**«ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА»**

***Автор: Перфильева Анна Владимировна,***

***студентка краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Ачинский медицинский техникум»***

***Руководитель: Масловская Елена Сергеевна, преподаватель***

Гломерулонефрит - двустороннее аутоиммунное воспалительное заболевание почек с преобладающим поражением почечных клубочков и включением в патологический процесс почечных канальцев, интерстициальной ткани и сосудов. Протекает остро или хронически (с повторными обострениями и ремиссиями), имеет прогрессивный характер и отличается постепенной, но неуклонной гибелью клубочков и сморщиванием почек.

**Этиология**

Причиной болезни обычно является острая или хроническая стрептококковая инфекция (ангина, пневмония, тонзиллит, скарлатина, стрептодермия). Заболевание может развиться, как следствие кори, ветряной оспы или ОРВИ. Вероятность возникновения патологии увеличивается при длительном пребывании на холоде в условиях повышенной влажности («окопный» нефрит), поскольку сочетание этих внешних факторов изменяет течение иммунологических реакций и вызывает нарушение кровоснабжения почек.

В подавляющем большинстве случаев поражение почек развивается через 1-3 недели после стрептококковой инфекции, причем, результаты исследований чаще всего подтверждают, что гломерулонефрит был вызван штаммами b-гемолитического стрептококка группы А.

При возникновении в детском коллективе инфекции, вызванной штаммами стрептококка, симптомы острого гломерулонефрита отмечаются у 3-15% инфицированных детей. При проведении лабораторных исследований изменения в моче выявляются у 50% окружающих больного детей и взрослых, что свидетельствует о торпидном (бессимптомном или малосимптомном) течении гломерулонефрита.

После скарлатины острый процесс развивается у 3-5% детей, получавших лечение в домашних условиях и у 1% больных, пролеченных в условиях стационара. К развитию гломерулонефрита может привести ОРВИ у ребенка, который страдает хроническим тонзиллитом или является носителем кожного нефритогенного стрептококка.

**Классификация**

По причинам возникновения гломерулонефриты делятся на две группы:

1. Первичные (идиопатические) – когда причины возникновения неизвестны.
2. Вторичные – когда причины развития заболевания обусловлены:

* системными аутоиммунными заболеваниями (системной красной волчанкой, геморрагическими васкулитами, ревматоидным артритом);
* поражениями почек в рамках паранеопластического синдрома (опухолей и лимфом) – эти гломерулонефриты устойчивы к стандартной терапии, поэтому прогноз может быть улучшен (вплоть до полного выздоровления) при полном удалении опухоли;
* инфекциями (инфекционным эндокардитом, вирусами гепатита В и С, ВИЧ-инфекцией и другими);
* лекарственными болезнями (аутоиммунной реакцией на фармокологические и биологические препараты).

По клиническим проявлениям выделяют пять форм заболевания:

1. Нефротическая
2. Гипертоническая
3. Гематурическая (болезнь Берже)
4. Латентная
5. Смешанная – включает в себя проявления нефротической и гипертонической форм.

**Клиническая картина гломерулонефрита**

Симптомы острого диффузного процесса появляются спустя одну-три недели после инфекционного заболевания, обычно вызванного стрептококками (ангина, пиодермия, тонзиллит). Для острого гломерулонефрита характерны три основные группы симптомов: мочевой (олигурия, микро- или макрогематурия), отечный, гипертонический. Острый гломерулонефрит у детей, как правило, развивается бурно, течет циклически и обычно заканчивается выздоровлением. При возникновении острого гломерулонефрита у взрослых чаще наблюдается стертая форма, для которой характерны изменения мочи, отсутствие общих симптомов и тенденция к переходу в хроническую форму.

Начинается заболевание с повышения температуры (возможна значительная гипертермия), озноба, общей слабости, тошноты, снижения аппетита, головной боли и боли в поясничной области. Больной становится бледным, его веки отекают. При остром гломерулонефрите наблюдается уменьшение диуреза в первые 3-5 суток от начала заболевания. Затем количество выделяемой мочи увеличивается, но снижается ее относительная плотность. Еще один постоянный и обязательный признак гломерулонефрита – гематурия (наличие крови в моче). В 83-85% случаев развивается микрогематурия. В 13-15% возможно развитие макрогематурии, для которой характерна моча цвета «мясных помоев», иногда – черная или темно-коричневая.

Одним из наиболее специфичных симптомов являются отеки лица, выраженные по утрам и уменьшающиеся в течение дня. Следует отметить, что задержка 2-3 литров жидкости в мышцах и подкожной жировой клетчатке возможна и без развития видимых отеков. У полных детей дошкольного возраста единственным признаком отеков иногда становится некоторое уплотнение подкожной клетчатки.

У 60% больных развивается гипертония, которая при тяжелой форме заболевания может длиться до нескольких недель. В 80-85% случаев острый гломерулонефрит вызывает у детей поражение сердечно-сосудистой системы. Возможны нарушения функции центральной нервной системы и увеличение печени. При благоприятном течении, своевременном диагностировании и начале лечения основные симптомы (отеки, артериальная гипертензия) исчезают в течение 2-3 недель. Полное выздоровление отмечается через 2-2,5 месяца.

Для всех форм хронического гломерулонефрита характерно рецидивирующее течение. Клинические симптомы обострения напоминают или полностью повторяют первый эпизод острого процесса. Вероятность рецидива увеличивается в весеннее-осенний период и наступает спустя 1-2 суток после воздействия раздражителя, в роли которого обычно выступает стрептококковая инфекция.

**Профилактика гломерулонефрита**

Первичная профилактика заключается в своевременном лечении стрептококковой инфекции для предотвращения развития острого гломерулонефрита.

Основные правила профилактики гломерулонефрита очень просты:

* своевременное лечение всех инфекционных болезней, а также санация хронических очагов (например, хронического тонзиллита или фарингита, лечение кариозных зубов);
* ограничение соли в рационе;
* здоровый образ жизни (отказ от алкоголя и сигарет, правильное питание, физическая активность);
* избегать длительного переохлаждения и перегревания;
* все сыворотки и вакцины следует использовать строго по показаниям врача;
* соблюдение питьевого режима – не менее 1,5 литров чистой питьевой воды в день;
* контроль сахара в крови (особенно у диабетиков).

При первичной профилактике ОГН следует иметь в виду склонность некоторых людей к аллергическим реакциям в ответ на введение сывороток, вакцин, индивидуальную повышенную чувствительность к лекарственным препаратам. Поэтому особую осторожность надо соблюдать при повторных введениях сывороток, вакцин лицам, у которых на их введение раньше наблюдались аллергические реакции, сопровождавшиеся патологическими изменениями в моче. С такой же осторожностью необходимо относиться и к назначению антибиотиков, обладающих нефротоксическим действием, а также других лекарственных препаратов лицам с повышенной чувствительностью к ним.

Поэтому при всех обращениях больных в поликлинику, а также при поступлении лиц на работу, направлении на курорт, после ангины и других стрептококковых заболеваний в обязательном порядке необходимо проводить анализы мочи, чтобы своевременно выявить гломерулонефрит с атипичным началом.

Вторичная профилактика заключается в профилактике раннего развития осложнений (в частности, хронической почечной недостаточности), а также включает мероприятия по предупреждению обострений заболевания:

* правильное трудоустройство больных,
* соблюдение ими необходимого режима труда и отдыха,
* назначение диеты в соответствии с нозологической формой заболевания, его клиническим вариантом и состоянием функции почек,
* санацию очагов инфекции,
* предупреждение и лечение интеркуррентных заболеваний,
* общеукрепляющую и десенсибилизирующую терапию.

При необходимости следует продолжить в поддерживающих дозах начатую в стационаре патогенетическую терапию. С этой целью больные острым гломерулонефритом после выписки из стационара с нормальными анализами мочи освобождаются от работы сроком до двух недель; при наличии остаточных явлений (микропротеинурия, микрогематурия) продолжительность временной нетрудоспособности увеличивается до 1-1,5 месяца, а при затянувшемся течении - до 2-3 месяцев.

Общее время нетрудоспособности с учетом двухмесячного пребывания в стационаре составляет от 2-8 (при благоприятном течении заболевания) до 4-6 месяцев при затянувшемся течении, особенно у больных с нефротическим синдромом и у больных, лечившихся глюкокортикостероидными гормонами или иммунодепрессантными препаратами.

Лица этой группы должны быть трудоустроены на работу, не связанную с переохлаждениями, особенно действием влажного холода, и перегревами (в горячих цехах), без тяжелой физической нагрузки и длительного пребывания на ногах; они должны освобождаться от поездок в командировки, особенно долгосрочные. Им следует рекомендовать в первые 3-6 месяцев (при возможности - ежедневно) в течение 1-2 часов соблюдать постельный режим, т. е. находиться в горизонтальном положении. В течение 6-12 месяцев не рекомендуются продолжительная ходьба, подвижные спортивные игры, купание.

Назначается диета с ограничением поваренной соли (до 6-8 г в сутки) и жидкости (до 1-1,5 л). Эти ограничения должны быть более строгими при склонности к гипертензии и отекам (до 5-6 г соли и не более 1 л жидкости в сутки с учетом жидких блюд). Пища должна содержать достаточное количество витаминов, особенно группы В, С и Р, белка (в среднем 1 г на 1 кг массы тела), углеводов. Рекомендуются соки, компоты из овощей, фруктов и ягод, содержащие много витаминов. В умеренных дозах в пищу разрешается добавлять вкусовые приправы (перец, горчица, хрен и др.), а также лук, чеснок. Запрещается употребление алкогольных напитков.

В случае возникновения ангины, обострения хронического тонзиллита, гриппа и других заболеваний необходим постельный режим, больной освобождается от работы на весь период заболевания, но не менее 7-10 дней; проводится активное лечение антибиотиками, назначаются антигистаминные препараты, кальция хлорид, аскорутин, осуществляется тщательный контроль за уровнем артериального давления, за анализами мочи и крови.

Пациентам, перенесшим острую форму гломерулонефрита, необходимо на протяжении определенного периода (продолжительность устанавливается врачом) соблюдать максимально щадящий режим физических нагрузок. Впоследствии физическую нагрузку следует постепенно увеличивать. По утрам рекомендуется выполнять комплекс несложных упражнений, а в вечернее время совершать пешеходные прогулки. При этом пациентам показан послеобеденный отдых в горизонтальном положении. Также рекомендуется отдыхать после любых физических нагрузок. В положении лежа кровоснабжение и обменные процессы в почках становятся более интенсивными, в результате чего их функциональность улучшается. Помимо режима отдыха и физических нагрузок, профилактика гломерулонефрита требует соблюдения ряда других правил.

**Список литературы**

1. Игнатова, М. С. Гломерулонефрит. Гл. 7 / М. С. Игнатова, Н. А. Коровина // Игнатова, М. С. Диагностика и лечение нефропатий у детей: руководство для врачей / М. С. Игнатова, Н. А. Коровина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017 – С. 91-101.

2. Калинин. А.Л. Симптоматология и диагностика острых и хронических гломерулонефритов и пиелонефритов. Гомельский государственный медицинский университет, 2021 г.

3. Лобанова С.М., Булгаков М.С., Автандилов А.Г., Михайлова Н.А.. Хронический гломерулонефрит: клиника, диагностика, лечение на амбулаторном этапе: учебное пособие / ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2016 – 38 с. ISBN 978-5-7249-2588-4