

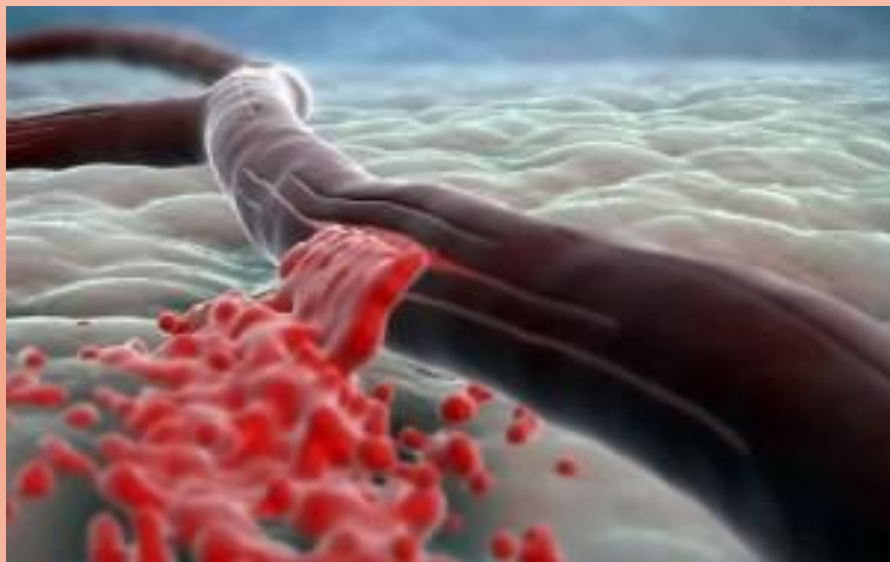
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Инфекциялық аурулар.

Тақырыбы: Жедел бүйрек жеткіліксіздігі.



Интернатура дәрігерлері : ЖТД

Курс: 6

Группа: 603-02к

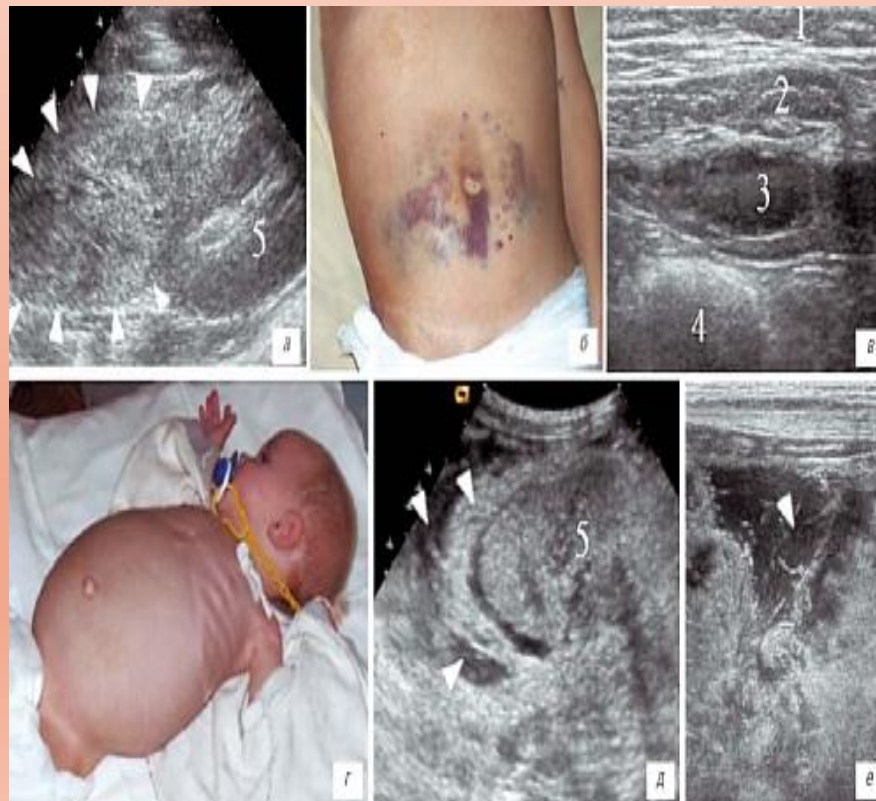
Тексерген: Умешова Л.А.

Жоспар

- Кіріспе
- Негізгі бөлім:
 - Себептері
 - Классификациясы
 - Кезеңдері
 - Клиникалық көрінісі
 - Диагностикасы
 - Емі
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер тізбегі

Кіріспе

Жедел бүйрек жеткіліксіздігі-бұл синдром барлық бүйрек функциясының бұзылуы және су,электролиттер азот ж.т.б. зат алмасу процесстерінің бұзылысы болып табылады.Бұл потенциалды қайтымды болады.Ол жедел түрде дамып жиірек қайтымды болады,бүйрек тінінің бұзылысы болады және зәрдің мөлшерінің азаюымен(олигоурия) не мүлдем болмауымен(анурия)сипатталады.



Негізгі бөлім

Оның негізгі себептері *уытты әсерлер* (ин-токсикация) мен *инфекциялар*.

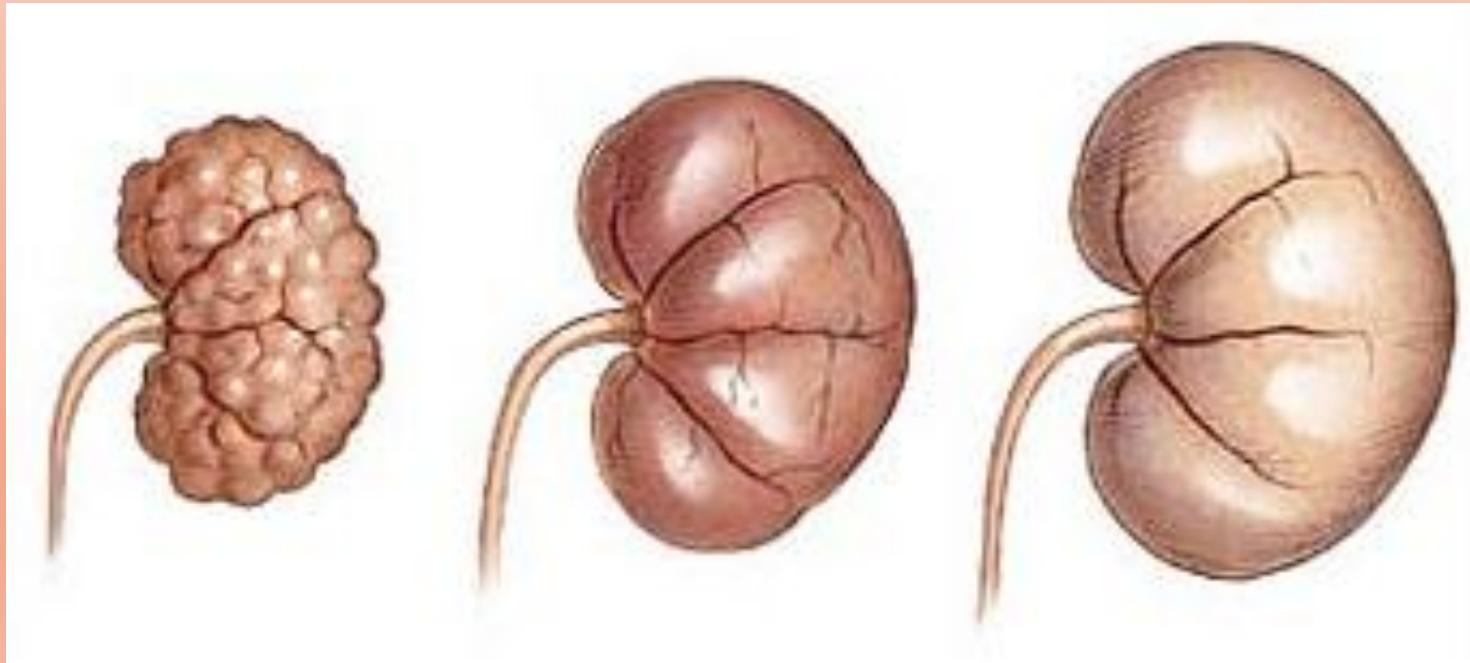
- 1) бүйрек гемодинамикасының бұзылуы (шок, коллапс ж.т.б.);
- 2) экзогенды интоксикация (улы заттар, күнделікті тұрмыста оларды пайдаланса, улы жануарлардан жарақат алса, дәрілік заттар); Некрозды нефроз ауыр металдардың (сынап, қорғасын, висмут, хром, уран) тұздарымен, қышқылдармен (күкірт, хлорлы сутегі, фосфор, қымыздық қышқылдары), көпәтомды спирттермен [этиленгликоль (антифриз)], наркозда қолданылатын заттармен (хлороформ, барбитураттар) немесе сульфаниламидтермен ("сульфаниламидтік бүйрек") уланғанда байқалады.
- 3) Бүйрек қызметінің жедел жеткіліксіздігі ауыр әсерлі инфекция (тырысқақ, іш сүзегі, паратиф, дифтерия, сепсис) (геморрагиялық лихорадка бүйрек синдромымен және лептоспироз); ауруларында орын алып, кейде бауырдың (гепатореналдық синдром) не бүйректің өз (гломерулонефрит, амилоидоз, тасты бүйрек ауруы) сырқаттарын асқынтады.
- 4) Жедел бүйрек аурулары (жедел гломерулонефрит және жедел пиелонефрит);
- 5) Зәр шығару жолдарының обструкциясы (жедел зәр шығаруды бұзылысы);
- 6) аренальды жағдай (травма не жалғыз бүйректі алып тастағанда). Некронефроз түрлі ауыр жарақаттардан (мылжалану синдромы — crush syndrom, операцияның әсерінен бүйрек қызметінің жедел жеткіліксіздігі), көлемді күйіктен, көп мөлшерлі гемолизден ("гемолиздік бүйрек"), организм сусызданғанда немесе хлорсызданғанда ("хлоргидропениялық бүйрек") дамиды.

Классификация и этиология острой почечной недостаточности



Классификациясы:

- Преренальды
- Ренальды
- Постренальды



Преренальды

Бүйректер зақымдалмаған, бірақ олар функциясын атқармайды себебі жалпы қан айналым бұзылысы салдарынан. Сау бүйрек зәр түзбейді егер систолалық артериялық қысым 90-60 с.б.

Преренальдыдан ренальдыға ауысады себебі бүйректегі қанмен қамтамасыз ету бұзылғандықтан онда ишемия мен некроз қалыптасады. Ренальды ишемия жылы ишемиядан кейін 20 мин кейін салқын ишемиядан 2сағ кейін дамиды.

Перенальды жетіспеушілік себептері:

- гиповолемия
- гипотензия
- гемолиз және миолиз
- эндогенді интоксикация

Ренальды

Бүйректер өз функцияларын атқармайды себебі онда бүйрек тінінің бұзылысы әсерәнен болады.

Біріншілік ренальдық жетіспеушілік себептері:

- жедел каналдық некроз
- Тамыр ішілік блокадалар (гемолитикалық уремиялық синдром, бүйрек тамырларының тромбозы)
- гломерулонефрит
- интерстициальды нефрит

Постренальды

Бүйрек функциясын атқарады, бірақ зәр шықпайды себебі зәр шығару жолдарының бұзылысы (обтурациядан).

Постренальдыдан ренальдыға қайта көшу мүмкін себебі зәр шықпай бүйрек түбектерінен қайта еніп бүйрек тініне қысым түсіріп ишемия болады. Постренальды жетіспеушілік себептері:

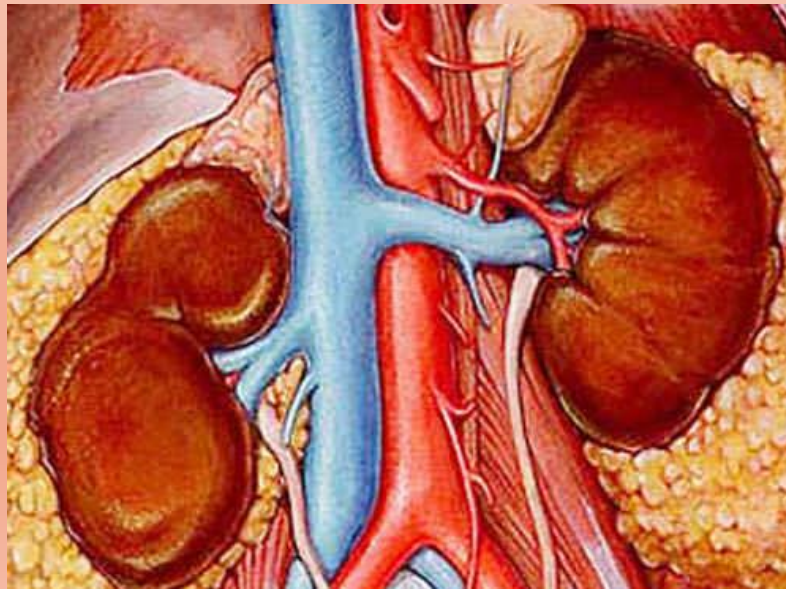
- ісік
- тас
- гематома
- Иннервациясының бұзылысынан қуық сфинктерінің спазмы

Төрт клиникалық кезеңі:

- 1) бастапқы көріністері:
- 2) олигоурия:
- 3) диурез қалпына келуі:
- 4) сауығу.

Егер екінші кезеңі үдеп асқынса, уремия, дамиды.

I кезең -бастапқы (симптоматикасы,жедел бүйрек жетіспеушілігін тудырған тікелей себептің әсер етуінен), ұзақтығы негізгі себептің әсер еткеннен кейіннен бүйректің алғашқы бұзылысына дейін (бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін).Интоксикация пада болу мүмкін (әлсіздік, құсқысы келу, іштің ауруы);



II кезең

Олигоануриялық (негізгі көрінісі - олигурия не толығымен анурия, сонымен қоса жалпы аурудың жағдайының нашарлауы, қанда жоғары мөлшерде мочевианың жоғарлауы және басқада зат алмасудың соңғы өнімдері белок т.б., организмде өзін өзі улау жүреді, көрінісі ретінде сөйлеуінің бұзылысы, адинамия, ұйқышылдық, іш өту, артериалық гипертония, тахикардия, дененің ісінуі, анемия, бүйрек жеткіліксіздігі, және тағы ерекшелік активті прогрессиялы түрде азотемия жүреді- жоғары мөлшерде қанда азотты (белокты) және ауыр организмнің интоксикациясы);



III кезең

Қалпына келу стадиясы:

- Ерте диурез стадиясы.Кликасы II стадияға ұқсас.
- Полиурия фазасы.Зәр түзілудің жоғарлауы.Бүйректің концентрациялық қабылетінің қалпына келуі.Барлық функциялардың қалпына келе бастауы тыныс алу,жүрек қан тамырлар,асқорыту,тірек қимыл ,ОЖЖ жүйелерінің функцияларының қалпына келуі.Бұл екі аптаға созылады.

IV кезең

Сауығу кезеңі. Бүйректің анатомиялық функциялық құрылымының толығымен қалпына келуі. Оған көп уақыт кетуі мүмкін кей жағдайларда тіпті бір жылға дейін.

Клиникалық көрінісі

- Бастапқы кезеңінде аурудың негізгі клиникалары болады және олигоурия пайда болады. Диурез 8-10 % тқмендейді. Интоксикация пайда болады. (әлсіздік, тәбетінің нашарлауы, құсқысының келуі, ішінің ауруы).
- Қалыптыдан олигоанурия кезеңінде диурез 25 % дейін төмендейді, зәр тығыздығы 1005, тахикардия пайда болады, аритмия экстрасистолия бойынша көрінеді, діріл болу мүмкін. Сонымен қоса ісінулер пайда болу мүмкін, артериалық қысым жоғарылайды. Көз түбін көргенде — көз нервісінің ісінуі. Егер заманауи емдеу мен адекватты ем қолданбаса науқас жағдайы одан да төмендейді, соңы летальды (өлімге әкелу мүмкін).
- Полиуриялық кезеңде диурез жоғарылайды, біртіндеп гиперкалиемия төмендейді және уремия, интоксикация симптомдарының жоғалуы.

Аурудың жалпы көріністері: температураның жоғарылауы, АҚ төмендеуі, әлсіздік және цианоз жылдам сары аурудың дамуы жүреді; зәр түсі қараяды, оның құрамында белок болады, эритроциттер, лейкоциттер, цилиндрлер, қан пигменттері және детрит. Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің сатысына қарамай гемодинамиканың өзгерісі болады, кейде анық түрде АҚ төмендеуі жүреді;

Диагностикасы

Судың бөлінуінің төмендеуі (диурез 10-12 мл\кг\күніне не 0,5 мл\кг\сағ)

Азотемияның жоғарлауы (азот мочевинының 7 ммоль\л, креатинин 0,1 ммоль\л, азот қалдығы 30 ммоль\л)

Электролиттер дисбалансы (калийдың жоғарлауы 6 ммоль\л, кальцийдың жоғарлауы 2 ммоль\л натрий)

Декомпенсацияланған метаболиттік ацидоз (10 ммоль\л)

Манитпен сынама – 100 мл 20% Манит бір сағатта. Диурез жоқ – фуросемид 200 мг сағатына. Диурез жоқ – ренальды жетіспеушілік.

Емі

- Преренальды жетіспеушілік — жалпы қан айналымды реттеу. Қан айналымның жеткіліксіздігінен қан тамырларда сұйықтықтың интенсивді қалпына келтіру, ренальной ЖБЖ кезінде интенсивті инфузия тағайындалмайды, себебі ол өкпенің ісінуіне не мидың ісінуіне әкелу мүмкін.
- Постренальная жетіспеушілік — зәрдің бөлінуін зәр шығару жолдарына қалпына келтіру (қуыққа катетеризация жасау, хирургиялық араласулар зәр шығару жолдарына, эпицистостомия).

Ренальды жетіспеушілік:

ануриялық кезеңі:

бүйректегі энергия алмасуды және қан ағысты күшейтуші заттарды пайдалану :

дофамин 1-3 мкг/кг/мин

но-шпа, папаверин

эуфилин 5 мкг/кг/сут

глюкоза 10% с инсулином

бүйректің бөлу функциясын қалпына келтіретін заттар:

фуросемид

инфузионды терапия –судың нөльдык балансы,калийі бар ерітінділерден бас тарту, гипертониялық натрий.

гемодиализ

симптоматиялық терапия

полиуриялық кезеңде :

инфузионды терапия - судың нөльдык балансы.Полиуриялық кезеңде

инфузия 5-6 л/күн жоғарлауы мүмкін.

Қан электролиттерінің коррекциясы

симптоматикалық терапия

Қорытынды

Жедел бүйрек жетіспеушілігі күрделі ауру ол асқынып кетсе созылмалы түрге ауысып кету мүмкін, кейде тіптен өлімге әкелу мүмкін сондықтанда уақытында емделіп күтініп жүру керек.

Пайдаланылған әдебиеттер тізбегі

- «Общая хирургия», И.Г. Руфанов, Москва, Медгиз 1953
- «Справочник практического врача» И.Г. Кочергина, Москва “Медицина” 1973
- «Жалпы хирургия. Таңдамалы дәрістер», Т.О. Оспанов, Қарағанды-2006
- «Хирургия» Э.Д. Рубан, Ростов-на-Дону, “Феникс” 2006
- «Основы общего ухода за больными» А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин, Москва “Медицина” 1991
- <http://www.medintech.ru/>
- <http://medafarm.ru/php/content.php?id=3739>