

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине ««Мочеполовая система в патологии»»		1 стр. из 14

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Дисциплина: «Мочеполовая система в патологии»
Код дисциплины: MPSP 3216
Название ОП: 6B10115 «Медицина»
Объем учебных часов/кредитов: 150 ч. (5 кредитов)
Курс и семестр изучения: 3 курс, VI семестр
Практические (семинарские) занятия: 8 часов.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		2 стр. из 14

Шымкент, 2024 г.

Методические указания для практических занятий разработаны в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) и обсуждены на заседании кафедры

Протокол № 10 от « 31 » 05 2024 г.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор Бекмурзаева Э.К. Бекмурзаева Э.К.

O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		3 стр. из 14

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

Практическое занятие №1

1. Тема: Методы исследования больных с патологией моче - половой системы.

Диагностическое значение. Расспрос больных с патологией мочевыделительной системы. Данные физикальных методов исследования мочевыделительной системы. Общий осмотр: осмотр лица, век; осмотр поясничной области; оценка степени опущения почек; методика пальпации и перкуссии (метод поколачивания) почек, перкуторное определение верхней границы мочевого пузыря; аускультация - методика выслушивания почечных артерий

2. Цель: Обучить обучающихся принципам обследования пациентов с заболеваниями органов мочеполовой системы (расспрос, осмотр и физикальное обследование).

3. Задачи обучения:

Обучающийся должен знать:

1. Морфофункциональную характеристику мочеполовой системы.
2. Гистофизиологию нефрона.
3. Мочеобразование.

Обучающийся должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией мочеполовой системы.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями мочеполовой системы?
2. Что такое дизурия?
3. Какие основные причины болевого синдрома знаете?
4. Как проводится пальпация почек?
5. Чем отличаются почечные отеки от сердечных?
6. Какую информацию дает аускультация почечных артерий?
7. Что такое анурия?
8. Какую информацию дает перкуссия почек?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины:

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabusa

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Какие виды дизурии знаете?
2. С чем связана изменение кожных покровов?
3. Какие факторы риска развития заболевания почек знаете?

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		4 стр. из 14

4. На что необходимо обратить внимание при сборе анамнеза?
5. Какие знаете основные причины развития болевого синдрома?

Тестовые вопросы:

1. Приступы головных болей, сердцебиение, дрожь в теле, резкое повышение уровня АД, провоцируемые физической нагрузкой, тряской– это:
 - a) признаки почечной эклампсии
 - b) проявления симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме
 - c) признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)
 - d) криз при гипертонической болезни
 - e) признаки почечной артериальной гипертонии
2. Для нефроптоза 1 степени характерно:
 - a) пальпируется нижний полюс почки
 - b) пальпируется вся почка в положении стоя
 - c) пальпируется вся почка в положении лежа
 - d) почка пальпируется в любом месте брюшной полости
 - e) пальпируется верхний полюс почки
3. Для нефроптоза 2 степени характерно:
 - a) пальпируется вся почка в положении стоя
 - b) пальпируется половина почки
 - c) пальпируется вся почка в положении лежа
 - d) почка пальпируется в любом месте брюшной полости
 - e) пальпируется верхний полюс почки
4. Для нефроптоза 3 степени характерно:
 - a) пальпируется вся почка в положении стоя и лежа
 - b) пальпируется нижний полюс почки
 - c) почка пальпируется только при обострении патологического процесса
 - d) пальпируется половина почки
 - e) почка не ощущается
5. Степень нефроптоза определяют:
 - a) при пальпации по Образцову - Стражеско
 - b) симптомом Пастернацкого
 - c) в положении лежа
 - d) в положении по Боткину
 - e) только по УЗИ почек
6. Симптом Пастернацкого определяется:
 - a) методом перкуссии
 - b) методом осмотра
 - c) методом пальпации
 - d) измерениями АД
 - e) методом аускультации
7. Симптом Пастернацкого бывает резко положительным при:
 - a) паранефрите
 - b) пиелонефрите
 - c) мочекаменной болезни
 - d) гломерулонефрите

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		5 стр. из 14

- e) радикулите
8. Объем суточного диуреза у здоровых лиц:
- около 1500 мл
 - 600 – 800 мл
 - 500 – 600 мл
 - 2000 мл и более
 - 800 – 1000 мл
9. Пальпацией почек не возможно определить:
- степень нарушения функции почек
 - подвижность
 - конфигурацию почек
 - степень нефроптоза
 - плотность
10. Почки при пальпации не выявляются при:
- гломерулонефрите
 - нефроптозе 2 степени
 - наличии больших кист
 - пиелонефрите
 - увеличении почек
11. Местом образования ренина является:
- юктагломерулярный аппарат почек
 - островки Лангерганса поджелудочной железы
 - канальцевый аппарат почек
 - купферовские клетки печени
 - надпочечники
12. Механизм почечной артериальной гипертензий связан с :
- гиперсекрецией ренина
 - гиперсекрецией адреналина
 - гиперсекрецией левого желудочка
 - первичным гиперальдостеронизмом
 - гипосекрецией ренина
13. При пальпации почек у пациента с хронической болезнью почек обнаружено увеличение обеих почек, которые плотные и болезненные. Выберите исследование для уточнения диагноза:
- ультразвуковое исследование почек
 - рентгенография почек
 - биопсия почки
 - Проба Зимницкого
 - Проба Нечипоренко
14. Пациент, 25 лет, жалуется на боли в области поясницы и изменения цвета мочи, общую слабость. При пальпации почек врач определяет болезненность, но увеличение не наблюдается. Выберите дополнительные симптомы подтверждающий диагноз острого пиелонефрита:
- лихорадка и озноб
 - отечность лица
 - тошнота, рвота

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		6 стр. из 14

- d) увлажнение кожи
- e) тахикардия
- 15. Дизурия:
 - a) частое болезненное и затрудненное мочеиспускание
 - b) частое мочеиспускание
 - c) болезненное мочеиспускание
 - d) увеличение суточного количества мочи
 - e) уменьшение суточного количества мочи
- 16. Основная причина истинной лейкоцитурии :
 - a) воспаление чашечно-лоханочной системы почек
 - b) воспалительные заболевания придатков
 - c) воспаление предстательной железы
 - d) воспалительные заболевания матки
 - e) воспалительные заболевания мочевого пузыря
- 17. Гематурия характерны для:
 - a) гломерулонефрита
 - b) цистита
 - c) пиелонефрита
 - d) уретрита
 - e) воспалительного заболевания мочевого пузыря
- 18. Содержание лейкоцитов в моче подлежит к подсчету при:
 - a) пиурии
 - b) лейкоцитурии
 - c) гиперлейкоцитурии
 - d) лейкоцитозе
 - e) цистите
- 19. Местом образования ренина является:
 - a) юкстагломерулярный аппарат почек
 - b) островки Лангерганса поджелудочной железы
 - c) канальцевый аппарат почек
 - d) купферовские клетки печени
 - e) надпочечники
- 20. Механизм почечной артериальной гипертензий связан с :
 - a) гиперсекрецией ренина
 - b) гиперсекрецией адреналина
 - c) гиперсекрецией левого желудочка
 - d) первичным гиперальдостеронизмом
 - e) гипосекрецией ренина
- 21. Выберите ведущие симптомы нефротического синдрома:
 - a) массивные отеки
 - b) гипертензия
 - c) лейкоцитурия вплоть до пиурии
 - d) отеки
 - e) боли в области поясницы
- 22. Укажите основной возбудитель пиелонефрита у взрослых:
 - a) escherichia coli

O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		7 стр. из 14

- b) staphylococcus aureus
 - c) streptococcus pyogenes
 - d) klebsiella pneumoniae
 - e) chlamydia
23. Характерные данные общего анализа мочи при остром пиелонефрите:
- a) лейкоцитурия
 - b) гематурия
 - c) протеинурия более 3 г/сут
 - d) отсутствие изменений
 - e) дизурия
24. Данные ультразвукового исследования почек при пиелонефрите показывает:
- a) расширение чашечно-лоханочной системы
 - b) уменьшение размеров почек
 - c) образование кист
 - d) нормальную эхоструктуру
 - e) изменение капсулы почек
25. Назовите основное осложнение хронического пиелонефрита:
- a) хроническая почечная недостаточность
 - b) сердечная недостаточность
 - c) анемия
 - d) мочекаменная болезнь
 - e) тромбоцитопения
26. Укажите антитела участвующий в патогенезе гломерулонефрита:
- a) IgA
 - b) IgE
 - c) IgG
 - d) IgM
 - e) IgB
27. Укажите синдром наблюдающийся при остром гломерулонефрите:
- a) нефритический синдром
 - b) нефротический синдром
 - c) гипернатриемия
 - d) гипокалиемия
 - e) гиперкалиемия
28. Укажите повышенный лабораторный показатель при гломерулонефрите:
- a) креатинин
 - b) мочева кислота
 - c) глюкоза
 - d) липиды
 - e) холестерин
29. Укажите информативный метод для диагностики гломерулонефрита:
- a) биопсия почки
 - b) общий анализ мочи
 - c) УЗИ почек
 - d) МРТ почек
 - e) Рентген почек

O'ŇTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		8 стр. из 14

30. Укажите форму гломерулонефрита развивающийся после перенесенной инфекции:

- a) Постинфекционный гломерулонефрит
- b) IgA-нефропатия
- c) Мембранозный гломерулонефрит
- d) амилоидоз
- e) нефроптоз

31. Диета рекомендуемая пациентам с гломерулонефритом:

- a) с низким содержанием белка и соли
- b) с высоким содержанием белка
- c) с низким содержанием углеводов
- d) с высоким содержанием жиров
- e) с низким содержанием аминокслот

32. Укажите механизм иммунного повреждения при гломерулонефрите:

- a) Образование иммунных комплексов и их отложение в клубочках
- b) Прямая инфекция клубочков бактериями
- c) Деградация клубочков под действием ферментов
- d) Нарушение кровоснабжения почек
- e) нарушение реабсорбций

33. Фруктовый запах (или запах гниющих яблок) характерен для мочи, содержащей :

- a) ураты
- b) кетоновые тела
- c) большое количества белка
- d) лейкоциты
- e) кровь

34. Укажите осложнение развивающийся при нефритическом синдроме:

- a) хроническая почечная недостаточность
- b) мочекаменная болезнь
- c) рак почек
- d) анемия
- e) желтуха

35. Укажите лабораторные изменения свидетельствующие о прогрессировании почечной недостаточности:

- a) повышение уровня креатинина и мочевины в крови
- b) увеличение количества эритроцитов в моче
- c) повышение уровня глюкозы в крови
- d) снижение уровня электролитов в крови
- e) снижение лейкоцитов в крови

36. Никтурия:

- a) преобладание ночного диуреза над дневным
- b) отсутствие мочеиспускания
- c) частые позывы к мочеиспусканию днем
- d) болезненное мочеиспускание
- e) снижение электролитов

37. Укажите синдром наблюдающийся при остром гломерулонефрите:

- a) нефритический
- b) нефротический

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		9 стр. из 14

с) гипертиреозидизм

d) гипергликемия

e) гипогликемия

38. Выберите повышенный лабораторный показатель при гломерулонефрите:

a) креатинин

b) мочевая кислота

c) глюкоза

d) калий

e) холестерин

39. Назовите цель проведения пробы Зимницкого:

a) Для оценки концентрационной способности почек

b) Для оценки функции клубочковой фильтрации

c) Для определения наличия инфекции мочевыводящих путей

d) Для диагностики сахарного диабета

e) Для выявления уровня мочевой кислоты

40. Укажите количество порции мочи собираемую для пробы Зимницкого:

a) 8

b) 6

c) 10

d) 12

e) 24

1. Тема № 2. Ведущие клинические синдромы (дизурический, нефротический, нефритический) в нефрологии. Диагностическое значение (Предрасполагающие факторы и причины, приводящие к развитию дизурического, нефротического, нефритического синдромов. Клинические особенности)

2. Цель: Ознакомить обучающихся с ведущими клиническими синдромами (дизурический, нефротический, нефритический) в нефрологии, усвоить клинические признаки и научиться основам диагностики, ознакомить с инструментальными методами исследования, дать им диагностическую трактовку.

3. Задачи обучения:

Обучающийся должен знать:

1. Механизм развития ведущих синдромов заболеваний мочевыделительной системы.
2. Основные жалобы больных с синдромами заболеваний мочевыделительной системы.
3. Причины развития синдрома нефритического синдрома.

Обучающийся должен уметь:

1. Провести расспрос больных с синдромам дизурического, нефротического, нефритического синдрома.
2. Провести осмотр больного и выявить изменения в общем статусе, характерные для данного синдрома.
3. Провести физикальное обследование больных с дизурическим синдромом.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие предрасполагающие факторы знаете, приводящие к развитию дизурического синдрома?
2. Какие жалобы предъявляют больные с нефротическим синдромом?
3. Какие пальпаторные изменения можно обнаружить при дизурическом синдроме?

O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		10 стр. из 14

4. Что такое протеинурия?
5. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования используются для диагностики нефритического синдрома?
6. Назовите ведущие симптомы нефритического синдрома?
7. Назовите ведущие симптомы нефритического синдрома?
8. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования используются для диагностики нефритического синдрома?
9. Какие жалобы предъявляют пациенты с дизурическим синдромом?

5. Методы/технологии обучения и преподавания:

- Обсуждение темы занятия, Sbl

6. Методы/технологии оценивания (обсуждение темы занятия, решение ситуационных задач, усвоения практических навыков):

- АКС/немая формула.

7. Литература (основная и дополнительная):

8. Контроль: (вопросы, ситуационная задача)

Вопросы:

1. Какие знаете объективные особенности, характерные для нефритического синдрома?
2. Какие перкуторные изменения можно обнаружить при нефритическом синдроме?
3. Какие виды нефритического синдрома знаете?
4. Что такое поли – олиго - анурия?
5. Какие предрасполагающие факторы знаете, приводящие к развитию нефритического синдрома?
6. Какие лабораторные методы исследования используются для диагностики нефритического синдрома?
7. Какие жалобы предъявляют больные с нефритическим синдромом?
8. Какие объективные особенности характерны для нефритического синдрома?
9. Назовите основной показатель для оценки концентрационной функции почек?
10. Назовите механизм иммунного повреждения при гломерулонефрите?

Ситуационные задачи:

1. Пациент 36 лет находится в нефрологическом отделении. Предъявляет жалобы на резкую слабость, утомляемость, жажду и сухость во рту, тошноту, периодическую рвоту, снижение аппетита, плохой сон. Плохо переносит ограничение жидкости, часто не может удержаться и пьёт воду в палате из-под крана. Всё время спрашивает, почему ему не становится лучше. Сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, небольшие отеки в области стоп и голеней. Рост 166 см, вес 58 кг. Частота дыхания 24 в минуту, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 150/90 мм рт. ст.

2. Пациент, 36 лет, поступил с жалобами на отеки лица, головную боль, снижение количества мочи, окрашенной в темный цвет. Из анамнеза: 2 недели назад перенес ангину. При обследовании: АД 170/100 мм рт. ст., белок в моче 3,5 г/л, эритроциты в большом количестве.

3. Мужчина 45 лет поступил с жалобами на выраженные отеки, снижение суточного диуреза, головную боль, одышку. В биохимическом анализе крови: общий белок 48 г/л, альбумины 20

QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		11 стр. из 14

г/л, холестерин 8,9 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок 5,5 г/л, эритроциты 8-10 в п/зр, гиалиновые и зернистые цилиндры. АД 120/80 мм рт. ст.

4. Пациент 42 лет поступил с жалобами на выраженные отеки, повышение артериального давления, уменьшение количества мочи, слабость. АД 170/110 мм рт. ст. В биохимическом анализе крови: креатинин 620 мкмоль/л, мочевины 25 ммоль/л, калий 5,8 ммоль/л. В общем анализе мочи: эритроциты 30-40 в п/зр, белок 4,6 г/л, зернистые цилиндры. Биопсия почки: гломерулонефрит в более чем 70% клубочков.

5. Мужчина 37 лет, поступил с жалобами на отеки, повышение артериального давления. В анамнезе - недавно перенесенная кожная инфекция. Биохимическом анализе крови: креатинин 170 мкмоль/л, снижение комплемента С3. В общем анализе мочи: белок 3,0 г/л, эритроциты 20-30 в п/зр. Биопсия почки: выраженные субэпителиальные "горбы" (humps) на электронно-микроскопическом исследовании.

6. Пациентка 41 лет с хроническим пиелонефритом жалуется на ухудшение состояния: боли в пояснице, слабость, потерю веса. В биохимическом анализе крови: повышение креатинина и мочевины. В общем анализе мочи: плотность 1.008, лейкоциты 20-30 в поле зрения, бактериурия (+++). УЗИ: сморщивание одной из почек.

7. Мужчина 67 лет обратился в поликлинику с жалобами на снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию, слабость. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет. Общий анализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия, микрогематурия. Биохимический анализ крови: креатинин – 440 мкмоль/л, мочевины – 16 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.

8. Мужчина 60 лет обратился с жалобами на сильную слабость, снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет. Общий анализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия, микрогематурия. Биохимический анализ крови: креатинин – 450 мкмоль/л, мочевины – 18 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.

9. Пациентка, 32 года, поступила с жалобами на боли в поясничной области, высокую температуру (до 39°C), озноб, частое болезненное мочеиспускание. В общем анализе мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактерии (+++), белок 0,5 г/л.

10. Мужчина, 48 лет, обратился с жалобами на повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст., головные боли, общую слабость и снижение переносимости физических нагрузок. В анамнезе: диагностирован хронический пиелонефрит. На осмотре: выраженные отеки отсутствуют, пульс 82 уд/мин. Биохимический анализ: креатинин -150 мкмоль/л, мочевины- 10,5 ммоль/л, гиперкалиемии нет. УЗИ почек: правая почка уменьшена до 8,5 см, паренхима истончена; левая почка без изменений.

1. Тема № 3. Ведущие клинические синдромы (гипертензивный и почечной недостаточности) в нефрологии. Диагностическое значение. (Предрасполагающие факторы и причины, приводящие

O'ŇTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		12 стр. из 14

к развитию гипертензивной и (острой и хронической) почечной недостаточности. Клинические особенности).

2. Цель: Ознакомить обучающихся с ведущими клиническими синдромами (гипертензивный и почечной недостаточности) в нефрологии, усвоить клинические признаки и научиться основам диагностики, ознакомить с инструментальными методами исследования, дать им диагностическую трактовку.

3. Задачи обучения:

Обучающийся должен знать:

1. Механизм развития ведущих синдромов (гипертензивный и почечной недостаточности) заболеваний мочевыделительной системы.
2. Основные жалобы больных с синдромами (гипертензивный и почечной недостаточности) заболеваний мочевыделительной системы.
3. Причины развития (острой и хронической) почечной недостаточности.

Обучающийся должен уметь:

1. Провести расспрос больных с гипертензивным синдромом
2. Провести расспрос больных почечной недостаточности
3. Провести осмотр больного и выявить изменения в общем статусе, характерные для данного синдрома.
4. Провести физикальное обследование больных с синдромами (гипертензивной и почечной недостаточности)

4. Основные вопросы темы:

1. Какие предрасполагающие факторы знаете, приводящие к развитию дизурического синдрома?
2. Какие жалобы предъявляют больные с гипертензивным синдромом?
3. Какие пальпаторные изменения можно обнаружить при дизурическом синдроме?
4. Что такое олигоурия?
5. Какие причины развития синдрома хронической почечной недостаточности?
6. Какие лабораторно - инструментальные методы исследования используются для диагностики почечной недостаточности?
7. Причины развития почечной недостаточности?
8. Назовите лабораторные изменения свидетельствующие о прогрессировании почечной недостаточности?
9. Назовите механизм развития почечной недостаточности?

5. Методы/технологии обучения и преподавания:

- Обсуждение темы занятия, Sbl

6. Методы/технологии оценивания (обсуждение темы занятия, решение ситуационных задач, усвоения практических навыков):

- АКС/немая формула.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, ситуационная задача)

Вопросы:

1. Какие знаете объективные особенности, характерные для гипертензивного синдрома?
2. Какие перкуторные изменения можно обнаружить при почечной недостаточности?
3. Назовите виды почечной недостаточности ?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		13 стр. из 14

4. Что такое поли -, олиго -, анурия?

5. Какие предрасполагающие факторы знаете, приводящие к развитию гипертензивного синдрома?

Ситуационные задачи:

1. Пациентка 45 лет находится в стационаре. Предъявляет жалобы на общую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки, сниженный аппетит, плохой сон. Состояние тяжелое. Сидит в постели в подушках почти без движения. Кожные покровы бледные, акроцианоз, лицо одутловатое, отеки на ногах, пояснице, ЧДД 32 в минуту, Ps 92 удара в минуту, ритмичный, напряженный, АД 70/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет выраженного асцита.

2. Мужчина 67 лет обратился в поликлинику с жалобами на снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию, слабость. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет. Общий анализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия, микрогематурия. Биохимический анализ крови: креатинин – 440 мкмоль/л, мочевины – 16 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.

3. Мужчина 60 лет обратился с жалобами на сильную слабость, снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет. Общий анализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия, микрогематурия. Биохимический анализ крови: креатинин – 450 мкмоль/л, мочевины – 18 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.

4. Женщина 42 лет поступила в больницу с жалобами на тупую боль в пояснице, повышение температуры тела до 37,8°C, общую слабость, учащенное и болезненное мочеиспускание. В анамнезе – хронический тонзиллит, эпизоды пиелонефрита в молодости. При обследовании: температура тела – 37,5°C. Артериальное давление – 130/85 мм рт. ст. Общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия (0,5 г/сут). Биохимия анализ крови: креатинин – 115 мкмоль/л, мочевины – 7,5 ммоль/л.

5. Мужчина, 48 лет, обратился с жалобами на повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст., головные боли, общую слабость и снижение переносимости физических нагрузок. В анамнезе: диагностирован хронический пиелонефрит. На осмотре: выраженные отеки отсутствуют, пульс 82 уд/мин. Биохимический анализ: креатинин -150 мкмоль/л, мочевины- 10,5 ммоль/л, гиперкалиемии нет. УЗИ почек: правая почка уменьшена до 8,5 см, паренхима истончена; левая почка без изменений.

6. В клинику обратилась женщина 48 лет, с жалобами на отеки лица, больше по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, окрашивание мочи в цвет «мясных помоев», сердцебиение, быструю утомляемость. Из анамнеза: месяц назад после переохлаждения перенесла ангину, бронхит, после чего периодически беспокоили ноющие боли в пояснице. Объективно: лицо больной бледное, одутловатое, веки отечные. АД 150/110 мм.рт.ст. В общем анализе мочи – белок 0,099%, эритроциты – 45-50 в п/з. Укажите причину появления в моче цвета «мясных помоев».

7. Пациент 55 года, жалуется на отеки, слабость, повышение артериального давления до 140/100 мм рт. ст., снижение суточного диуреза. В общем анализе мочи: белок- 3,6 г/сут, эритроциты 5-6 в п/з. В общем анализе крови—креатинин- 140 ммоль/л, мочевины-18 ммоль/л.

8. Пациент, 65 лет, жалуется на боли в пояснице, частые позывы на мочеиспускание и отеки нижних конечностей. При осмотре в области живота выявлено умеренное увеличение, кожа

O'ŇTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Мочеполовая система в патологии»»		14 стр. из 14

бледная, ногти ломкие. Биохимический анализ крови: креатинин 250 мкмоль/л, мочевины-15 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации-60 мл/мин, калий 5,5 ммоль/л, натрий-135 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок-3,5 г/л, эритроциты-8-10 п/з, лейкоцит 4-5 п/з, плотность-1010, цилиндры-зернистые.

9. Мужчина 55 лет обратился к врачу с жалобами на выраженную слабость, отеки лица и нижних конечностей, повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст., снижение количества выделяемой мочи. В анамнезе – несколько эпизодов тонзиллита за последний год. При лабораторном обследовании: Анализ мочи: протеинурия (3 г/сут), микрогематурия, цилиндрурия. Ультразвуковое исследование: почки нормального размера, без явных структурных изменений.