

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Ташкентская медицинская академия  
кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
гематологии и ХДТ, проф. болезни,  
медсестринского дело

предмет пропедевтики внутренних болезней

**ЛЕКЦИЯ № 14**

**Тема:** Исследования больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Симптоматология и диагностика заболеваний почек, механизм их возникновения, методы выявления. Основные клинические синдромы: мочево́й, нефротический, гипертонический.

baxtimnitopdim

Ташкент – 2013

## ЛЕКЦИЯ № 14

**1. Тема:** Исследования больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Симптоматология и диагностика заболеваний почек, механизм их возникновения, методы выявления. Основные клинические синдромы: мочевого, нефротический, гипертонический.

**2. Лекция** предназначена для студентов 3 курса лечебного и медико-педагогического факультетов ТМА

**3. Цель лекции:** ознакомить студентов с симптоматологией заболеваний почек, механизмом их возникновения, разъяснить основные синдромы встречающиеся при патологии почек. Умение студентов собирать жалобы и анамнезы у больных с заболеваниями почек позволит закрепить ранее выработанные дентологические навыки.

**4. Содержание лекции.** Почки представляют собой парный орган бобовидной формы. Они расположены с двух сторон позвоночника забрюшинно и ограждены толстой жировой прослойкой. Почки находятся на уровне 12 грудного и 1-2 поясничных позвонков. Правая почка в связи находящейся над ней печенью лежит намного ниже левой. Почки расположены таким образом, что верхние полюсы ближе друг другу, чем нижние.

Длина почки 12 см. Ширина около 6 см. Толщина 3 см. Обе почки в среднем весят около 300 гр. Отношение веса обеих почек к общему весу тела в среднем составляет 1:240.

В нормальном положении почки удерживают сосуды, окружающая жировая капсула и нормальное давление мышечной стенки брюшной стенки.

Характерные для заболевания почек симптомы и синдромы, то есть семиотика устанавливается субъективными и объективными методами: общеклиническом обследовании больного и лабораторно-инструментальными исследованиями.

Диагностическая значимость паспортных данных состоит в том, что многие заболевания почек преимущественно возникают у лиц соответствующего пола и возраста. А некоторые из них обусловлены производственными воздействиями (так называемые токсические нефриты). Женщины заболевают пиелонефритом в 2 раза чаще, чем мужчины. В 70% случаев заболевание наступает у женщин в возрасте до 40 лет. В пожилом возрасте мужчины заболевают чаще, чем женщины. В основном это обусловлено нарушением уродинамики, вследствие аденомы простаты.

**Анамнез morbi.** Для понимания сущности заболеваний почек хорошо собранный анамнез имеет не меньшее значение, чем в анамнез в диагностике болезней сердца или легких.

В анамнезе morbi необходимо попытаться установить связь с предшествующей инфекцией (ангина, скарлатина, отит, ОРВИ). Такая последовательная связь характерна для острого гломерулонефрита.

Однако нередко трудно установить начало заболевания, так как ряд хронических поражений почек могут длительно протекать скрытно.

Особое внимание следует уделить выяснению наличия у больного симптомов подозрительных на заболевание почек таких как:

-дизурические явления

-изменение цвета мочи

- приступы болей в пояснице
- отёки
- повышение артериального давления

Так как эти явления могут иметь связь с определяемой у больного в настоящее время патологией.

В некоторых случаях указания на бытовые или производственные интоксикации помогают установить причину возникновения почечной патологии (сулема, препараты висмута, серебра, сульфаниламиды в больших дозах). Также в трактовке генеза почечной патологии имеют значение развитие олиго- или анурии после:

- А) гемотрансфузия
- Б) септического аборта
- В) рабдомиолиза
- Г) шока

При изучении анамнеза необходимо учитывать интервал между воздействием этиологического фактора и первыми клиническими проявлениями. Так, для острого пиелонефрита, токсической или шоковой почки характерно быстрое развитие заболеваний (в первые дни или часы). Тогда как первые признаки болезни при остром гломерулонефрите отмечаются спустя 10-20 дней после перенесенной ангины или простуды. При вторичном амилоидозе, нефрите при системных заболеваниях, диабетических нефропатиях этот интервал ещё больше и может достигать нескольких лет и даже десятилетий.

**Анамнез vitae.** При расспросе истории жизни больного необходимо выяснить те факторы, которые могли или способствовали развитию почечного заболевания. Например:

1. частые переохлаждения

2. работа в сыром помещении
3. сквозняки на работе
4. острое охлаждение

Необходимо установить не страдает ли больной какими либо другими заболеваниями, которые могут вызвать поражения почек:

- СКВ
- болезнь Бехтерева
- узелковый периартрит
- ревматоидный артрит
- сахарный диабет
- туберкулез
- подагра
- гипертоническая болезнь
- бронхоэктатическая болезнь
- лимфогранулематоз

При изучении профессионального анамнеза следует обращать на возможный контакт с ионизирующей радиацией, углеводородами, солями тяжелых металлов, гемолитическими ядами.

И наконец при опросе женщин важно выяснить как протекала беременность.

Основными жалобами при заболеваниях почек являются:

1. боли в пояснице
2. нарушение мочеотделения
3. отеки
4. головные боли
5. головокружения

В ряде случаев могут наблюдаться:

- боли в области сердца
- отсутствие аппетита
- тошнота
- рвота
- повышение температуры
- нарушение зрения

Если больной жалуется на боли, то необходимо выяснить локализацию:

боли могут ощущаться в области поясницы, по ходу мочеточника, над лобком, боль при мочеиспускании.

Характер болей, и их иррадиация также имеют диагностическую значимость.

1. Почечная колика - сильнейшие боли в пояснице с иррадиацией в лобок, во внутреннюю поверхность бедер. Наблюдается из-за растяжения лоханок и мочеточника при мочекаменной болезни

2. Ноющая боль в области поясницы наблюдается при остром гломерулонефрите, застойной почке, хроническом пиелонефрите

3. Сильные боли в течении нескольких часов, затем постепенно стихающие наблюдаются при инфаркте почек

4. Боль, усиливающаяся в конце акта мочеиспускания, наблюдается при цистите

5. боль в области пояснице, успокаивающаяся при изменении положения тела наблюдается при подвижной почке, при нефроптозе.

Одним из основных проявлений почечной патологии является нарушение мочеотделения. Различают положительный диурез и отрицательный диурез.

Расстройство мочеиспускания носит название дизурия. Полиурия-это выделение мочи более 2 литров в сутки. Олигоурия-это уменьшение выделения мочи менее 500 мл в сутки. Олигоурия может наблюдаться также при рвоте, усиленном потоотделении, при профузном поносе. Анурия это прекращение выделения мочи. Если анурия продолжается несколько дней, то это грозит развитием уремии и смертью больного.

Ишурия – когда больной не в состоянии опорожнить мочевого пузыря. Это наблюдается при сдавлении спинного мозга.

Палакиурия- частое мочеиспускание. Изурия- выделение мочи через равные промежутки времени одинаковыми порциями. Никтурия – когда объём выделенной мочи ночью и днем выравнивается или преобладает ночной. Странгурия- болезненное мочеиспускание.

Отёки – частый симптом почечной патологии. Наблюдается при остром и хроническом гломерулонефрите, амилоидозе.

Отёки появляются первыми на лице утром, к обеду исчезают.

Головная боль в основном обусловлена энцефалопатией на почве артериальной гипертонии.

Реже больные предъявляют жалобы на тошноту, рвоту, зуд кожи, сухость и неприятный привкус во рту, потеря аппетита, понос. Все эти симптомы обусловлены задержкой в организме продуктов белкового распада вследствие почечной недостаточности.

При воспалительных заболеваниях почек и мочевыводящих путей обычным симптомом является лихорадка, то есть повышение температуры.

Осмотр. Осмотр больного в первую очередь должен дать представления о степени тяжести его состояния. Крайне тяжелое

бессознательное состояние наблюдается при уремической коме. В более легких случаях состояние удовлетворительное.

Обращаем внимание на положение больного. Активное - в начальной стадии многих почечных заболеваний и пассивное - при уремической коме. При почечной колике больной не может спокойно лежать в постели, всё время меняет положение и позу.

Отёки - важный характерный признак заболеваний почек. Характерен внешний вид больного с отеками почечного происхождения: лунообразное лицо, узкие глазные щели, отечные веки. Это фациеснефритика.

Необходимо обращать внимание на цвет кожи. При хроническом нефрите отечная кожа бледная из-за спазма артериол кожи и развившейся анемии.

При амилоидозе кожа носит восковидную бледность. При хронической почечной недостаточности на коже появляются следы расчесов, обложенный сухой язык, неприятный запах аммиака.

Пальпация. Особенность расположения почки делают трудной задачу пальпации. Пальпация почек должна всегда проводиться в положении больного лёжа и стоя. Обычно пальпация начинается с положения больного лёжа на спине. Желательно проводить исследования после опорожнения кишечника. Использует метод глубокой бимануальной пальпации. Вначале ощупывают правую почку. Ладонь пальпирующей правой руки кладут продольно на правый фланг живота снаружи от края прямой мышцы так, что кончики сомкнутых и слегка согнутых пальцев находились у реберной дуги. Ладонь левой руки с сомкнутыми и выпрямленными пальцами подкладывают в поперечном направлении под правую половину поясницы. Больной при исследовании должен ровно и глубоко дышать. На выдохе правую руку плавно погружают в брюшную полость и постепенно, в течении нескольких дыхательных циклов пытаются достигнуть пальцами задней стенки брюшной полости. Одновременно

активными преподнимающими движениями пальцев левой руки оказывают давление на поясничную область, стараясь приблизить заднюю брюшную стенку в направлении пальпирующей правой руки.

Пальпаторно определяют форму почки, размеры, консистенцию, характер поверхности и болезненность.

При пальпации левой почки правую ладонь кладут на левый фланг живота, а левую ладонь продвигают дальше за позвоночник и подкладывают пальцы в поперечном направлении под левую поясницу. Далее пальпация проводят также как правую.

В норме почки как правило не пальпируются. Они становятся доступными для пальпации главным образом при нефроптозе.

Пальпация мочевого пузыря. Мочевой пузырь можно пропальпировать только у худых при переполненном мочевом пузыре.

Перкуссия. Своеобразной перкуссией является определение симптома Пастернацкого.

Аускультация. У людей астенического телосложения легче выслушать сосуды почек.

### **Мочевой синдром**

Бессимптомная протеинурия и протеинурия. Основными проявлениями мочевого синдрома являются бессимптомные протеинурия и гематурия, иногда преимущественно или гематурия, или протеинурия. Протеинурия чаще связана с повышенной фильтрацией плазменных белков через клубочковые капилляры, это так называемая клубочковая протеинурия. Она наблюдается при большинстве заболеваний почек: при гломерулонефрите, амилоидозе почек, диабетической нефропатии, застойной почке, при гипертонической болезни. Канальцевая протеинурия связана с

неспособностью проксимальных канальцев реабсорбировать плазменные низкомолекулярные белки, профильтрованные в нормальных клубочках. Гематурия – это частый, нередко первый признак болезни почек и мочевыводящих путей. Различают макро и микро гематурию. Микрогематурия выявляется лишь при микроскопическом исследовании мочевого осадка. При макрогематурии моча может быть цвета алой крови. Нельзя забывать, что моча может приобретать красную окраску при приёме некоторых продуктов и лекарственных препаратов. Характер гематурии может быть уточнен с помощью трехстаканной и двухстаканной пробы.

### **Нефротический синдром.**

Нефротический синдром одно из наиболее выраженных и характерных проявлений заболеваний почек. Нефротический синдром представляет собой полиэтиологический, клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий в себя нарушение белкового (гипопротеинемия, гипоальбуминемия), липидного (дислипидемия) и водно-электролитного (отёки), обмена, ведущим признаком из которых является высокая протеинурия. Артериальная гипертония и гематурия не являются характерными признаками нефротического синдрома.

Этиология нефротического синдрома. Все процессы, повышающие проницаемость глобулярных капилляров для белка могут вызвать нефротический синдром. На первом месте среди причин прежде всего хронический гломерулонефрит. Нефротический синдром могут сопровождать следующие заболевания: узелковый периартрит, болезнь Шелленгена, системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия, сахарный диабет, амилоидоз, подострый септический миокардит.

Патогенез нефротического синдрома. Наиболее типично иммунное повреждение, вызывающее нарушение гомеостаза и редукцию капиллярного русла с исключением механизма нормального обновления гломерулярной базальной мембраны. Другой путь расстройства сосудистой проницаемости-микроангиопатия, характерная для диабетического гломерулосклероза. И третий путь возможность прямого токсического или вирусного воздействия на мембрану и подоциты.

В результате повышения проницаемости развивается гипопальбуминемия, что снижает онкотическое давление плазмы и способствует перемещению жидкости из сосудистого русла в интерстициальное пространство.

### **Гипертонический синдром.**

Клиническая картина гипертонического синдрома определяется как степень повышения артериального давления так и выраженностью поражения сосудов, то есть гипертонический синдром является ведущим в данном заболевании. Почечный гипертонический синдром наблюдается при паренхиматозных заболеваниях почек, поражения почечных сосудов. Поэтому существуют деления на паренхиматозную гипертонию и вазоренальную гипертонию. При первом варианте артериальной гипертонии непосредственно связано с повреждение почечной ткани.

### **Лабораторные методы исследования.**

Учитывая, что в кровь могут поступать всевозможные патологические продукты обмена вообще, которые, выделяясь с почками попадают в мочу. Поэтому исследование мочи приобретает диагностическую значимость при заболеваниях не

связанных с патологией почек. Мочу исследуют всем больным. Для исследования нужно брать утреннюю концентрированную мочу. Не рекомендуется исследовать дневную мочу или мочу после приёма диуретиков, так как это считается разведенной мочой, в которой очень быстро растворяются эритроциты и цилиндры.

Исследование мочи включают:

1. изучение физических свойств
2. проведение биохимического исследования мочи
3. микроскопия мочевого осадка
4. бактериологическое исследование

### **Оценка функционального состояния мочи.**

В клинической практике широко используются тесты для оценки способности почек к концентрированию и разведению мочи. Для этой цели пользуются пробы по Зимницкому, где в восьми трёхчасовых порциях мочи определяют удельный вес по которому судят о концентрационной функции почек и явления никтурии. Удельный вес меньше 1012- это гипостенурия, от 1008-1010 – гипоизостенурия, что свидетельствует о выраженном нарушении концентрационной функции почек.

В этом плане менее физиологична проба на разведение, при котором больному предлагается выпить 1,5 литра воды в течении 30 минут с последующим определением в моче собранные каждые полчаса в течении 4 часов удельного веса.

Проба на концентрацию. Больной в течении 36 часов не получает жидкости и пищи содержащей большое количество воды. Мочу собирают каждые три часа в течении суток-8 порций. В каждой порции измеряют объём и удельный вес. В норме удельный вес мочи не ниже 1028.

О функциональном состоянии почек можно судить изучая состояние отдельных почечных функций:

1. клубочковая фильтрация
2. почечного плазмотока
3. канальцевого транспорта
4. интенсивности выделения с мочой мочевины и электролитов

Рентгенологическое исследование:

А) обзорный снимок. В норме почки при рентгеноскопии не видны. Однако, можно обнаружить камни почек и мочевыводящих путей.

Б) Экскреторная урография. Внутривенно вводят верографин, уротраст 30-50% раствор по 25-40 мл. Затем делают серию снимков.

В) Почечная ангиография. Предназначена для определения нарушения почечного кровотока.

Цистоскопия. Предназначена для осмотра мочевого пузыря с помощью цистоскопа. Оценивается состояние слизистой, наличие изъязвлений, папиллом, камней.

Хромоцистоскопия. Внутривенно вводится 5 мл 40% раствора индиго кармина. И через цистоскоп наблюдают за временем появления окрашенной мочи. В норме через 3-5 минут появляется окрашенная моча.

Биопсия почек. Специальной иглой берут кусочек ткани. Прокол делают сзади в области поясницы.

Радиоизотопная нефрография.

Ультразвуковое исследование почек.

Компьютерная томография почек.

## 5. Литература:

- 1) “Пропедевтика внутренних болезней” Гребнев А.Л., Москва 2001.
- 2) “Пропедевтика внутренних болезней” Мухин Н.А., Моисеев В.С., Москва 2002
- 3) “Болезни пищевода и желудка” Ивашкин В.Т., Шептухин А.А.. Москва 2002.
- 4) “Основы диагностики заболеваний внутренних органов” А.В.Никитин, Б.М. Переверзев, В.А. Гусманов. 2001
- 5) “Ичкикасалликларпропедевтикаси“ Э. Ю. Косимов, Г.Ш. Мукминова, Б.Н. Нуритдинов. Ташкент, 1996
- 6) “Ичкикасалликларпропедевтикаси“ К.Б. Баходиров. Ташкент, 1994
- 7) “Ичкикасалликларпропедевтикаси“ Р.А. Коробаевава б. Ташкент, 1995
- 8) “Внутренние болезни“ А. Н. Шишкин. С-Петербург, 2000