

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ



Реферат

Выполнил(а): Талактыбек к Элькара

Группа: БЛК-6 А

Проверил (а): Рашиятова Ф. Т.

Ош, 2024 г.

План

1. Этиология
2. Клинические признаки
3. Лабораторные показатели
4. Лечение.

Мочевой синдром

Мочевой синдром — это патологические изменения, обнаруживаемые в общем анализе мочи. Широкий смысл данного термина включает все возможные показатели, которые выходят за пределы нормальных значений. Однако в практической медицине это состояние охватывает лишь четыре показателя — белок, лейкоциты, цилиндры, эритроциты, содержание которых в моче в той или иной степени повышено.

Этот вид лабораторных нарушений сопровождает течение самых различных заболеваний органов мочеполовой системы — обнаружение его при профилактическом обследовании требует проведения обширной диагностики для верификации проблемы. В ряде случаев некоторые изменения в анализе мочи (в частности, протеинурия) имеют физиологическую природу — возникают у здоровых людей как результат особенностей диеты или образа жизни.

Причины

Список заболеваний с мочевым синдромом чрезвычайно обширен. Наиболее распространены такие причины изменений анализа мочи:

Болезни, в основе которых лежит поражение почечных клубочков, обуславливающие попадание из крови в мочу молекул, в норме которых там быть не должно. Это амилоидоз, гломерулонефрит, нефропатия вследствие сахарного диабета, липоидный нефроз.

Патология канальцев почек, которая вызывает появление в моче цилиндров. К ней относятся: миеломная и уратная нефропатии, некротический нефроз, синдромы Олбрайта и де Тони-Дебре-Фанкони.

Патология почечного интерстиция (ткани между нефронами) инфекционно-воспалительной природы. Сопровождается появлением в моче большого количества лейкоцитов. Основные представители — пиелонефрит, интерстициальный нефрит.

Наличие в почках конкрементов (мочекаменная болезнь). Приводит к повышению в моче уровня лейкоцитов, появлению эритроцитов (вследствие повреждения камнями нежной слизистой оболочки мочевых путей).

Болезни других органов мочевыделительной и половой систем: уретрит, цистит, простатит, патология опухолевой природы любой локализации. Характеризуются присутствием в моче большого количества лейкоцитов и эритроцитов. Выявление в моче белка при нормальных значениях других показателей, как правило, свидетельствует о физиологической природе протеинурии. Она может быть вызвана нервным напряжением, активной

физической нагрузкой, продолжительным пребыванием на солнце или в условиях низких температур, обильным употреблением белковой пищи, энергичной, продолжительной пальпацией почек, сотрясением мозга или эпилепсией. В таких ситуациях протеинурия – преходящая, наблюдается в первые часы после нагрузки, действия стрессора или употребления белковой пищи, спустя примерно сутки – исчезает. Отдельно стоит сказать об ортостатической (постуральной) протеинурии. Наблюдается она у здоровых подростков и людей до 22 лет, высоких, худощавого телосложения, с лордозом поясничного отдела позвоночника, при пребывании их более 30 минут в вертикальном положении.

Факторы риска

Повышают риск развития болезней, сопровождающихся мочевым синдромом, такие факторы:

генетическая предрасположенность;

инфекция (преимущественно бактерии – представители патогенной и условно-патогенной флоры);

переохлаждения;

эндокринная патология (сахарный диабет);

тяжелая соматическая патология (стеноз почечной артерии, саркоидоз, миеломная болезнь);

вредные привычки (курение, употребление алкоголя);

малоподвижный образ жизни (гиподинамия);

питание с дефицитом жидкости, избытком соли, белка.

Патогенез мочевого синдрома

В основе развития протеинурии, как правило, лежит сочетание двух факторов: нарушение строения и функций мембраны почечных клубочков и канальцевого аппарата. Из-за этого повышается проницаемость базальной мембраны клубочков (так называемого, почечного фильтра) для белков крови и снижается способность эпителия канальцев к обратному всасыванию избыточно профильтрованного белка.

Гематурия (эритроциты в моче) может возникать разными путями:

при гломерулонефрите повышается проницаемость мембран капилляров клубочков почек, поры их увеличиваются в размере – эритроциты без труда и в большом количестве проникают в канальцы через клубочковый фильтр;

при тяжелом течении острого и обострении хронической формы гломерулонефрита стенка капилляров клубочка может разорваться, в

результате чего в почечные каналы попадет большое количество эритроцитов – возникнет макрогематурия;

при наличии в почках конкрементов кровь в моче появляется как результат травмирования острым, с неровной поверхностью камнем нежной слизистой оболочки мочеточника либо мочевого пузыря;

при туберкулезе почек, злокачественных, реже – доброкачественных опухолях мочеиспускательного канала и других отделов мочевых путей инфекция или новообразование разрушает структуру органа с расположенными в толще него кровеносными сосудами, кровь из травмированного сосуда попадает в мочу, возникает гематурия;

при капилляротоксикозе источником гематурии являются повышено проницаемые и ломкие капилляры клубочков.

Симптомы мочевого синдрома

Признаками этого состояния являются изменения в общем анализе мочи, а именно:

наличие эритроцитов – эритроцитурия, гематурия (в норме их быть здесь не должно вообще);

наличие цилиндров – цилиндрурия (эти клетки также в моче здорового человека не обнаруживаются);

появление белка – протеинурия (в норме небольшое его количество – 10-100 мг в сутки – может терять с мочой даже здоровый человек, превышение этих значений – признак патологии);

увеличение содержания лейкоцитов (в норме в поле зрения микроскопа их насчитывается до 5-10 штук, если больше – это лейкоцитурия, если более 200 – пиурия, то есть, наличие гнойных масс в моче).

Клиническая картина данного состояния определяется основным заболеванием – тем, которое вызвало изменение состава мочи. Так, характерными внешними симптомами мочевого синдрома служат:

повышение температуры тела, общая слабость, повышенная утомляемость, головная боль и другие проявления интоксикации организма;

боли в пояснице ноющего, тупого характера или выраженные, схваткообразные, часто – отдающие в промежность, усиливающиеся при физической нагрузке;

боли над лобком;

отеки на лице, одутловатость мягких тканей – так называемое, «почечное лицо»;

бледность, сухость, истончение кожи, появление на ней светлых полос;

дизурия (болезненное мочеиспускание, учащенные позывы в туалет, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание каплями);

мутность, повышенная плотность, неприятный запах мочи, наличие в ней осадка, примеси крови или гнойных масс (изменение цвета на красный, зеленоватый);

повышение артериального давления, которое не удается нормализовать стандартной гипотензивной терапией.

Диагностика мочевого синдрома

Выявление в моче описанных выше изменений не позволяет врачу выставить пациенту диагноз. Однако учитывая эти данные, специалист предположит вид патологии и порекомендует пациенту дообследование, которое может включать:

сбор жалоб и анамнеза;

клинический анализ крови;

биохимическое исследование крови (почечные пробы – креатинин, мочевины; ревмопробы, гликемия и другие показатели);

анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко, определение количества белка, выделяемого с мочой в сутки (суточная протеинурия);

УЗИ органов забрюшинного пространства;

рентгенконтрастное исследование почек, или экскреторную урографию;

радионуклидное сканирование почек;

ангиографию ренальных артерий;

КТ, МРТ почек, органов малого таза;

биопсию почек с дальнейшим гистологическим исследованием образца ткани.

Одному и тому же пациенту уролог не назначит все исследования сразу. Объем диагностических процедур зависит от предварительного диагноза и особенностей ситуации.

Лечение мочевого синдрома

Сами по себе изменения в моче терапии не подлежат. Врач занимается лечением патологии, которая эти изменения вызвала. В зависимости от этого пациенту могут быть рекомендованы:

глюкокортикоиды;

антибиотики;

нестероидные противовоспалительные средства;

анальгетики;

мочегонные препараты;

гипотензивные средства, кардиометаболики;

Литература:

1. В.А. Эмануэль 2007
2. <https://journal.nephrol.ru>
3. Умарова М.С., Вельмиров Ю.Е. «Детская нефрология
Руководство для врача»