

Острый тубулоинтерстициальный нефрит

**доц. кафедры внутренних
болезней - 3,
к. мед. н. Шеховцева Т.Г.**

Острый тубулоинтерстициальный нефрит (ОТИН) плохо известен терапевтам, что связано :

- во-первых*** – с относительной редкостью заболевания;
- во-вторых*** – с неспецифичностью большинства симптомов;
- в-третьих*** – с тем, что в значительной части случаев ОТИН отождествляют с ОПН.

ОСТРЫЙ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ (ОТИН)

**ОТИН– неолигурическая обратимая
ОПН аллергической природы
аллергического происхождения.**

**ОТИН- сфокусированная
лекарственная болезнь.**

Частота – 21-36 % случаев ОПН.

Причины уязвимости почек при лекарственной патологии:

- **очень высокий почечный кровоток (около 25% сердечного выброса);**
- **90% почечного кровотока – корковое вещество почки;**
- **большая скорость метаболических и транспортных процессов в канальцевых клетках, большая поверхность эндотелия;**
- **большинство лекарств выводится из организма через почки путем фильтрации и канальцевой секреции, что значительно повышает концентрацию веществ в канальцевых клетках.**

ЛЕКАРСТВА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОТИН

Антибактериальные	НПВП	Диуретики	Анальгетики	Другие лекарственные средства
Пенициллин полусинтетические пенициллины гентамицин рифампицин тетрациклины цефалоспорины фторхинолоны сульфаниламиды	Индометацин диклофенак ибупрофен вольтарен пироксикам аспирин	Тиазидные фуросемид хлорталидон	Анальгин парацетамол фенацетин	Циметидин, аллопуринол каптоприл азатиоприн циклоспорин Д-пеницилламин барбитураты.

ПАТОГЕНЕЗ ОТИН:

- **воспалительный отек межуточной ткани почек;**
- **механическое сдавление сосудов и канальцев почек;**
- **уменьшение реабсорбции воды и белка;**
- **полиурия, гипостенурия;**
- **уменьшение скорости клубочковой фильтрации;**
- **повышение сывороточного креатинина и других азотистых продуктов.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТИН:

- острое начало на фоне заболевания (грипп, ОРВИ, ангина), ставшего причиной приема лекарств;
- лихорадка!
- полиурия!
- боль в поясничной области;
- мышечная слабость, снижение аппетита, тошнота.

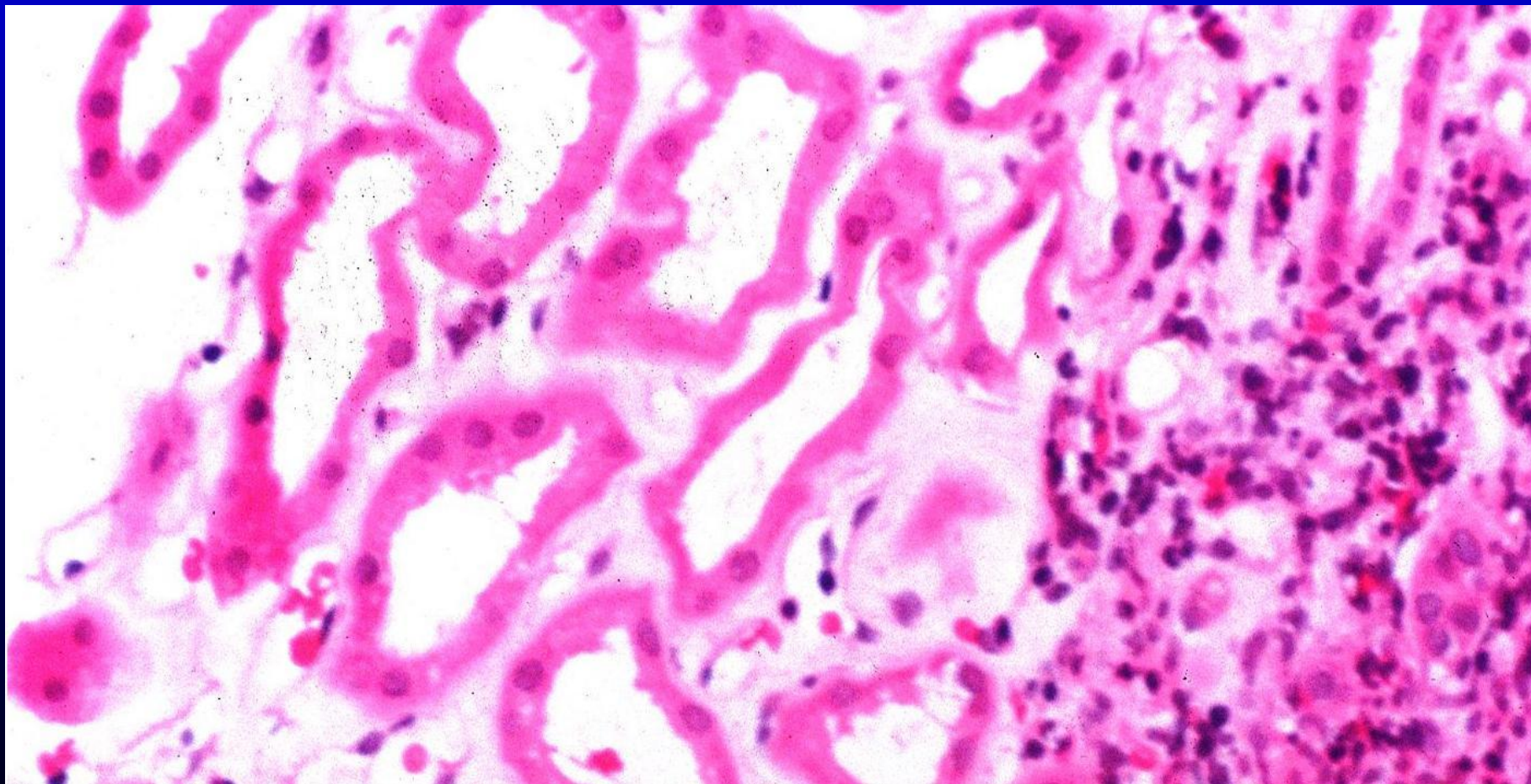
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТИН:

- лейкоцитоз (чаще умеренный);
- эозинофилия;
- анемия, увеличение СОЭ;
- протеинурия (до 1 г/сутки);
- гематурия;
- абактериальная лейкоцитурия (эозинофилурия, лимфоцитурия);
- снижение клубочковой фильтрации, азотемия;
- гипокалиемия, гипонатриемия, ацидоз.

ДИАГНОСТИКА ОТИН:

- обязательна совокупность признаков;
- связь развития заболевания с приемом лекарств,
- лихорадка, лекарственная аллергия;
- мочевого синдром: низкая протеинурия, микрогематурия, большое количество клеток почечного эпителия;
- анемия;
- неолигурическая ОПН различной степени выраженности без гиперкалиемии и АГ;
- данные биопсии почек: отек и гранулематозная инфильтрация интерстиция, дистрофия эпителия канальцев.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТИН:



Морфологическая характеристика ОТИН.

Лимфоидная или макрофагальная инфильтрация межуточной ткани почек. Выраженная дистрофия и атрофия эпителия проксимальных и дистальных канальцев, пролиферация эндотелия почечных сосудов и утолщение их стенки.

Отек и гранулематозная инфильтрация интерстиция.

ЛЕЧЕНИЕ ОТИН:

- отмена всех предшествующих медикаментов;
- при полиурии – коррекция гипокалиемии и гипонатриемии;
- при наличии диспептического синдрома – сорбенты;
- при прогрессировании ПН, лихорадке, затяжном течении – преднизолон 20-30 мг/сутки.

ПРОГНОЗ ОТИН

**Большинство больных ОТИН
выздоровливает. Сроки
временной
нетрудоспособности 2-4
месяца. Диспансерное
наблюдение нефрологом в
*течение 1 года.***

Благодарю
за внимание !

