

# Жедел гломерулоне

фрит

Дайындаған: ЖМ-501т

Султанбаева Ю.

Қабылдаған: Скендирова Ш.

# Жоспар:

## I.Кіріспе

АХЖ-10 бойынша жіктелуі, атауы

## II.Негізгі бөлім

1.Гломерулонефриттің жіктелуі, кездесу жиілігі

2.Гломерулонефриттің клиникасы

3. Диагноз қою критерийлері

4.Негізгі диагностикалық шаралар, емі

## III.Қорытынды

## IV.Пайдаланылған әдебиеттер

## Зерттеу мақсаты:

- ▶ Бүгінгі күнде гломерулонефриттің ҚР ДСМ заңнамаларына сәйкес жіктелуі, диагностикасы және амбулаторлы жағдайда емдеу принциптері жайлы ғаламтордағы мәліметтерді, бұйрықтарды, хаттамаларды сараптап, әріптестерге ұсыну

## Зерттеу сұрағы:

- ▶ Гломерулонефритті диагностикалау және емдеу тәсілдері қалай жүзеге асырылады?

# АХЖ -10 бойынша жіктелуі

- ▶ № 04 Нефроздық синдром.
- ▶ № 04.0 Нефроздық синдромның шамалы гломерулярлы бұзылысы .
- ▶ № 04.1 Нефроздық синдром ,ошақтық және бөлікті гломерулонефрит.
- ▶ № 04.2 Нефроздық синдром диффузда мембраналы гломерулонефрит.
- ▶ N04.3 Нефроздық синдром, диффузды мезангиальды өніп-өсетін гломерулонефрит.
- ▶ № 04.4 Нефроздық синдром диффуздық эндокапилярлы өсіп-өнетін гломерулонефрит
- ▶ N04.5 Нефроздық синдром, диффуздық мезангиокапилярлық гломерулонефрит, гипопротеинемия, гипоальбулинемия (25 г\л аз).
- ▶ N04.6 Нефроздық синдром, тығыз тұнбалы ауру .
- ▶ N04.7 Нефроздық синдром, диффузды орақ тәрізді гломерулонефрит.
- ▶ N04.8 Нефроздық синдром, басқада өзгерістермен.
- ▶ N04.9 Нефроздық синдром, анықталмаған өзгерістермен.

**Гломерулонефрит** (*Glomerulonephritis* - бүйрек шумақтары + қабынуы) – шумақтардың басым зақымдануымен жүретін бүйректің диффузды қос жақты иммундық қабыну ауруы.

## Гломерулонефриттің жіктелуі:

Жедел гломерулонефрит

Тез дамушы

Созылмалы  
гломерулонефрит

## Жедел гломерулонефрит

стрептококктық инфекцияға тәуелді дамидын, шумақтардың басым зақымдануымен жүретін бүйректің инфекциялық-аллергиялық ауруы.

## Этиологиясы және патогенезі

Жедел гломерулонефрит дамуының басты себебі – А топты 12 типті В-гемолиздеуші стрептококк. Бұдан басқа жедел гломерулонефриттің дамуына өзге инфекциялық не инфекциялық емес факторлар алып келуі мүмкін, мәселен HBV, Коксаки вирусы, желшешек вирусы, қызамықтың қоздырғышы, сарысулар, аллергиялар, жәндіктердің уы, бүйрек веналарының тромбозы. Жедел гломерулонефрит ангина, тонзиллит, іріңді отит, пневмония, фарингиттен кейін де дамуы мүмкін. Экзогенді фактор ретінде маңызды орынды суықтау алады.



# Гломерулонефриттердің дамуының және өршуінің механизмі

**иммундық:**

*иммунокомплектік  
(гетероантигенмен бірге)*

*антиденелік сонымен қатар  
Аутоиммунды (аутоантигенмен бірге)*

**иммундық емес:**

*Гемодинамикал  
ық*

*метаболика  
лық*

# Иммундық емес механизмдер

## ◆ Гемодинамикалық

- \* *Жүйелі гипертензия*

- \* Шумақшаішілік гипертензия

- \* Гиперфльтрация (сақталған шумақшалардағы перфузияның күшеюінен)

## ◆ Метаболикалық:

- \* Гиперлипидемия

- \* Гиперкоагуляция

- \* Тотыққан май қышқылдарының артуы

- \* Бүректе кальцидың шамадан тыс жиналуы

# Клиникалық көрінісі.

- ▶ Жедел гломерулонефрит әдетте, стрептококктық инфекциядан 7-20 күннен кейін пайда болады. Дерттің негізгі белгілері – ісіну, ендікпе, олигоанурия, гематурия, белдің ауыруы, артериялық қысымның биіктеуі.

- ▶ Науқастың өзі ерте байқайтын белгісі – ісіну. Ісінуден бұрын шөлдеу, әлсіздік, олигоурия пайда болады. Ең алдымен бет пен қабақ ісінеді. Таңертең қабақтары, беті ісініп тұрады, кейбір науқастарда түгел денесіне тарайды. Кейде қабақтар аса ісінгенде көз жасы еріксіз ағады. Бүйректік ісіну (бүйрек капиллярларының өткізгіштігі жоғарылауына немесе қанда онкотикалық қысым төмендеуіне,  $\text{Na}^+$  иондарының көбеюіне байланысты). Бүйрек шамасыздығы дамығанда бүкіл денесі ісінеді. Ісінудің негізгі себебі – шумақтық фильтрацияның азаюынан судың және натрийдің іркілісі.

- ▶ **Науқастардың көбісі ентігеді. Ентікпе горизонтальді қалыпта күшейеді. Ентікпенің себебі – айналымдағы қан көлемінің көбеюінен және артериялық қысымның тез биіктеуінен болатын жүрек шамасыздығы. Жасы ұлғайған адамдарда жедел гломерулонефрит алғаш жүрек шамасыздығымен білінуі мүмкін. Су мен натрийдің іркілісінен жүрек қуыстары кеңейеді, осыдан науқастардың кейбіреуінде шоқырақ ырғағы естіледі.**
- ▶ **Науқастардың 80%-да өтпелі артериялық гипертензия болады. Артериялық қысым оншалықты биіктемейді, орташа деңгейге көтеріледі, әдетте 160/100 мм.сын.бағ. шамасында болады, оның 180/120 мм.сын.бағ. дейін биіктеуі сирек. Артериялық қысымның тез биіктеуін эклампсиалды жағдайы деп бағалау керек.**

▶ Жедел гломерулонефритте артериялық гипертония дамуының басты себептері – натрий мен судың іркілісі, айналымдағы қан көлемінің және жүректің соғу көлемінің ұлғаюы.

▶ Қабынып ісінген бүйректің капсуласының керілуінен, науқастардың көбі бел аймағының ауырсынуына шағынады.

- ▶ Жедел гломерулонефриттің алғашқы 2-3 күнінде олигурия, тіпті анурия болуы мүмкін. Созылмалы гломерулонефриттен айырықша, олигурия болғанның өзінде концентрацияланған зәр бөлінеді, оның меншікті салмағы жоғары болады (егерде бүйрек шамасыздығы болмаса). Осыған қарап жедел гломерулонефритті созылмалы гломерулонефриттен айырады.

# *Асқынулары:*

- ▶ бүйректің жедел шамасыздығы.
- ▶ жедел бүйректік гипертензиялық энцефалопатия.
- ▶ жүректің жедел шамасыздығы.
- ▶ *Дерттің нәтижесі (басталуынан 12 айдан кейін).*
- ▶ сауығу (37%)
- ▶ «кемісті» сауығу (18%)
- ▶ созылмалы гломерулонефритке ауысуы (44%)
- ▶ өлімге әкелуі (0,3%)



# Жедел гломерулонефриттің ағымы

Стрептококктық инфекция, немесе басқада себептер

Зәрде өзгерістердің пайда болуы:(гематурия, альбуминурия)

+

АГ

Альбуминурия мен гематурияның төмендеуі (4 аптадан, сирек 8-12 аптадан кейін), АГ мен ісінулердің жойылуы (2-8 аптадан кейін)

Зәр анализінің қалыптыға келуі  
(8-12 айдан кейін)

Бір жыл көлемінде зәр  
анализінің қалыптыға келмеуі

сауығу

Созылмалы гломерулонефрит

## Жіктемесі.

- ▶ *1.Этиопатогенез:*
- ▶ инфекциялық-иммундық.
- ▶ инфекциялы емес иммундық.
- ▶ *2.Морфологиялық түрлері:*
- ▶ пролиферативті эндокапиллярлық.
- ▶ пролиферативті экстракапиллярлық.
- ▶ мезангио-пролиферативтік.
- ▶ мезангио-капиллярлық.
- ▶ склероздаушы (фибропластикалық).

## Жедел гломерулонефриттің негізгі варианттары

- ▶ Моносимптомдық- жиі кездесетін түрі (85%),  
АГ мен ісінулер болмаған жағдайда,  
оқшауланған зәр синдромы
- ▶ Нефротикалық типті- сирек кездеседі (8-10%),  
айқын протеинурия, олигурия, ісінулер, кейде  
АҚ-ның жоғарлауы
- ▶ Жайылмалы (ісінулік-гипертониялық) түр –  
қазіргі таңда сирек кездеседі (5%), айқын  
протеинурия, ісінулер, АГ (осы түрінде  
асқынулар болуы мүмкін).

## **Жедел гломерулонефриттің даму кезіндегі бейспецификалық симптоматика.**

- *Бөлінетін зәр көлемінің азаюы*
- *Бет алапетінің ісіңкі болуы (настозность лица), әсіресе қабақтардың*
- *Дене салмағының артуы*
- *Бел тұсындағы ауырлық сезімі*
- *Кейде дизуриялық белгілер*
- *Сирек жағдайда АҚ-ның шамалы жоғарлауы*
- *Зәр түсінің өзгеруі: қою шәйдің, кофенің, өте сирек – «ет шайындысының» түсі*
- *Зәр түсі өзгеруінің болмауы мүмкін*
- *Әлсіз субфебрилитет*
- *Көңіл күйінің нашарлауы*
- *Аталған симптомдар ұзаққа созылмайды.*

# Жедел үдемелі гломерулонефрит

- *Бүйрек шумақшаларының экстракапиллярлы зақымданулары*
- *Аурудың жедел басталуы және жеделдеу ағымда жүруі*
- *Бірнеше симптомдардың болуы (барлық «кіші» симптомдар)*
- *Науқастарға «агрессивті» терапия жасауды талап етеді (кортикостероидтар, цитостатиктер)*
- *Ауру ағымының әр түрлі болуы: сауығу – өте сирек, әдетте процесс созылмалыға ауысып, бүйрек шамасыздығымен аяқталады.*

# Дифференциалдық диагностикасы

- ▶ Бүйректің бұрыннан ауыратындығы туралы анамнездік мәліметтері болмаса, жедел гломерулонефритті жасырын жүретін созылмалы гломерулонефриттің өршуінен айыру өте қиын. Жедел немесе созылмалы нефриттің түрі анықталғанға дейін, диагноздың орнына «жедел нефриттік синдром» атауын уақытша қолданады. Нефрит түрін анықтау үшін оған биопсия жасайды. Жедел және созылмалы ГН айырған кезде мына жағдайларға көңіл аудару қажет:
- ▶ Болып өткен инфекциялық аурудың аяқталуы мен нефриттің басталуының арасындағы уақытқа. Жедел түрінде бұл уақыт аралығы 10-20 күн шамасында, ал созылмалыда 3-4 күннен аспайды.
- ▶ Тұрақты гипертензия, сол қарынша гипертрофиясы, көз түбі өзгерістері, айқын анемия және шумақтық фильтрация мен зәрдің меншікті салмағының төмендеуі созылмалы ГН болуын дәлелдейді.

Егер зәрдің шөгіндісінде лейкоциттердің саны көптеу болса, жедел ГН-ті созылмалы пиелонефриттен ажырату керек. Жеделге қарағанда созылмалы пиелонефритте ісіну болмайды, бел аймағы ассиметриялы ауырсынады, анамнезде урологиялық аурулардың болуы анықталады және зәрдің анализінде «аз протеинурия» тән, лейкоциттердің саны басым және бактериурия анықталады. Стрептолизиндердің титрі биіктемейді.

# Жедел гломерулонефриттің емі.

- *Қатаң төсектік тәртіп: нефротикалық және жайылмалы түрлерінде, орташа 2-6 апта.*
- *Ем дәм (бүйректен тыс симптомдар жойылғанша және зәр анализінің қалыптыға келгенше)*
- *Ішкен сұйықтық бөлінген зәр көлемінен 300 мл.дан аспауы керек*
- *Белоктардың көлемін шектеп, дене салмағына есептегенде 0,5-1,0 г/кг-нан аспау тиіс*
- *Қабылданатын тұз көлемі 3-5 г/тәул.*
- ❖ *Гломерулонефриттің «жайылмалы» (ісінулік-гипертониялық) түрін емдеудің ерекшеліктері.*
- *Қатаң төсектік тәртіп (!)*
- *«аштық және шөлдеу» режимі*
- *Екі күн бойы ешқандай тамақ қабылдамау*
- *Алғаш күні сұйықтық қабылдамау («шөлдеу»)*
- *Екінші күні сұйық көлемін 200 мл-ден асырмау*
- **НӘТИЖЕСІ – ДИУРЕЗДІ ҚЫСҚА УАҚЫТТА ҚАЛЫПҚА КЕЛТІРУ ЖӘНЕ АҚ-ДЫ ТӨМЕНДЕТУ.**



## Дәрмектік ем.

*Антибактериялық терапия 10-12 күн бойы (пенициллин қатары)*

*Жедел ГН инфекциядан дамығанына сенімді болғанда және аурудың басталғанына кем дегенде 3 апта болғанда*

*Диуретиктер (салуретиктер) – фуросемид 40-80мг (2-4 рет қабылдау)*

*Тек зәрдің ұзақ кешігуінде (ісінулерде), АҚ жоғарылағанда, жүрек шамасыздығы анықталғанда*

*АПФ ингибиторлары, Са антагонистері (комбинациямен)*

*Тек Артериялық гипертензия сақталғанда*

*Преднизолон 40-60мг/тәул. 4-8 апта бойы мөлшерін төмендетіп отырумен*

*Тек қана жедел ГН – тің нефротикалық түрінде және созылыққы ағымында*

*Гепарин 20-30 мың.Б/тәул, т/а 4-6 апта бойы*

*Жедел ГН кезінде айқын ісінулер болғанда және диурез төмендегенде*

## **Емделгеннен кейінгі науқасқа ұсыныс:**

- ▶ *басынан жедел ГН-ті өткізген науқас 2 жыл бойы дәрігердің бақылауында болады*
- ▶ *алғашқы 6 айда әр ай сайын бір рет зәр анализін тапсырады, 1,5 жылдан кейін әр 3 ай саын бір рет.*
- ▶ *Әйелдерге 3 жыл ішінде жүкті болуға болмайды (созылмалы ГН дамуы мүмкін)*
- ▶ *Ауыр физикалық жұмыспен шұғылдануға, салқын, ылғалды жерде жұмыс істеуге болмайды.*
- ▶ *Созылмалы инфекциялардың ошақтарын санақиялау.*

## **Қорытынды:**

### **Жедел гломерулонефрит**

- *Бүйректің жедел диффузды иммуноқабынулық ауруы*
- *Аурудың патогенезінің негізінде иммунокомплекстік механизм жатыр*
- *Шумақшалардың міндетті түрде зақымдануы*
- *Кем дегенде – өзекшелердің және интерстициалды тканнің зақымдануымен*
- *Аурудың ағымы сауығумен немесе созылмалы түріне ауысумен жүреді*
- *Эпидемия жайлы мәлімет анықталмайды (аурудың кездесу жиілігі белгісіз)*
- *Созылмалы ГН-ке қарағанда сирек кездеседі (1-2 жедел ГН : 1000 созылмалы ГН)*
- *Жедел ГН жиі 3-7 жас аралығындағы балаларда(!), үлкендерде 20-40 жас дамиды*
- *Ерлер әйелдерге қарағанда 2-4 есе жиі сырқаттанады*

# *Пайдаланылған әдебиеттер*

- *Окороков А. Диагностика болезней внутренних органов, том, Москва 2005*
- *Ішкі аурулар, Қалымурзина*
- *ҚР ДСМӘДМ клиникалық хаттамалар -2014*
- *Интернет материалдары: Shava.kz*

*medicall.ru*

*[www.medical-enc.ru](http://www.medical-enc.ru)*

*medelement.kz*