

*М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
Мемлекеттік
Медицина Университеті*

*Интерннің өзіндік жұмысы
Тақырыбы: Нефротикалық синдромдар*

Орындаған: Жәнділдаева Н.Қ.

Тобы: 706

Тексерген: Досимов А.Ж.

Жоспары:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

а. НС түрлері. Этиологиясы

б. Клиникалық көрінісі

в. Диагностикалық шаралар

г. Емі. Болжамы. Диспансеризациясы

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

Нефротикалық синдром – айқын ісікпен және массивті протеинуриямен (тәулігіне 1,0 г/м²) көрінетін клиника – лабораториялық симптомокомплекс.

Генуинді нефротикалық синдром – каиллярларды жауып тұратын, подоциттердің сусыздану түріндегі гломерул құрылысының минимальды өзгерісімен жүретін гломерулопатия.

Нефротикалық синдромның келесі түрлері ажыратылады:

I. Біріншілік нефротикалық синдром:

- Туа пайда болған және инфантильді*
- Туа пайда болған – микрокистозбен финтер типті*
- Диффузды мезенгиальды өзгерістермен француздар типті*
- Аздаған қзгерістермен НС*
- Мезангиопрولیферативті өзгерістермен немесе фокальды-сегментарлы гломерулосклерозбен ФСГС*
- НС*

II. Біріншілік гломерулонефриттік НС

- Аздаған қзгерістермен НС*
- Мембранозды немесе ФСГС – бен, мембранозды-прولیферативті, мезангиопрولیферативті, экстракапиллярлы, фибропластикалық өзгерістермен НС.*

II. Тұқым қуалайтын, туа пайда болған, жүре пайда болған аурулардағы НС:

- Жүйелі васкулиттер мен коллагеноздар***
- Жедел және созылмалы инфекциялық аурулар***
- Қатерлі ісіктер***
- Қант диабеті, аутоиммунды тиреоидиттер***
- Жылан, ара, сонаның шағуы***

НС-ның ауырлығы гипоальбуминемияның айқындылығымен анықталады:

- Жеңіл – гипоальбуминемия 25 г/л жоғары***
- Орташа ауырлықта - гипоальбунемия 20-25г/л***
- Ауыр – гипоальбуминемия 20 г/л төмен***
- Өте ауыр – гипоальбуминемия 10 г/л төмен***

Этиологиясы. ГНС этиологиясы толық анықталған жоқ.

- 1. Тұқым қуалаушылық бейімділікпен байланысты. Шамамен 50 % науқастарда аллергиялық аурулар жиілігі жоғары, олардың қанында IgE жоғары**
- 1. Алдын – ала егулер, вирусты, стрептококкты инфекциялар әсері юолуы мүмкін.**
- 2. Созылмалы жасырын инфекциялар : ГНС мен ауыратын 10-25% балаларда HBS антиген және созылмалы гепатиттер табылады, жиі – цитомегалия және де басқа жай ағымды вирусты инфекциялар әсер етуі мүмкін.**
- 3. Ұзақ уақыт құрысуға қарсы препараттар қабылдау әсерінен.**

Клиникалық көріністері: Біртіндеп олигоуриямен басталып, айқын протеинурия және ісіктің шарықтауы болуы мүмкін.

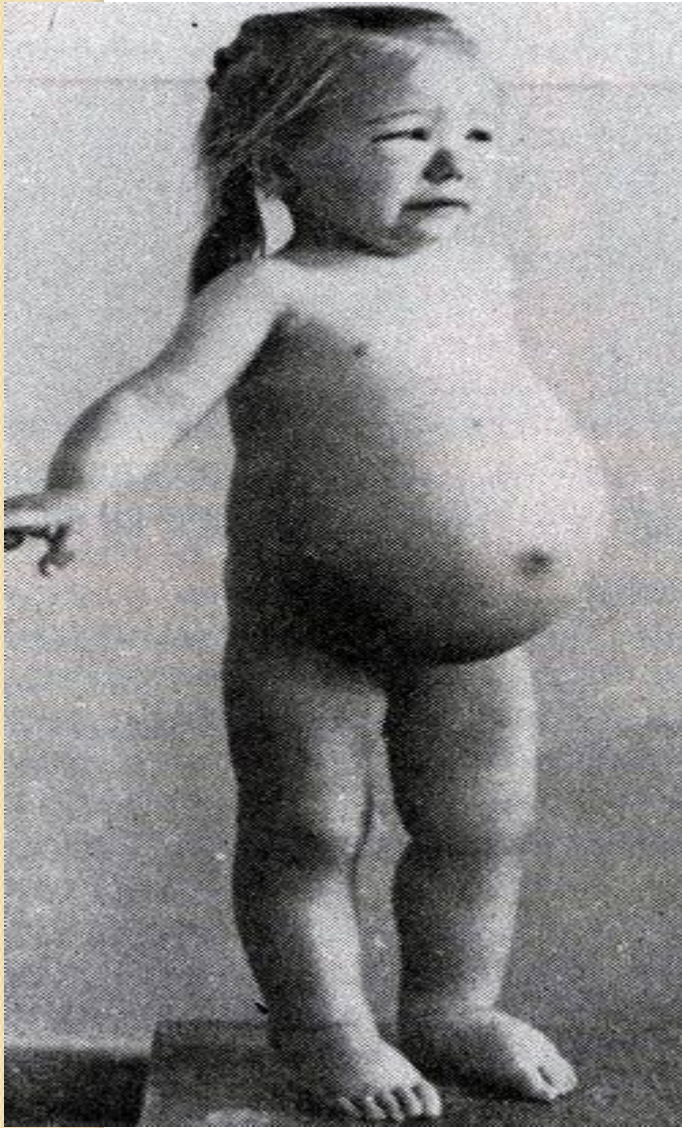
Гипоглобулиемияның өршуі кезінде абдоминальды синдром, тілме тәрізді эритема, тромбоздар, жедел бүйрек жетіспеушілігі дамиды. Қан сарысуындағы белок деңгейі 10 г/л ден төмен болады, кейде гиповалемиялық шок дамиды.

(1) Генерализованные отеки:



Диагноз 2-11 жастағы
балаларда көп жағдайда
бүйрек биопсиясыз
клиникалық-лабораториялық
тексерулерден соң қоюға
болады.

Глюкокортикоидтардың
жақсы және жедел әсері
диагнозды дәлелдейді.



Строение нефрона

Нефрон

Почечная
артерия

Почечная
вена

Отток
мочи

Поперечный срез почки

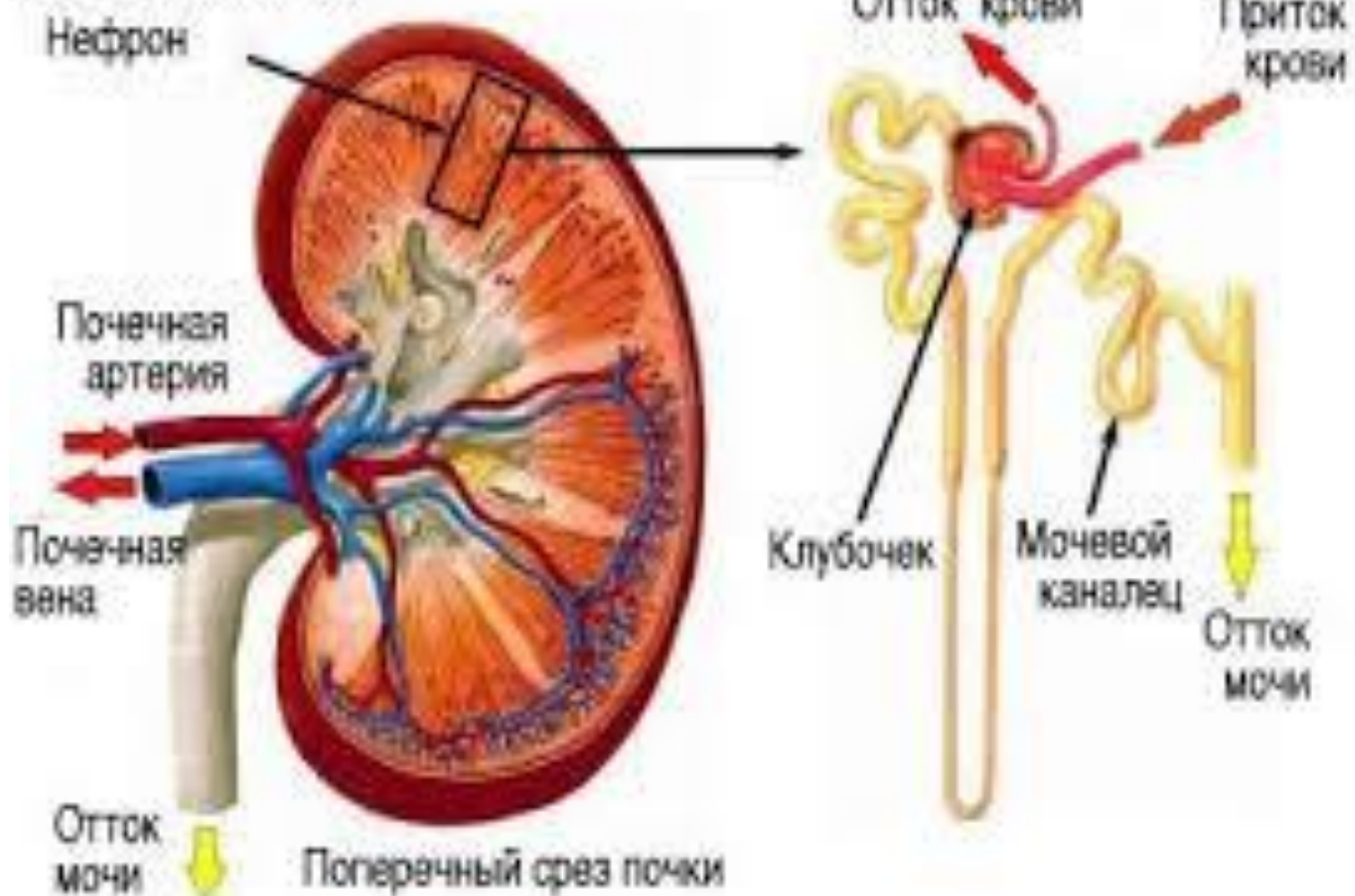
Отток крови

Приток
крови

Клубочек

Мочевой
каналец

Отток
мочи



Қосымша мынандай зерттеулер жүргізіледі:

- Жалпы және арнайы LgE деңгейін анықтау
- Иммунологиялық зерттеулер жүргізу
- 1 жасқа дейін және 12 жастан жоғары балаларға бүйрек биопсиясы көрсетілген.

Ажырату диагностикасы ГН-ның басқа түрлері жүргізіледі. Анамнез, клиникалық көріністері, зертханалық мәліметтермен қоса бірге екі бүйректің биопсиясы жүргізіледі.

НС-ты бүйрек биопсиясын жасаудың негізгі көрсеткіштері:

- Екі куртық преднизолонотерапия курсы әсері болмаса
- Науқаста нефротикалық көріністері тұрақты болса
- Шеткі қанда С3 комплектінің төмендеуі
- Баланың отбасында бірнеше балдардың нефротикалық аурулармен ауруы .

ЕМІ: ГНС –ның емі жедел түрі ауруханада жүргізіледі. Төсектік тәртіп біртіндеп жағдайының жақсаруы мен ісіктің жойылуына байланысты кеңейтілген. ГНС тың алғашқы күндері тұссыз, суды, майды, ащы тамақұтардан шектеуден басталады.

Тәуліктік судың көлемі өткен күннен +15 мл/кг дене салмағына есептеледі. Диетада белок тәулігіне 2,5 г/кг болуы керек. Сұйықтықты шектеу кезде де аурудың бастапқы кезеңінде ісік сақталса диуретиктер тағайындалады – фуросемид 2мг/кг және верошпиронмен 2,5 мг/кг қосарланып күніне 2 рет береді. Олигоурияны қалпына келтірілген соң калийдің орнын толтыру үшін калийлі емдәм мен препараттар тағайындалады.

Патогенетикалық терапияның негізгі жолы- глюкокортикоидтар қолдану жүргізіледі.

Болжамы: Тиімді емделсе қолайлы – науқастар 90-95% жазылады.

Профилактикасы: анықталмаған

Диспансерлік бақылау: Ауруханадан шығарылғаннан кейін зәр анализі мен артериальды гипертензия өлшеніп тұрады:

- Алғашқы 3 айда – 2 аптада 1 рет
- Келесі 4-9 айда – айына 1 рет
- Келесі 2 жылда – 1 тоқсанда 1 рет

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Шабалов “Педиатрия” Москва 2012 г.
1. Тусипкалиев Б. “ Балалар аурулары” Алматы 2010 ж
1. Тимофеева “ Детские болезни” Москва 2009 г.

**«Балалар аурулары (ЖТД)» пәні бойынша
7 курс ЖДТ интерндерінің өзіндік жұмысы
№17 Тақырып: «Нефротикалық синдром»
Бағалау парағы**

Презентация

Интерннің аты-жөні, тобы Қ

№	Орындау критерийлері	0-0,1	0,2-0,3	0,4-0,5
1	Презентацияның 1 құрамы: көрініс (ақпаратты қабылдау үшін маңыздылығына назар аударатын алғы сөз: тақырып және мақсат)			
2	СӨЖ мақсатының тақырыпқа сәйкестігі.			
3	Презентацияның 2 құрамы: презентацияның ақпараттық (негізгі) бөлімі (мазмұны)			
4	Презентацияның 3 құрамы: тұжырым/қорытынды			
5	Презентацияның 4 құрамы: көрініс (динамикалық, презентацияны тиімді қорытындылау).			
6	Презентацияны орындау (слайдтардың саны, сапасы, көрсету реті, ақпарат көлемі, әдебиет).			
7	Ақпаратты білу және регламентті сақтау.			
8	СӨЖ-ді кестеге сәйкес уақытылы тапсыру.			
	Барлығы			

0-0,1

критерийлер орындалмаған

0,2-0,3

критерийлер ескертулермен орындалған

0,4-0,5

критерийлер орындалған