

Тема лекции: «Острый и хронический гломерулонефриты».

План лекции.

1. Определение, этиология, предрасполагающие факторы (факторы риска), особенности анамнеза, патогенез острого и хронического гломерулонефрита
2. Классификация, примерная формулировка диагноза.
3. Клиника: жалобы, физикальные данные, лабораторно-инструментальное исследование.
4. Диагностические критерии, дифференциальная диагностика.
5. Осложнения, течение, прогноз заболеваний.

Текстовый материал лекции.

Острый гломерулонефрит - острое иммуновоспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочков почек.

Этиология. Патогенез:

Чаще острый гломерулонефрит развивается через 6-20 дней после перенесенной инфекции, обычно стрептококковой (ангина, тонзиллит, скарлатина). Чаще возбудитель - В-гемолитический стрептококки. Заболевание может развиваться и после других инфекций: вирусы, паразиты, после введения сывороток, вакцин. Предрасполагающие факторы: охлаждение, хронические очаги инфекции, аллергические реакции.

В результате воздействия инфекционного фактора появляются антитела, образуется комплекс АГ+АТ, который вызывает поражение клубочков. Развивается ишемия почек, повышается выработка ренина, повышается АД, повышается проницаемость стенок капилляров.

Хронический гломерулонефрит. _ - хроническое иммуновоспалительное поражение почек

Этиология: Предрасполагающие факторы:

- травма
- инсоляция
- переохлаждение

Среди инфекционных факторов играет роль В-гемолитический стрептококк, вирус гепатита В, паразитарные инфекции Среди неинфекционных факторов: алкоголь, нарушение обмена мочевой кислоты, лекарственные вещества, диффузные заболевания соединительной ткани.

2.Классификация, примерная формулировка диагноза

Существует несколько классификаций гломерулонефрита.

По течению процесса различают:

- Острый диффузный гломерулонефрит. По клиническим характеристикам разделяется на две формы:

1. Циклическую форму, имеющую бурное острое начало заболевания и как правило относительно быстрое выздоровление. Однако даже после курса лечения у больных очень долго наблюдаются циклические всплески слабой протеинурии и гематурии.
2. Латентную. Последнюю часто относят к подострому виду гломерулонефрита. Характеризуется слабо выраженной клинической картиной.
 - Хронический гломерулонефрит. Разделяется по клиническим формам на:
 1. Нефритическую форму - характеризуется тем, что ведущим синдромом является нефритический с признаками воспаления почек.
 2. Гипертоническую форму - характеризуется преобладанием среди всех синдромов - гипертонического.
 3. Смешанную форму или нефритически-гипертоническую. Как можно понять из самого названия клинической формы, в данной ситуации присутствуют проявления и нефритической и гипертонической форм.
 4. Латентную форму. Практически не имеет явной клинической картины за исключением слабо выраженного мочевого синдрома. Эта форма острого нефрита очень часто перерастает в хронический вид.
 5. Гематурическую форму, которая проявляется только наличием гематурии.
 1. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

По этиологии и патогенезу различают:

- Первичный гломерулонефрит - развивающийся в следствии непосредственного морфологического разрушения почек.
- И вторичный гломерулонефрит, который является следствием основного заболевания. Например инфекционная инвазия бактериями, вирусами и другими вирулентными микроорганизмами, наркотиками, злокачественными образованиями или системными заболеваниями, например системная красная волчанка, васкулит и так далее.

3. Клиника: жалобы, физикальные данные, лабораторно-инструментальное исследование.

Острый гломерулонефрит

Симптомы острого диффузного гломерулонефрита появляются спустя одну-три недели после инфекционного заболевания, обычно вызванного стрептококками (ангина, пиодермия, тонзиллит). Для острого гломерулонефрита характерны три основные группы симптомов:

- мочевого (олигурия, микро- или макрогематурия);
- отечный;
- гипертонический.

Начинается гломерулонефрит с повышения температуры (возможна значительная гипертермия), познабливания, общей слабости, тошноты, снижения аппетита, головной боли и боли в поясничной области. Больной становится бледным, его веки отекают.

При остром гломерулонефрите наблюдается уменьшение диуреза в первые 3-5 суток от начала заболевания. Затем количество выделяемой мочи увеличивается, но снижается ее относительная плотность.

Еще один постоянный и обязательный признак гломерулонефрита – гематурия (наличие крови в моче). В 83-85% случаев развивается микрогематурия. В 13-15% возможно развитие макрогематурии, для которой характерна моча цвета «мясных помоев», иногда – черная или темно-коричневая.

Одним из наиболее специфичных симптомов гломерулонефрита являются отеки лица, выраженные по утрам и уменьшающиеся в течение дня. Следует отметить, что задержка 2-3 литров жидкости в мышцах и подкожной жировой клетчатке возможна и без развития видимых отеков. У полных детей дошкольного возраста единственным признаком отеков иногда становится некоторое уплотнение подкожной клетчатки.

У 60% больных острым гломерулонефритом развивается гипертония, которая при тяжелой форме заболевания может длиться до нескольких недель. В 80-85% случаев острый гломерулонефрит вызывает у детей поражение сердечно-сосудистой системы. Возможны нарушения функции центральной нервной системы и увеличение печени.

Выделяют два основных варианта течения острого гломерулонефрита:

- типичный (циклический). Характерно бурное начало и значительная выраженность клинических симптомов;
- латентный (ациклический). Стертая форма гломерулонефрита, характеризующаяся постепенным началом и слабой выраженностью симптомов. Представляет значительную опасность вследствие позднего диагностирования и тенденции к переходу в хронический гломерулонефрит.

Хронический гломерулонефрит

Латентный - проявляется лишь изменениями в моче (протеинурия, эритроцитурия). Течение медленно прогрессирующее.

Нефротический - протеинурия, снижение диуреза, отеки. Гипертонический - изменения в моче незначительные, ведущий симптом - повышение АД, с гипертрофией левого желудочка, изменения глазного дна. Осложнения: инсульт, инфаркт, сердечная астма. Течение, прогрессирующее с исходом в ХПН.

Смешанный - сочетание нефротического синдрома с гипертоническим синдромом. Отеки, протеинурия, повышение АД. Неуклонно прогрессирующее течение.

4. Диагностические критерии, дифференциальная диагностика.

Постановка диагноза «острый гломерулонефрит» производится на основании анамнеза (недавно перенесенное инфекционное заболевание), клинических проявлений (отеки, артериальная гипертензия) и данных лабораторных исследований.

По результатам анализов характерны следующие изменения:

- микро- или макрогематурия. При макрогематурии моча становится черной, темно-коричневой, или приобретает цвет «мясных помоев». При микрогематурии изменения цвета мочи не наблюдается. В первые дни заболевания в моче содержатся преимущественно свежие эритроциты, затем – выщелочные.
- умеренная (обычно в пределах 3-6%) альбуминурия в течение 2-3 недель;
- зернистые и гиалиновые цилиндры при микрогематурии, эритроцитарные – при макрогематурии по результатам микроскопии мочевого осадка;
- снижение диуреза при проведении пробы Зимницкого. Сохранность концентрационной способности почек подтверждается высокой относительной плотностью мочи;

- снижение фильтрационной способности почек по результатам исследования клиренса эндогенного креатинина;
- проводятся пробы по Зимницкому, Нечипоренко, Амбурже

По результатам общего анализа крови при остром гломерулонефрите выявляется лейкоцитоз и повышение СОЭ. Биохимический анализ крови подтверждает увеличение содержания мочевины, холестерина и креатинина, повышение титра АСГ и АСЛ-О. Характерна острая азотемия (повышение содержания остаточного азота). Проводится УЗИ почек и УЗДГ сосудов почек. Если данные лабораторных исследований и УЗИ сомнительны, для подтверждения диагноза гломерулонефрита производится биопсия почки и последующее морфологическое исследование полученного материала.

Хронический гломерулонефрит

Анализ мочи: макрогематурия (цвет «мясных помоев») протеинурия олигурия

Анализ крови: повышение титров антистрептококковых АТ, диспротеинемия, повышение СОЭ

Проба Зимницкого: гипоизостенурия, олигурия, никтурия.

Контрольные вопросы для самоподготовки студентов:

1. Осложнения хронического гломерулонефрита.
2. Дифференциальная диагностики мочевого синдрома.

Литературные источники.

1. Внутренние болезни в 2 т.учебник. Т.1. / Под ред. А.И.Мартынова М.: ГЭОТАР-Мед 2005.
2. Внутренние болезни: учебник /В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Внутренние болезни : учебник / Под ред. С.И. Рябова. СПб.: СпецЛит, 2006.
4. Внутренние болезни : учебник: в 2 т. Т.1 / Под ред. А.И. МартыноваМ. : ГЭОТАР-Мед, 2004.
5. Пульмонология. Клинические рекомендации / Ред. А.Г. Чучалин. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007
6. Пульмонология: национальное руководство Под. Ред. А.Г. ЧучалинаМ.:ГЭОТАР-Медиа, 2009
7. Пульмонология : пер. с англ.Ред. Н.А. Бун М. :РидЭлсивер, 2009

