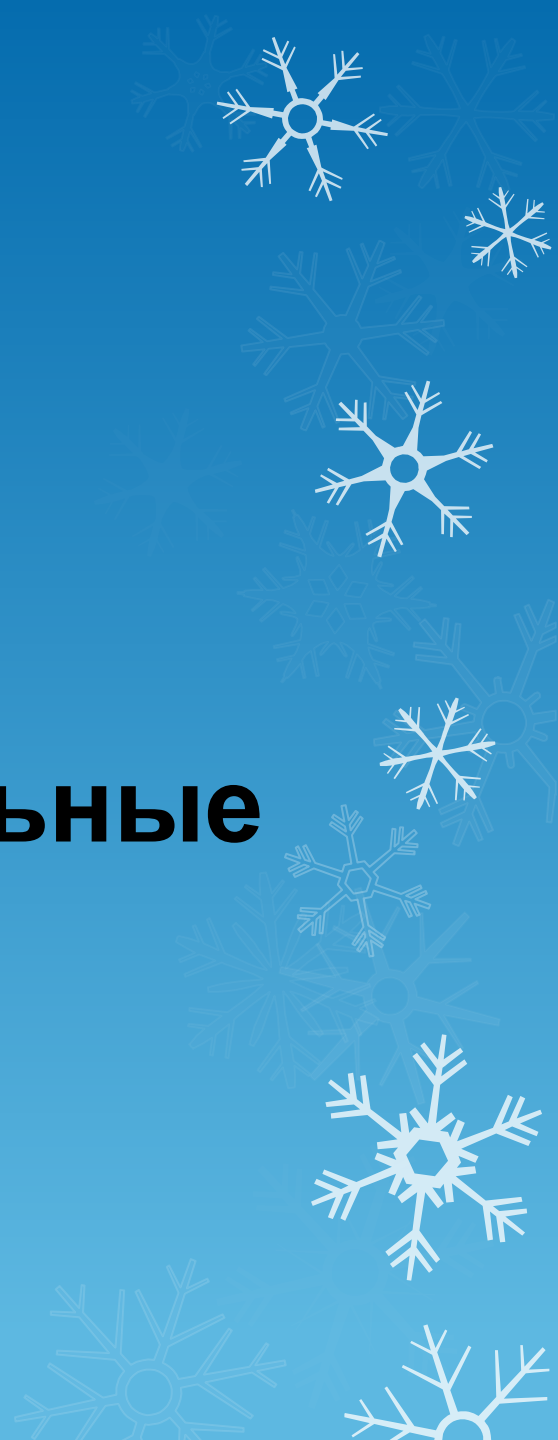


Тубулоинтерстициальные нефропатии

Выполнила: Петрухина А.

Группа: БЖ-13-2



ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ (ТИН).

ТИН – полиэтиологическая группа заболеваний с преимущественным первичным острым или хроническим интерстициальным воспалением и дистрофическими или атрофическими изменениями канальцев, проявляющихся тубулярной дисфункцией.

ЭТИОЛОГИЯ ТИН В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

- 1840г. Рэйер предложил термин интерстициальный нефрит.
- 1852г. Из общих рамок нефрита выделен ТИН.
- 1860 г. Байемер первым определил ТИН при скарлатине.
- 1953г. Зоулингер описал ХТИН при применении фенацетина.
- Конец 70-х – начало 80-х XX столетия активное изучение ТИН, обусловленное антибиотиками, сульфаниламидами, анальгетиками

ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ (ТИН)

- Выделяют острый ТИН (ОТИН) и хронический ТИН (ХТИН).
- Это разные заболевания!!! ОТИН – неолигурическая обратимая ОПН аллергической природы ятрогенного происхождения. ОТИН – сфокусированная лекарственная болезнь. Частота – 21-36% всех случаев ОПН.
- **Морфологическая характеристика ОТИН.**
- Лимфоидная или макрофагальная инфильтрация межуточной ткани почек. Выраженная дистрофия и атрофия эпителия проксимальных и дистальных канальцев, пролиферация эндотелия почечных сосудов и утолщение их стенки.
- Некроза в клубочках при ОТИН не бывает. Характерны отек и гранулематозная инфильтрация интерстиция.

ПРИЧИНЫ УЯЗВИМОСТИ ПОЧЕК

- очень высокий почечный кровоток (около 25% сердечного выброса),
- 90% почечного кровотока – корковое вещество почки,
- большая скорость метаболических и транспортных процессов, большая поверхность эндотелия,
- большинство лекарств выводится из организма через почки путем фильтрации и канальцевой секреции.

ЛЕКАРСТВА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОТИН.

| Антибактериальные | НПВП | Диуретики | Анальгетики | Другие лекарственные средства |
|--|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| Пенициллин полусинтетические пенициллины, гентамицин, рифампицин, тетрациклины, цефалоспорины, фторхинолоны, сульфаниламиды. | Индометацин, диклофенак, ибупрофен, вольтарен, пироксикам, аспирин | Тиазидные, фуросемид, хлорталидон | Анальгин, парацетамол, фенацетин | Циметидин, аллопуринол, каптоприл, азотиаприл, циклоспорин, Д-пеницилламин, барбитураты. |

ПАТОГЕНЕЗ ОТИН

- **Первый механизм.**
- Повреждение интерстициальной ткани и почечных канальцев в результате отложения антител к базальной мембране канальцев. Наличие линейных депозитов вдоль тубулярных базальных мембран.
- **Второй механизм.**
- Отложение иммунных комплексов, содержащих эндогенные почечные или экзогенные антигены, формирующиеся в циркуляторном русле.
- **Третий механизм.**
- Клеточноопосредованные реакции гиперчувствительности замедленного типа. В основе – инфильтрация почечной ткани активированными Т-лимфоцитами.
- **Четвертый механизм.**
- IgG-опосредованная реакция гиперчувствительности немедленного типа.
- **Иммунные механизмы обуславливают воспалительный отек межтубулярной ткани почек. Механическое сдавление сосудов и канальцев нефрона. Повышается внутриканальцевое давление уменьшается скорость клубочковой фильтрации, что приводит к повышению концентрации сывороточного креатинина и других азотистых продуктов.**
- **Отек интерстиция и поражение канальцев приводит к уменьшению реабсорбции воды и белка, обуславливает полиурию и гипостенурию, несмотря на уменьшение клубочковой фильтрации.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТИН:

- Острое начало на фоне заболевания (грипп, ОРВИ, ангина), ставшего причиной приема лекарств.
- Лихорадка!
- Полиурия!
- Боль в поясничной области.
- Мышечная слабость, снижение аппетита, тошнота.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТИН

- лейкоцитоз (чаще умеренный),
- эозинофилия,
- анемия, ускоренное СОЭ,
- протеинурия (до 1-2 г/сутки),
- эритроцитурия,
- абактериальная лейкоцитурия (эозинофилурия, лимфоцитурия),
- снижение клубочковой фильтрации, азотемия,
- гипокалиемия, гипонатриемия, ацидоз.

ДИАГНОСТИКА ОТИН:

- обязательна совокупность признаков,
- связь развития заболевания с приемом лекарств,
- лихорадка, лекарственная аллергия,
- мочевого синдром: протеинурия до 1 гр/сутки, микрогематурия, большое количество клеток почечного эпителия,
- анемия; неолигурическая ОПН различной степени выраженности без гиперкалиемии и АГ,
- данные биопсии: отек и гранулематозная инфильтрация интерстиция, дистрофия эпителия канальцев.

ЛЕЧЕНИЕ ОТИН

- отмена всех предшествующих медикаментов,
- при полиурии – коррекция гипокалиемии и гипонатриемии,
- при наличии диспептического синдрома – сорбенты,
- при прогрессировании ПН, лихорадке, затяжном течении – преднизолон 20-30 мг/сутки.

ПРОГНОЗ ОТИН

- **Большинство больных ОТИН излечивает. Сроки временной нетрудоспособности 2-4 месяца. Диспансерное наблюдение 1 год в условиях специализированного нефрологического диспансера.**

ЭТИОЛОГИЯ ХТИН

- **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ** (анальгетики, НПВП, циклоспорин и др.)
- **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ** (подагра, гипокалиемия и др.)
- **ТОКСИЧЕСКИЕ** (тяжелые металлы – свинец, литий, кадмий)
- **ИММУННЫЕ** (СКВ, синдром Шегрена, ХАГ, тиреоидит)
- **ОПУХОЛЕВЫЕ** (множественная миелома, лимфолейкоз, злокачественная лимфома)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

