



Гломерулонефрит: діагностика, диференційний діагноз.

ПЛАН

- ВИЗНАЧЕННЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ
- ПАТОГЕНЕЗ
- СИНДРОМИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ
- КЛАСИФІКАЦІЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ
- ДІАГНОСТИКА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ
- ЛІКУВАННЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ
- КЛІНІЧНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ
- АМБУЛАТОРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ



Гломерулонефрит - іммунозапальне захворювання з переважним ураженням судин клубочків обох нирок, що протікає у вигляді гострого або хронічного процесу з повторними загостреннями і ремісіями, що має прогресуючий перебіг, характеризується поступовою, але неухильною загибеллю клубочків, зморщуванням нирки.

Вперше описаний **Річардом Брайтом** в 1827 р

Патогенез гломерулонефрита

механізми пошкодження клубочків

імунні

неімунні

Є два механізми такого пошкодження:

1. дія нефротоксических антитіл,
в основному проти базальної
мембрани клубочків (анти-БМК антитіла).
2. відкладення імунних комплексів.

1. Активация медіаторів запалення

Гломерулонефрит з мінімальними
змінами і гломерулонефрит з
напівлуннями

Синдроми при гломерулонефриті:



1. Сечовий синдром:

- протеїнурія
- рецидивна гематурія, яка може варіювати від мікрогематури (асимптоматична) до макрогематурії
- лейкоцитурія
- циліндрурія

2. Гіпертензія:

- Затримка натрію і води (вторинний гіперальдостеронізм, зменшення швидкості клубочкової фільтрації при важкій ХНН)
- Підвищена чутливість до нормально функціонуючих пресорних механізмів

3. набряки

4. Нефритичний синдром

- олігурія
- гематурія
- гіпертензія
- набряки

3. НЕФРОТИЧНИЙ СИНДРОМ (НС) -

неспецифічний клініко-лабораторний симптомокомплекс, що виражається у вигляді масивної протеїнурії (3 г / добу і більше), порушеннях білково-ліпідного і водно-сольового обміну.

Ці порушення проявляються:

- **Гіпопротеїнемією** (менше 60 г / л)
- **Гіпоальбумінемією** (менше 35 г / л)
- **Диспротеїнемією** (з переважанням гамма-глобулінів)
- **Гіперліпідемією** (збільшення синтезу ліпопротеїнів в печінці, порушення виведення, зниження активності ліпаз)
- **Ліпідурією**
- **Набряками** до ступеня анасарки (гіпопротеїнемія, зниження онкотичного тиску плазми, перерозподіл рідини в інтерстиціальний простір, зменшення об'єму циркулюючої крові, активізація РААС, збільшення секреції альдостерону, одночасне зниження швидкості клубочкової фільтрації підвищує реабсорбцію натрію і води).
- **Зростання частоти тромбозів** (венозний застій, зниження ОЦК, підвищення концентрації деяких факторів згортання)

Постінфекційний (гострий дифузний проліферативний) гломерулонефрит



Клініка:

- починається раптово, гостро через 7-14 днів після перенесеної інфекції
- виражене нездужання, нудота і інші симптоми інтоксикації
- Фебрильне підвищення температури
- Виражені набряки на обличчі, особливо периорбітальні
- Слабко виражена гіпертензія
- З'являється олігурія (різке зниження кількості сечі)
- Сеча темніє (кольору "м'ясних помийв") в результаті гематурії

Постінфекційний (гострий дифузний проліферативний) гломерулонефрит

Провідні скарги

- *Болі.* У поперекової області у 50-75% всіх хворих, виникають в перші дні, ниючий характер. В основі набряк і збільшення обсягу нирки, здавлення нервово-судинних закінчень. Тривалість - до декількох тижнів.
- *Зниження працездатності.* Прояв інтоксикації. Характерно для абсолютної більшості хворих.
- *Головний біль.* У ряду хворих зумовлена підвищенням артеріального тиску (зростання внутрішньочерепного тиску). При нормальному АТ - прояв інтоксикації.

- Набряки:

Локалізація:

1. Параорбітальна зона
2. Поперек
3. Нижні кінцівки
4. Рідко - гідроторакс або асцит.

Частота виникнення набряків у хворих на ГГН - 100%.

Постінфекційний (гострий дифузний проліферативний) гломерулонефрит

Набряковий синдром



Лабораторна діагностика при гломерулонефриті:

1. У крові визначається підвищення титру антистрептолізіна-О (при стрептококової гломерулонефриті) і значне зменшення фракції С3 комплементу.
2. Протеїнограма
3. Ліпидограма
4. IgA
5. Тести на ЦІК позитивні (не мають диференційно-діагностичного значення).
6. Антитіла до базальної мембрани
7. Підвищення вмісту в крові азотистих шлаків (сечової кислоти і креатиніну)
8. Січковий синдром:
 - Гематурія,
 - Цилиндрурія (зернисті і еритроцитарні циліндри),
 - Різного ступеня вираженості протеїнурія.

Інструментальна діагностика

- 1. Ультразвукове дослідження нирок**
- 2. Сцинтиграфія нирок**
- 3. Урографія**
- 4. Біопсія нирок (світлова, імунофлюоресцентна та електронна мікроскопія)**

Лікування гломерулонефрита



- ▶ Загальнотерапевтичні заходи
 - Постійний лікарський контроль
 - Активне зниження підвищеного артеріального тиску
 - Контроль споживання рідини. Діуретики при набряковому синдромі.
 - Корекція дієти - зниження споживання білка до 0,8-2,0 г / кг / сут

Постинфекційний (гострий дифузний проліферативний) гломерулонефрит. Лікування.

1. Режим

- Госпіталізація (навіть при підозрі)
- Режим - постільний (до ліквідації екстраренальних симптомів, нормалізації артеріального тиску, зникнення набряків, відновлення діурезу) - 2-4 тижні

2. Дієта. Обмеження Na і води.

- 1 день - «повний голод і спрага». Прийом рідини за рівнем діурезу - + 300-500 мл.
- 2-3 день - Дієта - яблучна (1,5 кг яблук), картопляно-яблучно-гарбузове.
- 4-6 день - розширення режиму: 40 г білка, 320 г вуглеводів, 80 г жирів, К - 50-60 ммоль / л, Са - 400 мг, Na - 30 ммоль / л (<3 г)
- З 2-го тижня - обмеження білка, надлишок К.

Постінфекційний (гострий дифузний проліферативний) гломерулонефрит

Медикаментозна терапія:

- антибіотики 10-14 днів, β -лактамі
- петльові діуретики при набряках
- гіпотензивна терапія (іАПФ)
- дезагреганти - прямі антикоагулянти
- стероїди - преднізолон 100-120 мг на добу
- цитостатики при вираженому нефротичному синдромі.

Азатиопріл 100-150 мг на добу

- при еклампсії - протисудомна терапія, гіпотензивна терапія, сечогінні.

Клінічні форми хронічного гломерулонефриту.

1. Нефротична форма

Найбільш часта форма первинного нефротичного синдрому.

1. Властиве по'єднання нефротичного синдрому з ознаками запального ураження нирок.
2. Клінічна картина захворювання може довго визначатися нефротичним синдромом і тільки в подальшому настає прогресування власне гломерулонефриту з порушенням азотовидільної функції нирок і артеріальною гіпертензією.

2. Гіпертонічна форма

1. Тривалий час серед симптомів переважає артеріальна гіпертензія
2. АТ досягає 180 / 100-200 / 120 мм рт. ст. і може піддаватися великих коливань протягом доби під впливом різних факторів.
3. Розвивається гіпертрофія лівого шлуночка серця, вислуховується акцент II тону над аортою
4. Сечовий синдром мало виражений

Клінічні форми хронічного гломерулонефриту.

3. Змішана форма

При цій формі водночас є нефротичний і гіпертонічний синдроми.

4. Латентна форма

- Часто виникаюча форма
- Виявляється слабо вираженим сечовим синдромом без артеріальної гіпертензії і набряків.
- Може мати дуже тривалий перебіг (10-20 років і більш)
- Призводить до повільного розвитку уремії.

5. Гематурична форма

У ряді випадків хронічний гломерулонефрит може проявлятися гематурією без значної протеїнурії і загальних симптомів (гіпертензія, набряки).

Форми хронічного гломерулонефрита за перебігом:

1. швидко прогресуючий (6-8 міс)
2. прискорено прогресуючий (2-5 років)
3. повільнопрогресуючий (більше 10 років)

Функція нирок:

1. без хронічної ниркової недостатності,
2. з хронічною нирковою недостатністю I, II, III стадії.

Клініко-лабораторні критерії прогресування ХГН:

1. розвиток НС;
2. виникнення і / або наростання артеріальної гіпертензії,
3. набряки,
4. гематурія (з розвитком макрогематурії);
5. збільшення добової протеїнурії (у 5 і > раз);
6. трансформація в більш важку клінічну форму;
7. прогресуюче зниження функції нирок;
8. прогресування морфологічних ознак запалення в тканинах нирок (за даними повторної біопсії).

Лікування ХГН:

1. Дієта, основні принципи ідентичні ГГН. При сечовому синдромі обмеження води, при нефротичному синдромі - вживання рослинних білків і жирів.
2. іАПФ або АТ 1 блокатори
3. Глюкокортикоїди при активному перебігу процесу
4. Цитостатики
5. Гемодіаліз (різні режимами)

Контрольні питання

- ▶ 1) Етіологія гломерулонефриту.
- ▶ 2) Ланки патогенезу гломерулонефриту в залежності від етіології.
- ▶ 3) Класифікація гломерулонефриту.
- ▶ 4) Клініка гломерулонефриту.
- ▶ 5) Діагностичні критерії гломерулонефриту.
- ▶ 6) Описати функціональні тести для виявлення стану нирок.
- ▶ 7) Хвороби, з якими потрібно проводити диференційну діагностику гломерулонефриту.
- ▶ 8) Принципи лікування гломерулонефриту
- ▶ 9) Показання до антибіотикотерапії.
- ▶ 10) Показання до госпіталізації пацієнта з пієлонефритом.
- ▶ 11) Охарактеризувати базисну терапію гломерулонефриту.
- ▶ 12) Рекомендації щодо немедикаментозного лікування гломерулонефриту.
- ▶ 13) Вторинна профілактика гломерулонефриту
- ▶ 14) Прогноз у хворих з гломерулонефритами.

Дякую за увагу!

