شبكة المعلومات الجامعية

بسم الله الرحمن الرحيم

Ain Shams University Information Network
جامعة عين شمس
شبكة المعلومات الجامعية
@ ASUNET

شبكة المعلومات الجامعية

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأفلام قد أعدت دون أية تغيرات

يجب أن

تحفظ هذه الأفلام بعيدا عن الغبار

في درجة حرارة من ١٥-٢٥ مئوية ورطوبة نسبية من ٢٠-٤٠%

To be Kept away from Dust in Dry Cool place of 15-25- c and relative humidity 20-40%

Ain Shams University Information Network
جامعة عين شمس
شبكة المعلومات الجامعية
ASUNET

بعض الوثائق الاصلية تالفة

Ain Shams University Information Network
جامعة عين شمس
شبكة المعلومات الجامعية
@ ASUNET

بالرسالة صفحات لم ترد بالاصل

الدكتورة هيام محمد أمين النجار

الخزعة الكلوية في مستشفى المواساة

«بالإبرة عبر الجلد»

بحث علمي أعد لنيل درجة الماجستير في الأمراض الباطنة

أعد في قسم الأمراض الباطنية

برئاسة الأستاذ الدكتور
زياد درويش

إشراف الأستاذ الدكتور
محمد عماد عثمان

الخزعة الكلوية

«بالابرة عبر الجلد وبالطريقة العمياء»

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا «الماجستير» في الأمراض الباطنة

لجنة الحكم

الأستاذ الدكتور وليد النحاس - عضواً

الأستاذ الدكتور شريف السالم - عضواً

الأستاذ الدكتور محمد عماد عثمان - مشرفاً

أعدته الدكتورة هيام محمد أمين النجار

16/1/1995

كلمة شكر

تمضي السنون مثلما البرق، وبين الومضة والأخرى لابد لنا من ذكرى، تستوقفنا نظرة على مرحلة فاتتنا، فإذا بنا على أبواب مرحلة أخرى، والعمر ماضٍ، وفي كل ساعة تمتد لنا يدٌ لتساعدنا وترشدنا في خضم تداعيات وتموجات هذا العصر، ولئن قضيت سنوات ثلاث في مستشفى المواساة فإن ذكراها لن تغادر الفؤاد. والإنسان لايتذكر الحجارة بل الإنسان الذي يعمر هذه الأرض. ولن أنسى فضل **أستاذي الدكتور محمد عماد عثمان**: أستاذ أمراض الكلية بجامعة دمشق على أياديه البيضاء وعلى مساعدته التي ساهمت في جزء كبير من هذا البحث.

كما يتوجب علي أن أدين بالشكر والعرفان لأستاذين كريمين خصصا لي من وقتهما الثمين قسماً للرعاية والإشراف على هذا البحث **الأستاذ الدكتور وليد النحاس والأستاذ الدكتور شريف السالم** حفظهما الله.

وأشكر **الدكتورة لينا الأسعد** رئيسة قسم التشريح المرضي في مستشفى الكلية الجراحي على مساعدتها الجليلة والوسائل الإيضاحية التي زودتني بها.

وأخيراً أشكر **جميع العاملين في مستشفى المواساة والأسد الجامعي** والقائمين عليه أساتذة وإداريين وممرضات على كل عون قدموه لي.

دمشق ١٣/٧/١٩٩٥

د. هيام النجار

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

لقد استدعى التداخل الواسع بين التظاهرات السريرية والمخبرية للأمراض الكلوية والكبيبية بشكل خاص البحث عن وسائل استقصائية تمكن من الوصول إلى تشخيص واضح وبالتالي البدء بالعلاج المناسب مع إعطاء إنذار دقيق، ومن هنا كان لابد من الوصول إلى نسيج الكلية وأمكن ذلك بوساطة الخزعة الكلوية التي تطورت أساليب دراستها والحصول عليها بشكل كبير في السنوات القليلة الماضية. وحصلت ثورة في هذا المضمار عقب دخول المجهر الإلكتروني والتألق المناعي وحدوث التطور في الطرائق الكيميائية المناعية مع دخول التفريس بالمجهر الإلكتروني والتحليل بالمسبار الإلكتروني، وجميع ماسبق كان دافعي للقيام بهذا البحث للتعريف على الدور الذي قدمته وتقدمه الخزعة الكلوية في التشخيص والمعالجة والإنذار على ضوء الإمكانيات المتوافرة في مستشفانا ومقارنتها مع النتائج العالمية، والله الموفق

دمشق في ١٤/٧/١٩٩٥

د. هيام النجار

الخزعة الكلوية
«بالإبرة عبر الجلد وبالطريقة العمياء»

مخطط البحث

أولاً: القسم النظري

1 ـ لمحة تاريخية.

2 ـ مقدمة تشريحية.

3 ـ مقدمة نسيجية.

4 ـ الأنماط السريرية للأمراض الكبية.

5 ـ مضادات استطباب الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد.

1 ـ المطلقة.

2 ـ النسبية.

6 ـ طرق إجراء الخزعة الكلوية:

أ ـ الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد.

أ ـ تحضير المريض.

ب ـ تحديد موضع إدخال الإبرة.

جـ ـ الإبر المستخدمة لإجراء الخزعة.

د ـ كيفية إجراء الخزعة.

هـ ـ التوصيات بعد إجراء الخزعة.

بَ ـ الخزعة الجراحية المفتوحة.

أ ـ الاستطبابات.

ب ـ كيفية الإجراء.

جَ ـ الخزعة بالرشف بواسطة إبرة رفيعة FNAB

دَ ـ خزعة الكلية المغترسة.

7 ـ مضاعفات إجراء الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد.

8 ـ دراسة الخزعة الكلوية.

* ـ تحضير العينة.

* ـ طرق دراسة الخزعة الكلوية.

9 ـ استطبابات الخزعة الكلوية.

10 ـ أهمية إجراء الخزعة الكلوية.

1 ـ في تحديد نمط وشدة الداء الكلوي.

2 ـ في التشخيص.

3 ـ دورها في العلاج والانذار.

ثانياً : القسم العملي:

1 ـ عدد الحالات المدروسة.

2 ـ هدف الدراسة.

3 ـ الطرق المعتمدة لإجراء الخزعة في مشفانا / في قسم الأمراض الباطنة/

4 ـ الطرق المعتمدة لدراسة الخزعة الكلوية.

5 ـ توزيع الحالات حسب دراستها بالمجهر الضوئي.

6 ـ توزيع الحالات حسب العمر.

7 ـ توزيع الحالات حسب الجنس.

8 ـ استطبابات إجراء الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد بالطريقة العمياء.

9 ـ اختلاطات إجراء الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد وبالطريقة العمياء.

10 ـ مدى نجاح الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد وبالطريقة العمياء في الحصول على نسيج كلوي قابل للدراسة التشريحية المرضية.

11 ـ أهمية إجراء الخزعة الكلوية.

ـ دور الخزعة الكلوية في التشخيص.

ـ دور الخزعة الكلوية في تحديد نمط وشدة الداء الكلوي.

ـ دور الخزعة الكلوية في العلاج.

ـ دور الخزعة الكلوية في الإنذار.

ـ التوافق مابين التشخيص السريري المخبري والتشخيص التشريحي المرضي.

12 ـ النتائج والتوصيات.

أولاً ـ القسم النظري

1 ـ لمحة تاريخية

1 ـ في عام 1934 استخدم Ball لأول مرة الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد في تشخيص أورام الكظر.

2 ـ عام 1951 أدخل Burn و Iverson تعديلات على وضعية المريض ـ تحديد مكان الكلية ـ تحديد مكان إجراء الخزعة وذلك بالاستعانة بالتصوير الظليل للكليتين.

3 ـ عامي 1960 ـ 1970 زاد دخول التألق المناعي والمجهر الالكتروني من القيمة التشخيصية للخزعة الكلوية.

4 ـ عام 1970 أجريت الخزعة الكلوية بالإبرة عبر الجلد وبالطريقة العمياء لأول مرة في سورية في مستشفى المواساة وكان الاستاذ الدكتور وليد النحاس أول من أجراها بنجاح وبدون أي اختلاطات تذكر.

5 ـ في العقد الأخير حدث تطور في الطرق الكيميائية المناعية، ودخول التفريس بالمجهر الالكتروني والتحليل بالمسبار الالكتروني.

2 ـ مقدمة تشريحية

تتوضع الكليتان خلف الصفاق على امتداد الحافة الوحشية لعضلة البسواس الحرقفية في الطرفين مع توضع قطبيها العلوي والسفلي مقابل الفقرات الصدرية الثانية عشرة والقطنية الثالثة على التوالي.

تكون الكلية اليمنى، بسبب وجود الكبد، أخفض عموماً من الكلية اليسرى، تزن كل كلية كاهلة 130 ـ 170 غ وتقيس 12 × 6 × 3 سم، يحيط بالكلية الشحم حول الكلية الذي يقع ضمن اللفافة حول الكلية ويثبت الكلية في مكانها: 1 ـ السرة الوعائية الكلوية، 2 ـ مقوية جدار البطن، 3 ـ كتلة الاحشاء البطنية، وأي خلل بهذه العناصر يؤدي لهبوط الكلية. والكلية متحركة أثناء الشهيق وأثناء وضعية الوقوف بمقدار 4 ـ 5 سم نحو الأسفل بصورة طبيعية وعدم وجود هذا التحرك يعني ثبات الكلية المرضي.

يمر خلال نقير (hilus) الكلية شريان ووريد كلويان، وأوعية لمفاوية، وضفيرة عصبية والحويضة الكلوية تنقسم إلى ثلاثة كؤوس رئيسة ثم إلى ثمان أو أكثر من الكؤوس الثانوية، يظهر المقطع الأكليلاني (Coronal) للكلية منطقتين مميزتين: اللب والقشر يتألف اللب الكلوي عموماً من 12 ـ 18 كتلة مخروطية هي الأهرام. تتوضع قاعدة كل هرم على الحد القشري اللبي، وتمتد القمة نحو حويضة الكلية، مشكلة الحليمة التي تبرز في الكأس الصغير. تنثقب كل حليمة بالنهاية القاصية لـ 15 أو أكثر من القنوات الجامعة الانتهائية (قنوات بيلليني) يغطي القشر الكلوي (ثخانته 1 سم) قاعدة الأهرام ويمتد أنسياً بين الأهرام المستقلة ليشكل الأعمدة الكلوية (أعمدة برتين).

3 ـ مقدمة نسيجية

- **الكليون**: The Nephron:

الكليون هو الوحدة الوظيفة في الكلية. يوجد حوالي (800.000 - 1.300.000) كليون في كل كلية بشرية. يتألف كل كليون من جسيم مالبيكي (الكبيبة ومحفظة بومان) ونبيبه المتصل به، يحتوي النبيب على عدة قطع تشريحية ووظيفية مميزة: النبيب القريب، وعروة هنلة، والنبيب الملفف القاصي، والنبيب الجامع، تتوضع الكبيبة والنبيب المعوج القريب والبعيد في القشر بينما تمتد عروة هانلة في اللب لمسافات متفاوتة. يشكل تجمع النبيبات الجامعة القنوات الجامعة التي تعبر اللب وتنتهي عند قمة الحليمة، هناك نوعين مميزين من الكليونات في الكلية البشرية: الكليونات ذات الكبيبات المتوضعة في القشر الخارجي (الكليونات السطحية) والكليونات ذات الكبيبات المتوضعة قرب الوصل القشري اللبي (الكليونات المجاورة للب). تملك الكليونات السطحية التي تؤلف حوالي 85٪ من مجموع الكليونات عروة هانلة قصيرة غالباً لاتنفذ إلى اللب. أما الكليونات المجاورة للب فتملك عرى هانلة طويلة تمتد إلى اللب الداخلي وتتراكب بإحكام مع الأوعية المستقيمة.

- **الكبيبة** Glomerulus:

الكبيبة شبكة من الشعيريات الناشئة من الشرين الوارد، فبعد أن تتفرع الشعيريات في أربع إلى ثمان فصيصات لتشكل اللمة (Tuft) الكبيبية، تعود إلى الاجتماع لتشكل الشرين الصادر الذي يغادر الكبيبة عند القطب الوعائي. تحاط اللمة الكبيبية بمحفظة بومان وهي امتداد للغشاء القاعدي والنسيج الضام للنبيب القريب. يفصل الحيز البولي (حيزبومان) المحفظة عند اللمة الكبيبية. تحتوي محفظة بومان على طبقة وحيدة من الخلايا الظهارية الجدارية، وهي تخضع لتحول فجائي إلى خلايا عمودية أطول نموذجية للنبيب الداني عند القطب البولي للكبيبة. يوجد في اللمة الكبيبية ثلاثة أنماط مميزة من الخلايا (البطانية)، والمسراقية Mesangial ، والظهارية)، والغشاء القاعدي ومنطقة خلالية أو داعمة (Mesangium) المسراق.

- **النبيب**: The Tubule:

يتألف النبيب من قطع مميزة تشريحياً ووظيفياً: النبيب الملفف الداني (Proximal Convolutedtubule) والجزء المستقيم من النبيب الداني passrecta، والطرفين الرقيقين الصاعد والنازل لعروة هنله، والنبيب الملفف القاصي Distal Convoluted والنبيب الجامع القشري Cortical Collecting tubule، والقناة الجامعة اللبية Medullay Collecting duct. تختلف هذه القطع في توضعها، طولها، قطرها، ومميزات الخلايا الظهارية المبطنة، بما فيها عدد وقد المتقدرات، ومظهر القنوات داخل الخلايا، والحافة الفرجونية، وتعقد الطيات القاعدية.

- **النبيب الداني**: خلايا ظهارية عالية الاستقلاب، تحوي أعداد ضخمة من المتقدرات، الحافة الفرجونية واسعة الامتداد، الخلايا ذات نوى قاعدية بسبب وجود حويصلات في قمتها، الغشاء القاعدي ثخين وهو أثخن من الغشاء