## ОСТРЫЙ ДИФФУЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Острый диффузный гломерулонефрит – острое иммуновоспалительное заболевание почек с первоначальным и преимущественным вовлечением в патологический процесс клубочкового аппарата нефрона.

**Этиология.** Наиболее частой причиной острого диффузного гломерулонефрита является стрептококковая инфекция, вызванная β-гемолитическим стрептококком группы А. Заболевание часто развивается через 1-3 недели после перенесенной ангины, скарлатины. Причиной острого гломерулонефрита могут быть также отиты, гаймориты и другие инфекционные заболевания вирусной (грипп), пневмококковой и другой природы. В развитии острого нефрита большое значение имеет реактивность организма и фактор переохлаждения.

**Клиника.** Симптомы острого гломерулонефрита условно можно разделить на две основные группы: почечные и внепочечные.

В классических случаях заболевание проявляется триадой симптомов:

● отеками,

●гематурией

●гипертонией.

При выраженных клинических проявлениях острого диффузного гломерулонефрита его симптомы можно объединить в **пять синдромов**:

● болевой,

● мочевой,

● отечный,

● кардиоваскулярный,

● церебральный синдром.

**1. Болевой синдром.** Жалобы больных при этом выражаются в ноющих болях в пояснице с двух сторон, невысокой интенсивности, постоянных, не ирадиирующих, ничем не купирующихся.

**2. Мочевой синдром.** Гематурия – один из важнейших и характерных признаков острого гломерулонефрита – отмечается практически у всех больных (цвет мочи может напоминать цвет «мясных помоев», или быть красным). Характерно также уменьшение выделения мочи (олигурия). Количество эритроцитов в осадке мочи колеблется от единичных до 10 и более, иногда эритроциты обнаруживаются в виде больших скоплений. Одновременно с эритроцитами в осадке мочи, в относительно небольшом количестве, могут содержаться лейкоциты, цилиндры и клетки почечного эпителия.

Протеинурия является очень важным симптомом мочевого синдрома при остром гломерулонефрите. Чаще всего протеинурия колеблется при остром диффузном гломерулонефрите в пределах от 1 до 3%, но может достигать величины 10-20 и даже 35%.

**3. Отечный синдром.** Появление отеков - это очень специфичный признак нефрита, что заставляет сразу же предположить заболевание почек. К отличительным особенностям почечных отеков следует отнести их внезапное появление, нередко в утренние часы, особенно заметную отечность лица, век, сочетающуюся с бледностью кожных покровов (facies nephritica). Отек может распространяться на руки, ноги, поясницу, гениталии. Отечный синдром чаще всего развивается на фоне выраженной и стойкой олигурии. Отеки бесцветные, плотные, симметричные.

**4. Кардиоваскулярный синдром.** Сердечно-сосудистый синдром, относясь к внепочечным проявлениям острого диффузного гломерулонефрита, включает в себя боли в области сердца, появление сердцебиения, одышки, повышение артериального давления (почечную гипертензию) и левожелудочковую недостаточность (отек легких или сердечная астма). Высокую и стабильную гипертензию у больных острым диффузным гломерулонефритом безусловно следует рассматривать как весьма неблагоприятный признак, свидетельствующий как о тяжести патологического процесса, так и о возможном переходе в хроническую форму. Гипертензия при остром гломерулонефрите может приводить к левожелудочковой недостаточности (сердечной астме, отеку легких) и в ряде случаев к правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени).

Гипертензия находит свое отражение в расширении левого желудочка, а затем и правого. Характерным являются акцент II тона на аорте, иногда с металлическим оттенком. Ритм сердца чаще всего остается правильным, но склонным к брадикардии.

**5. Церебральный синдром.** Синдром относится к числу своеобразных и редких проявлений острого диффузного гломерулонефрита. Для него характерны тяжесть в голове, головная боль, нарушение зрения, вплоть до преходящей полной его потери, тошнота, рвота, нарушение речи, спутанность сознания, повышенная мышечная, а в некоторых случаях и психическая возбудимость, двигательное беспокойство, появление клонических судорог, затем и коматозного состояния.

**Лабораторно-инструментальная диагностика.**

Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.

Анализ мочи по Нечипоренко: гематурия, цилиндрурия.

Анализ мочи по Зимницкому: в начальной стадии заболевания (период накопления отеков) можно отметить повышение удельного веса мочи на фоне олигуриии. В стадии разрешения удельный вес мочи снижается, часто полиурия.

Биохимический анализ крови: повышение уровня белков острой фазы воспаления, γ-глобулинов, в начальной стадии некоторое повышение уровня мочевины и креатинина.

Проба Реберга: в начальной стадии может отмечаться снижение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.

Глазное дно: сужение артериол, феномен перекреста, возможен отек соска зрительного нерва, точечные кровоизлияния.

ЭКГ: диффузные изменения миокарда.

УЗИ: увеличение почек, толщины коркового слоя.

**Лечение.** Больные госпитализируются, соблюдается строгий постельный режим (до двух недель), назначается диета с ограничением соли, жидкости, белка. При доказанной роли инфекции в развитии заболевания назначаются антибиотики. Патогенетическая терапия включает в себя иммунодепрессанты, нестероидные противовоспалительные средства, антикоагулянты, антиагреганты. Важную роль играет симптоматическая терапия при выраженных отеках, подъеме артериального давления.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ДИФФУЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Хронический диффузный гломерулонефрит характеризуется иммуновоспалительным процессом в клубочках почек (интракапиллярное поражение), дегенеративными изменениями эпителия канальцев и прогрессирующим разрастанием соединительной ткани, ведущей к развитию нефросклероза и хронической почечной недостаточности.

**Этиология и патогенез.** Хронический гломерулонефрит в основном является следствием не излеченного острого гломерулонефрита. Иногда заболевание развивается без предшествующей острой стадии, что дало возможность некоторым авторам выделить первичную форму хронического гломерулонефрита, хотя скорее в таких случаях хронический нефрит является исходом латентной формы острого гломерулонефрита.

**Клиника** хронического гломерулонефрита в зависимости от преобладания того или иного синдрома может проявляться **в следующих формах:**

1) гипертонической,

2) нефротической (или отечной),

3) гематурической,

4) смешанной,

5) латентной.

При **гипертонической форме** доминируют симптомы поражения сердечно-сосудистой системы. Верхушечный толчок смещен влево и усилен, пульс – напряженный. Левая граница относительной тупости смещена (гипертрофия левого желудочка, а затем его дилатация). При аускультации – акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке, в терминальном периоде – шум трения перикарда. Артериальное давление стойко повышено более 180/100 мм рт. ст., плохо поддается гипотензивной терапии.

При **нефротической форме** ведущим признаком являются отеки (обширные и стойкие) лица (facies nephritica), конечностей, накопление жидкости в серозных полостях (гидроторакс, гидроперикард, асцит). В моче выявляется значительная протеинурия, цилиндрурия, в меньшей степени гематурия и пиурия (лейкоцитурия). В крови количество белка снижается (гипопротеинемия), холестерина и других липидов увеличивается (гиперхолестеринемия, гиперлипедемия).

При **гематурической** **форме** главным признаком является массивная гематурия (макрогематурия).

**Смешанная** **форма** хронического гломерулонефрита характеризуется сочетанием симптомов описанных выше клинических форм. Это наиболее тяжелая форма хронического нефрита.

**Латентная форма** с изолированным мочевым синдромом, как правило, обнаруживается при случайном исследовании мочи, так как больные никаких субъективных жалоб не предъявляют.

В течение хронического гломерулонефрита принято различать **три периода:**

1) начальный;

2) период сформировавшегося хронического гломерулонефрита с достаточной функции почек;

3) период почечной недостаточности.

Начальный период хронического гломерулонефрита определяется обычно спустя год после острого диффузного гломерулонефрита. Если к этому периоду времени сохраняется хотя бы один из многочисленных признаков острого диффузного гломерулонефрита, считается, что болезнь приняла хроническое течение.

Период сформировавшегося хронического гломерулонефрита с достаточной функции почек при хроническом гломерулонефрите проявляется одной из 5 вышеперечисленных форм с хорошими показателями функционального состояния почек.

Период почечной недостаточности характеризуется снижением функции почек с формированием так называемой «хронической болезни почек (ХБП)» (См. разделы «Почечная недостаточность» и «Основные синдромы при заболеваниях почек»)

**Лабораторно-инструментальная диагностика.**

Общий анализ крови: незначительная анемия, умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.

Анализ мочи по Нечипоренко: гематурия, цилиндрурия.

Анализ мочи по Зимницкому: во вторую стадию заболевания отмечается снижение концентрационной способности почек (гипоизостенурия, никтурия).

Биохимический анализ крови: повышение уровня белков острой фазы воспаления, γ-глобулинов; снижение уровня общего белка, альбуминов, со второй стадии заболевания повышение уровня мочевины и креатинина, гиперхолестеринемия, повышение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности.

Проба Реберга: прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.

Глазное дно: сужение артериол, феномен перекреста, часто отек соска зрительного нерва, точечные кровоизлияния.

ЭКГ: диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии левого желудочка.

УЗИ: нефроангиосклероз, уменьшение размеров почек, толщины коркового слоя.

**Лечение.** Диета. В редких случаях при доказанной роли инфекции в развитии заболевания назначаются антибиотики. Патогенетическая терапия включает в себя глюкокортикоиды, цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства, антикоагулянты, антиагреганты. Симптоматическая терапия при выраженных отеках, подъеме артериального давления.