

Семиотика и синдромология болезней почек

ЖАЛОБЫ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ОСНОВНЫЕ

1. БОЛИ

2. ДИЗУРИЯ (НАРУШЕНИЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ)

3. ОТЕКИ

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ : ГОЛОВНЫЕ БОЛИ,
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА
ЖАЛОБЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА СЛАБОСТЬ.
ЛИХОРАДКА, НЕДОМОГАНИЕ, ПОТЕРЯ
АППЕТИТА,
КОЖНЫЙ ЗУД И ДР.**

2 АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

- При сборе анамнеза у больного с подозрением на заболевание почек необходимо обратить внимание на следующие моменты :**
- *Начало заболевания:***
- связь со стрептококковой инфекцией характерна для острого гломерулонефрита;**
- наличие в прошлом болезней мочевыделительной системы (острый пиелонефрит, острый или хронический цистит, уретрит) или симптомов, подозрительных на эти заболевания (дизурия, отеки, гипертония, приступы болей в животе или пояснице, напоминающие почечную колику);**

- **интоксикации химическими веществами (лекарственные, бытовые, производственные) способны вызвать интерстициальный нефрит;**
- **применение лекарственных препаратов могут вызывать изменение в почках аллергического характера;**
- **беременность может сопровождаться развитием пиелонефрита беременных, а так же нефропатии беременных.**

- *Характер течения заболевания.*
- **постепенное развитие заболевания характерно для хронического диффузного гломерулонефрита, амилоидоза почек;**
- **рецидивирующее с периодическими обострениями и ремиссиями типично для хронического пиелонефрита, но часто встречается и при хроническом диффузном гломерулонефрите.**

• ПРИЧИНА ОБОСТРЕНИЙ:

- перенесенная стрептококковая или вирусная инфекция**
- переохлаждение:**
- переутомление;**
- беременность;**
- длительный прием препаратов по поводу других хронических заболеваний.**
- Клинические проявления, их динамика**
- Проводимое лечение и его эффективность.**
- Подробные причины последнего обострения.**

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

- *перенесенные заболевания в прошлом:*
болезни половых органов, туберкулез, коллагенозы, сахарный диабет, заболевания крови, хронические гнойные заболевания (остеомиелит, бронхоэктатическая болезнь).
наследственность играет важную роль в развитии таких заболеваний как аномалии почек, мочекаменная болезнь, амилоидоз и др. У женщин необходимо выяснить наличие *беременности*, так как она может служить причиной нефропатии или вызывать обострение хронических заболеваний.
- *уточнить факторы риска развития заболевания почек:* частые переохлаждения, работа в холодном помещении, на улице.

ОБЩИЙ ОСМОТР

- **Оценка общего состояния.**
- **Положение больного в постели. При почечной колике больной все время меняет позу, мечется, стонет или кричит от боли. Больной с паранефритом может принимать вынужденное положение – на больном боку, с согнутой и приведенной к животу ногой на стороне поражения.**
- **При уремической коме, почечной эклампсии и нефропатии беременных могут наблюдаться судороги.**

При хронических заболеваниях почек с нарушением функции:

- **бледность кожных покровов с желтоватым оттенком и восковая бледность, вследствие отложения в коже урохромов имеют место при анемии Брайта, возникающей в поздних стадиях ХПН в связи с недостаточной выработкой эритропоэтина. Встречается при ХПН);**
- **следы расчесов встречается при ХПН любого происхождения;**
- **сухость кожи, снижение тургора кожи возникает при развитии обезвоживания во время терминальной стадии ХПН, полиурической стадии острой почечной недостаточности (ОПН).**
- **подкожные геморрагии в местах инъекций и наложения жгутов возникают у больных ХПН в связи с нарушением свертывающей системы крови и активацией фибринолиза.**

- **тофусы** - это отложение мочевой кислоты в виде узлов в толщу кожи и подкожной клетчатки на лице, ушных раковинах, ступнях и ладонях, а также в области суставов. Встречается при вторичной подагре вследствие нарушения обмена мочевой кислоты на фоне ХПН;
- **facies nephritica** - бледное одутловатое лицо с припухшими опечными веками и суженными глазными щелями; отеки на нижних и верхних конечностях, бледные, мягкие, быстро меняют локализацию – типичные нефритические отеки;
- **анасарка** - массивные отеки, свидетельствуют, как правило, о нефротическом синдроме. Нефротический синдром характерен для гломерулонефрита, амилоидоза почек, а так же наблюдается при поражении почек при сахарном диабете, миеломной болезни. ХПН.

ПАЛЬПАЦИЯ

Обычно проводится глубокая пальпация при горизонтальном положении больного,

Спереди определяют болезненность в трех точках:

- 1. Передне-подреберной – у сочленения X ребра с реберной дугой.**
- 2. Верхней мочеточниковой – у края прямой мышцы живота на уровне пупка.**
- 3. Нижней мочеточниковой – на границе средней трети линии, соединяющей гребни подвздошных костей.**

Сзади определяют болезненность в двух точках:

- 1. Реберно – позвоночной – в углу, образованном XII ребром и позвончиком.**
- 2. Реберно-поясничной – в месте пересечения XII ребра и поясничной мышцы.**

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК

- **Общий клинический анализ:**

Макроскопическое исследование мочи: Цвет, прозрачность, запах, относительная плотность,

Химическое исследование мочи: реакция мочи, белок, сахар,

Исследование мочевого осадка

- 1) неорганический осадок состоит преимущественно из кристаллов солей,**
- 2) органический осадок: Основными элементами органического осадка мочи являются эритроциты, лейкоциты, эпителиальные клетки и цилиндры**

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСАДКА МОЧИ

используются для подсчета форменных элементов крови. При этом их содержание пересчитывается либо на величину суточного диуреза - метод Каковского-Аддиса (в норме по методу Каковского-Аддиса лейкоцитов 2 000 000, эритроцитов 1 000 000);

- либо на минутный диурез - метод Амбурже (в норме лейкоцитов 2000, эритроцитов 1000, цилиндров не более 100);**
- либо на 1 мл мочи - метод Ничепоренко (в норме лейкоцитов 2000, эритроцитов 1000 , цилиндров не более 100 в мл мочи).**

- **КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК**
оценивается в пробе Зимницкого.

АЗОТВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК
оценивают по уровню креатинина крови. Уровни остаточного азота и мочевины не отражают точно азотвыделительную функцию почек в связи с тем, что подвержены ряду экстраренальных влияний.

ПРОБА РЕБЕРГА

В пробе Реберга по клиренсу эндогенного креатинина определяется клубочковая фильтрация (в норме 80-120 мл/мин), и канальцевая реабсорбция (в норме 98-99%).

СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК.

I. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ :

1. Нефротический синдром

2. Нефритический синдром

3. Мочевой синдром

4. Синдром артериальной гипертензии

5. Синдром почечной недостаточности

5. Синдром почечной недостаточности

5.1. Синдром острой почечной недостаточности

5.2. Синдром хронической почечной недостаточности

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ

- 1. Астено-вегетативный синдром**
- 2. Интоксикационно-воспалительный синдром.**

Нефротический синдром

Это собирательное понятие, которое включает в себя следующие клинико-лабораторные симптомы:

1) Массивная протеинурия более 3,5г/с

2) Нарушение белкового обмена:

- гипопроteinемия (менее 60 г/л)

- диспротеинемия (альфа 2 и гипергамма - глобулинемия).

3) Гиперлипидемия :

- холестерин 9-10 ммоль/л и выше - повышение

В - липопротеидов.

4) Отеки нефротические

Патогенез:

В основе лежит иммунный механизм.

Иммунные комплексы образуются вследствие продукции антител к базальной мембране клубочковых капилляров. Осаждаясь из крови на мембранах или образуясь непосредственно на них, вызывают их повреждение и повышают проницаемость .

Заболевания, сопровождающиеся

нефротическим синдромом: -

хронический гломерулонефрит, -

амилоидоз, -нефропатии беременных,

-диабетическая нефропатия, - осложнения

системных заболеваний.

Нефритический синдром

- совокупность клинических симптомов, напоминающих или полностью повторяющих клинику острого нефрита.

1) Бурное возникновение и нарастание отеков с типичной бледной одутловатостью лица

2) Олигурия

3) Протеинурия более 1г/л

4) Гематурия (чаще микрогематурия)

5) Артериальная гипертония

(преимущественно диастолическая)

6) Нарушение функции почек

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

- 1. Церебральный синдром: головная боль, тошнота, рвота, снижение зрения, психическая возбудимость. Крайнее проявление - почечная эклампсия.**
 - 2. Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких).**
 - 3. Острая почечная недостаточность.**
- Чаще всего остронефритический синдром обратим в течение 2-3 недель, в отличие от обострения хронического гломерулонефрита.**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ, сопровождающиеся
остронефритическим синдромом**

- острый гломерулонефрит:**
- обострение хронического гломерулонефрита**

Мочевой синдром

– это -лабораторное понятие, включающее в себя :

- 1. Протеинурию**
- 2. Гематурию (эритроцитурия)**
- 3. Лейкоцитурию**
- 4. Цилиндурию.**

Лабораторно данный синдром определяется по общему анализу мочи, анализу мочи по Нечипоренко, Амбурже определению суточной протеинурии.

ЗАБОЛЕВАНИЯ : Мочевой синдром в той или иной степени выраженности в различных сочетаниях сопровождает все заболевания почек и является одним из важнейших критериев диагностики этих заболеваний.

Синдром артериальной гипертензии.

включает в себя ряд симптомов, возникающих при повышении артериального давления в большом круге кровообращения выше 139/90мм рт.ст. (см. синдром АГ - методические рекомендации по артериальной гипертензии).

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК, сопровождающиеся синдромом артериальной гипертензии :

- острый диффузный гломерулонефрит:
- хронический гломерулонефрит:
- хронический пиелонефрит:
- амилоидоз почек.

Синдром хронической почечной недостаточности

- **азотемический синдром**
- **астенический синдром**
- **синдром энцефалопатии**
- **диспептический синдром**
- **анемический синдром**
- **геморрагический синдром**
- **дистрофический синдром**
- **серозный синдром**
- **суставной и костный синдром**
- **гипертонический синдром**
- **тубуло-интерстициональный синдром**