

Жіті және созылмалы гломерулонефриттер.

Клиникалық әйгіленімдері.

**Асқынулар. Несеп шығару
жүйесінің зақымдану семиотикасы
және тексеру әдістері. Емдеу
қағидаттары, профилактика**

**Терапия бакалавриат кафедрасының
профессоры**

Қауызбай Жұмалы Әріпбайұлы

ШАҒЫМДАРЫ:

- Баә маңы àóđóû;
- З, ð øû¹àđóäû» á^{1/2}çûëóû;
- З, ðäi» ò^{3/4}ñiíi» ^{1/4}çããđóí;
- Iñiктің пайда болуы;
- Баñ àéíàëûi, íû» àóđóû;
- К^{1/4}đó °àáíëãòíií» íàøàđëàóû;
- Ж^{3/4}đãê тұсы àóđóû;
- Ентiгү, äãìiãó.

ҚОСЫМША ШАҒЫМДАР

- Дененің қызуы
- Лоқсу
- Құсу
- Асқа зауықсыздық
- Тері қышуы

АУЫРСУНУДЫҢ СИПАТТАМАСЫ

- Àóûđñûíó ñâçïîí á³/₄éđãê àóđóëàđûíää àãëäi» ò¹/₂ñûíái ñâçïëеді,
- íãñãîà¹àđää òóûíää¹ái àóûđñûíó øài àéìà¹ûíà,
- °óû° àóûđ¹áíää °àñà¹à ³/₄ñòííã,
- àë òàñ ò³/₄çïëããíää ìøòì» ò¹/₄ìãíãî æà¹ûíà, øàп⁰à æàéûëääû.

АУЫРСЫНУДЫҢ СИПАТТАМАСЫ

- $\acute{A}^{3/4}\acute{e}\check{d}\grave{a}\hat{e}$ °àáûí¹àíää (ãëîïãđóëííãôđèò, ìèãëííãôđèò) íàìãñã íú» ò¹⁄₄»íđããí ìđì»ääãáíää (íàđàíãôđèò), æ³⁄₄đãê °ûçìãòì æãòêíëíêñîç áíëûì, á³⁄₄éđãêêã °àí ìđêíëãáíää áãë, , äãòòã, ñûçääì àóûđàäû.
- $\acute{A}^{3/4}\acute{e}\check{d}\grave{a}\hat{e}$ òã èíôàđêò °àëûìòãñ°àíää, ç, đ øû¹àđó æíëääòđûíää òãñ ò³⁄₄çíëãáíää, áãë °àòòû øàíøóû ì³⁄₄ìêíí (á³⁄₄éđãêêøàíøóû – ìñ÷ã÷íàÿ êíëèêà)

ÁÅËÃĪËĪ ÁĪĐ ÓÀĶÛÒ ÀÐÀËÛĴÛĪÄÀ (ÁĪĐ
ÒΘÓËĪÊÒÅ, ÒÀĦĴÛ ĪÀĪÃÑÀ ÊÅØËĪ ÌÀÇÃĪËËÄÅ)
ØÛĴÀÐÛËÀÒÛĪ ÇƏÐÄĪĦ ÌΘËØÅÐĪ ÄÈÓÐÅÇ ÄÄĪ
ÀÒÀËÀÄÛ.

- Ç, ð øû¹àđóäû» á^{1/2}çûëóû äèçóđèÿ ääĪ àòàëàäû.
- Ò, óëïêèòìê äèóđåç мөлшерінің ê^{1/4}áâéÿı –
ïêèóđèÿ, æèïëåÿı -ïêëàêèóđèÿ
- Несеп шығаруда ауырсыну-странгурия

ÄÈÇÓÐÈЯ

- Ç, đäi» ò, óëiêòîê ì¼ëøđi 500 ìë-ääí àç áîëñà, îë – *îëèãóðèÿ*.
- Ç, đ øû¹àđóäû» òîëû° òî°òàóû – *àíóðèÿ*.
- ²óû°°à æèíàë¹àí ç, đ øû¹àđûëìàóû *èøóðèÿ* ääi àòàëàäû.
- Á¾éđãêòã ç, đäi» ò¾çïëóíí đãòòãó á½çûë¹àíäà îë ò½đà°òû ò¾đäã áãëãîëî áíđ óà°ûò àđàëû¹ûíäà, áeëãîëî áíđ ì¼ëøđäã á¼ëííääi - *èçóðèÿ*.

ÄÈÇÓÐÈЯ

- $3, \check{d}äi \emptyset \hat{u}^1 \grave{a} \check{d} \acute{o} \hat{e}^{3/4} \acute{i} \grave{a} i \check{c} \acute{o} \grave{a} \check{e} \hat{u} i \grave{o} \hat{u} \grave{o}^{3/4} \check{d} \check{a} \check{a} \acute{a} \hat{i} \check{e} \grave{a} \check{a} \hat{u} \check{a} \grave{a} \grave{o}^{3/4} \acute{i} \check{a} \check{a} \check{a} \check{e} \grave{i} \check{e} \acute{a} \acute{e} \check{a} i / \acute{i} \grave{e} \hat{e} \grave{o} \acute{o} \check{d} \grave{e} \check{y} /$.
- $\acute{A}^{3/4} \acute{e} \check{d} \check{a} \hat{e} \grave{o} i \gg \acute{o} \check{d} \grave{a} \grave{o} \grave{o} \check{a} \check{d} \check{a} \hat{u} \hat{e} \acute{i} \acute{o} \acute{a} \acute{i} \grave{o} \check{d} \grave{a} \check{o} \check{e} \check{y} \acute{e} \acute{a} \acute{o} \acute{o} \grave{a} \acute{a} \acute{i} \check{e} \acute{a} \grave{o} i \acute{a}^{1/2} \check{c} \hat{u} \check{e} \hat{u} i, \emptyset \hat{u}^1 \grave{a} \check{d} \hat{u} \check{e}^1 \acute{a} \acute{i} \check{c}, \check{d} \check{a} i \gg \grave{o} \hat{u}^1 \hat{u} \check{c} \check{a} \hat{u}^1 \hat{u}^{3/4} \acute{i} \grave{a} \grave{i} \acute{a} i \check{d} \acute{o} \grave{a} \check{e} \hat{u} i \grave{o} \grave{a} \acute{o} \grave{a} \check{e} \check{y} \check{y} \check{y} - \acute{e} \check{c} \hat{i} \check{n} \grave{o} \acute{a} \acute{i} \acute{o} \check{d} \grave{e} \check{y} \check{n} \hat{u} \acute{i} \grave{a} \grave{i} \check{a} \check{n} \check{a} \grave{o}^{1/4} \grave{i} \acute{a} \acute{i} \check{a} \check{a} \acute{e} \check{a} i - \check{a} \grave{e} \check{i} \check{n} \grave{o} \acute{a} \acute{i} \acute{o} \check{d} \grave{e} \check{y}$.
- $\check{C}, \check{d} \check{a} i \gg \grave{o} \hat{u}^1 \hat{u} \check{c} \check{a} \hat{u}^1 \hat{u} \grave{o} i i \grave{o} i^{1/4} \check{c} \check{a} \check{a} \check{d} \grave{i} \acute{a} \acute{o} i \check{c}, \check{d} i^{3/4} \acute{i} \grave{a} \grave{i} \grave{o}^{1/4} \grave{i} \acute{a} \acute{i} \acute{a} \hat{i} \check{e} \acute{o} \hat{u} \grave{i}^{3/4} \grave{i} \hat{e} \acute{i} \acute{i} - \check{a} \grave{e} \check{i} \check{e} \check{c} \hat{i} \check{n} \grave{o} \acute{a} \acute{i} \acute{o} \check{d} \grave{e} \check{y}$.

Á¾éďåê àóďóëàďûíaí iñíүдің ¼çíäiê åďeêøåëiêòåđi

- Àëäûìáí ê¼çäi» °àáà°òàďû, ñîäàí êåéíí °îë, ò½ë¹à, å» ñî»ûíaä àÿ° iñííääi.
- Ісік терісі бозғылт, жылы, жұмсақ
- Ісіну á¾éďåê øóìà°òàďû êàìèëÿďëàďûíû» ¼òêiçãíøòíäi àďòóìáí íáìåñå °àíää îíêîèèèèè° °ûñûì ò¼ìáíääi, íàòďèé èíääàďûíû» ê¼áåřìàí áàèéèàнысты.



Отек лица



Отек лица

Основные признаки
гломерулонефрита:

гипертензия

отеки

протеинурия

гематурия



Отек нижних конечностей

²ÀÐÀĬ ÇĂÐÒÒĂÓ

- Íàó°àñòû» ò¼ñâêòããî °àëïû: Á¾éďããî øàíøû¹àí íàó°àñ òúíûøñûçääíûî, êâéää àé°àéëài, ò¼ñâêòããî °àëïûí ¾íãîî ¼çããďòã áãďãđî,
- óďàièÿ êñàñû æà¹ääéúíää¹û íàó°àñ ãññîç æàòàäû.
- á¾éďãê ìà»û êëãò÷àòêañû °àáúí¹àíääďäû» áãëî ìñííîî, îëàď áêî àÿ¹úí á¾ãîî, îøííã °ûñûî àëûî, çà°ûìääè¹àí á¾éďãê æà° °ûďúíà æàé¹añó¹à ì, æá¾ď.

²ÀÐÀÏ ÇÅÐÒÒÅÓ

Á¾éďăê àóďóúíàí ícínġen ñûď°àòòàďăû» áåòí
íñííí, áîçàďûí, à°øûë òàďòûí, °àáà°òàďû íñííãáí
ê¼çääđí ñađ¹àéûí êåòääí.

Íàó°añòû» á¾êíë äáíãñí ícínġáíää - *анасарка*,
æàò°àí ò¼ñããí áàò°àí æăďëăđííää íç °àëääû.

²ÀÐÀÏ ÇÅÐÒÒÅÓ

- $\hat{A}^{3/4} \acute{e} \grave{d} \acute{a} \acute{e} \text{ } ^\circ \hat{u} \grave{\text{c}} \grave{\text{i}} \grave{\text{a}} \grave{\text{o}} \grave{\text{i}} \grave{\text{i}} \rangle \tilde{n} \hat{\text{i}} \hat{\text{c}} \hat{\text{u}} \grave{\text{e}} \grave{\text{i}} \grave{\text{a}} \grave{\text{e}} \hat{\text{u}} \acute{\text{x}} \grave{\text{a}} \grave{\text{o}} \acute{\text{e}} \grave{\text{i}} \grave{\text{e}} \grave{\text{i}} \acute{\text{e}} \tilde{n} \hat{\text{i}} \hat{\text{c}} \grave{\text{a}} \grave{\text{i}} \grave{\text{a}} \hat{\text{i}}$
 $\acute{\text{e}} \hat{\text{a}} \hat{\text{c}} \hat{\text{i}} \hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \hat{\text{a}} \acute{\text{o}} \acute{\text{e}} \hat{\text{u}} \hat{\text{c}} \grave{\text{a}} \grave{\text{o}} \grave{\text{o}} \grave{\text{a}} \grave{\text{d}} \hat{\text{a}} \hat{\text{u}} \rangle \grave{\text{o}} \hat{\text{a}} \hat{\text{d}} \hat{\text{i}} \grave{\text{a}} \grave{\text{d}} \text{ } ^\circ \hat{\text{u}} \acute{\text{e}} \hat{\text{u}} \hat{\text{a}} \text{ } ^{1/4} \acute{\text{e}} \hat{\text{i}} \hat{\text{i}} \hat{\text{o}} \hat{\text{i}} \hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \hat{\text{i}}$
 $\hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \hat{\text{o}} \text{ } ^\circ \hat{\text{a}} \tilde{n} \hat{\text{o}} \hat{\text{u}} \rangle \hat{\text{a}} \hat{\text{a}} \hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \tilde{n} \hat{\text{i}} \text{ } ^\circ \hat{\text{u}} \phi \grave{\text{e}} \hat{\text{a}} \hat{\text{u}};$
- $\hat{\text{i}} \hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \hat{\text{a}} \grave{\text{o}} \hat{\text{u}} \hat{\text{d}} \hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \text{ } ^\circ \tilde{n} \hat{\text{u}} \hat{\text{c}} \hat{\text{y}} \hat{\text{k}} \hat{\text{o}} \hat{\text{a}} \hat{\text{d}} \hat{\text{u}} \hat{\text{a}} \hat{\text{i}} \hat{\text{e}} \hat{\text{a}} \hat{\text{a}} \hat{\text{u}}.$
- $\hat{\text{I}} \hat{\text{i}} \hat{\text{u}} \rangle \hat{\text{a}} \hat{\text{o}} \hat{\text{u}} \hat{\text{c}} \hat{\text{u}} \text{ } ^{1/2} \hat{\text{d}} \hat{\text{a}} \hat{\text{i}}, \hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \hat{\text{a}} \hat{\text{i}} \hat{\text{a}} \hat{\text{i}} \hat{\text{e}} \hat{\text{e}} \hat{\text{i}} \hat{\text{n}} \hat{\text{i}} \tilde{n} \hat{\text{a}} \hat{\text{c}} \hat{\text{i}} \hat{\text{e}} \hat{\text{a}} \hat{\text{a}} \hat{\text{i}}.$

ÏÀËÛÏÀÖÈÿ

- $\mu\grave{e}^1\grave{a}\acute{e}\grave{i}\grave{a}^1\acute{a}\acute{i}$ $\acute{i}\grave{a}\grave{i}\grave{a}\grave{n}\grave{a}$ $\grave{o}^{1/4}\grave{i}\grave{a}\acute{a}\acute{i}$ $\grave{o}^{3/4}\grave{n}\grave{i}\grave{a}\grave{a}\grave{a}\acute{a}\acute{i}$ $\acute{a}^{3/4}\acute{e}\grave{d}\grave{a}\acute{e}\grave{o}\grave{i}$ $\grave{n}\grave{e}\grave{i}\grave{a}\grave{i}$
 $\grave{n}\grave{a}\grave{c}\acute{o}$ $\acute{o}\grave{e}\acute{u}\acute{i}$. $\acute{I}\acute{a}\grave{d}\grave{a}\grave{c}\acute{o}\grave{i}\grave{a}\grave{a}$ - $\grave{N}\grave{o}\grave{d}\grave{a}\grave{x}\grave{a}\grave{n}\grave{e}\grave{i}\acute{u}\acute{u}$ » $\acute{a}\grave{e}\grave{i}\grave{a}\grave{i}\acute{o}\grave{a}\acute{e}\acute{u}\acute{a}\acute{u}$ \grave{o} , $\grave{n}\grave{i}\grave{e}\grave{i}$
 $\acute{o}\grave{i}\grave{e}\grave{a}\grave{a}\grave{i}\acute{u}\grave{e}\grave{a}\acute{a}\acute{u}$.
- $\acute{I}\grave{a}\acute{o}^{\circ}\grave{a}\grave{n}$ $\emptyset\grave{a}\acute{e}^{\circ}\grave{a}\grave{n}\acute{u}\acute{i}\acute{a}\acute{i}$, $\acute{a}\grave{a}\grave{n}\acute{u}\acute{i}$ $\grave{o}^{1/4}\grave{i}\grave{a}\grave{i}\grave{a}\grave{a}\acute{o}$ $\grave{n}\grave{a}\acute{e}\acute{u}\acute{i}$, $\acute{i}\emptyset\acute{i}\acute{i}$ $\acute{a}\grave{i}\grave{n}$
 $1/2\grave{n}\grave{o}\grave{a}\grave{i}$, $\acute{o}\grave{i}\grave{e}\grave{a}\grave{a}\grave{d}\acute{u}\acute{i}$ $\acute{e}\grave{a}\acute{o}\grave{a}\grave{a}\grave{n}\grave{i}\grave{i}\grave{a}$ $\acute{o}\grave{i}\acute{e}\acute{u}\acute{i}$, $\grave{a}\grave{y}^{\circ}\grave{o}\grave{a}\grave{d}\acute{u}\acute{i}$ $\grave{n}\grave{i}\grave{c}\acute{u}\acute{i}$
 $\grave{x}\grave{a}\grave{o}\grave{a}\acute{a}\acute{u}$.
- $\acute{I}\acute{u}\acute{u}$ $\acute{o}\acute{u}\grave{d}\acute{u}\acute{i}\grave{a}$ $\grave{x}\grave{a}\grave{o}^{\circ}\acute{u}\grave{c}\acute{u}\acute{i}$ $\acute{i}\grave{a}\grave{i}\grave{a}\grave{n}\grave{a}$ $\grave{o}^{1/2}\grave{d}^1\acute{u}\grave{c}\acute{u}\acute{i}$, $\grave{a}\grave{e}^1\grave{a}$ $\acute{o}\grave{a}\grave{d}\grave{a}\acute{e}$ \acute{a} »
 $\acute{e}\grave{a}\acute{e}\grave{o}\grave{i}\grave{i}$ $\grave{o}\grave{a}$ ($\acute{A}\grave{i}\grave{o}\grave{e}\grave{e}\grave{i}$ \grave{o} , $\grave{n}\grave{i}\grave{e}\grave{i}$) $\grave{c}\grave{a}\grave{d}\grave{o}\grave{o}\grave{a}\acute{o}\grave{a}\acute{a}$ $\acute{a}\grave{i}\grave{e}\grave{a}\acute{a}\acute{u}$.

ÏÀËÛÏÀÖÈÿ

Á^{1/2}ë ò, ñïë á^{3/4}éđãêòí»

□ ê^{1/4}ëãìí,

□ ïïøïìí,

□ òû¹ûçäû¹ûí,

□ àóûđñûíóûí,

□ û¹ûñуын,

□ áãòêãéíí» ñèìàòûí

æîđàìàëäàó¹à ì^{3/4}ìêìíäìê áãđãäì.



a



b



ÏÀËÜÏÀÖÈÿ

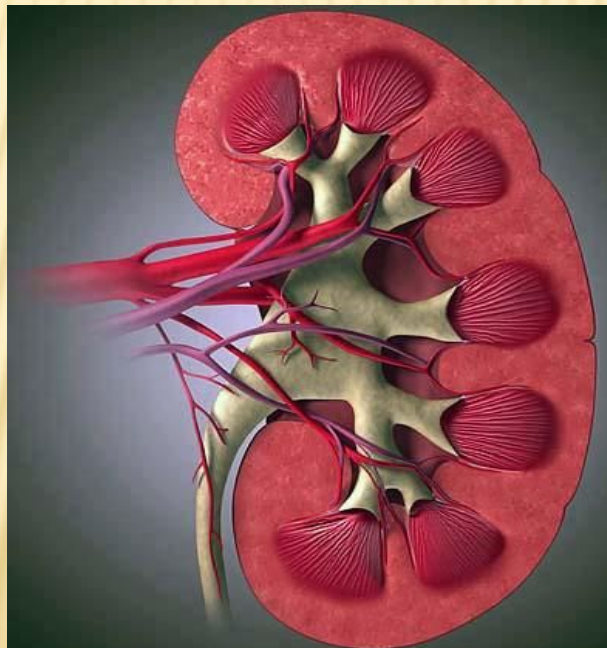
- Íåôđĩîòîçäü» áíđííøî ñàòûñûíää à^{3/4}éđåêòî ñèìàì çåđòòàì îíü» ò^{1/4}ìáíãî °ûđúí ¹àíà ñåçóãå áîëääü,
- åêííøî ñàòûñûíää – á^{3/4}éđåê ò^{3/4}ãåë àíü°òàëääü,
- àë ^{3/4}øííøî ñàòûñûíää îë ñàóñà°òàđìáí èòåđãåíää ò^{3/4}đëì áà¹ûòòà, òíîòî îøòî» åêííøî æà¹úíà û¹ûñà áåđåäì (êåçå á^{3/4}éđåê).

ÏĂĐÊÓÑÑÈЯ

- Ñàó àäàìäàđäû» á¾éđããi ïăđêóññèÿ
ò, ñiëìáí àíû°òàèìàéäû.
- Á¾éđãê àéìà¹ûíäà¹û àóûđñûíóäû áăëäi»
á¾éđãê ò½ñûíà ò¼ñăëăáí ñîë °îëäû î»
°îëäû» ñàóñà°òàđûìáí íàìăñă °ûđûìáí
ñî°°ûëài àíû°òàó¹à áîëääû (ñî°°ûëào ò, ñiëì).



Гломерулонефрит - шумақтардың басым зақымдануымен жүретін бүйректің диффузды қос жақты иммундық қабыну ауруы.



Жедел гломерулонефрит

Жедел гломерулонефрит – стрептококктық инфекцияға тәуелді дамитын шумақтардың басым зақымдануымен жүретін бүйректің инфекциялық-аллергиялық ауруы.

Этиологиясы. Жедел гломерулонефриттің дамуының басты себебі – А топты 12 типті β-гемолиздеуші стрептококк.

Клиникалық көрінісі. Жедел гломерулонефрит әдетте стрептококкты инфекциядан 7-20 күннен кейін пайда болады. Дерттің негізгі белгілері – *ісіну, ендікпе, олигоанурия, гематурия, белдің ауыруы, артериялық қысымның жоғарылауы*

Ерте байқалатын белгі – **ісіну**. Ісінуден бұрын *шөлдеу, әлсіздік, олигурия* пайда болады. Ең алдымен бет пен қабақ ісінеді. Ісінудің негізгі себебі – шумақтық фильтрацияның азаюынан судың және натрийдің іркілісі.

Науқастардың көбі **ендігеді**. Ендікпе горизонтальді қалыпта күшейеді. Ендікпенің себебі – айналымдағы қан көлемінің көбеюінен және артериялық қысымның тез биіктеуінен болатын жүрек шамасыздығы.

Гломерулонефритке тән *несептік синдромның* басты белгісі протеинурия мен гематурия. Протеинурия науқастардың 100%-да, гематурия 80%-да болады.

Жіктемесі.

Этиопатогенез:

- инфекциялық-иммундық;
- инфекциялық иммундық емес.

Морфологиялық түрлері:

- пролиферативті-экстракапиллярлық;
- пролиферативті-капиллярлық;
- мезангио-пролиферативтік;
- мезангио-капиллярлық

Клиникалық түрлері:

- классикалық триадалық жайылма түрі (несептік синдром, ісіну, артериялық гипертония)
- бисиндромдық түрі (нефротикалық синдром+несептік синдром)
- моносиндромдық түрі (дара несептік синдром)
- нефротикалық түрі

Асқынулары:

- бүйректің жедел шамасыздығы;
- жедел бүйректік гипертензиялық энцефалопатия;
- жүректің жедел шамасыздығы

А) сол қарыншалық жүректік астманың ұстамаларымен
(өкпенің ісінуімен)

Б) тотальді

Дерттің нәтижесі:

- сауығу (37%)
- ”кемісті сауығу –протеинуриясы не гематуриясы
басым” аздаған несептік синдром (18%)
- СОЗЫЛМАЛЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТКЕ АУЫСУЫ (44%)
- өлімге әкелуі (0,3%).

Емі.

Диагнозды нақты анықтау үшін науқастарды міндетті түрде ауруханаға жатқызады. Ісіну мен гипертензия әбден жойылғанға дейін науқасты төсек тәртібінде ұстайды (2-4 апта)

Диетотерапия. Тамақтануға қойылатын талаптар – су мен ас тұзін шектеу. Егерде ісіну аса ауыр, артериялық гипертензия биік, диурез өте аз болса және эклампсидиалды белгілері байқалса, онда науқасты 2-3 күн аш ұстайды, су ішкізбейді.

Этиологиялық ем. Егер созылмалы инфекцияның көздері болса не жедел гломерулонефрит белгілі бір инфекцияның салдарынан күмәнсіз дамыса, онда антибактериальді ем қолданылады.

Патогенездік ем.

Стероидты гормондар. Жедел гломерулонефритте стероидтық гормондар аса сақтықпен қолданылады. Егер антикоагулянттық және антиагрегаттық емнің әсері жеткіліксіз болса, стероидтық гормондарды жедел гломерулонефриттің басталуынан 1-1,5 ай өткеннен кейін қолданады. Стероидтарды бұдан ерте қолдану жедел гломерулонефриттің барысын нашарлатады.

Глюкокортикоидтарды қолданау көрсеткіштері:

- Жедел гломерулонефриттің созылықы барысы, егер 2-3 аптадан кейін ісіну мен гипертензия қайтпаса немесе одан қайтуы баяу болса және протеинурияның азаюға бейімділігі байқалмаса;
- Бүйректің жедел шамасыздығының дамуы;
- Жедел гломерулонефриттің нефротикалық түрі

Преднизолонның оптимальді дозасы 1 мг/к. Тәуліктік дозаның барлығын 8,00-12,00 сағат аралығында ішкізген жөн. Бұл дозадағы емнің ұзақтығы 3-4 апта. Осы уақыт өткен соң преднизолонның дозасын 2 есе кемітеді, содан кейін оның дозасын әдеттегі әдіспен 3-5 күнде 2,5 мг-нан азайтып сүйемелдеу дозасына келтіреді. Ауруханадан шыққан кездегі оның дозасы 15-20 мг болуы керек.

Антикоагулянттық және антиагрегаттық ем. Шумақішілік, тамырішілік гиперкоагуляцияның болуы және содан бүйрекші қан тамырының, шумақтық фильтрацияның төмендеуі гепарин мен антиагреганттарды қолдануды қажет етеді.

Гепарин – әсері тез антикоагулянт, қан ұюының барлық фазаларын тежейді, фибринолизді атқарады. 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.

Фраксипарин – тез және ұзақ антитромбоздық әсер етеді, антикоагулянттық әсері шамалы, 0,3-0,4-0,6 мл құрсақ терісінің астына тәулігіне 1 рет енгізіледі.

Эноксапарин – 0,2, 0,4 мл құрсақ терісінің астына, тәулігіне 1 рет салынады.

Сулодексид – 600 липосомалық бірліктен бұлшықетке тәулігіне 2 реттен 15 күн салынады, содан кейін капсула түрінде 500 ЛБ күніне 2 рет 2-3 ай ішкізеді. Вессел геморрагиялық асқынуларды бермейді, қолдануға ыңғайлы және оның антикоагулянттық, антиагрегаттық әсері гепариннен кем емес.

Курантил – тромбоциттерде цАМФ мөлшерін арттырып, олардың адгезиясы мен агрегациясын тежейді. тамыр қабырғаларында простаглицлиннің, E_2 простаглицлиннің синтезін арттырады, тамырларды кеңітіп, бүйректің қан ағымын жақсартады.

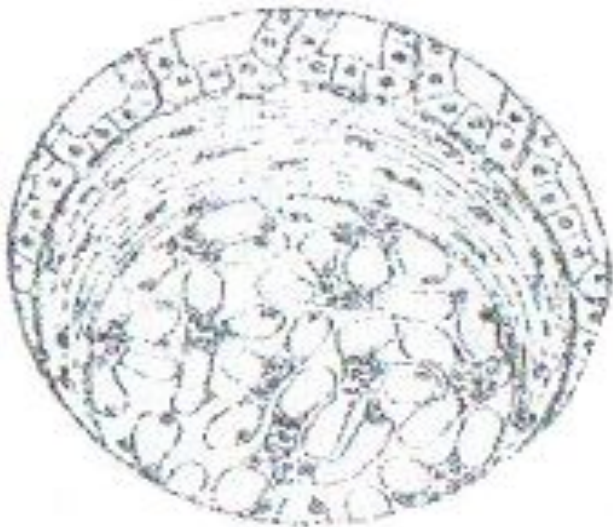
Ацетилсалицил қышқылы – антиагрегант ретінде аз дозада беріледі (0,25-0,5 г тәулігіне). Қолдану көрсеткіші – гемостаздың тромбоцитарлық буынының активациясы. Аз дозада жанама әсер етпейді.

Трентал – фосфадиестеразаны тежеу арқылы тромбоциттерде цАМФ-тың жиналуына септігін тигізеді, сондықтан антиагреганттық әсер етеді. Қолданылатын дозасы – 0,2-0,3 г/тәул

Ісіну синдромын емдеу. Диуретиктерді ішкізеді (гипотиазид 50-100 мг не фуросемид 40-60-80 мг тәулігіне). Ұзаққа созылған олигурияда фуросемидтің дозасын 240-480 мг/тәул дейін жеткізеді.

Тез өрістеуші гломерулонефрит (ТӨГН)

Тез өрістеуші гломерулонефрит – тез өрістейтін барысымен, клиникалық көрінісінің ауырлығымен, бүйрек шумақтарының ерекше өзгерістерімен, бүйрек шамасыздығының ерте басталып тез мендеуімен сипатталатын гломерулонефриттің ерекше түрі.



Тез өрістеуші гломерулонефриттің морфологиясының схемасы: капсулалық эпителийдің пролиферациясы және капсула мен ілмектердің арасындағы жабысқақтар; шумақ қуысындағы жартыайша

Тез өрістеуші гломерунефриттің этиологиялық және патогенездік түрлері

1. Гломерулалық базальдік мембранаға антиденелердің түзілуінен дамидын ТӨГН (20 %)

- өкпеден қан кетусіз
- өкпеден қан кетумен

2. Иммундық комплекстердің шөгуінен дамидын ТӨГН (40%)

2.1. инфекция салдарынан

- стрептококктық инфекциядан кейін
- сепсисе
- инфекциялық эндокардитте
- тамыр протездеріне байланысты дамидын нефрит
- В гепатит вирусын жұқтырудан

2.2. дәнекер тіннің диффузды ауруларында дамидын

- жүйелі қызыл жегіде ДНҚ-на аутоантиденелердің түзілуіне байланысты
- Шенлейн-Генох ауруында IgA – иммундық комплекстерге байланысты
- аралас IgG-IgM криоглобулинемияға байланысты

2.3. өзге иммунды комплекстік ТӨГН

-IgA-нефропатия (Берже ауруы)

-идиопатиялық гломерулонефрит

-паранеопластикалық гломерулонефрит (өкпе рагында, лимфомаларда)

3. Болмашы (аз) иммунды ТӨГН, антинейтрофилдік цитоплазмалық аутоантиденелердің болуынан дамиды (40%)

-жүйелі некроздаушы васкулиттердегі (Вегенер синдромында) және түйінде периартерииттегі (цитоплазмалық АНЦА)

-аз иммунды, бүйрекпен шектелген жартыайшалы гломерулонефрит (перинуклеарлық АНЦА)

-микроскопиялық полиартерииттегі

Клиникалық көрінісі.

ТӨГН әдетте жедел гломерулонефрит тәрізді басталады, бірақ көрінісі одан ауыр. Пайда болған артериялық гипертензия тез басталмайды.

Нефротикалық синдром көбіне ауыр, ісіну кейде анасарка деңгейіне дейін барады, протеинурия өте көп, гиперхолестеринемия, гипопротеинемия болады.

Пайда болған артериялық гипертензия төмендеудің орнына біртіндеп биіктей береді, кейде қатерлі гипертензияның деңгейіне жетеді.

Зәрдің меншікті салмағы басында қалыпты, бірақ 4-6 аптадан кейін төмендей бастайды, азот қалдықтары жоғарылай түседі.

Морфологиялық зерттеуде пролиферациялық
гломерулонефрит, фибриндік-эпителийлік
жарты айшылар, Боумен капсуласында
эпителийлік жасушалардың
пролиферациясы, көптеген шумақтардағы
Боумен кеңістіктерінің мтотальді не
сегменттік облитерациясы, шумақтардың
және артериолалардың фибриноидтық
некрозы анықталады. ТӨГН-ге
нефрондардың жойылуы тез өрістейді,
бүйректің архитектоникасы жылдам
бұзылады.

Емі.

1. Ертелеу сатысында 4 компоненттік ем (Кинкайд Смиidt әдісімен) жүргізіледі:

- преднизолон 40-60 мг/тәул
- циклофосфан 200 мг/тәул не азатиоприн 150-200 мг/тәул
- гепарин 5000 Б тәулігіне 4 рет
- антиагрегант (курантил 200-400-600 мг/тәул не трентал 300-600 мг/тәул

2. Плазмаферез

3. Глюкокортикоидты пульс-терапия – преднизолонмен не метилпреднизолонмен. Бұл ем жүйелі аурулардан болған ТӨГН-те тиімді әсер етеді. Қолдану әдісі: 1000 мг метилпреднизолонды және 5000 Б гепаринді глюкозаның 5% ерітіндісінің 200 мл қосып венаға тамшылатып енгізеді.

4. Цитостатиктік пульс-терапия (циклофосфан 1000 мг айына 1 рет не 500 мг аптасына 1 рет, лейкоциттердің, тромбоциттердің санын қадағалай отырып).

Созылмалы гломерулонефрит

Созылмалы гломерулонефрит – шумақтардың, түтікшелердің, интерстицийлік тіннің иммундық қабынуымен сипатталып, біртіндеп некротизациямен және бүйрек шамасыздығына әкеліп соқтыратын бүйректің диффузды созылмалы ауруы.

Клиникалық тұрғыдан созылмалы гломерулонефриттің *латентті, нефротикалық, гипертониялық, аралас, гематуриялық* түрлерін айырады.

Латентті гломерулонефрит – нефриттің бұл түрінің екі сатысын айырады: бүркемелі және клиникалық белгілердің көрінуі.

Көбіне жедел нефриттік синдромнан басталады, қалған жағдайлардағы бастамасы байқаусыз. Бүркемелі сатысында зәр синдромы (протеинурия-микрогематурия) байқалады, гипертония мен ісіну болмайды. Жаңа басталған кезінде зәр анализінде протеинурия бірде болады, бірде болмайды. Жүре-бара протеинурия тұрақтыға айналып, ұлғаяды. Диагноз көбіне зәрді кездейсоқ тексергенде анықталады.

Клиникалық белгілердің айқын көріну сатысында ісіну, гипертония синдромдары пайда болады. Гломерулонефриттің бұл түрі орта шамамен 10-2 жылға созылады, кейбір мәліметтер бойынша 25-31 жылға дейін созылған жағдайлар болған. 10 жылдан кейін тірі қалғандардың саны 85-90% құрайды

Гипертониялық гломерулонефрит – созылмалы гломерулонефриттің 20% құрайды. Зәрдегі өзгерістер минимальді, протеинурия 1 г/тәул аспайды, эритроцитурия болмашы.

Көріністегі басты белгі – сол қарыншаның гипертрофиясымен, көз түбінің өзгерістерімен жүретін артериялық гипертензия.

Науқастардың көбі артериялық гипертензиясын ұзақ уақыт сезбей жүре береді. Алғашқы кездерде артериялық гипертензия тұрақсыз (транзиторлы), кейін тұрақтыға айналады. Артериялық қысымды төмендетіп, нормотония не оған жақын деңгейде ұстағанда нефриттің өрістеуі баяуланады.

Бүйректің шамасыздығы дамыған кезде науқастардың 22% - да гипертония биіктеп, қатерліге айналады. Артериялық қысым биіктеген кезде бас қатты ауырады, бас айналады, көздің көруі нашарлайды, көз алдын “тұман” басады, ендікпе мазалайды. Көз түбінен гипертонияға тән ретинопатияның белгілері табылады.

Науқастардың басым көпшілігі жас болуынан, артериялық гипертензияның асқынулары сирек кездеседі.

Нефриттің бұл түрі меңдейді, кейде 30 жылға дейін созылады, бірақ бүйректің шамасыздығымен аяқталады.

Нефротикалық гломерулонефрит – созылмалы гломерулонефриттің 20% құрайды. Көрінісінде басты орын алатын – нефротикалық синдром: протеинурия, тұрақты ісіну, диурездің азаюы, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, гиповолемия.

Нефротикалық синдром аурудың басталу кезінен болады не латентті келе жатқан нефритке біраз жылдардан кейін қосылады, кейде алғаш рет гломерулонефриттің терминальді сатысында пайда болады.

Нефротикалық синдром емнің көмегімен кейде өздігінен жойылады, бірақ протеинурия ремиссия кезінде де анықталады.

Нефротикалық синдром бір жойылып, бір қайталаанады не тұрақты болады.

Бүйректің созылмалы шамасыздығы дамыған кезде нефротикалық синдромның белгілері біршама бәсеңдейді, бірақ оған гипертензия қосылады.

Нефротикалық синдромның аса ауыр түрінде плазма көлемінің күрт азаюынан өмірге қауіп төндіретін нефротикалық криздер дамуы мүмкін. Нефротикалық гломерулонефрит оншалықты тез өрістемейді, бірақ науқастардың көпшілігі уремияға жетпестен, өкпенің ісінуінен өлімге ұшырайды.

Аралас гломерулонефрит – нефротикалық және гипертониялық синдромдардың қосарлануымен сипатталады. Бұл нефриттің классикалық түрі. Оның көрінісінде мол мөлшерлі протеинурия, олигурия, анасарка деңгейіне дейін баратын ісіну, биік гипертензия тән. Аралас гломерулонефрит науқастардың 10%-да байқалады, тез өрістейді, ұзақтығы 3-5 жылдан аспайды.

Гематуриялық гломерулонефрит – созылмалы гломерулонефриттің 6-10% құрайды. Көрінісінің ерекшелігі – гематурияның үнемі сақталуы және оқта-текте макрогематурия эпизодтарының болып тұруы; ісіну мен гипертония болмайды.

Гематуриялық нефриттің жеке түрінің бірі – Берже ауруы не IgA-нефропатия көбіне респирациялық инфекциялардан кейін пайда болады. Әдетте, барысы тұрақты, бірақ протеинурияның мөлшері мол болса өрістеуі мүмкін. Аурудың басталуынан 10 жылдан кейін науқастардың 10-20%-да терминальді уремия дамиды.

Созылмалы гломерулонефриттің морфологиялық жіктемесі.

Пункциялық биопсия жасап алынған биоптатта зақымданған шумақтардың санын, эндотелийлік жасушалардың, мезангийдің, базальдік мембраналардың, депозиттердің орналасуын, жиналу түрі мен құрамын зерттейді және түтікшелердің, интерстицийдің, тамырлардың күйін анықтайды.

Шумақтардың 80%-нан артығынын зақымдануы диффузды, одан азы – ошақты гломерулонефрит деп атайды. Сегментарлық гломерулонефрит деп әр шумақтың бір не бірнеше бөлігінің зақымдануын айтады.

Гломерулонефриттің болжамын. Ем жасау қажеттігін шешетін оның гистологиялық түрі. Дерттің клиникалық және гистологиялық түрлерінің арасында айтарлықтай сәйкестіктер табылмаған. Бұл кезде гломерулонефриттің клиникалық жіктемесін гистологиялық зерттеуді жасауға мүмкіндік болмаса ғана қолданады.

Созылмалы гломерулонефриттің морфологиялық жіктемесі

1. Жарықты микроскопияда шумақтардың минимальді өзгерістері не өзгерістердің жоқтығы

-өзгерістері минимальді

-базальді мембрананың жұқаруымен жүретін бүйректің аурулары

2. Шумақтардың диффузды зақымдануы

-мембранозды

мембранозды+-пролиферативті: субэндотелийлік депозиттер; мембрананың ішіндегі тығыз депозиттер

-диффузды мезангиопрولیферативті: IgA-мен мезангиальді депозиттер; IgA-сыз мезангиальді депозиттер

3. Шумақтардың ошақты зақымдануы

-ошақты және сегментарлы гломерулосклероз және гиалиноз

-ошақты және сегментарлы пролиферативті гломерулонефрит: мезангиальді IgA-мен; мезангиальді IgA-сыз

Емі.

Емнің негізгі мақсаттары:

1. Гломерулонефриттің өрістеуін тоқтату, ең кемінде баяулату
2. Бүйрек зақымдануын қайтаруға тырысу

Тәртіптің ерекшеліктері. Науқастар суықтаудан қатаң сақтануы тиіс. Жазғы маусымда жылы және ашық күндерде күннің көзінде 3-4 сағаттан шамалы қыздырынуға болады, бірақ ұзақ инголяциядан бас тарту қажет. Науқас суда жүзетін болса, судың температурасы 21-22⁰ төмен болмауы тиіс. Бұларға ауыр дене қызметімен шұғылдануға болмайды.

Емдік дәм. Диетаның құрамын нефриттің клиникалық ерекшеліктеріне сәйкес келтіреді. Витаминдерге бай, калориялық құнарлығы жеткілікті тағамдарды қолданады.

Патогенездік ем.

1. Глюкокортикоидтармен емдеу. Көрсеткіштері:

-ұзақтығы 2 жылдан аспаған нефротикалық типті созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық синдром сирек қайталанса емнің нәтижесі тәуірлеу

-ұзақтығы 2 жылдан аспаған, өрше фазасындағы латентті созылмалы гломерулонефрит. Глюкокортикоидтар “өзгерітері минимальді”, мембраналық, мезангиопролиферативті гломерулонефритте тиімді әсер етеді.

Преднизолонды 0,8-1 мг/кг дозада 8 апта береді, содан кейін 8 апта бойы дозасын біртіндеп азайта отырып 10 мг/тәул сүйемелдеуші дозаға әкеледі, әрі қарай емді осы дозада 6 ай жалғастырады.

Нефриттің биік активтілігінде глюкокортикоидты “пульс-терапияны” жасайды

2. Цитостатиктермен емдеу. Көрсеткіштері:

-созылмалы гломерулонефриттің нефротикалық түрі, егерде глюкокортикоидтар әсер етпесе не стероидтық емнің асқынулары пайда болса; бұл жағдайда цитостатиктерді емге қосу преднизолонның дозасын азайтуға мүмкіндік береді.

-созылмалы гломерулонефриттің аралас түрі (нефротикалық синдром мен биік артериялық гипертонияның болуы)

Емге цитостатиктердің біреуін қосады (азатиоприн, меркаптопурин, циклофосфан) тәулігіне 150-200 мг 4-8-10 апта, кейін дозасын сүйемелдеуші деңгейге келтіріп емді 6-12 ай жалғастырады. Сүйемелдеуші доза негізгі дозаның $\frac{1}{2}$ не $\frac{1}{3}$ құрайды.

3. Шумақішілік микроциркуляцияны жақсарту.

Осы мақсатпен гепарин мен антиагреганттарды қолданады. Гепарин антикоагулянттық әсермен бірге антикомplementтік, антилипемиялық әсер етеді және шумақтық фильтрдің теріс зарядын қалпына келтіру арқылы протеинурияны азайтады. Сонымен қатар натрийурезді диурезді арттырады, альдостеронның түзілуін азайтады және артериялық қысымды төмендетеді. Гепаринді қанның ұю уақытын 2-3 есе, тромбиндік уақытты 2 есе ұлғайтатын дозада қолданады (тәулігіне 25000-30000 Б). Емнің ұзақтығы 1-1,5 ай. Гепаринмен бірге антиагреганттар қолданылады. Курантил тәулігіне 200-400-600 мг, аспирин қасиеттерін арттыруынан соңғы кезде аспиринді курантилмен қосып қолданатын болды. Курантил мен аспиринің комбинациясы созылмалы гломерулонефритте бүйректің “өмірін” 3 есе ұзарттаныдығы байқалған. Трентал – 0,2-0,3 г/тәулігіне

4. Стероидтық емес қабынуға қарсы дәрмектер.

Бұлардың ішінде кең қолданылатына – индометацин. Индометацин шумақтағы перфузиялық қысымды төмендету арқылы протеинурияны азайтады және қабынуға қарсы жеңіл иммунсупрессиялық әсер етеді. Стероидтық емес қабынуға қарсы дәрмектер созылмалы гломерулонефриттің латентті және нефротикалық түрлерінде қолданылады. Индометацинді 25 мг көбейтіп күніне 2 рет ішкізуден бастап, әр 4 күн сайын тәулігіне 25 мг көбейтіп, тәуліктік дозаны 150 мг жеткізеді. Гастропатиялық әсерін алдын алу үшін оны тамақтан кейін сүтпен бірге ішкізеді.

Емді аталған дозада 3-6 апта жүргізеді, дәрмекті біртіндеп азайтады. Егер осы дозада протеинурия ұлғаймаса, онда емді 4-6 айға созады, ал 4-6 айдан кейін протеинурия сол күйде сақталса, дәрмекті күн ара ішкізеді.

Қосарланған (4 компонентті) емнің жобасы.

Созылмалы гломерулонефриттің ауыр түрлерінде 4 компонентті ем жобасын қолданады (цитостатик+преднизолон+гепарин+курантил).

-цитостатик – 2-3 мг/кг тәулігіне

-преднизолон -20-40 мг тәулігіне, 6-8 аптадан кейін дозасын біртіндеп азайтады

-гепарин – тәулігіне 20 000 Б

-курантил – 400-600 мг тәулігіне

Емді оптимальді дозада 6-8 апта жүргізіп, кейін дәрмектердің дозасын біртіндеп азайтады. Төрткомпонентті ем гипертониялық нефритте әсер етпейді, нефриттің нефротикалық, аралас түрлерінде біршама әсер етеді. Морфологиялық тұрғыдан қарағанда бұл ем мезангиопролиферативті гломерулонефритте және шумақтарда фибропластикалық өзгерістер дамығанда едәуір жақсы әсер етеді.