

# Гломерулонефрит

**Гломерулонефрит** – иммунновоспалительное заболевание с преимущественным поражением сосудов клубочков обеих почек, протекающее в виде острого или хронического процесса с повторными обострениями и ремиссиями, имеющее прогрессирующее течение, характеризуется постепенной, но неуклонной гибелью клубочков, сморщиванием почки

Впервые описан **Ричардом Брайтом** в 1827 г.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ –  
САМАЯ ЧАСТАЯ  
ПРИЧИНА  
ХРОНИЧЕСКОЙ  
ПОЧЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ

# Патогенез гломерулонефрита

## механизмы повреждения клубочков

**иммунные**

**неиммунные**

Имеется два механизма такого повреждения:

1. действие нефротоксических антител, в основном против базальной мембраны клубочков (*анти-БМК* антитела).
2. отложение иммунных комплексов.

1. Активация медиаторов  
воспаления

Гломерулонефрит с  
минимальными изменениями и  
гломерулонефрит с  
полулуниями

# Синдромы при гломерулонефрите:

## 1. Мочевой синдром:

1. протеинурия
2. рецидивирующая гематурия, которая может варьировать от микрогематурии (асимптоматическая) до макрогематурии
3. лейкоцитурия
4. Цилиндрурия

## 2. Гипертензия:

- задержка натрия и воды (вторичный гиперальдостеронизм, уменьшение скорости клубочковой фильтрации при тяжелой ХПН)
- повышенная чувствительность к нормально функционирующим прессорным механизмам

## 3. Отечный синдром

## 4. Нефритический синдром

- олигурия
- гематурия
- гипертензия
- отеки

### 3. Нефротический синдром (НС) —

неспецифический клинико-лабораторный симптомокомплекс, выражающийся в массивной протеинурии (3 г/сут и более), нарушениях белково-липидного и водно-солевого обмена.

#### Эти нарушения проявляются

1. **Гипопротеинемией** (менее 60 г/л)
2. **Гипоальбуминемией** (менее 35 г/л)
3. **Диспротеинемией** (с преобладанием гамма-глобулинов)
4. **Гиперлипидемией** (увеличение синтеза липопротеинов в печени, нарушение выведения, снижение активности липаз)
5. **Липидурией**
6. **Отеками** до степени анасарки (гипопротеинемия, снижение онкотического давления плазмы, перераспределение жидкости в интерстициальное пространство, уменьшение объема циркулирующей крови, активизация РААС, увеличение секреции альдостерона, одновременное снижение скорости клубочковой фильтрации повышает реабсорбцию натрия и воды).
7. **Рост частоты тромбозов** (венозный застой, снижение ОЦК, повышение концентрации некоторых факторов свертывания)

# Постинфекционный (острый диффузный пролиферативный) гломерулонефрит

## Клиника:

- начинается внезапно, остро через 7-14 дней после перенесенной инфекции
- выраженное недомогание, тошнота и другие симптомы интоксикации
- Фебрильное повышение температуры
- Выражены отеки на лице, особенно периорбитальные
- Слабо выраженная гипертензия
- Появляется олигурия (резкое снижение объема мочи)
- Моча темнеет (цвета “мясных помоев”) в результате гематурии

- Отеки:

Локализация: 1. Параорбитальная зоны

2. Поясница

3. Нижние конечности

4. Редко – гидроторакс или асцит.

Встречаемость отеков у больных ОГН – 100%.



# Постинфекционный (острый диффузный пролиферативный) гломерулонефрит

Отечный синдром



# Лабораторная диагностика при гломерулонефрите:

1. В крови определяется повышение титра антистрептолизина-О (при стрептококковом гломерулонефрите) и значительное уменьшение фракции С3 компонента.
2. Протеинограмма
3. Липидограмма
4. IgA
5. Тесты на ЦИК обычно положительные (не имеют дифференциально-диагностического значения).
6. Антитела к базальной мембране
7. Повышение содержания в крови азотистых шлаков (мочевой кислоты и креатинина)
8. Мочевой синдром:
  - гематурия,
  - цилиндрурия (зернистые и эритроцитарные цилиндры),
  - различной степени выраженности протеинурия.

# **Инструментальная диагностика**

- 1. Ультразвуковое исследование почек**
- 2. Сцинтиграфия почек**
- 3. Урография**
- 4. Биопсия почки (световая, иммунофлюоресцентная и электронная микроскопия)**

# Лечение гломерулонефрита

## ▣ **Общетерапевтические мероприятия**

▣ Постоянный врачебный контроль

▣ Активное снижение повышенного АД

▣ Контроль потребления жидкости. Диуретики при отечном синдроме.

▣ Коррекция диеты – снижение потребления белка до 0,8-2,0 г/кг/сут

# *Клинические формы хронического гломерулонефрита.*

## **1. Нефротическая форма**

1. Наиболее частая форма первичного нефротического синдрома.
2. Свойственно сочетание нефротического синдрома с признаками воспалительного поражения почек.
3. Клиническая картина заболевания может долго определяться нефротическим синдромом и только в дальнейшем наступает прогрессирование собственно гломерулонефрита с нарушением азотовыделительной функции почек и артериальной гипертензией.

## **2. Гипертоническая форма**

4. Длительное время среди симптомов преобладает артериальная гипертензия
5. АД достигает 180/100—200/120 мм рт. ст. и может подвергаться большим колебаниям в течение суток под влиянием различных факторов.
6. Развивается гипертрофия левого желудочка сердца, выслушивается акцент II тона над аортой
7. Мочевой синдром мало выражен

# *Клинические формы хронического гломерулонефрита.*

## **3. Смешанная форма**

При этой форме одновременно имеются нефротический и гипертонический синдромы.

## **4. Латентная форма**

Часто возникающая форма

Проявляется слабо выраженным мочевым синдромом без артериальной гипертензии и отеков.

Может иметь очень длительное течение (10—20 лет и более)

Приводит к медленному развитию уремии.

## **5. Гематурическая форма**

В ряде случаев хронический гломерулонефрит может проявляться гематурией без значительной протеинурии и общих симптомов (гипертензия, отеки).

# Формы хронического гломерулонефрита по течению:

1. быстро прогрессирующий (6-8 мес)
2. ускоренно прогрессирующий (2-5 лет)
3. медленно прогрессирующий (более 10 лет)

## Функция почек:

1. без хронической почечной недостаточности,
2. с хронической почечной недостаточностью I, II, III стадии.

Лечение <sup>Стоматологическое</sup> уремических <sup>лечение.</sup> стоматитов  
симптоматическое. Некоторые местные лечебные мероприятия могут облегчить состояние больных :  
нейтрализующие полоскания , аппликации  
масляных растворов , тщательная гигиена полости  
рта. Любое лечение , особенно удаление зуба ,  
должно проводиться на следующий день после  
диализа . Лунку нужно затампонировать и  
наложить  
швы . По возможности следует избегать трансфузии  
тромбоцитов . Детей , проходящих курс  
длительного амбулаторного перитонеального  
диализа , нужно лечить более консервативно .



# лечение.

Распространенность кариеса зубов у детей с хроническим гломеруло – нефритом высокая — до 97 %. Среди детей с хроническим гломерулонеф – ритом преобладают дети, имеющие низкий и средний уровни интенсивно – сти кариеса . А показатели интенсивности кариеса зубов и поверхностей ниже таковых у детей группы сравнения . У детей с нефропатиями , осо бенно с гломерулонефритами , отмечается бессимптомное течение кариоз – ного процесса и , в первую очередь , осложненных форм кариеса , что можно объяснить как интенсивной терапией ( гормоны , цитостатики), так и снижением общей реактивности организма .