**Лекция №5**   предмет» медсестринство в семейной медицине»

 **ТЕМА: Амбулаторная помощь при заболеваниях мочевыделительной системы.**

**План:**

**1.Прием  амбулаторного  пациента разного возраста, м/с  осмотр, заполнение амб .карты, б/л, стат. талона, дача направлений на обследования**

**2.Ведение пациента на домашнем стационаре.**

**3. Диспансеризация**

**4.Консультирование пациента, профилактика**

**Словарный  и понятийный диктант по теме;**Расшифровать, что такое-

1 .Нефрология — раздел клинической медицины, изучающий заболевания почек.

2.Нефрон — функциональная единица почки. Состоит из мальпигиева тельца и петли Генле.

3.Нефротический синдром — протеинурия, приводящая к снижению концентрации альбумина в плазме крови (из-за его потери с мочой) и развитию отеков.

4.Азотемия — умеренное повышение концентрации продуктов азотистого распада в крови.**5.**Аденома предстательной железы — доброкачественная гиперплазия предстательной железы. 6.Анурия — отсутствие поступления мочи в мочевой пузырь.

7.Бактериурия — выделение бактерий с мочой. Выщелоченные (потерявшие красящее вещество) эритроциты в моче свидетельствуют о заболевании почек.**8.**Гематурия (эритроцитурия) — выделение крови с мочой.**9.**Гемодиализ — метод лечения острой и хронической почечнойнедостаточности с помощью аппарата «искусственная почка».10.Гиперурикемия — повышение содержания мочевой кислоты в крови.

11.Гипоизостенурия — относительная плотность снижена, монотонно колеблется в пределах 1009–1011, т.е. приближается к таковой первичной мочи — ультрафильтрату плазмы.

12.Глюкозурия — появление сахара в моче.

13.Гомеостаз — (гомеостазис: от греч. homois и stasis — «состояние»,«неподвижность») — поддержание основных показателей организма в нормальных пределах.

14.Дизурия — расстройство мочеиспускания: учащенное, болезненное, затрудненное.

15.Диурез — процесс образования и выделения мочи из организм за известный промежуток времени.

16 Диурез положительный — больной в течение суток выделяет мочи больше, чем было выпито

17 Диурез отрицательный — больной в течение суток выделяет мочи меньше, чем было выпито жи

18.Изостенурия — монотонные цифры удельного веса в различных порциях мочи.

19.Индекс массы тела (ИМТ) — рассчитывается как соотношение массы тела (кг) / рост (м2).

20.Ишурия — задержка мочеиспускания.

21.Комплемент — группа глобулярных белков в сыворотке крови животных и человека, представляющих собой часть иммунной системы организма. Система комплемента играет важную роль в защите от микробов, активирует катаболизм циркулирующих иммунных комплексов и участвует в регуляции функций иммунной системы.

22.Креатинин — продукт метаболизма креатина, выводится почками.

23. Мочевина — конечный продукт метаболизма белков, вырабатыва емый в печени экскретируемый почками.

24.Нефрэктомия — операция по удалению почки.

25.Никтурия — преобладание ночного диуреза над дневным.

26 Олигурия — уменьшение объема выделяемой мочи (суточный диурез — менее 300 мл).

27.Перитонеальный диализ — роль полупроницаемой мембраны, или

фильтра, играет брюшина самого пациента, через которую пропус-

кают раствор, «вытягивающий» на себя вредные вещества. Это обеспечивает боPльшую мобильность, чем гемодиализ, однако возрастаетриск инфицирования.

28.Полидипсия — избыточное потребление воды.

29 Поллакиурия — учащенное и болезненное мочеиспускание малыми порциями.

30.Полиурия — избыточное выделение мочи, увеличение суточного диуреза (более 2 л)

31.Почечная лоханка — верхний отдел мочеточника, переходящий

в почечные чашечки. 32. Почечные чашечки — составная часть почечных лоханок. Большая

чашка разделяется на малые чашечки, которые затем расщепляются на почечные сосочки.

33.Пиурия — значительное увеличение количеств лейкоцитов в моче, что свидетельствует о гнойном процессе в мочевыводящих путях.

34.Почки (ren) — основной выделительный (экскреторный) парный орган. Выводят с мочой большую часть конечных продуктов обмена, главным образом азотистого: мочевину, аммиак, креатинин, индикан, остаточный азот.

35.Протеинурия — наличие белка в моче (более 150 мг/сут).

36.Симптом — признак болезни (субъективные и объективные симптомы).

37.Симптом Пастернацкого — при поколачивании в зоне проекции почек появляется боль.

38.Синдром — сочетание симптомов, патогенетически связанных между собой. Рассматривается как самостоятельное заболевание или как стадия каких-либо заболеваний (например, нефротический синдром).

39.Удельный вес — относительная плотность мочи.

40.Уремия — синдром аутоинтоксикации, развивающийся в результате задержки азотистых метаболитов и других токсических веществу пациентов с почечной недостаточностью.

41.Уретрит — воспаление уретры.

42.Урология (от греч. uron — «моча», logos — «учение») — раздел клинической медицины, изучающий заболевания органов мочевыводящей системы.

43.Цилиндры — элементы осадка мочи клеточной или белковой природы, имеющие цилиндрическую форму. Образуются в дистальныхканальцах или собирательных трубочках.

44.Цистит — воспаление мочевого пузыря.

45.Цистоскопия (от греч. endos — «внутрь», scopeo — «смотрю») — эндоскопическое исследование мочевого пузыря.

46.Эклампсия — от греч. eclampsis — «вспышка, судороги».

47.Энурез — непроизвольное мочеиспускание во время сна.

48.Facies nephritica — «лицо нефритика» — характерный внешний вид

больного с отеками почечного происхождения (лицо бледное, одутловатое, с припухшими отечными веками и суженными глазными  щелями).

Актуальность изучения проблемы обращений пациентов с урологическими заболеванями обусловлена в первую очередь их высокой частотой, имеющей в последние годы тенденцию

к увеличению, и теми тяжелыми осложнениями (хроническая почечная недостаточность, развитием пиелонефрита и д.р.), к которым они могут привести. болезни почек составляют около 5–6% общей заболеваемости. поражения почек различной природы встречаются, примерно, у 7–10% взрослого населения многих стран. Большая медико-социальная значимость болезней почек обусловлена не только их абсолютной частотой, а тем, что они поражают преимущественно людей в молодом, наиболее активном возрасте: более 60% почечных больных — люди в возрасте до 40 лет.

Кроме того, по своей природе и течению эти заболевания затяжные и пока еще трудно поддаются лечению, в большинстве случаев заканчиваются летальным исходом. По имеющимся данным, по час-

тоте смертности в молодом возрасте они занимают 2-е место после травматизма. Весьма высок уровень и первичной инвалидности, которая составляет 3–5% общей инвалидности. . Почки играют важную роль в поддержании гомеостаза в организма, выполняют функции регуляции водно-электролитного и кислотно-основного баланса, также почки участвуют в эндокринной регуляции организма и метаболизме многих пищевых веществ.

Заболевания почек способны приводить к снижению почечной экскреции, эндокринным расстройствам, нарушениям обмена веществ с фоном развивающейся ПН

На амбулаторном приеме для осуществления сестринского процесса медицинская сестра должна обладать необходимым уровнем теоретических знаний, иметь навыки профессионального общения и обучения пациентов, выполнять сестринские манипуляции, используя современные технологии в  первичной оценке состояния пациента при заболеваниях мочевыводящей системы,работая с пациентами с болезнями мочевыделительной системы, учитываем и пользуемся  клинико- анатомическими закономерностями:- болезни почек;- почечных лоханок;- мочеточников;- мочевого пузыря; уретры.  Болезни почек с учетом общей  реактивности организма делят на три основные группы:-1)диффузный гломерулонефрит-  как инфекционно - или токсикоаллергическое заболевание;2)  токсические и инфекционные поражения почек без выраженных изме-

нений реактивности организма (нефронекрозы, эмболические и геморрагические нефриты);-3)дистрофические заболевания почек, развивающиеся при нарушениях обменных процессов, интоксикациях и хронических инфекциях.

Нарушение функций почек влечет за собой изменения водного, электролитного и белкового обмена веществ. При этом возникает сложный симптомокомплекс, включающий мочевые, отечные, сердечно-сосудистые, болевые и уремические синдромы.

Мочевой синдром проявляется изменением количества и частоты выделяемой

мочи (олигурия, анурия, полиурия, ишурия, поллакиурия), ее физико-химических

свойств (гематурия, протеинурия, глюкозурия). Полиурия наиболее характерна для

нефросклероза и амилоидного нефроза.

Олигурия и анурия чаще бывают при диффузном нефрите.

Отечный синдром проявляется развитием отеков подкожной клетчатки в области век, подгрудка, нижней части живота, мошонки, конечностей. Наиболее обширные и стойкие отеки характерны обычно для нефроза. При диффузных нефритах отек менее выражен, но сравнительно быстро возникает, а при очаговых нефритах отеков может и не быть.

Сердечно-сосудистый синдром проявляется повышением артериального давления, гипертрофией левого желудочка, акцентированием второго тона на аорте, напряжением пульса и тахикардией. Этот синдром характерен для диффузного нефрита и нефросклероза. При нефрозах, если не нарушен почечный кровоток, артериальная гипертония не наблюдается.

Болевой синдром, проявляющийся ложными коликами и затрудненным мочеиспусканием, имеет важное  значение в диагностике болезней мочевой системы, особенно тех, которые сопровождаются задержкой выделения мочи или закупоркой  мочевыводящих путей (циститы, уретриты, пиелит, уролитиазис). Больные  беспокоятся, жалуются на живот, ,принимают позу для мочеиспускания, скрежещут зубами, стонут.

Уремический синдром обусловлен задержкой в организме азотистых шлаков и их

токсическим действием на головной мозг. Синдром проявляется общей слабостью, угнетением, сонливостью, коматозным состоянием, судорогами. Повышение в крови  в несколько раз уровня остаточного азота (даже до 3 г на 100 мл) приводит к выделению его через кишечник, вследствие чего нарастают симптомы энтерита с явлениями поноса и возникает рвота. Выдыхаемый воздух и кожа  приобретают запах мочи.

Уремический синдром характерен для тяжелых форм нефрита, нефроза и нефросклероза.

Пути инфицирования 1. восходящее инфицирование из уретры(микроорганизмы кишечной группы) 2. гематогенный (стафилококки, Candida,сальмонеллы, микобактерии)

3. лимфогенный

**План обследования больного. Оценка функционального состояния: почек суточный диурез ,относительная плотность мочи уровень калия, мочевины, креатинина**

Субъективное обследование:

1) факторы риска (неблагоприятные условия труда, профессиональные вредности);

2)причины (наличие очагов инфекции, перенесѐнные ОРВИ, ангина, переохлаждение, введение вакцин и сывороток, наследственность, вредные привычки, семейно-бытовые условия, особенности питания);

3) время начала заболевания;

4) течение заболевания (с каких признаков началось, как протекало);

5) проводившееся обследование и лечение (лекарственные средства, длительность,

эффективность, частота госпитализаций, результаты исследований).

Объективное обследование:

1) положение пациента в постели:

– активное (в начальной стадии многих заболеваний почек при сохранении их

функций);

– пассивное (при уремической коме); вынужденное: положение пациента на больном

боку, с согнутой в тазобедренном и коленном суставах и приведенной к животу ногой на стороне поражения при паранефрите. При почечной колике из-за болей пациент мечется,

меняет позы, кричит, не может найти положение, в котором боль стала бы слабее.

2) При осмотре бледность кожи и слизистых, лицо бледное, одутловатое с

припухшими отѐчными веками и суженными глазными щелями, сухость кожи, следы расчѐсов.

3) Пальпация: малоинформативна – при значительном скоплении мочи в мочевом

пузыре (ишурия) у лиц с тонкой брюшной стенкой пальпируется эластичное образование над лобком.

4) Перкуссия: положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон или на стороне поражения.

Симптомы:

1) Отѐки при заболеваниях почек разнообразны по степени выраженности,

локализации, стойкости. Чаще всего они выявляются утром на лице. При более

выраженном отечном синдроме отеки обнаруживаются на ногах (преимущественно на

голенях). Иногда они достигают огромных размеров, скапливаясь во всей подкожной

жировой клетчатке (анасарка); жидкость может скапливаться и в полостях: грудной

(гидроторакс), брюшной (асцит).

2) Дизурические расстройства (олигурия, никтурия, поллакиурия, полиурия,

странгурия, недержание мочи, ишурия, анурия).

Полиурия – увеличение диуреза до 2 л мочи и более в сутки.

Олигурия–уменьшение выделения количества мочи до величины менее 500 мл в сутки. Физиологическая олигурия может быть связана с недостаточной гидратацией организма

И повышенным потоотделением.

В ряде случаев олигурия является следствием заболевания почек и мочевыводящих путей

(почечная олигурия).

Анурия – уменьшение количества мочи до величины менее 50 мл за сутки вплоть до полного ее отсутствия. В отличие от острой задержки мочеиспускания, при анурии мочевой

пузырь пуст, моча не выделяется почками или не поступает в мочевой пузырь из-захронической болезни почек.

У здорового человека мочеиспускание в течение дня роисходит 4-7 раз, ночью необходимость в мочеиспускании появляется не чаще 1 раза. Однако возможны и более широкие колебания частоты мочеиспускания, зависящие от определенных условий: употребления чрезмерно соленой пищи, сухоедения, обильного потоотделения, лихорадки и т. д. Количество выделяемой при этом мочи колеблется в среднем в пределах 1000- 2000 мл в сутки.

Поллакиурия (учащенное мочеиспускание – состояние, когда число мочеиспусканий достигает 10-15 в час) может вызываться различными рефлекторными влияниями на мускулатуру мочевого пузыря со стороны почек и мочеточников при наличии в  них патологических процессов (например, при мочекаменной болезни).

Учащенные позывы на мочеиспускание с выделением каждый раз незначительного количества мочи являются признаком цистита.

У женщин поллакиурию могут вызвать различные патологические состояния со стороны половых органов (давление матки на мочевой пузырь при неправильном ее положении, а также при беременности).

Физиологическая поллакиурия наблюдается при стрессах и сильном волнении.

Иногда поллакиурия связана с приемом лекарственных препаратов (уротропина).

Поллакиурия развивается также при всех заболеваниях, сопровождающихся

выделением большого количества мочи (полиурии), в частности нефросклерозе, сахарном

и несахарном диабете, при снятии отеков диуретическими средствами.

Никтурия– преобладание ночного диурезанад дневным (в норме соотношение дневного

Диуреза к ночному составляет 3:1 или 4:1).

При хронической почечной недостаточности возникает нарушение концентрации мочи

почками. Моча имеет монотонную и низкую плотность (изостенурия и гипостенурия).

Странгурия

(болезненность и рези при мочеиспускании)– признак воспалительных изменений в уретре и мочевом пузыре при цистите, уретрите, пиелонефрите, мочекаменной болезни.

Сочетание странгурии и поллакиурии называется дизурия.

3) Боли в поясничной области (тупые, ноющие, острые, приступообразные,

односторонние, двусторонние, иррадиация).

Боль при гломерулонефрите ноющая, есть чувство тяжести с обеих сторон в области поясницы.

При остром пиелонефрите на стороне поражения присутствует интенсивная боль. Эти боли возникают вследствие воспалительного набухания паренхимы почек и растяжения почечной капсулы.

Во время приступа мочекаменной болезни у пациента отмечается резкая боль в

Области поясницы с иррадиацией вниз по ходу мочеточника в мочеиспускательный канал, половые органы. Боль возникает ввиду спастического сокращения мочеточника,а также

Задержки мочи в почечной лоханке и ее растяжения. Боль имеет характер колики (почечная

колика). Иррадиация боли обусловлена тем, что в соответствующих сегментах спинного

мозга в непосредственной близости проходят нервные волокна, несущие чувствительные

импульсы от почек, мочеточника, половых органов.

Остром паранефрите (воспаление околопочечной клетчатки)

боль интенсивная на стороне поражения.

Боль и резь внизу живота возникают при цистите (воспаление мочевого пузыря).

4) Изменение цвета мочи чаще всего обусловлено появление в мути, примесей кров изменение

Ее запаха .Красный цвет мочи различной интенсивности признак наличия в

моче эритроцитов (гематурия), который наблюдается при раке почки, мочевого пузыря,

предстательной железы, мочекаменной болезни.

Моча цвета «мясных помоев» (грязно-красного цвета) – характерный признак острого

гломерулонефрита.

5) Повышение артериального давления – гипертонический синдром. Особенность

такого синдрома – значительное повышение диастолического давления.

8) Лихорадка у больных с почечной патологией может быть признаком инфекции

(острой или хронической пиелонефрит), опухоли почек, а также проявлением обострения

того заболевания, при котором патология почек выступает, как симптом. Длительная

субфебрильная температура может наблюдаться при туберкулезе почки.

При развитии у больного хронической почечной недостаточности – состояния, при

котором почка не может поддерживать нормальный состав внутренней среды, нарушается

выведение азотистых шлаков через почки. Эти шлаки выводятся через кожу и слизистые

оболочки, приводя к развитию таких симптомов, как кожный зуд, тошнота, рвота, понос,

запах мочевины изо рта, геморрагические проявления.

Из выше перечисленных симптомов можно выявить следующие проблемы

пациента:

1) настояние:- отѐки на лице; - боль в пояснице; - частое мочеиспускание (поллакиурия);

- болезненное мочеиспускание (странгурия); - уменьшение (увеличение) количества отделяемой мочи (олигурия, анурия, полиурия); - изменение цвета мочи (гематурия); - лихорадка; - головная боль др.;

2) потенциальные проблемы:

- острая или хроническая почечная недостаточность;

- острая сосудистая или сердечная недостаточность;

- почечная эклампсия;

- почечная колика;

- паранефрит;

- поддиафрагмальный абсцесс и др.

Можно поставить следующие сестринские диагнозы: - частое, болезненное мочеиспускание вследствие воспалительного процесса мочевыводящих путях;

- резкая слабость вследствие развития уремии;

- боли в правой половине поясничной области вследствие хронического воспаления правой почки;

- отѐки лица вследствие развития почечной недостаточности;

- кожный зуд вследствие уремии;- тупые боли в поясничной области с обеих сторон вследствие камнеобразования

Лабораторные методы исследования:

1) клинический анализ крови;

2) биохимическое исследование крови (белок и его фракции, электролиты,

креатинин, мочевина, фибриноген, С-реактивный белок, протромбиновый индекс);

3 Исследование мочи (общий анализ, по Нечипоренко, Амбурже, Зимницкому,

проба Реберга, бактериологическое).

Изменение состава мочи выявляют в лаборатории при исследовании мочи. Помимо

микрогематурии, может наблюдаться и другой не менее важный симптом, встречающийся

при болезнях почек, - протеинурия. Протеинурия – выделение с мочой белка в количестве,

превышающем нормальные значения (50 мг/сут). Это самый частый признак поражения

почек. Может быть ложная протеинурия – следствием распада клеток при заболеваниях

мочевых путей или половых органов, распада спермиев при длительном стоянии мочи.

В анализе мочи при патологии почек наряду с протеинурией обнаруживают

цилиндры – белковые слепки дистальных почечных канальцев. Сочетание протеинурии,

цилиндрурии и отеков – характерное проявление нефротического синдрома. Обнаружение

в моче при ее микроскопии более 5 лейкоцитов в поле зрения или более 4000 в 1 мл мочи

(проба Нечипоренко) называется лекоцитурией. Этот симптом характерен для

пиелонефрита и патологии мочевыводящих путей.

Инструментальные методы исследования:

1) обзорная рентгенография почек;

2) урография;

3) компьютерная томография;

4) хромоцистоскопия;

5) сканирование;

6) УЗИ;

7) пункционная биопсия;

8) биопсия почек;

9) исследование глазного дна;

10) ЭКГ.

. **Основными** принципами правильного **питания** **при** **заболеваниях** этой сферы является диета № 7, диета № 7а, д диета № 7в, диета № 7г, диета № 7р . Данные диеты надо знать и уметь аргументировано обучить пациента и его окружение питаться  с ограничение потребления белка, соли, снижение калорийности блюд. Достаточно лишь уменьшить употребление соли, пряностей, острых приправ, особенно горчицы,  и обязательно исключить спиртное Необходимо также устраивать разгрузочные дни. Ограничение белка. Обмен белков в организме заканчивается образованием азотистых шлаков.

**В задачи активного »Д» наблюдения входят:**

1 Активное раннее выявление, взятие на учет, тщательное обследование, своевременное эффективное лечение больных с острыми и хроническими заболеваниями почек.

2 Организация регулярного длительного  наблюдения, клинического, лабораторного и инструментального обследования, проведение профилактического и противорецидивного лечения больных нефрологического профиля.

3 Своевременное и правильное трудоустройство лиц данного контингента с целью создания наиболее благоприятных условий  для стойкого и длительного сохранения их трудоспособности.

4 Отбор и направление на санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями почек в специализированные санатории нефрологического профиля.

КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПОЧЕК, ПОДЛЕЖАЩИЕ АКТИВНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

Активному наблюдению подлежат больные со следующими нозологическими формами заболеваний почек:

1 Острый гломерулонефрит с затянувшимся течением или с так

называемыми остаточными явлениями в виде микропротеинурии,

микрогематурии после стационарного лечения.

2 Различные клинические формы хронического гломеруло-

нефрита: нефротическая, гипертоническая, латентная (или изоли-

рованный мочевой синдром), гематурическая и смешанная (сочета-

ние нефротического и гипертонического синдромов).

3 Амилоидоз почек (вторичный и первичный).

4 Острый (после стационарного лечения) и хронический пие-

лонефрит.

5 Нефропатия беременных.

6 Диабетическая нефропатия (больной наблюдается терапевтом

или нефрологом совместно с эндокринологом).

7 Лица, перенесшие острую почечную недостаточность (ОПН)

различной этиологии.

8 Поликистоз почек с наличием или отсутствием сопутствующего

воспалительного процесса (гломерулонефрита или пиелонефрита).

9 ХПН различного генеза.

10 Вторичные поражения почек при:

– системной красной волчанке;

– узелковом периартериите;

– системной склеродермии;

– дерматомиозите;

– ревматоидном артрите.

11 Лекарственные (медикаментозные) поражения почек Подлежат также активному наблюдению (совместно с урологом) больные с различными аномалиями почек — единственная почка,

подковообразная, удвоенная почка, гипоплазия одной или двух почек, дистопия почек и др.

СРОКИ (ДЛИТЕЛЬНОСТЬ) АКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ

ПОЧЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ (смотри приказ 770).

Сроки активного наблюдения зависят от нозологической формы и течения заболевания.

1 Больные острым гломеруло- и пиелонефритом, выписавшиеся из стационара после проведенного курса лечения: – в состоянии выздоровления, т. е. при полном отсутствии экстра-ренальных признаков заболевания (гипертония, отеки) и мочевого синдрома, должны находиться под активным наблюдением до 3 лет; необходимо рекомендовать и в дальнейшем избегать переохлаждения, соблюдать режима труда и отдыха, делать анализы мочи во время и после перенесенных интеркур-рентных заболеваний; работа их не должна быть связана с переохлаждением, горячих цехах, с большим физическим напряжением и контактом с токсическими веществами.

**Задача №**1

Больной В., 26 лет, обратился к  с жалобами на резкую слабость,

одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый

гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче.

Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2° С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая,

бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной

тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные,

приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен

беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

3 Перечислите возможные осложнения.

4 Расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5 Подготовьтесь продемонстрировать технику в/в инъекций, повторив алгоритмы.

**Задача №2**

Больная Н., 32-х лет, обратилась  с жалобами на потрясающийозноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе частые циститы.

Объективно: температура 38°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая.

Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД

120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному

краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки.

Симптом Пастернацкого положительный справа.

Задания:

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

 **Задача № 3**  Больной К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадиирущие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали "скорую помощь", делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча. Объективно: температура 36,4°С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт .ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Задания:

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования

3 Перечислите возможные осложнения

4 Расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

5 Подготовьтесь продемонстрировать технику катетеризации мочевого пузыря.

Задача № 4

Составьте самостоятельно ситуационную задачу по обучению пациента с урологичесой  патологией и решите ее, выделив приоритетные проблемы пациента, тактики поведения, диете. наблюдению, профилактике обострений или возникновению заболевания мпс , гигиене,  водному режиму и активности.

**Сестринское дело в нефрологии- тестирование:**

1. Основная причина острого гломерулонефрита

*а) бета-гемолитический стрептококк*      *б) грибковая инфекция*     *в) кишечная палочка*               *г) микобактерии*

2. При гломерулонефрите преимущественно поражаются почечные*а) канальцы* *б) клубочки*      *в) лоханки*   *г) чашечки*

3. Симптом Пастернацкого определяют при исследовании заболевани

*а) печени*        *б) легких*             *в) сердца*          *г) почек*

4. Острый гломерулонефрит возникает после ангины через

*а) 1-2 дня* *б) 3-4 дня*    *в) 1-2 недели*   *г) 1-2 месяца*

5. Приоритетные проблемы пациента при остром гломерулонефрите

*а) слабоcть, недомогание*      *б) повышенная утомляемость, лихорадка*

*в) снижение работоспособности и аппетита*    *г) головная боль, отеки*

6. Отеки почечного происхождения появляются

*а) утром на ногах* *б) утром на лице*      *в) вечером на ногах* *г) вечером на лице*

7. Ранним проявлением развивающихся скрытых отеков является

*а) гидроторакс* *б) гидроперикард*    *в) увеличение живота* *г) увеличение массы тела и уменьшение суточного диуреза*

8. При остром гломерулонефрите моча имеет цвет

*а) бесцветный* *б) "пива"* *в) соломенно-желтый* *г) "мясных помоев"*

9. Моча цве та "мясных помоев" обусловлена содержанием большого количества

*а) бактерий* *б) лейкоцитов*  *в) цилиндров*  *г) эритроцитов*

10. У пациента с отрым гломерулонефритом медсестра обнаруживает

*а) повышение АД*  *б) понижение АД* *в) желтуху*  *г) акроцианоз*

11. Мочу для общего клинического анализа медсестра должна доставить в лабораторию в течение     *а) 1 час   б) 3 часов   в) 5 часов*              *г) 7 часов*

12. Для сбора мочи на общий анализ медсестра должна обеспечить пациента

*а) сухой банкой*    *б) сухой пробиркой* *в) стерильной банкой*  *г) стерильной пробиркой*

13. Суточный диурез у пациента с отрым гломерулонефритом составил 400 мл – это

*а) анурия* б) олигоурия            *в) полиурия*    *г) протеинурия*

14. Анурия – это   *а) много мочи*        *б) нормальное количество мочи*

 *в) преобладание ночного диуреза над дневным*          *г) отсутствие мочи*

15. Количество мочи, которое медсестра отправляет в лабораторию для проведения общего анализа (в миллилитрах)

*а) 3-5*   *б) 10-15*     *в) 100-200*    *г) 300-400*

16. Изменения в общем анализе мочи у пациента с острым гломерулонефритом

*а) гематурия, протеинурия, цилиндрурия*

*б) гематурия, глюкозурия, цилиндрурия*

*в) лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия*

*г) лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия*

17. При остром гломерулонефрите медсестра рекомендует пациенту режим

*а) строгий постельный*  *б) постельный* *в) палатный*             *г) общий*

18. При хроническом гломерулонефрите с выраженной азотемией назначают диету

*а) основной вариант стандартной* *б) вариант с пониженным количеством белка*

*в) вариант с пониженной калорийностью*   *г) вариант с повышенным количеством белка*

19. Диета при остром гломерулонефрите предусматривает ограничение

*а) белков и жиров* *б) белков и углеводов*

*в) жидкости и соли*      *г) жидкости и углеводов*

20. При остром гломерулонефрите постельный режим назначают

*а) до нормализации температуры тела*

*б) до исчезновения боли в поясничной области*

*в) до нормализации анализов мочи*

*г) до исчезновения отеков и нормализации АД*