



# Нефритический синдром

# Синдромы почечных заболеваний

- Минимальный (бессимптомный) мочевого синдром
- **Нефритический синдром**
- Нефротический синдром
- Инфекция мочевых путей
- Артериальная гипертензия
- Острая почечная недостаточность
- Хроническая почечная недостаточность
- Обструкция мочевых путей
- Моче-каменная болезнь
- Группа тубуло-интерстициальных синдромов
- Гематурия/синдром поясничных болей



# Синдромы гломерулярных заболеваний (воспалительных и невоспалительных)

## Минимальный (изолированный)

- следовая протеинурия;
- микрогематурия;
- лейкоцитурия.

## Нефритический

- следовая протеинурия;
- микро- и макрогематурия;
- артериальная гипертензия;
- азотемия.

## Нефротический

- отеки мягких тканей;
- полисерозиты;
- олигурия;
- протеинурия;
- липидурия;
- гипо- и диспротеинемия;
- гиперхолестеринемия.

## Определение:

Нефритический синдром (НС) – комплекс **клинических** и лабораторных признаков, характеризующих патологические изменения в почках при ряде первичных и вторичных нефропатий, которые ведут к поражению жизненно важных органов.

## Клинические и лабораторные проявления нефритического синдрома:

- протеинурия (следовая или умеренная – до 2г/л);
- гематурия в широком диапазоне (микро- или макро);
- артериальная гипертензия;
- нарушение функции почек (ОПП или ХБП).

**Нефритический синдром бывает  
острым и хроническим**

# Острый нефритический синдром наблюдается при:

- острым постинфекционным гломерулонефрите
- острых вторичных гломерулитах (васкулиты мелких артерий, люпус-нефрит, АБМ-нефрит)
- злокачественной артериальной гипертензии
- острым ТИН (лекарственным и токсическом)
- острым подагрическим кризе
- острой реакции отторжения трансплантата

**Во всех приведенных случаях возможно развитие ОПП**

# Хронический нефритический синдром наблюдается при:

- различных типах пролиферативных гломерулонефритов
- вторичных гломерулопатиях (Шенлейн-Геноха, диабет, люпус-нефрит, ВИЧ, гепатиты, ревматоидный артрит, б-нь Гудпасчера и т.д.)
- хроническом ТИН (подагра, оксалоз, диуретики)
- хронической нефропатии трансплантата

**Во всех приведенных случаях может развиваться ХБП!**



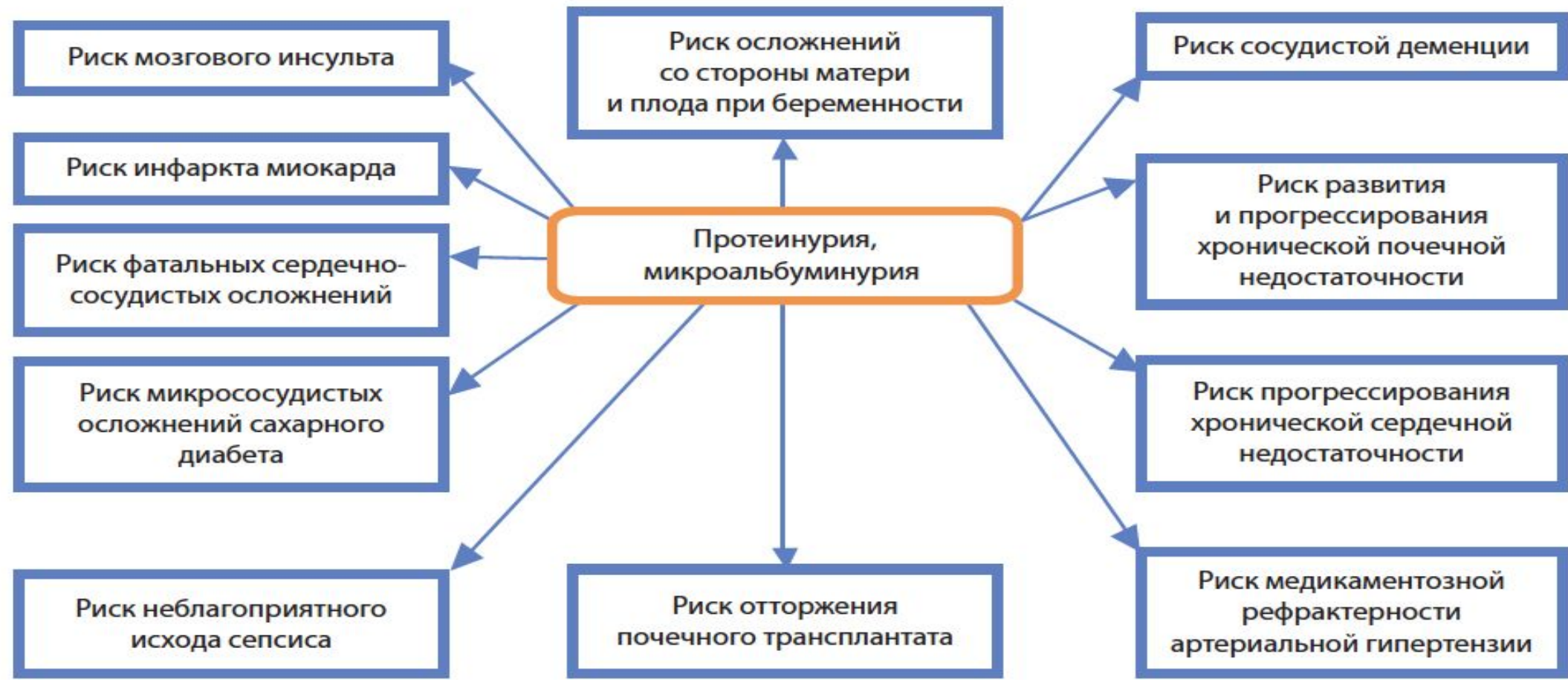
# Причины развития отдельных признаков нефритического синдрома.

## I. Протеинурия

- *Воспалительные изменения элементов клубочков (инфильтрация, пролиферация)*
- *Метаболические причины нарушения проницаемости клубочкового фильтра (потеря заряда БМ, уменьшение гепарат сульфата)*
- *Ишемические сдвиги клубочков и канальцев (снижение межподоцитных белков, уплощение и сращивание эпителия канальцев)*
- *Токсические поражения клеток канальцев (апо-птоз, некроз)*

## Основными заболеваниями, приводящими к протеинурии являются:

1. **Гломерулонефриты первичные и вторичные**
2. **Системная артериальная гипертензия**
3. **Снижение почечного кровотока (падение ОЦК, окклюзии и стенозы артерий, действие лекарственных средств)**
4. **Разрушение нефрона под воздействием токсинов (алкоголь, гликоли, тяжелые металлы, лекарства и др.)**



# Причины развития отдельных признаков нефритического синдрома.

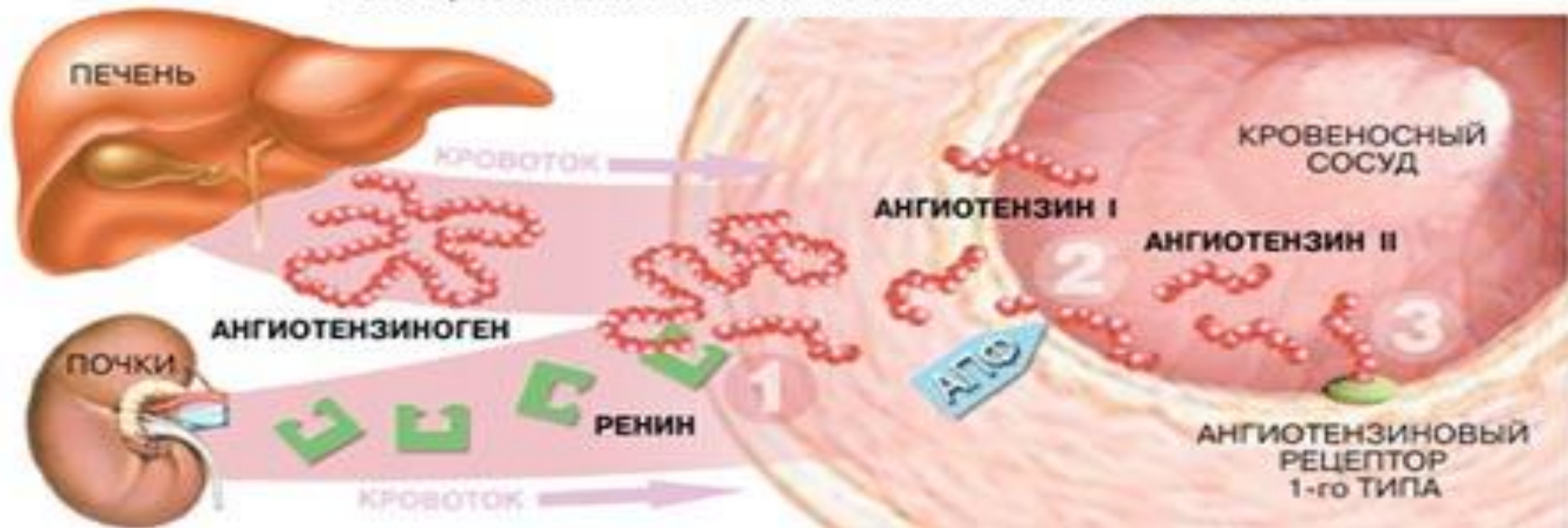
## II. Изменения в осадке мочи

- Эритроциты гломерулярные вследствие разрыва капиллярных петель и повышения проницаемости БМ
- Эритроциты тубулярные вследствие некроза эпителия канальцев и диапедеза клеток крови
- Цилиндры зернистые и эпителиальные как признак ишемии и дистрофии канальцев
- Цилиндры эритроцитарные как признак гломерулонефрита
- Лейкоциты как следствие белковой перегрузки
- Соли при подагре и оксалозе – дисметаболизм.

# Причины развития отдельных признаков нефритического синдрома. Артериальная гипертензия

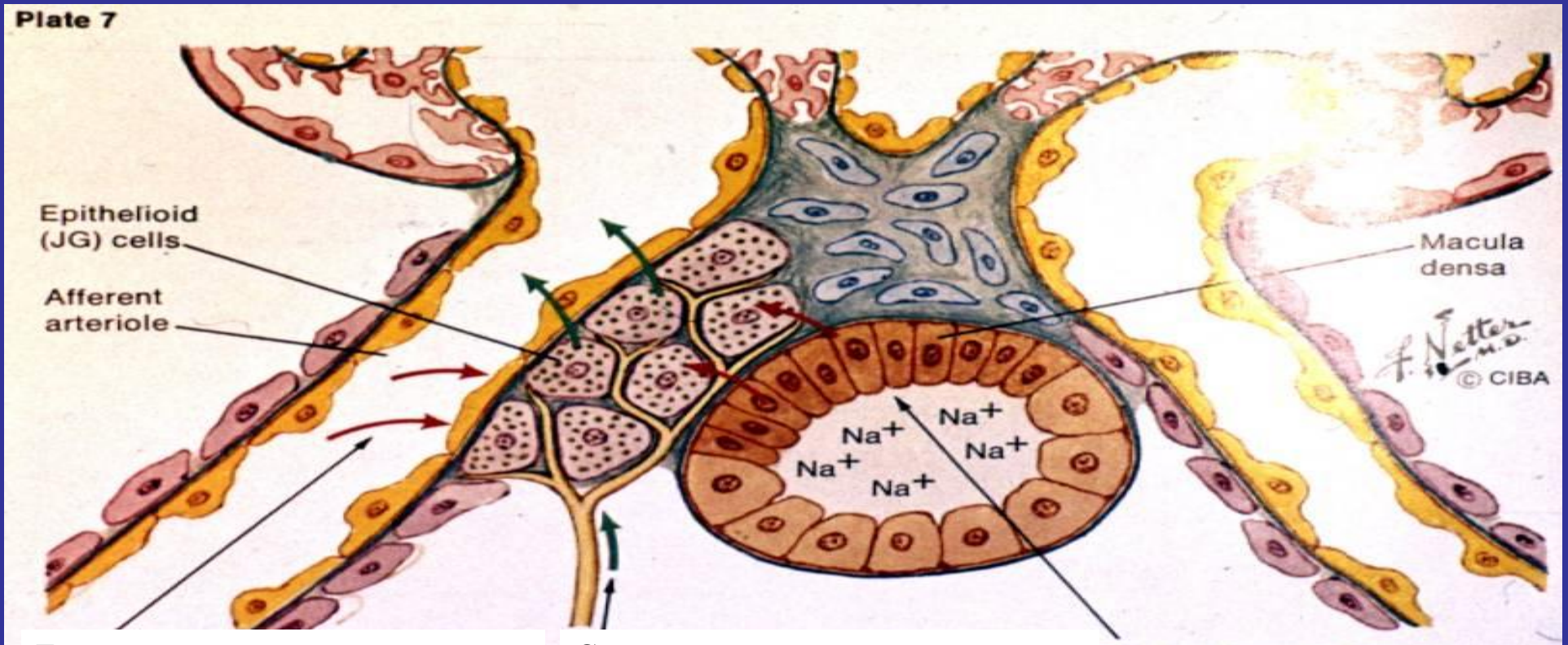
- *Активация РАА системы различными путями*
- *Констриктивное действие ангиотензина II*
- *Задержка натрия и воды в организме (действие альдостерона на процесс реабсорбции)*
- *Рост активности симпатической нервной системы*
- *Активация циркуляторных прессорных гормонов (эндотелин, тромбоксан и др.)*
- *Подъем уровня катехоламинов*

## ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ





# Теории выхода ренина из депо ЮГА



## Барорецепторная теория

Рост АД в приводящей артериоле ингибирует выход ренина (красные стрелки), а снижение – ускоряет (зеленые стрелки)

## Симпатич. нервная теория

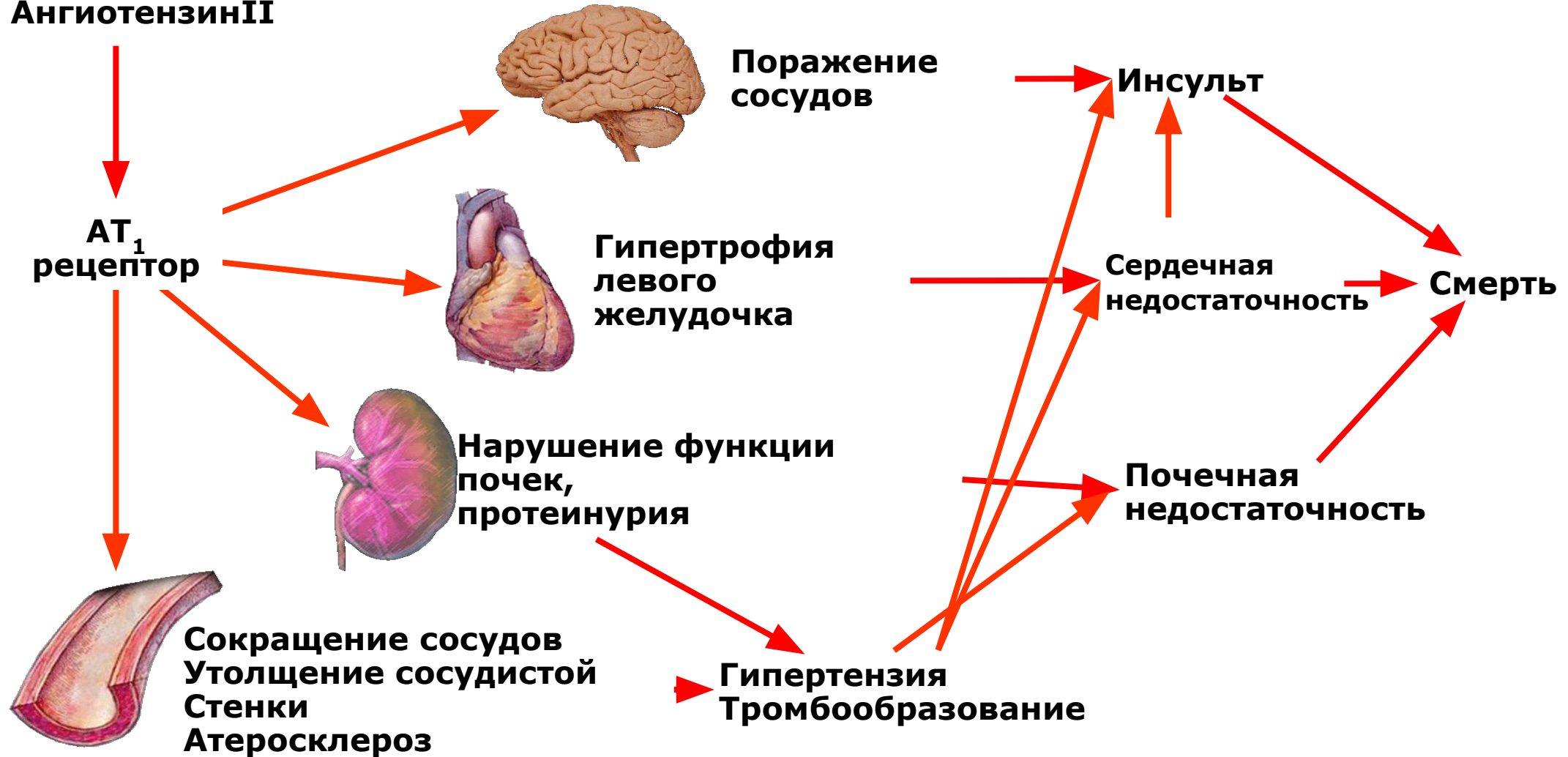
Выход ренина регулируется симпатическими нервами, идущими к клеткам ЮГА, отвечающими выбросом ренина

## Теория «плотного пятна»

↑ Na или осмолярности в канальцах ингибирует выход ренина из клеток ЮГА и наоборот

# Роль АНГИОТЕНЗИНА II в поражении органов-мишеней

Ангиотензин II



# Влияние Na на регуляцию артериального давления



Причины развития отдельных признаков  
нефритического синдрома.  
Нарушения функции почек

**ОПН**

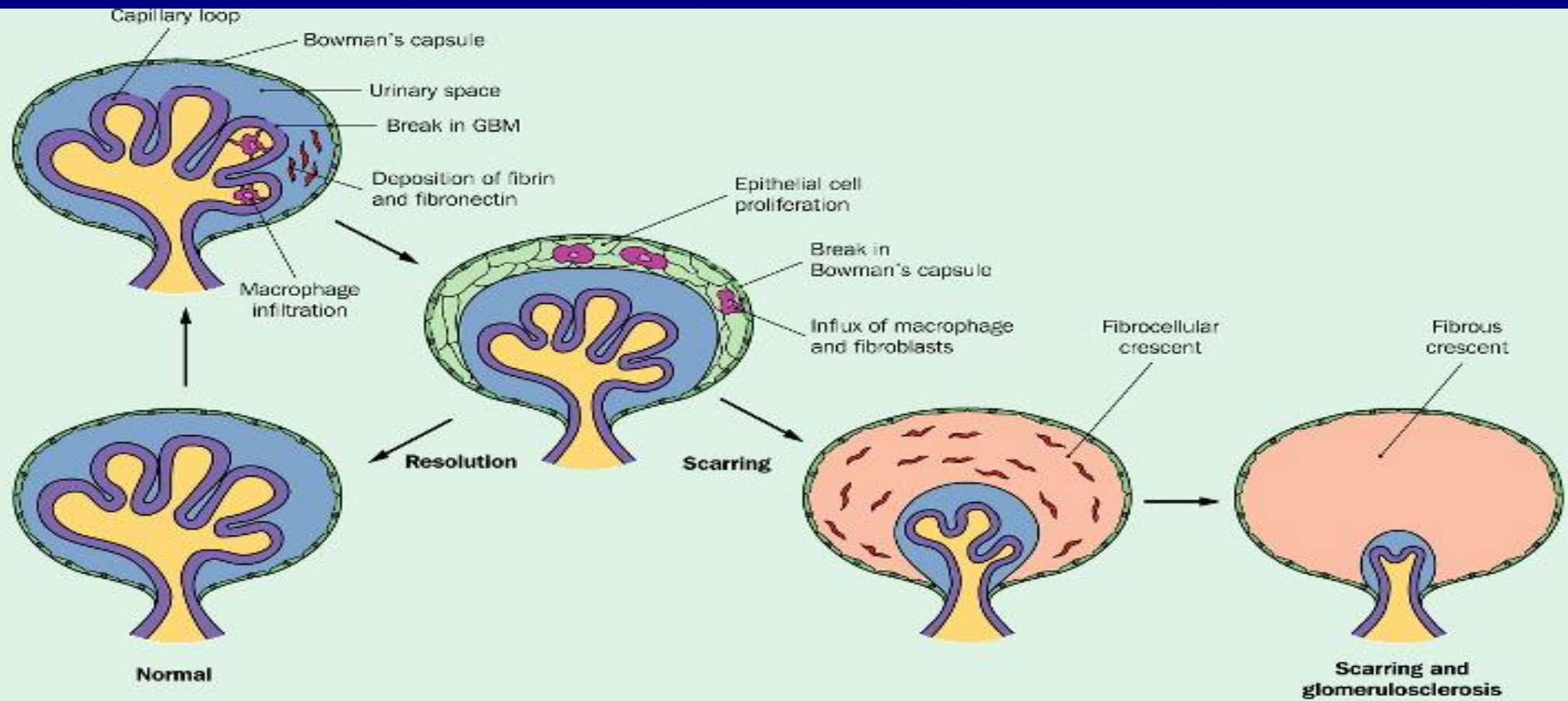
- *Нарушения гломерулярного и перитубулярного кровообращения при воспалениях клубочка*
- *Тромбоз (окклюзии) почечных сосудов или аорты*
- *Механическая блокада просвета канальцев*

Причины развития отдельных признаков  
нефритического синдрома.  
Нарушения функции почек  
**ХПН**

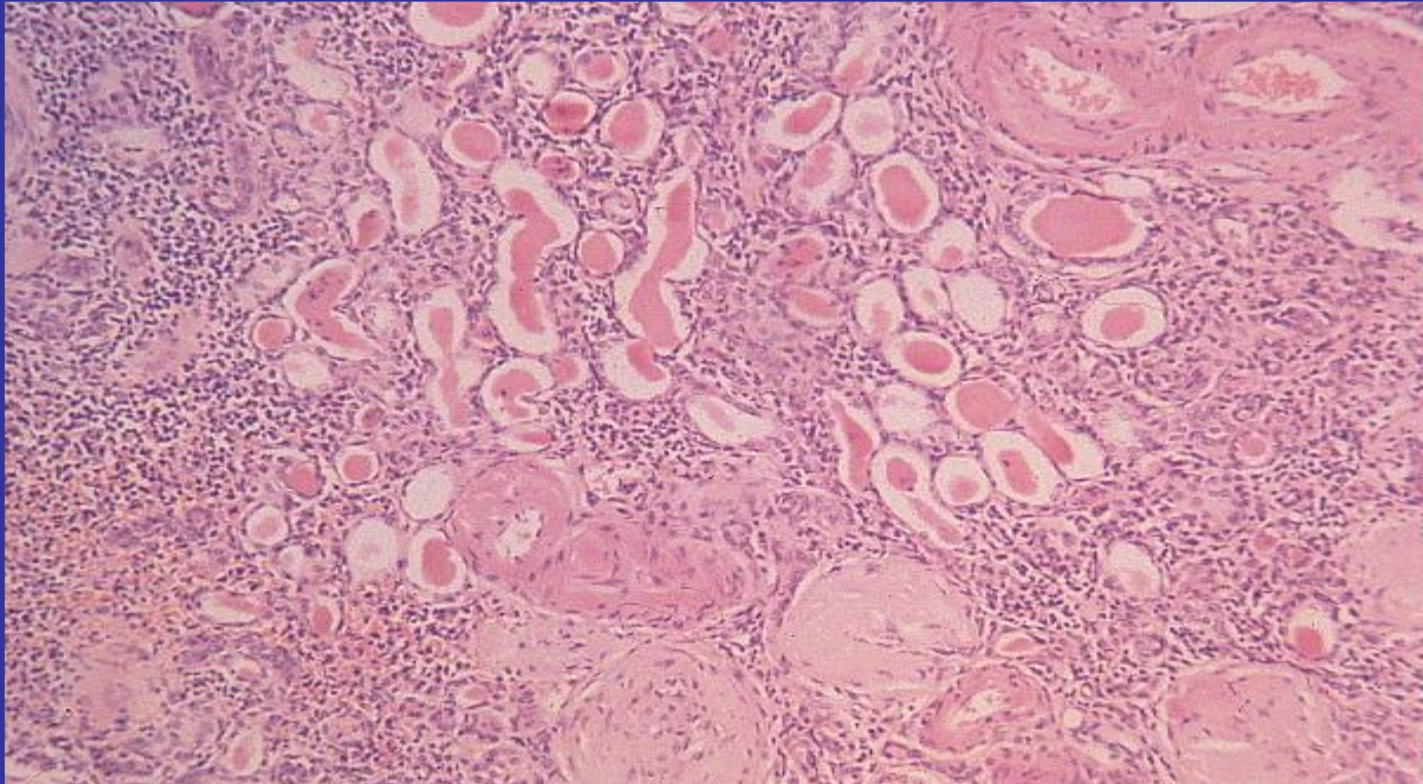
- *Склерозирующие изменения клубочков (полулуния, тотальный фиброз)*
- *Ишемия клубочков (запустевание и спадение капиллярных петель)*
- *Перегрузка канальцев метаболитами (энергетический дисбаланс)*
- *Апоптоз и некроз клеток эпителия из-за ишемии*
- *Фиброзные изменения интерстиция.*



# Формирование полулуния







**Внизу** виды склерозированные клубочки, межуточная ткань инфильтрирована, канальцы расширены, атрофированы, в просвете эозинофильные цилиндры, стенки сосудов утолщены

# Особенности нефритического синдрома

**1. Протекает латентно, диагностируется поздно**

**2. Общие признаки нечеткие:**

- головная боль (чаще утром)
- темная пенистая моча (утром)
- отеки на лице
- боли в пояснице (ночью)
- стойко повышенное АД

# Диагностика и лечение острого нефритического синдрома

Амбулаторный этап

Приказ МЗ РБ №920 от 22.09.2011  
Приложение 2

# Обязательная диагностика

- Физикальное обследование
- Общий анализ мочи
- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего белка, калия, мочевины, креатинина, холестерина
- УЗИ почек

# Дополнительная диагностика

- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего билирубина, глюкозы, натрия, хлора, мочевой кислоты, АсАТ, АлАТ
- Определение суточной потери белка с мочой
- Исследование фильтрационной функции почек – проведение пробы Реберга-Тареева

# Лечение

- При постановке диагноза – госпитализация в нефрологические отделения областных и республиканских лечебных учреждений



# Диагностика и лечение острого нефритического синдрома

Стационарный этап

# Обязательная диагностика

- Физикальное обследование
- Общий анализ мочи
- Общий анализ крови
- Определение суточной потери белка с мочой
- Профиль АД
- Исследование фильтрационной функции почек – проведение пробы Реберга-Тареева
- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего белка, калия, мочевины, креатинина, холестерина
- УЗИ почек

# Дополнительная диагностика

- Определение титра антител классов Ig M и G или к белкам цитоплазмы (протеиназе-3 и миелопероксидазе) нейтрофилов в сыворотке крови
- Определение маркеров вирусного гепатита В (HBsAg, anti-HBs, anti-HBcore) и вирусного гепатита С (anti-HCV)
- Обнаружение антител к ВИЧ
- Определение титра сывороточных иммуноглобулинов классов Ig M и G обратимо преципитирующих при температуре ниже 37°C (криоглобулинов)
- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего билирубина, глюкозы, натрия, хлора, мочевой кислоты, определение активности АсАТ, АлАТ, белковых фракций крови.

# Дополнительная диагностика

- Антистрептолизин-О (далее АСЛО)
- Липидограмма крови
- Коагулограмма
- Нефробиопсия
- Консультация врача-оторинларинголога
- Анализ мочи по Нечипоренко
- Денситометрия

# Лечение

Изолированный мочевого синдром:

- антиагреганты внутрь или в/в: дипиридамол 75 – 200 мг в сутки или пентоксифиллин 300 – 600 мг в сутки 21 день

# Лечение

## Нефропротекция:

- иАПФ: эналаприл 5 – 20 мг в сутки или фозиноприл 5 – 20 мг в сутки или лизиноприл 5 – 20 мг в сутки или рамиприл 1,25 – 10 мг в сутки или периндоприл 2 – 8 мг в сутки, и/или
- антагонисты рецепторов ангиотензина 2 внутрь:  
эпросартан 600 мг в сутки или лозартан 50 – 100 мг в сутки или валсартан 80 – 160 мг в сутки или ирбесартан 150 – 300 мг в сутки или телмисартан 40 -160 мг в сутки не менее 1 месяца независимо от уровня АД

# Лечение

Симптоматическая артериальная гипертензия:

- антагонисты кальциевых каналов внутрь: нифедипин 10 – 40 мг в сутки или амлодипин 10 мг в сутки или верапамил 120 – 480 мг в сутки или дилтиазем 180 – 480 мг в сутки, и/или
- $\beta$ -блокаторы внутрь: бисопролол 5 – 20 мг в сутки или карведилол 6,25 – 100 мг в сутки или метопролол 50 – 100 мг в сутки, и/или селективные агонисты имидазолиновых рецепторов моксонидин 0,2 – 0,6 мг в сутки



# Лечение

## Отечный синдром:

- диуретики внутрь или парентерально:  
фуросемид 40 – 500 мг в сутки, и/или  
гидрохлортиазидид 25 – 200 мг в сутки, и/или  
спиронолактон 50 – 200 мг в сутки, и/или  
индапамид 2,5 – 5 мг в сутки

# Лечение

Нарушение липидного обмена:

- гиполипидемические средства – статины:  
симвастатин 5 – 40 мг в сутки или правастатин 10 – 40 мг в сутки или ловастатин 10 – 80 мг в сутки или аторвастатин 10 – 80 мг в сутки;
- гипертриглицеридемия - фибраты:  
фенофибрат 145мг в сутки

# Лечение

- Высокая степень активности заболевания:  
глюкокортикоиды метилпреднизолон в/в 0,5 – 1 г в течение 3 дней с переходом на базисную терапию преднизолоном/метилпреднизолоном в дозе 0,5 мг/кг /0,4 мг/кг в сутки в течение 21 дня

# Лечение

Профилактика стероидной язвы желудка:

- блокаторы водородной помпы: рабепразол внутрь 10 мг в сутки или ланзопразол внутрь 15 мг в сутки или
- антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина: ранитидин внутрь 150 мг 2 раза в день

# Лечение

Профилактика стероидного остеопороза:

- комплексные препараты кальция и витамина Д в дозе 1500мг ионизированного кальция и витамина Д 400 – 800 МЕ в сутки и/или
- бисфосфонаты: алендроновая кислота внутрь в дозе 35 – 70 мг 1 раз в неделю или ибандроновая кислота внутрь 150 мг 1 раз в месяц

# Лечение

Тромботическая микроангиопатия и/или  
антифосфолипидный синдром:

- антикоагулянты в течение 10 – 14 дней: гепарин п/к до 20 тысЕД в сутки или средства низкомолекулярных гепаринов п/к



# Лечение

Профилактика кровотечений после  
нефробиопсии:

- этамзилат 12,5% в/в или в/м в дозе 2 – 4 мл (0,25 – 0,5 г) за 1 час до манипуляции

# Диагностика и лечение хронического нефритического синдрома

Амбулаторный этап

# Обязательная диагностика

- Физикальное обследование
- Общий анализ мочи
- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего белка, калия, мочевины, креатинина, холестерина
- УЗИ почек

# Дополнительная диагностика

- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего билирубина, глюкозы, натрия, хлора, мочевой кислоты, АсАТ, АлАТ
- Определение суточной потери белка с мочой
- Исследование фильтрационной функции почек – проведение пробы Реберга-Тареева
- Липидограмма
- МНО
- Определение концентрации циклоспорина в крови
- Денситометрия

# Лечение

Изолированный мочевого синдром:

- антиагреганты внутрь не менее 1 месяца:  
дипиридамола 75 – 200 мг в сутки или  
пентоксифиллин 300 – 600 мг в сутки

# Лечение

Патогенетическая терапия (после стационарного лечения):

- постепенное снижение дозы метилпреднизолона внутрь с максимальной (1 мг/кг) до поддерживающей – 5 - 10 мг в течении 12 -18 месяцев

# Лечение

- Противоопухолевые средства, алкилирующие агенты в течении 6 – 12 месяцев: циклофосфамид внутрь 2,0 – 2,5 мг/кг с дальнейшим переводом через 3 месяца на азатиоприн внутрь в дозе 2,0 – 2,5 мг/кг



# Лечение

Стероидрезистентность или  
непереносимость глюкокортикоидов или  
противоопухолевых средств, алкилирующих  
агентов:

- иммунодепрессанты: циклоспорин 3 – 5 мг/кг в сутки в течение 12 месяцев (под контролем концентрации уровня препарата в крови) или микофеноловая кислота внутрь до 2 г в сутки в течение 6 - 12 месяцев

# Лечение

Профилактика стероидной язвы желудка:

- блокаторы водородной помпы: рабепразол внутрь 10 мг в сутки или лансопразол внутрь 15 мг в сутки или антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина: ранитидин внутрь 150 мг 2 раза в день

# Лечение

- Противорвотные для предупреждения тошноты и рвоты при лечении противоопухолевыми средствами, алкилирующими агентами: ондансетрон внутрь 8 мг 2 раза в сутки или трописетрон внутрь 5мг 1 раз в сутки в течение 5 дней

# Лечение

- Профилактика стероидного остеопороза: комплексные препараты кальция и витамина Д в дозе 1500мг ионизированного кальция и витамина Д 400 – 800 МЕ в сутки и/или бисфосфанаты: алендроновая кислота внутрь в дозе 35 – 70 мг 1 раз в неделю или ибандроновая кислота внутрь 150 мг 1 раз в месяц

# Лечение

- Профилактика вторичной инфекции во время приема иммуносупрессивной терапии: ко-тримоксазол 480 мг 1 раз в сутки и интраканозол 100 мг в сутки

# Лечение

## Нефропротекция:

- иАПФ: эналаприл 5 – 20 мг в сутки или фозиноприл 5 – 20 мг в сутки или лизиноприл 5 – 20 мг в сутки или рамиприл 1,25 – 10 мг в сутки или периндоприл 2 – 8 мг в сутки, и/или
- АРА2 внутрь: лозартан 50 – 100 мг или эпросартан 600 мг в сутки в сутки или валсартан 80 – 160 мг в сутки или ирбесартан 150 – 300 мг в сутки или телмисартан 40 -160 мг в сутки не менее 1 месяца независимо от уровня АД.

# Лечение

Симптоматическая артериальная гипертензия:

- антагонисты кальциевых каналов внутрь: нифедипин 5 – 40 мг в сутки или амлодипин 5 – 10 мг в сутки или верапамил 120 – 480 мг в сутки или дилтиазем 180 – 480 мг в сутки, и/или
- $\beta$ -блокаторы внутрь: бисопролол 5 – 20 мг в сутки или карведилол 6,25 – 100 мг в сутки или метопролол 50 – 100 мг в сутки и/или
- $\alpha$ -блокаторы внутрь: доксазозин 1 - 16 мг в сутки или празозин 0,5 - 20 мг в сутки и/или
- селективные агонисты имидазолиновых рецепторов моксонидин 0,2 – 0,6 мг в сутки

# Лечение

Нарушение липидного обмена:

- гиполипидемические средства – статины:  
симвастатин 5 – 40 мг в сутки или правастатин 10 – 40 мг в сутки или ловастатин 10 -80 мг в сутки или аторвастатин 10 – 80 мг в сутки
- гипертриглицеридемия – фибраты -  
фенофибрат 145 мг в сутки.



# Лечение

Тромботическая микроангиопатия и/или антифосфолипидный синдром:

- антикоагулянты: варфарин внутрь под контролем далее МНО не выше 3 и/или ацетилсалициловая кислота внутрь 75 - 150мг в сутки.

# Лечение

Показания для госпитализации:

- верификация диагноза;
- отсутствие эффекта от лечения;
- нарастание тяжести состояния: появление АГ или некорректирующаяся АГ и снижение скорости клубочковой фильтрации 30% от исходной в течение 3 месяцев.

# Диагностика и лечение хронического нефритического синдрома

Стационарный этап

# Обязательная диагностика

- Физикальное обследование
- Общий анализ мочи
- Общий анализ крови
- Определение суточной потери белка с мочой
- Профиль АД
- Исследование фильтрационной функции почек – проведение пробы Реберга-Тареева
- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего белка, калия, мочевины, креатинина, холестерина
- УЗИ почек

# Дополнительная диагностика

- Определение титра антител класса Ig G к гломерулярной базальной мембране в сыворотке крови
- Иммунологические исследования: определение количества субпопуляций Т- и В-лимфоцитов и компонентов комплемента
- Определение титра антинуклеарных антител классов Ig M и G
- Определение титра антител классов Ig M и G или к белкам цитоплазмы (протеиназе-3 и миелопероксидазе) нейтрофилов в сыворотке крови

# Дополнительная диагностика

- Определение маркеров вирусного гепатита В (HBsAg, anti-HBs, anti-HBcore) и вирусного гепатита С (anti-HCV)
- Обнаружение антител к ВИЧ
- Определение титра сывороточных иммуноглобулинов классов Ig M и G обратимо преципитирующих при температуре ниже 37° С (криоглобулинов)
- Биохимический анализ крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка и белковых фракций, глюкозы, натрия, хлора, мочевой кислоты, определение активности АсАТ, АлАТ, АСЛО

# Дополнительная диагностика

- Коагулограмма
- Нефробиопсия
- Определение концентрации циклоспорина в сыворотке крови
- Консультация врача-оториноларинголога
- Липидограмма
- Денситометрия

# Лечение

- Патогенетическая терапия (при обострении): - метилпреднизолон в/в 1 г в течение 3 дней с переходом на преднизолон/метипреднизолон внутрь 1 - 0,5 мг/кг/0,8 - 0,4 мг/кг в сутки в ежедневном или альтернирующем режиме в течение 6 месяцев и/или
- противоопухолевые средства, алкилирующие агенты : циклофосфамид в/в 0,5 – 1,0 г/м<sup>2</sup> в месяц или внутрь 2,0 – 2,5 мг/кг с возможным дальнейшим переводом через 3 месяца на азатиоприн внутрь в дозе 2,0 – 2,5 мг/кг в течение 12 – 18 месяцев



# Лечение

Стероидрезистентность или не переносимость глюкокортикоидов или противоопухолевых средств, алкилирующих агентов :

- иммунодепрессанты: циклоспорин 3 – 5 мг/кг в сутки (под контролем концентрации уровня препарата в крови) или микофеноловая кислота внутрь до 2 г в сутки или моноклональные антитела в/в: ритуксимаб 375 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в неделю до 4 инъекций

# Лечение

Профилактика стероидной язвы желудка:

- блокаторы водородной помпы: рабепразол внутрь 10 мг в сутки или лансопразол внутрь 15 мг в сутки или
- антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина: ранитидин внутрь 150 мг 2 раза в день

# Лечение

- Противорвотные для предупреждения тошноты и рвоты при лечении цитостатическими препаратами: ондансетрон 8 мг в/в за 1 час до начала терапии с последующим приемом внутрь 8 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней

# Лечение

Профилактика стероидного остеопороза:

- комплексные препараты кальция и витамина Д в дозе 1500мг ионизированного кальция и витамина Д 400 – 800 МЕ в сутки и/или
- бисфосфонаты: алендроновая кислота внутрь в дозе 35 – 70 мг 1 раз в неделю или ибандроновая кислота внутрь 150 мг 1 раз в месяц

# Лечение

- Профилактика вторичной инфекции во время приема иммуносупрессивной терапии:  
ко-тримоксазол 480 мг 1 раз в сутки и  
интраканозол 100 мг в сутки

# Лечение

- При назначении циклофосфамида:  
месна 400 мг в/в на 500 мл физиологического раствора за 1 час до пульс терапии с последующим прием через 4 и 6 часов внутрь 400 мг препарата

# Лечение

- Плазмаобмен 7 – 10 сеансов в дозе 60 мл/кг в течение 2 недель

# Лечение

- Изолированный мочево́й синдром:
- Антиагреганты внутрь или в/в: дипиридамол 75 – 200 мг в сутки или пентоксифиллин 300 – 600 мг в сутки 28 дней



# Лечение

- Нефропротекция:
- ингибиторы АПФ: эналаприл 5 – 20 мг в сутки или фозиноприл 5 – 20 мг в сутки или лизиноприл 5 – 20 мг в сутки или рамиприл 1,25 – 10 мг в сутки или периндоприл 2 – 8 мг в сутки и/или
- антагонисты рецепторов ангиотензина 2 внутрь: эпросартан 600 мг в сутки или лозартан 50 – 100 мг в сутки или валсартан 80 – 160 мг в сутки или ирбесартан 150 – 300 мг в сутки или телмисартан 40 -160 мг в сутки 28 дней

# Лечение

- Симптоматическая артериальная гипертензия:
- антагонисты кальциевых каналов внутрь: нифедипин 10 – 40 мг в сутки или амлодипин 10 мг в сутки или верапамил 120 – 480 мг в сутки или дилтиазем 180 – 480 мг в сутки, и/или
- $\beta$ -блокаторы внутрь: бисопролол 5 – 20 мг в сутки или карведилол 6,25 – 100 мг в сутки или метопролол 50 – 100 мг в сутки и/или
- селективные агонисты имидазолиновых рецепторов моксонидин 0,2 – 0,6 мг в сутки, и/или
- $\alpha$ -блокаторы внутрь: доксазозин 1 - 16 мг в сутки или празозин 0,5 - 20 мг в сутки

# Лечение

- Отечный синдром:
- диуретики внутрь или парентерально: 40 – 480 мг/сутки, и/или гидрохлортиазид 25 – 200 мг в сутки, и/или спиронолактон 50 – 200 мг в сутки, и/или индапамид 2,5 – 5 мг в сутки

# Лечение

- Нарушение липидного обмена:
- гиполипидемические средства – статины:  
симвастатин 5 – 40 мг в сутки или правастатин 10 – 40 мг в сутки или ловастатин 10 – 80 мг в сутки или аторвастатин 10 – 80 мг в сутки
- Гипертриглицеридемия - фибраты:  
фенофибрат 145мг в сутки

# Лечение

- Тромботическая микроангиопатия и/или антифосфолипидный синдром:
- антикоагулянты в течение 10 – 14 дней: гепарин п/к до 20 тысЕД/сутки или средства низкомолекулярных гепаринов п/к

# Лечение

- Профилактика кровотечений после нефробиопсии: этамзилат 12,5% в/в или в/м в дозе 2 – 4 мл (0,25 – 0,5 г) за 1 час до манипуляции

# Прогноз нефритического синдрома

При сохранении протеинурии, гиперхолестеринемии, повышенного АД у пациентов быстро развивается нефро-склероз и поражение сердечно-сосудистой системы.

Снижение АД и протеинурии, наряду с нормализацией липидного обмена – основные направления лечения нефритического синдрома.

Спасибо за внимание !







# Диагностика нефритического синдрома

## 1. Суточная протеинурия

## 2. Биохимический анализ крови:

- белковый, липидный и водно-электролитный обмен
- расчет СКФ по одной из формул
- поиск маркеров системных заболеваний (АНА, АНЦА, АБА, маркеры гепатита, криоглобулины и пр.)

## 3. Инструментальные методы (РРГ, УЗИ, КТ, рентгенография, ангиография, биопсия) для поиска первичных или вторичных заболеваний почек

# Лечение нефритического синдрома

# Лечение нефритического синдрома

## I. Острый нефритический синдром

1. Госпитализация в специализированный стационар
2. Устранение этиологического фактора: антибиотики, восстановление гемодинамики, снижение АД, отмена токсических лекарств
3. При развитии ОПН – диализотерапия
4. При бурном течении – пульсы кортикостероидов, плазмаобмен
5. Диуретики для промывания канальцев
6. Антикоагулянты, тромболитики при тромбозах

# Лечение нефритического синдрома

## II. Хронический нефритический синдром

1. Лечение основного заболевания по протоколам
2. При необходимости антибиотики, плазмаферез
3. Снижение повышенного АД
4. Борьба с гиперхолестеринемией
5. Улучшение микроциркуляции
6. Ограничение поступления белка
7. Изменение образа жизни (курение, алкоголь, жирная пища и пр.)