

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТТЕР

Елемесова А.Т
Акимбаева Г.Ж.

Жедел ағымды гломерулонефрит - инфекциядан кейін 1-3 апта өткен соң басталып, циклдық ағыммен бірте-бірте бәсеңдейтін бүйрек шумақтарының қабынуы. Көбіне 7-12 жасар балалар, олар арасында әсіресе ер балалар ауырады.

С е б е п т е р і. Бұл полиэтиологиялық ауру. Аурудың даму себебі - β -гемолизық стрептококктың А тобы, стафилококк, вирустар. Ауруды бейімдейтін факторлары: баспа, созылмалы тонзиллит, фарингит, скарлатина, жедел респираторлы – вирусты аурулар, тұқым қуалаушылық, аллергиялық реакциялар (дәрі, өсімдік тозаңы, вакцина, γ -глобулин, т.б.). Арандатушылық факторлар: төтемеліктің (иммунитет) төмендеуі, мұздау.

П а т о г е н е з і

. Гломерулонефрит – антиген-антидене кешені пайда болуына байланысты аутоиммунды процесс. Қанда айнала жүріп, кешендер шұмақтардың негіздік мембранасына шөгеді де, қан тамырлар қабырғаларын зақымдайды. Негіздік мембрананың қасиеттері өзгергенен ол антиген түрінде шығады, жауап түрінде өз ағзасының жасушаларына қарсы тұратын аутоантиденелер пайда болады.

Негізгі синдромдар мен белгілердің патогенезі мынадай.

З ә р с и н д р о м ы.

О л и г у р и я н ы ң себебі - шумақ сүзгісі пролиферацияға, ісінуге, тромбтар пайда болуына байланысты өзгереді, осының салдарынан сүзушілік қызметі төмендейді. Шеткі жағындағы судың қайта сіңіру қызметі жоғарылауы да олигурияның дамуына әсер етеді.

П р о т е и н у р и я - негіздік жарғақша өткізгіштігінің жоғарылауына байланысты.

Жарғақша тесіктері кеңіп, кейбір жерлері жыртылуы ықтимал және оның теріс зарядты жоғалтуы да ақ уыз өтуіне мүмкіндік береді. Протеинурия мөлшері тәулігіне 3 г аспайды, бұдан асса нефроздық симптом қалыптасады. Қанда - гипопротеинемия, оның ішінде

гипоальбуминемия пайда болады. **Г е м а т у р и я** себебі - капилляр өткізгіштігі

жоғарылаған соң қандағы эритроциттер қапшық қуысынан зәрге шығады. Алғашқы кезде макрогематурия, содан соң микрогематурияға ауысуы мүмкін, интерстицийдегі өзекше эпителийіндегі өзгерістерге байланысты лейкоцитурия да болуы ықтимал. **Ц и л и н д р л**

е р - бүйрек өзекшелерінде қалыптасатын ұйыған ақ уыз тектес заттар (гиалин цилиндрлері).

Гиалин цилиндрлеріне зәрдегі жасушалар жабысса эритроцитті, лейкоцитті, балауыз тектес цилиндрлер қалыптасады, олар бүйрек зақымдануының дәлелді айғағы.

І с і н у - алғашқыда бала таңертен тұрғанда, бетінде, қабағында байқалады, сосын бүкіл денеге тарайды. Ісінудің патогенезі мына жағдайларға байланысты: шумақ сүзгіштігінің жоғарылауына байланысты ағзада натрий мен су жиналады. Натрий мен судың көбеюі гиперволемияға әкеліп соқтырады.

Г и п е р т е н з и я жедел ағымды гломерулонефриттің 60-70% кездеседі. Ол қандағы ренин көлемі мен айналып жүрген қан көлемі жоғарлауына, ағзада натрий кідіруіне байланысты. Гипертензия салдарынан бас ауруы, тахикардия, жүректе систолалық шу, көз тамырларында өзгерістер болуы мүмкін. Жедел ағымды гломерулонефритте көбіне гипертензия орташа шамада (140-160/80-100 мм).

- **К л и н и к а л ы қ к ө р і н і с т е р і.** Жедел ағымды гломерулонефрит балаларда кенеттен басталады. Жұқпамен ауырып шыққаннан кейін 1-3 жұма арасында балада әлсіздік, бас ауруы, жүрегі айну, құсу және дене қызуы көтерілуі пайда боллады. Жедел ағымды гломерулонефрит синдромдардың «триадасымен» сипатталады: ісіңкі, гипертензиялық және зәр синдромы.
- **І с і к т е р** - ерте пайда болатын белгілердің бірі. Баланың пішіні өзгереді: бетінің түсі бозарады, қабақтары ісінеді. Ісіктер баланың денесіне, аяқ-қолдарына тез жайылады. Кейде балалар бел және іш аймағында пайда болатын ауырсыну сезімге шағымданады. Зәр синдромының негізгі белгілері - олигурия, гематурия және протеинурия. Тәулік бойы бөлінетін зәр көлемі азаяды, зәрдің салыстырмалы тығыздығы жоғары (1030-1040). Эритроциттер, ақ уыздар, цилиндрлер ұйып қалған қабыну экссудатының ақ уызы түрінде қалыптастырылады. Зәрмен қан бөлінуі әр түрлі болады: микрогематуриядан макрогематурияға дейін (зәр түсі «ет жуындысы» сияқты). Аурудың бастапқы кезінде зәрде жас, соңынан сілтіленген эритроциттер болады.

Жедел ағымды нефриттің г е м а т у р и я л ы қ (нефриттік) с и н д р о м ы - нефриттің барлық аталған классикалық белгілері бар. Басқа белгілерге қарағанда, макрогематурия немесе қажырлы микрогематурия басым болады. Протеинурия және қан қысымы жоғарылауы үлкен емес. Бұл гломерулонефрит түрімен мектеп жасындағы және ер балалар көбірек ауырады. Әдетте, ауру стрептококқа байланысты. Бүйрек қызметі ұзаққа дейін қалыпта.

Н е ф р о з д ы қ с и н д р о м, көбіне бала-бақша жасындағылар (3-5 жас), оның ішінде ер балалар ауырады. Клиникалық белгілері: жалпылама тұрақты ісік, өте жоғары протенурия (6-12-30 көру етегінде). Бүйрек қызметі ұзақ уақытқа дейін қалыпта.

А р а л а с с и н д р о м ы - нефроздық синдроммен бірге гематурия және гипертензия қосылады. Аурудың ағымы өте қолайсыз. Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі тез дамиды.

А с қ ы н у л а р ы.

Бүйрек эклампсиясы- натрий, су көбеюі салдарынан кенеттен болатын ми қан тамырларының қатты жиырылуы. Қатты бас аурудан басталады, лоқсу, құсу пайда болады. Көзі тұмандатын, көрмей қалады. Қан қысымы жоғары. Көз қарашығы кеңейіп, сәулені сезбей, бала есінен танып қалады. Дене құрысуы пайда болады. Беті көгеріп, демі қырылдауы мүмкін. Бұл жағдай 1-10 минутке созылады. Пункция тырысуды тоқтатады.

Жедел ағымды бүйрек жетіспеушілігінде тез анурия және уремия пайда болады. Жедел ағымды жүрек-қантамыр жетіспеушілігі де өте сирек болса да, кездесуі мүмкін..

Диагноз қою үшін жалпы қан анализі (қабыну белгілері, эозинофилия), жалпы зәр анализі (протеинурия, гематурия), Нечипоренко бойынша зәр анализі, Зимницкий сынағы, ақ уызға және фракцияларына қан анализі, экскреторлық урография, ультрадыбыспен зерттеу.

Е м і.: Аурудың жедел кезінде баланы мндетті түрде емханаға жатқызған абзал, 2-4 апта бойы ісіктер қайтқанша, қан қысымы қалыптасқанша, зәр құрамы жақсарғанша дейін төсектәртібі белгіленеді. Бала жағдайы жақсарғанда баланы жартылай төсек тәртібіне өткізеді. Диета – гломерулонефриттің негізгі құрамы. Шарттары: натрийді азайту, сол арқылы ісіну, гипертензияны түсіру; ақ уыздарды азайту; ауратын бүйрекке анық аллергиялық, экскрециялық, азотемиялық әсерлерді кеміту; калориялармен жеткілікті мөлшерде қамтамасыз ету. Сондықтан №7 диета белгіленеді. Тәулікті сұйықтықтар көлемі өткен тәуліктің диурезіне және экстрауреналдық жолмен жойылған су көлемімен (300 мл) тең болуы тиісті.

Антибиотиктерді ағзадағы жұқпа ошағын жою үшін 7-10 күнге белгілейді. Көбіне, пенициллин қатарының дәрілерін белгілейді. Диуретиктер ісіну, зәр бөлудің аздығына байланысты белгіленеді (фуросемид, гипотиазид, верошпирон, птерофен, триамтерен). Тұрақты гипертензияға байланысты - резерпин, клофелин, адельфан, нифедипин, соңғы кездері каптоприл қолданылады. Бүйректің қанайналымын жақсарту мақсатымен курантил, трентал, антикоагулянттар – гепарин, стероидты емес қабынуға қарсы (вольтарен, бруфен) дәрі-дәрмектер белгіленеді. А, С, Е, В тобы дәрумендері беріледі.

Д и с п а н с е р л і к б а қ ы л а у кезінде толық ремиссиясы болған бала дәрігерге тоқсанына бір рет қаралады, жалпы зәр анализі ай сайын тапсырылады. Балаларды алдын ала егулерден босатады. Толық емес ремиссияда науқас бала 5 жыл бойы нефролог пен педиатр-дәрігерге қаралады: бастапқыда 3 айда айына екі рет, одан кейін жылдын аяғына дейін екі айда 1 рет, келесі жылдары бәрі өзгеріссіз болса, 3 айда бір рет. Бүйрек функциясын эндогендік креатинин клиренсі мөлшері, Зимницкий әдісі бойынша тексереді. Салмақ көтеруден, дене шынықтыру сабақтарынан (әсіресе, суда жүзу, велосипед тебу, т.б.) босатылады. Диспансерлік бақылаудан бала тұрақты ремиссия кезінде бес жылдан кейін босатылады.

А л д ы н а л у. Дұрыс тәртіп, тамақтану, күтім, шынықтыру. Стрептококк жұқпасын уақытында емдеу. Ауыз қуысындағы инфекция ошақтарын мұқият сауықтыру. №7 диетаға кіретін тамақ, оның ішінде нан да, тұзсыз болады. Құрамына барлық жарма, ұннан істелінген тағамдар, көкөніс-жемістер, қант кіреді. Мал майы, өсімдік майы беріледі. Тек ет, сүзбе, балық тәріздес ақ уызы мол, тұзды, кептірілген тағамдарға рұқсат етілмейді. Тұз мөлшерін (біртіндеп 1-3-5 г дейін қосады) аса мұқият қадағалайды. Сорпа, өте тұзды, кептірілген тағам 5-6 айға дейін рұқсатсыз. Са н а т о р и й е м і тек толық жазылғаннан кейін 6 ай өткесін жергілікті санаторийде өткізіледі.