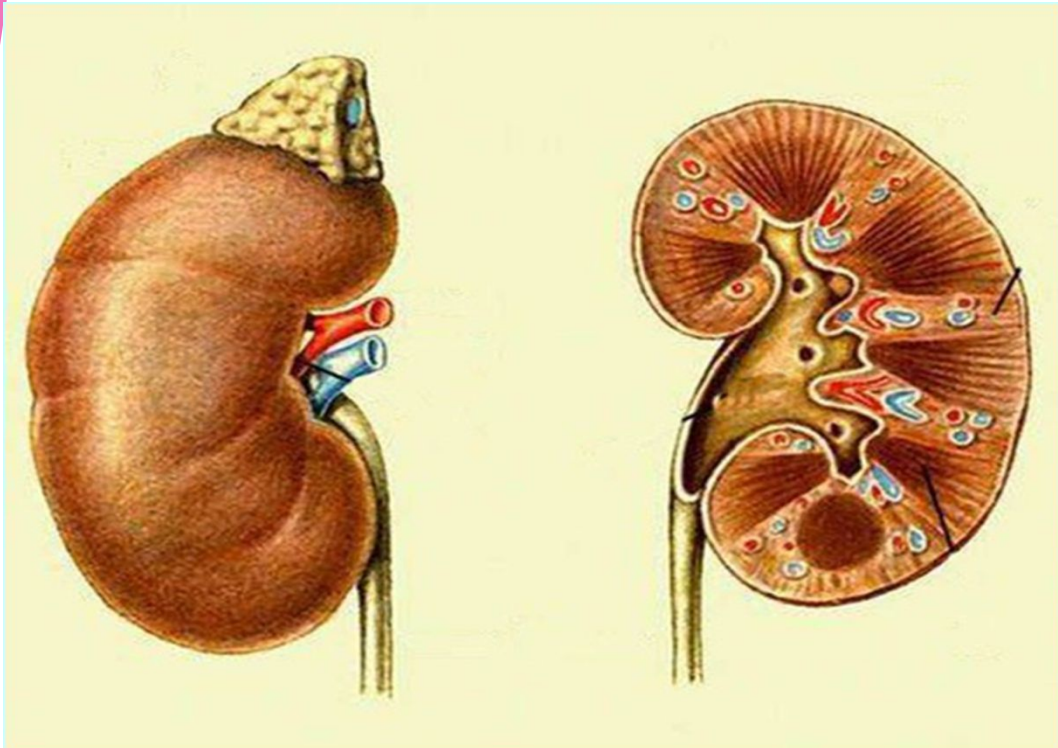


Жедел және созылмалы гломерулонефриттердің емі.



Орындаған: Жұмаш Н
Қабылдаған: Рахымбердиев Д.С
ЖМ-304

Жоспар

I Кіріспе

II Негізгі бөлім:

1. Жедел және созылмалы гломерулонефриттің емі.

III Қорытынды.

IV Пайдаланылған әдебиеттер.

Зерттеу сұрағы мен мақсаты.

- ▶ Қазіргі таңда гломерулонефриттің ересек адамдарда кездесуі, емдеу жолдарын ғаламтордағы мәліметтер бойынша сараптап әріптестерге ұсыну.

Жедел гломерулонефриттің емі

- ▶ Диагнозды нақты анықтау үшін науқастарды міндетті түрде ауруханаға жатқызады. Ісіну мен гипертензия әбден жойылғанға дейін науқасты төсек тәртібінде ұстайды (2-4 апта). Жылы төсекте жатқанның өзі бүйректің қанайналымын жақсартады, сондықтан диурез көбейіп, ісіну мен гипертония тез қайтады.

Диетотерапия

- ▶ Тамақтануға қойылатын талаптар - су мен ас тұзын шектеу. Егерде ісіну аса ауыр, артериялық гипертония биік, диурез өте аз болса және эклампсияалды белгілері байқалса, онда науқасты 2-3 күн аш ұстайды, су ішкізбейді. Қалған жағдайларда алғашқы 2-3 күндерде тұзсыз емдәм ұсынылады. Ісіну қайтып, артериялық қысым қалпына келген соң, ас тұзын біртіндеп көбейтіп, 4-6 г тәуліктік мөлшерге жеткізеді. Содан кейін 6-12 ай бойы ас тұзын шамалы шектетеді (8-10 г тәулігіне).

Этиологиялық ем

Егер созылмалы инфекцияның көздері болса немесе жіті гломерулонефрит белгілі бір инфекцияның салдарынан күмәнсіз дамыса, мәселен жуық арада болып өткен стрептококктық инфекциядан кейін онда антибактериялық емді қолданады. Қолданатын антибактериялық дәрмектер бүйрскке уытты әсер етпеуі тиіс. Көбіне қолданылатын — пенициллин 500 000 Б 4 сағат сайын 10-14 күн немесе оның жартылай синтезделген аналогтары, немесе эритромицин. Тонзиллоэктомия жасау үшін оның көрсеткіштері айқын болуы тиіс. Егер тонзиллоэктомияны жасау қажет болса, оны жіті гломерулонефриттің басталуынан 12 ай өткен соң жасауға болады.

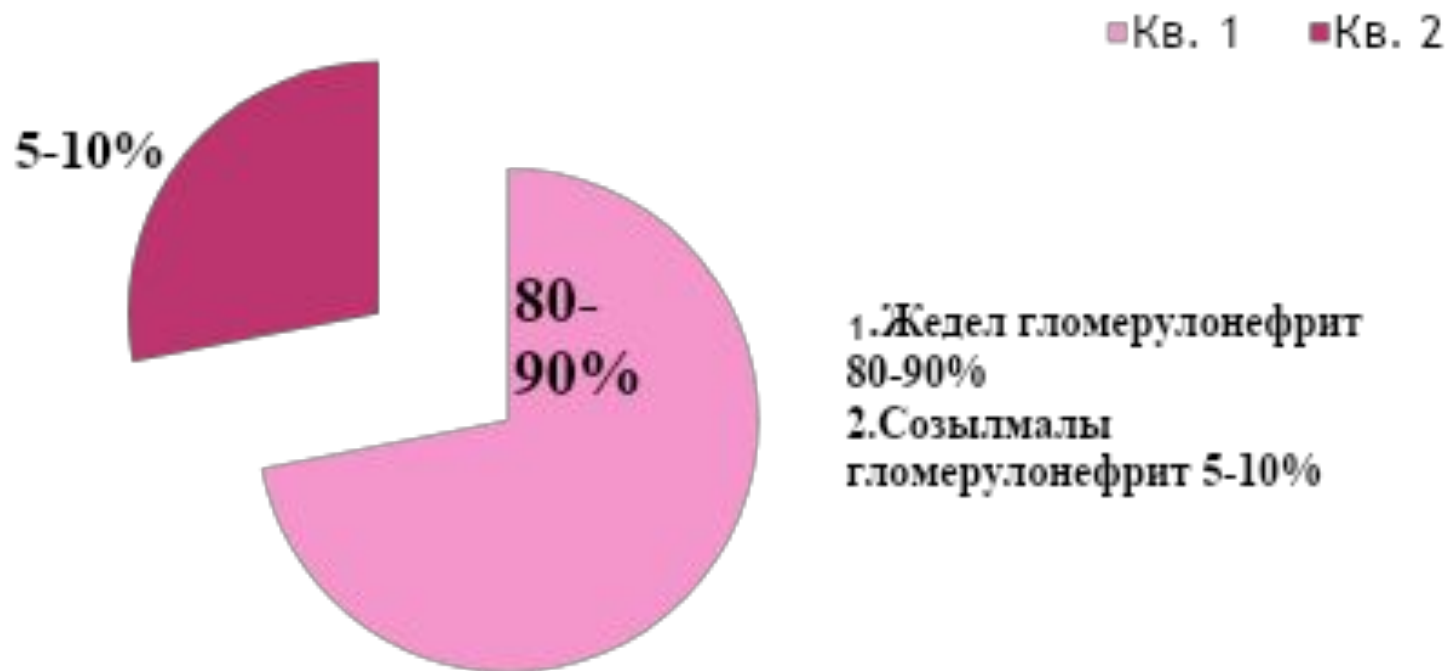
Патогенездік ем

- ▶ Стероидтық гормондар. Жіті гломерулонефритте стероидтық гормондар аса сақтықпен қолданылады. Стероидтар макрофагтардың фагоцитоздық қасиетін төмендете отырып, ағзаның иммундық комплекстерден тазартып тежейді және осының салдарынан жіті гломерулонефриттің созылмалыға айналуына септігін тигізеді деген пікірлер айтылуда. Егер антикоагулянттық және антиагреганттық емнің әсері жеткіліксіз болса, стероидтық гормондарды жіті гломерулонефриттің басталуынан 1-1,5 ай өткеннен кейін қолданады. Стероидтарды бұдан ерте қолдану жіті гломерулонефриттің морфологиялық барысын нашарлатады.

Глюкокортикоидтарды мүмкіндігінше биопсия жасап,
гломерулонефриттің морфологиялық көрінісін анықтап барып
қолданған жөн. Глюкокортикоидтардың қолдану көрсеткіштері:

- ▶ жіті гломерулонефриттің созылыңқы барысы, егер 2-3 аптадан
- ▶ кейін ісіну мен гипертензия қайтпаса немесе оның қайтуы баяу болса және протеинурияның азаюға бейімділігі байқалмаса;
- ▶ бүйректің жіті шамасыздығының дамуы;
- ▶ жіті гломерулонефриттің нефротикалық түрі.
- ▶ Преднизолонның оптималді дозасы 1 мг/к. Тәуліктік дозаның барлығын 8.00-12.00 сағат аралығында ішкізген жөн. Бұл дозадағы емнің ұзақтығы 3-4 апта. Осы уақыт мерзімі өткен соң екінші күні преднизолонның дозасын бірден 2 есе кемітеді, содан кейін оның дозасын әдеттегі әдіспен, 3-5 күнде 2,5 мг-нан азайтып сүйемелдеу дозасына келтіреді (10- 5 мг). Ауруханадан шыққан кездегі преднизолонның дозасы 15-20 мг болуы тиіс.

Жедел және созылмалы гломерулонефриттердің ересек адамдарда кездесу жиілігі.



Антикоагулянттық және антиагреганттық ем

- ▶ Шумақішілік, тамырішілік гиперкоагуляцияның болуы және содан бүйрекші қанағымның, шумақгық фильтрацияның төмендеуі гепарин мен антиаг-реганттарды қолдануды қажет етеді.
- ▶ Гепарин — әсері тез антикоагулянт, қан ұюының барлық фазаларын тежейді, фибринолизді арттырады. Теріс зарядты болуынан, гепарин тамыр қабырғасының теріс зарядын қалпына келтіреді, сол арқылы протеинурияны азайтады. Гепарин тромбоциттердің адгезиялық және агрегациялық қасиеттерін төмендетіп, тромбтардың түзілуіне жол бермейді, осыған байланысты микроциркуляцияны жақсартады. Альдостеронның синтезін тежеу арқылы, гепарин натрийурездік, диурездік және гипотензиялық әсер етеді. Гепаринді 5-10 мың 4-6 сағат сайын (қанның ұю уақытын немесе тромбиндік уақытты қадағалау үстінде) бұлшықетке немесе құрсақ терісінің астына енгізеді. Гломерулонефриттердің емінде гепаринді ұзақ (6-8 апта) енгізеді.

- ▶ **Ацетилсалицил қышқылы.** Аспирин, простагландин-синтетазаның ингибиторы болғандықтан, тромбоциттердің агрегациясын және адгезиясын тежейді. Антиагрегант ретінде аз дозада беріледі (0,25-0,5 г тәулігіне). Қолдану көрсеткіші — гемостаздың тромбоцитарлық буынының активациясы. Аз дозасы жанама әсер етпейді, бірақ ұзақ қолданғанда аспириннің гастропатиялық әсері есте болуы тиіс.
- ▶ **Трентал** — фосфодиэстеразаны тежеу арқылы тромбоциттерде цАМФ-тың жиналуына септігін тигізеді, сондықтан антиагреганттық әсер етеді. Қолданылатын дозасы — 0,2-0,3 г/тәул.

Созылмалы гломерулонефриттің емі

Дәрі-дәрмекпен емдеу:

Протеинуриясымен немесе протеинуриясыз 1г/тәу дейін персистирленетін гломерулярлы гематуриясы болғанда антигипертензивті препараттар ретінде ААФи тобынан немесе БРА нефропротективті терапия қолданылады.

Гломерулонефриттің морфологиялық түріне байланысты созылмалы гломерулонефриттің (нефротикалық синдром, созылмалы нефритикалық синдром) патогенетикалық емі ерекшелінеді, сондықтан бүйрек биопсиясын жасағаннан соң, морфологиялық диагнозды верификациялаған соң тағайындалып және амбулаториялық жағдайда жалғастырылғаны дұрыс.

Аздаған гломерулярлы бұзылыстар емі. Бұл морфологиялық нұсқа (аздаған өзгерісті гломерулонефрит - АӨГН) ересектер НС 10-20% биопсиясында кездеседі, ал балаларда 80% жағдайда НС себебі болып табылады. Сондықтан балалар тәжірибесінде стероид-тұрақтылық кезінде биопсия жүргізілсе, ересектерде бүйрек биопиясы НС алғашқы көрінісінде жүргізіледі

Алғашқы көрінісін емдеу.

Метилпреднизолон 0,6-0,8 мг/кг/тәулігіне немесе преднизолон 0,5-1мг/кг//тәулігіне (тәуліктік максимальді мөлшер 64 және 80мг) 6-8 апта бойы ұзақ уақыт 12-16 аптағы дейін қолдану артықшылықты) 1 реттік қабылдау, таңертеңгі уақытта, таңғы асты ішіп болған соң (1 В деңгей). Толық немесе жартылай қалпына келтірілген соң преднизолон мөлшерін әр 3-4 күн сайын 5мг азайта отырып, тәуліктік мөлшерді 20-30мг/тәулігіне дейін жеткіземіз. Кейінгі 2-3 айда преднизолон балама тәртіпте, ол дегеніміз күнара мөлшерін 5мг төмендете отырып әр 1-2 аптада, 10мг жеткенге дейін (2 В деңгей), келесі мөлшерін төмендету 1-2 апта сайын 2,5мг балама кесте бойынша, толығымен алып тасталынғанша.

Преднизолон мөлшерін тез түсіру, тек стероидты емге жанама әсер пайда болған кезде мүмкін. Толық мөлшерді 16 апта бойы қабылдап, толық немесе жартылай ремиссияға жетпеген науқастар стероид-төзімді деп табылып, циклоспорин-А және төмен мөлшерлі преднизолонмен 0,15-0,2 мг/кг/тәулігіне құрамдастырылған емді қажет етеді

Қайталаманы емдеу.

Стероидты емге жауап қайтарған науқастардың 50-70% қайта өршу кездеседі. Қайта өршу кезінде преднизолон немесе преднизолон 60 ең көп 80мг/тәулігіне 4 аптаға тағайындалады, әр 3-5 күн сайын 5 мг азайта отырып, толығымен алып тастағанша 1-2 ай қабылдайды. Жиі қайталануда (1 жыл ішінде 3 рет және одан да жиі) немесе стероидты тәуелділік (стероидты қабылдау кезінде қайталану) түрінде комбинирленген ем қолданылады: төмен мөлшерде преднизолон 0,15-0,20мг/кг/тәулігіне+келесі топ дәрілердің біреуі: алкилирлеуші агенттер (циклофосфамид немесе хлорамбуцил), антиметаболиттер (азатиопин немесе миклофенол қышқылы), кальцинейрин ингибиторы (циклоспорин-А немесе такролимус) қоса тағайындалады. Лейкоциттер санын бақылай отырып циклофосфамид 2мг/кг/тәулігіне, ішке 8-12 апта бойы+геморрагиялық циститтің алдын алу (уролетиксан немесемесна)

- ▶ **Циклоспорин-А** микроэмульсионды түрі 3мг/кг/тәулігіне, ішке 2 қабылдауға, микроэмульсионды емес түрі 4-5мг/кг/тәулігіне, ішке 2 қабылдауға, негізделген СО шоғырлануының 100-200мг/кг 18-24 ай бойы және одан да көп (2 В деңгей) .
- ▶ **Микофенол қышқылы**, ішке 540-720 мг мөлшерде 2 рет немесе микофенолат мофетил ішке 750-1000 мг мөлшерде 2 рет күніне, 6-26 ай бойы .
- ▶ **Ритуксимаб** – химиялық моноклональді антидене, НС әр түрлі морфологиялық түрлерін емдеуге арналған. Жоғарыда көрсетілген ем нәтижесіз болған жағдайда ғана ұсынылады. Дене аумағына 375мг/м³ мөлшерде, аптасына 1 рет, барлығы №4, тамырішіне, премедикациядан соң, тамшылатып.

**Созылмалы гломерулонефритті емдеу үшін
микофенолат мофетилдің бастапқы және емдік
дозаларын есептеу.**

Науқастың дене салмағы, кг	Бастапқы доза мг		Толық доза, мг	
	Таңертең	Кешке	Таңертең	Кешке
25-30	250	250	500	250
30-40	250	250	500	500
40-45	500	250	750	500
45-50	500	500	750	750
50-55	500	500	1000	750
55 жоғары	500	500	1000	1000

► **Ісінулерді емдеу.** Айқын ісіктер кезінде диуретиктер тағайындалады (кортикостероидтарды тағайындау кезінде, қалыптыда 5-10 күні диурез қалыпқа келеді). Диуретиктер қолданылмайды егер құсу, диарея, гиповолемия болатын болса.

Ұзақ сақталған ісіктер кезінде фуросемид 1-3мг/кг/тәулігіне тамыр ішіне 3 рет күніне арасына бірдей уақыт сала отырып немесе торасемид 5-10мг ішке тағайындалады. Рефрактерлі ісіктері бар науқастарда ілмекті және тиазид тәрізді диуретиктер және /немесе калий сақтаушы диуретиктер (Спиронолактон), ауыр жағдайда – диуретикпен құрамдастырылған альбумин қолданылады .

Басқа дәрі-дәрмектер:

- Гастроинтестинальді белгілер кезінде антацидтер немесе протон помпаларын тежеушілер.
- Преднизолонмен 3 айдан аса ем кезінде, кальций карбонаты (250-500мг/тәу) ұзақ уақыт қажет .
- Стероидсезімталдығы бар науқастарда липидемия түзету қажеттілігі жоқ, себебі ол ремиссия түскеннен соң қалпына келеді.

ҚОРЫТЫНДЫ

- ▶ Қорытындылай келе диагнозды нақты анықтау үшін науқастарды міндетті түрде ауруханаға жатқызамыз. Ісіну мен гипертензия әбден жойылғанға дейін науқасты төсек тәртібінде ұстаймыз.
- ▶ Диетотерапия. Тамақтануға қойылатын талаптар-су мен ас тұзын шектеу.
- ▶ Этиологиялық ем
- ▶ Патогенездік ем. Стероидтық гормондар – Преднизолон.
- ▶ Антикоагулянттық және антиагреганттық ем жүргіземіз:
Гепарин, Фраксипарин, Эноксапарин, Сулодексид,
Курантил, Трентал, Ацетилсалицил қышқылы



Hangouts On Air

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- ▶ 1. <https://kk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%83%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D1%84%D1%80%D0%B8%D1%82>
- ▶ 2. <http://kazmedic.kz/archives/4641>
- ▶ 3. <https://diseases.medelement.com/disease/view/MTQ1OTU%253D/fDB8>