**План:**

**1. Боли**

**2. Нарушения диуреза**

**3. Отеки**

**4. Жалобы общего характера**

1. Боли

Боли при заболеваниях почек и мочевыводящих путей встречаются не при всякой патологии. При наиболее распространенном заболевании почек - хроническом нефрите - они отсутствуют.

Если больной жалуется на боли, то, прежде всего надо выяснить их локализацию. Двусторонние болевые ощущения в области поясницы обычно бывают тупого характера (иногда - более выраженные) и беспокоят пациентов с острым нефритом.

Резкие поясничные боли (часто односторонние) вызываются инфарктом почки или острым пиелонефритом. У некоторых больных наблюдаются сильные приступообразные боли, локализующиеся в одной из половин поясницы, иррадиирущие в паховую область, по ходу мочеточника, в мочеиспускательный канал, промежность и бедро, то есть имеют характер колики (почечные колики). Часто причиной таких болей является закупорка мочеточника камнем, гнойником, тромбом, реже - тканевым детритом (при распаде опухоли).

Сильные боли постоянного характера в поясничной области также возникают при остром паранефрите (остром воспалении околопочечной клетчатки). Боли в области поясницы, вызываемые резкими движениями, обусловлены подвижной смещающейся почкой.

Различают и другие локализации болевых ощущений: внизу живота при остром воспалении мочевого пузыря (остром цистите), в области мочеточников по их ходу, в области мочеиспускательного канала при его воспалении (уретрите). В последнем случае боли сочетаются с неприятными ощущениями при мочеиспускании.

Как правило, боли зависят от 3-х основных механизмов: спазма мочевыводящих путей, воспалительного отека слизистой оболочки и растяжения почечной капсулы.

При расспросе больных о локализации боли важно также установить факторы, спровоцировавшие ее. Например, при мочекаменной болезни они могут провоцироваться обильным питьем, тряской ездой или переохлаждением. Некоторое значение в возникновении болей могут иметь особенности диеты, прием медикаментов, перенесенные ранее острые инфекционные заболевания или воздействие профессиональных вредностей.

Важно выяснить у больного, чем купируются или облегчаются боли. Например, при почечной колике боли могут облегчаться при приеме спазмолитиков и тепловых процедурах. Боли типа почечной колики при подвижной почке могут успокаиваться от перемены положения тела, при остром паранефрите - от пузыря со льдом или при приеме анальгетиков.

Очень часто больные с заболеванием почек ощущают просто чувство тяжести в поясничной области.

2. Нарушения диуреза

Следующей жалобой, сопровождающей заболевания мочевыделительной системы, является нарушение образования и выделения мочи. Выделение мочи за известный промежуток времени называется диурезом. Диурез может быть положительным (если больной в течение суток выделяет мочи больше, чем выпивает жидкости) и отрицательным (при обратном соотношении).

Положительный диурез наблюдается при схождении отеков, приеме диуретиков и в ряде других случаев. Отрицательный диурез наблюдается при задержке в организме жидкости (при отеках) и при избыточном выделении ее кожей и легкими (в жарком и сухом климате).

Полиурия - увеличение диуреза до 2 л мочи и более в сутки. Она может быть связана не только с заболеваниями почек, но и с некоторыми особенностями питания, питьевого режима, приемом мочегонных средств и т. д.

Однако сочетание полиурии с никтурией (преобладанием ночного диуреза над дневным) нередко обнаруживается у больного с хроническим заболеванием почек как признак хронической почечной недостаточности и может длительное время оставаться единственным ее проявлением.

Полиурия наблюдается при сахарном диабете вследствие нарушения обратного всасывания воды в почечных канальцах из-за большого осмотического давления мочи, богатой глюкозой; при несахарном диабете она возникает вследствие недостаточного поступления в кровь антидиуретического гормона гипофиза.

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

Патогенетически различают преренальную, ренальную и постренальную олигурию. Преренальная олигурия чаще всего возникает при шоке, сопровождающемся гемолизом, и диссеминированном внутрисосудистом свертывании крови. Частой причиной преренальной олигурии является потеря воды и солей при пилоростенозе, кишечной непроходимости, энтероколите, лихорадочных состояниях, декомпенсированном сахарном диабете, в результате неконтролируемого приема диуретиков.

Преренальная олигурия также возможна при хронической недостаточности кровообращения, портальной гипертензии, гипопротеинемии, микседеме.

Ренальная (почечная) олигурия возникает при травме почек, тромбозе и эктомии почечных артерий, остром гломерулонефрите, двустороннем нефрите, геморрагической лихорадке с почечным синдромом, некоторых отравлениях, токсическом или аллергическом воздействии ряда лекарственных препаратов, гиперурикемии (повышенном выделении мочевой кислоты). Ренальная олигурия также появляется в терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

Постренальная олигурия наблюдается при частичной двусторонней обструкции мочеточников.

Анурия - уменьшение количества мочи до величины менее 200 мл вплоть до полного ее отсутствия.

Экскреторная анурия может возникать при наличии препятствия в мочевыводящих путях, при этом отделение мочи не нарушено. Это возможно при закупорке мочеточника камнем, воспалительном отеке слизистой оболочки или прорастании злокачественной опухоли.

В отличие от острой задержки мочеиспускания, при анурии мочевой пузырь пуст, моча не выделяется почками или не поступает в мочевой пузырь из-за вышеперечисленных причин.

В зависимости от причины различают аренальную, преренальную, ренальную и субренальную анурию.

Аренальная анурия обусловлена отсутствием почек, что бывает при врожденном отсутствии обеих почек или в связи с ошибочным удалением единственной почки.

Преренальная анурия возникает вследствие прекращения или недостаточности притока крови к почке (при сердечной недостаточности II-III степени, когда имеются выраженные отеки). Ренальная анурия обусловлена заболеванием или травмой почек со значительным повреждением почечной паренхимы. Субренальная анурия является следствием нарушения оттока мочи при обтурации или сдавливании верхних мочевых путей.

Анурия подразделяется также на секреторную, связанную с нарушениями клубочковой фильтрации (уремию, синдром длительного сдавливания) и экскреторную (ишурию), связанную с нарушением выделения мочи по мочеиспускательному каналу (при сдавливании или повреждении спинного мозга, при коме).

Ишурия также может быть связана с некоторыми заболеваниями предстательной железы, целым рядом заболеваний нервной системы, связанными с парезами и параплегией, стриктурой уретры.

Уремия может также наблюдаться при паренхиматозных заболеваниях почек за счет отечного синдрома или при большой потере жидкости.

Поллакиурия (учащенное мочеиспускание) - результат повышенной чувствительности нервных окончаний в слизистой оболочке мочевого пузыря, раздражение которых приводит к частым позывам на мочеиспускание, возникающим уже при небольшом количестве мочи в мочевом пузыре.

У здорового человека мочеиспускание в течение дня происходит 4-7 раз, ночью необходимость в мочеиспускании появляется не реже 1 раза. Количество выделяемой при этом мочи колеблется в среднем от 200 до 300 мл (1000-2000 мл в сутки), однако возможны и более широкие колебания частоты мочеиспускания, зависящие от определенных условий: употребления чересчур соленой пищи, сухоедения, обильного потоотделения, лихорадки и т. д.

Поллакиурию (состояние, когда число мочеиспусканий достигает 10-15 в 1 ч) могут вызывать различные рефлекторные влияния 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 является 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 диабетах, при снятии отеков диуретическими средствами.

При определенных патологических состояниях днем ритм мочеиспусканий нормальный, а ночью учащен (это характерно для аденомы предстательной железы).

Никтурия - преобладание ночного диуреза над дневным (в норме соотношение дневного диуреза к ночному составляет 3:1 или 4:1).

Странгурия (болезненность и рези при мочеиспускании, часто сочетающиеся с поллакиурией) - признак воспалительных изменений в уретре и мочевом пузыре при цистите, уретрите, пиелонефрите, мочекаменной болезни.

3. Отеки

Предъявляются также жалобы на отеки, которые традиционно связывают непосредственно с поражением почек, хотя в первую очередь отеки связаны с заболеваниями сердечно- сосудистой системы (декомпенсированными пороками сердца, сердечной недостаточностю на фоне ишемии сердца и гипертонической болезни) и эндокринной патологией (микседемой и др.).

Отеки могут быть также аллергическими, лимфатическими, кахексическими, ангионевротическими. Почечные отеки развиваются при остром гломерулонефрите (нефротический отек), хроническом гломерулонефрите, амилоидозе почек, диабетическом гломерулосклерозе, нефропатии беременных.

При заболеваниях почек отеки разнообразны по степени выраженности, локализации и стойкости. При остром гломерулонефрите отеки локализуются на лице и конечностях и возникают остро. Отечная кожа бледна, обычной температуры, иногда наблюдаются гидроторакс и гидроперикард.

При хроническом процессе отеки появляются постоянно, явно выражены они на лице, в клетчатке вокруг глаз (особенно заметны по утрам), нередко ноют поясница, передняя брюшная стенка, половые органы. Отечная кожа суховата, мягкая, бледная, иногда блестящая. Выраженные отеки могут доходить до анасарки и входят в симптомокомплекс нефротического синдрома. Обычно отеки сочетаются с олигурией или анурией.

Больные могут жаловаться на изменение вида мочи: интенсивную окраску мочи, появление в ней мути, примесей крови, изменение ее запаха.

Изменение цвета мочи при заболеваниях почек связано с циститом, уретритом, мочекаменной болезнью, пиелонефритом, острым гломерулонефритом. Помутнение мочи может быть вызвано солями, клеточными элементами, слизью, жирами, бактериями, гноем.

4. Жалобы общего характера и анамнестические данные

Очень часто больные могут предъявлять жалобы общего характера, так как поражение почек нередко является ведущим при ряде общих и системных заболеваний (подагру, сахарном диабете, системной красной волчанке и др.).

Очень часто больного беспокоят общая слабость, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, которые отмечают пациенты любого возраста. Чаще всего это бывает в период обострения заболеваний почек - обычно при увеличении почечных отеков или артериальной гипертензии, то есть во время усиления патологической активности. Могут отмечаться такие жалобы, как тошнота, рвота, потеря аппетита, кожный зуд, диспепсия. Все эти явления обычно связаны с продуктами белкового распада при почечной недостаточности (уремии) - терминальном этапе почечного заболевания (длительного и латентного протекавшего), о котором больной не знал.

Ряд жалоб может быть связан с нарушениями гомеостаза, поддержание которого во многом зависит от деятельности почек, то есть с большой потерей вместе с мочой альбумина, микроэлементов, ферментов и других веществ.

При воспалительных заболеваниях почек, мочевыводящих путей и околопочечной клетчатки, вызванных инфекцией, основным проявлением может быть лихорадка.

При расспросе больного с заболеваниями почек следует попытаться восстановить связь с предшествовавшей инфекцией (ангиной, скарлатиной, отитом, острыми респираторными заболеваниями). Кроме того поражения почек часто развиваются после охлаждения, аллергических реакций (лекарственных, поствакцинальных, реже - пищевой аллергии), при токсикозе беременных.

Лечение проводится препаратами золота, пенициллином. Специально следует выяснить злоупотребление анальгетиками, алкоголем, наркотиками (героином).

Особое внимание необходимо уделить выяснению наличия у больного в прошлом заболеваний почек и мочевыводящей системы (острого нефрита, пиелита, цистита) или симптомов, подозрительных на таковые (выделение кровавой мочи, отеков, артериальной гипертонии, приступов почечной колики и т. д.), поскольку они могут иметь связь с имеющейся у больного в настоящее время почечной патологией.

Безусловно, при выяснении анамнеза следует учитывать тот факт, что поражение почек может развиваться при системных заболеваниях (системной краснойя волчанке, ревматоидном артрите), циррозе печени, сахарном диабете, подагре, атеросклерозе, гипертонической болезни, хронических гнойных (остеомиелите, бронхоэктатической болезни) и онкологических заболеваниях.

Следует уточнить не было ли у больного в анамнезе туберкулеза, вирусного гепатита, сифилиса, не находился ли он в эпидемических очагах лептоспироза, геморрагической лихорадки, шистосомоза, малярии и других инфекционных болезней, при которых возможно поражение почек.

При изучении профессионального анамнеза следует обращать внимание на контакт с ионизирующей радиацией, углеводородами и органическими растворителями, тяжелыми и редкими металлами (ртутью, свинцом, хромом, кадмией, медью, ураном), соединениями бензола, гемолитическими ядами (мышьяковистым водородом, нитробензолом, фенилгидразитом).

Имеют значение указания на развитие анурии (олигурии) после шока, коллапса, гемотрансфузии, септического аборта, применения антибиотиков (аминогликозидов).

Необходимо обязательно расспросить больного о характере течения заболевания: постепенное или острое, рецидивирующее с периодическими обострениями, а также с чем связаны эти обострения, выяснить их частоту, клинические проявления, характер лечения и его эффективность, предыдущие лабораторно-инструментальные исследования.

При расспросе больного, страдающего заболеваниями почек, важно знание семейного анамнеза для исключения наследственных нефритов, генетического амилоидоза, тубулопатий и ферментопатий. В анамнез жизни входят также выяснение характера и условий работы, наличие переохлаждений, тряской езды, длительной ходьбы, подъема тяжестей и др. При опросе женщин важно иметь в виду, что беременность может вызвать обострение заболевания почек или служить причиной возникновения так называемой нефропатии беременных.

Литература:

1. Шелагуров А.А., ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ, М. Медицина 1975 г
2. clk.about.com
3. Медицинская энциклопедия - [www.medgate.ru](http://www.medgate.ru/)
4. [www.eurolab.ru](http://www.eurolab.ru/)
5. Шишкин А.Н., Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика М. Медицина, 1999 г.