

Министерство образования и науки
Кыргызской республики
Ошский государственный университет
Медицинский факультет



РЕФЕРАТ

Тема: Мозговой синдром в практике
семейного врача. Хронический гломеруло-
нефрит. Хронический пиелонефрит.

Проверил(а): Рысметова Р.Т.

Группа: ЛК-6-А-18.

Выполнила(а): Курман кызы Ардуна

Содержание.

1. Мочевого синдрома в практике семейного врача. Хронический пиелонефрит. Хронический цистит.
2. Этиология
3. Патогенез
4. Клиника
5. Диагностика
6. Лечение
7. Профилактика
8. Осложнение.

Мочевой синдром в широком понимании включает в себя все изменения мочи, в доле узком (уточненный МС) - уточненные изменения осадка мочи: эритроцитурия / гематурия, лейкоцитурия / пиурия, протеинурия, цилиндурия, кристаллурия, бактериурия. МС может сочетаться с артериальной гипертензией, туберкулезными дисфункциями почек, нефролитиазом, обструкцией мочевых путей, инфекцией мочевых путей, острой и хронической почечной недостаточностью.

Наиболее частыми причинами уточненного МС могут быть гломерулонефрит (ГН), диабетическая нефропатия (ДН), подагрическая нефропатия, туберкулез мочевыводящей системы, амилоидоз почек, пиелонефрит и мочекаменная болезнь (МКБ).

Хронический гломерулонефрит - группа заболеваний, протекающих с рецидивирующей и устойчивой гематурией, уточненной протеинурией, нефротическим и хроническим нефротическим синдромом.

Нефротический синдром характеризуется тяжелой

протеинурией ($>3,5 \text{ г/сут}$), гипонатриемией (натрий в сыворотке $<135 \text{ ммоль/л}$), гиперлипидемией и отеками.

Хронический нефритический синдром включает протеинурию ($<3,5 \text{ г/сут}$), гематурию (кактацициты $>5\%$), умеренные отеки, или артериальную гипертензию, продолжительная в течение длительного времени.

Классификация.

- Клиническая.

• Узлообразный почечный синдром:

- рецидивирующая и устойчивая гематурия с или без протеинурии.

- узлообразная протеинурия.

• Нефритический синдром

• Нефритический синдром.

- Морфологическая

• рецидивирующая и устойчивая гематурия.

- По состоянию функции почек:

- I стадия - СКФ (скорость клубочковой фильтрации) $\geq 90 \text{ мл/мин}$.

- II стадия - СКФ - 89 - 60 мл/мин
- III стадия - СКФ - 59 - 30 мл / мин.
- IV стадия - СКФ - 29 - 15 мл / мин.
- V стадия - СКФ - менее 15 мл / мин.

Диагностика.

- Общий анализ крови: МВ, \uparrow Эр, МСV, МСН, лейкоцит с формулой, Тр, СОЭ, фрагментированные эритроциты
- Тест-полоски на гематурию, протеинурию, лейкоцитурию, цилиндурию.
- Протеин / креатининовый коэффициент.
- Креатинин, мочевины сыворотки крови.
- Анализ мочи. Типичными изменениями общего анализа мочи служит появление эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров, белка, уменьшение удельного веса мочи. Для оценки функции почек проводятся пробы Зимницкого и Робертса
- Анализ крови. В крови обнаруживается гипонатриемия и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, \uparrow титр антител к стрептококку (АСЛ-с антигемолитическая, антистрептококковая) \downarrow содержание клеток complemento (С3 и С4) повышается

уровень $I_{\rho M}$, $I_{\rho G}$, $I_{\rho A}$.

- УЗИ почек. ↓ размеров органов за счет скелетизации почечной ткани.
- Дополнительные методы. Экскреторная урография, термография, нефроцинтиграфия помогают оценить состояние паренхимы, степень нарушения функции почек.
- ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ мезентриальных сосудов, осмотр мочевого дна.
- Биопсия почек.

Лечение.

- Диета сбалансированная, адекватное введение белка (1,5-2 г/кг) калории по возрасту.
+ суточная потребность Na 2 г/сут.
- При нефротическом и хроническом нефритическом синдромах:
 - Диета сбалансированная, адекватное введение белка (1,5-2 г/кг) калории по возрасту.
 - При наличии отеков и АГ ограничение употребления поваренной соли < 1-2 г/сут.
 - Регулярная физическая активность по 30 мин.

Брай введемо.

- отказ от курения и алкоголя.
- целевой ИМТ - 20-30.
- Иммуносупрессивная терапия.
- Цитостатики и глюкокортикоиды.
- НПВС.
- Антикоагулянты. прятные и непрямые.
- реабилитация.

Профилактика.

Первичная профилактика развития патологического процесса - это рациональное закаливание, повышение чувствительности к холоду, а также своевременное и адекватное лечение хронических очагов инфекции.

Осложнения.

- Острая и хроническая легочная недостаточность.
- Инфекционные поражения почек.
- Нервно-мышечный криз.

Хронический пиелонефрит — это хронический неспецифический воспалительный процесс с вовлечением лоханок, чашечек, почечной паренхимы с преимущественным поражением интерстиция. Бактериальный интерстициальный нефрит.

Классификация.

По течению: острый, хронический

- острый (указать врожденный порок развития)
- неосложненный.
- По функции почек 15 стадий по скорости клубочковой фильтрации.
- Первичный развивается в активной почке без аномалий развития и диагностированных нарушений гидродинамики.
- Вторичный, возникающий на фоне заболеваний, нарушающих пассаж мочи.

Выделяют 3 фазы ХП.:

- активного воспаления
- латентного воспаления
- ремиссии и клинического выздоровления.

Иммунитет.

- бактерии.
- мочекаменная болезнь в антимоче.
- опухоли в мозговой системе.
- заболевания кишечника.
- церебральный отток мозга.
- ослабленный иммунитет.
- сахарный диабет.
- адено предстательной железы.

Патогены.

Обычно возбудителями пилонейрита являются кишечная палочка, протей, стафилококки, стрептококки, энтерококки, синегнойная палочка. Существует два пути проникновения бактерий в почку - гематогенный и урогенный.

- микроорганизмы попадают в почку через кровь у людей с очага инфекции в организме, а именно, при инфекционно-восп. забл. половым путем. При этом поражаются преимущественно корковое вещество почки, особенно прилегающее к кровеносным сосудам области. Страдают почечные канальцы.

Клиника.

- высокая температура до 38-40°C
- боль при поворотах.
- боль в зоне поясницы
- повышенная потливость.
- чувство жара
- тошнота и рвота.
- дрожь и озноб.
- ноги с резким запахом.
- мышечная слабость, появление отеков.
- кожные покровы на фоне интоксикации организма бледные.

Диагностика.

Объективно: бледность кожи и видимых слизистых оболочек, похудание, пастозность лица, болезненность при ощупывании или поколачивании поясничной области.

• Симптом Рошио -

• Однородный анализ крови: анемия, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, ↑СОЭ.

Общие анализы мочи: моча мутная, шероховатая, креакция, ↓ плотности мочи, умеренная протеинурия, лейкоцитозурия, цилиндрурия, бактерии >100000 в 1 мл мочи.

- Проба по Зимницкому: ↓ плотности мочи в течение суток, максимальные колебания относительной плотности менее 12 единиц, количество ночной порции мочи преобладает над дневной.
- Проба по Нечипоренко: преобладание лейкоцитозурии над эритроцитозурей.
- БАК: ↑ грибковидная, аз-губулина, креатинина мочевины.
- ИИ - высокие титры антител к O-антигену кишечной палочки.
- обзорная рентгенография области почек с одной или обеих сторон.
- экскреторная урография
- УЗИ почек.
- Радиоизотопные методы
- Ретроградная пиелография.
- почечная ангиография.

Лечение

Резици : ограничение функциональной активности
постельный резици при высокой степени, до полного
раширения резици около 4-6 недель.

Диета 7: жидкости 2-3 л в сутки, ограничение
поваренной соли до 5-8 г в сутки.

Два этапа лечения :

- лечение обострения
- противорецидивное лечение.
- Антибиотики и химические антибактериальные препараты, следует назначать с учетом чувствительности микрофлоры, ноги большого к антибактериальным препаратам
- Уросептики.
- кишечная палочка - высокоэфр. цефалоспорины, ампициллин, карбенциллил, гентамицин, тетрациклин.
- энтерококк - высокоэфр. цефалоспорины, гентамицин, синифлоксацин, нафидиксидовая кислота.
- энтерококк - ампициллин, карбенициллил.
- стафилококк - пенициллин, цефалоспорины.

- Цефалоспорины 1, 2, 3, поколения: кефзол, 2 г/е в 3 приема в/в, в/м, цефалексин внутрь 0,5-1 г/с на 2 приема.
- монобактамы: (адаман)
- линкозамин (клиндамины)
- Карбапенемы - в/м 4-8 г/с на Чиньеллини.
- Аминогликозиды: гентамины в/м или в/в в дозе 3-4 мг/кг каждые 8 час.
- Фторхинолоны: левофлоксацин в/в 0,8 г/с 2 раза в сутки.
- Иммуномодуляторы - декорис, Т-активин.
- Мочегонные, противовоспалительные, антигипертензивные, спазмолитические препараты.