



МИР МЕДИЦИНЫ

10 (204) 2016

**Готовимся
к аттестации**

**Профессиональное
обучение**

Вопрос-ответ

Здоровое питание

**Последипломное
образование**

**Комментарий
юриста**

Обмен опытом

Юбилей

Школа кардиолога

Страницы истории

Прикладная психология

Новые технологии в медицине



ГОТОВИМСЯ К АТТЕСТАЦИИ



Т.Т. КОПАТЬ, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н.

И.М. ЗМАЧИНСКАЯ, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н.

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Острый диффузный гломерулонефрит — острое иммуновоспалительное заболевание почек с первоначальным преимущественным поражением клубочков и вовлечением в патологический процесс всех почечных структур, клинически проявляющееся почечными и (или) внепочечными симптомами.

Этиология. Основным этиологическим фактором является перенесенная стрептококковая инфекция (ангина, фарингит, обострение хронического тонзиллита, скарлатина, рожистое воспаление кожи). Чаще всего острый гломерулонефрит вызывается 12-м и 49-м штаммами β -гемолитического стрептококка группы А (постстрептококковый гломерулонефрит). Другими возможными этиологическими факторами могут быть: вирус гепатита В (вызывает преимущественно мембранозный нефрит), вирусы краснухи, инфекционного мононуклеоза, герпеса, аденовирусы. В некоторых случаях острый гломерулонефрит может развиваться после перенесенной стафилококковой или пневмококковой инфекции (непостстрептококковый гломерулонефрит), а также после токсоплазмоза, малярии, шистосомоза, трихинеллеза.

Острые гломерулонефриты, вызванные различными видами инфекции, называются инфекционно-иммунными.

Наряду с этим возможно развитие острого гломерулонефрита после введения (особенно повторного) вакцин, сывороток, а также вследствие гиперчувствительности к определенным лекарственным средствам (сульфаниламидам, пенициллинам, бутадииону) и химическим веществам, пыльце растений, яду насекомых и их индивидуальной непереносимости. Еще одним этиологическим фактором может быть алкогольная интоксикация. Эти варианты составляют группу неинфекционно-иммунных гломерулонефритов.

Охлаждение — важный пусковой фактор в развитии острого гломерулонефрита, нередко имеющий самостоятельное значение.

Большую роль играет также генетическая предрасположенность к заболеванию.

Факторами, провоцирующими развитие острого постстрептококкового гломерулонефрита, являются: носительство β -гемолитического стрептококка в зеве, на коже, респираторно-вирусные инфекции, охлаждение.

Патогенез. Острый диффузный гломерулонефрит является иммуновоспалительным заболеванием. Важным звеном патогенеза острого гломерулонефрита считается образование и фиксация в почках иммунных комплексов.

Антигены стрептококка — эндострептозин, обладающий стрептокиназной активностью, нефритогенный плазминсвязывающий белок — осаждаются в гломерулах во время острой фазы стрептококковой инфекции. Через 10-14 дней наступает иммунный ответ хозяина, в течение которого происходит связывание антистрептококковых антител с антигенами.

В развитии острого гломерулонефрита, кроме иммунных факторов, имеют значение и неиммунные.

Тяжесть повреждения клубочков зависит от характера повреждающего фактора и его выраженности, локализации патологических изменений на уровне клубочка (мезангий, базальная мембрана, эндотелий, почечный эпителий), скорости возникновения и площади поражения.

Клиника. Триадная классическая развернутая форма острого гломерулонефрита сопровождается отечным, гипертензивным и мочевым синдромами.

Начало заболевания острое. Обычно наблюдаются слабость, жажда, олигурия, моча цвета «мясных помоев», боли в пояснице, иногда интенсивные, головная боль, тошнота, рвота.

Артериальное давление в пределах 140-160/90-110 мм рт. ст., иногда выше 180/120 мм рт. ст., но снижается оно сравнительно быстро. Однако следует подчеркнуть, что длительное существование артериальной гипертензии имеет неблагоприятное прогностическое значение, указывая на возможную хронизацию воспалительного процесса в почках.

На лице, веках, туловище быстро появляются отеки, которые сопровождаются бледностью и сухостью кожи. Редко возникают асцит, гидроторакс, гидроторакс. Могут быть скрытые отеки, определяемые при взвешивании больного.

Мочевой синдром проявляется снижением диуреза, протеинурией и гематурией (макрогематурия, моча цвета «мясных помоев»).

Моносимптомная форма характеризуется наличием в клинической картине какого-либо одного признака (мочевое заболевание, отеков или артериальной гипертензии), более спокойным

течением и сравнительно благоприятным прогнозом.

В клинической практике актуальной является моносимптомная форма, именуемая изолированным мочевым синдромом. Особенность данной формы острого гломерулонефрита – отсутствие экстраренальных (внепочечных) проявлений: отеков, артериальной гипертензии, изменений глазного дна.

Тяжесть мочевого синдрома определяется характером изменений мочевого осадка при практически нормальном удельном весе мочи:

- 1) умеренно выраженный мочевой синдром:
 - протеинурия до 1 г белка в сутки;
 - гематурия до 30-50 эритроцитов в поле зрения;
 - цилиндрuria (гиалиновые цилиндры);
- 2) выраженный мочевой синдром:
 - протеинурия от 1 г до 3 г белка в сутки;
 - гематурия 50-100 эритроцитов в поле зрения;
 - цилиндрuria (зернистые, гиалиновые цилиндры);
 - возможна лейкоцитурия;
- 3) значительно выраженный мочевой синдром:
 - протеинурия около 3 г белка в сутки;
 - гематурия более 100 эритроцитов в поле зрения;
 - цилиндрuria (восковидные, зернистые и другие цилиндры);
 - лейкоцитурия (преимущественно лимфоцитурия).

Нефротическая форма острого гломерулонефрита проявляется преобладанием клинико-лабораторных признаков нефротического синдрома:

- массивной протеинурией (более 3 г белка в сутки);
- гипопротемией (общий белок сыворотки крови 40-20 г/л при норме 60-85 г/л, обусловленный гипоальбуминемией);
- гиперлипидемией (уровень холестерина, триглицеридов повышен в 2 и более раза);
- стойкими отеками, рефрактерными к мочегонным средствам.

Данная форма острого гломерулонефрита характеризуется малой выраженностью артериальной гипертензии и гематурии.

Течение болезни обычно длительное (6-12 месяцев), нередко с переходом в хронический гломерулонефрит.

Диагностика острого гломерулонефрита базируется на данных анамнеза, осмотра пациента и ряда лабораторно-инструментальных исследований.

К основным методам исследования относятся:

1. Общий анализ крови. Характерно незначительное снижение концентрации гемоглобина

(Hb) за счет разведения крови. СОЭ умеренно повышена;

2. Биохимический анализ крови (определение содержания мочевины, креатинина, общего белка, белковых фракций, холестерина и всего липидного спектра, сиаловых кислот, фибрина, серомукоида). Биохимическими проявлениями нефротического синдрома являются гипопротемия с гипоальбуминемией, диспротеинемия с преобладанием α_2 - и реже γ -фракций глобулинов, гиперлипидемия;

3. Анализы мочи:

- в общем анализе мочи выявляются протеинурия, гематурия, лейкоцитурия (лимфоцитурия). Относительная плотность мочи не снижена;
 - в анализе мочи по Нечипоренко – микро- и макрогематурия, лейкоцитурия (лимфоцитурия), эритроцитарные цилиндры;
 - анализ мочи по Зимницкому проводится с целью определения состояния концентрационной способности почек (суточный диурез, соотношение дневного и ночного диуреза, суточные колебания относительной плотности мочи);
 - определение суточной протеинурии – количественный метод определения белка в суточном диурезе, позволяет оценить функцию клубочкового аппарата почек, в том числе в динамике (под влиянием лечения);
4. Ежедневное измерение суточного диуреза и количества выпитой жидкости;
5. Определение титра антистрептококковых антител (обнаружение антистрептолизина О (АСЛ-О), антистрептококковой гиалуронидазы);
6. Проба Реберга-Тареева (определение скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции и уровня эндогенного креатинина крови и мочи).

Дополнительными методами исследования являются:

1. *Лабораторное исследование биоматериала* (мазок из ротоглотки, плазма крови или др.) для выявления стрептококков;

2. *Исследование глазного дна*. При повышении АД возникают следующие изменения: сужение артериол, иногда феномен патологического артериовенозного перекреста, отек соска зрительного нерва, возможны точечные кровоизлияния;

3. *УЗИ почек*. Размеры почек не изменены или слегка увеличены (в норме длина 75-120 мм, ширина 45-65 мм, толщина 35-50 мм). Выявляют отечность ткани почек. Чашечно-лоханочная система не изменена.

ГОТОВИМСЯ К АТТЕСТАЦИИ



4. **Мониторирование АД.** Целесообразно для выявления артериальной гипертензии, особенно не замечаемой больным, а также для верификации степени ее тяжести (по данным исследования назначают антигипертензивные препараты и контролируют адекватность терапии).

Лечение. Лечебная тактика при остром гломерулонефрите следующая:

1. Постельный режим (до ликвидации отеков и нормализации артериального давления);

2. Лечебное питание:

- ограничение поваренной соли, простых углеводов, белка;

- исключение из рациона экстрактивных веществ и полное обеспечение организма витаминами и микроэлементами;

3. Этиологическое лечение (противострептококковое или другое в зависимости от выявленного возбудителя);

4. Патогенетическое лечение:

- глюкокортикоиды;

- иммунодепрессанты;

- нестероидные противовоспалительные препараты;

- гепарин и антиагреганты;

- аминохинолиновые соединения;

5. Симптоматическое лечение (лечение артериальной гипертензии, отечного синдрома и т. д.);

6. Лечение осложнений (острой левожелудочковой недостаточности, ангиоспастической энцефалопатии, почечной недостаточности);

7. Санаторно-курортное лечение.

Таким образом, диагноз острого гломерулонефрита основывается на появлении у лиц молодого возраста через 10-14 дней после перенесенной ангины или острого респираторного заболевания отеков, головной боли, артериальной гипертензии, белка, эритроцитов и цилиндров в моче, изменений в биохимическом анализе крови. Повышение в крови титров АСЛ-О подтверждает стрептококковую этиологию острого гломерулонефрита.

ЧАСТНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «АЗГАР-ФТО»

ПРЕДЛАГАЕТ

№	Наименование
1	Часы процедурные со звуковым сигналом ПЧ-3
2	Комплект тубусов к аппарату ОУФн (УГН)
3	Тубусы №№ 3, 4, 5 для аппарата БОП-01/27-НанЭМА (пластик)
4	Кабель радиочастотный, держатель, головка излучателя к аппарату БОП-01/27-НанЭМА
5	Электроды к аппаратам УВЧ-30, УВЧ-80
6	ЭВТ-приставка к аппаратам УВЧ-30, УВЧ-80
7	Держатель электродов к аппаратам УВЧ-30, УВЧ-80
8	Электроды, резонатор ЭНУ 12-293 к аппаратам ИСКРА-1, ИСКРА-4
9	Лампа 6ПЗс к аппарату БОП-01/27-НанЭМА
10	Лампы ИВР-1 к БОП-01/27-НанЭМА
11	Лампы ДКБ-9, ДКБу-9 к аппарату ОУФБ-04
12	Лампа ДРТ-125, 240, 400, 1000 к аппаратам ОУФн, ОКН-11, УГН
13	Маска для взрослых, детей дыхательная для всех моделей ингаляторов (кроме «Супер-эко»)
14	Маска к ингалятору «Альбеда» взрослая, детская
15	Маска к ингалятору «Галонб» ВЗР (пухлая) код 1515
16	Маска к ингалятору ГИСА-01 аэрозольная взрослая, детская
17	Маска к ингалятору Пари Бэби размер 0, 1, 2, 3 и Пари взрослая, детская
18	Загубник (мундштук) к колбе RF-2 (для всех моделей ингаляторов +НИКО)
19	Загубник (мундштук) к ингалятору OMRON C1, CX, NE-C28, NE-C29, NE-C30
20	Лазерные насадки и электроды для аппаратов РЕФТОН
21	Томед и Томед-Аква – косметическое средство на основе лечебной грязи с активными гуминовыми кислотами для аппликаций, ванн, гальванизации и электрофореза

В большом ассортименте инструмент (одноразовый и многоразовый) для хирургии, урологии, гинекологии, стоматологии, офтальмологии, оториноларингологии, травматологии и эндоскопии

Свидетельство о государственной регистрации № 691760705, выданное решением Мингорисполкома от 24.03.2014 г.

За дополнительной информацией и по вопросам приобретения обращайтесь, пожалуйста, в отдел продаж по тел. 8(017) 25-618-25, 25-917-27, 8(029) 1-777-593, 8(044) 511-888-2 УНП 691760705