

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит – иммунновоспалительное заболевание с преимущественным поражением сосудов клубочков обеих почек, протекающее в виде острого или хронического процесса с повторными обострениями и ремиссиями, имеющее прогрессирующее течение, характеризуется постепенной, но неуклонной гибелью клубочков, сморщиванием почки

Впервые описан **Ричардом Брайтом** в 1827 г.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ –
САМАЯ ЧАСТАЯ
ПРИЧИНА
ХРОНИЧЕСКОЙ
ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Патогенез гломерулонефрита

механизмы повреждения клубочков

иммунные



Имеется два механизма такого повреждения:

1. действие нефротоксических антител, в основном против базальной мембраны клубочков (*анти-БМК* антитела).
2. отложение иммунных комплексов.

неиммунные



1. Активация медиаторов воспаления

Гломерулонефрит с минимальными изменениями и гломерулонефрит с полулуниями

Синдромы при гломерулонефрите:

1. Мочевой синдром:

1. протеинурия
2. рецидивирующая гематурия, которая может варьировать от микрогематурии (асимптоматическая) до макрогематурии
3. лейкоцитурия
4. Цилиндрурия

2. Гипертензия:

- задержка натрия и воды (вторичный гиперальдостеронизм, уменьшение скорости клубочковой фильтрации при тяжелой ХПН)
- повышенная чувствительность к нормально функционирующим прессорным механизмам

3. Отечный синдром

4. Нефритический синдром

- олигурия
- гематурия
- гипертензия
- отеки

3. Нефротический синдром (НС) —

неспецифический клинико-лабораторный симптомокомплекс, выражающийся в массивной протеинурии (3 г/сут и более), нарушениях белково-липидного и водно-солевого обмена.

Эти нарушения проявляются

1. **Гипопротеинемией** (менее 60 г/л)
2. **Гипоальбуминемией** (менее 35 г/л)
3. **Диспротеинемией** (с преобладанием гамма-глобулинов)
4. **Гиперлипидемией** (увеличение синтеза липопротеинов в печени, нарушение выведения, снижение активности липаз)
5. **Липидурией**
6. **Отеками** до степени анасарки (гипопротеинемия, снижение онкотического давления плазмы, перераспределение жидкости в интерстициальное пространство, уменьшение объема циркулирующей крови, активизация РААС, увеличение секреции альдостерона, одновременное снижение скорости клубочковой фильтрации повышает реабсорбцию натрия и воды).
7. **Рост частоты тромбозов** (венозный застой, снижение ОЦК, повышение концентрации некоторых факторов свертывания)

Постинфекционный (острый диффузный пролиферативный) гломерулонефрит

Клиника:

- начинается внезапно, остро через 7-14 дней после перенесенной инфекции
- выраженное недомогание, тошнота и другие симптомы интоксикации
- Фебрильное повышение температуры
- Выражены отеки на лице, особенно периорбитальные
- Слабо выраженная гипертензия
- Появляется олигурия (резкое снижение объема мочи)
- Моча темнеет (цвета “мясных помоев”) в результате гематурии

- Отеки:

Локализация: 1. Параорбитальная зоны

2. Поясница

3. Нижние конечности

4. Редко – гидроторакс или асцит.

Встречаемость отеков у больных ОГН – 100%.

Постинфекционный (острый диффузный пролиферативный) гломерулонефрит

Отечный синдром



Лабораторная диагностика при гломерулонефрите:

1. В крови определяется повышение титра антистрептолизина-О (при стрептококковом гломерулонефрите) и значительное уменьшение фракции С3 компонента.
2. Протеинограмма
3. Липидограмма
4. IgA
5. Тесты на ЦИК обычно положительные (не имеют дифференциально-диагностического значения).
6. Антитела к базальной мембране
7. Повышение содержания в крови азотистых шлаков (мочевой кислоты и креатинина)
8. Мочевой синдром:
 - гематурия,
 - цилиндрурия (зернистые и эритроцитарные цилиндры),
 - различной степени выраженности протеинурия.

Инструментальная диагностика

- 1. Ультразвуковое исследование почек**
- 2. Сцинтиграфия почек**
- 3. Урография**
- 4. Биопсия почки (световая, иммунофлюоресцентная и электронная микроскопия)**

Лечение гломерулонефрита

▣ **Общетерапевтические мероприятия**

▣ Постоянный врачебный контроль

▣ Активное снижение повышенного АД

▣ Контроль потребления жидкости. Диуретики при отечном синдроме.

▣ Коррекция диеты – снижение потребления белка до 0,8-2,0 г/кг/сут

Клинические формы хронического гломерулонефрита.

1. Нефротическая форма

1. Наиболее частая форма первичного нефротического синдрома.
2. Свойственно сочетание нефротического синдрома с признаками воспалительного поражения почек.
3. Клиническая картина заболевания может долго определяться нефротическим синдромом и только в дальнейшем наступает прогрессирование собственно гломерулонефрита с нарушением азотовыделительной функции почек и артериальной гипертензией.

2. Гипертоническая форма

4. Длительное время среди симптомов преобладает артериальная гипертензия
5. АД достигает 180/100—200/120 мм рт. ст. и может подвергаться большим колебаниям в течение суток под влиянием различных факторов.
6. Развивается гипертрофия левого желудочка сердца, выслушивается акцент II тона над аортой
7. Мочевой синдром мало выражен

Клинические формы хронического гломерулонефрита.

3. Смешанная форма

При этой форме одновременно имеются нефротический и гипертонический синдромы.

4. Латентная форма

Часто возникающая форма

Проявляется слабо выраженным мочевым синдромом без артериальной гипертензии и отеков.

Может иметь очень длительное течение (10—20 лет и более)

Приводит к медленному развитию уремии.

5. Гематурическая форма

В ряде случаев хронический гломерулонефрит может проявляться гематурией без значительной протеинурии и общих симптомов (гипертензия, отеки).

Формы хронического гломерулонефрита по течению:

1. быстро прогрессирующий (6-8 мес)
2. ускоренно прогрессирующий (2-5 лет)
3. медленно прогрессирующий (более 10 лет)

Функция почек:

1. без хронической почечной недостаточности,
2. с хронической почечной недостаточностью I, II, III стадии.

Лечение ^{Стоматологическое} уремических ^{лечение.} стоматитов симптоматическое. Некоторые местные лечебные мероприятия могут облегчить состояние больных :
нейтрализующие полоскания , аппликации
масляных растворов , тщательная гигиена полости
рта. Любое лечение , особенно удаление зуба ,
должно проводиться на следующий день после
диализа . Лунку нужно затампонировать и
наложить швы . По возможности следует избегать трансфузии
тромбоцитов . Детей , проходящих курс
длительного амбулаторного перитонеального
диализа , нужно лечить более консервативно .

лечение.

Распространенность кариеса зубов у детей с хроническим гломеруло – нефритом высокая — до 97 %. Среди детей с хроническим гломерулонеф – ритом преобладают дети, имеющие низкий и средний уровни интенсивно – сти кариеса . А показатели интенсивности кариеса зубов и поверхностей ниже таковых у детей группы сравнения . У детей с нефропатиями , осо бенно с гломерулонефритами , отмечается бессимптомное течение кариоз – ного процесса и , в первую очередь , осложненных форм кариеса , что можно объяснить как интенсивной терапией (гормоны , цитостатики), так и снижением общей реактивности организма .