

АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ АҚ
ГЕМОТОЛОГИЯ ЖӘНЕ НЕФРОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ

Подагра кезіндегі СБА

Орындаған: Садақбай Қ.Б

Тексерген: Ахметжанова Ш

Астана 2018

АНЫҚТАМАСЫ

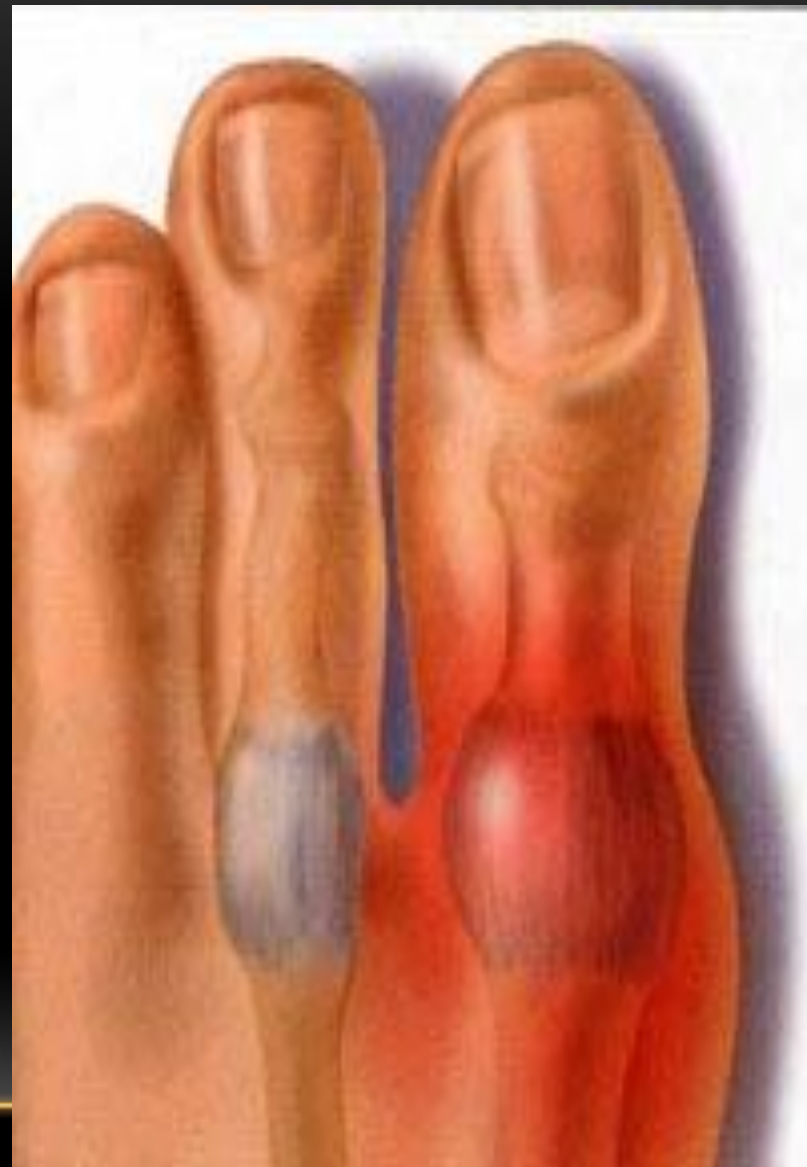
Бүйректің созылмалы ауруы деп кемінде 3 ай бойы және одан көп мерзім ішінде табылатын бүйректің құрылымдық немесе функциялық зақымдалуын айтамыз . Бұл кезде ШСЖ төмендеуі немесе қалыпты болуы, оған қоса:

- несепте, қанда патологиялық өзгерістердің болуы мүмкін .
- визуалдық зерттеулерде бүйректің және несеп шығару жолдарының анатомиялық бұзылыстардың анықталуы мүмкін
- немесе 3 ай және одан көп мерзім ішінде ШСЖ 60 мл/мин/1,73 м² аз болса, онда бүйрек зақымдалуының бар-жоғына қарамастан БСА қойылады .

Подагра (грек. podos-аяқ, agra-қармау, яғни “қармаудағы аяқ”) қан құрамында зәр қышқылының көбеюінен оның натрийлік тұзының тіндерде жиналуынан дамидын созылмалы ауру.

Дерт дамуының басты механизімі - зәр қышқылы метаболизмінің бұзылысынан болатын гиперурикемия.

Зәр қышқылы микрокристалдарының қан сарысуында жоғарылауымен және олардың буын, бүйрек, қан тамыр қабырғасына, сирек жағдайда көз бен жүрекке шығуымен сипатталатын метоболизмдік бұзылыс ауруы.





Біріншілік подагра туа пайда болған ферментопатия нәтижесінде зәр қышқылының гиперпродукциясымен немесе олардың бүйрекпен экскрециясының бұзылуымен сипатталады.

Екіншілік түрі адамды ұзақ уақыт цитостатиктермен емдегенде қан жасушаларының массивті ыдырауы нәтижесінде олардан пуриндік негіздер көптеп бөлінеді; бүйректің азот бөлуші функциясының бұзылысы нәтижесінде; созылмалы қорғасындық улану нәтижесінде дамиды.

ПАТОГЕНЕЗИ

Бейімдеуші факторлар (ет, бауыр, бүйрек, балық, саңырауқұлақтар, арахис, шпинат, шоколад; көмірсуға және майға бай тағамдар, алкоголь, чай, кофе, артық тамақтану мен физикалық белсенділіктің төмендеуі)

Пуриндер
метаболизіміне
қатысты ферменттер
кемістігі

Тасмалдаушы ферменттер
жүйесінің кемістігі
(иондардың
біріншілік зақымдануынан)

Тұрақты гиперурикемия

Ураттардың дәнекер тінде жиналуы

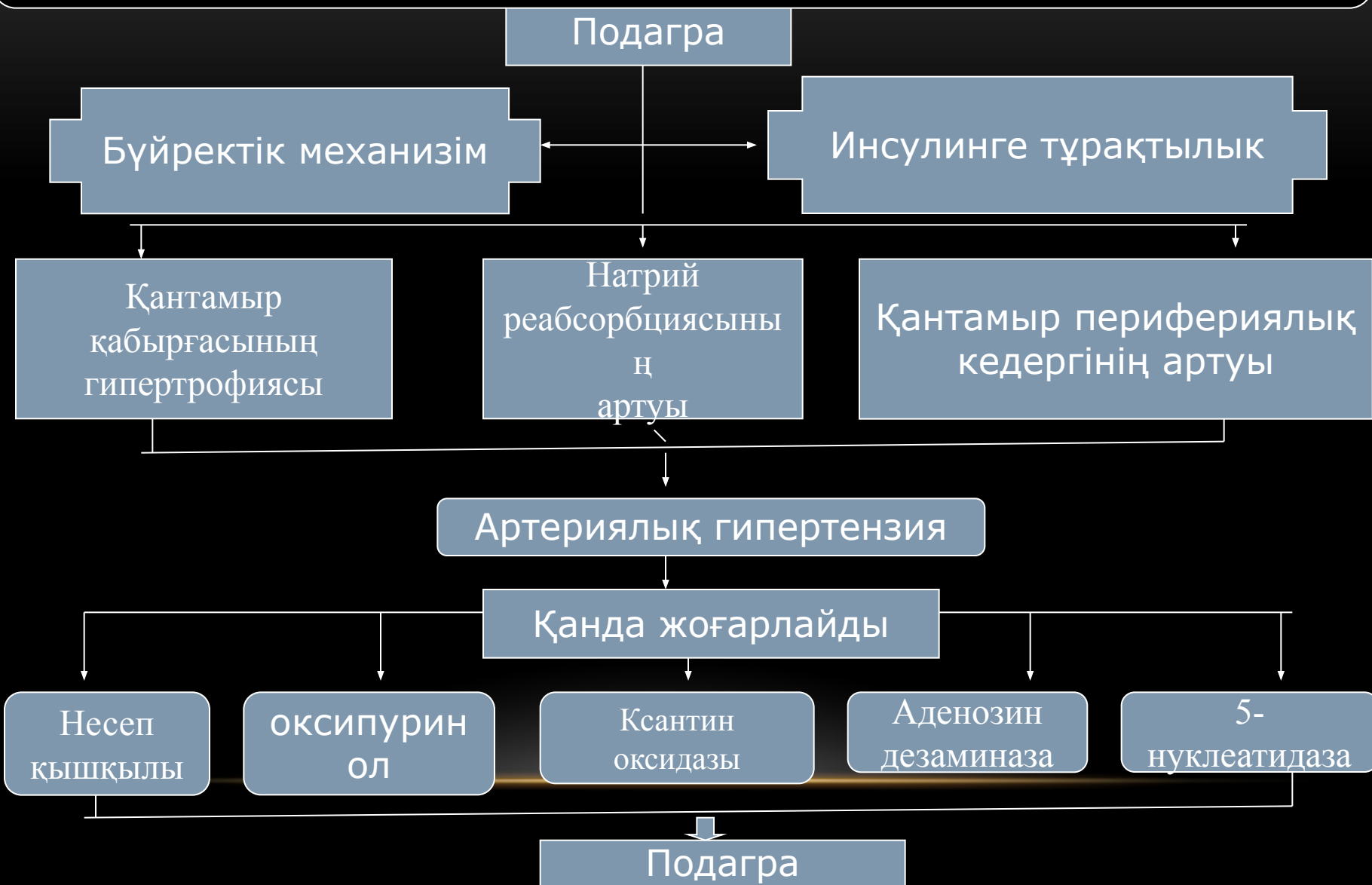
Буындар
зақымдануы

Бүйрек
зақымдануы

Ураттардың тіндер
арасына жиналуы

Подагра мен артериялық гипертензияның патогенетикалық байланысы

Бүйрек



КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ ҮШ СИНДРОМНАН ҚҰРАЛАДЫ:

1. Буындық

2. Тофустар түзілуі

3. Бүйрек зақымдалуы

- бірнеше сағаттың ішінде дамидын артрит
- өткір ауыру сезімі
- жұмсақ тіндердің ісінуі
- жоғары температура

ПОДАГРАНЫҢ РИМДІК КРИТЕРИЙ БОЙЫНША ДИАГНОСТИКАСЫ

- қан сарысуында зәр қышқылының жоғарылауы (0,42 ммоль/л ер адамдарда, 0,36ммоль/л әйел адамдарда)
- Подагралық түйіндердің болуы (тофустар)
- тіннің немесе буынның синовиальді сұйықтығының құрамын микроскопиялық және химиялық зерттеу кезінде натрий урат кристалдарының болуы
- екі апта ішінде дамидын артриттің өткір ұстамалары

БҮЙРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАСЫ МЕН ДИАГНОСТИКАСЫ

- Бүйректің қызмет жасайтын паренхималарының азаюына байланысты симптомдар, яғни, бүйрек жетіспеушілігінің белгілері (анемия, фосфор-кальций өзгерістер, ацидоз, электролиттік бұзылыстар) пайда бола бастайды.
- БСА этиологиялық құрылымы аумаққа, нефрологиялық көмектің даму деңгейіне байланысты. Дамыған мемлекеттердің мәліметтері бойынша ересектерде БСА үдеуінің басты себептерін қант диабеті мен/немесе артериялық гипертензия құраса, үшінші орынды гломерулалық аурулар алып жатыр.

- Зәр қышқылының деңгейін
- Несеп қышқылының тәуліктік экскрециясы
- Бүйректік клиренс

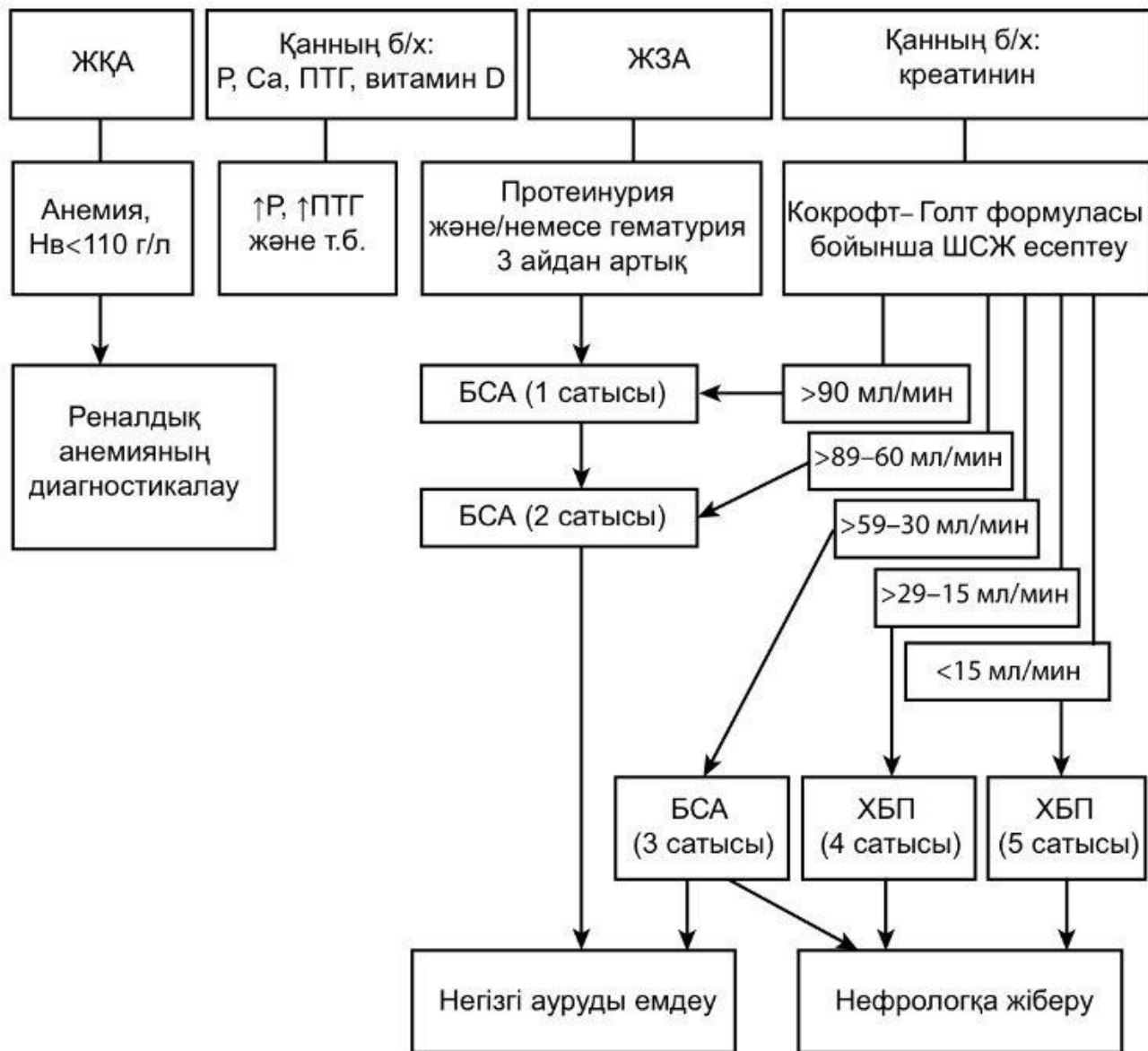
ЖҚА: эритроциттер мен гемоглобин мөлшері төмендейді, лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлаған, тромбоцитоз.

БХА: серомукоид, СРБ, а-, g-глобулиндер, фибриноген, гаптоглобин т.б анықталады.

Синовиаль сұйықтығында зәр қышқылы кристалдарының және цитоздың көбеюі анықталды.

БСА-ны анықтау алгоритмі

Жалпы терапиялық (педиатриялық) науқас:
АГ, ҚД, СЖЖ, ГА, НШЖИ, ТДА және т.б.



EMI:

- Емдік тәртіп
 - Дене массасын жеңілдету
 - Ішімдікті доғару
 - Урикодепрессанттарды және урикоэлиминаторларды қолдану
 - Физиотерапия
 - Санаториялық курорттық ем
 - Хирургиялық ем
-
- Подаграның жедел ұстамасын басу ауыратын аяқтың астына жастық салып сәл биік ұстайды, мұз басады, 2-2.5 L сілтілі сусын ішкізеді.
- симптоматикалық: диета, яғни пуринге бай тағамдарды шектеу, көп сұйықтық ішу, алкогольді жою
- патогенетикалық ем: бутадион, реопирин, индометацин, преднизолон
 - подаграға қарсы базистік препараттар: аллопуринол, антуран. Аллопуринол: 0,1 және 0,3г таблетка түрінде шығарылады. Бастапқы дозасы тәулігіне 100мг, кейін күн сайын 100мг қосып 200-300мг дейін, ал ауыр түрінде 400-800 мг дейін көбейтеді.

Тиопуринол таблетка түрінде 0,1 г шығарылады. Тәуліктік дозасы – 300-400 мг.

Гепатокаталаза 10 000 -25 000 Б аптасына 2-3 тер бұлшықетке енгізеді.

- Метаболикалық
- гомеостатикалық бұзылыстарды
- дислиппротеидемияны
- семіздікті және метаболикалық синдромды реттеу керек.
- Гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия,
- анемия
- Минерал алмасу бұзылуы
- Ацидоз
- Электролит бұз

- Емі 1. Вена арқылы не пероралды бикарбонатпен емдеу. HCO_3 көрсеткіші 21 ммоль/л-ден төмен болғанда емдеу қажет. 2. Сода тағайындау NaHCO_3 0,5–1,5 г/тәул (ең аз дозасынан бастап 0,5 г/күніне және одан жоғарылату). 3. Сода тағайындаған кезде жоғарылаған натрий деңгейі сұйықтықтың іркілуін күшейтуі мүмкін. Ілмектік диуретиктерді тағайындау. 4. Рефрактерлік ацидоз-диализдік емге көрсеткіш.



Назарларыңызға рахмет!
