

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува класификацијата, дијагнозата и терапијата на гломерулонефритите.

**Член 2**

Начинот на класифицирање, дијагноза и терапија на гломерулонефрити е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност во нефрологијата и педијатријата при класифицирање, дијагноза и терапија на гломерулонефрити по правило согласно со ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на терапијата на гломерулонефритот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9327/2  
30 ноември 2013 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

МЗД Упатства  
31.05.2010

- Основни податоци
- Акутен гломерулонефрит
- Рапидопрогресивен акутен гломерулонефрит
- Хроничен гломерулонефрит
- Поврзани извори

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Сомневање за акутен гломерулонефрит треба да се постави кога пациентот има клиничка слика на едем, хипертензија или макроскопска хематурија во склоп на или кратко време по инфективно заболување.
- Терапијата на рапидопрогресивниот гломерулонефрит неопходно е да се отпочне без одложување.
- Сомневање за хроничен гломерулонефрит треба да се постави кога пациентот има хематурија, протеинурија (најчесто и двете), хипертензија или зголемени вредности на серумски креатинин.
- Кај сите пациенти со гломерулонефрит, крвниот притисок треба ефикасно да се лекува, дури и кога е лесно покачен.

### АКУТЕН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

#### Етиологија

- Компликација на стрептококна инфекција (тонзилит, еризипел).
- Класичниот акутен (постстрептококен) гломерулонефрит е во последно време многу поредок, во споредба со рапидно прогресивниот акутен гломерулонефрит.
- Инфекции предизвикани од други бактерии или вируси.
  - Ендокардит.
  - Шант нефрит.
  - Септикемија.
  - Пнеумокочна пнеумонија.
  - Други бактериски инфекции.
  - Хепатит Б, инфективна мононуклеоза.

#### Симптоми

- Појавата на симптоми обично се случува една до три недели по примарната инфекција.
- Едеми, особено на лицето.
- Општи симптоми: главоболка, треска, абдоминална болка, гадење и повраќање.
- Секогаш протеинурија, обично хематурија, понекогаш олигурија или анурија.
- Хипертензија.
- Симптоми на конгестивна срцева слабост.

#### Лабораториски наоди

- Хематурија, протеинурија и цилиндри во уринарниот седимент.

- Зголемен серумски креатинин.
- За финална дијагноза, потребна е хистолошка потврда од ренална биопсија.

#### **Третман**

- Супортивни мерки: контрола на балансот на телесните течности и на крвниот притисок.
- Идентификација и ерадикација на инфективниот фокус.

#### **Прогноза**

- Децата кои заболуваат во текот на епидемија, обично заздравуваат без перманентно оштетување на бубрезите.
- Возрасните и децата кои заболуваат спорадично, може да развијат рапидопрогресивен или хроничен гломерулонефрит.

### **РАПИДОПРОГРЕСИВЕН АКУТЕН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

#### **Етиологија**

- Како компликација на гломерулонефрит, причинет од инфективен агенс или од системска болест или, пак, асоциран со примарна гломеруларна болест.
- Често е асоциран со васкулит (Вегенерова грануломатоза, микроскопски полиангитис), системски лупус еритематодес (СЛЕ) или гломерулонефрит со антитела против гломеруларната базална мембрана (анти-ГБМ болест).

#### **Клиничка слика**

- Во текот на неколку недели или месеци се развива прогресивно гломеруларно оштетување, кое доведува до тешко ренално оштетување и често до анурија.
- Етиологијата ја детерминира клиничката слика.

#### **Дијагноза**

- Се базира на ренална биопсија. Наодот е вообичаено крешцент гломерулонефрит.
- АНЦА антитела сугерираат постоење на васкулит, ДНА антитела сугерираат присуство на нефрит, предизвикан од СЛЕ, а антитела против гломеруларната базална мембрана сугерираат анти-ГБМ гломерулонефрит.

#### **Третман**

- Резултатите на конзервативниот третан се обично незадоволителни.
- Пулсна кортикостероидна терапија може да ја запре прогресијата на болеста. Третманот треба да се започне без одложување во болнички услови.
- Циклофосфамид се употребува кај синдромите на васкулит и кај СЛЕ.
- Плазмафереза (плазма-измени) се користи кај анти-ГБМ гломерулонефритот.
- Доколку е неопходно – дијализа.
- Трансплантација на бубрег.

### **ХРОНИЧЕН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

#### **Етиологија**

- Секвела на акутен гломерулонефрит.
- Етиологијата и патогенезата на примарниот гломерулонефрит, главно, остануваат непознати.
- Гломерулонефрит, асоциран со системска болест.
  - СЛЕ.
  - Синдроми на васкулит.
  - Хенох Шенлајнова пурпура (Иг-А нефропатија).

### Симптоми

- Варираат од инцидентно детектирани абнормални резултати во урината до хронична бубрежна слабост и нефротски синдром.
- Доцни манифестации вклучуваат хипертензија и други наоди, карактеристични за хронична бубрежна слабост.

### Дијагноза

- Се базира на ренална биопсија.
- Повеќето се ИгА нефропатија, минимал цханге нефропатија, фокално сегментна гломерулосклероза и мембранозен гломерулонефрит.

### Третман

- Кортикостероиди и други имunosупресивни средства (ннд-С), особено при присуство на системска болест или на нефротски синдром.
- Види третман на хронична бубрежна слабост.
- ИгА нефропатија.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Кохранови прегледи
- Автори:

### <sup>1</sup>Имуносупресивна терапија за идиопатска мембранозна нефропатија

#### Резиме на докази

13.9.2010

Ниво на доказ = C

### **Можноста за комплетна ремисија може да се подобри со алкилирачки агенси, но засега нема докази дека тие го подобруваат долготрајното бубрежно преживување кај идиопатската мембранозна нефропатија.**

Еден Кохранов преглед вклучи 18 студии кои користеле имunosупресивна терапија за идиопатска мембранозна нефропатија (ИМН), со вкупно 1025 субјекти.

Не се најдени разлики кога податоците од сите терапевски категории како група беа споредени со плацебо или без терапија. Оралните глукокортикоиди не покажаа корисен ефект на кој било избран исход. Алкилирачките агенси покажаа сигнификантен корисен ефект врз комплетната ремисија (RR 2.37, 95% CI 1.32 to 4.25, P = 0.004) и на крајната протеинурија (WMD -2.36 g/24h, 95% CI -4.27 to -0.46; P=0.02), но не и на парцијалната ремисија (RR 1.22, 95% CI 0.63 to 2.35, P = 0.56), комплетна или парцијална ремисија (RR 1.55, 95% CI 0.72 to 3.34, P = 0.27), или на вкупниот морталитет или на терминалната фаза на бубрежната болест (RR 0.56, 95% CI 0.18 to 1.68, P = 0.3). Терапијата со циклофосфамид даде пониски стапки на дисконтинуирње поради несакани ефекти во споредба со хлорамбуцилот (RR 2.34, 95% CI 1.25 to 4.39, P = 0.008). Не се добија докази за клинички релевантни разлики во полза на циклоспоринот и имаше недоволно податоци за антипролиферативните агенси.

**Коментар:** Квалитетот на докази е намален поради непрецизни резултати (лимитирана студија по број на субјекти за секоја компарација) и поради неконзистентноста (варијабилност на резултатите во различните студии).

### Ова резиме на докази е поврзано со следниве упатства:

- Гломерулонефрит

## Референци

1. Schieppati A, Perna A, Zamora J, Giuliano GA, Braun N, Remuzzi G. Immunosuppressive treatment for idiopathic membranous nephropathy in adults with nephrotic syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2004; (4):CD004293.**PubMed**

Автори:

Издавачи

Article ID: evd04646 (000.000)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

## <sup>2</sup>Гломерулонефрит – поврзани извори

Поврзани извори

12.8.2008

## Кохранови прегледи

- Доказите за ефектот на антибиотиците врз гушоболка во превенцијата на акутниот гломерулонефрит се недоволни за да се извлечат заклучоци (ннд-**D**).
- Циклоспорин А во комбинација со орлаен преднизон може да ја зголеми веројатноста од ремисија на нефротскиот синдром во споредба со изолирано давање на преднизон кај адултни пациенти со фокално сегментна гломерулосклероза (ннд-**C**).
- Плазма измените, веројатно, го намалуваат ризикот од терминално бубрежно заболување кај пациентите кои се презентираат со тешка акутна бубрежна слабост како резултат на васкулит (ннд-**B**).

Автори:

Овој параграф е создаден и ажуриран од ЕБМГ издавачкиот тим.

Article ID: rel00110 (010.031)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Virpi Rauta

Претходни автори:

Jukka Mustonen

Article ID: ebm00229 (010.031)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. МЗД – упатства, **EBM Guidelines, 31.05.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до мај 2014 година.