

Студенттің өзіндік жұмысы:

**Жедел бүйрек жетіспеушілігінің
клиникалық көріністері.**

Қабылдаған: Айтметова.Г
Орындаған: Айдар Нұрлыбай
Джакипова.А Қарсыбаев.Н Мақсұт.
М Махаммаджанова.Ф
Тобы: ЖМ-322

СӨЖ МАҚСАТЫ:

Жедел бүйрек жетіспеушілігі синдромы туралы түсінік қалыптастыру. Патогенезін, даму механизмін, клиникалық және лабораториялық белгілерін білуді үйрену.

СӨЖ ЖОСПАРЫ:

Кіріспе

Негізгі бөлім

1. ЖБЖ түсінігі

2. Клиникалық сатылары

3. Клиникалық көрінісі

4. Диагнозы

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

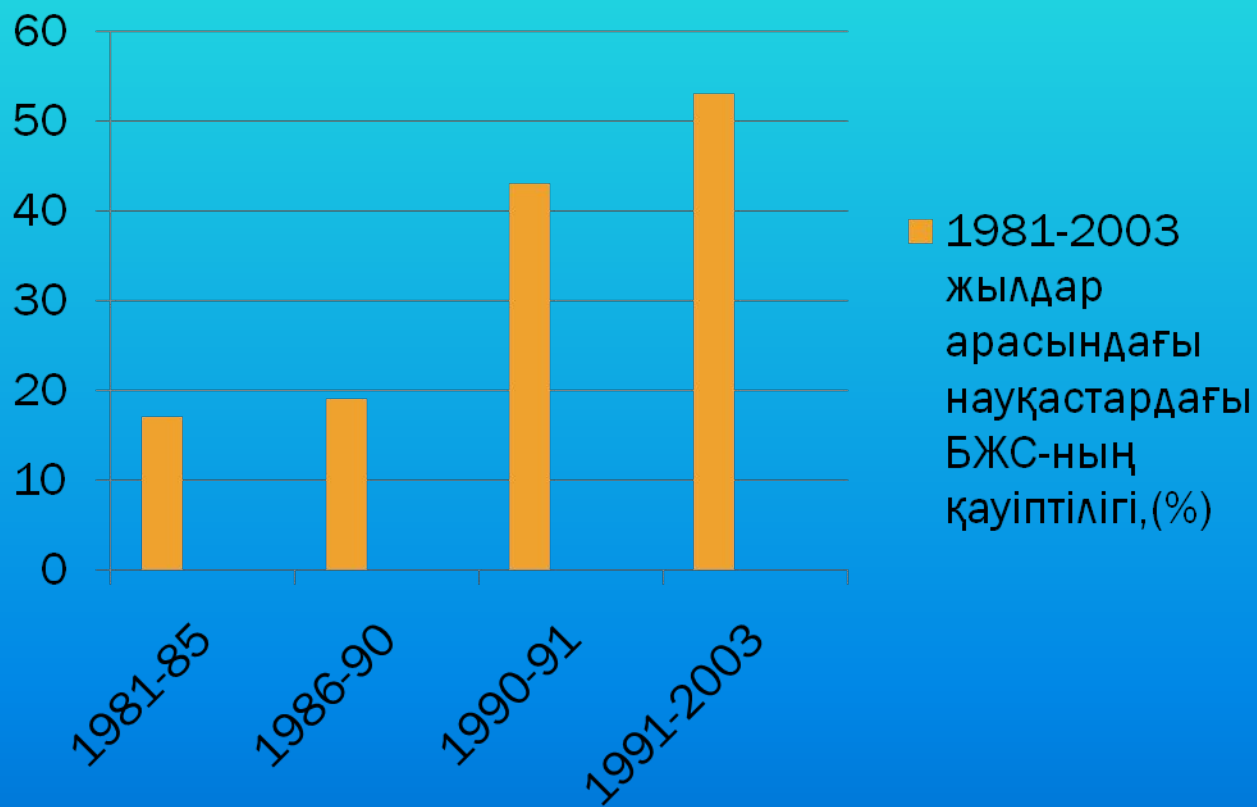
Бүйрек аурулары адамда ең жиі кездесетін
аурулар қатарына жатады. Медицинаның бүйрек
ауруларын зерттейтін саласын *нефрология* деп
атайды. Бүйректердің организм үшін маңызы өте
зор, Олар: біріншіден, азот зат алмасуының ең
соңғы өнімдерін бөліп шығарушы негізгі ағзалар
болып есептеледі, екіншіден, ішкі орта
тұрақтылығын, әсіресе қышқылды-сілтілі тепе-
теңдікті реттеуге тікелей қатынасады; үшіншіден
бүйрек шумақтарында (юкстогломерулалы
аппараттарында) қан қысымын реттейтін ренин
бөліп шығарылады



Егер гломерулалық фильтрдің негізгі мембрананың өткізгіштігі артып кетіп, несепте белоктар пайда болса, гипоальбуминемия, гиперлипидемия және ісінулер дамыса, оны *нефроздық синдром* деп атау қабылданған.

Нефриттік синдром үшін гематурия, шумақтық фильтрация-ның төмендеуі, гипертензия тән. Бұл кезде шумақ капиллярла-рындағы, эндотелий немесе мезангий жасушаларының көбеюі, яғни қабыну үрдісінің дамуы байқалады. Кейде бұл екі құбылыс қатар жүреді.

Егер бүйрек шумақтарындағы өзгерістер өте тез дамығанда *жедел бүйрек жетіспеушілігінің* клиникалық белгілері пайда болады.





Аталған дерттердің ішінде бүйректің созылмалы шамасыздығының негізгі себептері болатыны:

Гломерулонефрит	33.1%
Пиелонефрит	20.9%
Поликистоз	9%
Жүйелі аурулармен қантты диабет	7.7%

Патогенезі

ЖБЖ даму жолдарында көпшілік себепкер ықпалдардың әсерлерінен бүйректің, әсіресе сыртқы қабатында, қан айналымының бұзылыстары, ишемия дамуының маңызы зор. Ишемия айналымдағы қан көлемінің азаюынан, бүйрек шумақтарына енетін артериолалардың қатты жиырылып қалуынан немесе тамыр ішінде шашыранды қан ұю синдромы дамуынан байқалады.





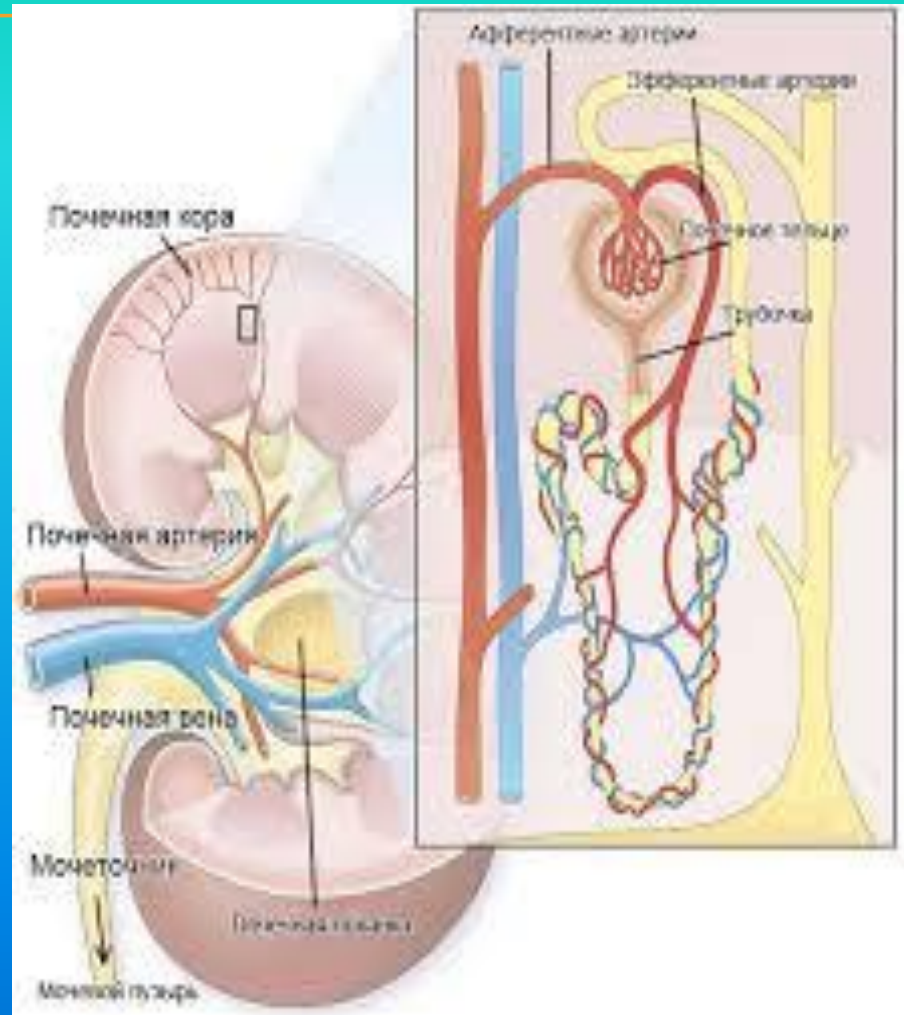
Диурездің сандық өзгерістері

Полиурия — тәулігіне бөлінетін несеп көлемінің көбеюі. Ол ағзаға сұйықты табиғи жолмен көп мөлшерде беру немесе изотониялық тұзды ерітінділер, глюкоза сияқты сұйықтарды денеге көп енгізгенде дамиды. Полиурия шақыратын өзгерістер инсулиннің, антидиуретикалық гормонның жетіспеушілігі. Сол сияқты полиурия созылмалы нефриттің белгілі бір сатысында дамиды. Каналшалық реабсорбцияның 1% төмендеуі несеп мөлшерін 2 есе көбейтеді.

Олигоурия және анурия бүйректерге байланысты немесе байланыссыз болып келуі мүмкін. Несептің азаюы немесе мүлдем болмай қалуы несеп тасы ауруында кездеседі, ол тек бір жақ бүйректе болғанның өзінде ренореналдық ауырсыну рефлексі бүйректер қан айналысын нашарлатып, ондағы қысымды төмендетеді. Анурия кейбірде психогенді дамиды, мысалы, қатты қорқып-шошынғанда.

Поллакурия — несепті жиі төгу бірақ ол полиурияға байланыссыз болуы мүмкін. Поллакиурия қуық қабынғанда оның бір белгісі болып байқалады. Кіші дәреттің жиі келуі несеп жолдарындағы рецепторлар тітіркенуінің шегінің төмендеуімен байланысты, рефлекс шапшаң жүреді.

Никтурия — түнде бөлінетін несеп мөлшері күндізгіден көбірек болады. Қалыпты жағдайда күндіз түнге қарағанда несеп 2 есе көп бөлінеді.





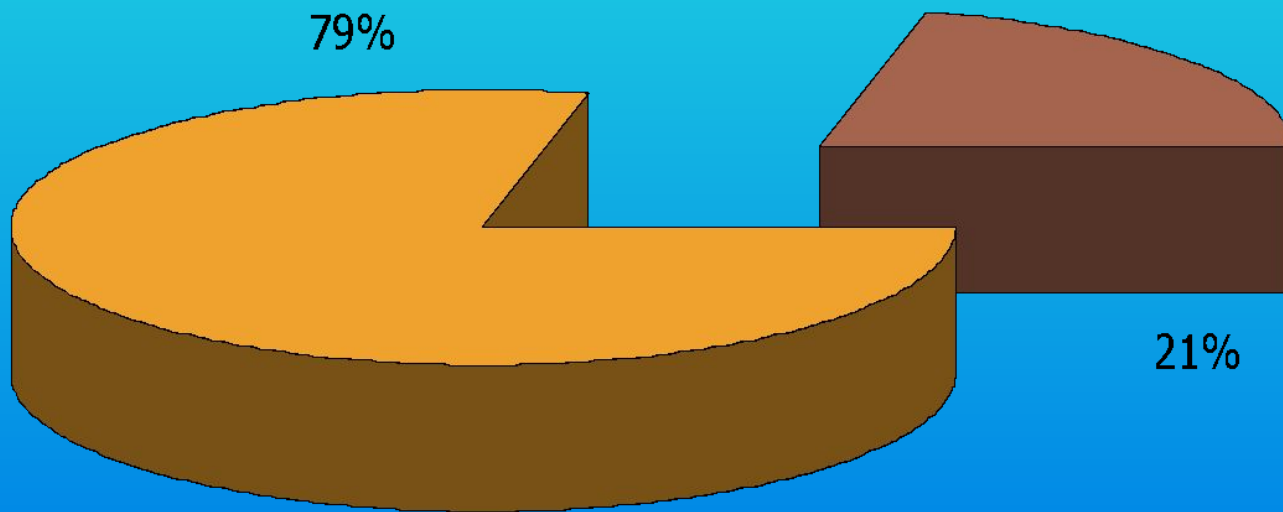
Несеп құрамының өзгерістері



Несептің меншікті салмағы 1,016-1,020. Егер несеп меншікті салмағы төмендесе – гипостенурия дейді. Егер меншікті салмақ шумақта сүзілген сұйыққа тең болса – изостенурия делінеді, ол 1,00-1,011 шамасында. Несептің меншікті салмағы бүйректердің концентрациялау қабілетін көрсетеді. Құрғақ тамақ беру, сұйық тамақ беру сияқты сынамалар арқылы ерекше тексерулер жүргізіледі. Ең бір қолайлы С.С.Земиницкий сынамасы болады. Бір қалыпты тек төменгі меншікті салмақты /гипоизостенурия/ несеп бөлінетін болса, ол ауыр бүйрек дерті болғандығы. 1827 жылы Ричард Брайт бірінші болып несептен белоктың бөлінуі — протеинурия бүйрек ауруларының ауырлығына байланысты екенін көрсетті. Сол кезден бастап несепте белок табу бауыр патологиясын айыруға қолданылатын ерекше скрининг — тест болды. Қалыпты жағдайда несепте белок 10 мг%-тен аспайды. Жаңа туған балаларда ол көрсеткіш жоғарырақ, 3-4 есе. Қара жұмыс істеп көп ұзақ уақыт қозғалыста болғанда физиологиялық протеинурия байқалады. Адам беліндегі лордоз тым көп болған күнде, мысалы жас балаларда протеинурия, байқалады.

ЖБЖ кезіндегі қауіптілік

212 НАУҚАС ІШІНДЕ



■ Улучшение

■ Умерло

Таблица 27. Описание участников исследования MDRD, у которых развилась почечная недостаточность: Функция почек.

Измерение	Среднее значение	SD	Амплитуда показателей
Креатинин сыворотки (ммоль/л)	0.61	0.17	0.29-1.01
Азот мочевины (ммоль/л)	22.14	6.43	10 - 42.14
Kt/V _{ur}	1.7	0.6	0.8–3.2
СКФ (клиренс ¹²⁵ I-иоталамата) *	9.1	3.0	4.1–18.2
СКФ (по формуле из исследования MDRD) *	9.6	3.3	4.9–18.3
C _{Cr} (измеренный) *	10.8	4.5	3.9–25.7
C _{Cr} (по формуле Cockcroft-Gault) *	12.6	4.2	6.2–25.3
(C _{Cr} + C _{urea})/2 *	8.4	3.1	3.3–18.8

Данные Levey, 1998.⁷⁶

* Единица измерения клиренса: мл/мин/1.73 м².
SD - стандартное отклонение.

Несеп жолдарының құрамындағы белоктардың шығуы несеп белогын көбейтеді. Протеинурия көбеюі целиндроуриямен бірге жүреді.

Целиндроурия дегеніміз несеппен цилиндр тәріздес денелердің шығуы. Гиалинді цилиндрлер жиі шығады — олар каналшалар пішіндес, қалыптан шыққандай болып келеді, көбіне қышқылды немесе нейтралды /бейтарапты/ реакциясы бар несепте болады. Эпителиалді және түйіршікті целиндрлер сирек кездеседі.

Гемоглобинурия — гемоглобинкің несеппен шығуы, ол тамыр ішіндегі гемоглобинге байланысты, кейбірде галтоглобин жетіспеуінен болады.



ҚАЛЫПТЫ БҮЙРЕКПЕН ПАТОЛОГИЯҒА ҰШЫРАҒАН БҮЙРЕК



Гематурия — несептен эритроциттердің бөлінуі: олар сілтісізделген көлеңке тәріздес эритроциттер, бүйректер ауруына байланысты, шумақ мембранасының өткізгіштігінің жоғарлауынан дамиды. Ал өзгеріссіз эритроциттер кездесе ол несеп тастарынан немесе басқа несеп жолдарының жарақатынан болады.

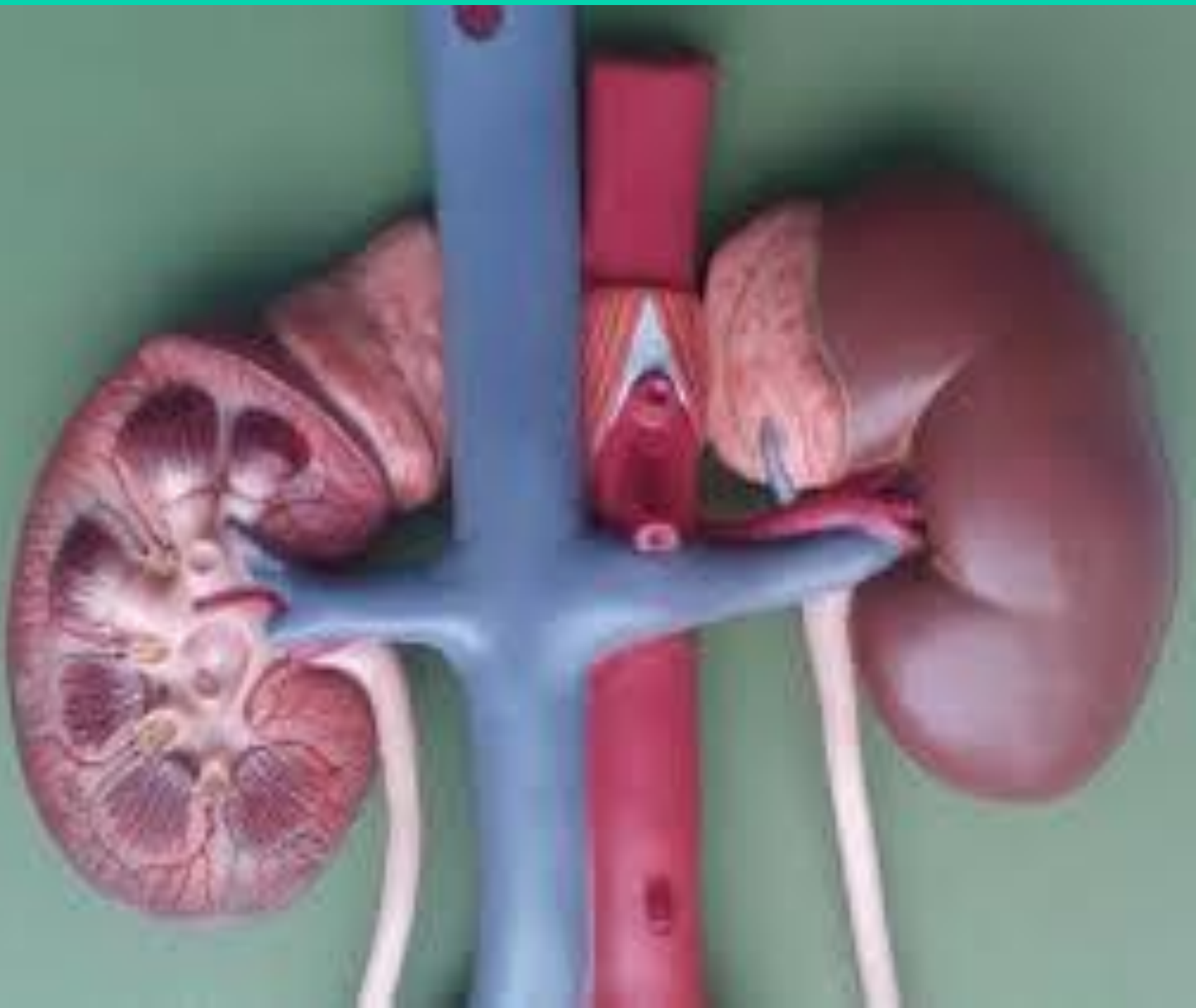
Несепте бірен-саран лейкоциттер қалыпты жағдайда кездеседі, егер көбейіп кетсе — лейкоцитурия дейді. Ал өте көбейіп кетсе — пиурия дейді. Пиурия іріңдік инфекцияға тән, ол несеп шығару жолдарында іріңді қабыну бар деген сөз.

Салурия — несептік, қымыздықтық, фосфорлық және басқа қышқылдардың тұзы табылғанда айтамыз.

БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ

. Пайда болуына қарай,





Пререналды түрінің пайда болуы біріншіден қан көлемінің азаюымен байланысты, сондықтан қан төгілгеннен кейін, шокта, жүрек жетіспеушілігінде болады.

Реналдық түрінің себебі:

1) нефротоксикалық әсерлерден, мысалы, ауыр металдар тұздарымен, органикалық еріткіштермен уланғанда; 2) бүйректердің инфекциялы-токсикалық аурулары (сепсис); 3) бүйректер қабынуы; 4) нефрондардың тығындалуы мысалы, гемолиз көбейгенде гемоглобиндер жиналады немесе ұзақ жаншылу болғанда, миоглобиндер нефронға жиналып ұсталады; 5) реноваскулярлық бұзылыстар-бүйректер тамырларында тромбоз және эмболия.

Постреналдық жедел бүйректер жетіспеушілігі бүйректен шығатын несеп жолдарының бітелуінен болады. Несеп тасы аурулары, ісік ауруы немесе қуықтан шығу жолдың бітелуі, ол простата аденомасында немесе гипертрофиясында дамиды.

Жедел бүйректер жетіспеушілігі қолайлы өткен жағдайда төрт клиникалық кезеңі болады: 1) бастапқы көріністері: 2) олигоурия: 3) диурез қалпына келуі: 4) сауығу. Егер екінші кезеңі үдеп асқынса, уремия, дамиды.

Бүйрек жетіспеушілігінің созылмалы түрі — ұзаққа созылған бүйректер ауруларының және несеп шығару жолдарының бұзылыстарының нәтижесі. Көптеген нефрондардың үдей бұзылуы олардың дәнекер тканьмен алмасуымен байланысты (нефросклерозбен) дамиды. Қалған нефрондар гипертрофияланады, бүйректер жетіспеушісінің басқа даму жолы болуы мүмкін-нефрондар саны қалыпты бірақ олардан сүзілу жылдамдығы төмендеп кетеді. Осы екі механизм қосылып кетуі де болып тұрады.

КЛИНИКАЛЫҚ САТЫСЫ



-
- Олигоанурия немесе анурия бүйрек қызметі әлсіреуінің барынша айқын белгісі болып табылады. Мұндай белгілерде науқастың күйі күрт бұзылады, тері тургоры төмендейді, көзі шүңірейеді, мазасызданады





БАСТАПҚЫ САТЫСЫ.

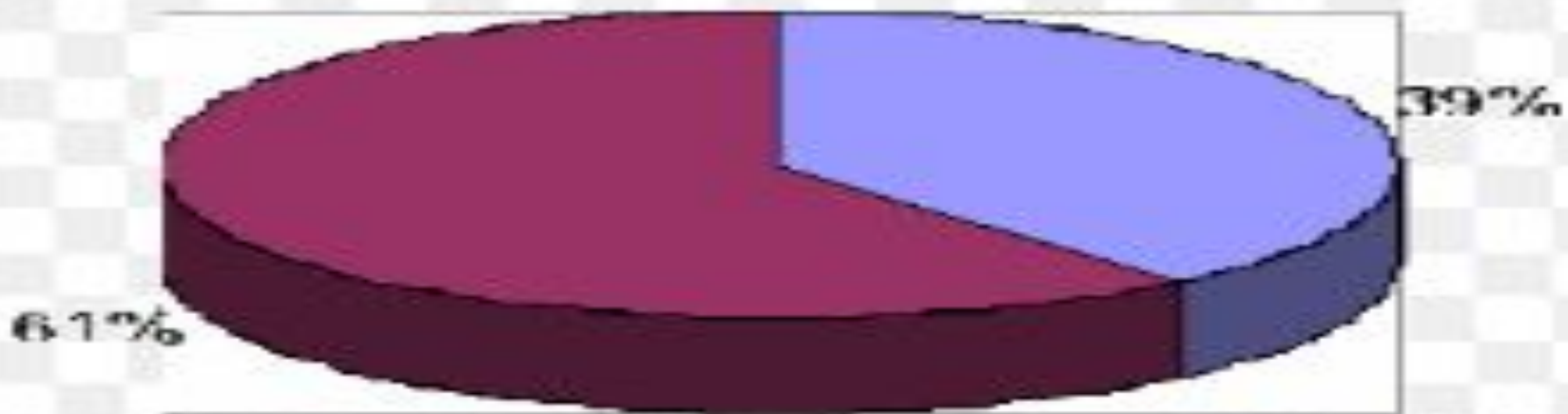


- Бұл сатының ұзақтығы интоксикацияға ғана емес, сондай-ақ шок, сепсис, улану секілді ауруларды тудырған себептерге байланысты. Бұл кезеңнің байқалатын клиникалық белгісі-циркуляторлық коллапс. Оның кейбір жағдайларда ұзаққа бармайтыны науқасты қараған сәтте байқалмайды, кейде тәуліктен артыққа созылады. Мұқият бақылауда гипергидратация, гиперазотемия

Олигоануриялық саты

- Ұзақтығы 2-11 күнге жетеді. Бұл ЖБЖ негізгі және ең қауіпті кезеңі. Несептің тәуліктік мөлшері 500 мл аспайды. Несеп күңгірт түсті, құрамында белок пен цилиндрлер көп болады. Анорексия, құсу, жүрек айну, ішектің кебуі, диарея пайда болады. Іштің өтуі іштің бітелуіне ұласады. Қан сарысуындағы мочевианың мөлшері 32-50 моль, креатинин 0,5-0,9 дейін көтеріледі.

61% бүйректік себептерден, 39% бүйректен тыс себептерден дамидын патогенез көрсеткіші



Диуретикалық саты 9-11 күнге созылады

Ерте диуретикалық фаза несептің мөлшері 2-4 литрге жетеді. Несептің тығыздығы төмен, құрамында мочевина мен креатинин мөлшері аз болады. Натрийдің, калийдің және басқа электролиттердің концентрациясы нормаға жетеді.



Полиурия фазасы бірінші аптасының соңына қарай гиперазотемия жойылып, су-электролиттік тепе-теңдік қалпына келеді.



Загружено на Lasola.ru



Камень в
мочеточнике

Сауығу сатысы.

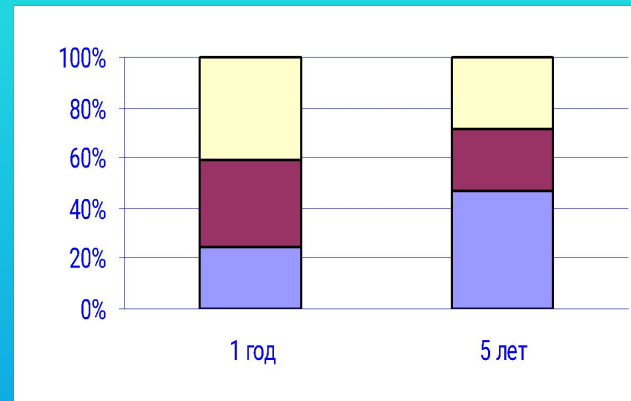
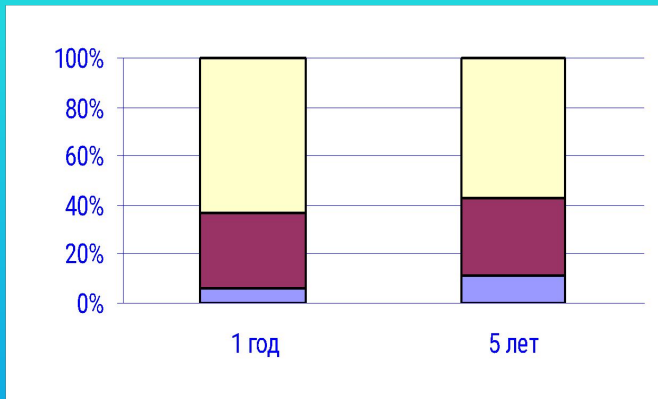
- Бүйректің қызметі толығымен қалпына келеді-бұл 6-12 айға созылады.





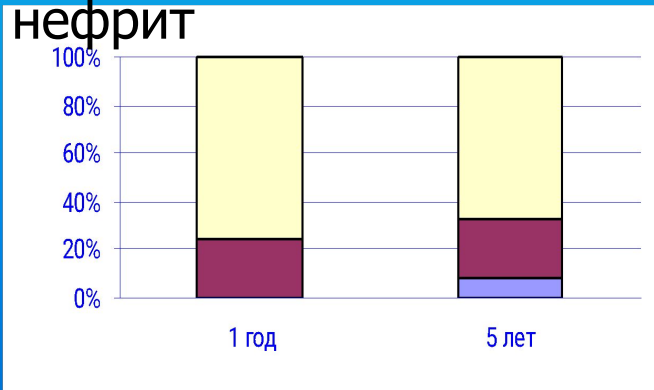
Исходы ОПН

Острый канальцевый некроз Острый гломерулонефрит

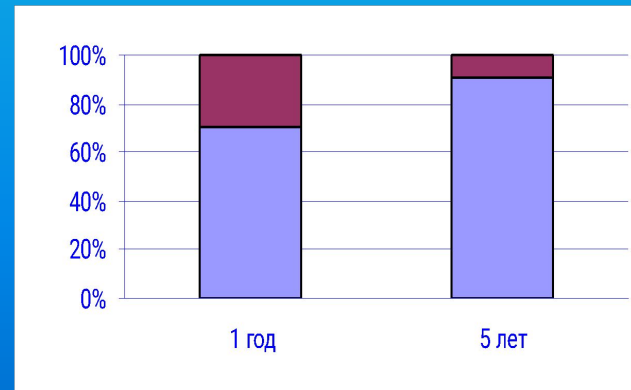


- Полное восстановление
- Частичное восстановление
- Необратимые изменения

Острый тубулоинтерстициальный нефрит



ГУС/Кортикальный некроз



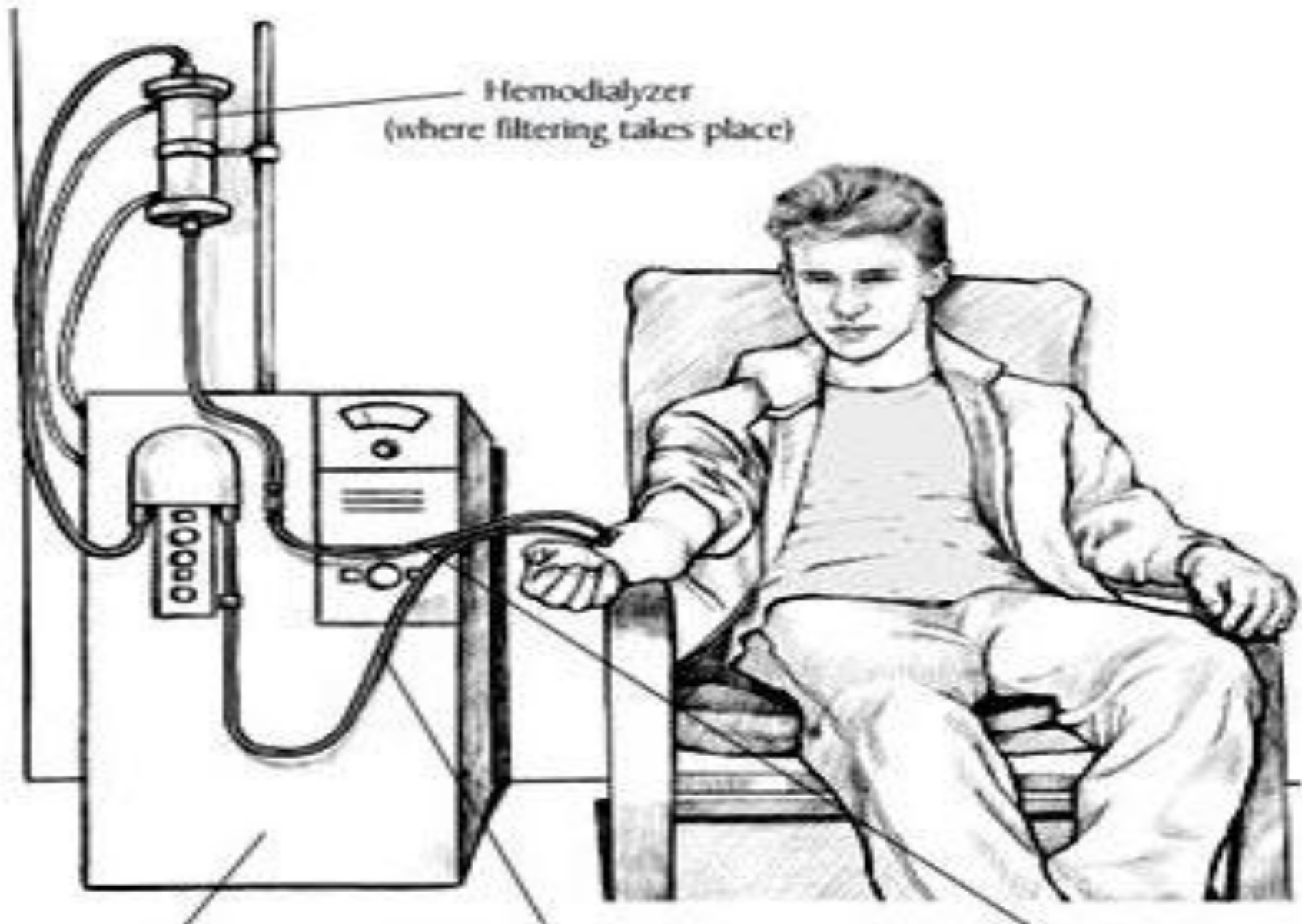
Диагноз

ЖБЖ диагностикасында анамнез жетекші орынды алады. Улы өнімдердің, дәрілік препараттардың қолданылғанын, екіқабаттықты тоқтату әрекетінің болғанын анықтау үшін сұрау жүргізіледі.

- Ультрадыбыспен зерттеу және компьютерлік томография бүйректің орнын, көлемін, гидронефроздық трансформацияның немесе несеп жолдарын қысатын ісіктің бар-жоқтығын анықтауға мүмкіндік береді.
- ЖБЖ ауырған науқастардың 70% еңбек қабілеті қалпына келеді, қалғаны жеңіл жұмысқа ауысуы тиіс немесе еңбекке жарамсыз болып қалады.



Созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне шалдыққан науқастардың өмірін гемодиализ арқылы ұзартуға болады. Гемодиализ гректің «гемо»–қан, «диализ» – тазалау деген сөзінен шыққан. **Гемодиализ** — қанды бүйректен тыс тазарту әдісі. Қандағы адам ағзасының өмір сүруіне қажетсіз өнімдер мен сулар арнайы мембраналық сүзгіден өткізіледі. Сүзгі тесіктерінің өте тар екендігі соншалық, одан қан жасушалары мен протеиндер өте алмайды.



Hemodialyzer
(where filtering takes place)

Hemodialysis
machine

Unfiltered blood flows
to dialyzer

Filtered blood flows back
to body



Аппарат для проведения гемодиализа

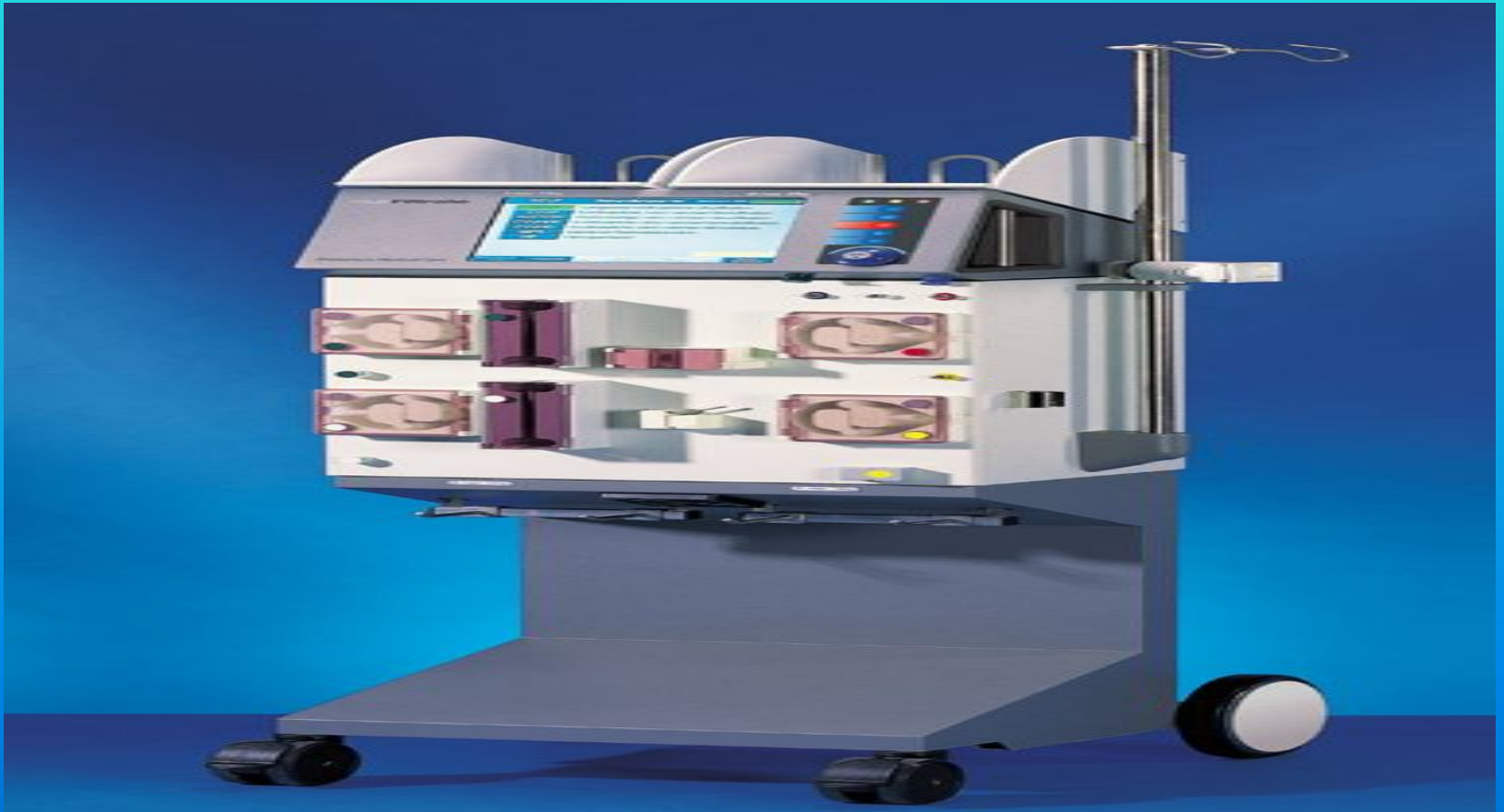
Кровь, поступающая в диализатор

Кровь, поступающая обратно в организм



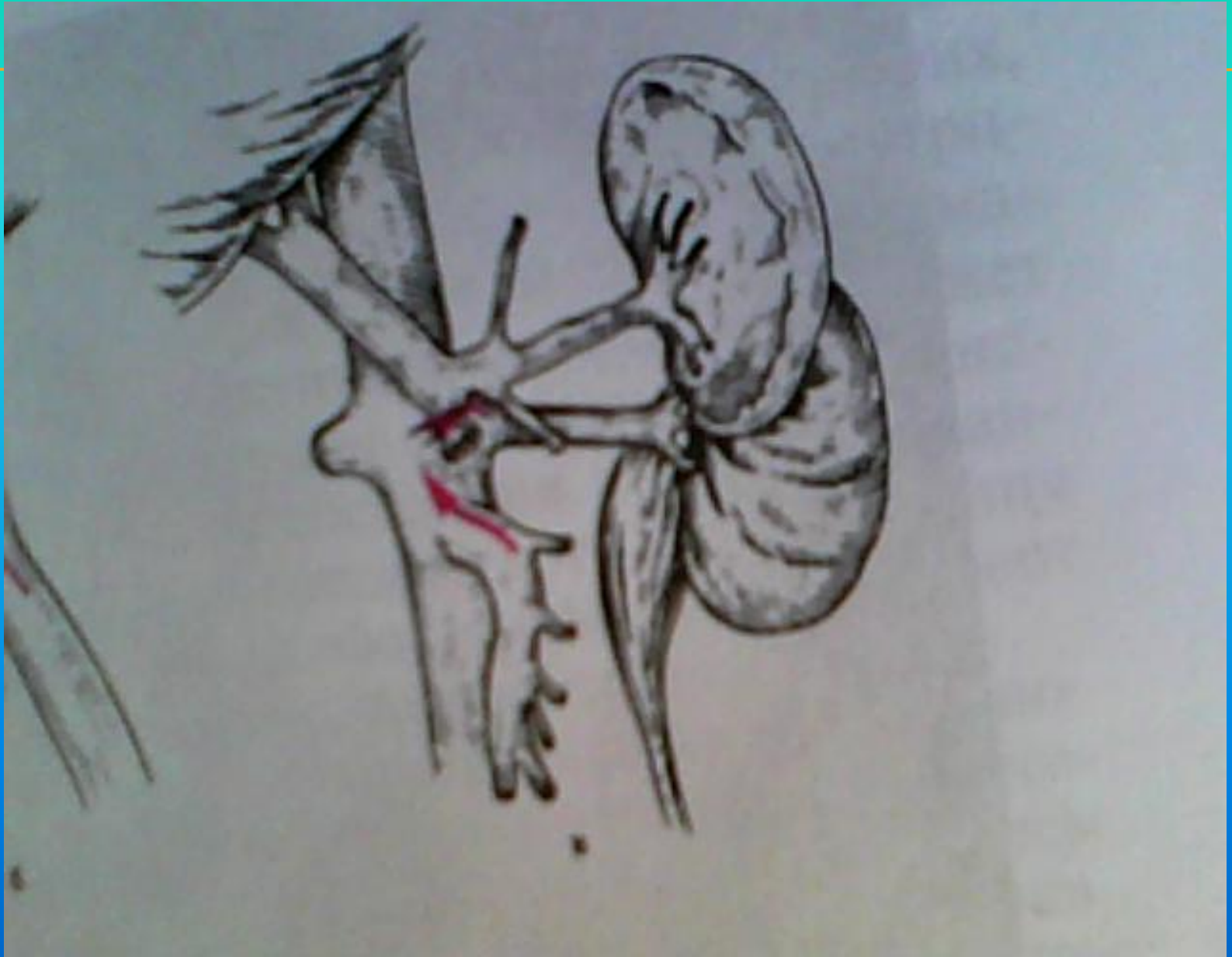
Процесс проведения гемодиализа

Тазарған қан кейінірек науқастың күретамыры арқылы ағзаға қайта құйылады. Қос бүйрегі істен шыққан науқастар аптасына екі немесе үш рет гемодиализ қабылдап, қанын тазартуға мәжбүр. Ауа жетпеген адам өмір сүре алмайтыны сияқты, қанды бүйректен тыс тазарту әдісі жасалмаған жағдайда науқастың жасушалары тұншығады. Мәселен, гемодиализды қабылдау уақыты 4 сағат делік. Осы уақыт ішінде қан неғұрлым көп айналып шығатын болса, науқас ауру тудыратын улы заттардан соғұрлым көбірек тазаланып, денсаулығы жақсарады



multiFiltrate





ҚОРЫТЫНДЫ

Тым ерте басталып, жанға батпай жүре беретін қауіпті аурудың алдын алу үшін шаншу, сыздау сынды белгілері біліне басталысымен-ақ, мамандарға қаралып, тиісті ем қабылдау керек. Емделу үшін дәрігер тарапынан нақты диагноз қойылу шарт. Өкінішке орай, кейбір жағдайда ертерек басталған бүйректің созылмалы жетіспеушілігін дәл анықтау қиынға соғады. Өйткені жылдар бойы белгі бермеген кесел салдарынан бүйректің көптеген нефрондары өліп қалуы мүмкін. Қалай десек те, әрбір адам өз денсаулығының иесі. Сондықтан «ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде» деген қағиданы берік ұстанған абзал.

□ Пайдаланылған әдебиеттер!

- Пропедевтика және ішкі аурулар кафедрасы
- Медициналық жоғарғы оқу орындарының студенттеріне арналған оқулық Б.С. Қалимурзина.
- Пікір жазғандар:
- Қарқабаета А.Ж м.ғ.д, профессор
- Байтурин С.А м.ғ.д, профессор
- Түзелбаев Н.К м.ғ.д, профессор
- Әбішева С.Т м.ғ.д, профессор
- Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы оқу құралы Айтбембет Б.Н – Алматы «Эффект» баспасы, 2010-568 бет

□





**Назар
аударғандарыңызға
рахмет !**

