

Тема: 37 Остър и хроничен гломерулонефрит

ОСТЪР ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ Дифузно заболяване на двата бъбрека, което започва остро след прекарана стрептококова инфекция. Характеризира се с отоци, артериална хипертония, олигурия, протеинурия и еритроцитурия. Развива се главно в детска и юношеска възраст, по-често при момчета.

Етиология: Единствено при острия гломерулонефрит е доказана пряка етиологична връзка с бета-хемолитичен стрептокок от група А. Най-често гломерулонефритът се предшества от стрептококов тонзилит или дерматит.

Клинична картина: Латентен период – между предшестващата стрептококова инфекция и острия гломерулонефрит има безсимптомен период от 10 дни при тонзилита и 21 дни при дерматита. През този период оплакванията най-често са от отпадналост, безапетитие, гадене, повръщане, субфебрилитет, тъпи болки в кръста. Понякога заболяването стартира остро с поява на триадата отоци, хипертония, олигурия, с разностепенна хематурия и протеинурия. Отоци – най-често са първа изява на острия гломерулонефрит. Развиват се по местата с рехави съединителна тъкан – обикновено първо са периорбитални, а успоредно с тях или 1-2 дни след това се появяват и по долните крайници и лумбалната област. Отоците са бледи, меки, тестовати, неболезнени. Степента им е в пряка зависимост от приемът на сол – повисокият внос на натрий води до масивни отоци. Артериална хипертония – наблюдава се при 70% от болните. Артериалното налягане е обикновено около 140-160/95-120. Олигурия – през първите дни диурезата е под 500 ml – урината е тъмна, с високо специфично тегло. Макроскопска хематурия – обикновено е краткотрайна – от няколко часа до 1 денонощие, урината има ръждивокафяв цвят. След изчезването ѝ дълго време се установява микроскопска хематурия. Протеинурия – около 3 g/24 h; в седимента се установяват много еритроцити, също левкоцити, цилиндри.

Лабораторните изследвания на кръвта показват повишена СУЕ, леко повишени серумен креатинин и урея, а имунологичните – повишено ниво на циркулиращите имунни комплекси.

Лечение: 1. Режимът и диетата са най-важните терапевтични мероприятия. В началото режимът е постелен, впоследствие се либерализира. Диетата е абсолютно безсолна; течностите са до 1 l дневно – заради отоците и артериалната хипертония; храната – лека, без подправки, около 1500 kcal/дн. При този режим още в първите дни отоците и артериалното налягане спадат и диурезата се увеличава. 2. Диуретици – фуранрил 1-2 табл. от 40 mg дневно, след което дозата се намалява до 2-3 табл. седмично. При болни с изразени отоци, висока артериална хипертония, данни за белодробен застой фуросемидът може да се приложи и интравенозно – до 4-5 амп. от 20 mg дневно в 250 ml 5% глюкоза. 3. При артериална хипертония – антихипертензивни средства – клофазолин, бета-блокери и др. 4. Антибиотици – при всички болни се провежда антибиотичен курс за саниране на стрептококовата инфекция с пеницилин 1,5-3 млн Е дн.; при алергия към пеницилин – еритромицин 5 x 400 mg (2 g/дн.).

ХРОНИЧНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ Хроничните гломерулонефрити са двустранни дифузни гломерулни заболявания с неизвестна етиология и сходна патогенеза. Различават се следните видове хронични гломерулонефрити: I. Гломерулонефрит с минимални промени II. Дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит III. Огнищна и сегментна гломерулна склероза и хиалиноза IV. Дифузен мембранозен гломерулонефрит V. Дифузен мембранопролиферативен гломерулонефрит VI. Мезангиален IgA гломерулонефрит Хроничните гломерулонефрити протичат с няколко общи клинични синдрома, различно проявени при отделните видове, имат бавна, но прогресираща еволюция и водят до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Клинична картина: В повечето случаи хроничните гломерулонефрити протичат с триадата: нефрозен синдром + артериална хипертония + бъбречна недостатъчност. Само при гломерулонефритът с минимални промени се наблюдава нефрозен синдром без артериална хипертония и без бъбречна недостатъчност. Нефрозният синдром се изявява с отоци, локализирани по местата с рехави съединителна тъкан – клепачи, лице, ръце, глезени, скротум. Бъбречните отоци са меки, бледи, тестовати и при натиск с пръст оставят дълбоки следи. В

периодите на ремисия те са слабо проявени, а при обостряне стават масивни и са възможни изливи в коремната и плевралната кухина и перикарда. Когато отокът обхваща подкожната тъкан на цялото тяло, се говори за аназарка. Болните съобщават за тъпа болка и тежест в кръста, отпадналост, безапетитие, склонни са към инфекции. Сукусио реналис често е положително. Общото количество на урината е намалено, а лабораторните изследвания установяват високостепенна протеинурия (до 20-30 g/24 h), клирънсът на креатинина (Скр.) е намален, в кръвта е налице хипопротеинемия, хипоалбуминемия, повишен холестерол и триглицериди, силно повишена СУЕ.

Лечение: Целта е: 1) да се отстрани съществуваща стрептококова или друга инфекция; 2) да се потисне активността на имунните процеси, за да се забави прогресирането на болестта; 3) да се поддържа отделителната функция на бъбреците; 4) да се облекчат основните оплаквания на болните. Режимът на болните е в зависимост от стадия на болестта. В компенсирания стадий болните трябва да избягват физически натоварвания, простуди, употребата на алкохол се забранява, полагат се грижи за добра хигиена, за да не се допуснат инфекциозни усложнения. При обостряне на болестта се налага постелен режим или хоспитализация. Диетичното хранене има важен дял в лечението на хроничните гломерулонефрити. Храненето трябва да бъде пълноценно, богато на витамини, с ограничен прием на животински мазнини. Свободно се консумират всякакъв вид въглехидрати, а вносът на белтъчини е в зависимост от стадия на заболяването: нормален – при компенсирана бъбречна функция, повишен – при изразен нефрозен синдром, кортикостероиди – преднизон, преднизолон, имunosупресори – имуран, циклофосфамид, циклоспорин А и др.; имуноглобулин. Прилагат се и антикоагуланти – хепарин, синтром и др. Антибиотично лечение се включва при активна огнищна инфекция. Симптоматичното лечение се провежда с диуретици – фурантрил, салуретин, спиронолактон; антихипертензивни средства – бета-блокери, калциеви антагонисти, ACE инхибитори; при развитие на сърдечна недостатъчност – диуретици, сърдечни гликозиди. При изразена хипопротеинемия се налага вливане на хуман албумин, нативна плазма.