

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық
Медицина Университеті

СӨЖ

Тақырыбы: Тез үдемелі гломерулонефрит

Орындаған: Әтке.М.Е.

Тексерген: Толғанбаева .А.А.

Тез үдейтін

гломерулонефрит өте ауыр
гломерулонефритке
жатады.

Гломерулонефриттің кез
келген түрінде болуы
мүмкін.

- * Жедел гломерулонефрит
- * мембранозды-пролиферативті
- * IgA – нефрит
- * жүйелік аурулармен байланысты екіншілік
гломерулонефриттерде:
 - жүйелі васкулиттер
 - Гудпасчер синдромы
 - люпус-нефрит
 - Шенлейн-Генох нефритікезінде болатын синдром

Ауру басталғаннан бүйрек жетіспеушілігі дамиды, ол бірнеше апта мен бірнеше ай арасында терминальдық уремияға әкеледі. Аурудың негізгі белгісі- шумақтардағы айшықтар. Ол шумақтың 50-60% болса, аталған қатерлі гломерулонефрит дамиды.

3 түрлі патонегез жолдары бар:

1. Шумақтың базальдық мембранасына қарсы антиденелер түзіледі. Мұндай тетіктен дамыған нефрит кезінде ауруда өкпе геморрагиясы болуы мүмкін. – Гудпасчер синдромы.

2. Шумақ капиллярларында иммундық кешендер түзіледі “біріншілік гломерулонефрит , люпус-нефрит , т.б.

3. Шумақта иммундық комплекс болмайды (олигоиммундық нефрит)

Айшықты гломерулонефрит жүйелі васкулит (микроскопиялық полиангиит, Вегенер ауруы, Чарж-Стросс, т.б.) салдарынан дамуы мүмкін. Васкулиттің алғашқы клиникасы гломерулонефритпен ғана білінуі мүмкін. Аурулардың 80%-да қан сарысуында антинейтрофильдік цитоплазмалық антиденелер табылады.

Қандай жолмен дамыса да, шумақтағы ерекше өзгеріс-фибриннің көп жиналуын туғызады. Қаннан әртүрлі белоктар, соның ішінде фибриноген Боумен қуысына шығады, фибриноген фибринге айналады. Шумақтарда макрофагтар жиналады, олар да Боумен қуысына шығады, фибринді фагоцитоздайды.

Париетальдық эпителий пролиферациясы, фибрин экстравазациясы, Боумен капсуласына моноциттер шығуы жарты айшық феноменін құрайды. Шумақ капиллярларында некроз ошақтары болады. Біртіндеп шумақтарда, интерстицийде фиброз дамиды.

Клиникасы

Аурудың негізгі белгісі- тез үдейтін жедел бүйрек жетіспеушілігі. Гломерулонефрит синдромы- нефриттік синдром, гематурия, макрогематурия. Артериялық гипертензия болмауы мүмкін. Аурудың беті қайтпаса ЖБЖ үдей береді. Ауру басталғаннан кейін бірнеше апта немесе айдан кейін нәресте шетінеуі мүмкін, немесе СБЖ айналады.” Жарты шумақтар” шумақта неғұрлым көп болса, соғұрлым ауру бала өмірі үшін қауіпті.

Диагнозы

Науқастың ауыр жағдайы, тез үдейтін бүйрек жетіспеушілік белгілері, гломерулонефриттің, жүйелік аурулар айқындылығы клиникалық диагноз қоюға көмектеседі. Биопсия экстракапиллярлық гломерулонефритті дәлелдейді. Біріншілік гломерулонефриттен екіншілік гломерулонефриттер жүйелік ауруларға тән белгілермен, АНЦА, АНА табылуымен, биопсия өзгерістерімен ажыратылады.

Емі

Иммуносупрессивтік дәрілер
(метилпреднизолон, циклофосфамид)
бірден пульс әдісімен жүргізіледі.

Антикоагулянттар, антиагреганттар қоса беріледі. Дәрімен емдеу плазмафорезбен қоса қолданылады. Тез тағайындалған агрессивті ем балалардың ауру ағымын баяулатуы мүмкін. Склероз дамыған кезде (СБЖ) әрі қарай оның консервативті емі, диализ, трансплантация қолданылып, өмірі ұзартылады.