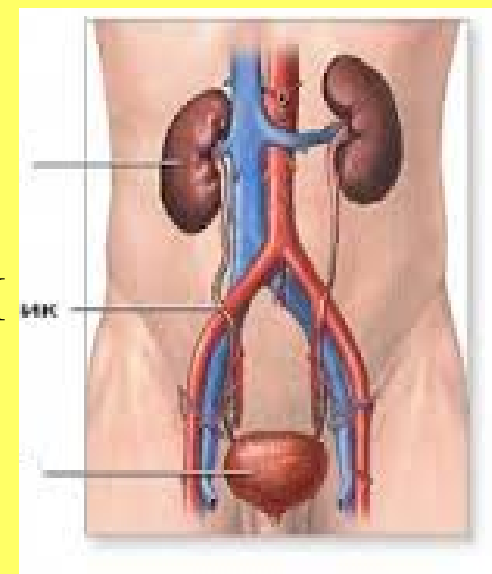


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБУ «ПОО «АСТРАХАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ПМ 01. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
МДК 0101 ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Лекция 4

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ



Преподаватель терапии
Воробьева Т.Е.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ (ГН)

ГН - это инфекционно-аллергическое заболевание с поражением клубочков почек.

ЭТИОЛОГИЯ

Бета-гемолитический стрептококк группы А (связь со стрептококковой инфекцией (ангина, отит, гайморит, синусит и др.), кожные заболевания - рожа, стрептодермия;

ПАТОГЕНЕЗ

1. Образование в крови антител к тканям почки после повреждения их микробными токсинами,
2. Формирование циркулирующих комплексов антиген-антитело (а/г+а/г), которые фиксируются клубочках и повреждают их.

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ОГН)

Чаще возникает в странах с холодным и влажным климатом, заболевание сезонное.

Характерны 3 основных признака:

- отеки (отечный синдром),
- гипертензия (гипертензивный синдром),
- изменения в моче (мочевой синдром).

ЖАЛОБЫ:

- головная боль, связанная с повышением АД,
- отеки на лице,
- уменьшение диуреза,
- моча цвета «мясных помоев».

ОСМОТР:

- **отечные веки, отечное лицо. Затем отеки могут распространяться на туловище, нижние конечности, серозные полости,**
- **бледность кожных покровов,**
- **возможно небольшое повышение температуры,**
- **АД повышено,**
- **симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.**

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- 1. ОАК (повышение СОЭ),**
- 2. ОАМ (цвет «мясных помоев», белок,
при микроскопии – эритроциты, цилиндры),**
- 3. Проба Нечипоренко (количество эритроцитов более 1000),**
- 4. Проба Зимницкого,**
- 5. УЗИ почек,**
- 6. Биохимические анализы крови (белки, остаточный азот, креатинин),**
- 7. Биопсия почки**

ХРОНИЧЕСКИЙ ГН

Аутоиммунное заболевание.

Хронический гломерулонефрит является наиболее частой причиной хронической почечной недостаточности.

Ввиду того, что процесс аутоиммунный, заболевание неуклонно прогрессирует.

Чаще встречается у мужчин до 40 лет.

Заболевание может развиваться после перенесенного острого гломерулонефрита, но зачастую причина остается невыясненной.

По течению различаются 4 варианта (или формы):

1. Нефротический вариант,
2. Гипертонический,
3. Латентный,
4. Смешанный.

В зависимости от варианта течения преобладают те или иные симптомы

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХГ

НЕФРОТИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ

Гипертензия - нет

Отеки - Массивные стойкие отеки лица, конечностей

Гематурия - Микрогематурия

Протеинурия - Значительная

Цилиндрурия - Все виды цилиндров

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ

Гипертензия – Выражена

Отеки - Незначительные, чаще отсутствуют

Гематурия - Умеренная микрогематурия

Протеинурия - Умеренная

Цилиндрурия - Умеренная (гиалиновые)

ЛАТЕНТНЫЙ ВАРИАНТ

Гипертензия - Незначительная

Отеки - Периодическая пастозность лица

Гематурия - Микрогематурия

Протеинурия - Умеренная

Цилиндрурия - Незначительная

Недостаточность кровообращения – Отсутствует

СМЕШАННЫЙ

Гипертензия- Выражена

Отеки - Выражены

Гематурия – Умеренно выражена

Протеинурия - Значительная

Цилиндрурия - Все виды цилиндров

Недостаточность кровообращения - Выражена

ПИЕЛОНЕФРИТЫ (ПН)

Воспаление почечных чашечек, лоханок и паренхимы почек.

Заболевание встречается в любом возрасте, в молодом - чаще у женщин, после 60 лет резко возрастает заболеваемость у мужчин.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Специфического возбудителя не существует.

В качестве причины могут выступать как микробы, постоянно обитающие в организме (эндогенная инфекция), так и попадающие из внешней среды (экзогенная инфекция).

ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ:

- Гематогенный путь,
- Уриногенный путь (при нарушении оттока мочи).

Восходящий путь - микроорганизмы попадают в почку из нижележащих органов мочевой системы.

Бывает при мочекаменной болезни, нефроптозе, удвоении почки, когда есть *нарушение динамики движения мочи*, то есть происходит заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточники.

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

ЭТИОЛОГИЯ

кишечная палочка, энтерококк, протей, стафилококки, клебсиелла.

ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ: уrogenный («восходящий»),
реже – гематогенный.

ФАКТОРЫ РИСКА:

- резкое снижение иммунитета,**
- нарушения уродинамики (опущение почки, камни),**
- медицинские урологические манипуляции,**
- очаги хронической инфекции,**
- простудный фактор,**
- воспалительные заболевания половых органов,**

ЖАЛОБЫ:

- повышение температуры, озноб,**
- сильные боли в поясничной области, которые могут усиливаться при перемене положения тела,**
- дизурические явления: учащенное болезненное мочеиспускание,**
- головные и мышечные боли.**

АНАМНЕЗ

обратить внимание на возможный фактор переохлаждения, наличие очагов хронической инфекции и других заболеваний мочевыделительной системы, сахарного диабета, беременности в настоящее время и течение предыдущих беременностей.

ОСМОТР:

- лихорадочный вид больного, высокая температура,**
- бледность кожных покровов,**
- болезненность и мышечное напряжение в поясничной области,**
- положительный симптом Пастернацкого,**
- возможно умеренное повышение артериального давления.**

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

Цвет *желтый* Реакция *сл. кислая*

Уд. вес *1024* Прозрачность *мутная*

Белок *нет*

Глюкоза *нет*

Микроскопия осадка

Эпителиальные клетки

Лейкоциты *16 - 15 – 17 в п/зрения*

Эритроциты *0 – 1 – 0 в п/зрения*

Цилиндры *нет*

Клетки почечного эпителия *единичные*

Соли *ураты умеренное кол-во*

Бактерии *много*

Визуально моча мутная, с беловатыми хлопьями, при микроскопии пиурия, бактериурия, клетки Штернгеймера-Мальбина (активные лейкоциты),

2. Проба мочи по Нечипоренко (количество лейкоцитов > 4000),

Эритроциты 780

Лейкоциты 12600 в 1 мл мочи

3. Бактериологическое исследование мочи (посев),

4. Общий анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ),

5. УЗИ почек.

6. Выделительная урография

(почка увеличена в объеме, позже заполняется контрастным веществом, лоханка и чашечки как бы «размыты» в очертаниях)



ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

При хроническом пиелонефрите поражается почечная паренхима.

Чаще встречается на фоне уже имеющейся патологии почек, например, у больных с мочекаменной болезнью, после перенесенного острого пиелонефрита.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ заболевания многообразны: зачастую болезнь изначально принимает хроническое течение, и тогда больных беспокоят:

- ноющие боли в пояснице (чаще двусторонние),**
- никтурия,**
- слабость и повышенная утомляемость.**

Заболевание периодически дает обострения, которые проявляются по типу острого пиелонефрита с соответствующими симптомами.

Дополнительные методы обследования – те же.

ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (НЕФРОЛИТИАЗ)

Заболевание с образованием конкрементов в МВС.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ КАМНЕЙ: в мочеточниках, мочевом пузыре, наиболее часто – в лоханках почек.

По химическому составу камни могут быть:

- **фосфаты** (кальциевые и магниевые соли фосфорной кислоты),
- **оксалаты** (соли щавелевой кислоты),
- **ураты** (соли мочевой кислоты) и другие.

Образованию камней способствуют инфекции и травмы мочевых путей, застой мочи, нарушения минерального обмена, резкие изменения рН мочи.

В течении заболевания различаются 2 периода:

межприступный и период приступов почечной колики.

В межприступном периоде у большинства пациентов жалоб нет.

Проявлением болезни является приступ почечной колики, который обусловлен прохождением камня по мочеточнику.

Непосредственные причины, вызывающие появление приступа:

- **трясая езда,**
- **физическая нагрузка,**
- **прием большого количества жидкости,**
- **прием алкоголя.**

ЖАЛОБЫ:

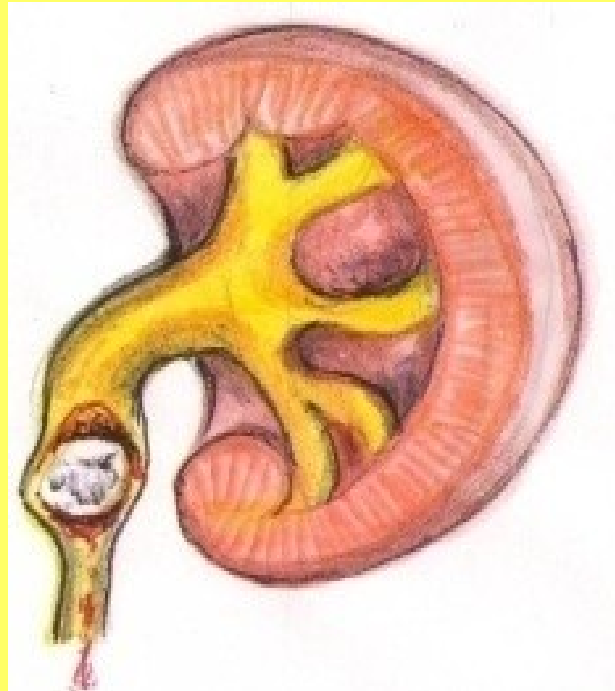
- **резкая боль в поясничной области, по ходу мочеточника с иррадиацией в паховую область, половые органы, бедро, промежность,**
- **на высоте боли возможны тошнота и рвота,**
- **Дизурические расстройства (учащенное мочеиспускание или рефлексорная анурия).**

АНАМНЕЗ:

- **острое, резкое, внезапное начало,**
- **наличие физического фактора (тяжелая работа, занятие физкультурой),**
- **длительная езда на автотранспорте (вибрация).**

ОСМОТР:

- **пациент беспокоен, мечется от болей,**
- **симптом Пастернацкого *резко положительный,***
- **возможно субфебрильное повышение температуры.**



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- 1. Общий анализ мочи (гематурия),**
- 2. Проба мочи по Нечипоренко,**
- 3. УЗИ почек**
- 4. В межприступном периоде – выделительная урография.**

ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Почечная недостаточность – это патологическое состояние с задержкой выведения из организма продуктов азотистого обмена и расстройством водного, электролитного, осмотического и кислотно-щелочного баланса (т.е. нарушением гомеостаза).

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – это внезапно возникший и быстро прогрессирующий процесс.

Причины ОПН:

- тяжелые отравления ядовитыми веществами (нефротоксичные яды),
- инфекционные заболевания,
- резкое снижение АД (шок различного генеза, уменьшении объема циркулирующей крови, акушерские осложнения – отслойка плаценты, послеродовое кровотечение).
- переливание несовместимой крови,
- эндогенные интоксикации (перитонит, кишечная непроходимость),
- обширные ожоги,
- обезвоживание,
- острые заболевания почек (острый гломеруло- и пиелонефрит), умеренное снижение диуреза,

Жалобы:

- картина основного заболевания,
- адинамия,
- потеря аппетита, тошнота и рвота,
- одышка (явления отека легких),
- боли в животе,
- мышечные подергивания,
- сонливость и заторможенность.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХПН) – это медленно прогрессирующий необратимый процесс, приводящий к гибели нефронов.

Причины ХПН:

- хронический гломерулонефрит,
- хронический пиелонефрит,
- амилоидоз почек,
- сахарный диабет,
- длительная обструкция мочевыводящих путей.

Признаки острой уремии:

Жалобы:

- 1. Неврологические симптомы: сонливость, спутанность сознания, повышенная мышечно-нервная возбудимость.**
- 2. Сердечно-сосудистые симптомы: артериальная гипертензия, застойная сердечная недостаточность.**
- 3. Желудочно-кишечные расстройства: анорексия, тошнота, рвота.**
- 4. Обменные нарушения: кожный зуд.**

Осмотр:

- больные вялые,**
- изо рта характерный уремический запах,**
- язык суховат,**
- кожные покровы бледно-желтые, сухие, с геморрагиями по ходу расчесов,**
- АД, как правило, повышено.**

В терминальной стадии развивается уремическая кома. В основе ее лежит накопление в крови продуктов белкового распада – азотистых шлаков:

- дыхание Куссмауля (глубокое, шумное, редкое),**
- тошнота, рвота, диарея,**
- мышечные подергивания.**
- сознание утрачивается, больной впадает в кому.**

Дополнительные методы исследования – те же.

Проба мочи по Зимницкому

№	Время	Кол-во выпитой жидкости	Количество выделенной мочи	Плотность (уд. вес)
1.	6-9	200	50	1006
2.	9-12	300	150	1004
3.	12-15	500	200	1004
4.	15-18	200	100	1005
5.	18-21	250	100	1007
6.	21-24	200	80	1006
7.	24- 3	-	70	1003
8.	3-6	-	50	1005

ЗАДАНИЕ НА ДОМ

- 1. Маколкин В.И. Внутренние болезни**
- 2. Отвагина Т.В. Терапия**

Тема: Заболевания органов пищеварения

Повторить:

Методы обследования мочевыделительной системы