

Қ.А.Яссауи атындағы халықаралық қазақ-түрік
университеті

Тақырыбы: Созылмалы
гломерулонефрит

Қабылдаған: Асқамбай К

Орындаған: Жамал А

Тобы: ЖМ-416

Созылмалы гломерулонефрит

- Шумақтардың, түтікшелердің, интерстицийлік тіннің иммундық қабынуымен сипатталатын, біртіндеп нефросклероз бен бүйрек шамасыздығына әкеліп соқтыратын бүйректің диффузды созылмалы ауруы.
- Бұл гломерулонефриттің ең жиі кездесетін түрі, 10-20% жедел гломерулонефриттен кейін пайда болады, қалған жағдайларда байқаусыз басталып, біртіндеп өрістейді.

- Созылмалы гломерулонефрит-нефротикалық, нефриттік, және зәр өзгерістері синндромы(гематурия, протейнурия) белгілерімен көрінетін созылмалы бүйректің қабыну ауруы. Артериялық қысымның жоғарлауымен, бүйрек қызметінің (концентрациялау, фильтрация) нашарлауымен созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне соқтыратын ауру.

Этиологиясы.

- Созылмалы гломерулонефриттің дамуында соңғы кезде екі басты факторға көңіл бөлінген: біріншіден – организмде ұзақ сақталатын вирустарға, мәселен гепатиттің, герпестің вирустарына; екіншіден – дәрмектік және химиялық заттардың әсеріне.

Гломерулонефриттің дамуында екі механизм жатыр:

1. Қанда антиген-антидене комплексінің түзілуі;
2. Бүйректің зақымдалуына жауап ретінде бүйрекке қарсы аутоантиденелердің түзілуі.

Патогенезі.

- Созылмалы гломерулонефриттің басты даму механизмі – бүйрек шумақтарында иммундық комплекстердің жиналуы. Морфологиялық зерттеуде иммундық комплекстердің мезангийде, базальдік мембрананың эпителийге қараған бетінде түйінделіп жиналуы анықталады. Аурудың патогенезі аллергиялық- бүйрек шумақтарының капиллярларына антиген-антидене комплексі жабысады. Бүйректің көлемі шамалы ғана зақымдалады. Шумақтардың ұлғаюы мен оның гиперемиясы анықталады. дамуының басты механизмі- бүйрек шумақтарында иммундық комплекстердің жиналуы.
- Иммундық комплекстер сырттан келіп шөгеді немесе шумақтарда жергілікті түзіледі

Клиникалық тұрғыдан созылмалы гломерулонефриттің:

- ▣ *Латентті*
- ▣ *Нефротикалық*
- ▣ *Гипертониялық*
- ▣ *Аралас*
- ▣ *Гематуриялық* түрлерін айырады.

- Латентті гломерулонефрит – нефриттің бұл түрінің екі сатысын айырады (бүркемелі және клиникалық белгілерінің көрінуі).
- Көбіне (80%) жедел нефриттік синдромнан басталады, қалған жағдайда бастамасы байқаусыз. Бүркемелі сатысында зәр синдромы (протеинурия + микрогематурия) байқалады, гипертония мен ісіну болмайды.

Клиникалық белгілердің айқын көріну сатысында ісіну, гипертония синдромдары пайда болады.

- Гипертониялық гломерулонефрит - созылмалы гломерулонефриттің 20% құрайды. Зәрдегі өзгерістер минимальді, протеинурия 1 г/тәул. аспайды, эритроцитурия болмашы. Клиникалық белгілердің айқын көріну сатысында ісіну, гипертония синдромдары пайда болады.

- Көріністегі басты белгі – сол қарыншаның гипертрофиясымен, көз түбінің өзгерісімен жүретін артериялық гипертензия. Алғашқы кездерде артериялық гипертензия тұрақсыз, кейін тұрақтыға айналады. Бүйректің шамасыздығы дамыған кезде, науқастардың 23%-да гипертензия биіктеп, қатерліге айналады. Науқастардың басым көпшілігі жас болуынан артериялық гипертензияның асқынулары (инсульт, миокард инфаркты) сирек кездеседі, көбіне сол қарыншаның шамасыздығы байқалады.

- Нефротикалық гломерулонефрит - созылмалы гломерулонефритпен сырқаттанатындардың 20%-да кездеседі. Көрінісінде басты орын алатын – нефротикалық синдром: протеинурия, тұрақты ісіну, диурездің азаюы, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, гиповолемия.
- Нефротикалық синдром аурудың басталу кезінен болады немесе латентті келе жатқан нефритке біраз жылдардан кейін қосылады.

□ Гематуриялық гломерулонефрит - созылмалы гломерулонефриттің 6-10% құрайды. Көрінісінің ерекшелігі – гематурияның үнемі сақталуы және оқта-текте макрогематурия эпизодтарының болып тұруы; ісіну мен гипертония болмайды. Гематуриялық нефриттің жеке түрінің бірі – Берже ауруы немесе IgA – нефропатия көбіне респирациялық инфекциялардан кейін пайда болады.

□ Аралас гломерулонефрит — нефротикалық және гипертониялық синдромдардың қосарлануымен сипатталады. Бұл нефриттің классикалық түрі. Аралас гломерулонефрит науқастардың 10%-да байқалады.

□ *Созылмалы гломерулонефриттің морфологиялық жіктемесі:*

1) Жарықты микроскопияда шумақтардың минималды өзгерістері немесе өзгерістердің жоқтығы.

- 1 Өзгерістері минималды гломерулонефрит
- 2 Базальдік мембрананың жұқаруымен жүретін бүйректің аурулары

II) Шумақтардың диффузды зақымдануы

- 1) Мемранозды гломерулонефрит
- 2) Мемранозды-пролиферативті гломерулонефрит
 - а) тип I – субэндотелийлік депозиттер;
 - в) тип II-мембрананың ішіндегі тығыз депозиттер
- 3) Диффузды мезангиопротлиферативті гломерулонефрит
 - а) IgA-мен мезангиальдік депозиттер
 - б) IgA-сыз мезангиальдік депозиттер

- III)Шумақтардың ошақты зақымдануы
- Ошақты және сегментарлы гломерулосклероз және гиалиноз
- Ошақты және сегментарлы пролиферативті гломерулонефрит
- а)мезангиальді IgA-мен
- б)мезангиальді IgA-сыз

Фокальды-сегментарлы гломерулосклероз

- ФСГС- біріншілік(идиопатиялык) және екіншілік(басқа аурулар фонында) дамиды. Морфологиясында болатын негізгі өзгерістер: склероз, ошақты түрде гиалиноз. Клиникасы балаларда нефротикалық синдроммен білінеді. Протеинурия мен гематурия балады. АГ кешірек дамиды.

Мембранозды гломерулонефрит

- ▣ Балаларда сирек кездеседі- 5% шамасында. Көбінесе екіншілік ГН түрінде яғни патит В, жүйелі аурулар себебінен болады.
- ▣ Патогенезі циркуляциядағы емес, жергілікті иммунды комплекстердің (Ig G, C3) құрылуы арқылы дамиды. Көрінісі протеинуриямен, гематуриямен көрінеді.

IgA – ГН. Берже ауруы

IgA – созылмалы ГН тің ең жиі түрі. Ерекшелігі балалық шақта басталып бүйрек қызметі ұзаққа дейін бұзылмайды.

Көрінісі протеинуриямен, гематуриямен, АГ мен көрінеді.

Шығу себебі респираторлық ауруларда кейін дамиды.

Патогенезі: Мезанглийде IgA- депозиттері табылады.

Шумақта ошақты не диффузды мезангий пролиферациясы болады. IgA депозиттері осы ауруға тән белгі.

Клиникалық белгісі: макро, микрогематурия, протеинурия , сирек нефриттік синдром болуы мүмкін. Балалардағы негізгі көрініс гематуриямен көрінеді.

Диагнозы: Шенлей-Генох ауруының белгілері: тері, іш, буын синдромы. IgG C3 депозиттерінің болуы.

Диагностикасы.

- ▣ Зәрдің өзгерісі, гипертония, ісіну және нефротикалық синдром болса, гломерулонефриттің диагностикасы қиын емес, бірақ оның түрін (жедел, жеделдеу немесе созылмалы) айыру үшін биопсия жасалады.

Емі.

Емнің негізгі мақсаттары:

- гломерулонефриттің өрістеуін тоқтату, ең кемінде баяулату;
- бүйрек зақымдауын қайтаруға тырысу.
- Емдік дәм. Диетаның құрамын нефриттің клиникалық ерекшелігіне сәйкес келтіреді. Витаминдерге бай, калориялық құнарлығы жеткілікті тағамдарды қолданады.

Патогенездік ем.

- глюкокортикоидтармен емдеу;
- цитостатиктермен емдеу;
- шумақішілік
микроциркуляцияны
жақсарту;
- стероидтық емес қабынуға
қарсы дәрмектер;
- плазмаферез

Глюкокортикоидты ем

Н.А.Мухин мен Е.Тараева бойынша преднизолонның тәулігіне 1 мг/кг-нан 2 ай қабылдау тиімді болып саналады.

М.Ратнер мен С.Бирюков бойынша преднизолонның тәуліктік дозасы 60-80 мг. Емдеу уақыты 4 апта-6 ай. Емді тәулігіне 10-20 мг-нан бастайды. 4-6 күні дәрі мөлшерін оптимальді дәрежеге көтереді. Осы мөлшерде ем 3-4 апта жүргізіледі. Сонан соң әр 2-3 күн сайын 2,5-5 мг азайтып отырамыз. Емдеу курсы 3-6-12 айда қайталаймыз.

Үдемелі кезінде пульс-терапия жүргіземіз.

Метилпреднизолонның 1000 мг/тәул. 3 күн көк тамырға енгіземіз.

Бұл пульс-терапияны созылмалы гломерулонефриттің активті сатысында жүргізіледі. Активті сатысын тежегеннен кейін преднизолонның пульс терапияға дейін қоданған дозасын енгіземіз.

Цитостатиктер

- Циклофосфамид тәулігіне 2-3мг/кг к/т,б /е.
- Хлорамбуцил тәулігіне 0,1-0,2 мг/кг ішке
- Циклоспорин тәулігіне 2,5-3,5 мг/кг ішке
- Азатиоприн тәулігіне 1,5-3мг/кг ішке

3 компонентті ем: Преднизалон 1-1,5 мг/кг+ гепарин
5000 ӘБ+ Ацетилсалицил қышқылы 0,25-0,125 г/тәул.

4 компонентті ем: Преднизалон 25-30 мг/тәу+
Циклофосфамид тәулігіне 100-200мг/тәул к/т,б /е +
гепарин 5000 ӘБ+ Дипиридамомл 400мг/тәул ішке, к/т.

Сонымен қоса диуретиктер қолданылады:

Фуросемид, Спиронолактан.

Диетотерапия Емдәм № 7А

- Ас тұзы 3-5 г дейін шектеледі.
- белокты тәулігіне 20-40 г дейін шектеу
- майлы тағамдарды шектеу
- Буға пісірілген тағамдарды пайдалану
- сүт өнімдерін қолдану
- А,С,В1,В12.К қосымша дәрументері қосылады;
- Сұйықтықтар 80-1000 мл дейін;
- Күнінен 6 рет тамақтану;
- **Тыйым салынатындар**
- Газдалған сусындар, пирожнилар мен кремдер, етті, балықты, қозықұйрықты сорпалар, консервілер, закускалар;

Диспансерлік бақылау:

- Созылмалы гломерулонефритпен ауыратын науқастар 3жыл диспансерлік бақылауда болады.
- 1 жылы міндетті:
 - Жалпы қан анализі
 - Жалпы зәр анализі
- 2жылы
 - 4айда 1рет
 - Арнайы мамандарға қаралу: стоматолог, оториноларинголог, гинеколог, уролог, окулист-1жылда 1рет
 - Биохимиялық қан анализі жалпы ағуыз, ақуыз фракциясы, мочевиана, калий, натрий, кальций, хлорид.
 - Зәр анализ: Нечиперенко, Зимницкий бойынша.
 - Реберг сыналасы-1жылда 2рет

Пайдаланылған әдебиеттер

- «Балалар аурулары» Асқамбай К.
- А.А.Баранова «Детские болезни»,
издательский дом «ГЭОТАР-МЕД» , 2002
- Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х.
«Педиатрия.1-бөлім» Алматы, 2005жыл
- Балаш Түсіпқалиев «Балалар аурулары»
Ақтөбе-2014
- Интернет желісі.
- *Балалар аурулары Баймұғанбетова Б.Н
Қарағанды 2012 ж*