

УДК 616.611-002(048.8)

Исройлов Нодирбек Кодиржон угли

Хужамбердиев Уткирбек Эгамберди угли

Кафедра хирургии и урологии

Андижанский государственный медицинский институт

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Резюме: Хронический гломерулонефрит - хроническое иммунное воспалительное заболевание почек с длительно персистирующим или рецидивирующими мочевым синдромом (протеинурия и/или гематурия) и постепенным ухудшением почечных функций. Хронический гломерулонефрит - одна из основных причин ХПН, требующей проведения программного гемодиализа или трансплантации почки.

В данной статье рассматриваются вопросы диагностики и лечения хронического гломерулонефрита современными методами.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, диагностика, лечения.

Isroilov Nodirbek Kodirjon ugli

Huzhamberdiev Utkirbek Egamberdi ugli

Department of Surgery and Urology

Andijan State Medical Institute

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC

GLOMERULONEPHRITIS

Resume: Chronic glomerulonephritis is a chronic immune inflammatory kidney disease with a long-lasting persistent or recurrent urinary syndrome (proteinuria and/or hematuria) and a gradual deterioration of renal functions. Chronic glomerulonephritis is one of the main causes of CRF that requires programmed hemodialysis or kidney transplantation.

This article discusses the issues of diagnosis and treatment of chronic glomerulonephritis by modern methods.

Keywords: chronic glomerulonephritis, diagnosis, treatment.

Актуальность. Хронический гломерулонефрит включает в себя группу различных заболеваний почек, отличных по своей причине, морфологической структуре и подходам к лечению, но объединённых первичным поражением гломерулов [2,6,11]

В мире заболеваемость хроническим гломерулонефритом достигает 13–50 случаев на 10 000 населения. Данные патологии чаще наблюдаются у мужчин. Они могут развиться в любом возрасте, однако наиболее часто возникают у детей 3–7 лет и взрослых 20–40 лет[4,8,12]

На заболеваемость гломерулонефритом влияют популяционные, климатические и социально-экономические факторы. Так, фокально-сегментарный гломерулосклероз чаще встречается у афроамериканцев, ИГА-нефропатия более распространена на азиатском континенте, инфекционно-зависимые гломерулонефриты — в тропиках и развивающихся странах[3,6,9].

Причины возникновения хронического гломерулонефрита зачастую неизвестны. В развитии части болезней установлена роль бактериальной и вирусной инфекции, в частности вирусов гепатита В и С, ВИЧ-инфекции, вирусов кори и Эпштейна — Барра. По существу, каждая редкая и новая инфекция может вызвать гломерулонефрит[1,5,7]. Также на появление хронического гломерулонефрита оказывают влияние лекарственные препараты, опухоли и другие внешние и внутренние факторы [4,8,10].

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности проявления и технологии ГН в условиях Андижанской области.

Материал и методы исследования Дизайн исследования предполагает наличие трех этапов в изучении ХГН. I этап. Изучение клинико-морфологических соответствий по результатам ретроспективного анализа медицинской документации 71 пациента с ХГН и гистологическим подтверждением. II этап. Изучение особенностей клинического течения, спектра внепочечных осложнений ХГН, а также состояния сосудодвигательной функции эндотелия и гемо-реологических параметров у пациентов с различными формами ХГН. III этап.

Оценка клинической значимости выявленных нарушений функции эндотелия и параметров гемореологии для формирования внепочечных осложнений ХПН, выделение предикторов неблагоприятного течения ХПН, формирование выводов и разработка практических рекомендаций.

Результаты исследования. Установлено, что клинико-функциональные показатели ХГН зависят от этнической принадлежности больных и особенностей географической среды обитания (высокогорье), что отражается на частоте встречаемости предрасполагающих их факторов и клинико-лабораторных проявлениях болезни.

Морфологические проявления ХГН в условиях высокогорья и низкогорья характеризуются наиболее часто мезангио-пролиферативным ГН (в половине случаев), мезангио-капиллярным ГН (у одной трети) и весьма редко ГН с минимальными изменениями и фокальным гломерулосклерозом. У горцев чаще выявляется мембранный ГН (16,1% против 4,5% в низкогорье, $p<0,05$). В то же время клинические заболевания в высокогорье проявляются меньшей степенью анемизации, артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии (по уровню общего ХС).

Лечение стероидами ГН с минимальными изменениями и мезангио-пролиферативного ГН обеспечивает 10-летнюю выживаемость, превышающую 87%, причем такая терапия дает наихудшие результаты при мезангио-капиллярном ГН.

Развитие ХГН у Андижанской популяции не ассоциируется с носительством какого-либо генотипа гена ангиотензин-превращающего фермента, хотя при генотипе DD активность ангиотензин-превращающего фермента существенно выше, равно как и концентрация холестерина в крови.

Оценка функционально-ренального резерва с помощью белковой нагрузки помогает выявлению ранних нарушений функции почек, особенно при нефротическом ХГН. Состояние функционально-ренального резерва зависит от морфологического варианта ХГН, что особенно четко проявляется при невоспалительных морфологических изменениях со стороны почек. Отсутствие функционально-ренального резерва негативно влияет на выживаемость больных ХГН.

Выраженность протеинурии при ХГН возрастает при обычной физической активности, особенно при дозированной ВЭМ-пробе, сопровождаясь более заметными гемодинамическими сдвигами при наличии артериальной гипертензии, поэтому нагрузочные пробы следует использовать для оценки степени тяжести почечной патологии и эффективности терапевтических вмешательств.

Гипобарическая гипоксическая тренировка, мевакор и их сочетанное применение при нефротическом ХГН вызывают существенное снижение в крови уровня липидов. При этом если изолированное применение гипобарической гипоксии уменьшает общий холестерин, липопротеиды очень низкой плотности и триглицериды, то мевакор оказывается только на уровне общего холестерина и липопротеидов низкой плотности.

Сочетанное их применение (эксогенной гипоксии + мевакор) увеличивает результативность лечения, снижая уровни общего холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, а также триглицеридов.

Высокогорная адаптация больных ХГН сопровождается существенным увеличением в крови количества эритроцитов и концентрации гемоглобина, снижением содержания иммуноглобулинов G, а также тенденцией к снижению СОЭ и протеинурии, повышением уровня общего белка и альбуминов крови.

Вывод. Выявленные структурно-функциональные нарушения эритроцитов являются одной из причин ухудшения реологических свойств крови и приводят к срыву адаптивных возможностей организма, углублению гипоксии, поддерживают состояние эндотелиальной дисфункции и формированию почечных и внепочечных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Варшавский В.А., Прокурнева Е.П., Гасанов А.Б., Севергина Л.О., Шестакова Л.А Об уточнении клинико-морфологической классификации хронического гломерулонефрита // Нефрология и диализ. — 1999. — № 2,3. — С. 100-106.
2. Кабулбаев К., Наушабаева А., Канатбаева А., Кулкаева М. Морфологические варианты острого "постстрептококкового" гломерулонефрита / IX общероссийская конференция Российского Диализного Общества. Тезисы докладов // Нефрология и диализ. — 2015. — № 3. — С. 300.
3. Козина О, Благовещенская Н., Зайцева Л., Рамазина Н., Фролова М. Опыт применения циклоспорина в лечении нефротического синдрома / IX общероссийская конференция Российского Диализного Общества. Тезисы докладов // Нефрология и диализ. — 2015. — № 3. — С. 294.
4. Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М., Козловская Л.В. Диагностика и лечение болезней почек. — М.: Геотар-Медиа, 2008. — 125 с.

5. Наушабаева А.Е., Кабулбаев К.А., Румянцев А.Л., Бройке В., Эрих Й. Рациональные методы и алгоритмы диагностики заболеваний почек у детей // Педиатрическая фармакология. — 2009. — № 4. — С. 54-66.
6. Нефрология. Учебное пособие для послевузовского образования / под ред. Е.М. Шилова. — М.: Геотар-Медиа, 2007. — 688 с.
7. Тареев Е.М. Клиническая нефрология. — М.: Книга по требованию, 2012. — Т. 2.
8. Barsoum R.S. Glomerulonephritis in disadvantaged populations // Clin Nephrol. — 2010; 74: 44-50.
9. Goumenos D.S., Katopodis K.P., Passadakis P., et al. Corticosteroids and cyclosporin A in idiopathic membranous nephropathy: higher remission rates of nephrotic syndrome and less adverse reactions than after traditional treatment with cytotoxic drugs // Am J Nephrol. — 2007; 27(3): 226-31.
10. Souqiyyeh M.Z., et al. Rituximab as a Rescue Therapy in Patients with Glomerulonephritis // Saudi J Kidney Dis Transpl. — 2015; 26(1): 47-55.
11. Yan K., Kudo A., Hirano H., et al. Subcellular localization of glucocorticoid receptor protein in the human kidney glomerulus // Kidney Int. — 1999; 56(1): 65-73.
12. Villacorta J., Diaz-Crespo F., Acevedo M., et al. Antineutrophil cytoplasmic antibody negative pauci-immune extracapillary glomerulonephritis // Nephrology (Carlton). — 2016; 21(4): 301-7.