

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ

Орындаған: Райымжанқызы А.

Тексерген: Досым С. М.

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 .

ЖІКТЕЛУІ

ШСЖ-на байланысты БСА-ның 5 сатысын ажыратады. Тексеру кезінде нақты нозологиялық диагнозды қою мүмкіншілігі болмағанда халықаралық сарапшылар 2007 жылғы нақтыланған N18.1–9 бөлімін қолдануды ұсынады. БСА бірінші сатысы үшін — N18.1, екінші сатысы үшін — N18.2, үшінші сатысы үшін — N18.3, төртінші сатысына — N18.4, бесінші сатысы үшін — N18.5 кодтары қолданылады. Алып тастау қажет болған «Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, анықталмаған» терминінің орынан БСА, анықталмаған сатысы N18.9 кодымен белгіленеді.

БСА-ның 5 сатыға жіктелуі 3-тарауда көрсетілді (3.2-кесте). •ШСЖ көрсеткішінің 90 мл/мин деңгейінде болуы қалыпты жағдайдың төменгі шегіне жатады. •ШСЖ 60–89 мл/мин/1,73 м² шамасында болғанда оның бастапқы не- месе шамалы төмендеуі деп бағаланады. Бұл жағдайда БСА диагнозын қою үшін оған қоса бүйректің зақымдалу маркерлері болуы қажет. Олар болмаса, ШСЖ 90 мл/мин төмен, бірақ 60 және одан жоғары болса, БСА қойылмайды. 65 және одан үлкен жастағы адамдарда бұл қалыпты көрсеткіш ретінде бағаланады. •ШСЖ 60 мл/мин/1,73 м² төмен болғанда БСА диагнозы қандай да бір бүйрек зақымдалу маркерлері болмағанның өзінде де қойылады

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.

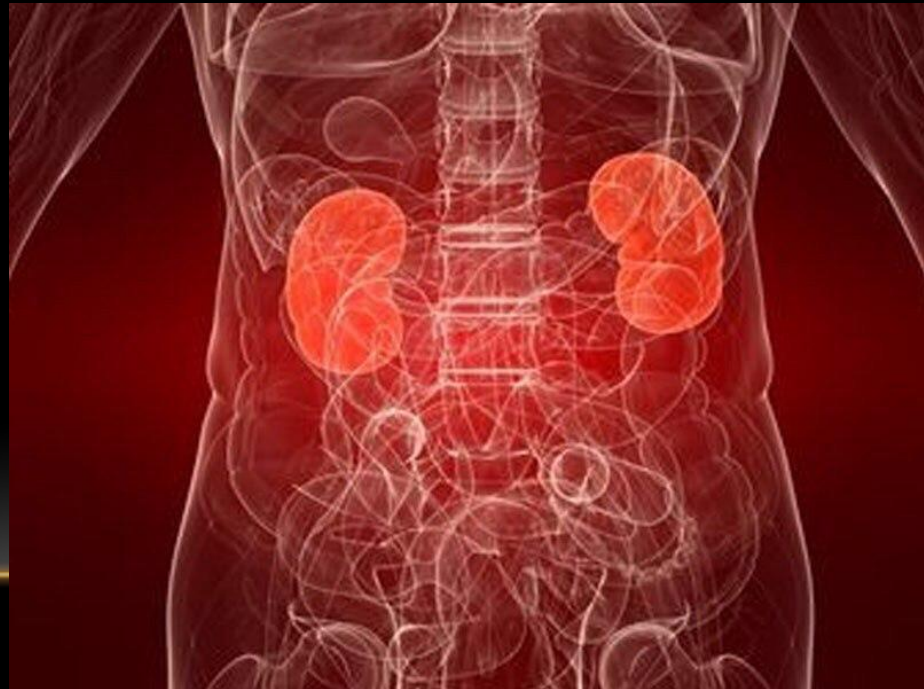
- Ересек науқастардың тБСЖ себебі
- тұқым қуалайтын және туа болған аурулар
- бірінші кезекте поликистоздық ауру
- Альпорт синдромы
- Бүйрек және зәр шығару жолдарының ақаулары (аплазия, гипоплазия, ҚНР) об-струкциямен, инфекциямен, бүйрек оталарымен асқынған науқастарда БСА терминалды сатысына дейін ересек жағдайда дамуы мүмкін.
- Бүйрек зақымдалуының негізгі қауіп факторлары анальгетиктерді шамадан тыс қолдану, тағамдық қоспаларға әуестену (әйелдерде салмақты азайтуға арналған заттар, еркектерде бұлшықет массасын өсіру үшін протеиндік коктейльдер) болып табылады

БСА ЕРТЕ АНЫҚТАУДЫҢ МІНДЕТТЕРІ

- БСА-ның дамуына әкелетін негізгі патологиялық жағдайлар келесідей:
 - қант диабеті;
 - АҚҚ жоғарылауы;
 - бүйректің зақымдалу мүмкіншілігі бар жүйелі аурулар (мысалы, ЖҚЖ, миелома);
 - атеросклероздық аурулар;
 - іркілісті жүрек жеткіліксіздігі;
 - түсініксіз ісінулер; • қуықтың обструкциясы, нейрогенді қуық және басқа зәр шығару жүйесінің туа болған даму ақаулары (НШЖ ТДА);
 - бүйрек тас ауруы
- дәрілік заттарды созылмалы түрде қабылдау (ҚҚСЕП, литий, циклоспорин, ААФТ, АРБ)

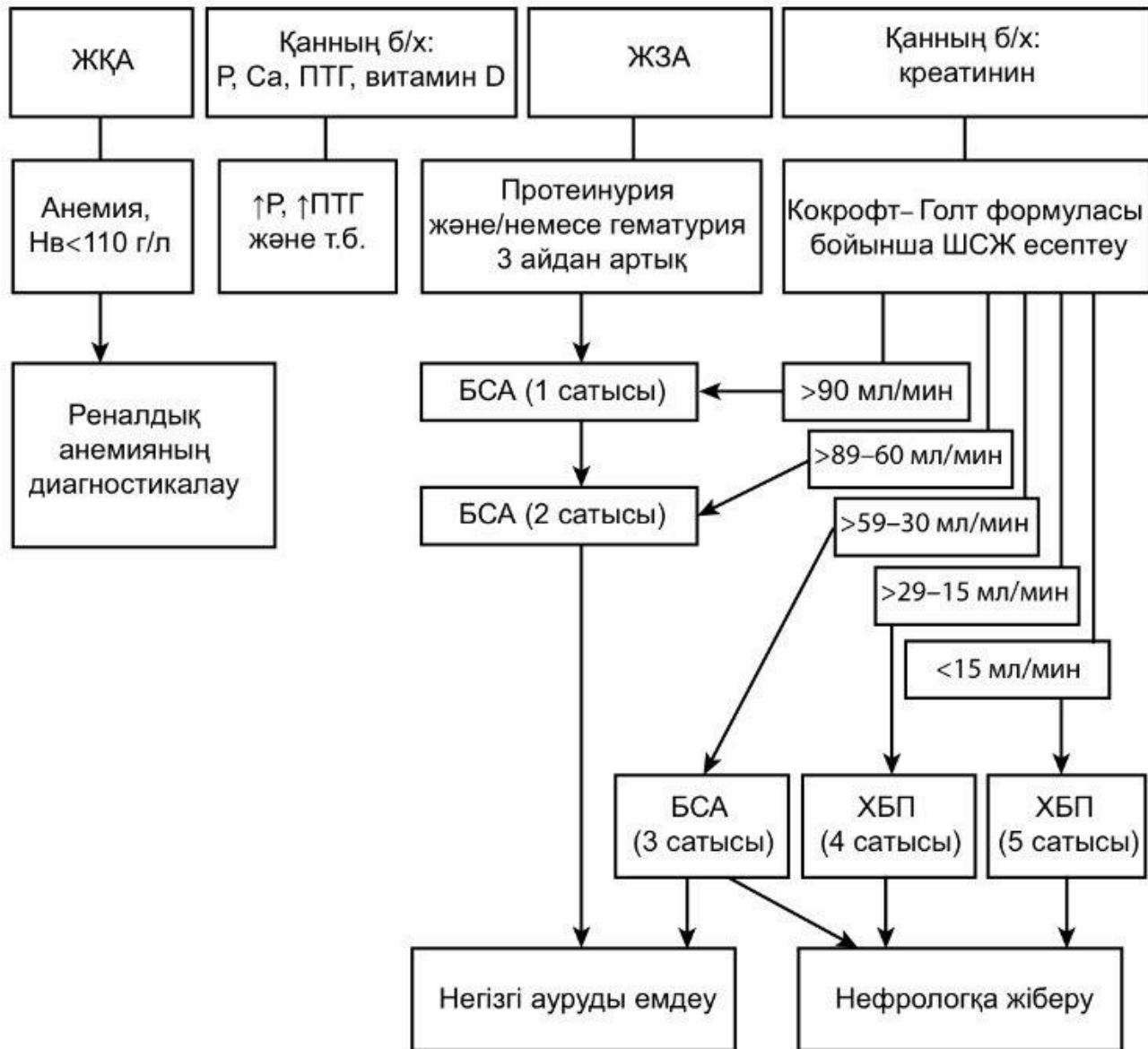
СКРИНИНГ ЖАСАУ ҮШІН КЕЛЕСІ ҚАРАПАЙЫМ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ ҚОЛДАНЫЛАДЫ:

- – жалпы зәр талдауы эритроциттер мен белокты анықтаумен;
- – АҚК өлшеу; – формула бойынша
- ШСЖ есептеу.



БСА-ны анықтау алгоритмі

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



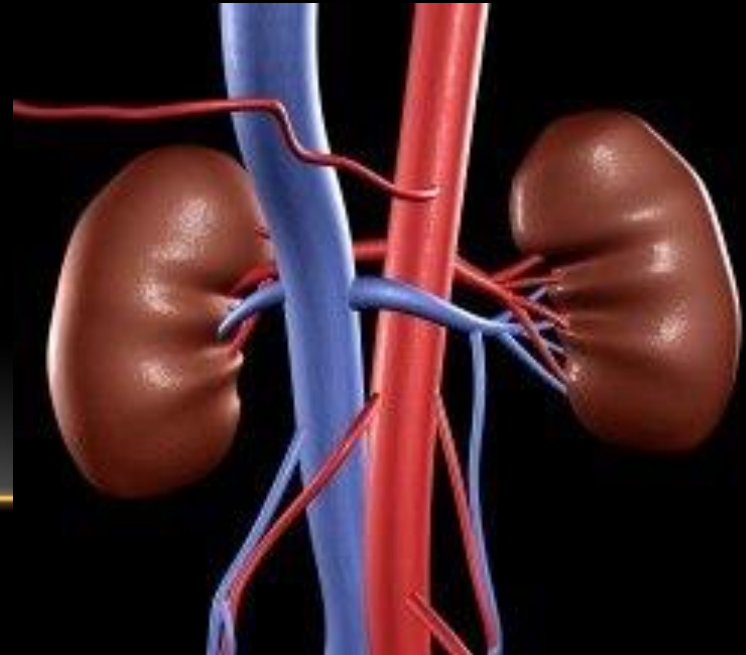
- Науқаста бақылап отыру қажет келесі маңызды симптом — АГ. Оның маңыздылығы келесі жағдайлармен анықталады:
- 1. Эссенциалды АГ әдетте бүйректің зақымдалуына үнемі әкеле бермейді. Алайда АГ тұрғындар арасында өте көп таралғандықтан, гипертониялық нефропатия БСА-ның жиі себептерінің бірі болып қалып отыр (әсіресе кейбір этникалық топтарда, мысалы, АҚШ-та қара нәсілді науқастарда), яғни, бұндай жағдайларда — «бүйрек — оның құрбаны болып отыр».
- 2. Екінші жағынан, бүйрек ауруларының өзі артериялық гипертония дамуында өте күшті фактор болып табылады «бүйрек — дұшпан». ТБЖ бар науқастардың көпшілігінде АҚЖ жоғарылауы байқалады.
- 3. Артериялық қан қысымы — БСА үдеуінің факторы және оны реттеп отыру БСА ағымын баяулатады.
- 4. АГ бар әр науқас бүйрек ауруының бар жоғына міндетті тексерілуі керек (несеп талдауы, ШСЖ есептеу) және бүйрек аурулары бар барлық науқастарға артериялық гипертензияға мониторинг жүргізу қажет

БСА ҮДЕУІНЕ ӘСЕР ЕТУШІ ФАКТОРЛАР

- Өзгермейтіндер 1. БСА негізінде жатқан бүйрек аурулары. Бұл кезде тубулоинтерстициал-дық аурулардың гломерулалық ауруларға қарағанда үдеу тенденциясы баяу. 2. Нәсілдер (қара нәсілділерде үдеу үдерісі тез жүреді). Өзгертіндер: 1) АҚҚ; 2) протеинурия деңгейі; 3) нефротоксикалық агенттер; 4) негізгі аурудың белсенділігі (ЖҚЖ, васкулиттер); 5) бүйрек инфаркті (обструкция, НШЖИ); 6) гиповолемия немесе интеркуррентті аурулар; 300 18-Тарау 7) дислипидемия; 8) гиперфосфатемия; 9) анемия; 10) темекі шегу; 11) гипергликемия.

БҮЙРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ ТАКТИКАСЫ

- Нефрологтың амбулаторлық кеңесіне негізгі көрсеткіштер: Алғаш анықталған немесе қайталап тексергенде расталған өзгерістер:
 - протеинурия, альбуминурия >30 мг/тәул;
 - ШСЖ 60 мл/мин/ $1,73$ м²-ден аз деңгейге төмендеуі;
 - қанда креатинин немесе несеп нәрінің жоғарылауы;
 - 40 жастан кіші немесе 60 -тан асқан адамдарда алғаш рет анықталған, емге резистентті артериялық гипертензия.



- Артериялық гипертензияны реттеу Артериялық гипертензия (АГ) эссенциалды болса да, салдарлық бүйректік болса да ол тек жүрек-қан тамыр асқынуларына ғана емес, сонымен қатар БСА үдеу жылдамдығына да әсер ететіні проспективті зерттеулер жүргізу кезінде дәлелденген [13]. Бұл кезде жасалған тиімді антигипертензивті ем тБЖ даму уақытын сенімді түрде алыстата отырып, маңызды кардиопротекциялық әсер ететін фактор болып табылады
- БСА 3б–4-ші сатыларында тиазидтік зәрайдағыштардың әсер ету тиімділігі бірден төмендейді және олардың жағымсыз әсерлерінің (гиперурикемия, уратты криз) даму қаупі жоғарылай түседі. Сондықтан БСА кеш сатыларында ілмектік диуретиктерді тағайындаған дұрыс. Кейбір кальций антогонисттері (дигидропиридинді емес қатардан) қосымша антипротеинуриялық әсер көрсетеді, ал нифедипин протеинурияны күшейтуі мүмкін. 80% жағдайда АҚҚ мақсатты деңгейіне ААФт мен ұзартылған кальций антогонисттерін (амлоди-пин) бірге тағайындау кезінде жетудің сәті түседі.

- Метаболикалық және гомеостатикалық бұзылыстарды — дислиппротеиде-мияны, семіздікті және метаболикалық синдромды реттеу керек. Гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия және жоғары тығыздықты липопротеидтер холестеринінің төмен мәні шартты түрде дені сау адамдардың жалпы қауымында бүйрек қызметінің төмендеуінің тәуелсіз предикторы бо-лып табылады. Дененің артық салмағы және семіздік бүйректің көптеген гемодина-микалық және құрылымдық өзгерістерімен және БСА, тБЖ даму қаупімен бірге жүреді. Артық салмақ және семіздік науқастарда альбуминурия жиі анықталады. Диабеттік нефропатия, гипертониялық нефросклероз, ФСГС — семіздікпен зардап шегетін адамдар арасында жиі кездесетін аурулар. БСА бар науқастарда гиполипидемиялық препараттарды (статиндер) қол-дану мақсаттылығы атерогенезді және бүйректік фиброздың үдеуін баяулату қажеттілігімен анықталады.

АНЕМИЯНЫ РЕТТЕУ

- Эндогенді эритропоэтиннің жеткіліксіз өндірілуі және сүйек кемігінің темірмен қамтамасыз етуінің нашарлауы нәтижесінде дамыған анемия тахикардияның және соғу көлемінің жоғарылауы әсерінен жүрекке жүктеме жасауға ықпал етеді, ол өз кезегінде бүйректік вазоконстрикция шақырып, сұйықтық іркілісін тудырады. Ең соңында шырғалаң патогенетикалық шеңбер — «кардиореналдық анемиялық синдром» қалыптасады, бұл кезде іркілісті жүрек жетіспеушілігі (ІЖЖ), БСА және анемия өзара бірін бірі тереңдете түседі. Темір алмасуының жағдайын бағалау үшін міндетті түрде жасалатын зерттеу әдістері — ферритин деңгейі және трансферриннің (НТС-TSAT) қанығуы. БСА бар науқаста сарысулық ферритин

МИНЕРАЛДЫ ЖӘНЕ СҮЙЕК БҰЗЫЛЫСТАРЫН (МСБ) ЕМДЕУ

- Фосфор-кальций алмасуының бұзылыстары БСА кезінде минералды және сүйек бұзылыстары «БСА–МСБ» деген термин болып енді. МСБ–БСА — сүйек-минералды зат алмасуының жүйелі көп факторлы бұзылысы. БСА–МСБ қамтиды: •кальций, фосфор, паратиреоидты гормон, D витаминінің алмасуындағы ауытқулар; •сүйек алмасуының, минералдануының, көлемі, ұзындық өсуі немесе оның беріктілігінің бұзылыстары; •қанатамырлар мен

БСА сатылары	ШСЖ (мл/мин)	ПТГ (pg/ml)	Кальций (ммоль/л)	Фосфор (ммоль/л)
3	30–59	35–70	Қалыпты	0,87–1,48
4	15–29	70–110	Қалыпты	0,87–1,48
5	15-тен аз немесе диализ	150–300	2,1–2,37	1,13–1,78

АЦИДОЗДЫ ЖӘНЕ ЭЛЕКТРОЛИТТІК БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМДЕУ

- Ацидоздың жүйелі әсерлері
- 1. Сүйектерде: реналды дистрофия дамуына ықпал ететін резорбцияның жоғарылауы және минералданудың төмендеуі. Балалардың өсуінің тежелуі.
- 2. Бұлшықеттің әлсіздігі, шаршағыштық
- 3. Респираторлы компенсацияларға әсері: гипервентиляция.
- 4. Гиперкалиемия: жинақтағыш түтікшелерде альдостеронның әсерінен калийге сутегінің алмасуы калийдің жоғарлауына алып келеді. Ацидоз натрий/калий насосының жасуша мембранасына калийдің кіруін азайтады.
- 5. Иондалған кальций: иондалған (бос) кальцийдің жоғарылауы (ацидоз альбумин-сүйектік фракцияларды азайтады). Ацидозды реттеу кальций деңгейін төмендетіп, тетания шақыруы мүмкін.
- 6. Тамақтану: ацидоз катаболизмге мүмкіндік жасап, өсу гормонының әсерін төмендетеді.

- 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.



- Гиперкалиемиа Калийдiң жоғарылауы БСА кезiнде, соның iшiнде АРБ және ААФТ қолданған кезде ең жиi кездесетiн мәселе. Калийдiң тез жоғарылауы бiртiндеп жоғарлағанға қарағанда қауiптi, өйткенi, жасуша мембраналары кенеттен болған өзгерiстерге осал келедi. Калий деңгейiне байланысты жүргiзiлетiн шаралар
- : 1) 5,5–6,0 ммоль/л: рутиндi қайта тексеру. Емiн қайта қарастыру. Емдәм бойынша ұсыныстар;
- 2) 6,1–6,5 ммоль/л: жедел түрде қайта тексеру. Емiн қайта қарастыру. Емдәм бойынша ұсыныстар;
- 3) 6,5 ммоль/л-ден жоғары — жедел түрде шаралар жасау.
- Емi 1. Қатаң түрде шарал (құрамында калий көп жемiс — көкөнiстi алып тас- тау).
- 2. Диуретиктер: iлмектiк диуретиктер (мысалы, фуросемид 40–160 мг) калийдi зәрмен шығаруға мүмкiндiк жасайды.
- 3. ААФТ және АРБ қабылдауды тоқтату немесе дозаларын төмендету. Басқа препараттарды қайта қарап шығу (спиронолактон, β -блокаторлар). 4. Ацидоздың коррекциясы.
- 5. Калийдiң жоғарылауы гемодиализге көрсеткiштердiң бiрi.

ЕМДІК ТАМАҚТАНДЫРУ

- Тұзды қабылдауды шектеу (5 г/тәул артық емес, мүмкіндігінше одан да қатаңырақ шектеу) артериялық гипертензияны адекватты емдеуде при- ниципалдық маңызы бар, ААФ тежегіштері мен ангиотензин рецеп- торларының блокаторларының антипротеинуриялық әсерін жоғарылатады. Балалар мен ересектерде тұз жоғалтумен өтетін жағдайларды (жиі туа бол- ған) еске алу қажет, бұндай жағдайларда керісінше, мөлшерленген NaCl тағайындау қажет болады. Сонымен қатар, сұйықтық қабылдау деңгейін ба- қылау маңызды, әсіресе, диализдік сатысында. Диализге дейінгі сатысын- да диуретикалық ем алғашында тиазидтермен, кейіннен фуросемидпен жүргізіледі. Тұз бен белокты шектеуден басқа, БСА бар науқастарда емдәм келесі міндеттерге бағынады: •гиперкалиемияның алдын алу; •тамақтанудың адекватты құндылығы; •гиперлипидемия мен гипергликемияны коррекциялау; •фосфор-кальций алмасу бұзылыстарын реттеу; •пуриндік алмасу бұзылыстарын реттеу.

ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУ

- БСА-мен науқастарға берілетін жалпы ұсыныстарға мыналар жатады
- 1. Шылым шегуді доғару.
- 2. Алкогольді қолдануды шектеу, ер адамдарда 3 бірлікке дейін және әйел- дерде 2 бірлікке дейін.
- 3. Семіздік кезінде салмақты азайту.
- 4. Аэробика.
- 5. Аспирин 75 мг, егер ЖҚТА қаупі болса.
- 6. Липидтерді бақылау және ұлттық ұсыныстарға сәйкес емдеу

Назарларыңызға рахмет!