Министерство образования Российской Федерации

Пензенский государственный университет

Медицинский институт

Кафедра Урологии

Зав. кафедрой д.м.н.

Реферат

на тему:

«**Острая почечная недостаточность и быстро прогрессирующий гломерулонефрит**»

Выполнила:

студентка V курса

Проверил:

к.м.н., доцент

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Острая почечная недостаточность
2. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит

Литература

**1. Острая почечная недостаточность**

Острая почечная недостаточность (ОПН) является клиническим состоянием, характеризующимся резким ухудшением функции почек, что приводит к чрезмерному накоплению в сыворотке крови больного азотистых шлаков. В зависимости от количества мочи, выделяемой в течение суток, при острой почечной недостаточности различают олигурическую форму (менее 500 мл мочи) и неолигурическую форму (более 500 мл мочи).

**Этиология**

Причинные факторы острой почечной недостаточности можно разделить на три группы: 1) преренальные; 2) ренальные; 3) постренальные.

**Дифференциальный диагноз**

Анамнез и объективное исследование могут обеспечить получение важной информации в отношении этиологии острой почечной недостаточности. Анамнестические данные об острой боли в животе с тошнотой и рвотой могут указывать на преренальную причину, в то время как олигурия в сочетании с ощущением дискомфорта в надлобковой области и увеличение зоны притупления перкуторного звука над мочевым пузырем предполагают обструктивную уропатию.

Диагностические исследования могут быть выполнены за 1—2 часа по прибытии пациента в отделение неотложной помощи и требуют лишь небольшого количества мочи для анализа. Внутривенная пиелография, ангиография почек и их биопсия могут обеспечить получение дополнительной диагностической информации, однако эти методы инвазивны и могут вызвать значительные осложнения, поэтому они не должны рутинно использоваться при оценке острой почечной недостаточности. К ним следует прибегать только в специфических ситуациях.

**Лечение**

Лечение острой почечной недостаточности направлено на устранение причинного фактора.

*Постренальные причины*

У пациентов с постренальной причиной острой почечной недостаточности следует обеспечить соответствующий отток мочи. Применяемая процедура может значительно варьировать в зависимости от уровня обструкции. Например, введение катетера Фолея может быть достаточным при обструкции, возникшей вследствие доброкачественной гипертрофии предстательной железы, тогда как чрескожное введение нефростомического дренажа необходимо при закупорке мочеточника. Как только состояние пациента оптимизируется, следует рассмотреть возможность хирургической коррекции обструктивного поражения.

*Преренальные причины*

У пациентов с подозрением на преренальную причину ОПН следует приложить все усилия для восстановления эффективного внутрисосудистого объема. Для восстановления объема осуществляется быстрое введение изотонических жидкостей (изотонический раствор хлорида натрия, плазмы или раствор Рингера). Следует избегать введения гипотонических растворов, таких как 5 % раствор декстрозы в воде (D5W). Если сердечная декомпенсация способствует преренальной азотемии, то внутрисосудистый объем следует уменьшить для облегчения работы сердца. Хирургическое вмешательство по поводу основного патологического процесса (например, брюшинно-венозное шунтирование при массивном асците, протезирование клапана при пороке сердца, перикардэктомия при перикардите) рекомендуется при стабильном состоянии пациента.

*Почечные причины*

Острый некроз канальцев, возникающий вследствие ишемического поражения или воздействия нефротоксического агента, является наиболее частой причиной истинной почечной недостаточности. Поражение паренхимы почек при остром гломерулонефрите или аллергическом интерстициальном нефрите реже бывает причиной истинной острой почечной недостаточности. Анамнез, объективное исследование и простые лабораторные тесты могут обеспечить необходимой информацией для разграничения одной формы истинного заболевания почек от другой. Например, у молодого пациента с синдромом длительного раздавливания, у которого определяются повышенный уровень мочевины в крови, но при микроскопии не обнаруживаются эритроциты в моче, должен быть поставлен диагноз острого миоглобинурического некроза канальцев. Острое начало олигурии, гипертензия, отек легких и появление в осадке мочи эритроцитов, лейкоцитов и белка дают основание подозревать острый гломерулонефрит как первичный причинный фактор острой почечной недостаточности. В таких ситуациях врач должен избегать использования медикаментов, обладающих нефротоксичным действием, некоторых антибиотиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. До выздоровления функция почек поддерживается с помощью диализа.

Общие принципы, которыми руководствуются при лечении пациентов с истинной острой почечной недостаточностью, рассматриваются в следующих разделах.

**Диета**

Диета должна быть высококалорийной (3000—4000 калорий), с низким содержанием белка (40—60 г), натрия (2—3 г) и калия (60—80 мЭкв). Следует ограничить потребление жидкости (500 мл + количество выделяемой мочи). У пациентов, которые не могут, есть, достаточное поступление калорийной пищи обеспечивается с помощью зонда. В ситуациях, когда желудочно-кишечный тракт не функционирует, предпочтение отдается внутривенному введению смесей для парентерального питания. Обеспечение адекватным количеством калорий предупреждает дальнейшую деструкцию тканей в организме и сводит к минимуму ежедневное повышение уровня азота мочевины в сыворотке крови.

**Диуретики**

Роль диуретиков (например, фуросемида, этакриновой кислоты, маннитола) в лечении подтвержденной острой почечной недостаточности ограничена, хотя в редких случаях они могут увеличивать диурез, превращая, таким образом, олигурическую форму ОПН в неолигурическую. Введение гипертонических растворов (например, маннитола) может послужить причиной острого увеличения объема циркулирующей крови у пациента с олигурией и привести к массивному отеку легких. Быстрая инфузия больших доз фуросемида может обусловить ототоксичность. У пациентов с истинной почечной недостаточностью эти препараты следует использовать с исключительной осторожностью.

**Диализ**

Как гемодиализ, так и перитонеальный диализ являются эффективными методами поддержания гомеостаза пациента до купирования ишемии почек и устранения токсемии. Выбор метода диализа осуществляется на основе индивидуального подхода с учетом имеющегося оборудования, состояния гемодинамики и состояния брюшной полости пациента. В последние годы у пациентов с нестабильной гемодинамикой, обусловленной кардиогенным или септическим шоком, используется медленная и длительная гемофильтрация.

Прерывистый диализ облегчает удаление не только азотистых шлаков, но и избыточного объема жидкости, что способствует улучшению гемодинамики. Это помогает также корригировать метаболический ацидоз и гиперкалиемию, которые при отсутствии лечения могут привести к сердечной недостаточности и гибели больного. Большинству больных с острой почечной недостаточностью требуется проведение 4-часового гемодиализа через день.

**Препараты**

Допамин в низкой концентрации (1—3 мкг/кг в минуту) улучшает кровоток в корковом слое почек и часто используется на ранней стадии острой почечной недостаточности. В дозе 4— 6 мкг/кг в минуту допамин проявляет р-адренергический эффект, повышая сократимость сердечной мышцы и увеличивая сердечный выброс.

Другие препараты, которые выводятся почками (например, дигоксин, соединения магния, седативные средства) должны применяться с осторожностью. Обычные терапевтические дозы способны вызвать серьезные побочные эффекты, так как при избыточной концентрации препарата происходит его аккумуляция.

**Другие мероприятия**

По возможности следует избегать процедур, сопряженных с нарушением защитных барьеров пациента (кожа и слизистые оболочки), что снижает риск развития микробной инфекции. Продолжительность использования катетеров, введенных в мочевой пузырь и внутривенных инфузионных линий должна быть сведена к минимуму, что позволит исключить или максимально снизить частоту бактериемии.

Следует иметь в виду и другие частые внепочечные осложнения, развивающиеся на фоне ОПН, такие как сепсис, желудочно-кишечное кровотечение и перикардиальная тампонада, которые требуют быстрого лечения.

**Прогноз**

Прогноз зависит от причинного фактора острой почечной недостаточности. В большинстве случаев преренальной и постренальной ОПН можно ожидать выздоровления. У пациентов с истинной почечной недостаточностью, большинство из которых имеют ОПН, вызванную токсинами (аминогликозиды, рентгено-контрастные вещества, миоглобинурия) функция почек нормализуется. Плохой прогноз у пациентов с посттравматическим или послеоперационным острым некрозом канальцев. Пожилые пациенты с вовлечением в патологический процесс многих органов и систем имеют плохой прогноз по сравнению с молодыми пациентами, которые до возникновения ОПН были здоровыми. У большинства пациентов после острого инсульта функция почек восстанавливается в течение 2—3 недель, хотя описаны редкие случаи нормализации почечной функции через 6 месяцев.

**Профилактика**

Даже в настоящее время смертность больных вследствие ОПН весьма значительна. Поэтому следует приложить максимум усилий для предупреждения развития почечной недостаточности. Необходимые при этом меры включают выявление пациентов высокого риска, воздержание от назначения нефротоксичных препаратов и обеспечение адекватной гидратации с помощью внутривенных жидкостей до проведения ангиографических исследований. Использование кристаллоидных или коллоидных растворов до, во время и после обширного хирургического вмешательства уменьшило частоту острого ишемического некроза канальцев в периоперационный период.

**2. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит**

Быстро прогрессирующий гломерулонефрит является клиническим синдромом со следующими проявлениями: 1) воспаление клубочков, которое обычно проявляется гематурией с наличием (или отсутствием) эритроцитов в осадке мочи; 2) быстрым ухудшением функции почек, что приводит к азотемии; 3) часто наблюдаемой олигурией или анурией; 4) гипертезией, отеком и массивной протеинурией. Гистологическое исследование обнаруживает характерные полулунные комплексы слущивающихся клеток эпителия капсулы, которые заполняют ее просвет и коллабируют капиллярные петли; в биоптате почки выявляется поражение более 50 % клубочков. Этиология пролиферации париетальных эпителиальных клеток капсулы Боумена, которая обусловливает формирование полулуний, до конца не выяснена, хотя основу патогенеза заболевания предположительно составляет иммунологическая реакция в клубочках с образованием антител и циркулирующих иммунных комплексов. В клинической практике хорошо известен синдром Гудпасчера, особенность которого состоит в том, что быстро прогрессирующему гломерулонефриту, вызванному антителами к гломерулярной базальной мембране, предшествуют легочное кровотечение и кровохарканье. Иногда клиническая и гистологическая картина определяется острым постстрептококковым гломерулонефритом, нефропатией IgA, мезангиокапиллярным гломерулонефритом или системным васкулитом, подобно идиопатическому быстро прогрессирующему гломерулонефриту.

**Дифференциальный диагноз**

Следует рассмотреть и другие расстройства, вызывающие быстро прогрессирующую почечную недостаточность с клиническими и гистологическими признаками воспаления клубочков, которые необходимо дифференцировать с быстро прогрессирующим гломерулонефритом. Они включают следующее: 1) волчаночный нефрит; 2) узелковый полиартериит; 3) аллергический ангиит; 4) гранулематоз Вегенера; 5) анафилактоидную пурпуру; 6) почечную склеродермию; 7) тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру; 8) гемолитический уремический синдром; 9) злокачественную гипертензию. Большинство этих расстройств диагностируется на основании данных анамнеза, объективного исследования, рентгенографии, рутинных лабораторных анализов и результатов биопсии почки.

**Лечение**

Терапия гломерулонефрита такая же, как и при острой почечной недостаточности. Как только состояние пациента стабилизируется, проводится биопсия почки. Специфическая терапия определяется результатами гистологического исследования. У большинства пациентов с постстрептококковым гломерулонефритом восстановление функции почек происходит спонтанно в течение нескольких недель. При нефрите, вызванном антителами к гломерулярной базальной мембране, а также при синдроме Гудпасчера эффективен плазмаферез в сочетании с иммуносупрессорами. В литературе появлялись отдельные сообщения об успешном лечении идиопатического быстро прогрессирующего гломерулонефрита с помощью массивных доз внутривенных стероидных гормонов.

**Прогноз**

Несмотря на использование современных методов лечения, прогноз в отношении выживания больных и восстановления функции почек при быстро прогрессирующем гломерулонефрите остается плохим. Ведущей причиной смерти больных, получающих интенсивную терапию с плазмаферезом и применением цитотоксических препаратов, является сепсис. Решение о проведении столь агрессивной терапии принимается после всесторонней оценки преимуществ и степени риска такого лечения и его подробного обсуждения с пациентом. Больные, выжившие, но утратившие функцию почек, достаточно хорошо переносят прерывистый диализ; у многих из них успешно осуществляется пересадка почки. Рецидив быстро прогрессирующего гломерулонефрита в пересаженной почке наблюдается исключительно редко.

**Литература**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ. / Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год