер, чаще в одной стороне поясницы. При воспалении мочевого пузыря появляется тупая и острая боль в нижней части живота, в надлобковой области. Сильные приступообразные боли в пояснице с типичной иррадиацией вниз наблюдаются при почечной колике, инфаркте почки, паранефрите. Возникновение болей в поясничной области в момент мочеиспускания является признаком пузырно-мочеточникового рефлюкса. Отеки являются наиболее характерными жалобами при заболеваниях почек. Почечные отеки имеют ряд характерных особенностей: отеки развиваются быстро, зачастую оказываясь первым признаком заболевания. Отеки могут быть разнообразными по степени выраженности. Чаще всего они выявляются на лице и веках, обычно утром. При тяжелом течении заболевания отеки становятся распространенными – развивается анасарка. Кожные покровы при почечных отеках с выраженной бледностью. Сами отеки мягкие, и даже легкое надавливание вызывает образование хорошо выраженной ямки. Расстройства мочеотделения также является характерным проявлением патологии почек. **Полиурия** – стойкое увеличение количества выделяемой мочи более 2000 мл в сутки. Причиной полиурии является снижение концентрационной способности почек (при хроническом нефрите), являясь иногда единственным проявлением развивающейся хронической почечной недостаточности. Полиурия может наблюдаться и при внепочечных заболеваниях (сахарный диабет, несахарное мочеизнурение и др.). **Олигурия** – стойкое уменьшение выделяемой мочи менее 500 мл в сутки. Причиной олигурии является ограничение приема жидкости, внепочечная потеря жидкости при обильном поносе и рвоте, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, острая и хроническая почечная недостаточность при заболеваниях почек. **Анурия** – выделение за сутки менее 200 мл мочи или полное ее отсутствие. По механизму развития выделяют: преренальную (шок различного происхождения), ренальную (поражение паренхимы почек), постренальную (нарушение оттока мочи из мочевыводящих путей). **Поллакиурия** – учащенное мочеиспускание является симптомом поражения мочевого пузыря при его воспалении (цистит). При каждом мочеиспускании выделяется небольшое количество мочи. Постоянная поллакиурия наблюдается у больных с циститом, опухолями мочевого пузыря, при приеме диуретиков. Ночная поллакиурия характерна для аденомы предстательной железы. В норме количество актов мочеиспускания составляет 4–7 раз в сутки, причем на ночное время приходится не более 1 раза. **Дизурия** – затрудненное и часто болезненное мочеиспускание. Связано с инфекцией мочевых путей (цистит, уретрит, простатит), прохождением конкремента по мочеточнику. Рецидивирующая дизурия встречается при туберкулезном поражении почки. **Странгурия** – затрудненное мочеотделение проявляется ложными позывами на мочеиспускание и болью. Наблюдается при циститах, опухолях и камнях в мочевом пузыре, простатитах, воздействии лекарственных средств (наркотики, атропин, ганглиоблокаторы). **Никтурия** – учащенное мочеотделение в ночное время, что связано с увеличением почечного кровотока в условиях покоя. Является ранним и характерным признаком хронической почечной недостаточности. Для никтурии почечного происхождения характерно ее сочетание с полиурией. Никтурия сердечного происхождения сопровождается олигурией в течение дня. В норме соотношение ночного диуреза к дневному составляет 1:3. **Ишурия** – задержка мочеотделения, может быть острой и хронической. Характеризуется отсутствием акта мочеиспускания при позывах на него и наличием мочи в мочевом пузыре. Ишурия связана с атонией мочевого пузыря (постельный режим), наличием препятствия для оттока мочи (опухоли простаты, сужение уретры, камни). Кроме перечисленных могут наблюдаться жалобы со стороны других органов, а именно: – жалобы, обусловленные повышением артериального давления (головная боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами и т. д.); – диспепсические явления – потеря аппетита, сухость во рту, понос, тошнота, рвота – характерны для хронической почечной недостаточности; – геморрагические проявления – кровоточивость десен, носовые кровотечения, кожные геморрагии – частое проявление хронической почечной недостаточности; – лихорадка – может быть признаком или инфекционного (пиелонефрит, паранефрит) или иммунного (гломерулонефрит) процессов, проявлением интоксикации (опухоль); жалобы общего характера – слабость, недомогание, снижение работоспособности, похудание, раздражительность.

21. К ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ ЖАЛОБА:

 1) никтурия

2) отеки

3) боли в поясничной области

4) удушье

5) полиурия

22. НАРУШЕНИЕ ДИУРЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) олигурия

2) странгурия

3) дизурия

4) ишурия

5) энурез

23. ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ В КОЛИЧЕСТВЕ 300 МЛ ЗА СУТКИ НАЗЫВАЮТ

1) анурия

2) олигурия

 3) полиурия

4) поллакиурия

5) никтурия

24. ПРЕОБЛАДАНИЕ НОЧНОГО ДИУРЕЗА НАД ДНЕВНЫМ ОБОЗНАЧАЮТ КАК

1) изогипостенурия

2) никтурия

3) поллакиурия

4) анурия

5) гиперстенурия

25. АНУРИЕЙ НАЗЫВАЮТ

1) выделение мочи 300 мл за сутки

2) болезненное мочеиспускание

3) ложные позывы на мочеиспускание

4) изменение цвета мочи

5) выделение мочи 100 мл за сутки