

СП при

гломерулонефрите

СП в терапии, лекция №32

Гломерулонефрит (ГН)

ГН - это инфекционно-аллергическое заболевание с преимущественным поражением клубочков с последующим вовлечением в патологический процесс канальцев и других структур почечной ткани.

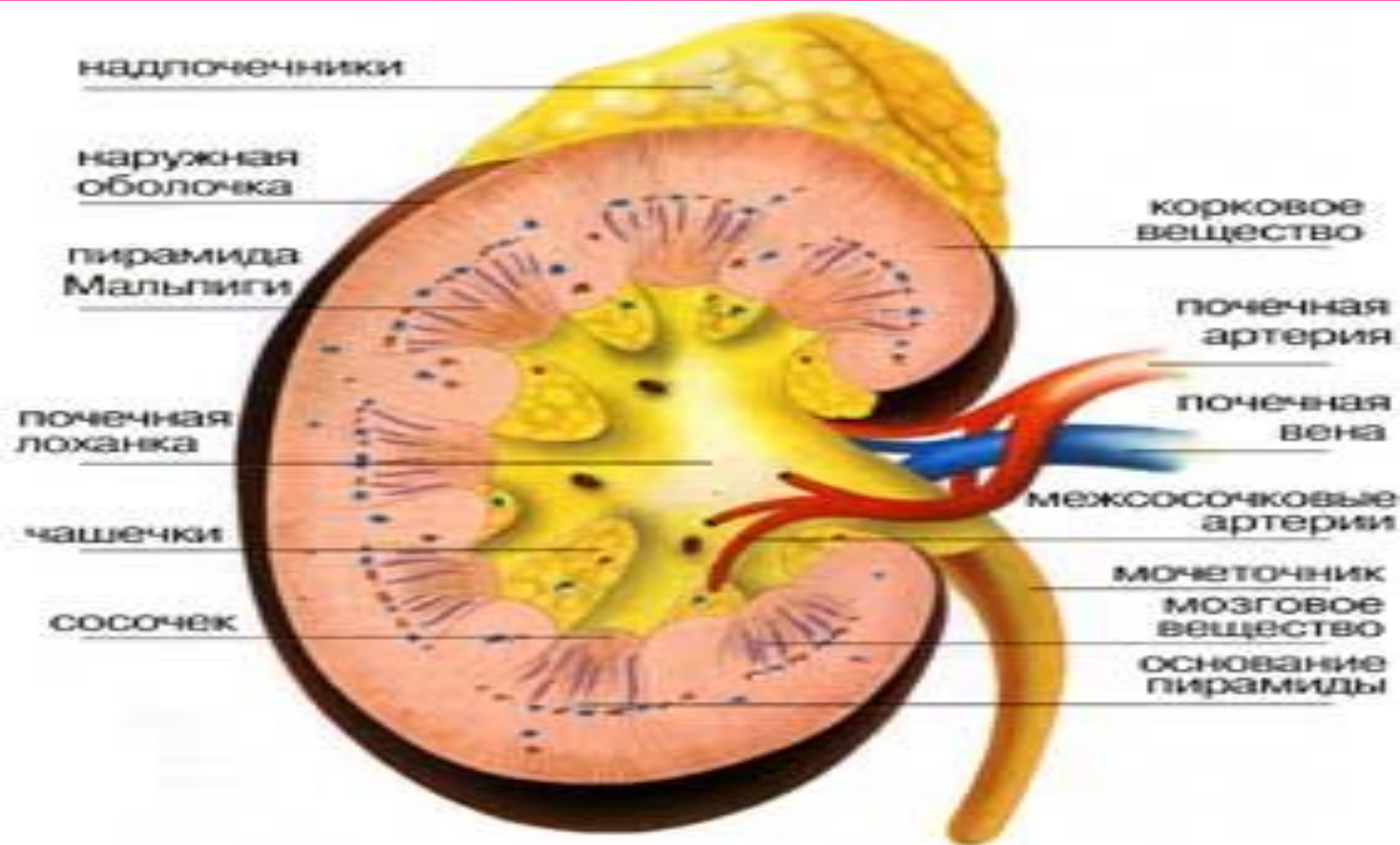


Первичный и вторичный ГН

- Когда этот процесс ограничен почечной паренхимой, он называется «первичным» гломерулонефритом.
- Если же он является частью распространенного иммунного процесса, то классифицируется как «вторичный» гломерулонефрит.



Гломерулонефрит - воспаление клубочков почек аутоиммунного характера



Этиология ГН. Причины:

- Бактериальная инфекция (бета-гемолитический стрептококк, стафилококк, пневмококк);
- Небактериальная инфекция (вирусы, вакцины, сыворотки, лекарственные и токсические вещества).

Этиология ГН.

Предрасполагающие факторы:

- Острая и хроническая очаговая инфекция;
- Острые и хронические заболевания дыхательных путей;
- Переохлаждение;
- Повторные введения сывороток и вакцин;
- Индивидуальная непереносимость лекарственных веществ;
- Действие токсических веществ (алкоголь, органические растворители, ртуть).

**Бета-гемолитический стрептококк группы А,
*S.pyogenes***



Встречается повсеместно.
Колонизирует кожу и слизистые.
Основной путь передачи -
воздушно-капельный

Патогенность БГСА обусловлена продукцией токсинов -
гемолизин, стрептолизин, стрептокиназа, гиалуронидаза

Поверхностные
Тонзиллофарингит
Импетиго
Рожа

Инвазивные
Некротизирующий
фасциит
Миозит
Менингит
Эндокардит
Пневмония
Послеродовой
сепсис

**Токсин-
опосредованные**
Скарлатина
Синдром
токсического шока
PANDAS-синдром

Ревматизм

Заболевание характеризующееся

СИСТЕМНЫМ воспалительным поражением соединительной ткани аутоиммунной природы

с вовлечением сердца и суставов

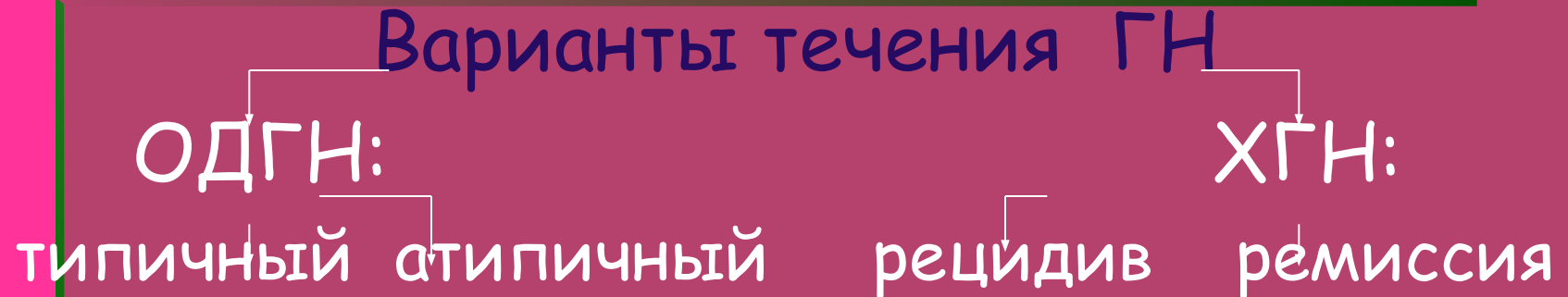
при ОДРГ

инициируемое β -гемолитическим стрептококком группы А.

Патогенез гломерулонефритов - аутоиммунный

- 1 вариант - образование в крови цитоиммунных комплексов «антиген=антитело» (где антигеном является бета-гемолитический стрептококк), которые повреждают почечные клубочки.
- 2 вариант - продуцирование противопочечных аутоантител

Классификация гломерулонефритов (ГН)



Клинические варианты ХГН:

- Латентный;
- Гематурический;
- Гипертонический;
- Нефротический;
- Смешанный.

Клиника ОДГН складывается из основной триады симптомов

1. Артериальная гипертензия - стабильно высокие цифры АД (САД - 150-160 мм. рт.ст.)
2. Отеки - появляются по утрам, чаще на лице, под глазами, «бледные отеки»
3. Мочевой синдром - моча цвета «мясных помоев» (макрогематурия), эритроциты в моче (микрогематурия), белок в моче (протеинурия)

Варианты течения ОДГН

1. Острый - возникает резко, обычно после перенесенной стрептококковой инфекции (ангины)
2. Затяжной или бессимптомный - обычно только мочевой синдром без клинических проявлений
3. Нефротический - отеки, массивная протеинурия, боли в пояснице и т.п.

Типичные проблемы пациента при ОДГН:

- Боль в поясничной области;
- Тошнота;
- Рвота;
- Одышка;
- Головная боль;
- Учащенная иногда болезненное мочеиспускание;
- Отеки различной степени выраженности;
- Изменение цвета мочи вплоть до цвета «мясных помоев».

Латентная форма ХГН

- Латентная форма встречается у 45% пациентов, протекает с изолированным мочевым синдромом, без отеков и артериальной гипертензии.
- Характеризуется умеренной гематурией, протеинурией, лейкоцитурией.
- Течение медленно прогрессирующее (до 10-20 лет), развитие уремии наступает поздно.

Гематурическая форма ХГН

- При гематурическом варианте хронического гломерулонефрита (5%) отмечается стойкая гематурия, эпизоды макрогематурии, анемия.
- Течение данной формы относительно благоприятное, уремия возникает редко.

Гипертоническая форма ХГН

- Гипертоническая форма ХГН развивается в 20% случаев и протекает с артериальной гипертонией при слабо выраженном мочевом синдроме.
- АД повышается до 200/120 мм рт. ст., нередко подвергается значительным суточным колебаниям.
- Течение этой формы нефрита длительное и неуклонно прогрессирующее с исходом в ХТПН.

Нефротическая форма ХГН

- Нефротический вариант, встречается в 25% случаев, протекает с массивной протеинурией (свыше 3 г/сут.), стойкими диффузными отеками, гипо- и диспротеинемией, гиперлипидемией, водянкой серозных полостей (асцитом, гидроперикардом, плевритом) и связанными с ними одышкой, тахикардией, жаждой.

Смешанная форма ХГН

- Нефротический и гипертензивный синдромы составляют суть наиболее тяжелой, смешанной формы хронического гломерулонефрита (7% наблюдений).
- Протекает с гематурией, выраженной протеинурией, отеками, артериальной гипертензией.
- Неблагоприятный исход определяется быстрым развитием почечной недостаточности.

Типичные проблемы пациента при ХГН:

- Высокое АД (характерно для гипертонического варианта).
- Резкая головная боль.
- Отеки, олигурия вплоть до анурии (характерны для нефротического варианта).
- Моча цвета «мясных помоев» (гематурический вариант).
- Общая слабость.
- Нарушение зрения.

Обследование пациента:

- Объективные методы обследования:
 - осмотр - отеки на лице, землистый цвет кожи;
 - пальпация - боли в поясничной области, с-м Пастернацкого +;
 - аускультация - повышение АД.
- Лабораторные методы исследования:
 - ОАК - лейкоцитоз, ускоренная СОЭ;
 - биохимическое исследование крови - азотемия, диспротеинемия;
 - ОАМ - протеинурия, гематурия, цилиндрурия;
 - анализ мочи по Зимницкому - снижение фильтрационной и концентрационной ф-ции.
- Дополнительные методы исследования – УЗИ почек, ЭКГ, глазное дно.

Отеки на лице



Боли в поясничной области



Повышение АД



Возможные осложнения:

- Эклампсия или ангиоспастическая энцефалопатия;
- Острая сердечная недостаточность;
- Острая почечная недостаточность;
- Нарушение мозгового кровообращения;
- Отек легких;
- Переход в хроническую форму;
- Хроническая почечная недостаточность.

Принципы лечения ГН:

- Стационарное, амбулаторное;
- Режим, диета №7а, 7б, 7;
- Медикаментозное лечение: антибиотики, гипотензивные, мочегонные, спазмолитики, сердечные гликозиды, антигистаминные, ГКС, иммунодепрессанты, анаболические гормоны, НПВС;
- Гемосорбция; плазмоферез; гемодиализ (при ОПН).
- «Д» наблюдение; СКЛ

Гемосорбция



Плазмоферез



Гемодиализ



Сестринское обслуживание пациентов в стационаре:

- Контроль за ЧДД, АД, пульсом, цветом кожи, характером и количеством мочи;
- Дать рекомендации по соблюдению пищевого, двигательного и фармакологического режима;
- Создание удобного положения пациента с целью уменьшения боли;
- Проветривание палаты, сан-эпид режим в отделении;
- Восполнение дефицита самообслуживания;
- Помощь пациенту в различные периоды лихорадки;
- Смена нательного и постельного белья;
- Подготовка пациента к исследованиям;
- Психологическая поддержка пациента;
- Беседа с родственниками, необходимые рекомендации;
- Четкое выполнение назначений врача.



Спасибо за внимание