**Снісар Людмила Миколаївна. Клінічна, лабораторна і морфологічна характеристика та лікування хворих на мезангіопроліферативний гломерулонефрит з нефротичним синдромом : Дис... канд. наук: 14.01.37 – 2009**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Снісар Л.М.** Клінічна, лабораторна і морфологічна характеристики та лікування хворих на мезангіопроліферативний гломерулонефрит з нефротичним синдромом. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.37. – нефрологія. – ДУ „Інститут нефрології АМН України”, Київ, 2009 р.  Дисертація присвячена вивченню клініко – лабораторної та морфологічної характеристик мезангіопроліферативного гломерулонефриту з нефротичним синдромом; підвищенню ефективності лікування хворих на мезангіопроліферативний гломерулонефрит з нефротичним синдромом на основі вивчення клініко-лабораторних та морфологічних характеристик хвороби.  При клініко-лабораторному та морфологічному співставленні відмічено чітке зростання рівнів систолічного артеріального тиску, діастолічного артеріального тиску, креатиніну сироватки крові, зменшення швидкості клубочкової фільтрації по мірі збільшення проявів екстракапілярних, тубуло-інтерстиціальних та фібропластичних змін. Відмічено наростання рівня протеїнурії зі збільшенням ступеня вираженості екстракапілярних та фібропластичних змін (для всіх випадків р < 0,05).  Прогнозопозитивними критеріями лікування хворих на мезангіопроліферативний гломерулонефрит з нефротичним синдромом є: відсутність артеріальної гіпертензії, порушення функції нирок, відсутній та слабкий ступінь екстракапілярних, тубуло-інтерстиціальних та фібропластичних змін, а також вік менше 40 років та жіноча стать.  Враховуючи частоту ремісій, частоту та структуру рецидивів, монотерапія преднізолоном не доцільна; методом вибору лікування хворих на мезангіопроліферативний гломерулонефрит з нефротичним синдромом є застосування пульсових доз циклофосфану у поєднанні з преднізолоном. | |
| |  | | --- | | В дисертації наведено вирішення актуальної наукової проблеми – підвищення ефективності лікування хворих на МезПГН з НС на основі вивчення клінічних, лабораторних та морфологічних характеристик хвороби.   1. Встановлені частота і структура варіантів мезангіальних змін, cтупінь вираженості ЕКЗ, ТІЗ та ФПЗ, переважно мезангіальна локалізація електроннощільних депозитів та депозиція IgM.   На момент морфологічної верифікації діагнозу у 74,5 % хворих протеїнурія була від 4 до 8 г/добу; у 25,5 % пацієнтів протеїнурія перевищувала 8 г/добу, рівень протеїнурії > 8 г/добу асоціювався з вираженою ЕКЗ та ФПЗ.  АГ (82,2 %), зниження ШКФ < 60 мл/хв (15,6 %) спостерігались у пацієнтів з вираженими ЕКЗ, ТІЗ та ФПЗ.  Лікування Пр супроводжувалось розвитком ПКЛР у 10,4 ± 3,0 % та ЧКЛР у 18,8 ± 3,9 % хворих з наступним раннім (33,3 %) та пізнім (9,1 ± 2,0 %) рецидивом НС; стероїдорезистентність спостерігалась у 70,8 %. Лікування ЦФ + Пр дозволило досягти лише розвитку ЧКЛР у 25,8 ±  4,3 % пацієнтів; у 34,2 ± 3,4 % хворих спостерігалось пізнє рецидивування. Застосування пульс-доз ЦФ супроводжувалось розвитком ПКЛР у 16,7 ± 3,7 % та ЧКЛР у 23,3 ± 4,2 % хворих; у 23,3 ± 3,2 % пацієнтів мали місце пізні рецидиви НС.   * 1. Враховуючи частоту ремісій, частоту та структуру рецидивів, монотерапія Пр не доцільна; методом вибору є застосування пульсових доз ЦФ у поєднанні з Пр.   2. Прогнозопозитивними критеріями лікування хворих на МезПГН з НС є: відсутність АГ, порушення функції нирок, відсутні та слабо виражені ЕКЗ, ТІЗ та ФПЗ, а також вік менше 40 років та жіноча стать. | |