

• КАФЕДРА: БАЛАЛАР ХИРУРГИЯСЫ

• ЖЕДЕЛ БҮЙРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ



ОРЫНДАҒАН: ТӨЛЕПОВА Д.Ж.

ТЕКСЕРГЕН: СУТАНКУЛОВА Г.Т.

ФАКУЛЬТЕТ: ЖМ

КУРС: 4

ТОП: 12-018-02

ЖОСПАР

□ КІРІСПЕ

□ ЭТИОЛОГИЯСЫ

□ ПАТОГЕНЕЗИ

□ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

□ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

□ ДИАГНОСТИКАСЫ

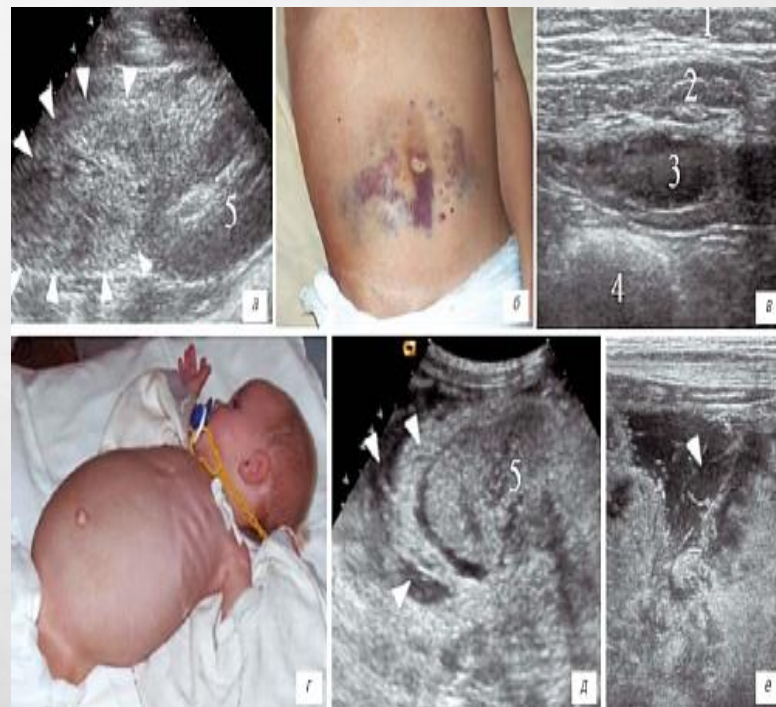
□ ЕМІ

□ ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

КІРІСПЕ

● **ЖЕДЕЛ БҮЙРЕК**

**ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ (ЖБЖ)
ҚЫШҚЫЛ-СІЛТІ ЖӘНЕ СУ-
ЭЛЕКТРОЛИТ ТЕПЕ-
ТЕНДІГІНІҢ
БҰЗЫЛЫСЫМЕН АЗОТТЫҚ
АЛМАСУ ӨНІМДЕРІНІҢ
ЖИНАЛУЫНА ӘКЕЛЕТІН
БҮЙРЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ
ЖЕДЕЛ ТӨМЕНДЕУІМЕН
СИПАТТАЛАДЫ.**



ЭТИОЛОГИЯСЫ

ОНЫҢ НЕГІЗГІ СЕБЕПТЕРІ УЫТТЫ ӘСЕРЛЕР (ИНТОКСИКАЦИЯ) МЕН ИНФЕКЦИЯЛАР.

1

• **НЕКРОЗДЫ НЕФРОЗ АУЫР МЕТАЛДАРДЫҢ (СЫНАП, ҚОРҒАСЫН, ВИСМУТ, ХРОМ, УРАН) ТҰЗДАРЫМЕН, ҚЫШҚЫЛДАРМЕН (КҮКІРТ, ХЛОРЛЫ СУТЕГІ, ФОСФОР, ҚЫМЫЗДЫҚ ҚЫШҚЫЛДАРЫ), КӨПАТОМДЫ СПИРТТЕРМЕН [ЭТИЛЕНГЛИКОЛЬ (АНТИФРИЗ)], НАРКОЗДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАТТАРМЕН (ХЛОРОФОРМ, БАРБИТУРАТТАР) НЕМЕСЕ СУЛЬФАНИЛАМИДТЕРМЕН ("СУЛЬФАНИЛАМИДТІК БҮЙРЕК") УЛАНҒАНДА БАЙҚАЛАДЫ.**

2

• **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.**

3

• **БҮЙРЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖЕДЕЛ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ АУЫР ӘСЕРЛІ ИНФЕКЦИЯ (ТЫРЫСҚАҚ, ІІШ СҮЗЕГІ, ПАРАТИФ, ДИФТЕРИЯ, СЕПСИС) АУРУЛАРЫНДА ОРЫН АЛЫП, КЕЙДЕ БАУЫРДЫҢ (ГЕПАТОРЕНАЛДЫҚ СИНДРОМ) НЕ БҮЙРЕКТІҢ ӨЗ (ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, АМИЛОИДОЗ, ТАСТЫ БҮЙРЕК АУРУЫ) СЫРҚАТТАРЫН АСҚЫНТАДЫ.**

Идиопатическая и иммуноопосредованная

Амилоидоз
Иммунные комплексы
Гломерулонефropатия
Гломерулонефрит
(неиммуноопосредованная)
Интерстициальный нефрит

Инфекционная

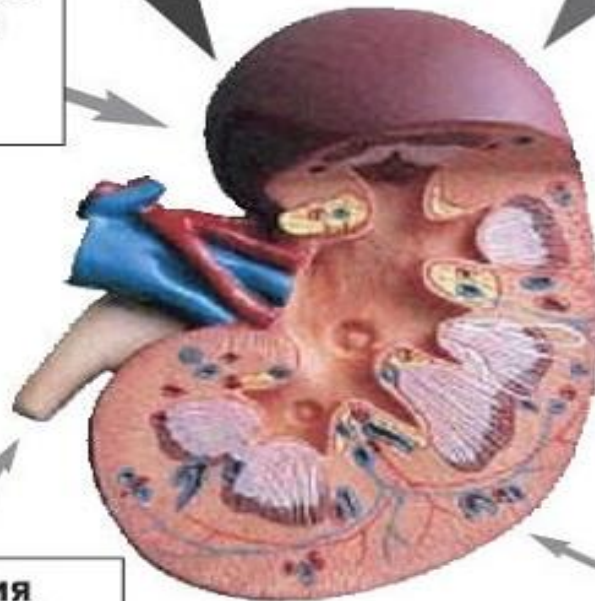
Пиелонефрит
Лептоспироз
Пироплазмоз

Новообразование

Почечное
Лимфома

Токсическая/ятрогенная

Анестезия
Аминогликозиды
Нестероидные противовоспалительные препараты
Этиленгликоль
Нефротоксические препараты
Пиометра
Септический шок



Аллергия

Анафилактический шок

Сосудистая

Инфаркт почек
Застойная сердечная недостаточность

Метаболическая

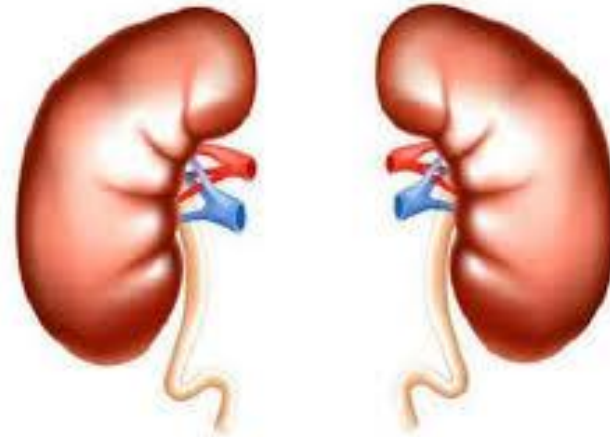
Гипоадренкортицизм
Гиперкальциемия
Метаболическая

Травма

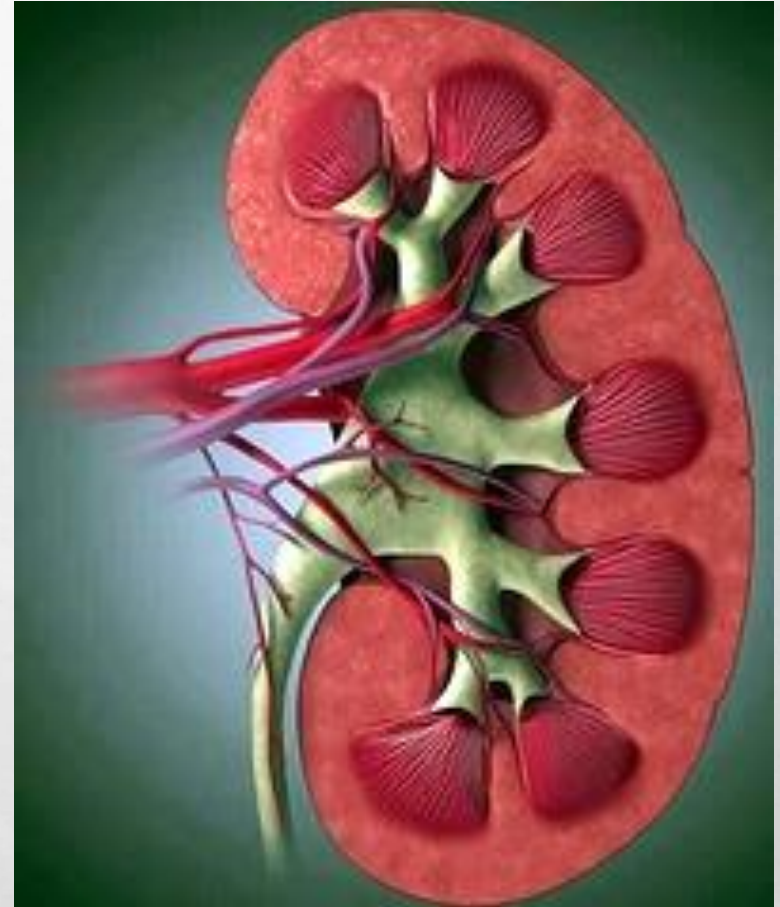
Разрыв мочевого пузыря
Травма уретры
Разрыв уретры
Травма почек

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

- **ӘР-ТҮРЛІ МӘЛІМЕТТЕР БОЙЫНША, ЖБЖ НӘРЕСТЕЛЕРДЕ 8–24% ЖАҒДАЙДА КЕЗДЕСЕДІ, АЛ НӘРЕСТЕЛЕР АРАСЫНДА БҮЛ СЫРҚАТТАН ӨЛІМ-ЖІТІМ 51–90% ҚҰРАЙДЫ. ПАТОЛОГИЯ НАУҚАСТЫҢ АУЫР ЖАҒДАЙЫМЕН, АҒЗАНЫҢ БІР НЕМЕСЕ БІРНЕШЕ ӨМІРЛІК МАҢИЗЫ ЗОР ҚЫЗМЕТТЕРІНІҢ АЙРЫҚША ШЕКТЕЛУІ НЕ ТОЛЫҒЫМЕН ҚЫЗМЕТ АТҚАРМАУЫМЕН СИПАТТАЛАДЫ. 85% ЖАҒДАЙДА ЖБЖ ПРЕРЕНАЛЬДЫ СЕБЕПТЕРМЕН, 12% — БҮЙРЕК ПАРЕНХИМАСЫНЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫМЕН, 3% — ХИРУРГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯМЕН СИПАТТАЛАДЫ.**



- **НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ШАМАМЕН**
- **30% АЛҒАШҚЫ ЗӘР ШЫҒАРУЫ БОСАНУ БӨЛМЕСІНДЕ,**
- **90% АЛҒАШҚЫ 24 САҒАТ ЖӘНЕ**
- **99% ТУЫЛҒАННАН KEЙІНГІ 48 САҒАТ ІШІНДЕ БОЛАДЫ.**
- **МЕРЗІМІНЕН ҰЗАҚ НЕМЕСЕ ЗӘРДІҢ АЗ ӨНДІРІЛУІ БҮЙРЕК ПЕРФУЗИЯСЫНЫҢ ДҰРЫС БОЛМАУЫ НЕМЕСЕ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ НЕ УРОЛОГИЯЛЫҚ АҚАУЛАР СЕБЕБІНЕН БОЛУЫ МҮМКІН. ОЛИГУРИЯ НӘРЕСТЕЛЕРДЕ ДИУРЕЗДІҢ 1 МЛ/КГ/САҒАТЫНА АЗ БОЛУЫ, АЛ ЖАСЫ ҮЛКЕНІРЕК БАЛАЛАРДА – 5-10 МЛ/КГ ТӘУЛІГІНЕ АЗ БОЛУЫ.**



НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ЖБЖ СЕБЕПТЕРІ:

1. Преренальды – (85%) бүйрекке қан келуінің бұзылысы (жөдел гипоксия және гиперкапния, жарақат, гиповолемиялық, геморрагиялық, жарақаттық және токсикалық шок және т.б.), гипертермия.

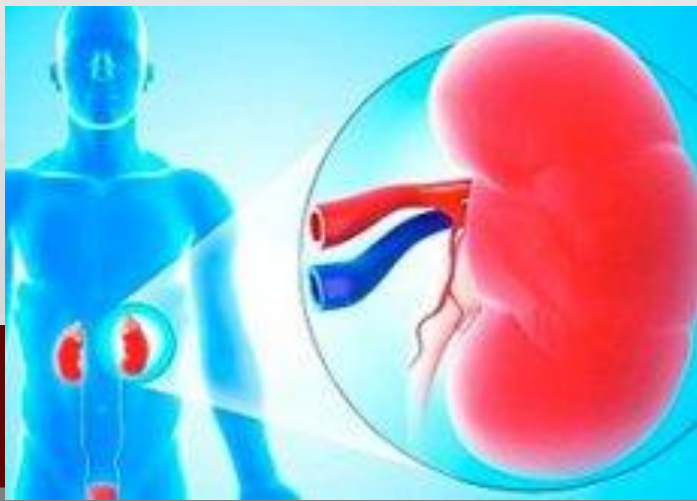
2. Аренальды – нәрестелердегі бүйрек агенезиясы немесе 2 жақты поликистоз.

3. Ренальды (12%) бүйрек қантамырларының тромбозы, диссеминирленген тамырішілік синдром, бүйрекішілік обструкция (уратты нефропатия, гемо – және миоглобулинурия, кистозды және кистозсыз дисплазия, құрсақішілік инфекция, пиелонефрит).

4. Постренальды – (3%) туа біткен ақаулар (пиелоуретеральды сегменттің екі жақты стенозы, уретероцеле, артқы уретраның қақпақшасы, бүйректен тыс компрессия).

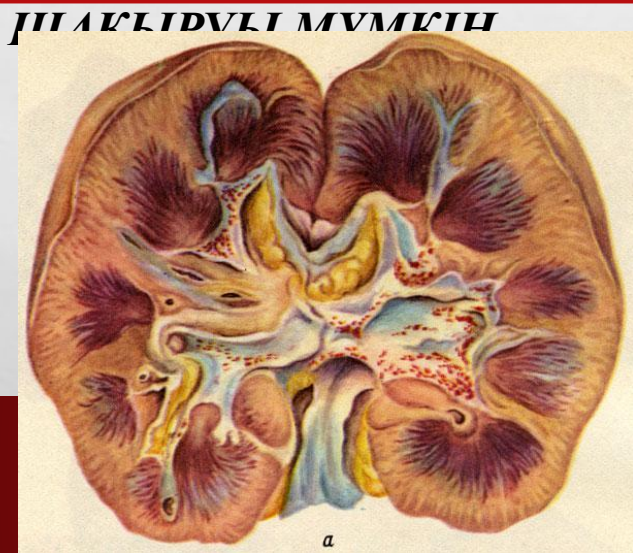
5. Рефлекторлы – әр-түрлі шеткері қоздырғыштардың әсері нәтижесінде сау бүйректің қызметінің тоқтауымен сипатталады (нәрестелерде сирек кездеседі)

ПРЕРЕНАЛЬДІ СЕБЕПТЕР КӨП КЕЗДЕСЕДІ (85%). БҰЛ БҮЙРЕКТЕН ТЫС АУРУ. ГИПОТОНИЯ НӘТИЖЕСІНДЕ БҮЙРЕК ҚАН АЙНАЛЫМЫ НАШАРЛАП, ШУМАҚТЫҚ ФИЛЬТРАЦИЯ ЖЫЛДАМДЫҒЫ (ШФЖ) ТӨМЕНДЕЙДІ. БҰЛАРҒА ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ, ГИПОВОЛЕМИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР (ҚАН КЕТУ, СУСЫЗДАНУ), СЕПСИС, БАУЫР ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ, ЖАЙЫЛҒАН ІСІНУЛЕР (НЕФРОТИКАЛЫҚ СИНДРОМ, БАУЫР ЦИРРОЗЫ) ЖАТАДЫ. БҮЙРЕК ПЕРФУЗИЯСЫ ЖӘНЕ ШФЖ ТӨМЕНДЕЙДІ. ПРЕРЕНАЛЬДІ ЖБЖ БАСЫНДА ФУНКЦИОНАЛЬДІ БОЛАДЫ, СОНЫМЕН ҚОСА САУ БҮЙРЕК КЕЗІНДЕ ДАМУЫ МҮМКІН. БІРАҚ БҮЙРЕКТЕ ҚАН АЙНАЛЫМЫ БҰЗЫЛЫСТАРЫ ҰЗАҚ УАҚЫТ БОЙЫ САҚТАЛСА, ТІНДЕР ИШЕМИЯСЫ НӘТИЖЕСІНДЕ ПРЕРЕНАЛЬДІ ЖБЖ-НЕ ОРГАНИКАЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРГЕ ҰШЫРАП РЕНАЛЬДІ ЖБЖ ӨТУІ МҮМКІН.



ИШЕМИЯЛЫҚ ЖЕДЕЛ ТУБУЛЯРЛЫ НЕКРОЗ БҮЙРЕК ПАРЕНХИМАСЫ ГИПОКСИЯСЫНАН БОЛАДЫ ЖӘНЕ ЕГЕР СЕБЕБІН ЖОЙМАСА ПРЕРЕНАЛЬДІ ЖБЖ КЕЙІН ДАМИДЫ. ТИІМДІ БҮЙРЕК ҚАН АЙНАЛЫМЫНЫҢ НАШАРЛАУЫНАН ДАМЫҒАН ШФ КЕНЕТ ТӨМЕНДЕУІ – ПРЕРЕНАЛЬДІ ЖБЖ-МЕН ҚОСА ПАРЕНХИМАТОЗДЫ ЖБЖ-НІҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ МЕХАНИЗМІ.

- **РЕНАЛЬДІ СЕБЕПТЕР** НЕМЕСЕ БҮЙРЕК ІШЛІК АУРУЛАР 12% ЖАҒДАЙДА КЕЗДЕСЕДІ. ШФЖ-НЫҢ ТӨМЕНДЕУІ БҮЙРЕК ӨЗЕКШЕЛЕРІНІҢ, ИНТЕРСТИЦИЯСЫНЫҢ, ШУМАҚТАРЫНЫҢ, ТАМЫРЛАРЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫНАН БОЛАДЫ. НЕГІЗГІ СЕБЕПТЕРІНЕ ГЛОМЕРУЛЯРЛЫ ЖӘНЕ ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬДІ НЕФРИТТЕР, ДӘРІЛІК ЗАТТАРМЕН, УЛАРМЕН УЛАНУ ЖАТАДЫ. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТТЕР ІШІНДЕ ЖБЖ-НЕ ЖЕДЕЛ ЖӘНЕ ТЕЗ ҮДЕМЕЛІ ГН, ГУДПАСЧЕР СИНДРОМЫ, ВАСКУЛИТТЕР ӘКЕЛЕДІ. СОНЫМЕН ҚОСА АРТЕРИЯ ЖӘНЕ ВЕНАНЫҢ ТРОМБОЗЫМЕН ЖҮРЕТІН ТАМЫРЛАР ЗАҚЫМДАНУЫ (ОККЛЮЗИЯСЫ), ТАМЫРЛАРДЫҢ АТЕРОСКЛЕРОЗДЫ ЭМБОЛИЯСЫ, ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЯЛЫҚ СИНДРОМ (ГУС) ЖБЖ



**ПОСТРЕНАЛЬДІ ЖБЖ НЕСЕП
ЖОЛДАРЫНЫҢ БІТЕЛУІ КЕЗІНДЕ
ДАМИДЫ. ІШКІ ҚЫСЫМНЫҢ ӨСУІНЕ
БАЙЛАНЫСТЫ БҮЙРЕК ӨЗЕКШЕЛЕРІ
ІСІНЕДІ, БҮЙРЕК ҚАН ТАМЫРЛАРЫН
ҚЫСАДЫ, ОЛ ӨЗ КЕЗЕГІНДЕ БҮЙРЕК
ТІНІНІҢ ИШЕМИЯСЫНА ӘКЕЛЕДІ.
НЕСЕП ЖОЛДАРЫНЫҢ ТАРЫЛУЫ
НЕСЕП ТАС АУРУЫНАН, ІСІК
ҮРДІСТЕРІНЕН, ЛЕЙКОЗБЕН
АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА
ХИМИОТЕРАПИЯДАН КЕЙІН ҚАТЕРЛІ
ЖАСУШАЛАРДЫҢ ЫДЫРАУЫНАН
ТҮЗІЛЕТІН НЕСЕП ҚЫШҚЫЛДАРЫ
КРИСТАЛДАРЫНАН БОЛУЫ МҮМКІН.**

**СОНЫМЕН, ШУМАҚТЫҚ
ФИЛЬТРАЦИЯ ЖЫЛДАМДЫҒЫНЫҢ
ЖЕДЕЛ ТӨМЕНДЕУІ - НЕГІЗГІ
ПРЕРЕНАЛЬДІ ЖӘНЕ РЕНАЛЬДІ
(ПАРЕНХИМАТОЗДЫ) ЖБЖ-НІҢ
ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ МЕХАНИЗМІ.**



Классификация и этиология острой почечной недостаточности



- **ҚАЗІРГІ КЕЗДЕ ЖБЖ 2 ТҮРГЕ БӨЛІНЕДІ: АУРУХАНАДАН ТЫС ЖӘНЕ АУРУХАНАЛЫҚ. АУРУХАНАДАН ТЫС ЖБЖ ЖИИ ПРЕРЕНАЛЬДЫ (70%) ЖӘНЕ ПОСТРЕНАЛЬДЫ (17%) СЕБЕПТЕРМЕН СИПАТТАЛАДЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ІШІНДЕГІ ЖАЛПЫ ӨЛІМ-ЖІТІМ 15% ҚҰРАЙДЫ. АУРУХАНАЛЫҚ ЖБЖ КЕЗІНДЕ ӨЛІМ ҚАУПІ ЖОҒАРЫ. ЖАНСАҚТАУ БӨЛІМШЕЛЕРІНДЕГІ ЖБЖ КӨПШІЛІГІ ЖТН (76%) СЕБЕБІНЕН, АЗЫРАҚ (18%) – ПРЕРЕНАЛЬДЫ СЕБЕПТЕН ДАМИДЫ [3,10]. ЖАНСАҚТАУ БӨЛІМШЕЛЕРІНДЕГІ ЖТН ЖИИ КӨПФАКТОРЛЫ ЖӘНЕ КӨПМҮШЕЛІК ЖЕТКІЛІКСІЗДІК СИНДРОМЫ КӨРІНІСІНІҢ БІРІ БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ.**



ЖБЖ БАСТАПҚЫ КЕЗЕҢІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

- **СЕБЕПШІ БОЛҒАН НЕГІЗГІ СЫРҚАТТЫҢ СИМПТОМДАРЫМЕН АНЫҚТАЛАДЫ. СОНДЫҚТАН ЖБЖ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАСЫ ҚАН ПЛАЗМАСЫНДАҒЫ **КРЕАТИНИН ДЕҢГЕЙІН ЖӘНЕ ДИУРЕЗ СИПАТЫН ЖҮЙЕЛІ БАҚЫЛАУ КЕЗІНДЕ ҒАНА МҮМКІН (RIFLE КРИТЕРИЙЛЕРІ). ЖБЖ ӘКЕЛГЕН СЫРҚАТТАРДЫ **ТОЛЫҚ ЖИНАЛҒАН АНАМНЕЗ ЖӘНЕ МАҚСАТТЫ БАҒЫТТАЛҒАН ТЕКСЕРУ КӨМЕГІМЕН АНЫҚТАУҒА БОЛАДЫ.******
- **НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ГИПОВОЛЕМИЯҒА ӘКЕЛГЕН ЖАҒДАЙЛАРДЫ АНЫҚТАУ ҚАЖЕТ (ҚАН КЕТУ, ІШ ӨТУ, ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ, ЖҮРГІЗІЛГЕН ОТАЛАР, ЖАРАҚАТТАР, ҚАН ҚҰЮЛАР). АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТОНИЯ, ҚАНТ ДИАБЕТІ НЕМЕСЕ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕР БОЛУЫ (ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МҮМКІНДІГІ).**
- **ЕР БАЛАЛАРДА ЗӘР АҒЫСЫНЫҢ НАҚТЫ БОЛМАУЫ НЕМЕСЕ ӘЛСІРЕУІ – ПОСТРЕНАЛЬДЫ ОБСТРУКЦИЯНЫҢ БЕЛГІСІ.**
- **ЖҮКТІ ӘЙЕЛДІҢ ҚАНДАЙ ДӘРІЛЕР ҚАБЫЛДАҒАНЫН АНЫҚТАУ. ЕРЕКШЕ КӨҢІЛ БӨЛҮДІ ҚАЖЕТ ЕТЕТІН ДӘРІЛЕР АНГИОТЕНЗИНГЕ АЙНАЛДЫРУШЫ ФЕРМЕНТ, АНГИОТЕНЗИН РЕЦЕПТОРЛАРЫН ТЕЖЕУШІЛЕР, СТЕРОИДТЫ ЕМЕС ҚАБЫНУҒА ҚАРСЫ ДӘРІЛЕР, АМИНОГЛИКОЗИДТЕР, РЕНТГЕНКОНТРАСТТЫ ЗАТТАР**

Нәресте және оның анасымен алғаш кездескенде барлық мәліметтерді нақты тіркеу қажет. Дене салмағы, ағзадағы сұйықтық кірісі мен шығысының тепе-теңдігі, сараптамалардың бұрынғы және қазіргі қорытындылары және басқа мәліметтер ЖБЖ себебін түсіну мен сәйкес емді тағайындаудың жалғыз мүмкіндігі болуы мүмкін.

ЖБЖ диагностикасы үшін зәрдің осмотикалық концентрациясы және зәрдегі натрий, креатинин мен ақуыздың деңгейі маңызды.

Физикальды қарау кезінде ағза гидратациясының дәрежесін бағалау, науқасты жүргізу әдісін анықтауда маңызы зор (әсіресе бүйрек жеткіліксіздігі кезеңінде (F-RIFLE) – шөлдеу, терінің, шырышты қабаттың құрғақтығы немесе ісінудің болуы, салмақ қосу немесе жоғалту, орталық венозды қысым деңгейі, ентігу).

Тері түсі, бөртпелер, дене қызуы, көз түбінің жағдайы, орталық жүйке жүйесінің, тыныс алу және жүрек-тамыр жүйесінің көрсеткіштері, гепатоспленомегалия немесе бауыр өлшемінің кішіреюі, поликистоз кезінде пальпацияда бүйректің ұлғаюы, ісік кезінде қуықтың ұлғаюы, диурезді бағалау (олигурия, анурия, полиурия, никтурия) және міндетті күнделікті өлшеу секілді көрсеткіштер

- **БҮЙРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНЕ КҮМӘН ТУЫНДАҒАНДА МІНДЕТТІ ТЕКСЕРУ ГИПЕРКАЛИЕМИЯНЫ АНЫҚТАУ БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ, БҰЛ КАЛИЙДІҢ АДЕКВАТТЫ ЭКСКРЕЦИЯСЫ БҰЗЫЛЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ, АЦИДОЗ БОЛУЫ СЕБЕБІНЕН КАЛИЙДІҢ ЖАСУША ІШІ ЖӘНЕ ЖАСУШАДАН ТЫС КЕҢІСТІК АРАСЫНДА АУЫСУЫ, ЖАРАҚАТ, СЕПСИС КЕЗІНДЕ ТІНДЕРДЕН КАЛИЙДІҢ ШЫҒУЫ. ЖИІ ЖОҒАРЫ ДӘРЕЖЕЛІ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ СИМПТОМСЫЗ, ОЛ БРАДИКАРДИЯНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫ КЕЗІНДЕ АНЫҚТАЛУЫ МҮМКІН, АЛ КЕЙДЕ ТАХИКАРДИЯ ЖӘНЕ/НЕМЕСЕ ЖҮРЕК ҚАҒЫСЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСЫ БОЛУЫ МҮМКІН. КОРРЕКЦИЯ БОЛМАҒАН КЕЗДЕ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ЖҮРЕКТІҢ КЕНЕТ ТОҚТАУЫНЫҢ СЕБЕБІ БОЛУЫ МҮМКІН, ОНЫҢ ҚАУІПТІЛІГІ ОНЫҢ АЦИДОЗБЕН ҚОСА ЖҮРГЕН КЕЗІНДЕ АСА ЖОҒАРЫЛАЙДЫ. ГИПЕРКАЛИЕМИЯ КЕЗІНДЕ ПАРЕСТЕЗИЯЛАР, БҰЛШЫҚЕТТІҢ ӘЛСІЗДІГІ, ӨТПЕЛІ САЛДАНУЛАР ПАЙДА БОЛУЫ МҮМКІН. УАҚЫТЫЛЫ АНЫҚТАУ ҮШІН ҚАН ПЛАЗМАСЫНДАҒЫ КАЛИЙ ДЕҢГЕЙІН ТҰРАҚТЫ БАҚЫЛАУ ЖӘНЕ ҰЗАҚ УАҚЫТҚА ЭКГ-МОНИТОРИНГ ҚАЖЕТ.**

K+

K+

K+

K+

K+

БҮЙРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНЕ КҮМӘНДАНҒАН КЕЗДЕ КРЕАТИНИННІҢ ДЕҢГЕЙІН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ШУМАҚТЫҚ ФИЛЬТРАЦИЯНЫҢ ЖЫЛДАМДЫҒЫН ЕСЕПТЕУ ҚАЖЕТ(ШФЖ) (1,2 КЕСТЕЛЕР).

КЕСТЕ – 1. АЗ САЛМАҚТЫ НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ӨМІРІНІҢ БІРІНШІ АПТАСЫНДА ҚАН ПЛАЗМАСЫНДАҒЫ КРЕАТИНИННІҢ (МКМОЛЬ/Л) ОРТАША ДЕҢГЕЙІ

(J-P. GUIGNARD, F. SANTOS, МОДИФ. E.SULIOK 2010).

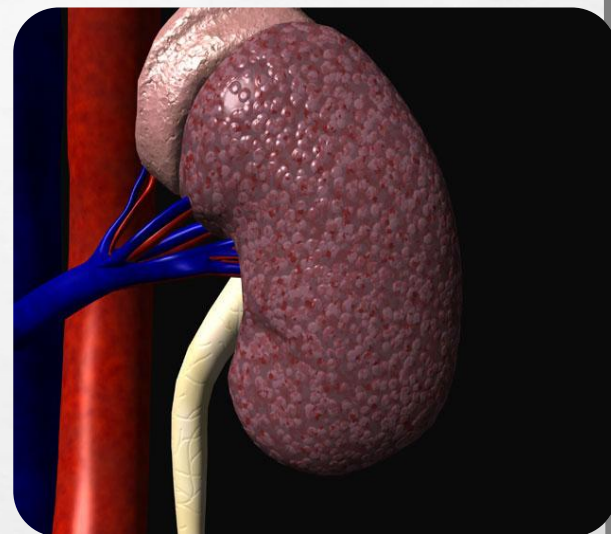
ТУЫЛҒАНДАҒЫ САЛМАҒЫ	ЖАСЫ (КҮНДЕР)			
	1-2	8-9	15-16	22-23
1001-1500	92±5	64±5	49±4	35±3
1501-2000	90±5	58±7	50±8	30±2
2001-2500	83±5	47±7	38±8	30±10
ЖЕТІЛІП ТУЫЛҒАНДАР	66±3	40±4	30±8	27±7

КЕСТЕ – 2. ШФЖ ҚАЛЫПТЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ.

<i>ЖАСЫ</i>	<i>ШФЖ (МЛ/МИН/1,73М²)</i>
<i>ШАЛА ТУЫЛҒАН 3-5 АПТА</i>	<i>30-45</i>
<i>ЖЕТІЛІП ТУЫЛҒАНДАР 2 АПТА</i>	<i>40-65</i>
<i>1 ЖАС</i>	<i>100-120</i>



- **ШФЖ ТУЫЛҒАННАН КЕЙІН ТӨМЕН ЖӘНЕ ГЕСТАЦИЯЛЫҚ ЖАСПЕН БАЙЛАНЫСТЫ БОЛАДЫ. ОЛ ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДА 5 МЛ/МИН/М² (ГЕСТАЦИЯНЫҢ 28 АПТАСЫ) ЖӘНЕ 12 МЛ/МИН/М² ЖЕТІЛІП ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДА. ПОСТНАТАЛЬДЫ КЕЗЕҢДЕ ШФЖ ҚАРҚЫНДЫ ЖОҒАРЫЛАУЫ БОЛАДЫ, ЕКІ АПТАЛЫҚ ЖАСТА ЕКІ ЕСЕГЕ АРТАДЫ ЖӘНЕ 1-2 ЖАСТА ЕРЕСЕКТЕРДІҢ ДЕҢГЕЙІНЕ ЖЕТЕДІ. ОСЫҒАН БАЙЛАНЫСТЫ ПЛАЗМАДАҒЫ КРЕАТИНИННІҢ ДЕҢГЕЙІ ӨЗГЕРЕДІ. ОЛ ТУЫЛҒАН КЕЗДЕ АНАСЫНА СӘЙКЕС БОЛАДЫ ЖӘНЕ 2 КҮН ІШІНДЕ ТРАНЗИТОРЛЫ ЖОҒАРЫЛАУДАН КЕЙІН 3-ШІ КҮНІ 70 МКМОЛЬ/Л, 5-7-ШІ КҮНДЕРІ 44 МКМОЛЬ/Л ДЕЙІН ҚАРҚЫНДЫ ТӨМЕНДЕЙДІ, ӨМІРІНІҢ 2-ШІ АПТАСЫНЫҢ СОҢЫНДА 26-35 МКМОЛЬ/Л ДЕҢГЕЙІНДЕ ТҰРАҚТАНАДЫ.**



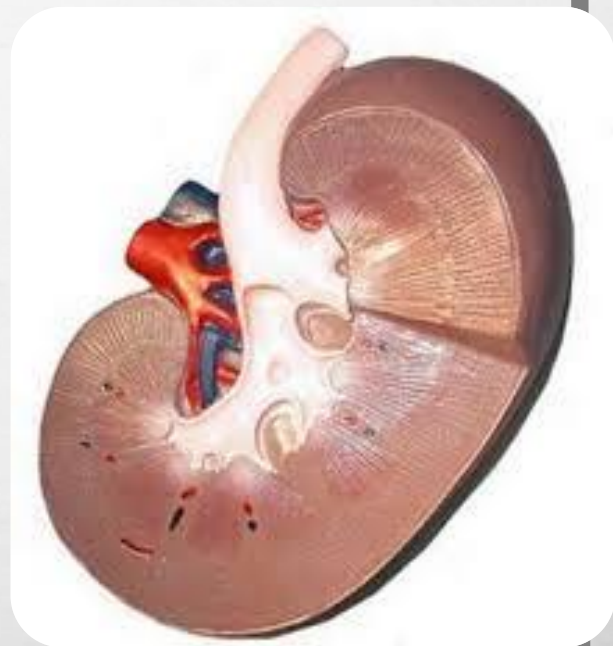
ЖБЖ ДАМУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН, АЛМАСТЫРУШЫ БҮЙРЕКТІК ЕМНІҢ ҚАЖЕТТІЛІГІ МЕН ӨЛІМ-ЖІТІМДІ БАҒАЛАУДЫҢ ОБЪЕКТИВТІ ӘДІСІ 2007 ЖЫЛЫ ҚАБЫЛДАНҒАН ТҮРЛЕНДІРІЛГЕН БАЛАЛАР ШКАЛАСЫ **RIFLE БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ (RISK – ҚАУІП, INJURY – ЗАҚЫМДАЛУ, FAILURE – ЖЕТКІЛІКСІЗДІК, LOSS – БҮЙРЕКТІҢ ҚЫЗМЕТІН ЖОҒАЛТУЫ, END STAGE – ТЕРМИНАЛЬДЫ БҮЙРЕКТІК ЖЕТКІЛІКСІЗДІК).**

КЕСТЕ – 3. БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН ТҮРЛЕНДІРІЛГЕН RIFLE КРИТЕРИЙЛЕРІ (2007).

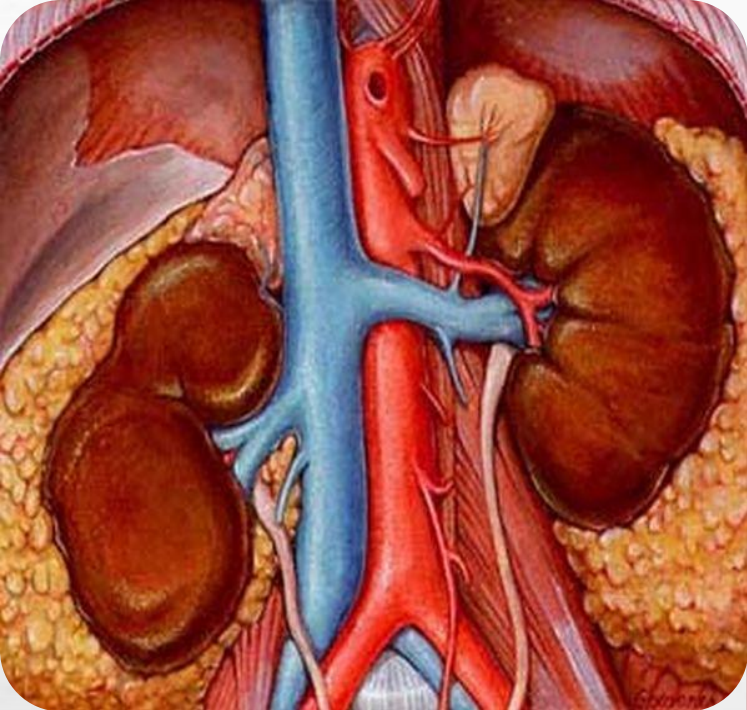
КЛАССТАР	ШУМАҚТЫҚ ФИЛЬТРАЦИЯНЫҢ КРИТЕРИЙЛЕРІ БОЙЫНША	ДИУРЕЗ КРИТЕРИЙЛЕРІ БОЙЫНША
ҚАУІП	ШФ 25% ТӨМЕНДЕУІ	<0,5 МЛ/КГ/САҒАТ X 8 САҒАТ
ЗАҚЫМДАЛУ	ШФ 50% ТӨМЕНДЕУІ	<0,5 МЛ/КГ/САҒАТ X 16 САҒАТ
ЖЕТКІЛІКСІЗДІК	ШФ 75% ТӨМЕНДЕУІ НЕМЕСЕ ↓ШФЖ <30 МЛ/МИН/1,73М²	<0,3 МЛ/КГ/САҒАТ X 24 САҒАТ НЕМЕСЕ АНУРИЯ 12 САҒАТ ІШІНДЕ
БҮЙРЕКТІҢ ҚЫЗМЕТІН ЖОҒАЛТУЫ	ТҰРАҚТЫ ЖБЖ; БҮЙРЕКТІҢ ҚЫЗМЕТІН ТОЛЫҚ ЖОҒАЛТУЫ>4 АПТА	
ТЕРМИНАЛЬДЫ БҮЙРЕКТІК ЖЕТКІЛІКСІЗДІК	ТСБЖ>3 АЙ	

• **ОСЫЛАЙША ЖБЖ АНЫҚТАУ ҮШІН 2 КРИТЕРИЙ ТАҢДАЛДЫ– *САРЫСУЛЫҚ КРЕАТИНИН ЖӘНЕ ДИУРЕЗ*. 50% ЖАҒДАЙДА ЖБЖ ОЛИГУРИЯЛЫҚ ЕМЕС БОЛУЫ МҮМКІН ЕКЕНІН ЕСКЕРУ КЕРЕК, ЯҒНИ БҮЛ ЖАҒДАЙДА САРЫСУЛЫҚ КРЕАТИНИН КӨРСЕТКІШІ – ЖБЖ ЖАЛҒЫЗ КРИТЕРИЙІ БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ.**

• **RIFLE КЛАССИФИКАЦИЯСЫ ЖБЖ КҮНДЕЛІКТІ КЕЗДЕСТІРМЕЙТІН ӘР-ТҮРЛІ МАМАНДЫҚ ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ТӘЖІРИБЕСІНЕ ЕНГІЗУ ҮШІН ҰСЫНЫЛҒАН. БҮЛ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ (НЕФРОЛОГТАР ЕМЕС) RIFLE КЛАССИФИКАЦИЯСЫН ЖАҚСЫ БІЛУІ, ОНЫҢ КРИТЕРИЙЛЕРІН БАҒАЛАУ МҮМКІНШІЛІГІ ЖБЖ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМІНІҢ НӘТИЖЕЛІГІНЕ ӘСЕР ЕТЕДІ.**



ДИАГНОСТИКАСЫ



- **ҚАННЫҢ ЖАЛПЫ АНАЛИЗИ**
- **ЗӘРДІҢ ЖАЛПЫ АНАЛИЗИ.**
- **ТӘУЛІКТІК ДИУРЕЗ ЖӘНЕ СҰЙЫҚТЫҚ МӨЛШЕРІ.**
- **ЗИМНИЦКИЙ, НЕЧИПОРЕНКО БОЙЫНША ЗӘР АНАЛИЗИ.**
- **ҚАННЫҢ Б/А: ЖАЛПЫ БЕЛОК, БЕЛОК ФРАКЦИЯЛАРЫ, МОЧЕВИНА, КРЕАТИНИН, БИЛИРУБИН, ТРАНСАМИНАЗА, АЛЬДОЛАЗА, КАЛИЙ, КАЛЬЦИЙ, НАТРИЙ, ХЛОРИДТЕР, ҚЫШҚЫЛДЫ-СІЛТІЛІ ТЕПЕ-ТЕНДІК.**
- **РАДИОИЗОТОПТЫ РЕНОГРАФИЯ ЖӘНЕ БҮЙРЕКТІ СКАНЕРЛЕУ.**
- **БҮЙРЕКТІ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ СКАНЕРЛЕУ.**
- **КӨЗ ТҮБІН ЗЕРТТЕУ.**
- **ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ**

КЕСТЕ – 4. НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ЖБЖ КЕЗІНДЕГІ ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

ЗЕРТТЕУЛЕР	ТӘН КӨРСЕТКІШТЕР	ЖБЖ СЕБЕПТЕРІ	
ЗӘР	<ul style="list-style-type: none"> • ЛЕЙКОЦИТТЕР, ЛЕЙКОЦИТАРЛЫ ЦИЛИНДРЛЕР • + БАКТЕРИУРИЯ 	ЖТИН ПИЕЛОНЕФРИТ	
	<ul style="list-style-type: none"> • ПРОТЕИНУРИЯ • ТӨМЕН МОЛЕКУЛЯРЛЫ АҚУЫЗДАР • ЭОЗИНОФИЛУРИЯ 	ЖТИН НЕФРОТИКАЛЫҚ СИНДРОМ	
	<ul style="list-style-type: none"> • КӨРІНЕТІН ГЕМАТУРИЯ 	ПОСТРЕНАЛЬДЫ СЕБЕПТЕР ЖАРАҚАТ	
	<ul style="list-style-type: none"> • ГРАНУЛЯРЛЫ НЕМЕСЕ ЭПИТЕЛИАЛЬДЫ ЦИЛИНДРЛЕР 	ЖТИН	
	ҚАН	<ul style="list-style-type: none"> • АНЕМИЯ 	ҚАНКЕТУ, ГЕМОЛИЗ
		<ul style="list-style-type: none"> • ЛЕЙКОЦИТОЗ 	СЕПСИС
ҚАННЫҢ БИОХИМИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІ	<ul style="list-style-type: none"> • МОЧЕВИНАНЫҢ ↑ • КРЕАТИНИННІҢ ↑ • K^+, Na^+, Ca^{2+}, PO_4^{3-}, Cl^-, HCO_3^- ӨЗГЕРІСТЕРІ 	ЖБЖ, БСА	
	<ul style="list-style-type: none"> • ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ, ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЯ 	НЕФРОТИКАЛЫҚ СИНДРОМ, БАУЫР ЦИРРОЗЫ	
ЗӘРДІҢ БИОХИМИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІ	<ul style="list-style-type: none"> • Na^+, ЭКСКРЕЦИЯЛАНАТЫН ФРАКЦИЯНЫ ЕСЕПТЕУ КРЕАТИНИНІ (FE_{Na}) 	ПРЕРЕНАЛЬДЫ ЖӘНЕ РЕНАЛЬДЫ ЖБЖ	

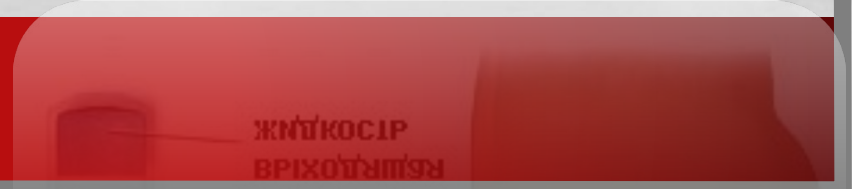
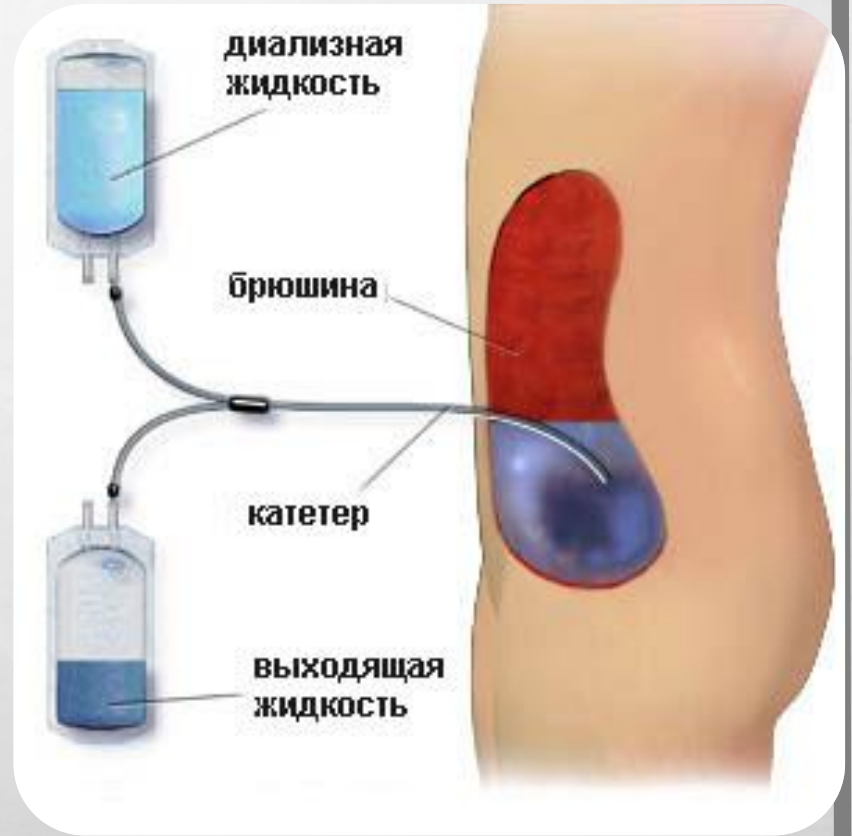
ЕМІ

КОНСЕРВАТИВТІ САТЫ ШУМАҚШАЛЫҚ ФИЛЬТРАЦИЯНЫҢ 40-15 МЛ/МИН ДЕЙІН ТӨМЕНДЕУМЕН ЖӘНЕ КОНСЕРВАТИВТІ ЕМНІҢ ҮЛКЕН МҮМКІНДІКТЕРІ. 2. ТЕРМИНАЛДЫ САТЫ ШУМАҚШАЛЫҚ ФИЛЬТРАЦИЯ ШАМАМЕН 15 МЛ/МИН, БҰЛ КЕЗДЕ БҮЙРЕКТЕН ТЫС ТАЗАРТУ (ГЕМОДИАЛИЗ, ПЕРИТОНЕАЛДЫ ДИАЛИЗ) НЕМЕСЕ БҮЙРЕКТІ АУЫСТЫРУ ТУРАЛЫ СУРАҚ ШЕШІЛУІ ҚАЖЕТ. СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ КОНСЕРВАТИВТІ САТЫСЫНДАҒЫ ЕМІ:

- ***1. УРЕМИЯҒА ӘКЕЛГЕН НЕГІЗГІ АУРУДЫ ЕМДЕУ.***
- ***2. ТӘРТІП.***
- ***3. ЕМДІК ТАМАҚТАНУ.***
- ***4. СҰЙЫҚТЫҚТЫ АДЕКВАТТЫ ҚОЛДАНУ (СУ БАЛАНСЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫН КОРРЕКЦИЯЛАУ).***
- ***5. ЭЛЕКТРОЛИТТІ АЛМАСУ БҰЗЫЛУЛАРЫН КОРРЕКЦИЯЛАУ.***
- ***6. БЕЛОК АЛМАСУЫНЫҢ СОҢҒЫ ӨНІМДЕРІНІҢ ЖИНАЛУЫН АЗАЙТУ (АЗОТЕМИЯМЕН КҮРЕС).***
- ***7. АЦИДОЗДЫ КОРРЕКЦИЯЛАУ.***
- ***8. АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУ.***



• ***9. АНЕМИЯНЫ ЕМДЕУ***



ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- **1 ПРАКТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ KDIGO 2012; САНКТ-ПЕТЕРБУРГ. 2012**
- **2 ТОМИЛИНА Н.А., ПОДКОРЫТНАЯ Л.П. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ// НЕФРОЛОГИЯ И ДИАЛИЗ – 2001 – № 1 – С. 1-14.**
- **3 СУКАЛО А. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ// ПЕДИАТРИЯ — 2008 — №39 — С. 873-876.**
- **4 GUIGNARD J.P., DRUKKER A. CLINICAL NEONATAL NEPHROLOGY. IN: BARRAT TM, AVNER ED, HARMON WE, EDS. PEDIATRIC NEPHROLOGY. PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS&WILKINS, 2009. P. 1123-1129.**
- **5 ANDREOLI S.P. ACUTE KIDNEY INJURY IN CHILDREN // PEDIATR NEPHROL -2009, 24: 256-263.**
- **6 НЕОНАТАЛЬНАЯ НЕФРОЛОГИЯ // А.В.ПАПАЯН, И.С. СТЯЖКИНА. – 2009. – 132 С.**