**Лекция № 7.**

**Тема**: Основные синдромы при заболеваниях почек.

**Цель:** Сформировать и систематизировать у обучающихся знания об основных симптомах и синдромах при заболеваниях почек.

**Аннотация лекции:** В нефрологической практике выделяют ряд синдромов: мочевой, нефротический, гипертонический, нефритический, острой и хронической почечной недостаточности, синдром канальцевой дисфункции. Некоторые синдромы (например, нефротический или гипертонический) представляют собой развернутую клиническую картину болезни, когда, как правило, у больных имеются определенные жалобы и многочисленные проявления заболевания. Для диагностики других синдромов необходимо использовать специальные методы исследования. Одним из основных синдромов является мочевой, который связан с изменением качества и качества мочи. Иногда он бывает единственным проявлением заболевания почек. Самые частые его формы – наличие в моче клеток крови: эритроцитов (гематурия), лейкоцитов (лейкоцитурия), а также белка (протеинурия). При наличии эритроцитов в моче (гематурия) – частый, нередко первый признак болезней почек и мочевыводящих путей, а также заболеваний и состояний не связанных с поражением почек (острые лейкозы, тромбоцитопения, тяжелая физическая нагрузка и т.д.). По интенсивности выделяют микро - и макрогематурию. Микрогематурия выявляется лишь при микроскопии мочевого осадка. При обильном кровотечении цвет мочи изменяется до характерного вида «мясных помоев», может быть моча алого цвета. Самой серьезной причиной гематурии являются опухоли мочеполового тракта. Одной из наиболее частых причин гематурии является мочекаменная болезнь. Характерная клиническая картина включает в себя резкую боль в пояснице, в паховой области, с последующей макрогематурией. Гематурия в сочетании с лейкоцитурией и протеинурией часто встречается при неспецифических заболеваниях почек (пиелонефрите, гломерулонефрите). Протеинурия – выделение с мочой белка в количестве, превышающем нормальные значения (50 мг/сут). Это самый частый признак поражения почек, хотя иногда может наблюдаться и у здоровых лиц. В моче при болезнях почек могут обнаруживаться различные белки - как низкомолекулярные, так и высокомолекулярные. При патологии почек протеинурия чаще всего связана с повышенной фильтрацией плазменных белков через клубочковые капилляры. Клубочковая протеинурия наблюдается при большинстве заболеваний почек – воспалительных (гломерулонефрите, пиелонефрите), поражении почек при диабете, артериальной гипертонии, атеросклерозе. Выраженная лейкоцитурия (наличие в моче лейкоцитов) развивается при любом воспалительном поражении почек, чаще при нефритах и пиелонефрите. Острая почечная недостаточность – это синдром, характеризующийся быстро возникающими нарушениями основных, прежде всего, экскреторных (выделительных) функций почек. Эти изменения являются результатом острого тяжелого поражения почечного кровотока, клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, обычно возникающие одновременно. К развитию острой почечной недостаточности могут приводить большое число причин, в первую очередь не связанных с патологией почек: токсические воздействия, инфекция, обструкция сосудов почек, закупорка мочевых путей чаще камнем, повреждение ткани почек (травма) и др. С клинической точки зрения выделяют четыре периода острой почечной недостаточности: период действия этиологического фактора, олигоанурический период (прекращение или уменьшение выделения мочи), период восстановления объема мочеиспускания, выздоровление.

В первом периоде преобладают симптомы того состояния, которое приводит к острой почечной недостаточности. Например, наблюдается лихорадка, озноб, снижение артериального давления, анемия и т.д. Второй период характеризуется резким снижением количества выделяемой мочи, вплоть до полного прекращения. Появляется тошнота, рвота, спутанность сознания, из-за отравления организма веществами, которые должны были быть выведены с мочой. В третьем периоде начинается восстановление объема выделяемой мочи. Количество мочи увеличивается обычно постепенно, превышая нормальные суточные объемы. Этот период опасен потерями жидкости и электролитов. Период выздоровления обычно длительный (до 6 – 12 месяцев). Происходит постепенное восстановление функции почек либо переход в хроническую почечную недостаточность. Клиническая картина острой почечной недостаточности определяется расстройствами деятельности сердца, интоксикацией, психическими нарушениями, анемией. Нередко тяжесть состояния усугубляется перикардитом, нарушением дыхания, отеком легких, желудочно-кишечными кровотечениями и другими опасными осложнениями. Диагноз острой почечной недостаточности подтверждается путем измерения клубочковой фильтрации, изменений биохимических показателей крови, изменением объема выделяемой мочи. Лечение острой почечной недостаточности связано с коррекцией гемодинамических изменений, устранении обструкции мочевых путей, устранении повреждающих факторов. Проводится лечение и профилактика возможных осложнений. Эффективно применение гемодиализа с помощью аппарата «искусственная почка». Хроническая почечная недостаточность – понятие, которое включает в себя постепенное и постоянное ухудшение функции почек. Почки не могут поддерживать нормальный состав внутренней среды организма. Совокупность клинических и лабораторных симптомов, развивающихся при хронической почечной недостаточности, называют уремией (мочекровие). Причины хронической почечной недостаточности связаны с первичным поражением клубочков, канальцев и интерстиция почек, наличием затруднений в оттоке мочи из-за мочекаменной болезни, опухолей почек, мочевого пузыря, поражением сосудов почек при гипертонической болезни, сахарном диабете, болезнях обмена веществ (подагра) и т.д. В течение хронической почечной недостаточности выделяют скрытый период, периоды компенсации и декомпенсации. В скрытом периоде больные жалоб не предъявляют. Функциональная недостаточность почек выявляется только при проведении нагрузочных проб. В стадии компенсации происходит изменение диуреза. Увеличивается объем выделяемой мочи и ритм, с наибольшим объемом в ночной период (полиурия, никтурия). В стадию декомпенсации уменьшается объем выделяемой мочи, вплоть до полного прекращения (олигурия, анурия). При хронической почечной недостаточности постепенно нарастают изменения гомеостаза связанные с уменьшением выделения продуктов обмена, интоксикацией, нарушениями водно-электролитного обмена, обмена веществ. В клинике преобладают общие симптомы: слабость, сонливость, утомляемость, апатия, кожный зуд, тошнота, кровоточивость десен, боли в суставах. Синдром связан с поражением всех органов и систем. Для сердечно-сосудистой системы характерно развитие перикардита (воспаление околосердечной сумки), артериальной гипертонии, аритмий сердца. Поражения дыхательной системы связаны с пневмониями, бронхитами, плевритами. У больных появляются уремический гастрит, колит, гепатит с развитием печеночной недостаточности. Прогрессируют изменения крови с развитием тяжелой анемии. Изменения в нервно-психической сфере появляются рано и нарастают вплоть до уремической комы. Лечение собственно хронической почечной недостаточности сводится к облегчению ее проявлений, предупреждению осложнений и замедлению ее прогрессирования; такое лечение начинают как можно раньше. Ограничивают потребление поваренной соли и белка с пищей. Важную роль играет нормализация артериального давления. Проводят инфузионную терапию для коррекции водно-электролитных нарушений. В стадию декомпенсации используют гемодиализ и трансплантацию почек.

**Форма организации лекции:** объяснительная, традиционная.

**Методы обучения, применяемые на лекции**: словесный, наглядный.

**Средства обучения**:

- дидактические (презентация);

 - материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).