

Мочевой синдром в нефрологии занимает одно из ведущих мест, встречается практически при всех заболеваниях почек и является наиболее постоянным признаком поражения почек и мочевыводящих путей. Понятие «мочевой синдром» включает умеренную протеинурию (до 3-3,5 г сут), гематурию, лейкоцитурию, цилиндрурию. Перечисленные показатели мочевого синдрома могут наблюдаться при том либо ином сочетании (протеинурия с лейкоцитурией и т.п.) или проявляться превалированием того или иного показателя (например, выраженная эритроцитурия при незначительной протеинурии и наоборот).

Механизмы патологических протеинурий:

*преренальный механизм, при котором происходит выделение через почки белка с низким удельным весом;

*ренальный механизм-

а) клубочковый, включающий повышение проницаемости капилляров клубочков;

б) канальцевый, включающий уменьшение реабсорбции профильтровавшегося в клубочках белка, а также увеличение его секреции;

*постренальный механизм – белок из мочевых путей.

Самыми частыми причинами *мочевого синдрома* являются :

- острый и хронический гломерулонефрит (ОГН, ХГН),
- острый и хронический пиелонефрит (ОПН, ХПН),
- нефропатии при системных заболеваниях, - - амилоидозе почек,
- диабетическом гломерулонефрите,
- тромбозе почечных сосудов,
- сердечно-сосудистой недостаточности (сердечная почка)
- гипертонической болезни, миеломной болезни (миеломная почка).

Мочевой синдром *при остром гломерулонефрите* характеризуется протеинурией, эритроцитурией, цилиндрурией, реже лейкоцитурией. При наличии связи между возникновением мочевого синдрома и перенесенным острым инфекционным заболеванием (ангина, пневмония, скарлатина и т.д.) либо обострением процесса в очагах хронической инфекции (хр.тонзилит и т.п.) правильная интерпретация мочевого синдрома не представляет особых затруднений.

Для **острого первичного пиелонефрита**

характерна менее выраженная протеинурия (до 0.5 г/сут), преобладание лейкоцитурии над эритроцитурией при количественном исследовании мочевого осадка, наличие эпителиальных лейкоцитарных и зернистых цилиндров, нередко - бактериурия.

Для **уротуберкулеза**, помимо указаний на внепочечный туберкулез в анамнезе, характерно преобладание эритроцитурии, и особенно лейкоцитурии при незначительной протеинурии. Очень важно провести посев мочи на специальные среды, биологические пробы на туберкулез.

Мочевой синдром при **хроническом ГН** чаще характеризуется небольшой протеинурией (до 1 г/сут), умеренной эритроцитурией (до 10 в поле зрения и до 10 млн/сут).

Основным клинико-лабораторным признаком **латентной стадии амилоидоза** считается протеинурия, обычно преходящая, нестойкая и незначительная. Изредка может обнаруживаться незначительная микрогематурия и еще реже - минимальная лейкоцитурия.

Особенностью является сочетание постоянной протеинурии со скудностью форменных элементов осадка мочи ("пустой" осадок).



Латентно протекающий **хронический пиелонефрит (ХП)** также может быть причиной изолированного мочевого синдрома. При ХПН целенаправленный опрос больного может установить наличие периодического "безпричинного" повышения температуры, небольших болей в пояснице. При физическом исследовании иногда обнаруживается положительный симптом Пастернацкого и еще реже болезненность при пальпации почек. Мочевой синдром характеризуется незначительной протеинурией (до 0,25-0,5 г/сут), бактериурией (больше 50 тыс. микробных тел в 1 мл мочи), в мочевом осадке преобладают лейкоциты иногда с наличием клеток Штейнгеймера-Мельбина, "активные" лейкоциты и нейтрофилы. Для выяснения генеза мочевого синдрома в случаях латентного пиелонефрита большое значение имеют данные в/в урографии. Биопсия почек мало значима, т.к. отрицательные данные ее не исключают пиелонефрит.

При нефропатии беременных изолированный мочевой синдром встречается редко и характеризуется невысокой протеинурией и скудным мочевым осадком (небольшая цилиндрурия, изредко единичные эритроциты). Функция почек сохранена.

О связи мочевого синдрома с токсикозом второй половины беременности свидетельствует его возникновение после 24 недель беременности, а также выздоровление после родоразрешения. Только диагностическое наблюдение, начатое в ранние сроки беременности, позволяет правильно определить связь мочевого синдрома с беременностью.



Подагрическая нефропатия, возникающая на фоне поражения суставов, на ранних стадиях характеризуется стойкой либо перемежающейся протеинурией, иногда цилиндрурией, уратурией; в случаях наличия конкремента обнаруживается эритроцитурия либо гематурия. Из-за склонности к вторичному инфицированию нередко выявляется лейкоцитурия. В крови повышено содержание мочевой кислоты. Большую роль в постановке диагноза играет биопсия почки.

При сердечной (застойной) недостаточности мочевой синдром характеризуется протеинурией и эритроцитурией, высоким удельным весом мочи, гиперазотемией, снижением клубочковой фильтрации и повышением канальцевой реабсорбции натрия и хлора. Дифференцировать мочевой синдром при застойной почке у больных с ревматическим поражением сердца и ДБСТ приходится с гломерулонефритом. О наличии сердечной недостаточности свидетельствует положительная динамика мочевого синдрома в связи с уменьшением недостаточности кровообращения.

Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна), возникающий при опухолях надпочечников помимо нейромышечных симптомов (тетания, мышечная слабость, парестезии, судороги), симптомов, связанных с гипертонией, характеризуется наличием мочевого синдрома, возникновение которого обусловлено в основном поражением канальцевого отдела нефронов. Мочевой синдром характеризуется незначительной протеинурией (от 0,33‰ до 1,65‰). Мочевой осадок без изменений. Появление лейкоцитурии связано с нередко присоединяющимся интерстициальным нефритом. Указанные изменения всегда сочетаются с полиурией, полидипсией, протеинурией, щелочной реакцией мочи. Функция почек не нарушена. Постоянным признаком бывает гипокалиемия, увеличение калийуреза, иногда гипернатриемия. Экскрекция альдостерона с мочой повышена.