

Студенттік өзіндік жұмыс

Тақырыбы: Бүйрек патологиясы негізгі түрлерінің патофизиологиялық сипаттамасы. Нефритикалық Нефротикалық синдромдар патофизиологиясы

Қабылдаған: Молдалиев Ж.И

Орындаған: Дадаханов Н

Тобы: ЖМ-319

Жоспар

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

Нефротикалық

Нефритикалық

III. Қорытынды.

IV. Пайдаланылған әдебиеттер.



Кіріспе

Бүйрек аурулары адамда жиі кездесетін аурулар тобына жатады. Бүйректің адам организмiне маңызы зор. Олар бiрiншiден, азот алмасуының соңғы өнiмiн бөліп шығарушы негiзгi ағзалар болып табылады, екiншiден iшкi орталығын, әсiресе қышқыл-сiлтілік тепе-теңдікті реттеуге қатысады, үшiншiден, бүйректе қан қысымын реттейтiн заттар бөліп маңызды қызмет атқарады.

1987 жылы Р.Брайт дененің жалпы ісінуімен, альбуминурия, гематурия, жүрек гипертрофиясымен сипатталатын сырқаттар түрін бүйрек патологиясымен байланысты екенін алғаш рет дәлелді. Содан бері бүйрек ауруын Брайт аурулары деп атап кетті.

Бүйрек қызметі бұзылыстарының жалпы этиологиясы.

Реналдық себептер бүйрек тініне тікелей бүлдіруші әсер етеді. Олар инфекциялық және бейинфекциялық ықпалдар болып бөлінеді. Бүйрек пен несеп өту жолдарына вирустар, стрептококктар, туберкулез таяқшалары, гонококктар ж.б. микробтар тікелей бүлдіруші әсер етеді. Бейинфекциялар реналдық себептерге химиялық улы өнімдер, ауыр металдар (қорғасын, сынап, уран ж.б.), дәрі – дәрмектер (антибиотиктер, сульфаниламидтер, зәр шығарғыштар ж.б.) аутоиммундық үрдістер (иммундық кешендер, бүйрекке қарсы аутоантиденелер, жендет лимфоциттер, макофагтар), бүйрек қан тамырларында қан қатпарлары мен эмбол тұрып қалуы, бүйректе өспе өсуі, бүйректің беріштенуі т.т. жатады. Постереналдық себептерге зәр жүретін жолдарының таспен, қуық асты безінің өспесімен т.т. таралып, бітеліп қалуы жатады.

Бүйрек қызметінің жекіліксіздігі несеп өндірілуі мен оның сыртқа шығарылуының бұзылыстарымен көрінеді. Несіп өндірілуі үш түрлі процестердің қатысуымен болады. Біріншісі, нефрон шумақтарында қан қылтамырлары арқылы зәрдің сүзілуі (ультрафилтрациясы), екіншісі, бүйрек өзекшелерінде алғашқы зәрден кейбір бөлшектерінің қанға кері сіңірілуі (реабсорбциясы) және үшіншісі, бүйрек өзекшелерінің эпителий жасушалары арқылы кейбір заттардың соңғы зәрге шығарылуы (секрециясы)

Сол себептен бүйрек қызметінің бұзылысары нейрон шумақтарының, нефрон өзекшелерінің қызметтері бұзылыстарымен, жиі олардың біріккен бұзылыстарымен байқалады.

Бүйрек ауруларындағы несепте пайда болатын патологиялық заттар.

Гематурия - әр несепте п.б. (гломерулонефрит, қуық ісігі, тасы).

Протеинурия – ақуыздың несеппен бөлінуі (шумақтардың ақуызға өткізгіштігінің артуы).

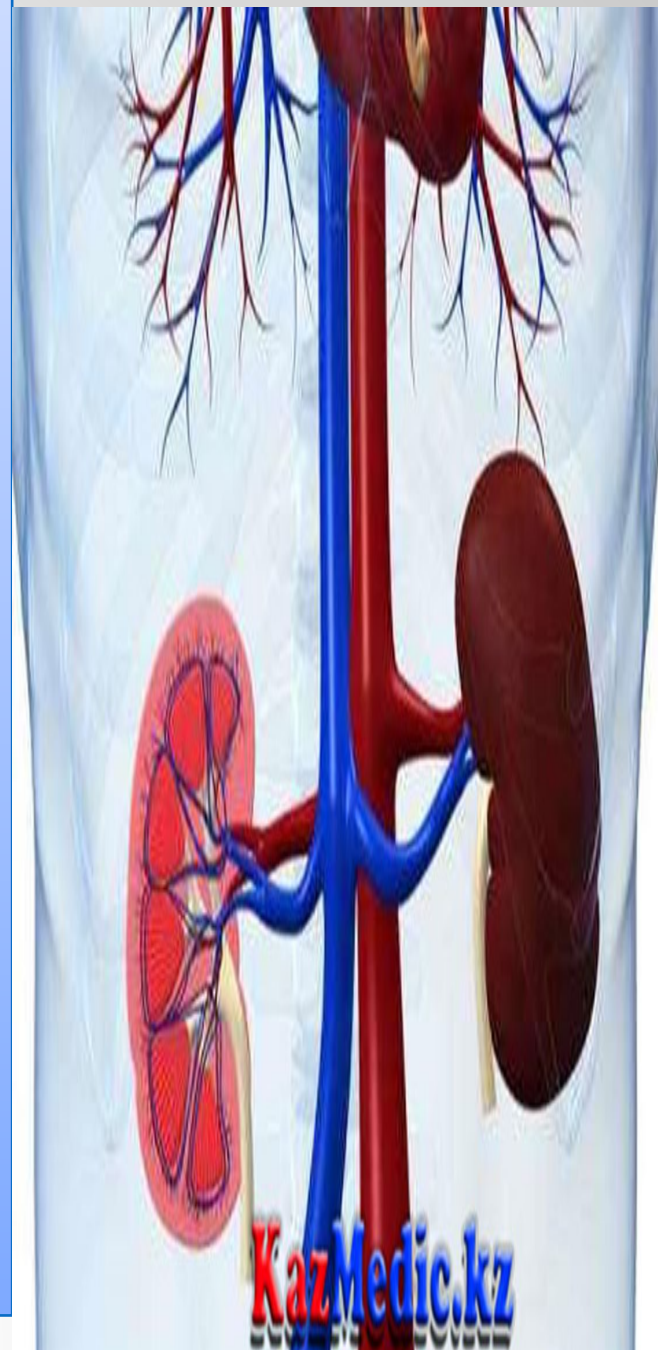
Лейкоцитурия – несепте п.б. пиелонефритте. Пиурия – несеппен ірің бөліну.

Цилиндрурия – түтікшелердің дистрофиясы қабыну процесінде.

Тұздар тунбасы – уратар, оксалаттар, фосфаттар бүйрек тасы ауруында.

Глюкоза- қантты диабетте пайда болады.

Нефротикалық синдром – құрамына көп мөлшерлі (тәулігіне 3,5 г артық) протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипедимия, липидрурия және жалпы ісіну кіретін бүйрек ауруларының кейбір түрлерінде пайда болатын клиникалық-лабораториялық симптомдар комплексі. Нефротикалық синдромның толық және толық емес (ісінусіз) түрлерін айырады. Даму тегіне қарай нефротикалық синдромның біріншілік және екіншілік түрлерін айырады. Бұл терминді тұңғыш 1929жылы Е.М. Тареев енгізген. Ең жиі 2-3 жас аралығындағы балаларда және 17-35 жас аралығындағы ересек адамдарда кездеседі.



Нефритикалық синдром деп, бүйрек шумақтарының фильтрациясының төмендеуі, протеинурия, гематурия, организмде су-тұз алмасуының бұзылыстарымен көрінетін патологиялық процессті айтамыз. Осындай бұзылыстардан соң, артериялық гипертензия дамиды. Нефротикалық синдроммен нефритикалық синдромды ажырата білу керек. Мысалы, нефрит- бұл бүйректің қабынуы, ал нефроз- бүйректің барлық құрылымының бұзылысы. Бірақ бұл түсінік диагнозды анық қоюға көмектеспейді, олар тек ауру белгілерінің әркелкілігімен ажыратылады. Көптеген жағдайларда нефритикалық синдромды гломерулонефритпен байланыстырады, бірақ гломерулонефрит басқада көптеген ауруларда кездеседі. Сонымен НС- бұл диагноз емес, нефритке өте ұқсас барлық аурулардың белгілерінің жиынтығы. Өту сатысына байланысты 3 түрін ажыратады. Жедел, жеделдеу, созылмалы.

Этиология

Нефротикалық синдром

Біріншілік нефротикалық синдромның себептері:

Липоидтық нефрит(өзгерістері “минимальді” нефрит)

Мембранозды гломерулонефрит және біріншілік нефриттің өзге түрлері – мезангиопролиферативті, мембранозды пролиферативті, ошақты гломерулосклероз.

Екіншілік нефротикалық синдромның себептері:

Инфекциялық аурулардан дамыған гломерулонефриттер;

Дәнекер тінінің жүйелі ауруларында;

Бүйректің зат алмасу бұзылысынан зақымдануы;

Дәрмектік нефротикалық синдром;

Уытты нефропатиялар;

Ісіктік нефропатиялар;

Аллергиялық нефропатиялар;

Бүйрек артериясының немесе венасының тромбозы;

Бүйектің трансплантациясы.

ЭТИОЛОГИЯ

Нефритика лық синдром

1)Бактериялық;

Менингококкты немесе пневмококкты инфекциялар,эндокардит,құрсақтық тиф, сепсис т.б

2)Пострептококктық гломерулонефрит

3)Аутоиммунды аурулар;жүйелі қызыл жегі, васкулиттер және Шенлайн-Генох ауруы

4)Бүйректің біріншілік аурулар;Берже ауруы, мезангиопролиферативті немесе

мезангиокапиллярлы гломерулонефриттер

5)Аралас себептер;Сарысу немесе вакцина енгізу,Гиен-Барр синдромы

6)Вирусты;Эпидемиялық паротит,Коксаки вирусы,Гепатит В,инфекциялық моноклеоз

Нефритикалық синдромның бейспецификалық белгілері

- Бастың қатты ауырсынуы, тәбеттің болмауы
- Дене салмағының артуы
- Жиі субфебрильді температура
- Іш және бел аймағындағы бел ауырсынуы
- Әлсіздік, жүрек айну, құсу
- Импетиго және скарлатинаның кейбір симптомдары

Нефротикалық синдромның бейспецификалық белгілері

- Әлсіздік
- Ұйқышылдық
- Тез шаршау
- Тәбет нашарлауы
- Жүрек айну
- Бел тұсының ауруы

Патогенезі

- Т-клеткалық иммунитет бұзылу салдарынан лимфокиндер, оның ішінде интерлейкин-2, әсерінен дамиды. Иммундық патогенезінде HLA- жүйесінің маңызы бар. Протеинурия дамуы шумақ капиллярындағы теріс заряд азаюымен не мүлдем жоғалуымен байланысты. қалыпты жағдайда базальдық мембрана мен подоцит аяқшаларын жауып жатқан гликокаликс теріс заряд туғызып, белокты итеріп, өткізбейді. НС-да теріс зарядтың неден азаятыны толық анық емес. Негізінен айтылған иммундық өзгерістердің әсері деп есептеледі.
- Нефротикалық синдром зақымданған шумақ фильтрінен белоктың аса көп мөлшерде жоғалтуынан дамиды. Жоғалтылатын белоктың мөлшері тәулігіне 3,5-тен асқанда жойылған белоктың орнын бауыр толықтырып үлгермейді, сондықтан қандағы белоктың мөлшері азаяды. Нефротикалық синдромға тән ісіну гипопротеинемияның салдарынан болады.

Нефротикалық синдромда артериялық қан қысымы өзгермейді, сол жақ қарынша гипертрофия өзгерістері болмайды.

Қан сары суындағы жалпы белок мөлшері кейде 40г/л. Әсіресе альбуминдердің және g-глобулиндердің тез төмендеп, a2-глобулин мөлшері жоғарылайды, яғни диспротеинемия дамиды. Қан сарысуы сүт түстес, оның липид, холестерин және фибриноген мөлшері жоғары.

Келесі тұрақты белгінің бірі-липидемия. Қанның сарысуында холестериннің (500 мг-1360 ммоль/л-ге дейін), фосфолипидтердің, бейтарап майдың концентрациясы көбейеді. Бұл өзгерістер белок алмасуының бұзылысымен және гиперпротеинемиямен байланысты болуы мүмкін. Қан тазалау қызметі бұзылмайды сол себепті азотемия байқалмайды.

Бүйректердің функционалдық сынамалары ұзақ уақыт қалыпты жағдайда қалады. Натрий және калий төмендеген, ЭТЖ жылдам жоғарылаған (50-70 мм/сағ)

Селективті-зәрмен ұсақ молекулалы белоктар (альбумин және олардың полимерлері, преальбумин, сидерофилин, гаптоглобин, трансферрин, а1 және б-глобулиндер, а1-және а2-гликопротеиндер т.б) бөлінеді. Селективті протеинурияда ауру ағымы жақсы, өйткені олар глюкокортикоидты терапияға сезімтал болып келеді.

Протеинурия

Селективті емес протеинурия-зәрде ірі молекулалы белоктар бөлінеді. Бұл фибропластикалық процесс, бүйрек склероздану нәтижесінде дамиды.

Олигоурия-гиповолемия, гиперальдостеронизм, бүйрек каналдары бұзылысына байланысты. Протеинурия салдарынан зәрдің тығыздығы артып 1040 дейін жетеді. Бүйректің иммунопатологиялық процессі нәтижесінде дамыған нефротикалық синдромда массивті лейкоцитурия дамиды. Лейкоцитурия қысқы уақытты қамтиды және бактериялды инфекциямен байланыссыз, яғни пиелонефритпен.



Периорбитальный отёк

Отёчное бледное лицо

Может иметь место отёк губ



Егер этиологиясы стрептококкты инфекция болса, онда симптомдары 1-2 аптадан соң пайда бола бастайды.

100% науқастарда гематурия байқалады, 30% науқастарда макрогематурия, зәрдің ет жуындасы 85% науқастарда ісік байқалады. Нефритикалық синдромда ісік күннің 2 жартысында бетте, әсіресе ал кешке аяқтарда дамиды. 82% Науқастарда артериалдық гипертензия дамиды. АҚК артуы салдарынан сол жақ қарыншалық өткір жеткіліксіздігі, пуль жиілеуі (аритмия) және өкпе ісігі дамиды.

52% Олигоанурия, шөлдеу

Қорытынды.

Бүкіл дүние жүзінде 500 миллион астам адам, немесе біздің планетада шамамен әрбір 10-шы ересек адам бүйрек ауруларымен өмір сүреді. Бұл жағдайлар асқынған жағдайда мүгедектікке, кейде көптеген адамдар созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі салдарынан дамыған инфаркт пен инсульттерден көз жұмады. Ресми деректерге сүйенсек жыл сайын бүкіл әлемде созылмалы бүйрек ауруына байланысты 1,8 миллион науқас тіркеледі және бұл көрсеткіш жыл сайын 10-12% өсіп отыр.

Пайдаланылған әдебиеттер

- 1. Айтбембет Б.Н. Ішкі аурулар пропедевтикасы.- Алматы 2005ж.**
- 2. Жаманкулов К.А. Ішкі аурулар пропедевтикасы , б. І-ІІ.- Ақтөбе, 1992ж.**
- 3. Муратбекова С.К. Терапиядағы мейірбике ісі.- Астана «Фолиант», 2007ж.- 600 б.**

Қосымша әдебиеттер :

- 1.АхметовК. Ішкі аурулар пропедевтикасы.-Ақтөбе, 2007**

**Назар
аударғандарыңызға
рахмет!**

