Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Терапии

Зав. кафедрой д. м. н.,

Реферат

на тему:

"Патологические изменения организма при гломерулонефрите"

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к. м. н., доцент -

Пенза 2010

План

1. Изменения вследствие нарушения почечного кровообращения

2. Степени риска

3. Лечение

Литература

## 1. Изменения вследствие нарушения почечного кровообращения

В развитии позднего токсикоза, несомненно, играет роль нарушенное почечное кровообращение. По нашим данным, у больных латентной формой гломерулонефрита нефропатия беременных развивается реже, чем при более тяжелых формах заболевания. Это объясняется меньшим поражением почек и, в частности, менее выраженным нарушением почечной гемодинамики при латентной форме гломерулонефрита. Антенатальная смерть при латентной форме гломерулонефрита отмечается только в случае присоединения позднего токсикоза. Поскольку при латентной форме гломерулонефрита осложнения редки, мы считаем беременность при этом заболевании допустимой.

При гипертонической и смешанной формах гломерулонефрита, кроме глубокого нарушения регионарного почечного кровообращения, наблюдаются выраженные патологические изменения в общей системе кровообращения. По нашим данным, это способствует в 6 раз более частому, чем при латентной форме, развитию позднего токсикоза беременных, нарушению маточно-плацентарного кровообращения, преждевременной отслойке плаценты ив 10 раз более высокой перинатальной смертности. При этих формах гломерулонефрита продолжение беременности нежелательно.

При нефротической форме хронического гломерулонефрита беременность можно допустить, если есть условия для тщательного наблюдения и длительного стационарного лечения больной. Мы разделяем мнение Маmpel (1970) о том, что гипертония больше отягощает прогноз для женщины и внутриутробного плода, чем хроническая недостаточность белка. Именно гипертония является основным фактором, ведущим к антенатальной гибели плода. Дефицит белка, хотя и способствует развитию гипотрофии плода, не так опасен для жизни ребенка, как гипертония. У больных нефротической формой гломерулонефрита мы отмечали самое низкое содержание общего белка в крови - до 46 г/л (4,6 г%). Однако все наблюдавшиеся нами женщины с нефротической формой хронического гломерулонефрита родили живых детей, а наблюдение за женщинами в течение нескольких лет после родов не выявило ухудшения заболевания почек в результате беременности. Это соответствует точке зрения других авторов о том, что состояние матери и плода при нефротической форме гломерулонефрита относительно благополучно, а ухудшения течения заболевания после беременности не наблюдается.

## 2. Степени риска

Выделяются 3 степени риска, определяющие частоту неблагополучного исхода беременности и родов для матери и плода и ориентирующие врача в отношении прогноза или лечебной тактики.

I степень риска минимальная. Осложнения беременности возникают не более чем у 20%женщин. Беременность редко ухудшает течение заболевания, менее чем у 20%больных.

II степень риска выраженная. Экстрагенитальные заболевания часто (от 20 до 50%) вызывают осложнения беременности поздним токсикозом, самопроизвольным абортом, преждевременными родами; часто наблюдается гипотрофия плода; увеличена перинатальная смертность (до 200%о). Течение заболевания может ухудшиться во время беременности или после родов более чем у 20% больных.

III степень риска максимальная. У большинства женщин с экстрагенитальными заболеваниями возникают осложнения беременности (более 50%), редко родятся доношенные дети в удовлетворительном состоянии; перинатальная смертность высокая (более 200%о). Беременность представляет опасность для здоровья и жизни женщины.

У беременных, больных хроническим гломерулонефритом, степень риска зависит от формы заболевания: I степень риска - латентная форма; II степень риска - нефротическая форма; III степень риска - гипертоническая и смешанная формы, азотемия.

К I степени риска относится и очаговый гломерулонефрит.

Как видно из данных, при латентной и нефротической формах заболевания осложнения беременности редки. При гипертонической и смешанной формах гломерулонефрита осложнения возникают почти у каждой больной. Все 10 детей родились у больных со II-III степенью риска в состоянии гипотрофии; III степень риска установлена у больных с повышенным артериальным давлением. К III степени риска мы относим и больных гломерулонефритом любой формы с азотемией. Анализ отдаленных результатов свидетельствует о том, что, если почечная недостаточность была во время беременности, она усиливается после родов. При III степени риска беременность женщинам, страдающим гломерулонефритом, противопоказана.

Следует подчеркнуть, что форма гломерулонефрита определяет прогноз, а не отдельные симптомы заболевания. Dutz (1966) полагает, что благоприятный прогноз возможен только в том случае, если у больной нормальное артериальное давление, клубочковая фильтрация выше 60 мл/мин, относительная плотность мочи более 1,023, нет отеков, протеинурия менее 5 г/сут, легкая гематурия, отсутствуют изменения глазного дна. Мы считаем, что прогноз для беременной и плода благоприятен не только при латентной, но нередко и при нефротической форме.

Больные острым гломерулонефритом в ряде случаев могут доносить беременность до срока родов. Однако при остром гломерулонефрите и обострении хронического нефрита часто возникают внутриутробная смерть плода и преждевременные роды. Заболевание требует длительного интенсивного лечения, которое в ряде случаев небезразлично для плода. В то же время ограничение лекарственных веществ не препятствует переходу болезни в хроническое состояние. Поэтому мы полагаем, что острый гломерулонефрит и обострение хронического нефрита являются противопоказанием к беременности и требуют ее прерывания независимо от срока. Следует при этом помнить, что диагностика обострения хронического нефрита сложна, особенно во время беременности. Ошибка в диагнозе может привести к неоправданному прерыванию беременности (не говоря уже о ненужном лечении). Не каждое ухудшение состояния больной, а также усиление одного или нескольких симптомов являются обострением болезни. Во многих случаях за обострение гломерулонефрита может быть ошибочно принято появление признаков позднего токсикоза беременных. Поэтому необходимо учитывать наличие факторов, которые могли повлечь за собой обострение заболевания (охлаждение, простудные болезни и др.), не упуская из поля зрения, что сама по себе беременность не способствует обострению нефрита. Учитывая стрептококковое происхождение аллергического процесса при нефрите, во многих случаях важное дифференциальное значение может иметь определение титра анти-О-стрептолизина и С-реактивного белка.

Женщины, страдающие хроническим гломерулонефритом, должны быть обследованы в первые 12 недель беременности для уточнения формы заболевания и решения вопроса о сохранении беременности. Наиболее полноценно это может быть сделано в условиях стационара. Поскольку родильный дом располагает меньшими диагностическими возможностями для обследования больных с заболеваниями почек, желательна их госпитализация в терапевтический или специализированный нефрологический стационар.

Больные, у которых установлена латентная форма гломерулонефрита, могут в дальнейшем наблюдаться в женской консультации с целью своевременной диагностики первых признаков обострения хронического гломерулонефрита или позднего токсикоза. Лечить эти патологические состояния следует в стационаре, так как амбулаторное лечение часто менее эффективно и может привести к тяжелым осложнениям. Если обострения гломерулонефрита и позднего токсикоза отсутствуют, то женщины в повторной госпитализации не нуждаются.

Больные нефротической формой гломерулонефрита должны быть госпитализированы столько раз и находиться в стационаре столько времени, сколько требует их состояние (иногда несколько месяцев, вплоть до родов).

Если больные гипертонической и смешанной формами заболевания отказываются от прерывания беременности, на них распространяется тактика, рекомендуемая при нефротической форме. Лечение этих больных в амбулаторных условиях неэффективно, более того, оно даже опасно, так как при отсутствии ежедневного врачебного наблюдения Можно своевременно не диагностировать приступ эклампсии, вызванный гломерулонефритом или быстро развивающимся поздним токсикозом.

При латентной форме гломерулонефрита женщины могут рожать своевременно и не нуждаются в каком-либо специальном акушерском пособии. У больных нефротической, смешанной и гипертонической формами болезни нередко развивается гипотрофия плода и, главное, существует угроза его преждевременной внутриутробной смерти. Поэтому не всегда целесообразно дожидаться конца беременности для родоразрешения. В интересах плода бывает показано досрочное возбуждение родовой деятельности, особенно если контроль за состоянием плода, систематически проводимый всеми доступными методами (выслушивание сердцебиения плода, электрофонокардиография плода, определение экскреции эстриола с мочой и уровня термостабильной щелочной фосфатазы в крови и т.д.), начинает указывать на внутриутробное страдание плода или нарушение функции фетоплацентарного комплекса. Кесарево сечение применяется редко, обычно по акушерским показаниям.

Поскольку у больных нефротической, смешанной и гипертонической формами хронического гломерулонефрита может возникнуть необходимость в досрочном родоразрешении, такие женщины должны быть заблаговременно госпитализированы (при сроке беременности 36-37 недель). При тех формах болезни, которые протекают с повышенным артериальным давлением (смешанная, гипертоническая), госпитализация за несколько недель до родов определяется не только угрозой для плода, но и состоянием женщины, так как в последние недели беременности артериальное давление часто повышается, что требует соответствующего лечения.

## 3. Лечение

Лечение беременных, больных гломерулонефритом, разработано мало. Между тем оно не может копировать лечение небеременных. Наличие плода выдвигает, с одной стороны, требование обеспечить оптимальные условия для его внутриутробного существования, а с другой - необходимо не нарушить его развития. Это значительно ограничивает проведение необходимых лечебных мероприятий.

Во время беременности женщины соблюдают в основном тот же режим, что и вне ее. Они могут заниматься обычной производственной деятельностью, если она не связана с охлаждением: простудные заболевания могут вызвать обострение гломерулонефрита. Очень желателен такой характер работы, который позволял бы проводить дневной отдых в постели. По данным Г.А. Глезера и Н.П. Москаленко (1974), длительное пребывание в вертикальном положении ухудшает функцию почек (снижаются почечный кровоток, клубочковая фильтрация, диурез, увеличивается протеинурия). Работа предпочтительна сидячая. Если нет обострения заболевания или прогрессирования отдельных его симптомов, необходимость в постельном режиме отпадает. Занятия физкультурой, за исключением комплекса, рекомендуемого беременным женщинам, следует прекратить. Сказанное относится также и к морским купаниям.

Большая роль в лечении гломерулонефрита отводится диете. Основное требование заключается в ограничении поваренной соли и жидкости. Допустимое количество потребления соли зависит от формы заболевания. При остром нефрите содержание поваренной соли в пище не должно превышать 0,3 г в сутки (почти бессолевая диета). По мере ликвидации отеков потребление соли можно несколько увеличить. Если сохраняется значительная гипертония, увеличение поваренной соли не должно быть значительным, потребность в гипонатриевой диете сохраняется.

При остром гломерулонефрите, сопровождающемся олигурией, количество выпитой жидкости и вводимой парентерально должно быть равно диурезу, выделенному накануне, плюс 700 мл жидкости, теряемой внепочечным путем.

При хроническом гломерулонефрите без азотемии также ограничивают потребление поваренной соли, если заболевание протекает с отеками и гипертонией. Потребление соли при нефротической форме нефрита сокращают до 4-5 г в сутки, количество выпиваемой жидкости уменьшают до 800 мл. При гипертонической форме хронического гломерулонефрита следует только ограничить прием поваренной соли до 5 г в сутки, при смешанной форме - соли до 5 г, а жидкости до 800-1000 мл. В диете при латентной форме хронического гломерулонефрита может содержаться нормальное количество поваренной соли и жидкости.

Сложным и дискуссионным является вопрос о содержании белка в диете больных гломерулонефритом, протекающим без признаков почечной недостаточности. При остром нефрите рекомендуется некоторое ограничение белка: 30 г в сутки в первую неделю заболевания и 50-60 г в дальнейшем. Такое сокращение белкового рациона способствует уменьшению выраженности всех основных симптомов болезни, поскольку малобелковая диета снижает работу почек и продукцию антител. Так как беременность у женщин с острым гломерулонефритом должна быть прервана, принцип питания остается тот же, что и при этом заболевании вне беременности.

При лечении хронического гломерулонефрита без азотемии существуют три точки зрения на содержание белка в диете, каждая из них достаточно обоснована. При малобелковой диете (0,5 г/кг) быстрее снижаются отеки и артериальное давление, уменьшается протеинурия. Высокобелковая диета (2 г/кг и более) обеспечивает потребность в белке для покрытия всех пластических затрат, уменьшает гипопротеинемию. Физиологические нормы белка в пище (1 г/кг) - среднебелковая диета переносится легче всего, улучшает состав мочи.

Во время беременности малобелковую диету следует признать неподходящей, так как для роста и развития плода требуется большое количество пластических веществ. С этой точки зрения более оправдана диета, содержащая повышенное количество белка (120-160 г в сутки). Она показана при нефротической форме гломерулонефрита, сопровождающейся большой потерей белка с мочой и гипопротеинемией, Следует учесть, что избыток белковых продуктов в пище уже через, неделю ухудшает аппетит, усиливает протеинурию, которая может быть в некоторых случаях ошибочно расценена как присоединение нефропатии беременных. При гипертонической и смешанной формах гломерулонефрита рекомендуется диета со средним содержанием белка (70 г в сутки), а при большей потери белка с мочой его дефицит компенсируется парентеральными вливаниями белковосодержащих жидкостей. Диета при латентной форме заболевания не имеет каких-либо особенностей в качественном или количественном составе.

Медикаментозное лечение является основой терапии гломерулонефрита. Однако во время беременности приходится применять только симптоматическое лечение. В этиологической (противострептококковой) терапии нет необходимости, поскольку острый гломерулонефрит во время беременности возникает редко. Патогенетическая терапия гломерулонефрита невозможна, так как используемые для этой цели препараты противопоказаны вследствие эмбриотоксического действия (большие дозы кортикостероидов, цитостатические средства и иммунодепрессанты-имуран и др.). При легком, латентном течении гломерулонефрита беременные вообще не нуждаются в лекарственной терапии.

Лечение почечной симптоматической гипертонии производится теми же средствами, что и лечение гипертонической болезни. В последние годы для этой цели используют следующие основные группы гипотензивных препаратов:

1) производные раувольфии;

2) спазмолитики;

3) салуретики;

4) ганглиоблокаторы;

5) препараты гуанидина;

6) препараты а-метилдофа;

7) клонидин;

8) бета-адреноблокаторы;

9) а-адреноблокаторы.

Препараты раувольфии и спазмолитики широко применяются в акушерских учреждениях, однако их эффективность невелика. По данным И.П. Иванова (1969), лечение резерпином, раунатином, дибазолом давало хороший эффект у 37-46,5% больных, частичный у 27,7-30%, терапевтический эффект отсутствовал у 25,7-35%больных.

Препараты раувольфии (резерпин, раунатин, раувазан, серпазил и др.) обладают гипотензивным и седативным (успокаивающим центральную нервную систему) действием. Они способствуют высвобождению норадреналина и предупреждают его депонирование в тканях. Под влиянием препаратов раувольфии уменьшаются запасы норадреналина в стенках артериол и миокарда. Препараты раувольфии снижают как систолическое, так и диастолическое давление, поскольку влияют на адренергические структуры сердца, сосудов, центральной нервной системы. Терапевтический эффект лучше выражен при нестабильной и невысокой гипертонии, действие препарата полностью проявляется на 3-5-й день приема. Резерпин улучшает почечные функции: увеличиваются почечный кровоток и клубочковая фильтрация.

При лечении препаратами раувольфии могут появиться побочные явления: подавленное настроение, брадикардня, слабость, поносы, боли в области сердца, кожная сыпь. Резерпин и его аналоги не рекомендуется назначать в последние недели беременности, так как они могут способствовать появлению у новорожденных ринита, конъюнктивита, брадикардии, сонливости, угнетению сосательного рефлекса, нарушению дыхания.

Резерпин (рауседил) назначают по 0,1 или 0,25 мг от 1 до 3 раз в сутки в таблетках, индивидуально подбирая оптимальную дозу. Кроме того, рауседил выпускают в ампулах по 1 мл 0,1% раствора (содержащего 1 мг резерпина) и 0,25% раствора (содержащего 2,5 мг резерпина). Вводят рауседил внутримышечно или внутривенно (медленно) 1-3 раза в день.

Раунатин обычно действует слабее резерпина, поэтому его назначают 2-3 раза в день по 2 таблетки (в 1 таблетке содержится 2 мг препарата).

Из спазмолитических средств с гипотензивной целью применяют дибазол и папаверин. Эти препараты понижают тонус сосудов, оказывая тем самым сосудорасширяющее и гипотензивное действие. Переносятся оба препарата хорошо, побочным эффектом не обладают.

Дибазол назначают внутрь по 0,02 г 3 раза в день или по 2-4 мл 1% раствора подкожно, внутримышечно или внутривенно, папаверин - по 0,02 г 3 раза в день, подкожно или внутримышечно по 2-4 мл *2%* раствора.

Нередко дибазол и папаверин сочетают, назначая их вместе в виде таблеток под названием "папазол" или в инъекциях по 2 мл каждого препарата. Пероральное применение папаверина, дибазола и папазола обычно малоэффективно.

## Литература

1. Заболевания почек и беременность М.М. Шехтман. - М.: Медицина, 1980.
2. Физиология почек А. Вандер Санкт-Петербург, 2000.