Сургутский Государственный университет Медицинский институт Лечебный факультет Кафедра общей врачебной практики

Зав.кафедрой доцент, к.м.н.

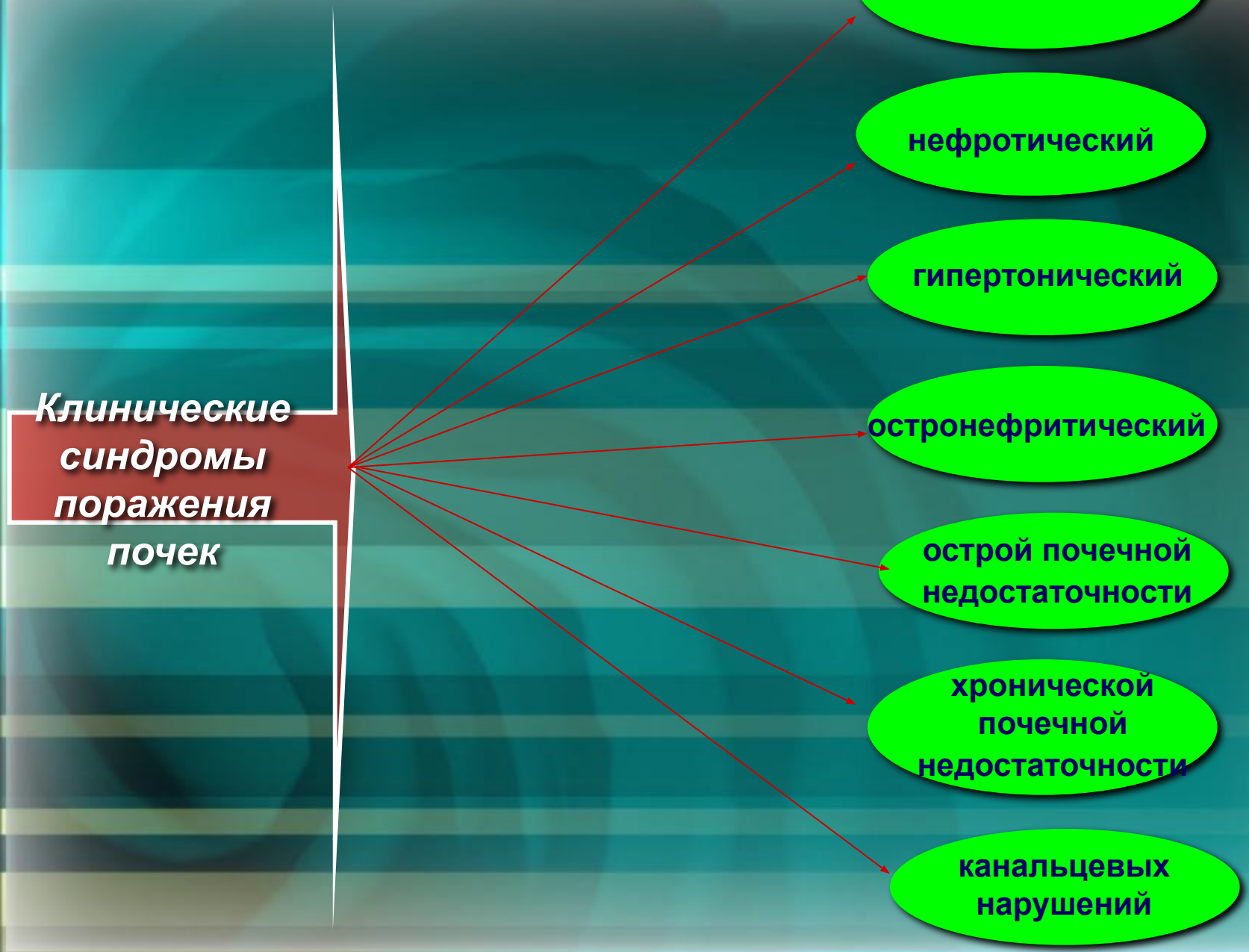
Елена Викторовна Корнеева

Заболевания почек

Мочевой синдром

Общий план обследования больных, включает:

- диагностику ведущего синдрома, совокупности синдромов;
- установление нозологической формы, дифференциального диагноза;
- определение степени активности нефропатии;
- уточнение функционального состояния почек.


Клинические синдромы поражения почек
мочевой
нефротический
гипертонический
остронефритический
острой почечной недостаточности
хронической почечной недостаточности
канальцевых нарушений

Мочевой синдром является ведущим и сопутствует любой патологии мочевыделительной системы. Мочевой синдром может протекать латентно (исключая случаи макрогематурии и массивной лейкоцитурии) и обнаруживаться только лабораторными методами исследования мочи.

Внешний вид больного:

Отеки почечного происхождения

Лицо бледное, одутловатое, с припухшими, отечными веками и суженными глазными щелями. У больных, находящихся на постельном режиме, небольшие отеки локализуются преимущественно в области поясницы и крестца.

В более выраженных случаях отеки наблюдаются также на нижних и верхних конечностях и туловище больного.

Бледность кожных покровов

может быть связана со спазмом артериол, а также быть следствием присоединения анемии. При амилоидозе и липоидном нефрозе бывает восковая бледность кожи.

При осмотре больного с хроническим нефритом

иногда можно отметить

следы расчесов на коже, обложенный сухой язык, почувствовать неприятный запах аммиака, исходящий изо рта и от кожи больного (наступление хронической почечной недостаточности – уремии).

Изменения со стороны почек могут быть проявлением различных системных заболеваний (коллагенозы, лекарственная болезнь и др.), и тогда на коже обнаруживаются геморрагическая сыпь, узелки, крапивница.

Жалобы:

боли в пояснице

нарушение мочеотделения

отеки

головные боли

головокружение

Боли почечного происхождения

Почечные	в области поясницы, при поражении мочеточников - соответственно их ходу, при поражении мочевого пузыря над лобком	При растяжении почечной капсулы или лоханки. Обильное питье или тряская езда могут спровоцировать боли при почечнокаменной болезни, при цистите - боли во время мочеиспускания.
Тупые, ноющие боли в области поясницы	остром гломерулонефрите, абсцессе околопочечной клетчатки, при сердечной декомпенсации (застойная почка), хроническом пиелонефрите (чаще односторонние).	При растяжении почечной капсулы вследствие воспалительного или застойного набухания почечной ткани.
Резкие, остро возникшие боли с одной стороны поясницы	При инфаркте почки	

Жалобы

- нарушение мочеотделения
- нарушение зрения
- боли в области сердца
- одышка
- нарушение аппетита

тошнота

рвота

повышение температуры тела

сонливость и быструю утомляемость (связано с отрицательным азотистым балансом)

*

При расспросе следует попытаться установить ***связь заболевания с предшествующей инфекцией*** (ангина, скарлатина и др.). Однако нередко хронические заболевания почек протекают длительное время бессимптомно.

Общий анализ мочи:

- цвет;
- прозрачность;
- реакция мочи;
- удельный вес;
- мочевой осадок и его элементы:
- белок;
- глюкоза;
- эритроциты;
- лейкоциты;
- цилиндры

- амилаза;
- кальций;
- креатинин;
- неорганизованный осадок мочи;
- уробилин;
- гемоглобин;
- диастаза;
- эпителиальные клетки;
- бактериурия.

Происходят ли патологические составные части мочи из почек или внепочечных отделов мочеполового тракта?

Поэтому знание первичной локализации повреждения имеет не только патофизиологическое,
но и терапевтическое значение.

Суточное количество мочи, выделяемое взрослым человеком, колеблется от ***1 до 2 литров***, составляя в среднем ***80-85%*** выпитой жидкости.

Он увеличивается при приеме большого количества жидкости, пищи, повышающей диурез (**полиурия**) и уменьшается (**олигурия**) при потоотделении, поносе, рвоте.

Полиурия

Почечные причины полиурии

- острый диффузный гломерулонефрит в начальной стадии;
- острый канальцевый некроз;
- хронический гломерулонефрит, канальцевый ацидоз почек;
- пиелонефриты;
- во время почечной колики или после нее (сочетается с частым мочевыделением);

Почечные причины полиурии

- кистоз и поликистоз мозгового вещества почек;
- первично и вторично сморщенная почка (паренхиму почек заменяет соединительная ткань, шлаковые вещества выводятся путем увеличения диуреза - принудительная полиурия). Позже - олигурия;
- нефропатия (после наркоза, миеломная болезнь, туберкулез, амилоидоз, саркоидоз, после трансплантации почки, стеноз почечной артерии, лекарственные средства).

Внепочечные причины анурии

- прием большого количества жидкости (психогенная полидипсия, поражения гипоталамуса при энцефалите, гистиоцитозе, ятрогенной гипергидратации);
- АГ;
- улучшение сердечной деятельности под влиянием диуретиков;
- исчезновение или уменьшение отеков;
- рассасывание транссудата или экссудата из плевральной или брюшной полости;
- в начале развития недостаточности кровообращения;
- беременность (последний триместр);

Внепочечные причины анурии

- аденома предстательной железы в начальной стадии;
- психические болезни (истерический припадок, эпилепсия);
- вирусные инфекции;
- лекарственные средства (диуретики, парентеральное питание, маннитол, мочевина, рентгеноконтрастные вещества);
- сахарный диабет;
- несахарный диабет;
- первичный гиперпаратиреоз.

Диурез

Положительный - выделение мочи больше выпитой жидкости

Отрицательный - обратное соотношение

Частота мочеиспускания - в норме 4-7 раз в день и не более 1 раза ночью.

Полиурия часто сочетается с поллакиурией – полиурия и частое мочеиспускание (аденома предстательной железы, цистит).

Олигурия - экскреция мочи меньше 400 мл в сутки (тяжелое поражение почек с весьма малой фильтрацией в почечных клубочках).

*

Почечная олигурия

- острый диффузный гломерулонефрит;
- острая почечная недостаточность;
- хронический пиелонефрит;
- терминальная стадия хронических заболеваний почек (снижение числа функционирующих нефронов);
- нефротический синдром, дефицит белка в пище, поражение паренхимы почек в результате закупорки мочевых путей;
- острая закупорка почечной артерии или вены;
- острый васкулит (системная красная волчанка, узелковый периартериит, дерматомиозит), двс-синдром (сепсис, осложнения после переливания крови, синдром длительного сдавливания, обширные ожоги), саркоидоз, миеломная болезнь;

Почечная олигурия

- нефротоксические лекарственные вещества (тяжелые металлы: висмут, железо, золото, кадмий, литий, медь, мышьяк, ртуть, свинец, серебро, сурьма, таллий);
- анальгетики: амидопирин, нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, салицилаты, фенацетин);
- антибактериальные средства: ампициллин, стрептомицин, сульфаниламиды, тетрациклины и др.;
- нефросклероз.

Экскреторная олигурия

это уменьшение суточного диуреза вследствие наличия препятствия в мочевыводящих путях (камни, воспалительный отек, прорастание опухоли), обычно сопровождается сильной болью в пояснице и по ходу мочеточников из-за растяжения почечных лоханок и мочеточников.

Ятрогенная почечная олигурия

Патогенез отрицательного влияния лекарственных средств на почки чаще всего имеет сочетанный характер, при этом происходит повреждение канальцев почек, развитие нефротического синдрома и острой почечной недостаточности.

Патология развивается как в течение длительного времени, так и возможно быстрое поражение почек.

С особой осторожностью следует назначать нефротоксические препараты пожилым больным, больным с уже имеющимися заболеваниями почек, не назначать данные препараты в больших дозах.

Внепочечная олигурия

- ✔ нарушение преренальной перфузии (снижение приема жидкости, значительная кровопотеря, лихорадка, рвота, понос);
- ✔ острая СН, шок; СН застойного типа;
- ✔ накопление жидкости: отеки 2-й половины беременности, гипернатриемия, жидкость в плевральной или брюшной полости, уровни жидкости в просвете кишечника при непроходимости кишечника;
- ✔ усиленное выделение вазопрессина - приступ стенокардии, бронхиальной астмы; - цирроз печени;
- ✔ инфекции;
- ✔ частичная закупорка мочевых путей.

Анурия **является следствием тяжелого поражения почек.**

При длительности *5-7 дней* ведет к уремии.

зависит от удельного веса, приема медикаментозных препаратов, пищи, присутствия желчных пигментов, крови, бактерий и химических веществ.

Плотность мочи, в норме составляет ***1015-1025***.

Удельный вес зависит от количества принятой жидкости.

Низкие цифры - *гипостенурия* - указывают на нарушение концентрационной функции почек:

- хронический гломерулонефрит,
- хронический пиелонефрит,
- амилоидоз,
- диабетический гломерулосклероз,
- поликистаз идр.

Повышение удельного веса - *гиперстенурия* - наблюдается при сахарном диабете, голодании, потере жидкости (понос, рвота). Вещества с большой молекулярной массой (протеинурия, глюкозурия) также будут обуславливать повышение удельного веса.

Проба по Зимницкому (через каждые 3 ч в течение суток определяется объем и относительная плотность) позволяет сравнить ночной и дневной диурез, выявить раннее изменение концентрационной функции почек.

Реакция мочи

В норме кислая или слабо-кислая.
Реакцию в шелочную сторону может сдвигать преобладание растительной пищи в диете.

Щелочная реакция наблюдается при циститах, пиелитах, гематурии, после рвоты, при рассасывании экссудатов.

Кислая реакция выявляется при лихорадке, диабете, голодании, почечной недостаточности.
Всегда кислая реакция при туберкулезе почек.

Протеинурия

В нормальной моче имеется незначительное содержание белка, которое не определяется лабораторными методами.

Следы белка могут обнаруживаться у здоровых людей.

Протеинурия бывает при всех заболеваниях почек и колеблется от десятых до десятков и сотен промиль.

Причины функциональной протенуирии

- нефротический синдром (более 3,5 г в сутки);
- интерстициальный нефрит, пиелонефрит;
- лекарственное поражение (фенацетин, литий);
- тяжелые металлы (ртуть, свинец, кадмий);
- саркоидоз;
- отторжение почечного трансплантата;
- болезнь Вильсона, кисты в мозговом слое почки, оксалоз, синдром Фанкони.

При обнаружении в моче только альбуминов речь может идти о функциональной протеинурии.

Необходимо определение белка в суточной порции, так как в отдельных порциях возможно снижение уровня белка за счет увеличения диуреза, а также, наоборот, повышение днем за счет физической нагрузки.

У здорового человека в сутки может выделяться до 30-40 мг белка.

Функциональную протеинурию вызывает токсическое влияние молочной кислоты на почечные клубочки. Она является преходящей и прекращается после прекращения действия вызывающего фактора.

Причины функциональной протенуирии

- у новорожденных в первые дни жизни;
- при приеме богатой белками пищи (алиментарная);
- после значительной физической нагрузки, после холодного душа;
- после стресса;
- после глубокой пальпации почек и травмы почек;
- лихорадка.

Ортостатическая протеинурия выявляется у 15% подростков и у 3% здоровых взрослых.

Отсутствует в утреннее время, при постельном режиме.

Часто сопутствует лордозу поясничной области позвоночника.

Причина - нарушение гемодинамики в почечных клубочках.

Обычно по течению доброкачественная и со временем проходит.

При суточной протеинурии выше 3 г в сутки большое значение для диагностического поиска могут иметь анамнестические данные, так как большой ряд заболеваний могут вызывать ***внепочечную протеинурию.***

Внепочечная протеинурия

- преренальная протеинурия - повышение белка в плазме крови (гемолиз, миоглобин, белок Бенс-Джонса, при лейкозах);
- нефропатия беременных, задержка лактации;
- постренальная (белок из мочевыводящей системы - катаральные и гнойные процессы в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, мочекаменная болезнь, опухоли мочевого пузыря);
- недостаточность кровообращения;
- ацидоз;
- болезни крови (железодефицитная анемия, болезнь Аддисона-Бирмера);
- инфекционные болезни, особенно с лихорадкой или в стадии выздоровления, аллергия;
- после приступа эпилепсии

Внепочечная протеинурия

- сахарный диабет, цирроз печени, подагра;
- миеломная болезнь;
- синдром Фанкони;
- гиперпаратиреоз;
- системные заболевания соединительной ткани;
- рак легких, желудочно-кишечного тракта или урогенитальной системы с метастазами;
- рентгеноконтрастные вещества;
- пенициллин и аминосалициловая кислота в больших дозах.

Протеинурия клубочкового происхождения

- идиопатическая (гломерулонефрит);
- инфекция (стрептококковая, гепатит В);
- лекарственные средства (каптоприл, пеницилламин, героин, нестероидные противовоспалительные препараты и др.);
- аутоиммунные процессы (СКБ, ревматоидный артрит, дерматомиозит, язвенный колит, синдром Гудпасчера, узелковый полиартериит);
- болезни сердца застойного типа, артериальная гипертония; нарушения обмена веществ (сахарный диабет, амилоидоз, болезнь Фабри);
- пиелонефрит.

Глюкозурия - сахар в моче.

В норме содержание глюкозы минимально (0,03-0,15 г/л), которое не обнаруживается обычными методами.

Гипергликемическая глюкозурия

- алиментарная;
- сахарный диабет;
- центрального генеза (сотрясение мозга, инсульт, эмоциональная);
- гипоинсулинизм;
- усиленное вьделение гипергликемических гормонов (опухоль гипофиза, акромегалия, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, феохромоцитома) ;
- гормоны (адреналин, АКТГ, кортикостероиды, тироксин, соматотропный гормон);
- лекарственные средства (анестетики, внутривенное введение NaCl, кофеин, морфин, транквилизаторы, фуразолидон);
- поражение паренхимы печени (нарушение перехода глюкозы в гликоген).

Почечная глюкозурия

- острый гломерулонефрит;
- токсическое поражение почечных канальцев;
- тубулярная нефропатия;
- атеросклероз;
- 2-я половина беременности.

Для начала поиска по выявлению ***причин глюкозурии*** необходимо ***расспросить больного о наличии*** у него хронических заболеваний почек, печени, сахарном диабете, о получаемой терапии (для исключения медикаментозной причины), а также ***исключить*** физиологическую глюкозурию, которая возможна при введении с пищей большого количества углеводов (*алиментарная*), после эмоционального напряжения.

Гематурия

Это

выделение крови с мочой

Различают

микрогематурию

макрогематурию

*

Почечная гематурия

- гломерулонефрит;
- ангионевротический отек мочевыводящих путей, тромбоэмболия сосудов почек, инфаркт почек;
- нефротический синдром, некроз почечных канальцев;
- травма органов мочеполовой системы, камни;
- инфекции мочеполовой системы (пиелонефрит, туберкулез почек), лейшманиоз;
- опухоль почки.

Внепочечная гематурия

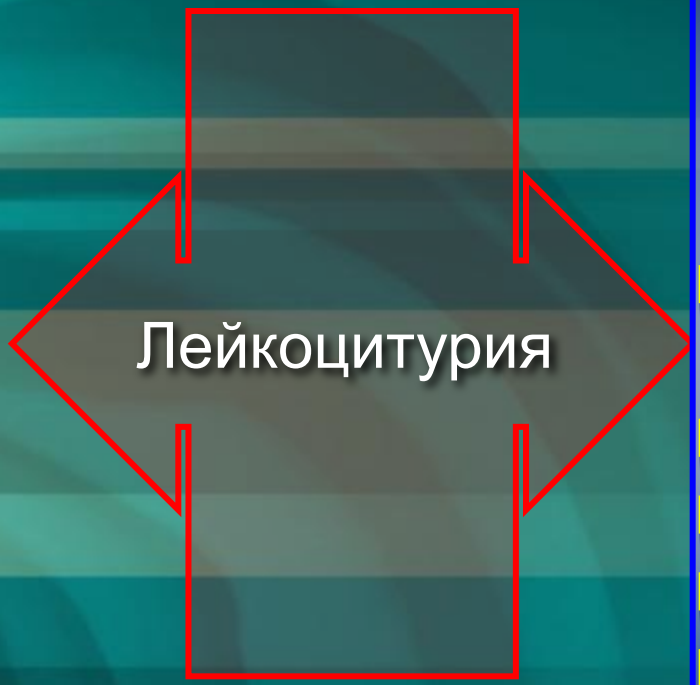
- интенсивная физическая нагрузка (у 18% спортсменов);
- бактериальный эндокардит, гранулематоз Вегенера, СН (застой в почечных сосудах - повышение проницаемости эндотелия почечных клубочков);
- дефицит витамина С (микрогематурия у '/з больных);
- поражение мочевыводящих путей - кровотечение из мочеточника, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, предстательной железы (опухоли, камни, травмы);
- геморрагические диатезы (гемофилия, тромбоцитопения, болезнь Верльгофа, лейкозы);
- лекарственные препараты (индометацин, кумарин, фенилбутазон, ацетилсалициловая кислота, фенацетин)
- отравление кислотами и щелочами.

Оценка гематурии

Один эпизод микрогематурии может быть следствием вирусной инфекции, травмы, физической нагрузки.

Трехстаканная проба - если имеет место кровотечение из мочеиспускательного канала, то кровь обнаруживается только в 1-й порции мочи, а кровь из почек равномерно присутствует во всех 3 порциях.

В норме в моче имеется до 5-6 лейкоцитов в поле зрения.



- воспалительный процесс - пиелонефрит, пиелит, цистит, уретрит
- нефротический синдром
- гломерулонефрит
- СКВ
- туберкулез почек
- капиллярный гломерулосклероз.

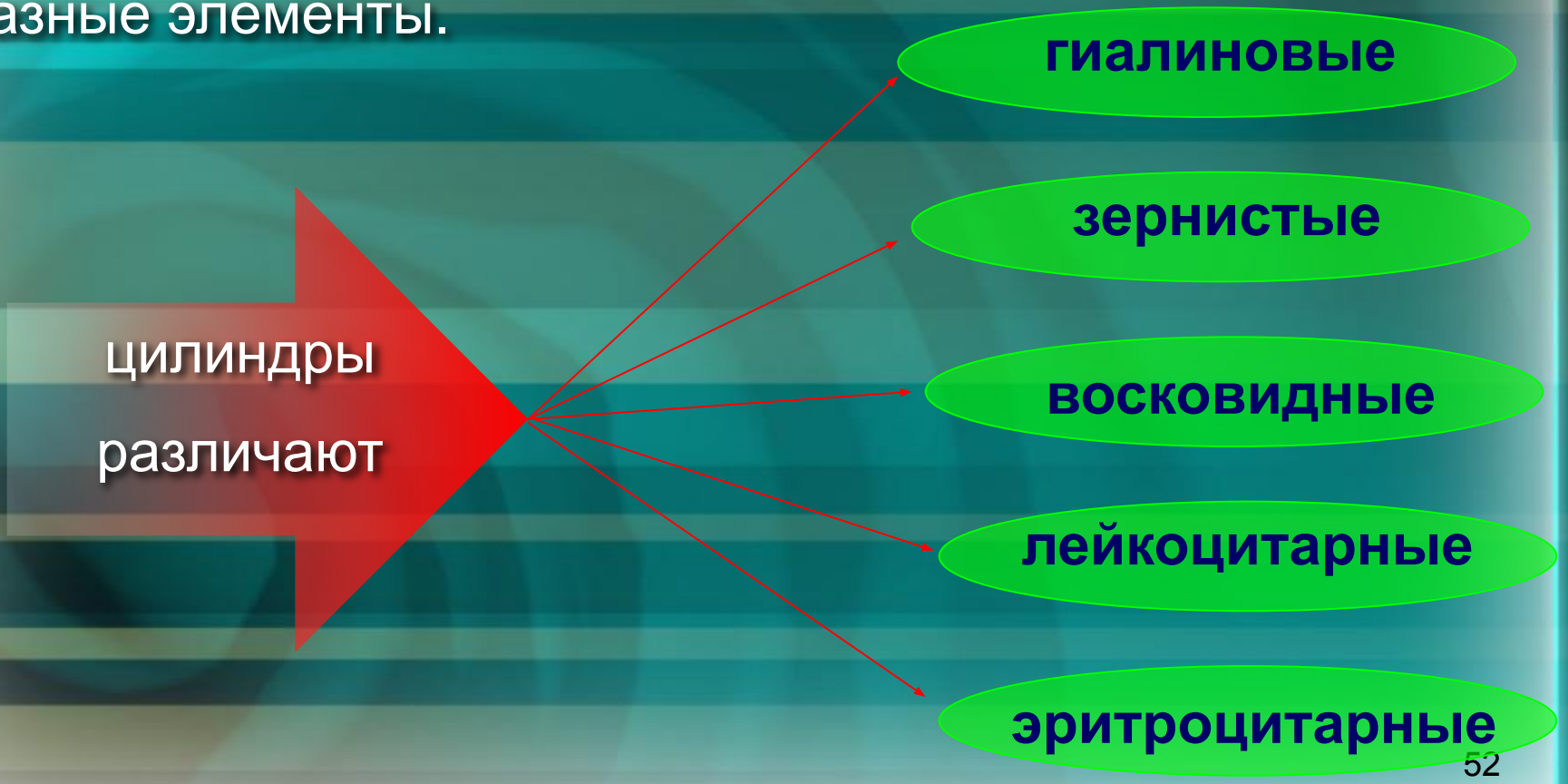
*

Диагностика лейкоцитурии

Двухстаканная проба (увеличение лейкоцитов в 1- й порции свидетельствует о воспалении мочеиспускательного канала или предстательной железы, во 2-й - в мочевом пузыре, лоханке, почке).

Для определения клеточных элементов имеет значение анализ мочи по Нечипоренко.

Цилиндры образуются в случае протеинурии, состоят из белка, или на белковую основу наслаиваются разные элементы.



*

Образуются в результате свертывания белка в канальцах

*

Зернистые цилиндры образуются при распаде клеток и свидетельствуют об органическом поражении паренхимы почек.

Восковидные цилиндры встречаются при выраженной протеинурии, являются симптомом тяжелого поражения паренхимы почек и свидетельствуют, что в некоторых канальцах потока мочи почти нет.

Практически это *атрофия нефрона*.

Эпителиальные цилиндры	образуются уплотненными клетками канальцевого эпителия почек. Являются признаком дегенеративных изменений в канальцевом отделе нефрона и у здоровых людей не обнаруживаются
Эритроцитарные цилиндры	являются результатом прилипания эритроцитов к гиалиновым цилиндрам. Свидетельствуют о клубочковой эритроцитурии
Лейкоцитарные цилиндры	говорят о наличии инфекционного процесса в почках

*

Эпителиальные клетки

Норма - единичные эпителиальные клетки в поле зрения.

Плоский эпителий

- предрак или рак мочевого пузыря, микротравмы после катетеризации мочевого пузыря.

Переходный эпителий

- предрак или рак мочевого пузыря, инфекции мочевыводящих путей,мочекаменная болезнь.

Почечный эпителий

-гломерулонефрит, пиелонефрит, нефропатия, застойная СН.

*

Бактериурия

В норме отсутствует.

Пиурия

- пиелонефрит, пиелит (при хроническом может отсутствовать);
- воспалительные процессы в предстательной железе, в женских половых органах;
- карбункул почки;
- прорвавшиеся в мочевые пути гнойные процессы малого таза (пиурия появляется внезапно, на фоне кратковременного улучшения состояния больного);
- циститы, уретриты, рак мочевого пузыря; тромбоз почечных вен;
- токсический шок;
- туберкулез почек.

Амилаза

Повышение

уровня происходит параллельно повышению в крови:

- острый и хронический панкреатит;
- аппендицит, перитонит;
- перфорация язвы желудка или 12-перстной кишки;
- введение кортизола.

Снижение

- поражение паренхимы печени (гепатит, цирроз, опухоль);
- сахарный диабет;
- гипотиреоз;
- обширные ожоги кожи.

*

Креатинин

Повышение

- интенсивная мышечная работа;
- чрезмерное потребление мяса;
- острые инфекции;
- распад поперечнополосатой мускулатуры;
- сахарный и несахарный диабет.

Снижение

- уремия
- гломерулонефрит

*

Уробилинурия

В норме уровень уробилиногена до **4 мг**.

Полное отсутствие указывает на **обтурационную желтуху.**

- поражение паренхимы печени (вирусный гепатит, венозный застой, цирроз, инфекционный мононуклеоз, метастазы в печень, малярия, скарлатина);
- усиленное образование уробилиногена в кишечнике;
- отравление свинцом;
- B_{12}-дефицитная анемия, серповидноклеточная анемия, полицитемия;
- кровоизлияние в ткани (инфаркты легких, ушибы, инфаркты миокарда).

Повышение ← **Уробилинурия** → ***Снижение***

- закупорка желчных путей, рак головки поджелудочной железы;
- лекарственные средства, утнетающие холестаз или бактериальную флору ЖКТ.

*

Неорганизованный осадок мочи - это соли, выпавшие в осадок в виде кристаллов или аморфных тел.

оксалаты - при нарушении минерального обмена, мочекаменной болезни, при употреблении большого количества помидоров, щавеля, апельсинов и др.

ураты выявляются при гиповолемии (рвота, понос), гипергидрозе, лейкозах, при приеме цитостатиков, патологии дыхательной системы; мочевая кислота - снижается при почечной недостаточности, обменных нарушениях, повышается при подагре, миелопролиферативных заболеваниях.

*

кислый мочекислый аммоний выявляется при воспалении мочевыводящих путей;

фосфат кальция - при ревматизме, анемии;

сульфат кальция - вариант нормы, возможен при употреблении минеральной воды;

*

гиппуровая кислота - при сахарном диабете, алиментарные причины - при приеме салицилатов, употреблении брусники, черники; аммиак-магнезии фосфат - при цистите, при преобладании в рационе растительной пищи;

лейцин является продуктом разложения белков, повышается при заболеваниях печени, B_{l2}- дефицитной анемии, лейкозах;

жирные кислоты сопутствуют жировой дистрофии органов.

*

На уровне поликлиники у врача имеется возможность проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

пробы по Нечипоренко и Зимницкому, биохимический состав крови может отражать функциональные способности почек. ультразвуковая диагностика

В специализированных отделениях клиник возможно проведение более сложных диагностических исследований

*

рентгенологическое обследование - экскреторная урография, уротомография, инфузионная урография, почечная ангиография.

Также проводятся инструментальные методы обследования

цистоскопия, катетеризация мочевого пузыря, проводятся биопсия почек и радиоизотопные методы исследования.

*

Хронический пиелонефрит

Хронический пиелонефрит получил характеристику «великого имитатора» патологии, так как может протекать «под маской» различных заболеваний.

Хронический пиелонефрит *- неспецифический инфекционно-воспалительный процесс в почечной паренхиме с преимущественным поражением межуточной ткани и вовлечением лоханки и чашек.*

*

Классификация

По локализации:

односторонний, двусторонний, тотальный, сегментарный.

По возникновению:

первичный, вторичный.

Клинические формы: гипертоническая, нефротическая, септическая, гематурическая, анемическая, смешанная.

По активности воспалительного процесса (Н.А. Лопаткин): фазу активного воспалительного процесса, фазу латентного воспалительного процесса, фазу ремиссии.

*

При исследовании крови в фазе обострения можно выявить *нейтрофильный лейкоцитоз* со сдвигом влево, небольшое ускорение СОЭ, положительные острофазовые реакции при биохимическом исследовании.

Иногда при ухудшении состояния лейкоцитоз сменяется лейкопенией, что указывает на ухудшение прогноза.

Мочевой синдром

при хроническом пиелонефрите характеризуется *лейкоцитурией* (количество лейкоцитов говорит об остроте процесса).

Они попадают в мочу в результате интерстициального воспаления, из воспаленной слизистой оболочки мочевыводяших путей.

*

Обнаружение в осадке утренней мочи *клеток Штернгеймера-Малбина* (сегментоядерных нейтрофильных гранулоцитов, увеличенных вдвое, цитоплазма которых окрашивается спиртовым раствором сафронина с генциановым фиолетовым в бледно-голубой цвет, а ядра в темный) - показатель воспалительного процесса в мочевой системе.

*

Важным и ведущим симптомом пиелонефрита является бактериурия.

Если число бактерий в 1 мл мочи превышает 100 000,

то необходима идентификация микробной флоры

и определение ее чувствительности к антибиотикам и уросептикам посевом мочи на питательные среды

*

Важным диагностическим признаком хронического пиелонефрита является асимметрия данных инструментальных исследований.

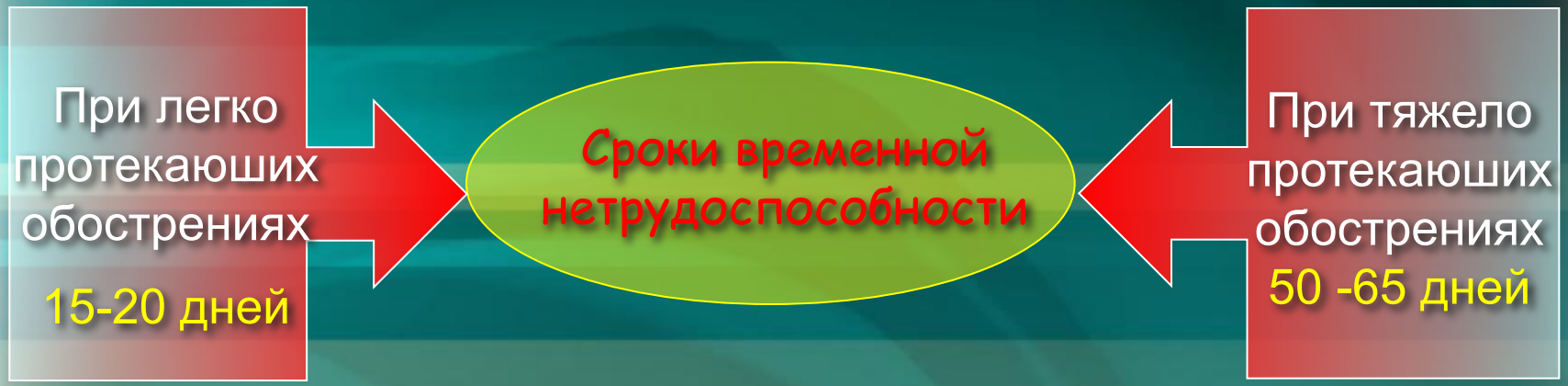
Прогноз зависит от длительности заболевания, одно- или двустороннего поражения почек

глубины их повреждения, вида микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, реактивности макроорганизма

Прогноз хронического пиелонефрита серьезно ухудшают *сопутствующие ему заболевания,* сопровождающиеся застоем мочи, возможными реинфекциями, острыми истощающими заболеваниями.

*

Экспертиза трудоспособности



Больным противопоказан вне обострений тяжелый физический труд, работа, связанная с переохлаждениями.

При неполных ремиссиях, при наличии осложнений (ХПН) больной направляется на МСЭк.

Диспансеризация

Больные хроническим пиелонефритом наблюдаются у терапевта постоянно, с периодичностью 4 осмотра в год.

Каждый раз проводятся: клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи с определением степени бактериурии.

2 раза в год сдается биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, холестерин, билирубин и фракции, глюкоза, мочевина, креатинин, мочевая кислота, липопротеиды).

1 раз в год проводится экскреторная урография, УЗИ почек, радиоизотопная ренография и сцинтиграфия, анализ мочи по Зимницкому.

Диспансеризация

Консультация уролога, стоматолога, ЛОРа, окулиста - 1 раз в год.

По показаниям больному проводят исследование бактериурии на чувствительность к антибиотикам, брюшную аортографию, пробу Реберга, компьютерную томографию, пункцию биоптата почки.

Наблюдение у нефролога проводится 1-2 раза в год.

Проводятся санация очагов инфекции и противорецидивные курсы антибиотикотерапии.

Острый гломерулонефрит

Острый гломерулонефрит (ОГИ) - острое диффузное заболевание почек, развивающееся на иммунной основе и первично локализующееся в клубочках, с последующим вовлечением в патологический процесс всех почечных структур.

Первичное заболевание - как это установлено почти в 90% случаев - связано со стрептококковой инфекцией.

Впервые заболевание описал R Bright, объединив протеинурию, водянку (отеки) и гипертрофию сердца (гипертонический синдром) в качестве клинических признаков болезни почек, получившей название «Брайтовой болезни».

*

Классификация

По клиническому течению можно разделить:

- подострый диффузный гломерулонефрит
- хронический диффузный (первично хронический и вторично хронический)
- острый диффузный гломерулонефрит
- очаговый нефрит

Боли в поясничной области

наблюдаются у 1/з пациентов. Они обычно двусторонние, малоинтенсивные, без иррадиации, могут продолжаться до нескольких недель.
Боли связаны с растяжением почечной капсулы увеличившимися почками и гематурией.

Одним из ранних признаков ОГН являются *отеки,* которые встречаются у 70% больных.

*

Лицо больного

бледное, одутловатое, с припухшими отечными веками и суженными глазными щелями, набухшие шейные вены - характерное *jacies nephritica.* Отеки также могут быть заметны на мошонке, голенях и стопах. У детей при ОГН можно наблюдать анасарку. Обычно отеки более выражены по утрам. Характерно быстрое развитие отеков и относительно быстрое их исчезновение.

Повышение АД при ОГН встречается

в 70-90% случаев. Обычно повышается незначительно, до 20 мм рт. Ст.

Артериальная гипертония обусловлена задержкой натрия и воды, активацией ренин-ангиотензинальдостероновой системы, активацией симпатико-адреналовой системы и снижением функции депрессорной системы почек.

*

Диагностика

Лабораторные данные имеют ведущее значение в диагностике ОГН.

В моче у большинства больных появляются *протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.*

В первые дни болезни выявляется олигурия.

Суточное количество мочи уменьшается до 400-500 мл.

*

Течение и прогноз

Течение ОГН в большинстве случаев благоприятное и заканчивается *выздоровлением* пациента.

Наиболее длительно сохраняются артериальная гипертония и протеинурия.

Однако при затянувшихся формах имеется вероятность перехода процесса в хронический у 10-20% пациентов.

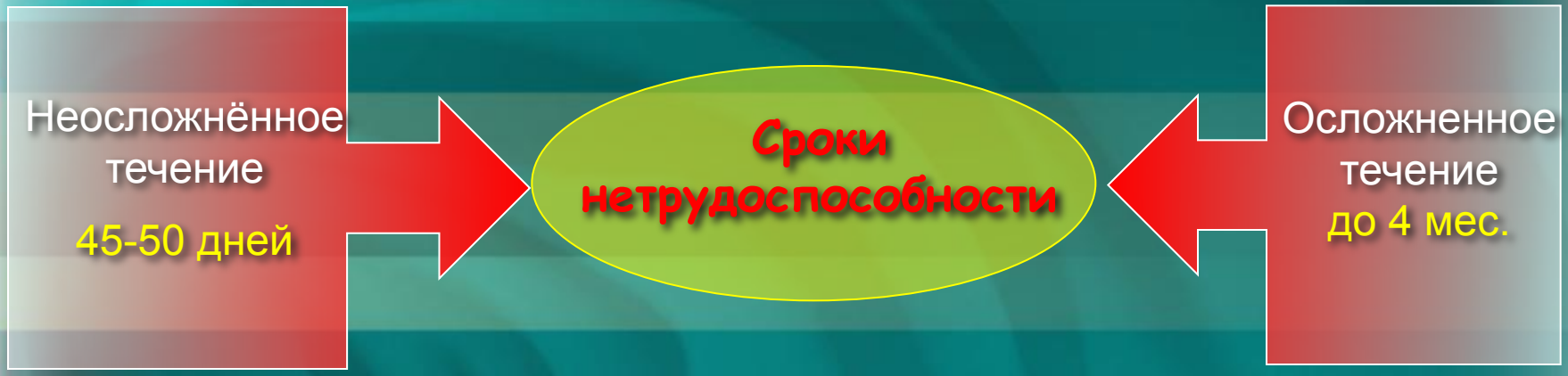
Переход в хроническую форму также возможен при латентном течении болезни.

Хроническому течению заболевания способствуют несвоевременная диагностика и запоздалая госпитализация больного ОГН, неадекватно проводимая терапия, нарушение больным режима.

*

Экспертиза трудоспособности

Лечение **ОГН** проводится в условиях стационара. Дальнейшее долечивание - в поликлинике.



При трудоустройстве следует избегать направления на работу, связанную с переохлаждением, контактами с нефротоксичными веществами (соли тяжелых металлов и др.).

*

Диспансеризация

После острого гломерулонефрита больные состоят на диспансерном учете 3 года. В течение I-го года регулярно сдаются общие анализы мочи и крови (первые 2 мес - через 2 нед, далее 1 раз в 1-2 мес), при отсутствии изменений в анализах в последующие 2 года обследование проводится 1 раз в 4 мес.

Обследование специалистов (стоматолог, оториноларинголог, гинеколог, уролог, окулист) - 1 раз в год. Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций, хлориды) и анализы мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга - проводятся 2 раза в год. УЗИ почек и биопсия проводятся по показаниям.

Пациенты снимаются с учета при полном отсутствии патологических изменений в анализах мочи и крови через 3 года от начала заболевания.

Если в течение 1,5 лет сохраняются изменения в анализах мочи, то считается, что заболевание перешло в хроническую стадию, и такие пациенты наблюдаются как пациенты с хроническим гломерулонефритом.

Хронический гломерунефрит

Хронический гломерулонефрит - двустороннее хроническое диффузное заболевание почек иммунного генеза, которое характеризуется постепенной, неуклонной гибелью клубочков, сморщиванием почки, постепенным понижением функции, развитием АГ и смертью от хронической почечной недостаточности.

Классификация

На основании результатов пункционной биопсии по морфологическим признакам В.В. Серов выделяет следующие основные типы-фазы хронического гломерулонефрита

- мезангиальный гломерулонефрит (мезангиопролиферативный, мезангиокапиллярный, лобулярный);
- фокально-сегментарный;
- мембранозный;
- фибропластический;
- минимальные изменения клубочков.

Клинические варианты течения

- латентный гломерулонефрит;
- гематурический;
- нефротический;
- гипертонический;
- смешанный;
- подострый (злокачественный);
- гломерулонефрит при системных заболеваниях.

По быстроте развития ХПН:

- медленно прогрессирующее течение (ХПН развивается не ранее чем через 10 лет от начала заболевания);
- ускоренно прогрессирующее (2-5 лет);
- быстро прогрессирующее (через 6-8 мес).

*

Экспертиза трудоспособности

*

При неблагоприятном течении заболевания, признаках ХПН больные направляются на МСЭК для установления группы инвалидности.

III *группа инвалидности* устанавливается при ежегодных (I раз в год) обострениях.

II группа инвалидности при частых (более 1 раза в год) обострениях, выраженном нефротическом синдроме, при гипертонической форме гломерулонефрита, имеющей сердечно-сосудистые осложнения.

I группа у больных с хронической почечной недостаточностью.

При хроническом гломерулонефрите запрещена работа в ночные смены, работа, связанная с переохлаждением, с чрезмерной физической и психической нагрузкой.

*

Диспансеризация

Больные наблюдаются пожизненно: при гипертонической форме 2 раза в год, при нефротической форме - 4 раза в год. 1 раз в год осмотр специалистов: гинеколога, стоматолога, уролога, ЛОРа, офтальмолога.

Исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи 2 раза в год при гипертонической форме ГН и 4 раза в год - при нефротической форме ГН; проба по Зимницкому - по показаниям; биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевина, креатинин) - 2 раза в год; ЭКГ - 2 раза в год.

Основные мероприятия: санация очагов инфекции, физиотерапия, санаторно-курортное лечение, диета. Больные находятся под наблюдением нефролога, при его отсутствии - участкового терапевта.

Благодарю за внимание