Оглавление

Оглавление

Введение

Глава 1. Хронический гломерулонефрит

.1 Общие данные

.2 Классификация

.3 Клинические проявления

.4 Диагностика

.5 Лечение

Глава 2. Тактика работы фельдшера

.1 Роль фельдшера в выявлении лиц с факторами риска

.2 Диагностические возможности фельдшера

.3 Вторичная профилактика заболевания

.4 Наблюдение за пациентами по месту жительства

Заключение

Список литературы

Введение

Данная курсовая работа посвящена актуальной проблеме современной медицины - заболеванию почек и мочевыводящих путей. Эти часто встречающиеся заболевания поражают лиц всех возрастов и, по данным медицинской статистики, занимают третье место, уступая лишь болезням сердца и органов дыхания.

Главными органами мочевыделительной системы являются почки. Они выполняют роль сложных биологических фильтров. Важнейшая функция почек - выведение из организма ненужных продуктов обмена. Почки регулируют жидкостный баланс и кислотно-щелочное равновесие, поддерживают правильное соотношение электролитов, участвуют в процессе кроветворения, а также обезвреживают ядовитые вещества при нарушениях функции печени. Поэтому при нарушении почечной деятельности вследствие заболевания происходит самоотравление организма. В своей работе я подробно изучу методы диагностики и лечения хронического гломерулонефрита.

Перед работой стоят следующие задачи: понять этиологию и патогенез хронического гломерулонефрита, а так же изучить клиническую картину и основные методы лечения данного заболевания.

Глава 1. Хронический гломерулонефрит

.1 Общие данные

Гломерулонефрит - заболевание, при котором происходит поражение почечной ткани. При этом заболевании поражаются в первую очередь почечные клубочки, в которых происходит первичная фильтрация крови. Хроническое течение данного заболевания приводит постепенно к утрате способности почек выполнять свою функцию - очищать кровь от токсических веществ с развитием почечной недостаточности.

Хроническим считается гломерулонефрит, не вылеченный в течение одного года.(1)

Главным образом при гломерулонефритах поражаются клубочки почек.

1. Из за воспалительной реакции в стенках сосудов клубочков происходят следующие изменения (4)

· Стенка сосудов почечного клубочка становится проницаемой для клеточных элементов

· Формируются микротромбы, которые закупоривают просвет сосудов клубочков.

· Замедляется или вовсе прекращается ток крови в сосудах пораженных клубочков.

· В просвет боуменовой капсулы попадают клеточные элементы крови.

· Клетки крови в просвете боуменовой капсулы закупоривают ее просвет.

· Клетки крови закупоривают просвет почечных канальцев.

· Нарушается весь процесс фильтрации крови и первичной мочи в пораженном нефроне (нефрон - это комплекс: почечный клубочек + Боуменова капсула+ почечные канальцы).

2. Из-за нарушения кровотока в почечном клубочке происходит запустевание просвета его сосудов и замещение их соединительной тканью.(4)

3. В результате закупорки почечных канальцев клетками крови происходит запустевание их просвета и слипание стенок с замещением всего нефрона соединительно тканью.(4)

. Постепенное «отмирание» нефронов ведет к снижению объемов фильтруемой крови, что и является причиной почечной недостаточности.(4)

. Почечная недостаточность ведет к тому, что в крови накапливаются токсические вещества, а необходимые организму вещества не успевают возвращать в состав крови оставшиеся нефроны почек. (4)

Из выше изложенного становится понятным, что причиной нарушения работы почек является развивающийся в почечных клубочках воспалительный процесс. Причинами воспаления часто являются: ангина, тонзиллит, скарлатина, инфекционный эндокардит, септические состояния, пневмококковая пневмония, брюшной тиф, менингококковая инфекция, эпидемический паротит (свинка), ветряная оспа (ветрянка), а так же ревматические и аутоиммунные заболевания.

.2 Классификация

В настоящее время не разработана единая клиническая классификация гломерулонефрита, отражающая взгляд на заболевание как на единую клинико-морфологическую нозологическую единицу. В основу наиболее распространенной отечественной классификации хронического гломерулонефрита заложены клинико-лабораторные синдромы. (1)

. По патогенезу:

· первичный (идиопатический) хронический ГН

· вторичный хронический ГН, ассоциированный с общим или системным заболеванием. (3)

.Состояние функций почек.

· Без нарушения.

· С нарушением.

· Хроническая почечная недостаточность. (1)

.По течению хронические гломерулонефриты может быть:

· рецидивирующим (периодически возникают спонтанные или лекарственные ремиссии);

· персистирующим (наблюдают постоянную активность гломерулонефрита с длительным сохранением нормальной функции почек);

· прогрессирующим (активность гломерулонефрита постоянная, но с постепенным снижением СКФ и формированием хронической почечной недостаточности);

· быстропрогрессирующим (формирование хронической почечной недостаточности происходит в течение нескольких месяцев). (1)

.3 Клинические проявления

почка хронический гломерулонефрит фельдшер

Хронический гломерулонефрит развивается очень медленно. Многие пациенты даже не могут точно сказать, когда началось заболевание. При хроническом гломерулонефрите уменьшается выделение мочи (олигурия). При этом в моче обнаруживается белок (протеинурия) и кровь (гематурия). Это сопровождается отеками, причем они могут быть как незначительными, практически незаметными, так и очень заметными. Отекать может либо только лицо, либо подкожная клетчатка и внутренние органы. При хроническом гломерулонефрите пациент постоянно хочет спать, постоянно чувствует усталость, у него поднимается температура, повышается артериальное давление, развивается одышка, снижается зрение. Часто страдающих этим заболеванием мучает жажда, а на выдохе можно почувствовать запах мочи. (2)

Выделяют несколько форм хронического гломерулонефрита:

Хронический гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом. Этот вариант встречается чаще всего, и, как правило, обнаруживается случайно. Больной не предъявляет жалоб, у него не повышено давление, нет отеков, цвет мочи не меняется. И лишь случайное (или плановое диспансерное) исследование выявит в анализе мочи повышенное количество эритроцитов, белок (от следов до 1-2 граммов в сутки). Такой гломерулонефрит протекает доброкачественно, не требует агрессивного лечения. Но, поскольку больные зачастую не догадывается о своих проблемах, случается, что пациенты впервые обращаются за медицинской помощью, уже имея признаки почечной недостаточности. (3)

Нефротический вариант. На его долю приходится до 22% случаев, и такое течение болезни пропустить сложно. Нефротический синдром включает:

· протеинурию (выделение белка с мочой) более 3 граммов в сутки;

· отеки (обычно значительные, и не только лица и ног, жидкость скапливается и во внутренних полостях: в брюшной полости - асцит, в легких - плеврит, в сердечной сумке - гидроперикард);

· гипопротеинемию (снижение белка в плазме крови);

· гипоальбуминемию (в большей степени теряются с мочой альбумины - более легкая фракция белка);

· гиперлипидемию (холестерин может достигать 12 г/л и более, повышаются липопротеиды низкой плотности и триглицериды).

Такой пациент нуждается в серьезном лечении, ведь помимо тяжелого состояния, обусловленного отеками, асцитом и плевритом, у такого больного (4)

· снижается сопротивляемость инфекциям из-за потери с мочой цинка и меди;

· повышен риск остеопороза, так как с белками мочи выходит и витамин Д;

· повышен риск тромбозов - у больного развивается дефицит антитромбина 3;

· уходит тиреотропный гормон - появляются симптомы гипотиреоза;

· на фоне гиперлипидемии ускоряется развитие атеросклероза, увеличивается риск получить инфаркт или инсульт. (4)

Наиболее опасные осложнения нефротического синдрома - это отек мозга и гиповолемический шок (резкое падение артериального давления из-за ухода жидкости в ткани). (3)

Гипертонический вариант. Наиболее выраженный клинический симптом - повышение артериального давления. Изменения в анализах мочи незначительные - небольшая протеинурия, эритроциты. При этой форме заболевания важно начать лечение как можно раньше. Систематический прием гипотензивных препаратов в подобранной дозе позволяет нормализовать давление и на долгий срок стабилизировать течение. Если же лечение не проводится вообще или лекарства принимаются от случая к случаю, то почечная недостаточность развивается очень быстро. (3)

Смешанный вариант. Это нефротический синдром в сочетании с высоким артериальным давлением. То есть, ко всем проблемам нефротического синдрома добавляются риски, связанные с гипертензией. Снижение функции почек при таком варианте происходит очень быстро. (3)

Гематурический вариант. В два раза чаще встречается у мужчин. При этом варианте нет отеков и нет повышенного давления. В анализах мочи не выявляется заметной протеинурии - максимум до 1 г/сутки, однако постоянно присутствует эритроцитурия. Провоцирующие факторы (простуды при болезни Берже, спиртное при алкогольном гломерулонефрите) могут вызывать макрогематурию - моча приобретает красный цвет, а в анализах мочи эритроцитов более 100 в поле зрения. В отличие от урологической патологии, в частности, мочекаменной болезни, такие эпизоды обычно не сопровождаются болями в животе или пояснице.

Как ни парадоксально, чем ярче проявляется заболевание, тем лучше прогноз - дольше сохраняется нормальная функция почек. (3)

Следует помнить, что любая форма хронического гломерулонефрита может обостряться. В это время симптомы заболевания похожи на симптомы острого гломерулонефрита.

.3 Диагностика заболевания

Ведущими критериями диагностики хронического гломерулонефрита служат клинико-лабораторные данные. При сборе анамнеза учитывается факт наличия хронических инфекций, перенесенного острого гломерулонефрита, системных заболеваний. В обязательном порядке при подозрении на хронический гломерулонефрит следует назначить: (7)

. ОАМ: Типичными изменениями общего анализа мочи служит понижение относительной плотности мочи, никтурия (учащенное ночное мочеотделение) и полиурия (увеличение суточного объема мочи до 2,5 - 3 л, преобладание ночного мочевыделения).

Отмечается протеинурия, особенно выраженная при нефротической форме заболевания (до 10 г белка в сутки). Характерный симптом этого заболевания макро- и микрогематурия. В анализе осадка мочи - гиалиновые и зернистые цилиндры, реже восковидные, особенно выраженная цилиндрурия при нефротической и смешанной форме заболевания, выявляются желтоватые нити фибрина.

При гипертонической форме отмечается снижение клубочковой фильтрации.

В период обострения при нефротической форме хронического гломерулонефрита ранним проявлением является снижение уровня общего белка за счет альбумина, повышение альфа-2- и гамма-глобулинов, а также уровня сиаловых кислот и фибриногена.

Развитие хронической почечной недостаточности при хроническом гломерулонефрите проявляется снижением относительной плотности мочи, анемией, повышением содержания креатинина и мочевины, нарушениями водно-электролитного обмена и другими изменениями.

Для гематурической формы гломерулонефрита характерна гематурия - макрогематурия или упорная микрогематурия.

. ОАК: В крови при хроническом гломерулонефрите обнаруживается гипопротеинемия и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, увеличивается титр антител к стрептококку (АСЛ-О, антигиалуронидаза, антистрептокиназа), снижается содержание компонентов комплемента (СЗ и С4), повышается уровень IgM, IgG, IgА.

. УЗИ: УЗИ почек при прогрессирующем течении хронического гломерулонефрита обнаруживает уменьшение размеров органов за счет склерозирования почечной ткани.

. Экскреторная урография, пиелография, нефросцинтиграфия помогают оценить состояние паренхимы, степень нарушения функции почек.

. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка.

. Осмотр глазного дна: отмечается сужение артерий, расширение вен,симптомы медной и серебряной проволоки (как при гипертонической болезни). Возможен отек сетчатки, кровоизлияния и тромбы артерий сетчатки.

. Нефробиопсия: пункционная биопсия почек нужна для определения морфологической формы хронического гломерулонефрита, что необходимо для адекватного выбора тактики лечения. Противопоказания для проведения биопсии почки:

· наличие единственной функционирующей почки;

· гипокоагуляция;

· повышение венозного давления в большом круге кровообращения - при правожелудочковой недостаточности;

· подозрение на тромбоз почечных вен;

· гидро- и пионефроз;

· поликистоз почек;

· аневризма почечной артерии;

· нарушения сознания;

· подозрение на злокачественное новообразование.

В зависимости от клинического варианта хронического гломерулонефрита требуется проведение дифференциально диагностики с хроническим пиелонефритом (приложение 1) , нефротическим синдромом, поликистозом почек, почечнокаменной болезнью, туберкулезом почек, амилоидозом почек, артериальной гипертензией. (7)

.5 Лечение хронического гломерулонефрита

Особенности ухода и терапии при хроническом гломерулонефрите диктуются клинической формой заболевания, скоростью прогрессирования нарушений и наличием осложнений. Они предусматривают избавление от отеков, снижение артериального давления и отдаление развития хронической почечной недостаточности.(1)

Рекомендуется соблюдение щадящего режима с исключением переутомлений, переохлаждений, профессиональных вредностей. В периоды ремиссии хронического гломерулонефрита требуется лечение хронических инфекций, поддерживающих течение процесса. Общие принципы лечения хронического гломерулонефрита условно можно разделить на несколько этапов:

. Санация очагов хронического воспаления

. Постельный режим

. Диета

. Медикаментозное лечение

Санация очагов воспаления.

Целью является устранение источника хронического воспаления, который является пусковым фактором аутоиммунного поражения почек. Чаще всего санация сводится к удалению кариозных зубов, хронически воспаленных миндалин и аденоидов, а так же лечению хронического гайморита.

Постельный режим.

Больным с хроническим гломерулонефритом следует избегать переохлаждений, значительного физического напряжения (физическая активность ускоряет обменные процессы, которые ведут к ускорению формирования токсических для организма азотистых соединений) и стрессов. Одеваться по погоде, в холодный сезон проводить меньше времени на улице. Не рекомендуется робота в ночное время, в условиях высоких или низких температур. Желательно избегать командировок. Если больной хроническим гломерулонефритом простудился, необходимо освобождение от работы, соблюдение постельного режима дома до полного выздоровления.

При обострении хронического гломерулонефрита больные должны быть госпитализированы в нефрологическое отделение до полного купирования обострения, нормализации показателей мочи. (1)

Диета.

Нарушение работы почек приводит к изменению электролитного баланса крови, потере нужных организму питательных веществ и накоплению вредных токсических. Адекватная диета позволяет снизить неблагоприятное воздействие вышеперечисленных факторов.

Больным рекомендуется стол №7:

Особенности питания:

· Снизить потребление соли

· Ограничить количество потребляемой жидкости

· Потребление продуктов богатых калием и кальцием бедных натрием

· Ограничение потребления животного белка

· Обогащение рациона растительными жирами и сложными углеводами. (2)

Медикаментозное лечение.

Медикаментозное лечение хронического гломерулонефрита складывается из иммуносупрессивной терапии глюкокортикостероидами, цитостатиками; НПВС; назначения антикоагулянтов и антиагрегантов. (7)

. Иммуносупрессивная терапия.

Средства подавляющие активность иммунной системы оказывают благоприятный эффект при гломерулонефрите. Снижая активность иммунной реакции, эти препараты подавляют разрушительные процессы в почечных клубочках. (2)

Стероидные препараты:

· Преднизолон применяют в индивидуальной дозировке, рассчитанной по формуле 1 мг/кг/сутки 6-8 недель, после дозировку препарата снижают до 30 мг/сутки с постепенным снижением дозировки вплоть до полной отмены. (8)

· Периодическое проведение пульс-терапии по назначению лечащего врача (назначение краткосрочное высоких доз стероидных препаратов). (5)

Цитостатические препараты:

· циклофосфамид в дозировке 2-3 мг/кг/сутки

· хлорамбуцил в дозировке 0,1-0,2 мг/кг/сутки

· циклоспорин в дозировке 2,5-3,5 мг/кг/сутки

· азатиоприн в дозировке 1,5-3 мг/кг/сутки (8)

. НПВС

Имеются сведения, что индометацин и ибупрофен оказывают влияние на активность иммунного ответа. Подавление иммунного поражения почек приводит к улучшению состояния почек. (5)

Индометацин

· Назначается курсом в несколько месяцев

· На начальном этапе назначается суточная доза в 25 мг.

· Спустя несколько дней (при хорошей переносимости препарата) дозировка постепенно увеличивается до 100-150 мг в сутки. (8)

. Антикоагулянты и антиагреганты

Улучшают текучесть крови. При воспалении в почечных клубочках создаются условия для формирования в их сосудах тромбов и закупорки их просвета. (4) Препараты данных групп предотвращают этот процесс.

· Гепарин в дозировке от 20 - 40 тыс. ЕД/сутки. Длительность курса - 3 до 10 недель.

· Дипиридамол в дозировке 400-600 мг/сутки

· Дозировки и длительность лечения определяется лечащим врачом на основании данных лабораторных анализов и течения заболевания. (8)

Симптоматическая терапия может включать прием диуретиков, гипотензивных средств и антибиотиков.

Препараты, снижающие артериальное давление.

При развитии почечной недостаточности может наблюдаться задержка жидкости в организме, а так же изменение концентрации гормонов, вырабатываемых почками. Эти изменения часто приводят к стойкому повышению артериального давления, которое возможно снизить лишь медикаментозно. (2)

· каптоприл в дозировке 50-100 мг/сутки

· эналаприл в дозировке 10-20 мг/сутки

· рамиприл в дозировке 2,5-10 мг/сутки (8)

Мочегонные препараты.

Затрудненный кровоток в воспаленных клубочках почек, накопление в почечных канальцев клеточных элементов крови требует активизации тока жидкости в нефроне. (4) Потому, мочегонные препараты могут оказывать положительный эффект при гломерулонефритах.

· гипотиазид в дозировке 50-100 мг

· фуросемид в дозировке 40-80 мг (8)

Антибиотики

В том случае, если у больного гломерулонефритом сохраняется хронический очаг инфекции (хронический гайморит, синусит, эндометрит, уретрит, тонзиллит), необходима его санация антибактериальными препаратами. В каждом конкретном случае вид антибиотика подбирается лечащим врачом.

Кроме полных стационарных курсов терапии в периоды обострения хронического гломерулонефрита, проводят поддерживающую амбулаторную терапию во время ремиссии, лечение на климатических курортах. (5)

Глава 2. Тактика работы фельдшера

.1 Роль фельдшера в выявлении лиц с факторами риска

Несомненно, самым важным принципом лечения любого заболевания является модификация факторов риска.

Факторы риска:

· наличие в анамнезе острого гломерулонефрита

· наличие очагов хронической инфекции;

· недавно перенесенные респираторно-вирусные заболевания (ОРЗ);

· наследственная предрасположенность;

· гиповитаминозы (недостаточный уровень витаминов в организме);

· бессимптомное носительство стрептококка (в зеве, на коже). (3)

Фельдшер-работник ФАПа, участковый или семейный врач часто знают о людях с данными факторами риска, что, конечно же, помогает в выявлении хронического гломерулонефрита

.2 Диагностические возможности фельдшера

В настоящее время существует много диагностических методов выявления хронического гломерулонефрита, но не все они доступны медицинскому работнику сельской местности. Поэтому в этой части работы я рассмотрю только доступные диагностические мероприятия.

Анамнез жизни:

· врач уточняет наличие заболеваний почек ранее;

· болели ли родственники гломерулонефритом;

· сколько времени прошло после перенесенного инфекционного заболевания.

Анамнез заболевания:

· когда появились первые признаки заболевания и как они изменялись с течением времени;

· какие меры предпринимались по лечению и ответная реакция организма.

Врачебный осмотр:

· регистрируется повышение артериального давления;

· наличие периферических отеков (голеней, век, лица и т.д.);

· изменение цвета мочи при мочеиспускании (от мутного до красного).

Лабораторные методы исследования: (7)

· анализ мочи - повышение содержания белка (протеинурия), эритроцитов (эритроцитурия);

· общий анализ крови - воспалительные изменения (повышение уровня лейкоцитов крови, уровня СОЭ);

· биохимический анализ крови - снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), повышение уровня С-реактивного белка, уменьшение содержания белка, повышенный уровень холестерина;

Инструментальные методы:

· УЗИ (ультразвуковое исследование) - можно выявить гипертрофированные почечные пирамиды (однако это не является специфическим признаком гломерулонефрита), увеличение размеров почек.

Так же должно быть выписано направление к узкоспециализированному врачу - нефрологу или урологу.

Помимо него так же необходимы консультации других специалистов: (7)

· офтальмолога - выявление сужения сосудов глазного дна вследствие повышения артериального давления;

· отоларинголога, стоматолога - поиск очагов хронической инфекции;

· инфекциониста - при подозрении на вирусные заболевания;

· ревматолога - при вторичной форме гломерулонефрита;

· кардиолога - при подозрении на инфекционный эндокардит (бактериальное поражение сердца).

.3 Вторичная профилактика заболевания

Вторичная профилактика - включает мероприятия по предупреждению обострений заболевания:

Поэтому очень важны:

· Санация очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей: кариес и его осложнения, фарингиты, синуситы, тонзиллиты

· Профилактика острых респираторных заболеваний: закаливание, профилактическое использование противовирусных препаратов, соблюдение элементарных гигиенических процедур

· Диспансерное наблюдение больных инфекционными заболеваниями: ангинами, инфекционным эндокардитом, туберкулезом (5)

· Осторожность при применении антибиотиков, обладающих разрушающим действием на почечную ткань (7)

· Проведение вакцинации с учетом всех показаний и противопоказаний, только после консультации врача-специалиста (5)

· Наблюдение у терапевта женщин, перенесших гломерулонефрит во время беременности, особенно в первые два месяца после родов. (5)

· Предупреждение переохлаждения и перегревания организма.

.4 Наблюдение за пациентами по месту жительства

При хроническом гломерулонефрите лечение назначает врач нефролог. Задача фельдшера - наблюдение за пациентом по месту жительства, своевременная модификация факторов риска и контроль за принимаемыми больным препаратами. В случае аллергических реакций или повторных рецидивов следует назначить другие лекарственные средства. В этом пункте работы я подробно расскажу о группах назначаемых препаратов и противопоказаниям к ним.

Глюкокортикостероиды.

Эта группа препаратов мало эффективна при постстрептококковом остром гломерулонефрите. Но они обязательны к назначению при обострениях хронического гломерулонефрита. (2)

Преднизолон назначают по 1 мг/кг/ сут внутрь в течение 6-8 нед с последующим быстрым снижением до 30 мг/сут (по 5 мг/нед), а затем медленным (2,5-1,25 мг/нед) вплоть до полной отмены.

Причины неэффективности стероидной терапии: нерегулярность приема, неадекватная доза, позднее начало лечения, тяжелая степень иммунных нарушений.

Противопоказания: с осторожностью их применяют при болезни Иценко-Кушинга, сахарном диабете, тромбоэмболии, язвенной болезни, повышенном артериальном давлении, тяжелой почечной недостаточности, герпесе и системных микозах. Также противопоказаниями к глюкокортикостероидам будут активные формы сифилиса и туберкулеза, гнойничковые процессы на коже, вирусные поражения глаз, поражения роговицы с дефектами эпителия, глаукома, период грудного вскармливания. (8)

Цитостатики.

Они показаны при активных формах хронического гломерулонефрита с высоким риском прогрессирования почечной недостаточности, а также при наличии противопоказаний для назначения глюкокртикоидов, неэффективности или появлении осложнений при применении последних (в последнем случае предпочитают сочетанное применение, позволяющее снизить дозу глюкокортикоидов). (2)

Пульс-терапия циклофосфамидом показана при высокой активности хронического гломерулонефрита либо в сочетании с пульс-терапией преднизолоном (или на фоне ежедневного приёма преднизолона).

Абсолютным противопоказанием для назначения цитостатиков являются: беременность и сопутствующий инфекционный процесс в активной фазе. Относительные противопоказания: нарушение функции печени и почек выраженная гемоцитопения, наличие очагов хронической инфекции, отсутствие возможности для последующего тщательного контроля за больным. Возможные осложнения цитостатической терапии: развитие цитопении и миелотоксического агранулоцитоза, диспептических расстройств, инфекционные осложнения, алопеция, геморрагический цистит. При появлении грозных осложнений (агранулоцитоз, пневмония, геморрагический цистит) длительный прием цитостатиков прекращается. (8)

Лечение отдельных морфологических форм (3)

· Мезангиопролиферативный хронический гломерулонефрит (увеличение клеточности капиллярного русла клубочков). При медленно прогрессирующих формах необходимости в иммунодепрессивной терапии нет. При высоком риске прогрессирования - глюкокортикоиды и/или цитостатики - 3- и 4-компонентные схемы. Влияние иммунодепрессивной терапии на отдалённый прогноз остаётся неясным.

· Мембранозный хронический гломерулонефрит (утолщение базальных мембран клубочковых капилляров, клинически характеризующийся постепенным началом нефротического синдрома и длительно сохраняющейся протеинурией). Сочетанное применение глюкокортикоидов и цитостатиков. Пульс-терапия циклофосфамидом по 1000 мг в/в ежемесячно. У больных без нефротического синдрома и нормальной функцией почек - ингибиторы АПФ.

· Мембранопролиферативный (мезангиокапиллярный) хронический гломерулонефрит (утолщение стенки клубочковых капилляров). Лечение основного заболевания (вирусной или бактериальной этиологии). При наличии нефротического синдрома и снижении функций почек оправдана терапия глюкокртикоидами и циклофосфамидом с добавлением антиагрегантов и антикоагулянтов.

· Хронический гломерулонефрит с минимальными изменениями. Преднизолон по 1 - 1,5 мг/кг в течение 4 нед, затем - по 1 мг/кг через день ещё 4 нед. Циклофосфамид или хлорамбуцил при неэффективности преднизолона или невозможности его отменить из-за рецидивов. При продолжающихся рецидивах нефротического синдрома - циклоспорин по 3-5 мг/кг/сут (детям по 6 мг/м2) 6-12 мес после достижения ремиссии.

· Фокально-сегментарный гломерулосклероз (склероз отдельных сегментов клубочков) - весьма редкий вариант течения хронического заболевания. Иммунодепрессивная терапия недостаточно эффективна. Глюкокртикоиды назначают длительно - до 16-24 нед. Больным с нефротическим синдромом назначают преднизолон по 1 - 1,2 мг/кг ежедневно 3-4 мес, затем через день ещё 2 мес, затем дозу снижают вплоть до отмены. Цитостатики (циклофосфамид, циклоспорин) в сочетании с глюкокортикоидами.

Лечение по клиническим формам проводят при невозможности выполнения биопсии почек. (7)

Хронический гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом:

· При латентной форме (без артериальной гипертензии и неизменённых функциях почек) активная иммуносупрессивная терапия не показана; проводят регулярное наблюдение за больным с контролем АД и уровня креатинина в крови. При протеинурии более 1,5 г/сут назначают ингибиторы АПФ.

· Гематурическая форма хронического гломерулонефрита Отмечают непостоянный эффект преднизолона и цитостатиков. Больным с изолированной гематурией или гематурией, сочетающейся с небольшой про-теинурией, рекомендуют длительный приём ингибиторов АПФ (даже при нормальном АД) и дипиридамола.

· Гипертоническая форма хронического гломерулонефрита Непременное правило - коррекция артериальной гипертензии, в первую очередь ингибиторами АПФ. Необходимо стремиться к снижению уровня АД до 120-125/80 мм рт. ст. При обострениях (особенно по типу остронефритического синдрома) применяют цитостатики в составе трёхкомпонентной схемы. Глюкокортикоиды можно назначать иногда в виде монотерапии в дозе 0,5 мг/кг/сут (в пересчёте на преднизолон) внутрь или в той же дозе в составе комбинированных схем.

· Нефротическая форма хронического гломерулонефрита Нефротическая форма хронического гломерулонефрита рассматривается как показание к назначению трёх- или четырёхкомпонентной схемы. Применяют диуретики и антигиперлипидемические препараты.

· Хронический гломерулонефрит смешанного типа Хронический гломерулонефрит смешанного типа лечат активно с применением трёх- или четырёхкомпонентных схем. Используют антигипертензивные средства, диуретики.

Ингибиторы АПФ.

По существу, любая антигипертензивная терапия благоприятно влияет на течение заболевания. Однако действие этих препаратов при хроническом гломерулонефрите не ограничивается снижением системного АД. (5)

Антипротеинурическое действие ингибиторов АПФ может быть следствием снижения системного АД и расширения эфферентных артериол, а также изменения проницаемости клубочка для макромолекул. Это действие ингибиторов АПФ зависит от дозы препарата, длительности лечения и низкого потребления натрия. У большинства больных существенное и устойчивое снижение протеинурии наблюдается только после нескольких недель лечения. (2)

Более эффективны ингибиторы АПФ длительного действия (эналаприл).

Антипротеинурический эффект иАПФ проявляется при ограничении приема натрия, усиливается при резком его ограничении. При плохой переносимости низкосолевой диеты ее можно заменить приемом мочегонных. (2)

Таким образом, ингибиторы АПФ являются препаратами выбора при гипертонических вариантах нефрита.

Кроме того, показание для назначения ингибиторов АПФ при хроническом гломерулонефрите - наличие протеинурии (в отсутствие высокой активности ГН, требующей иммуносупрессии). (2)

По существу, для замедления прогрессирования заболевания иАПФ показаны всем больным, не имеющим противопоказаний к их назначению.

Противопоказания к назначению: (8)

· систолическое артериальное давление < 100 мм рт. ст.:

· признаки почечной недостаточности;

· двусторонний стеноз почечных артерий в анамнезе;

· аллергия к ингибиторам АПФ.

Антиагреганты и антикоагулянты в терапии гломерулонефрита.

При воспалении в почечных клубочках создаются условия для формирования в их сосудах тромбов и закупорки их просвета. При этом вопрос о назначении антитромботических препаратов обсуждается в двух аспектах:

) с целью профилактики тромбоза у пациентов с нефротическим синдромом при высоком риске развития тромботического осложнения;

) в комплексе лечения пролиферативных вариантов хронического гломерулонефрита. (2)

Эти группы препаратов применяют в составе комбинированных схем, при гипертонической форме гломерулонефрита и хроническом гломерулонефрите с изолированным мочевым синдромом и сниженными функциями почек. Дипиридамол применяют по 400-600 мг/сут, клопидогрел - по 0,2-0,3 г/сут. Подразумевает назначение трёхкомпонентной (цитостатики или глюкокортикоиды, антиагреганты, гепарин) или четырёхкомпонентной схемы (глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, гепарин с переходом на фенилин). (7)

Противопоказания к назначению антикоагулянтов: (8)

· язвенная болезнь и другие заболевания пищеварительного аппарата со склонностью к кровотечениям;

· заболевания почек с признаками гематурии (камни) или симптомами почечной недостаточности;

· заболевания печени с нарушением ее функции (цирроз, хронический гепатит);

· заболевания с нарушением гемостатических механизмов (тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, геморрагический васкулит)

Противопоказания к назначению антиагрегантов: (7)

· индивидуальная непереносимость (аллергия, гиперчувствительность);

· геморрагические диатезы;

· продолжающееся серьёзное кровотечение;

· высокий риск возникновения кровотечения (эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта в фазе обострения, геморрагический инсульт).

Антибиотики.

Антибиотики назначаются лишь в случае доказанной связи стрептококка и возникшего гломерулонефрита. При этом гломерулонефрит появляется через 10 - 14 дней после перенесенной ангины, скарлатины, рожистого воспаления кожи и других заболеваний, которые может вызывать стрептококк.

При выявлении хронического тонзиллита может быть назначено удаление миндалин, которое проводится не ранее, чем через 1 год после начала гломерулонефрита.

Целесообразно применение препаратов, направленных против стрептококковой инфекции - пенициллина, полусинтетических пенициллинов. В случае индивидуальной непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда можно назначить препараты цефалоспоринов. (7)

· цефадокс 10 мг/кг, благодаря его тропности к дыхательной системе;

· цефутил, благодаря его широкому спектру действия (8)

Санаторно-курортное лечение.

Так же пациентам с хроническим гломерулонефритом следует рекомендовать санаторно-курортное лечение.

Для больных с хроническим гломерулонефритом показаниями являются латентная форма заболевания, гематурическая форма (без макрогематурии - большого выделения эритроцитов с мочой). Гипертоническая форма, в т. ч. с начальными явлениями хронической почечной недостаточности (при этом АД не выше 180/105 мм рт. ст.), а также не резко выраженная нефротическая форма гломерулонефрита, в т. ч. с начальными явлениями хронической почечной недостаточностью, тоже не являются препятствием для направления в санаторий. (7)

Рекомендуются климатические курорты пустынь и приморские курорты. Сухой и жаркий воздух таких курортов, вызывая усиленное потоотделение, способствует выведению промежуточных продуктов работы почек через кожу, облегчает работу почек, способствует снижению АД, улучшению почечного кровоснабжения, уменьшению или исчезновению мочевого синдрома, улучшению белкового и микроэлементного состава крови.

Не следует забывать и о диспансерном наблюдении у врача-специалиста: (6)

· Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии. Должны осматриваться 4 раза в год (по рекомендации врача-нефролога). Так же им необходим прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год с определением тактики диспансерного наблюдения.

· Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1 стадии - осматриваются 4 раза в год (пожизненно) с приемом у врача-нефролога 1 раз в год для определением тактики диспансерного наблюдения

· Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек - осматриваются не реже 1 раза в год (по рекомендации врача-нефролога. На прием к врачу-нефрологу направляются по медицинским показаниям с определением тактики диспансерного наблюдения.

Заключение

В настоящее время заболевания почек приобретают новые черты и могут протекать под маской других заболеваний. Это связано и с изменением клинической картины гломерулонефрита, и с тем, что в последние годы на первый план выходят вторичные поражения почек при системных заболеваниях, сахарном диабете, гипертонической болезни. Почки могут не только поражаться первично, но быть органом-мишенью при заболеваниях иных органов и систем. Вопросы, касающиеся диагностики, тактики ведения нефрологического больного требуют от врача не только знания причин возникновения заболевания почек и принципов терапии, но и знания особенностей почечной артериальной гипертензии, анемии, факторов прогрессирования почечного заболевания, особенностей ведения больного в условиях заместительной терапии. Для врача же в свою очередь очень важно очень важно провести своевременную диагностику гломерулонефрита и его лечение, в противном случае заболевание грозит человеку тяжелой почечной и сердечной недостаточностью, серьезными нарушениями зрения и другими осложнениями.

Список литературы

. Внутренние болезни. Под редакцией Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И.Мартынова. В 2-х томах. ГЭОТАР-Медиа, 2012.

. Госпитальная терапия: [курс лекций]: учебное пособие/под редакцией В.А. Люсова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

. Клинические рекомендации. Протокол ведения больных. Под ред. Баранова, ГЭОТАР-Медиа, 2010

. Патфизиология. Под ред. Порядина Г.В. ГЭОТАР-Медиа, 2014.

. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. -Минск: Высшая школа, 2012

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения"

7. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 4-е изд. - Б.И. Шулутко, С.В. Макаренко. СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2007.

. Терапевтическая фармакология. Н.И. Яблучанский, В.Н. Савченко, Абдуева Ф.М., Бычкова О.Ю., Бондаренко И.А., 2011