

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Пропедевтика внутренних болезней
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Форма обучения	Очная

Занятие 10. «Методы исследования больных с заболеваниями  
органов мочевыделения»

Ставрополь, 2025

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»:  
Разработаны

Доцентом

Антипов В.В..

Обсуждены на заседании кафедры  
«Пропедевтики внутренних болезней»,  
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2025 года набора очной формы обучения 28.05.25 (протокол №10)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

*Методические указания по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»  
размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

**1. Цель.** Изучить клинические проявления заболеваний почек и мочевыводящих путей с физикальными методами их исследования.

**2. Учебные вопросы:**

2.1. Проведение расспроса больных (жалобы, анамнестические сведения) с патологией почек и мочевыводящих путей

2.2. Осмотр тематических больных, проведение пальпации, перкуссии и аускультации.

### **3. Теоретическая часть**

#### **Жалобы**

При заболеваниях почек самочувствие больных нередко длительно остается удовлетворительным даже при далеко зашедшем поражении почек. Этим объясняются случаи, когда больной впервые обращается к врачу уже при наличии развернутой картины хронической почечной недостаточности. Поэтому необходим активный целенаправленный расспрос с уточнением жалоб и анамнеза больного:

**1. Отеки** - наиболее характерная жалоба при заболеваниях почек. Патогенез почечных отеков в каждом конкретном случае имеет свои особенности: при нефрозах вследствие обеднения плазмы крови белками, отеки связаны со снижением онкотического давления плазмы гипоонкотические отеки. При гломерулонефритах существенное значение имеет повреждение стенок капилляров и повышение их проницаемости. Существенную роль в развитии отеков при нефрозах и нефритах играет задержка в организме натрия и хлора (натрийхлоремия).

Почечные отеки имеют ряд характерных особенностей: отеки развиваются быстро или даже внезапно, оказываясь первым признаком заболевания. Локализация отеков - раньше всего появляются на лице и веках (в местах с наиболее рыхлой подкожной клетчаткой), распространяясь затем по всему телу. Кожные покровы при почечных отеках сочетаются с выраженной бледностью. Сами отеки мягкие, и даже легкое давление пальцем ведет к образованию хорошо выраженной ямки. Появляются отеки утром, к вечеру могут исчезать. Типичным признаком нефрогенных отеко является появление их утром на лице. Лицо при этом бледное, одутловатое, с припухшими веками и суженными глазными щелями (*facies nephritica*).

**2. Расстройства мочеотделения** - вторая характерная по частоте жалоба.

Полиурия - стойкое увеличение количества выделяемой мочи более 2000 мл/сут. Причиной полиурии является понижение способности почек концентрировать мочу (компенсаторная полиурия при хроническом нефрите), при этом полиурия является

иногда единственным проявлением хронической почечной недостаточности. Полиурия может быть и при внепочечных заболеваниях: сахарный диабет, несахарное мочеизнурение и др.

Олигурия - стойкое уменьшение количества выделяемой мочи менее 500 мл/сут. Резкое снижение диуреза (менее 200 мл/сут.) называется анурией. Олигурия и анурия развиваются как при заболеваниях почек (при остром их воспалении, при мочекаменной болезни и др.) так и в связи с внепочечными заболеваниями (аденома предстательной железы и др.).

Анурия - резкое снижение диуреза (менее 200 мл/сут) или полное прекращение выделения мочи.

Поллакиурия (учащенное мочеиспускание) является симптомом раздражения мочевого пузыря при его воспалении (цистит).

Оллакиурия - редкое мочеиспускание.

Дизурия - затрудненное и часто при этом болезненное мочеиспускание. Связано с инфекцией мочевых путей (цистит, уретрит, простатит), прохождением по мочеточнику конкрементов. Рецидивирующая дизурия - характерный симптом туберкулеза почки.

Никтурия - преимущественное выделение мочи ночью. В норме отношение ночной мочи к дневной 1:3. При никтурии оно может быть обратным. Для никтурии почечного происхождения (при хронических нефритах, нефросклерозе) характерно ее сочетание с полиурией. Никтурия сердечного происхождения сопровождается в течение дня олигурией.

Недержание мочи – непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря с отсутствием позывов (заболевания центральной и периферической нервной системы, приводящие к нарушению функции сфинктера мочевого пузыря).

Неудержание мочи – невозможность удержать мочу в мочевом пузыре при очень сильных позывах на мочеиспускание (острый и хронический цистит или опухоль шейки мочевого пузыря, опущение передней стенки влагалища).

Ишурия - патологическое состояние, характеризующееся нарушением или невозможностью нормального опорожнения мочевого пузыря.

Парадоксальная ишурия - выделяется каплями из переполненного мочевого пузыря (аденома, рак простаты).

### ***3. Изменение цвета мочи*** - чаще всего обусловлено макрогематурией.

Макрогематурия, возникающая вслед за почечной коликой, наблюдается обычно при нефролитиазе. Безболезненная, внезапно развивающаяся, обильная, иногда со сгустками крови

макрогематурия требует исключения опухоли почек. При гломерулонефрите моча имеет цвет мясных помоев за счет макрогематурии. При полиурии моча светлая соломенно-желтая, при олигурии - темно-коричневая. Моча может быть мутной при содержании в ней гноя - пиурия (воспаление почечных лоханок, мочевого пузыря).

**4. Повышение температуры тела** у больных с заболеваниями почек может быть связано как с самим почечным процессом, так и служить проявлением того заболевания, в рамках которого имеется поражение почек. Лихорадка больных с почечной патологией может быть признаком инфекций (например, лихорадка с частым ознобом и профузным потом при остром пиелонефрите, апостематозном нефрите), опухоли, лекарственных осложнений, нефротического криза при нефротическом синдроме. Длительная субфебрильная температура наблюдается при туберкулезе почек.

**5. Боли в поясничной области** наблюдаются при обструкции мочеточников (конкрементом, сгустками крови, некротическими массами), при растяжении почечной капсулы (воспалительный процесс с отеком почечной ткани, подкапсульная гематома), а также при острой анемии почечной ткани. Сильные приступообразные боли в пояснице с типичной иррадиацией вниз (по ходу мочеточников к мочевому пузырю, в мочеиспускательный канал и половые органы) - почечная колика, бывают при нефролитиазе, инфаркте почки, паранефрите. Такой характер иррадиации болей обусловлены тем, что в определенных сегментах спинного мозга (Dx - DхII, L<sub>I</sub> - L<sub>II</sub>)/ Возникновение болей в пояснице в момент мочеиспускания может быть признаком пузырно-мочеточникового рефлюкса. Постоянные тупые боли в поясничной области часто бывают при опухоли почки, обострении хронического пиелонефрита.

**6. Диспепсические явления** - тошнота, рвота, понос характерны для хронической почечной недостаточности.

**7. Геморрагические проявления** - кровоточивость десен, носовые кровотечения, кожные геморрагии, частое проявление хронической почечной недостаточности.

**8. Повышение артериального давления** часто носит бессимптомный характер, выявляется случайно при медосмотрах, при обращении к врачу по поводу интеркуррентных заболеваний. Характерно повышение преимущественно диастолического артериального давления, рефрактерного к умеренной гипотензивной терапии. Повышение артериального давления в ряде случаев сопровождается головной болью, сердцебиением с болью в области сердца, одышкой.

**9. Жалобы общего характера** - слабость, снижение трудоспособности, похудание, раздражительность, снижение аппетита.

## **Анамнез**

Для понимания сущности нефропатии тщательно собранный анамнез имеет не меньшее значение, чем в диагностике болезней сердца или легких. Изучение анамнеза важно для нозологической и этиологической интерпретации нефропатии. Поражение почек часто развивается после переохлаждения, простудного заболевания, стрептококковой инфекции (ангина), аллергических реакций, токсикоза беременных, приема лекарственных препаратов. Нефропатия может развиваться при системных заболеваниях (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.), при циррозе печени, может осложнять сахарный диабет, подагру, гипертоническую болезнь, хронические гнойные процессы (остеомиелит, бронхоэктатическая болезнь, туберкулез) и онкологические заболевания (бронхогенный рак легкого, лимфогранулематоз, миелоидная болезнь и др.).

При изучении профессионального анамнеза следует обратить внимание на контакт с ионизирующей радиацией, углеводородами и органическими растворителями, с тяжелыми металлами (ртуть, свинец и др.) гемолитическими ядами (нитробензол и др.).

Для трактовки генеза нефропатии имеют значения указание на развитие анурии (олигурии) после шока или коллапса, гемотрансфузии, септического аборта, применения нефротоксических медикаментов (антибиотиков из группы аминогликозидов). Следует уточнить, не было ли в анамнезе у больного туберкулеза, вирусного гепатита, сифилиса. Знание семейного анамнеза необходимо для исключения наследственных нефритов, тубулопатий.

Очень важно проанализировать особенности течения нефропатии, обратив особое внимание на динамику мочевого, нефротического и гипертонического синдромов, выявление факторов, провоцирующих обострение заболевания, а также применявшееся лечение.

## **Физические методы исследования**

### **1. Осмотр**

Во время осмотра больного с патологией почек и мочевыводящих путей необходимо обращать внимание на общего и физического развития, состояние подкожно-жировой клетчатки, мышц, быстрое увеличение массы тела за счет отёков, наличие гемorragических и других изменений (растяжки, трофические нарушения), изменение цвета кожных покровов.

При осмотре больного могут быть выявлены различные варианты нарушения сознания. Нарушения сознания возможны и в начале развития нефропатии. Так, при остром гломерулонефрите и нефропатии беременных могут наблюдаться возбуждение, кратковременные судорожные припадки с прикусыванием языка, нарушение зрения - так называемая почечная эклампсия, связанная с гипертоническим синдромом, гиперволемией и отеком мозга. Энцефалопатия сопровождается синдромом Мошковича, при котором из-за первичного поражения капилляров (капиллярит) и артерий (артериит), что приводит к их тромбозу и клиническим внешним проявлениям в виде отеков, гематурии, лихорадки, абдоминального болевого синдрома. Тяжелый нефротический синдром может осложниться коллапсом с потерей сознания - нефротическим кризом, который обусловлен резкой гиповолемией, болями в животе из-за тромбоза мезантериальных сосудов.

Тяжелый коллапс, нередко с явлениями острой почечной недостаточности, развивающейся на фоне потрясающего озноба и лихорадки гектического типа - так называемый бактериемический (эндотоксический) шок, осложняет обструктивный пиелонефрит при антибактериальной терапии. У больных с терминальной почечной недостаточностью развивается уремическая кома, сопровождающаяся запахом аммиака изо рта и «большим» шумным дыханием Куссмауля. У больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе возникают психозы, при длительном лечении может развиваться своеобразная деменция.

**Отеки** - важный признак заболевания почек: от пастозности лица с отечностью век и бледностью кожи возможно с легкой желтушностью (facies nefritika), стоп до анасарки с полостными выпотами. Дифференцировать почечные отеки следует с сердечными и гипопротейнемическими отеками. Значительная задержка жидкости может наблюдаться в отсутствие явных отеков; для выявления «скрытых» отеков важны контроль за массой тела и сопоставление ее с диурезом и количеством выпитой жидкости, проведение волдырной пробы Мак-Клюера-Олдрича (рассасывание внутрикожно введенного изотонического раствора хлорида натрия в объеме 0,2 мл). Регистрируется время рассасывания волдыря. Быстрое рассасывание меньше чем за 40-60 мин свидетельствует о повышенной гидрофильности тканей кожи (положительный результат), что характерно для нефритических отеков. Эта проба важна и при динамическом наблюдении за больным с почечными отеками получающим кортикостероиды, когда увеличение массы тела может быть связано с гиперкортицизмом, а не с задержкой жидкости.

Характерна бледность кожных покровов, развивающаяся в ранней стадии нефропатии в отсутствие анемии, связанная с отеком подкожной клетчатки и спазмом мелких сосудов кожи. Сочетание отеков с бледностью и сухостью кожных покровов

особенно свойственно нефротическому синдрому. Анемическая бледность, сухость и легкий желтушный оттенок (прокрашивание задерживающимися урохромами) кожных покровов отмечаются у больных с выраженной хронической почечной недостаточностью. При нефротическом варианте нефрита может появляться болезненная мигрирующая рожеподобная эритема. Для больных гломерулонефритом с синдромом диссеминированной внутрисосудистой коагуляции и особенно уреемией характерно обилие кожных кровоподтеков и синяков в сочетании с повышенной кровоточивостью слизистых оболочек. Другие поражения кожи (фотодерматиты, дерматиты, васкулиты, алопеция, койлонихия) встречаются чаще при системных заболеваниях.

Суставной синдром наблюдается при системных гломерулонефритах; первичном амилоидозе, паранеопластическом поражении почек, подагре, которой свойственно поражение мелких суставов и наличие тофусов.

При осмотре больного необходимо обращать внимание на характерные для генетических нефропатий стигмы дисэмбриогенеза: высокое нёбо, аномалии костной системы (поли- и синдактилия, дисплазия коленной чашечки и ногтей), заячья губа, волчья пасть, нарушения слуха и зрения. При выше перечисленных генетически обусловленных пороках часто встречается аномалия строения почек, их удвоение, подковообразная форма, патология мочеточников и другие анатомические дефекты.

Артериальное давление необходимо измерять на обеих руках (в положении лежа и стоя). У больных с высокой гипертензией также обязательна аускультация живота. Систолический шум в эпигастральной области, области пупка, в сочетании с асимметрией артериального давления на конечностях - важный признак стеноза почечной артерии.

### ***Осмотр области почек (проекция почек на переднюю брюшную стенку и поясничную область)***

При осмотре живота могут наблюдаться выпячивания, связанные с гигантскими опухолями почек. Если выпячивание вызвано скоплением гноя (при паранефрите), то к нему присоединяются отечность и покраснение кожи (поясничная область). Если имеется выраженная болезненность, то больные принимают вынужденное положение, сгибая туловище в больную сторону и поджимая соответствующую ногу, таким образом, достигается ослабление напряжения в этой области и уменьшение боли.

### ***Осмотр области мочевого пузыря***

В случае сильного переполнения и перерастяжения мочевого пузыря мочой, можно видеть более или менее значительное увеличение нижней части живота в форме продолговатой округлой опухоли, напоминающей беременную матку.

## 2. Пальпация

Забрюшинное расположение почек и покрытие их спереди реберной дугой затрудняет их пальпацию. Дряблость передней брюшной стенки и резкое похудание могут привести к опущению почек и сделать их более доступными для пальпации. Однако прощупать почки удастся лишь при значительном их увеличении в полтора – два раза, когда имеет место опухолевый процесс, образование кист, или при смещении почек рядом расположенной опухолью, а также в случае «блуждающей» почки. Двустороннее увеличение почек наблюдается при их поликистозе.

Проведение пальпации. Следует помнить, что почки не имеют прочной фиксации в своем ложе. Их физиологическое смещение допускается в пределах 2—3 см при изменении положения тела (переход из горизонтального в вертикальное) и из-за дыхательных движений диафрагмы. Пассивное движение почек вследствие смещения их диафрагмой во время вдоха и выдоха обязательно учитываются при пальпации по методу Образцова—Стражеско.

Пальпация почек обязательно проводится в положениях больного лежа и стоя. В положении лежа почки пальпируются легче, так как в этом случае нет напряжения передней брюшной стенки, тогда как в положении стоя вероятность прощупать подвижную почку намного выше, чем лежа. В ортостатическом положении (стоя) из-за гравитационных воздействий и опущения диафрагмы вниз почки становятся более доступными для пальпации. При пальпации в положении лежа больного укладывают на ровную относительно жесткую постель на спину (лучше на кушетку), с вытянутыми ногами. Голова находится на низком изголовье, брюшной пресс должен быть максимально расслаблен, руки располагаются на грудной стенке. Врач садится на стул справа от больного, левую руку подкладывает ему под поясницу, несколько ниже XII ребра, так, чтобы концы пальцев располагались недалеко от позвоночника. При пальпации левой почки левую руку продвигают дальше за позвоночник – под левую половину поясничной области больного. Правую руку располагают на животе несколько ниже соответствующей реберной дуги перпендикулярно к ней и несколько кнаружи от прямых мышц. Больному предлагают расслабить мышцы передней брюшной стенки и ровно глубоко дышать. Врач постепенно «погружает» правую пальпирующую руку в глубь живота на выдохе продавливая переднюю брюшную стенку до задней стенки брюшной полости, а левой рукой оказывает давление на поясничную область по направлению к пальцам правой руки. Сблизив руки, врач предлагает больному глубоко и спокойно вдохнуть «животом», не напрягая брюшного пресса; при этом нижний полюс почки, если

она несколько опущена или увеличена, опускается еще больше, достигает пальцев правой руки и проходит под ними. Получив ощущение соприкосновения с почкой, врач слегка придавливает ее пальцами к задней брюшной стенке и затем скользит вниз по ее передней поверхности, обходя нижний полюс. При значительном опущении почки удастся ощупать оба ее полюса и всю переднюю поверхность. При этом врач должен получить представление о форме, величине, характере поверхности (гладкая, бугристая), болезненности, смещаемости и консистенции почки. Бимануальную пальпацию почки можно проводить и в положении больного лежа на боку.

В отличие от других органов увеличенную или опущенную почку можно заставить баллотировать (метод Гюйона). При ощупывании почек левой рукой нужно наносить короткие быстрые удары по поясничной области в углу между реберной дугой и длинными мышцами спины; пальцы правой руки в этот момент будут воспринимать своеобразное ощущение колебания почки. При нарушении оттока по мочеточнику и резком растяжении почечной лоханки скопившейся мочой или гноем при пальпации иногда можно получить ощущение феномена флюктуации.

Прощупав какое-то образование в области предполагаемого расположения почки, врач должен убедиться, что это действительно почка, так как ее нетрудно спутать с переполненным плотным содержимым участком толстой кишки, опухолями околопочечной клетчатки — липомами, фибромами и др., а также с увеличенной правой долей печени, желчным пузырем (при ощупывании правой почки), увеличенной или смещенной селезенкой (при пальпации левой почки). Характерны для почки бобовидная конфигурация, гладкая поверхность, тенденция ускользать вверх и возвращаться в нормальное положение, способность баллотировать, тимпанический звук, получаемый при перкуссии над почкой (от прикрывающих ее петель кишечника), появление белка и эритроцитов в моче после пальпации. Однако все перечисленные признаки имеют относительное значение. Так, например, при развитии злокачественной опухоли почки она может потерять подвижность вследствие прорастания окружающих тканей, ее поверхность будет неровной, консистенция — более плотной; при больших размерах опухоли почка раздвигает петли кишечника и при перкуссии над ней будет определяться тупость. Но все же благодаря перечисленным признакам почку удастся отличить от соседних с ней органов и других образований.

Пальпация почек в положении стоя была предложена С. П. Боткиным; она проводится по тем же правилам, что и в положении лежа. Во время пальпации больной стоит лицом к врачу, сидящему на стуле, мышцы брюшного пресса расслаблены, туловище слегка наклонено вперед.

Пальпация позволяет установить опущение почки (нефроптоз). Различают три степени нефроптоза: первую, когда пальпируется нижний полюс почки, вторую, когда пальпируется вся почка, и третью, когда почка свободно смещается в различных направлениях, может заходить за позвоночник на противоположную сторону и значительно смещаться вниз.

Пальпация применяется также для исследования мочевого пузыря. При значительном скоплении в нем мочи, особенно у лиц с тонкой брюшной стенкой, мочевой пузырь определяется над лобком в виде эластичного флюктуирующего образования, при резком переполнении — с верхней границей почти у пупка.

Некоторое значение имеет определение болезненности при надавливании на поясницу в области проекции почек (так называемая реберно-позвоночная точка в углу между XII ребром и длинными мышцами спины) и при пальпации по ходу мочеточника.

Приблизительным ориентиром его проекции на переднюю брюшную стенку могут служить верхняя (у края прямой мышцы живота на уровне пупка) и нижняя (на пересечении биспинальной линии с вертикальной линией, проходящей через лонный бугорок) мочеточниковые точки.

### **3. Перкуссия**

Перкутировать почки у здоровых людей невозможно вследствие прикрытия их спереди петлями кишечника, дающего тимпанический звук. Лишь при очень резком увеличении почек над областью почки можно определить тупой звук.

Гораздо большее значение при исследовании почек имеет метод поколачивания. При этом врач кладет левую руку на поясницу больного в зоне проекции почек, а пальцами или ребром ладони правой наносит по ней короткие и не очень сильные удары. Если больной при поколачивании ощущает боль, симптом расценивается как положительный (симптом Пастернацкого). Положительный симптом Пастернацкого определяется при почечнокаменной болезни, паранефрите, воспалительном процессе в лоханках, а также при миозите и радикулите, что несколько снижает его диагностическую ценность.

Перкуторно можно определить также притупление над лобком от наполненного мочевого пузыря. Перкуссии ведут от пупка сверху вниз по средней линии, палец-плессиметр кладут параллельно лобку.

### **Аускультация**

Аускультация почек имеет важное значение в диагностике сосудистой патологии почек. В 50 % случаев при стенозировании почечной артерии у больных выслушивается систолический шум на горизонтальной линии, проходящей выше пупка на 5 см ближе к

подреберьям - кнаруже от срединной линии также на 5 см - по наружным краям прямых мышц живота. Сзади также проводится аускультация почечных артерий. Для этого фонендоскоп размещается в реберно-позвоночном углу. Наличие систолического шума, обусловленного стенозом почечных артерий, в сочетании с асимметрией артериального давления на конечностях - важный прогностический признак не только патологии почек, а также нефрогенной артериальной гипертензии, раннего возникновения нарушений мозгового кровообращения (инсульта), а также случаев ОИМ.

#### **4. Практическая часть**

Задание 1. Курация больных в терапевтическом (нефрологическом) отделении;

Задание 2. Написание кураторских листов;

Задание 3. Чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

#### **5. Вопросы для собеседования**

1. Какие жалобы, предъявляемые нефрологическим больным, следует отнести к основным?
2. Что означает термин «дизурия»?
3. Что означают понятия «диурез», «полиурия», «никтурия», «изостенурия», «странгурия», «поллакиурия», «оллакиурия», «анурия», «олигурия», «анурия», «изурия», «гипостенурия» и «ишурия»?
4. На какие сведения из «истории заболевания» следует обратить внимание при обследовании тематических больных?
5. На что следует обращать внимание в «истории жизни» больного, имеющих отношение к развитию заболеваний мочевыделительной системы?
6. Что определяет тяжесть состояния больных патологией почек?
7. Какое вынужденное положение может занимать нефрологический больной и при каких заболеваниях?
8. Какие изменения кожных покровов можно наблюдать у больных с патологией почек?
9. Как проводят осмотр и пальпаторно характеризуют почечные отеки?
10. Как может меняться диурез в течение суток у больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей?
11. Почему у больных с заболеваниями почек может наблюдаться головная боль, нарушение зрения, боли в области сердца, тошнота и рвота? Патофизиологическое обоснование перечисленных жалоб.
12. Почему необходимо пальпировать почки как лежа, так и стоя и на разных фазах дыхания?
13. Как может измениться конфигурация и размер живота при заболевании почек и мочевого пузыря?
14. Как может измениться поясничная область при паранефрите (по данным осмотра и пальпации)?
15. Как внешне выглядит лицо почечного больного?
16. Топографическое расположение почечных и мочеточниковых точек при патологии почек и мочевыводящих путей?
17. Назовите причины обуславливающие положительный симптом Пастернацкого?
18. Что означает понятие «нефроптоз»?

19. Как выполняется перкуссия мочевого пузыря?
20. Назовите нахождение «реберно-позвоночной» и «реберно-поясничной» точки.
21. На каких участках тела характерна локализация почечных отеков и в какое время суток их проявление больше выражено?

## **6. Тестовые задания (один правильный ответ)**

1. Как называется учащенное мочеиспускание:

- А) ишурия;
- Б) странгурия;
- В) поллакиурия;
- Г) анурия;
- Д) полиурия.

2. Для больных пиелонефритом к основным жалобам не относятся:

- А) отеки;
- Б) болезненное мочеиспускание;
- В) повышение температуры;
- Г) боли в поясничной области;
- Д) учащенное мочеиспускание;

3. Структурно-функциональной единицей почек является:

- А) почечное тельце;
- Б) долька;
- В) фолликул;
- Г) нефрон.

4. Дайте описание «facies nephritica»:

- А) лицо одутловатое, цианотичное, отмечаются резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи;
- Б) отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек;
- В) лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота;
- Г) лицо одутловатое, бледное, отёчные веки, суженные глазные щели;
- Д) лицо одутловатое, желтовато-бледное с отчетливым цианотическим оттенком, рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичные, глаза слипающиеся, тусклые.

5. Укажите особенности почечных отеков

- А) начинаются с нижних конечностей к вечеру;
- Б) появляются на конечностях и на лице днем;
- В) появляются на лице утром;

6. Анурия – это:

- А) выделение за сутки менее 50 мл мочи;
- Б) выделение за сутки менее 500 мл мочи;
- В) выделение за сутки менее 200 мл мочи;
- Г) выделение за сутки менее 300 мл мочи;
- Д) выделение за сутки менее 250 мл мочи.

7. Назовите признак, который не является проявлением ХПН:

- А) запор;
- Б) кожный зуд;
- В) тошнота, рвота;
- Г) олигурия;
- Д) увеличение уровня креатинина крови.

8. Как называется увеличение суточного количества мочи?

- А) поллакиурия;
- Б) странгурия;
- В) ишурия;
- Г) анурия;
- Д) полиурия.

9. Кожный зуд при заболеваниях почек обусловлен избыточным содержанием в крови:

- А) билирубина;
- Б) мочевины;
- В) сахара;
- Г) желчных кислот.

10. Каков цвет кожных покровов при почечных отеках:

- А) бледные;
- Б) цианотичные;
- В) серые;
- Г) «кофе с молоком».

11. Ведущее место в этиологии пиелонефрита отводят:

- А) кишечной палочке, протею;
- Б) стафилококку;
- В) энтерококку;
- Г) клебсиелле;
- Д) вирусам.

12. Классическая триада симптомов острого гломерулонефрита включает в себя:

- А) отеки, одышка, гематурия;
- Б) отеки, гипертония, гематурия;
- В) отеки, гипертония, сердцебиение;
- Г) отеки, гематурия, сердцебиение;
- Д) одышка, гипертония, сердцебиение.

13. Как называется состояние диуреза, если его объем за сутки не превышает 500 мл? мочи:

- А) поллакиурия;
- Б) странгурия;
- В) ишурия;
- Г) олигурия;
- Д) полиурия.

14. Для хронической почечной недостаточности не характерно:

- А) сухость во рту;
- Б) тошнота, рвота;
- В) кожный зуд;

- Г) полидипсия;
- Д) флотуленция.

15. Темная и желтоватая окраска кожи при ХПН зависит от:

- А) повышение прямого билирубина;
- Б) повышение непрямого билирубина;
- В) нарушение выделения урохромов;
- Г) нарушение секреции билирубина;
- Д) развития аддисоновой болезни.

Ответы на тестовые задания

- 1 – В
- 2 – Д
- 3 – Г
- 4 – Г
- 5 – В
- 6 – В
- 7 – А
- 8 – Д
- 9 – Б
- 10 – А
- 11 – А
- 12 – Б
- 13 – Г
- 14 – Д
- 15 – В

## 7. Рекомендуемая литература:

### Основная

1. Гребенёв А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. 11-е издание. – М.: Умный доктор, 2024.

2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учеб. для студ.мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.

3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421321.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

4. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 848с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

### Дополнительная

1. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб.пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с.

2. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шульгина. – М.: МИА, 2006. – 256 с.

8.2. Электронные образовательные ресурсы (базы данных, справочные и поисковые системы, Интернет ресурсы).

ТЕМА: «Методы исследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения»

**Вариант 1**  
(один правильный ответ)

1. Кожный зуд при заболеваниях почек обусловлен избыточным содержанием в крови:  
А) билирубина;  
Б) мочевины;  
В) сахара;  
Г) желчных кислот.
2. Каков цвет кожных покровов при почечных отеках:  
А) бледные;  
Б) цианотичные;  
В) серые;  
Г) «кофе с молоком».
3. Ведущее место в этиологии пиелонефрита отводят:  
А) кишечной палочке, протею;  
Б) стафилококку;  
В) энтерококку;  
Г) клебсиелле;  
Д) вирусам.
4. Классическая триада симптомов острого гломерулонефрита включает в себя:  
А) отеки, одышка, гематурия;  
Б) отеки, гипертония, гематурия;  
В) отеки, гипертония, сердцебиение;  
Г) отеки, гематурия, сердцебиение;  
Д) одышка, гипертония, сердцебиение.
5. Как называется состояние диуреза, если его объем за сутки не превышает 500 мл? мочи:  
А) поллакиурия;  
Б) странгурия;  
В) ишурия;  
Г) олигурия;  
Д) полиурия.

ТЕМА: «Методы исследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения»

**Вариант 2**  
(один правильный ответ)

1. Дайте описание «facies nephritica»:

- А) лицо одутловатое, цианотичное, отмечаются резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи;
- Б) отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек;
- В) лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота;
- Г) лицо одутловатое, бледное, отечные веки, суженные глазные щели;
- Д) лицо одутловатое, желтовато-бледное с отчетливым цианотическим оттенком, рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичные, глаза слипающиеся, тусклые.

2. Укажите особенности почечных отеков

- А) начинаются с нижних конечностей к вечеру;
- Б) появляются на конечностях и на лице днем;
- В) появляются на лице утром;

3. Анурия – это:

- А) выделение за сутки менее 50 мл мочи;
- Б) выделение за сутки менее 500 мл мочи;
- В) выделение за сутки менее 200 мл мочи;
- Г) выделение за сутки менее 300 мл мочи;
- Д) выделение за сутки менее 250 мл мочи.

4. Назовите признак, который не является проявлением ХПН:

- А) запор;
- Б) кожный зуд;
- В) тошнота, рвота;
- Г) олигурия;
- Д) увеличение уровня креатинина крови.

5. Как называется увеличение суточного количества мочи?

- А) поллакиурия;
- Б) странгурия;
- В) ишурия;
- Г) анурия;
- Д) полиурия.

ТЕМА: «Методы исследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения»

**Вариант 3**  
(один правильный ответ)

1. Ведущее место в этиологии пиелонефрита отводят:

- А) кишечной палочке, протее;
- Б) стафилококку;
- В) энтерококку;
- Г) клебсиелле;
- Д) вирусам.

2. Классическая триада симптомов острого гломерулонефрита включает в себя:

- А) отеки, одышка, гематурия;
- Б) отеки, гипертония, гематурия;
- В) отеки, гипертония, сердцебиение;
- Г) отеки, гематурия, сердцебиение;
- Д) одышка, гипертония, сердцебиение.

3. Как называется состояние диуреза, если его объем за сутки не превышает 500 мл? мочи:

- А) поллакиурия;
- Б) странгурия;
- В) ишурия;
- Г) олигурия;
- Д) полиурия.

4. Для хронической почечной недостаточности не характерно:

- А) сухость во рту;
- Б) тошнота, рвота;
- В) кожный зуд;
- Г) полидипсия;
- Д) флотуленция.

5. Темная и желтоватая окраска кожи при ХПН зависит от:

- А) повышение прямого билирубина;
- Б) повышение непрямого билирубина;
- В) нарушение выделения урохромов;
- Г) нарушение секреции билирубина;
- Д) развития аддисоновой болезни.

**Вариант 4**  
(один правильный ответ)

1. Как называется учащенное мочеиспускание:

- А) ишурия;
- Б) странгурия;
- В) поллакиурия;
- Г) анурия;
- Д) полиурия.

2. Для больных пиелонефритом к основным жалобам не относятся:

- А) отеки;
- Б) болезненное мочеиспускание;
- В) повышение температуры;
- Г) боли в поясничной области;
- Д) учащенное мочеиспускание.

3. Структурно-функциональной единицей почек является:

- А) почечное тельце;
- Б) долька;
- В) фолликул;
- Г) нефрон.

4. Как называется увеличение суточного количества мочи?

- А) поллакиурия;
- Б) странгурия;
- В) ишурия;
- Г) анурия;
- Д) полиурия.

5. Кожный зуд при заболеваниях почек обусловлен избыточным содержанием в крови:

- А) билирубина;
- Б) мочевины;
- В) сахара;
- Г) желчных кислот.

## ОТВЕТЫ

ТЕМА: «Методы исследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения»

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
1.Б	1.Г	1.А	1.В
2.А	2.В	2.Б	2.Д
3.А	3.В	3.Г	3.Г
4.Б	4.А	4.Д	4.Д
5.Г	5.Д	5.В	5.Б