



# 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  $\geq 30$  мл/мин)

Специфическое

Неспецифическое-  
ренопротекция  
(ИАПФ)

Посиндромное лечение

При СКФ  $\geq 60$  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 аритриальная гипертензия, уремический перикардит, отек мозга, декомпенсированный метаболический ацидоз).

**Спасибо за внимание**