«ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК И ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»

ПОДГОТОВИЛИ РАБОТУ СТУДЕНТЫ ГРУППЫ ЛД18-1

ГОРБАНЧИК Н.,СВЕЖЕНЦЕВ А.,

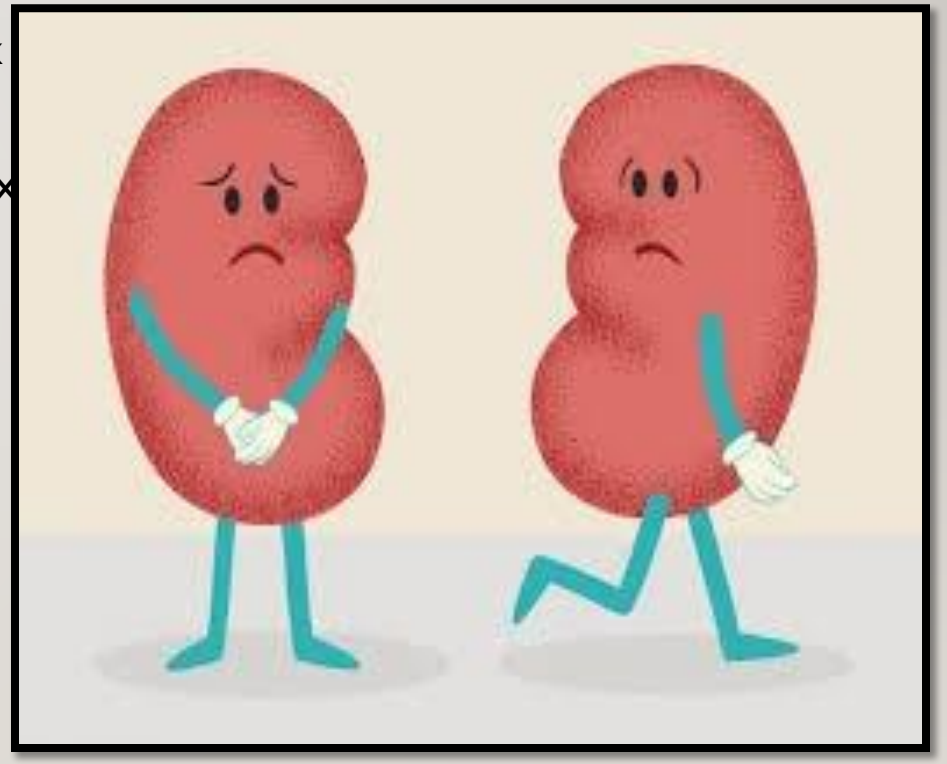
ТРЯПИЦЫНА Е.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
I. ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- Сбор анамнеза(Уточнить особенности половой жизни, профессиональной деятельности, какие лекарственные препараты принимает пациент и в связи с каким заболеванием они рекомендованы);
- Осмотр пациента (обратить особое внимание на наличие видимых изменений, припухлостей, покраснения кожи, которые являются признаками патологий. Нередко уже при первичном осмотре удается обнаружить внешние проявления болезни);
- Пальпация(Пальпация помогает оценить размеры, плотность, правильность расположения почек, мочевого пузыря, яичек, семенных канатиков, уретры и т.д. их подвижность и эластичность. Особое внимание следует уделить пальпации лимфатических узлов. При пальпации наружного пахового кольца можно обнаружить бедренные и паховые грыжи)
- Ректальное обследование(Пальпация через задний проход позволяет уточнить размеры и структуру предстательной железы и мочевого пузыря)

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
II.ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Общий анализ крови(проводится для определения наличия воспалительных заболеваний)
- Анализ мочи(позволяет определить наличие и степень воспаления в верхних или нижних отделах мочевыделительного тракта,общий анализ мочи, проба Зимницкого,методы количественного подсчета форменных элементов в суточном объеме (анализ по Нечипоренко, по Амбурже и т.д.)
- Биохимический анализ крови
- Анализ выделений из мочеиспускательного канала(позволяет установить характер патологического процесса в уретре)
- УЗИ почек.



МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
III. УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Урофлоуметрия(Позволяет уточнить состояние тонуса сфинктеров нижних отделов мочевых путей и сократительную способность мочевого пузыря, а также проходимость мочеиспускательного канала);
- Микционная цистометрия(измерение давления во время ретроградного наполнения жидкостью мочевого пузыря.)
- Профилометрия уретры(метод диагностики, который позволяет получить объективную информацию о состоянии сфинктеров мочеиспускательного канала, удерживающих мочу)
- Электромиография(применяется для определения патологических процессов в нижних мочевых путях при недержании мочи, задержки мочеиспускания, ложных позывов к мочеиспусканию.)

СИМПТОМЫ

- Озноб;
- Боли в спине;
- Повышение артериального давления;
- Нарушение мочеиспускания;
- Отеки.

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК
I. ИЗОЛИРОВАННЫЙ МОЧЕВОЙ СИНДРОМ

- Микроальбуминурия (0,03-0,3 мг/сут.). Протеинурия (0,3-3,5г/сут.): при гломерулонефрите, пиелонефрите, амилоидозе, СД, АГ, нефропатиях, функциональная протеинурия при лихорадке, тяжелой ФН
- Гематурия (более 1 эритроцита в п/зр.):
- Лейкоцитурия (более 1 у мужчин, 5 – у женщин): при инфекции МВС, гломерулонефрите, туберкулезе почки, интерстициальном нефрите, лихорадке, беременности, лечении ГКК и цитостатиками
- Цилиндрурия (более 1): при гломерулонефрите, пиелонефрите, амилоидозе). Цилиндры различают гиалиновые, восковидные (при протеинурии), эритроцитарные, лейкоцитарные, зернистые (при воспалительном процессе)
- Гипо-изостенурия (менее 1012): при канальцевых нарушениях, пиелонефрите, терминальной ХПН

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК
II. ОСТРЫЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Острое развитие олигоурии (менее 500 мл/сут.), анурии (менее 50 мл/сут.), АГ, азотемии, отеков, моча цвета «мясных помоев» - макрогематурия, протеинурия. При остром гломерулонефрите, обострении хронического гломерулонефрита.

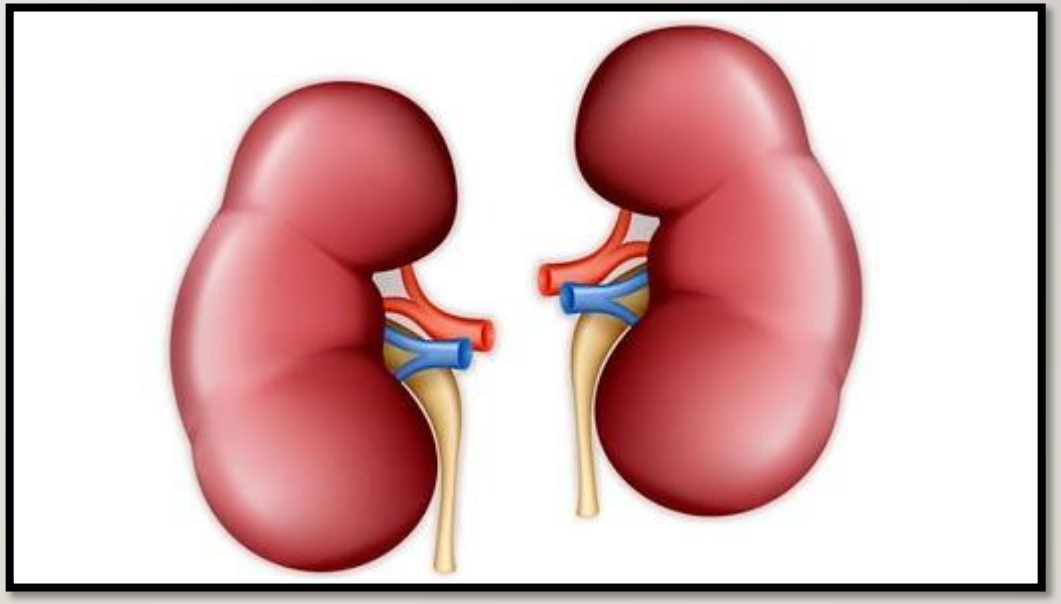
СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК
III.НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Массивная пртеинурия (более 3,5 г/сут.)
- Гипоальбуминемия, гиперлипидемия, отеки. При гломерулонефитах, амилоидозе, диабетичекой нефропатии

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

IV.ВТОРИЧНАЯ АГ

- Повышение АД с высокими диастолическими цифрами, часто субъективно не ощущаемое, при обострении почечного заболевания, ХПН.



СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК
V.ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- прогрессирующее снижение почечных функций с развитием азотемии (лабораторный синдром) и уремии (клинический синдром).
- Острая (острое почечное повреждение) – быстрое (дни) снижение СКФ и нарастание азотемии, гиперкалиемии, ацидоза, гипергидратации (до отека легких), олиго-анурии. При остром гломерулонефрите, остром интерстициальном нефрите, быстропрогрессирующем гломерулонефрите, остром канальцевом некрозе, обструкции мочевых путей, гиповолемии
- Быстропрогрессирующая – развитие в течение 1-3 месяцев, когда СКФ снижается в 2 раза. При быстропрогрессирующем гломерулонефрите, злокачественной АГ.
- Хроническая – постепенное (месяцы, годы) снижение почечных функций. В основе - склероз более 75% клубочков. Развитие азотемии, уремии, двустороннее уменьшение размеров почек (в норме длина почки 10-12 см, ширина 5-7 см)

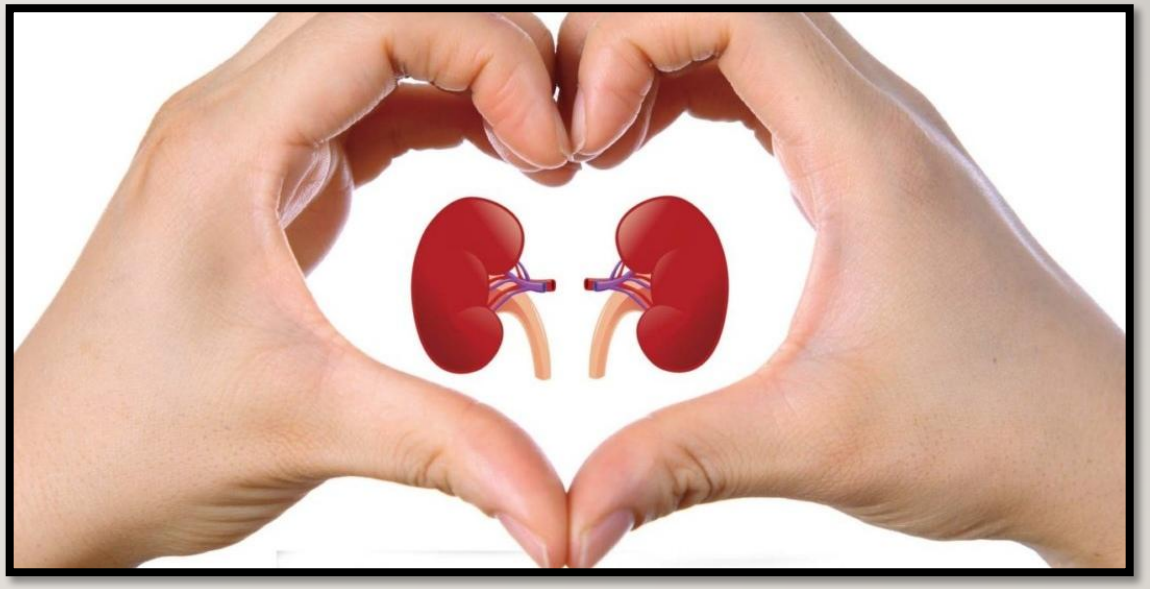
СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК
VI.ПОЧЕЧНАЯ КАНАЛЬЦЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ (ТУБУЛОПАТИЯ)

- Нарушение транспорта веществ и ионов при сохранении СКФ. Проявляется гипостенурией, поли- никтурией, электролитными нарушениями, остеодистрофией. При врожденных заболеваниях почек (поликистоз, губчатая почка, синдром Фанкони, аминацидурия, цистинурия, фосфатурия, почечный несахарный диабет, глюкозурия), при пиелонефрите, интерстициальном нефрите, опухолях.

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

VII.СИНДРОМ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- Острая – почечная колика (МКБ, опухоль)
- Хроническая – олиго-анурия, чередующаяся с полиурией, затруднением мочеиспускания, гематурия, лейкоцитурия (МКБ, опухоль, аденома простаты)



СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК
VIII. СИНДРОМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

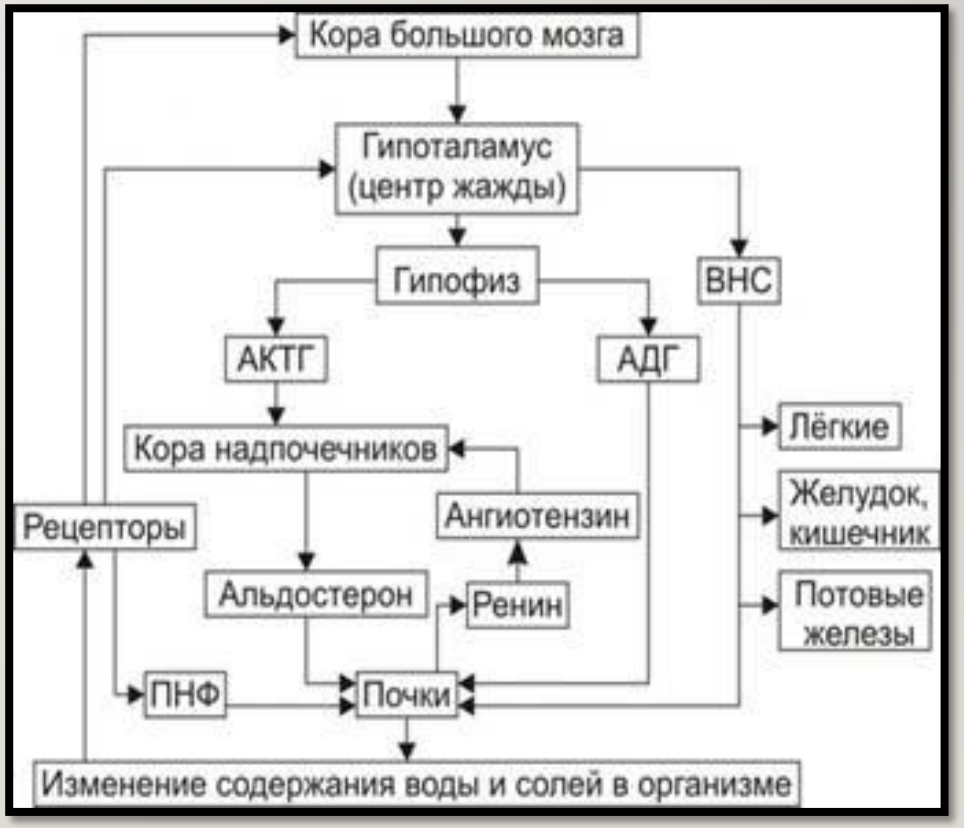
- лихорадка, интоксикация, болевой, дизурический синдром. Высев более 105 МТ/мл, лейкоцитурия+протеинурия=пиурия. При цистите, пиелонефрите.

ПРИЧИНЫ

- Переохлаждение;
- Алкоголь;
- Инфекции;
- Запоры;
- Резкие перепады температур;
- Частые стрессы;
- Хроническая усталость;
- Антибиотики.

ВОДНЫЙ БАЛАНС

- Водный баланс — это соотношение между количеством жидкости, поступившей в организм, и количеством выведенной из него за тот же период времени. В норме, разница между этими двумя показателями должна равняться нулю



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА

Если количество выделенной мочи составляет 70 – 80% от всего количества введённой жидкости, это является нормой. Водный баланс находится в равновесии.

Пример: выпито 1 л жидкости, суточный диурез – 700 мл.

1000 мл – 100%

700 мл – x%

x = 70%

Если же мочи выделено меньшее количество, значит, жидкость задерживается в организме в виде отёков.

Если наоборот мочи выделено столько же, сколько введено жидкости или даже больше, значит идёт вывод жидкости через почки (при лечении мочегонными препаратами).

ПРОФИЛАКТИКА

- Соблюдение правил гигиены;
- Питание;
- Закаливание(для предотвращения переохлаждения)
- Своевременное лечение заболеваний других систем и особенно в лечении заболеваний инфекционной приподы.

БЕРЕГИТЕ ПОЧКИ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ