



Noțiunile importante

- **Remisiune completă** - excreția proteinelor < 0,3 g/24 de ore.
- **Remisiune parțială** – scăderea proteinuriei cu 50% din valorile inițiale și < 3,5 g/24 de ore sau < 2,0 g/1,73 m².
- **Recidivă** – proteinuria > 40 mg/m²/oră în trei probe matinale consecutive, anterior pacientul aflându-se în remisiune.

Clasificarea

- **Etiologie:**
 - ✓ **primară** (ex. sindromul nefrotic idiopatic, glomerulopatiile congenitale ș.a.).
 - ✓ **secundară:** afecțiuni renale (transplantul renal, necroza papilară ș.a.), infecții (tuberculoză, lues, hepatita virală cronică B, C, toxoplasmoză, infecție citomegalovirotică), medicamentoasă (citostatice, Trimetadionă ș.a.), toxică (intoxicație cu metale grele, heroină, insecticide), alergică, vasculară (insuficiența cardiacă congestivă avansată, tromboză a venelor renale ș.a.), metabolică (diabet zaharat, mixedem ș.a.), paraneoplazice (hemoblastoze, hipernefroză, cancere viscerale ș.a.), cauzată de paraproteinoze (amiloidoză ș.a.), maladii de sistem (lupus eritematos de sistem, poliangiita microscopică ș.a.).
- **Modificări histologice** (conform CIM-10): anomalii glomerulare minore, glomeruloscleroză focală și segmentară, glomerulonefrită membranoasă difuză, glomerulonefrită membranoproliferativă difuză, glomerulonefrită proliferativă mezangială difuză, glomerulonefrită proliferativă endocapilară difuză, glomerulonefrită mezangiocapilară difuză, boala a depozitelor dense, glomerulonefrită rapid progresivă (cu semilune).
- **Faza evolutivă:** puseu primar, remisiune completă, remisiune parțială, recidivă.
- **Reacția la tratament:** steroid-rezistență, steroid-sensibilitate, steroid-dependență.

Profilaxia primară

- Prevenirea și tratamentul eficace al maladiilor cu potențial sporit de dezvoltare a sindromului nefrotic.
- Implementarea complexului de strategii nefroprotectoare în cadrul maladiilor renale și extrarenale.

Factorii de risc principali ai sindromului nefrotic la adult

Coincid cu cauzele sindromului nefrotic secundar:

- Afecțiunile renale, alergice, vasculare, metabolice, paraneoplazice, paraproteinozele, maladiile de sistem.
- Infecțiile (tuberculoza, luesul, hepatita virală cronică B, C, toxoplasmoza, infecția citomegalovirotică).
- Medicamentele (citostatice, Trimetadionă ș.a.).
- Factorii toxici (intoxicație cu metale grele, heroină, insecticide).

Screening-ul

- Presupune efectuarea analizei generale de urină cu determinarea obligatorie a proteinuriei sau determinarea directă a prezenței proteinei în urină (stick-uri).
- Se efectuează în grupurile de risc, în special cu manifestări clinice ale SN.

Examenul clinic

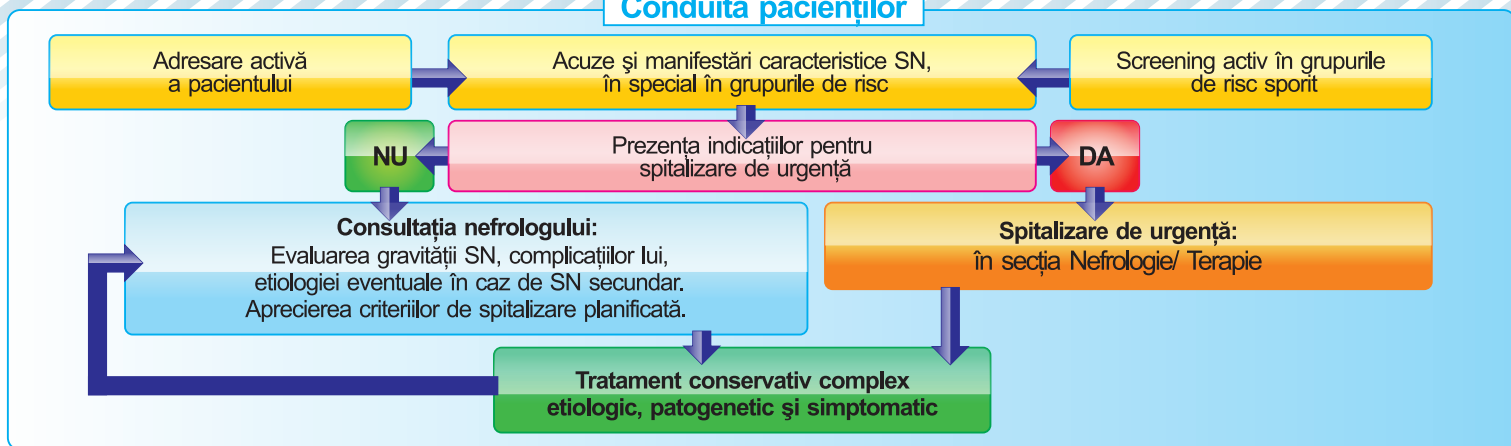
- **Acuzele**
 - ✓ Caracteristici pentru cauzele posibile ale SN secundar.
 - ✓ Supraîncărcare cu lichid: edeme periferice sau generalizate (inclusiv limitarea autodeplasării), dispnee, oligoanurie, sete, consum sporit de lichid.
 - ✓ Stare de rău: slăbiciune generalizată, fatigabilitate sporită, capacitate de muncă redusă.
 - ✓ Caracteristici pentru complicațiile SN (tromboză a venei renale, infecții tegumentare secundare) sau SN impur (hematurie, HTA, ITU asociată).
- **Anamnesticul**
 - ✓ Prezența și evoluția în timp a patologiei de bază.
 - ✓ Apariția, evoluția, caracterul și rezultatul tratamentului SN.
 - ✓ Timpul dezvoltării și evoluția complicațiilor SN, în special a HTA și IRC.
- **Examenul fizic**
 - ✓ **Stabilirea factorului provocator și condițiilor patologice cu risc sporit** pentru aprecierea caracterului primar sau secundar al SN
 - ✓ În SN secundar – **evidențierea manifestărilor patologiei de bază**
 - ✓ **Statusul volemic:** edeme ale regiunii talocrurale (gradul I), gambiene/ ale feței (gradul II), pînă la regiunea bazinului (gradul III); edeme generalizate (anasarca, prezența acumulării lichidului în cavitățile organismului).
 - ✓ **Sindromul inflamației locale:** semnul Giordano pozitiv, rinichiul dureros la palpare.
 - ✓ **Prezența semnelor reacției inflamatorii generalizate.**
 - ✓ **Sistemul cardiovascular:** TA (hipo- sau hipertensiune), Ps și FCC.
 - ✓ **Semnele aterosclerozei accelerate.**
 - ✓ **Manifestările dereglărilor electrolitice,** secundare SN sau tratamentului acestuia.
 - ✓ **Aprecierea stării altor organe și sisteme** în funcție de patologie de bază.

Examenul paraclinic

Investigații

- Analiză generală de urină, analiză generală de sînge, analiza biochimică de sînge (creatinină, colesterol, uree), USG.
- La recomandarea specialistului/nefrologului:
 - ✓ concentrația proteinei generale și albuminei în ser, proteinograma desfășurată;
 - ✓ determinarea nivelului de glucoză, kaliu, natriu, creatinină și uree, colesterol și trigliceride.
- Alte investigații biochimice (ex. lipoproteine, LDL, HDL-colesterol, paraproteine, proteinele fazei acute de inflamație), imunologice (ex. LE-celule, complexe imune circulante) și biologice (ex. PCR pentru HIV) în funcție de patologia de bază **se efectuează la nivelul staționarului specializat.**

Conduita pacienților



Criteriile de spitalizare

Indicații pentru spitalizare.	Particularitățile de spitalizare
SN primar depistat.	BCR st. I-II - o dată pe an.
Dificultăți în diagnostic.	BCR st. III: 1-2 ori/an.
Dereglarea rapidă a funcției renale (reducerea FG > 10 ml/min/1,73 m ² timp de un an)	BCR st. IV: 2-3 ori/an.
Survenirea stărilor de urgență (hiperkaliemie, anasarca, cașexie ș.a.).	BCR st. V (predialitică): 3-4 ori/an.
Necesitatea efectuării biopsiei renale.	În caz de asociere a HTA gr. I - o dată pe an, gr. II - 2 ori/an, gr. III - 3 ori/an indiferent de stadiul BCR..
Necesitatea tratamentului citotoxic agresiv (puls-terapie).	Spitalizarea se efectuează în secția Terapie/ Nefrologie (coordonat) sau în funcție de patologia extrarenală conform Protocoalelor clinice naționale respective.

Tratamentul complex

- Tratamentul etiologic sau patogenetic al maladiei de bază în SN secundar.
- Tratamentul etiologic al sindromului nefrotic: antibacteriene în glomerulonefrită acută poststreptococică, tratamentul antiviral în glomerulonefrite provocate de virusul hepatitei virale B sau C.
- Tratamentul patogenetic al sindromului nefrotic:
 - ✓ Administrarea imunosupresoarelor (continuă sau în cadrul puls-terapie): steroizi (Prednisolon, Metilprednisolon, Dexametazon ș.a.), citostatice (Azatioprină, Ciclofosamidă ș.a.), preparate biologice ș.a.
 - ✓ Medicamente cu potențial antiproteinuric: inhibitori ai enzimei de conversie (Captopril, Lizinopril, Enalapril ș.a.), blocante ale receptorilor angiotensinei II (Losartan, Valsartan ș.a.), AINS (Indometacină), Levamizol ș.a.
 - ✓ Tratamentul diabetului zaharat și hipotireoidiei.
 - ✓ Diuretice: de ansă (Furosemidă, Torasemidă ș.a.), tiazidice, economisitoare de potasiu (preferabil Spironolacton).
 - ✓ Antiagregante: Pentoxifilină, Dipiridamol.
 - ✓ Anticoagulante: anticoagulante directe, de preferință heparinele cu masă moleculară mică (Bemiparină, Enoxaparină ș.a.)
 - ✓ Tratamentul dislipidemiei: statine (Atorvastatina, Simvastatina ș.a.), Acidul nicotinic, fibrați.
 - ✓ Antioxidanți: Tocoferol ș.a.
- Tratamentul simptomatic al patologiilor asociate și stărilor de urgență.

Educația pacientului

- Sindromul nefrotic cel mai frecvent reprezintă o patologie cronică, supusă unui tratament îndelungat, dar cu dar cu probabilitate înaltă de realizare a remisiei.
- Complanța pacientului față de regimul de tratament medicamentos și nemedicamentos este esențială în realizarea finală a succesului terapiei administrate.
- Evaluarea dinamică a masei ponderale și monitorizarea zilnică a consumului de lichid sunt importante în supravegherea pacienților cu sindrom nefrotic.

Dieta

- Limitarea aportului de lichid conform diurezei, evitând progresia edemelor.

Regula generală: Aportul zilnic de lichide se limitează pînă la 1,5 l. La fiecare 5°C în plus al mediului (≥ 25°C) și la fiecare 1°C în plus al temperaturii corpului (≥ 37°C) se recomandă creșterea aportului de apă cu 0,5-1 l/zi.

- Nu se recomandă alimente condimentate, cu gust puternic.
- Limitarea consumului sării de bucătărie pînă la 3-5 g/zi, prevenind edemele și dezvoltarea sau agravarea HTA. Se evită alimentele sărate.
- Consum caloric suficient (patologiile de bază sunt de obicei hiperkatabolice), la nivelul 25-35 kcal/kg corp/zi.
- Consum normal (0,8-1 g/kg corp/zi) sau puțin limitat (0,6-0,8 g/kg corp/zi) de proteine. Nu se recomandă diete expres hiperproteice „compensatorii”.
- Aport de lipide la nivel de 0,7-1,0 g/kg/zi, cel puțin 1/3 din grăsimi trebuie să fie de proveniență vegetală (acizii grași polinesaturați).
- Aport de glucide la nivel de 4-5 g/kg/zi - în diabetul zaharat se reglează în funcție de nivelul glicemiei.
- În caz de IRC asociată se limitează aportul de kalium și fosfor.

Abrevierile folosite în document:

AINS – antiinflamatorii nesteroidiene

BCR – boală cronică de rinichi

FCC – frecvență a contracțiilor cardiace

FG - filtrație glomerulară

HTA – hipertensiune arterială

IRC – insuficiență renală cronică

ITU – infecția tractului urinar

Ps – puls

SN – sindrom nefrotic

USG - ultrasonografie