

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии

Тема: Симптоматология заболеваний мочевыделительной системы.

*Лекция № 13 для студентов 2 курса, обучающихся по специальности 060101
– Лечебное дело.*

Доц. к.м.н. Иванов А.Г.

Красноярск, 2014

План лекции:

- 1) Актуальность темы;
- 2) Жалобы больных;
- 3) История заболевания и история жизни больного;
- 4) Данные осмотра (основные визуальные проявления);
- 5) Физикальные исследования:
 - а) пальпация
 - б) перкуссия
- 6) Заключение.

Актуальность темы

Правильный полноценный распросс, осмотр больного, получение пальпаторных и перкуторных результатов исследования, понимание механизмов и причин выявленных симптомов позволят правильно установить диагноз, назначить лечение и сформулировать прогноз.

Жалобы

Болевой синдром

При различных заболеваниях почек характер, интенсивность и продолжительность болей в пояснице зависят от сочетания трех основных механизмов:

- спазма мочевыводящих путей (мочеточника);
- воспалительного отека слизистой и/или растяжения почечной лоханки;
- растяжения почечной капсулы.



**Основные
механизмы
болевого
синдрома при
приступе
почечной
колики.**

При многих заболеваниях почек могут наблюдаться расстройства мочеиспускания-/**дизурия**/

- **Полиурия**- увеличение суточного количества мочи более 2-х литров
- наблюдается при обильном приёме жидкости, приёме мочегонных средств, сахарном диабете, несахарном диабете, при хронической почечной недостаточности с выделением мочи низкой относительной плотности.

Олигурия

- — уменьшение количества выделяемой за сутки мочи менее 500 мл.
- может быть обусловлена как внепочечными причинами (ограничение потребления жидкости, усиленное потоотделение, профузные поносы, неукротимая рвота, задержка жидкости в организме у больных с сердечной недостаточностью), так и нарушениями функции почек у пациентов с гломерулонефритом, пиелонефритом, уремией, отравлении нефротоксическими ядами.

Анурия

- резкое уменьшение (до 100 мл в сутки) или полное прекращение выделения мочи. Различают два вида анурии:
 - 1) Секреторная анурия
 - 2) Экскреторная анурия

Запомните:

- Задержка мочи, обусловленная нарушением ее выделения, получила название ишурия. Главным отличительным признаком ее является увеличение размеров мочевого пузыря, легко выявляемое при перкуссии мочевого пузыря.

Поллакиурия

- учащенное мочеиспускание наблюдается:
 - при увеличении суточного отделения мочи (полиурии)
 - в период схождения отеков любого генеза или при применении мочегонных средств;
 - при воспалении мочевого пузыря (цистите) или мочеиспускательного канала (уретрите)
 - В этих двух случаях значительно снижается порог чувствительности соответствующих рецепторов, и даже незначительное растяжение мочевого пузыря небольшим количеством мочи приводит к его опорожнению.

- **Странгурия** - болезненность и рези при мочеиспускании — также весьма частый признак воспаления мочевого пузыря и/или уретры, как правило, сочетающийся с поллакиурией.
- Боль локализуется внизу живота, над лобком, и сопровождается резью в мочеиспускательном канале.
- Следует помнить, что при цистите боль и резь, как правило, наступают в конце мочеиспускания, т. е. при максимальном сокращении мочевого пузыря. При уретрите боль и резь обычно появляются во время мочеиспускания и нередко сохраняются некоторое время после мочеиспускания.

Никтурия - выделение мочи ночью больше чем днем.

Сердечная никтурия отмечается при декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний

Почечная никтурия - в конечной фазе хронического гломерулонефрита, хронического пиелонефрита, сосудистого нефросклероза, поликистоза и других хронических почечных заболеваний.

Изменение окраски мочи - примесь крови, моча типа "мясных помоев" - при гломерулонефрите, камне мочеточника, опухоли почки, реже - при амилоидозе.

Отёки

Отёки - бледные отёки по сравнению с отёками при сердечно-сосудистых заболеваниях, важно расспросить больного, где впервые появились отёки и в какой последовательности они распространялись, как быстро нарастали.

Отёки при заболеваниях почек чаще всего выявляются на лице, обычно утром. При более выраженном отёчном синдроме обнаруживается, жидкость в полостях /грудной, брюшной/ ,анасарка.

Лихорадка

- Лихорадка больных с почечной патологией может быть признаком инфекции /например, лихорадка с частым ознобом и профузным потом при остром или, реже, хроническом пиелонефрите, апостематозном нефрите/, опухоли, нефротического криза при нефротическом синдроме.
- Длительная субфебрильная температура наблюдается при туберкулезе почки.
- Паранеопластическое поражение почек /при опухолях другой локализации/ также иногда сопровождается неспецифической лихорадкой.

Гипертонический синдром

- Головная боль, головокружение и боли в области сердца.
- Они наблюдаются при заболеваниях, которые сопровождаются значительным повышением артериального давления, например, при остром и хроническом гломерулонефрите, сосудистом нефросклерозе, хроническом пиелонефрите, опущении почек II-III степени.

- **Диспепсические жалобы** /тошнота, рвота, понос, метеоризм/ характерны для хронической почечной недостаточности.

- **Геморрагические проявления**
кровоточивость десен, носовые кровотечения, кожные геморрагии.
- **Второстепенные жалобы:** слабость, недомогание, снижение памяти, понижение работоспособности, плохой сон, ухудшение зрения, зуд кожи, неприятный запах изо рта - характерны для хронической почечной недостаточности.

An. Morbi

- Уточняется связь заболевания с ангиной, респираторным заболеванием, скарлатиной, отитом. Такая последовательность характерна для острого гломерулонефрита.
- Особое внимание уделяется на выяснение наличия у больного в прошлом заболеваний почек и мочевыводящих путей /острый нефрит, пиелит, цистит/ или симптомов, подозрительных на таковые - дизурические явления, изменение цвета мочи, повышение артериального давления, приступы болей в животе или пояснице.

An. Vitae

- Частые переохлаждения, простуды.

Наличие системных заболеваний- системная красная волчанка, ревматоидный артрит, узелковый периартериит.

Хронических гнойных- остеомиелит, бронхоэктатическая болезнь, туберкулёз.

Онкологических заболеваний -опухоль почки, рак толстого кишечника, бронхогенный рак лёгкого и др.

Нефропатия может осложнять сахарный диабет, подагру, гипертоническую болезнь и атеросклероз.

- Следует уточнить, не было ли в анамнезе у больного вирусного гепатита, сифилиса, не находился ли он в эндемических очагах лептоспироза, малярии.
- Знание семейного анамнеза больного необходимо для уточнения наследственных нефритов, нефропатии при первичном амилоидозе.

ОСМОТР.



- **Отеки** — один из наиболее ранних и частых симптомов многих заболеваний почек.

**Лицо почечного больного (fades nephritica).
Заметна одутловатость лица, отечность век, бледность кожи**

Механизмы образования почечных отеков

- Снижение онкотического давления плазмы (ОДП) в результате уменьшения общего количества белка крови, преимущественно альбуминов;
- Повышение проницаемости капилляров в результате повышения активности гиалуронидазы;

- Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), возникающую при ишемии почек, точнее при снижении пульсового давления в приносящей артериоле клубочков почек. Увеличение секреции альдостерона ведет к увеличению реабсорбции натрия и воды;
- Снижение клубочковой фильтрации в случаях тяжелого поражения почек



- Внешний вид больного с выраженным нефротическим синдромом. Выявляются распространенные отеки, асцит, одутловатость лица. На коже бедер, поясницы, спины заметны стрии от растяжения.

- При **осмотре поясничной области** иногда можно выявить небольшое покраснение кожи, болезненность при ощупывании и своеобразное ощущение флюктуации. Эти признаки характерны для нагноения околопочечной клетчатки (паранефрита).
- При **осмотре области мочевого** пузыря над лобком можно выявить выбухание, которое свидетельствует об увеличении размеров мочевого пузыря.

Пальпация

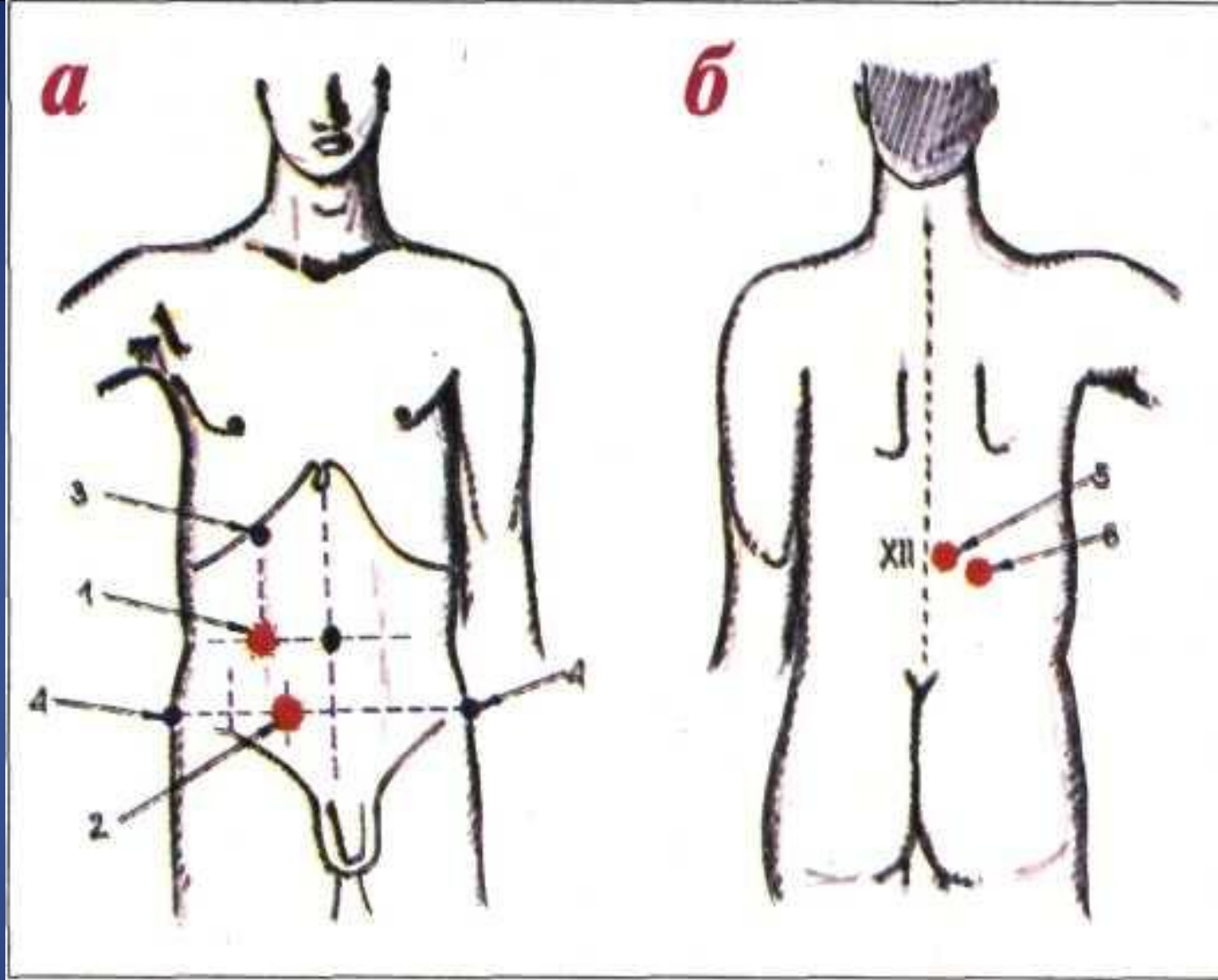
- Почку пальпируют двумя руками (бимануально) в положении больного лежа на спине, а также в вертикальном положении.

Пальпация почек лежа на спине.



Пальпация почек стоя.





Болевые точки при заболеваниях почек и мочеточников:
1 - верхняя мочеточниковая точка; 2 - средняя мочеточниковая точка; 3 - наружный край прямых мышц живота; 4-spina iliaca anterior superior; 5 -реберно-позвоночная точка; 6 - реберно-поясничная точка.

Запомните:

- Болезненность в области мочеточниковых точек выявляется при поражениях мочеточников (например, при наличии в них конкрементов), а в области реберно-позвоночной и реберно-поясничной точек — при заболеваниях почек.

Перкуссия

- **Перкуссия области почек** проводится в вертикальном положении больного. Ребром ладони правой руки наносят отрывистые удары по тыльной поверхности ладони левой руки, располагающейся на поясничной области. Если больной при этом отмечает болезненность, говорят о положительном симптоме поколачивания.



**Перкуссия почек.
Выявление
симптома
поколачивания.**

Положительный симптом Пастернацкого может быть обусловлен:

- сотрясением растянутой и напряженной почечной капсулы, например, при заболеваниях почек, сопровождающихся значительным воспалительным или застойным набуханием почечной ткани (гломерулонефрит, пиелонефрит, амилоидоз почек, застойная почка);
- сотрясением воспаленной или растянутой и напряженной почечной лоханки, например, при пиелите, гидронефрозе и т. п.;
- сотрясением конкрементов, находящихся в почечной лоханке и раздражающих ее слизистую;
- при нагноении околопочечной клетчатки (паранефрите).

- **Перкуссия мочевого пузыря** проводится после его опорожнения. Перкутируют обычно по передней срединной линии сверху (от уровня пупка или выше) вниз (до лобка).
- **В норме после** опорожнения мочевого пузыря при перкуссии выявляется тимпанический перкуторный звук. При увеличении размеров мочевого пузыря (например, при экскреторной анурии или опухоли пузыря) в надлобковой области появляется тупой звук.

Заключение

Таким образом, в случаях усвоения представленной информации, отработки и освоения методик пальпации и перкуссии, Вы получаете реальную возможность для дальнейшей правильной диагностики заболевания, назначения патогенетической терапии и формулировки аргументированного прогноза.

Литература

Основная:

1. Пропедевтика внутренних болезней: учебник Мухин Н.А., Моисеев В.С.- М. ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.

Дополнительная:

1. Пропедевтика внутренних болезней: уч. пос. к аудитор. Работе для студентов 3 курса по специальности «Лечебное дело», часть 1/ сост. Л.С. Поликарпов и др. – Красноярск, типография КрасГМУ, 2009.
2. Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: учеб. пособие/ под ред. Ж.Кабалава. М.:ГЭОТАР-МЕДИА, 2008.
3. Дополнительные методы исследования в терапевтической практике (в 2 частях): учеб. пособие для студ. Мед. вузов/Л.С. Поликарпов (и др.). Красноярск: тип. КрасГМУ, 2011

Электронные ресурсы:

1. ЭБС КрасГМУ
2. БД Med Art
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco

Благодарю за внимание