



ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ У ДЕТЕЙ

д.м.н., профессор С.Н. Недельская

План лекции

1. Актуальность
2. Этиология
3. Патогенез
4. Принципы диагностики
5. Принципы лечения и профилактики
6. Заключение

Нефриты— первичное
иммуновоспалительное диффузное поражение
почек.

Выделяют

Интерстициальный
(тубулоинтерстициальный) нефрит
абактериальное неспецифическое воспаление
межуточной ткани с поражением канальцев и
стромы почек

Гломерулонефрит - поражение
клубочкового аппарата почек. Часто приводит к
развитию почечной недостаточности

Диспансерное наблюдение

- После перенесенного острого гломерулонефрита дети подлежат «Д» наблюдению в течение 5 лет после начала клинико-лабораторной ремиссии;
- Детям с нефротическим вариантом ГН оформляется инвалидность.

Факторы риска развития ХЗП

- **Факторы, определяющие возможное развитие ХЗП**
 - Семейный анамнез, отягощенный по ХЗП;
 - Снижение размера и объема почек;
 - Низкая масса тела при рождении или недоношенность;
 - Низкий материальный статус или образовательный уровень.
- **Факторы индуцирующие ХЗП**
 - Сахарный диабет 1, 2 типа;
 - Артериальная гипертензия;
 - Аутоиммунные заболевания;
 - Инфекции мочевых путей;
 - Мочекаменная болезнь;
 - Токсическое действие препаратов.

- **Факторы, приводящие к прогрессированию ХЗП**
 - Высокая степень протеинурии или артериальной гипертензии;
 - Недостаточный контроль гликемии;
 - Курение.
- **Факторы риска в конечной стадии ХЗП**
 - Низкая диализная доступность;
 - Временный сосудистый доступ;
 - Анемия;
 - Низкий уровень альбумина;
 - Позднее начало диализа.

Скорость клубочковой фильтрации

- Наличие СКФ менее 60 мл/мин – свидетельствует о возможности развития ХПН без клинико-лабораторных признаков почечного заболевания.
- СКФ менее 60 мл/мин соответствует гибели 50% нефронов, при этом уровень креатинина крови может находиться в пределах верхней границы нормы.

Лечение ХЗП

- **коррекция /ликвидация протеинурии:** ингибиторы АПФ;
- **коррекция сниженной относительной плотности мочи:** ингибиторы АПФ
- **коррекция гипертензии**
 - **коррекция анемии значений (более 120 г/л):** препараты железа, фолиевая кислота, эритропоэтин;
- **коррекция азотистых шлаков до нормальных значений:** сорбенты, кетостерил + низкобелковая диета
 - при IV степени ХПН - **Диализ** (перитонеальный и гемодиализ), у детей моложе 10 лет предпочтение перитонеальному диализу в связи с ограниченностью адекватного сосудистого доступа.

- **коррекция кальций-фосфорного обмена и гиперпаратиреозидизма:**
кальций+активный метаболит витамина D;
- **коррекция свертывающей системы крови:** тиклопидин, клопидогрель;
- **коррекция холестерина и гипергликемии:** гипогликемические препараты, статины;
- **коррекция оксидативного стресса, дефицита карнитина и гипергомоцистенемии:** фолиевая кислота, L-карнитин (с осторожностью в преддиализе).

Тактика лечения ХПН

Лечение причинного заболевания (СКФ ≥ 30 мл/мин)

Специфическое

Неспецифическое-
ренопротекция
(ИАПФ)

Посиндромное лечение

При СКФ ≥ 60 мл/мин
избирательно

При СКФ < 60 мл/мин
обязательно

Заместительная терапия при СКФ < 15 мл/мин

Диализ

Трансплантация

Показания к началу диализа

- ❑ Креатинин крови 0,44 ммоль/л и более или СКФ менее 15 мл/мин;
- ❑ Гиперкалиемия более 6,5-7,0 ммоль/л;
- ❑ Осложнения, опасные для жизни (отек легких, злокачественная артериальная гипертензия, уремический перикардит, отек мозга, декомпенсированный метаболический ацидоз).

Спасибо за внимание