

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті  
Медицина факультеті  
“Арнайы клиникалық пәндер” кафедрасы

**СӨЖ**

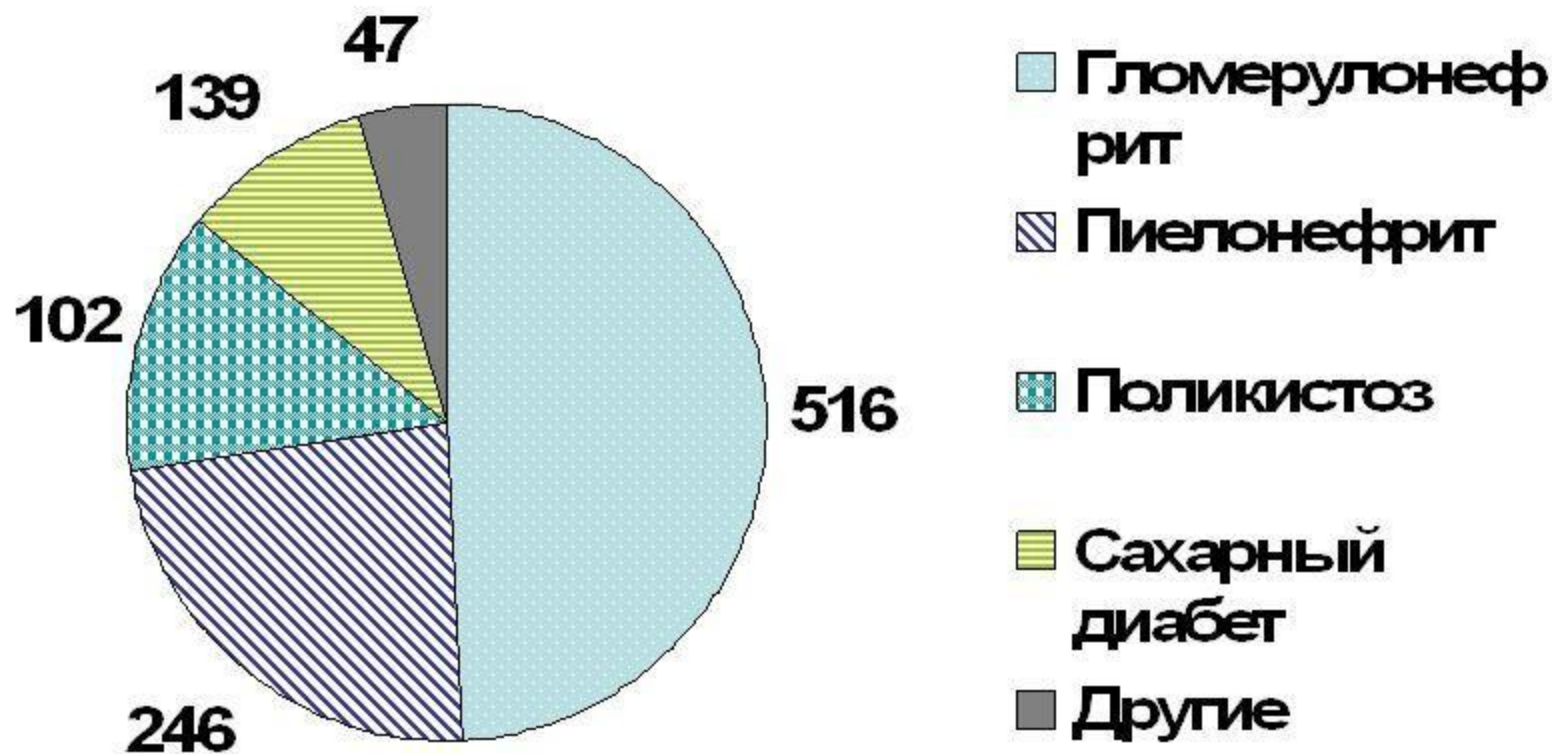
**Тақырыбы:** Созылмалы тубулоинтерстициалды нефрит

Қабылдаған: Айдарбекова Д.  
Орындаған: Жураханов Ж.  
Тобы: ЖМ-510

## Жоспар:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
  - АХЖ 10 бойынша жіктемесі
  - Диагностикасы
  - Дифференциалды диагностикасы
  - Емі Профилактикасы
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланған әдебиеттер

# Структура заболеваний почек (n – 1050)



- **Таблица 2.** Распространенность ХБП в мире, по данным национальных эпидемиологических исследований
- **Страна Исследование Распространенность ХБП, %**

Страна	Исследование	Распространенность ХБП, %
США	ANANES, 2005-2010 [10]	14,06,7
США	ACEER, 2000-2011* [11]	23,815,7
Нидерланды	PREVEND, 2005 [12]	17,6
Испания	EPIRCE, 2005	12,7
Португалия	E. De Almeida и соавт., 2012 [13]	6,1
Китай	Beijing study, 2008	146,5
Япония	E. Imam соавт., 2007 [14]	18,7
Индия	SEEK-India, 2013 [15]	17,25,9
Австралия	Aus Diab, 2008	13,47,7
Конго	Kinshasa study, 2009	12,48,0

# Классификациясы

- **Хаттама коды:** Н-Т-039 "Созылмалы тубулоинтерстициалды нефрит (созылмалы пиелонефрит)"  
Терапевтикалық саладағы стационарлар үшін
- **АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):**
- N11 Созылмалы тубулоинтерстициалды нефрит
- N11 Жіті немесе созылмалы ретінде анықталмаған тубулоинтерстициалды нефрит
- N11.0 Рефлюкспен байланысты, обструктивті емес созылмалы пиелонефрит
- N11.1 Созылмалы обструктивті пиелонефрит
- N11.8, N14 Басқа тубуло-интерстициалды нефриттер

1. Орналасуы бойынша:

- a) біржақтылық
- b) екіжақтылық.

2. Бүйректік интактілігі бойынша:

- a) біріншілік
- b) екіншілік.

3. Бүйрек функциясының жағдайы бойынша – бүйректік созылмалы ауруының халықаралық жіктемесі (БСА), K/DOQI:

- - I стадия, ШФЖ (шумақтық филтация жылдамдығы) –  $\geq 90$  мл/мин;
- - II стадия, ШФЖ – 89-60 мл/мин;
- - III стадия, ШФЖ – 59-30 мл/мин;
- - IV стадия, ШФЖ – 29-15 мл/мин;
- - V стадия, ШФЖ – 15 мл/мин аз (ТХПН).

# Диагностикалық критерийлері

- **Шағымдар мен анамнез:**

- температураның жоғарылауы;
- белдің ауыруы;
- дизурия;
- макрогематурия эпизодтары;
- полиурия;
- әлсіздік;
- шаршау.<sup>В</sup>

- **Физикалық тексеру:**

- бүйрек орналсқан ауданды сипалағанда ауыру;
- артериалдық гипертония.

- **Инструменталдық зерттеулер:**

- - бүйректі УДЗ: зәрді іркілу белгілері, туа біткен даму аномалиясы<sup>А</sup>;
- - цистография - қуық-зәрағарлық рефлюкс немесе антирефлюкстік операциядан кейінгі жағдай<sup>А</sup>;
- - нефросцинтиграфия – бүйрек паренхимасының зақымдалу ошақтары<sup>В</sup>;
- - диагноз түсініксіз болғанда - бүйректің диагностикалық пункциялы биопсиясы<sup>С</sup>.

- **Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер:**

- мұрын-жұтқыншақ, ауыз қуысы және сыртқы жыныс органдары инфекцияларын санациялау үшін ЛОР-дәрігер, стоматолог, гинеколог;
- аллергия көріністері кезінде аллерголог;
- микроқантамырлардағы өзгерістерді бағалау үшін окулист;
- айқын артериалды гипертензия, ЭКГ тарапынан бұзылулар кардиолог консультациясы үшін көрсетім болып табылады;
- жүйелік процесс белгілері кезінде – ревматолог;
- вирустық гепатит, зоонозды және құрсақішілік және басқа инфекциялар кезінде – инфекционист.



# Негізгі диагностикалық шаралар:

- 1. Қанның жалпы анализі (6 параметр), гематокрит.
- 2. Сандық әдіспен СРБ.
- 3. Колония және антибиотикограмманы таңдап зәрді себу.
- 4. Креатинин, мочевина, зәр қышқылын анықтау.
- 5. Шумақ фильтрациясының жылдамдығын Кокрофт-Голт формуласы бойынша есептеу:
  - $(140 - \text{жасы}) \times \text{салмақ (кг)} \times \text{коэффициент}$
  - ШФЖ, мл/мин =  
-----
  - $0.82 \times \text{қан креатинині (мкмоль/л)}$
- Коэффициент: әйелдер үшін = 0.85; ерлер үшін = 1
- 6. Жалпы белок, белок фракцияларын анықтау.
- 7. АЛТ, АСТ, холестерин, билирубин, жалпы липидтерді анықтау.
- 8. Калий/натрий, хлоридтерді, темір, кальций, магний, фосфорды анықтау.
- 9. Қышқылды-негізді жағдайды анықтау.

- 10. Зоонозды инфекцияларға ИФА.
- 11. Зәрдің жалпы анализі.
- 12. Зәр белогының электрофорезі (зәрдегі бета 2- және альфа1-микроглобулинді анықтау).
- 13. Зимницкий бойынша анализ.
- 14. Құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.
- 15. Бүйрек қантамырларының доплерометриясы.
- 16. Гельминт жұмыртқаларына қырынды алу.
- 17. Копрограмма.

## Қосымша диагностикалық шаралар:

- 1. Жасырын қанға нәжісті зерттеу.
- 2. Кеуде клеткасының рентгенографиясы (бір проекция).
- 3. ЭКГ, эхоКГ.
- 4. Коагулограмма 1 (протромбиндік уақыт, фибриноген, тромбиндік уақыт, АЧТВ, плазманың фибринолиттік белсенділігі).
- 5. А, М, G, Е иммуноглобулиндердің барлығына ИФА.
- 6. Компьютерлік томография.
- 7. Нефробиоптатты гистологиялық зерттеумен бүйрек биопсиясы.

# Емдеу тактикасы

- **Ем мақсаты:**
  - бүйрек тіндеріндегі қабынбалық процесстерді жою немесе азайту (антибактериалды терапия);
  - симптоматикалық терапия – артериалды гипертензия, гомеостаз бұзылыстары, анемияны түзету;
- - диурездік, нефропротективті терапия.
- **Дәрі-дәрмексіз ем:** №5 диета, тағам рационынан ащы тамақты, көп қайнаған сорпаларды, түрлі дәмдеуіштерді, қою кофені алып тастау, қорғанышты режим.

# Дәрі-дәрмекті ем

- **Дезинтоксикациялы терапия:**

- көп мөлшерде сұйықтық;

- глюкозаның 5-10% NaCl

0.45% ерітіндісі түріндегі парентералды инфузиялық терапия тек қана диспепсия кезінде көрсетілген (жүрек айну, құсу, диарея).

# Антибактериалды терапия

- Микробқа қарсы заттарды, олардың микрофлорасына сезімталдылықтың қатаң ерте және ұзақ уақыт тағайындау, негізгі принцип болып табылады.. Мұнан басқа, мүмкіндігінше зәрдің қалыпты пассажына кедергілерді жою.
- 1. Грам-оң флора: полусинтетикалық пеницилиндер (Ампициллин, амоксициллин + клавулан қышқылы).
- 2. Грам-теріс флора: Ко-тримоксазол + Флюорохиндер (Ципрофлоксацин, Офлоксацин, Норфлоксацин).
- 3. Нозокомеальді инфекция: Аминогликозидтері (Гентамицин) + Цефалоспорины (Цефтриаксон, Цефотаксим, Цефтазидим).
- 4. Қосалқы антибиотиктер: Имипенем, Амикацин.
- 5. Уроантисептиктер: нитрофураны (Фурагин).

- Антибактериалды терапия ұзақтығы инфекциялық процесстің ауырлығымен, асқынулардың болуымен анықталады.
- Бірқатар жағдайларда басқа антибактериалды заттар қосылған, ұстап тұрушы терапия қажет – уросептиктер (фурагин 1-2 мг/кг/түнге, котримаксазол – 120-240 мг түнге).  
Бұған параллель саңырауқұлаққа қарсы терапия (итраконазол), ішек микрофлорасын түзету, иммуностимуляторлармен терапия қажет.

Басқа жағдайларда жіті тубулоинтерстициалды нефриттің емі – симптоматикалық.

- Дәрілік нефрит - дәріні тоқтатуды, ауру себебі, көлемді сұйықтық, жұтаң диетаны қажет етеді.

- **Әрі қарай жүргізу:** бүйректің фильтрациялық, концентрациялық функцияларын, зәр анализдерін, артериалдық қысымды бақылау, бүйректі УДЗ, бүйрек нефросцинтиграфиясы. Әрі қарай тубуло-интерстициалдық өзгерістер гломерулярлы өзгерістермен қосылуы мүмкін (появление отеков, гипертонии).
- Профилактикалық шаралар:
  1. - вирусты, саңырауқұлақты инфекциялар профилактикасы;
  2. - электролиттік теңгерім бұзылуларының профилактикасы;
  3. - асқынулардың профилактикасы.



# Пайдаланған әдебиеттің тізбесі

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
  - Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Борисов И. А., Сура В. В. Современные подходы к проблеме пиелонефрита // Тер. архив. 1982. № 7. С. 125-135. 2. Мухин Н. А., Тареева И. Е. Диагностика и лечение болезней почек. М., 1985. 3. Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Пиелонефрит. М., 1977. 4. Чиж А. С. Лечение острого и хронического гломерулонефрита: Метод, рекомендации. Мн., 1982. 5. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей. 2-е издание, ГЕОТАР, 2002. 6. Kincaid Smith P. Pyelonephritis chronic, Interstitial. Nephritis and Obstructive Uropathy // Nephrology / Ed. Hambyrger et al. Paris, 1979. P. 553-582. 7. Grabensee B. Nephrologie. 2005. Stuttgart. New-York 8. Gilbert D. Guide to antimicrobial therapy. 2001. USA 9. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Initiative. Am J Kidney Dis 2002 Feb;39 (2 Suppl 1): S1-246. 10. I Международный нефрологический семинар «Актуальные вопросы нефрологии», Алматы, 2006 г. 11. А.Ю. Земченков, Н.А.Томилина. «K/DOQI обращается к истокам хронической почечной недостаточности». Нефрология и диализ, 2004, №3, с 204-220. 12. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2-е издание, ГЕОТАР, 2002.