Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедрой: ДМН, проф. Петрова М.М.

Реферат на тему:

«Гломерулонефрит»

Выполнил: врач-ординатор 2 года,212 группы,

специальности «Общая врачебная практика» Никитина Т.А

Красноярск 2023 г

Содержание

1.Введение………………………………………………………………………………………3

2. Этиология и патогенез………………………………………………………………………4

3. Классификация……………………………………………………………………………....5

4. Осложнения…………. …………..................................……………………………………..7

5. Диагностика мочевого синдрома………………...………………………………………………………………………7

6. Лечение…………….…………………………………………………………………………9

7. Лечение при наличии осложнений……………………………………………………………………………………..9

8. Заключение …………………………………………………………………………………12

8. Список литературы…………………………………………………………………………13

**Введение**

Острый гломерулонефрит (ОГН) — острое двустороннее иммуновоспалительное заболевание почек с преобладающим повреждением агглютинированного аппарата и поражением почечных канальцев, интерстициальной ткани и сосудов, клинически проявляющееся симптомами почечных и внечерепных заболеваний.

Хронический гломерулонефрит (ХГН) — иммуно-воспалительное, двустороннее заболевание почек, которое приводит к прогрессирующей смерти шарика, артериальной гипертензии и почечной недостаточности.

Термин «гломерулонефрит» означает наличие двустороннего иммунопатологического процесса в основном в гломерулах.

В настоящее время принято выделение первичного гломерулонефрита, который возникает в результате воздействия на почечную ткань различных инфекционных, аллергических и других факторов, и системного гломерулонефрита (вторичного), который возникает при системных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, пурпура Шенлейна-Геноха, узловой периартрит, ревматизм).

Гломерулонефрит может развиться в любом возрасте, но большинство пациентов моложе 40 лет.

Существовавшие ранее условия, реакционная способность организма, условия жизни и питания имеют определенное значение в развитии гломерулонефрита.

**Этиология и патогенез**

Этиологическими факторами являются стрептококковые инфекции (нефритогенные штаммы β гемолитической группы A стрептококков) — стенокардия, тонзиллит, гнойный отит, лицо, фурункулёз.

Пневмококки, возбудители бруцеллеза и другие микроорганизмы также играют роль в развитии острого гломерулонефрита. Среди экзогенных факторов большое значение имеют охлаждение и потребление алкоголя. Причиной этого может быть введение сывороток, вакцин и лекарств.

В жарком климате острому гломерулонефриту чаще всего предшествуют стрептококковые заболевания кожи.

Одним из этнологических факторов является охлаждение тела во влажной среде («канава» нефрита). Охлаждение вызывает рефлекторные нарушения в кровоснабжении почки и влияет на ход иммунологических реакций.

Аутоиммунный патогенез.

**Существуют два возможных механизма развития нефрита:**

1. Формирование в крови циркулирующих комплексов антиген-антител, которые фиксируются в сферах и повреждают их подвальные мембраны;
2. Выработка аутоантител в ответ на поражение почек комплексами экзогенных антител.

Почки слегка увеличены, полнокровные, на поверхности видны мелкие точечные образования красного цвета — поврежденные шарики. Капсула для почек эластична и легко удаляется. При микроскопическом исследовании узлы увеличены, видны фибриновые сгустки.

В некоторых случаях морфологические изменения остаются необратимыми, воспаление прогрессирует, острый гломерулонефрит становится подострым, а затем хроническим.

Хронический гломерулонефрит может быть, в первую очередь, хроническим без ранее имевшего место острого приступа. Острый гломерулонефрит становится хроническим в результате позднего обнаружения и лечения, необоснованного прекращения лечения, нарушения медицинских предписаний.

Если у человека с острым гломерулонефритом есть очаг другого хронического воспаления, есть риск, что болезнь станет хронической даже при правильном лечении.

Этиологические факторы включают в себя: Инфекции (бактериальные, паразитарные, вирусные), неинфекционные факторы (алкоголь, органические растворители, наркотические поражения: препараты, содержащие литий, золото, D-пенициламин, вакцины, сыворотки).

Циркулирующие и фиксированные иммунные комплексы играют главную роль в патогенезе, вызывая повреждение подвальной мембраны почечных капилляров (как в случае пожаров).

Патологические изменения в почечных яйцах не ограничиваются воспалительными изменениями, наблюдается рост соединительной ткани. Этот процесс также влияет на зону, в которую помещаются канальцы. На заключительной стадии заболевания почки значительно уменьшаются в размерах, имеют зернистую поверхность, разреженный корковый слой. Образуются морщины в почках (вторичные морщины в почках).

**Классификация гломерулонефрита**

Хронический и острый гломерулонефрит.

Хроническая форма часто развивается медленно, с незаметным началом, реже наблюдается четкая связь с передаваемой острой формой.

Скрытый гломерулонефрит является наиболее распространенной формой хронического заболевания, которое проявляется только через изменения в моче, иногда с небольшим повышением артериального давления.

Острый гломерулонефрит возникает в подавляющем большинстве случаев после стрептококковой инфекции, которая обычно вызывается гемолитическим стрептококком А. Есть случаи гломерулонефрита после приема лекарств (таких препаратов, как ртуть, антибиотики, сульфаниламиды), вливания белков, употребления большого количества меда, после вакцинации, укусов насекомых, змей и др.

Симптомы появляются вскоре после стрептококковой инфекции (2-3 недели). Клинические проявления разнообразны. Их можно разделить на две основные группы: почечная и экстраренальная.

Заболевание может быстро начаться с развития классической триады симптомов: артериальной гипертензии, отечности, мочевого синдрома. Тем не менее, возможен моносимптомный поток, что затрудняет диагностику.

Жалобы на двусторонние боли в пояснице, повышение температуры тела, олигурию или анурию (менее 50 мл мочи в день). Моча красноватая или «телесного цвета». Повышение артериального давления.

Высокое артериальное давление (обычно до 130/90 — 170/120 мм) вызывается задержкой воды и натрия. Систолическое и диастолическое давление повышаются одинаково, иногда только сначала повышается систолическое давление. Наибольшее повышение артериального давления наблюдается в первые дни заболевания, после чего оно снижается.

Тахикардия. Тональный акцент II выше аорты. Отек локализован на лице и вокруг глаз («бледный отек»), в отличие от сердца он плотный.

Есть головные боли, потеря зрения, тошнота, моторное беспокойство, бессонница.

Курс гломерулонефрита имеет несколько вариантов: с преобладанием отека — нефротическая форма, или артериальной гипертензии — гипертоническая форма. При быстром развитии заболевания и тяжелом течении отек не ограничивается областью лица, а встречается часто. Если артериальная гипертензия сохраняется в течение нескольких недель, может возникнуть гипертрофия левого желудочка, одышка, учащенное сердцебиение и изменения в дне орбиты.

1. острый (циклический) — выражены все симптомы, возникающие на 2-3 педалях после стрептококковой инфекции (стенокардия).
2. Долгосрочный или бессимптомный — может возникнуть только почечный (мочевой) синдром без дополнительных заболеваний почек;
3. нефроз — отеки, массивная протеинурия, гиперхолестеринемия.

**Осложнения**

1. Хроническая почечная недостаточность (ХПН), уремия. По мере развития болезни может произойти отравление организма азотистым шлаком. Они не удаляются вовремя, потому что нарушена функция почек. Общее состояние пациента ухудшается. Язык сухой, дыхание — запах мочи, так как мочевина выделяется через слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта. В случае уремии снижается острота зрения. Уремия — патологическое состояние, поражающее многие органы и системы, в частности, возникает расстройство ЦНС (сонливость, судороги), в некоторых случаях развивается перикардит. При осмотре сыворотки наблюдается повышение уровня креатинина и мочевины (нитемия), ацидоз, гиперкалиемия.
2. хроническая сердечная недостаточность (дистрофия миокарда с повышенным содержанием азота, анемия, ацидоз, артериальная гипертензия) — фортепианоз, одышка, тахикардия, аритмия, удушье; затем — расширение печени, отеки (иногда — до анасарки);
3. Уремический перикардит (сухой или потный) — боль в сердце, фрикционный шум перикарда или ослабление сердечных звуков, осложнённое тампонадой сердца.
4. Сексуальные заболевания: пневмония, пиелонефрит;
5. Злокачественная артериальная гиперестезия может привести к отслойке сетчатки, потере зрения, геморрагическому оскорблению.

**Диагностика мочевого синдрома**

Мочевой синдром характеризуется протеинурией, цилиндричностью, макро- и микрогематурией (измененными эритроцитами). Высокое содержание белка в моче поддерживается только в течение первых 7-10 дней.

ОАК — лейкоцитоз, увеличение SOE.

Образец Зимницкого — олигурия, функция концентрации сохранена.

По словам Нечипоренко, преобладание эритроцитов над лейкоцитами в отложениях мочи (в нефротической форме).

LHC — умеренный азот, ПСА (+), диспротеинемия, повышенный уровень холестерина.

Глазное дно — сужение артерий, расширение вен, отек сетчатки, кровотечение.

Ультразвук почек. В сложных диагностических случаях пункционная биопсия почек должна проводиться с гистологическим исследованием биопсии.

Для уточнения диагноза используются радиоизотопные исследования почек, биопсия почек.

Мочевой синдром характеризуется протиенурией (секреция мочевого белка), гематурией (секреция эритроцитов в моче), а иногда и лейкоцитами (лейкоцитами), которые обычно умеренно экспрессируются. Протеинурия обычно низкая (1 — 2 ppm) и редко достигает 10 ppm. Типичным для острого гломерулонефрита является нестабильность протеинурии, ее быстрое вымирание.

Гематурия встречается почти во всех случаях (до 98%), но ее степень сильно варьируется. У большинства пациентов эритроциты обнаруживаются только под микроскопом (до 40 в поле зрения). В небольшом числе случаев (около 13%) болезнь возникает с выделением кровавой коричнево-красной мочи, которая напоминает мытье мяса. Гематурия не может быть объяснена только повышенной проницаемостью гломерного фильтра, иногда происходят капиллярные разрывы, а в моче содержится мало белка, но много эритроцитов.

**Лечение**

Пациенты обязательно должны быть госпитализированы. Требуется строгая подстилка, необходимо избегать охлаждения. При своевременном лечении через несколько недель будет достигнуто полное выздоровление.

Они прописывают диетическую терапию. В первые дни можно принимать только стакан воды с вареньем, виноградный сок, клюкву, немного сладкой мякоти маны, молоко, поваренную соль исключается. Количество жидкости ограничено. В последующие дни назначается диета с ограниченным количеством поваренной соли. За это время пациент не должен пить больше жидкости, чем выделяется моча (около 1500 мл в день).

В случае инфекции назначается антибактериальная терапия (пенициллин и его синтетические производные). Стероидные гормоны и мочегонные средства применяются при выраженном нефротическом синдроме. Преднизолон назначают в дозе 30-60 мг в день в течение 4 дней. При гипертоническом синдроме применяются гипотензивные препараты. Прописывается антигистаминная терапия, высокие дозы витамина.

Если лечение тяжелое и неэффективное, применять Зитостатнки, антикоагулянты (гепарин), с устойчивой гематурией — аминокапроевую кислоту в таблетках и каплях.

**При наличии осложнений:**

1. ТУП — строгий контроль водного баланса. безбелковая диета, сода на капельнице (контроль ацидозов), принудительный диурез. Эффективны гемосорбция и перитонеальный диализ;
2. почечная энцефалопатия — полный покой, принудительный диурез, эуфилин, внутривенная глюкоза, в конвульсиях — релаксаторная, соблазнительная в/м, при артериальной гипертензии — пентамин в/капельно;
3. острая недостаточность левого желудочка — полный покой сидя, нитроглицерин — 1 таблетка под языком, принудительный диурез, перпекулярный до/f, сердечные гликозиды до/f.

Пациенты с острым ХГЧ должны быть госпитализированы в нефрологическое или терапевтическое отделение. Ему назначают постельный режим отдыха до тех пор, пока не улучшится общее состояние, нормализуется артериальное давление и улучшаются анализы мочи: общий, для Нечипоренко, Зимницкого.

Диета основана на снижении общей соли в рационе до 3 г в день. Диета должна быть полноценной, разнообразной и богатой витаминами. Диета — содержит фруктовые и овощные соки при отсутствии гиперкалиемии. Следует отметить, что длительное безбелковое питание без соли не предотвращает прогрессирование нефрита и плохо влияет на общее состояние пациента (с мочой живет много белка).

Патогенетическая терапия основана на применении кортикостероидов. Используйте предзолон 40-60 мг, при необходимости дозу увеличивают. При противопоказаниях к применению кортикостероидов применяют негормональные иммуносупрессивные препараты: азатиоприн, 6-меркаптопурин. На поздних стадиях HSSH противопоказаны иммунодепрессанты и гормоны.

В последние годы антикоагуллит (гепарин с 20 000 в день внутримышечно или внутривенно) стал широко применяться для лечения хронического гломерулонефрита. Широко используется плазмаферез. Во время ремиссии рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Симптоматическое лечение: гипотензивное (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция), диуретики при синдроме отека, сердечные гликозиды — при СН, седативное — при конвульсиях и др.

Фитотерапия: листья березы и ночи, лист клюквы, споры, корень лопуха (мочегонное действие), толокнянка, клюква, лист березы (аптиуросептическое действие), крапива, тысячелистник, шиповник, лист грецкого ореха (гемостатическое действие).

Лечение в санаториях проводится без осложнений (Байрам-Алийский оазис, Южный берег Крыма и т.д.).

Первичная профилактика заключается в устранении очагов хронических воспалительных процессов в организме (хронический тонзиллит, синусит, воспаление таза, воспалительное заболевание таза, кариес). Важными профилактическими мерами являются борьба с отравлениями, охлаждением, усиление реакционной способности организма.

Вторичная профилактика проводится в процессе дозирования. Предусмотрены следующие меры: надлежащее трудоустройство пациента, соблюдение режима труда и отдыха, медицинское питание, устранение источников инфекции, профилактика и лечение заболеваний, передающихся половым путем.

Людям, страдающим от СПГ, лучше жить в теплом климате, но без колебаний влажности. Они должны избегать воздействия влажного холода. Пациенты должны находиться под постоянным наблюдением врача из поликлиники, расположенной по месту жительства.

Вторичная профилактика направлена на предотвращение обострений и осложнений КГН. Пациенты постоянно находятся в медицинской карте и под наблюдением. Принципы и меры работы диспансера аналогичны принципам и мерам КГБ. Возможные проблемы пациента такие же, как и в случае с пожарной службой. Кроме того, пациентов беспокоят инвалидность, потеря любимой работы, отказ от привычного вкуса еды.

**Заключение**

Гломерулонефрит — приобретенное полиэтиологическое заболевание почек, характеризующееся иммунным воспалением с преимущественным, начальным узловым поражением и возможным вовлечением в патологический процесс любого компонента почечной ткани.

Клинические проявления острого гломерулонефрита очень разнообразны и могут быть разделены на две основные группы: почечная (отек, выделение большого количества белков, эритроциты, цилиндр с мочой) и внечерепная (сильные головные боли, учащенное сердцебиение, одышка, тошнота, низкий аппетит). Иногда в клинике преобладают последние, что придает заболеванию атипичный и своеобразный характер).

При благоприятном течении циклически развивается острый гломерулонефрит. В первые 7-10 дней наблюдаются наиболее яркие проявления острого гломерулонефрита, его так называемый дебют.

Острый гломерулонефрит имеет типичную триаду симптомов: гипертония, отек и мочевой синдром.

Циклическая форма начинается примерно. Высокое артериальное давление (обычно до 130/90 — 170/120 мм) вызвано задержкой воды и натрия в организме. Систолическое и диастолическое давление повышаются одинаково, иногда сначала повышается только систолическое давление. Наибольшее повышение артериального давления наблюдается в первые дни заболевания, после чего оно снижается.

Отек, одышка, головная боль, боль в пояснице, уменьшение количества мочи. Тесты мочи показывают высокий уровень протеинурии и гематурии. Отек длится 2-3 недели. Затем во время болезни происходит перелом: развивается полиурия и падает артериальное давление. Фаза восстановления может сопровождаться ипостенурией. Однако нет ничего необычного в том, что при хорошем и почти полном выздоровлении пациента в течение длительного периода времени, месяцев можно наблюдать небольшое количество протеинурии (0,03-0,1 г/л) и остаточную гематрию.

Список литературы:

1. Справочник по нефрологии: Пер. с англ. языка / под редакцией Д.А. Уитворта, М.: Медицина, 2004 — 290-е гг.
2. Пособие для терапевтов. В двух томах. / Под ред. Воробьева Н.С.-М.: Издательский дом «Эксмо», 2004 — 292с.