

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ  
АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ  
ҚАЗАҚ - ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ



HOCA AHMET YESEVI  
ULUSLARARASI  
TURK - KAZAK  
UNIVERSITESI

# МЕДИЦИНА ФАКУЛЬТЕТІ

Тақырыбы: *Жедел бүйрек  
жетіспеушілігінің клиникалық  
көріністері*

Орындаған: Қалыбекова Л,  
Темір Ж, Әметбекова Ж, Баянова Б.  
Сәрсенова Ұ.  
Қабылдаған: Алиева Л.

# ***Жоспары:***

## **I. Кіріспе**

Мақсаты мен зерттеу маңыздылығы  
Жедел бүйрек жеткіліксіздігі туралы  
түсінік

## **II. Негізгі бөлім:**

Этиологиясы

Патогенезі

Клиникалық көрінісі

## **III. Қорытынды**

## **IV. Пайдаланылған әдебиеттер**

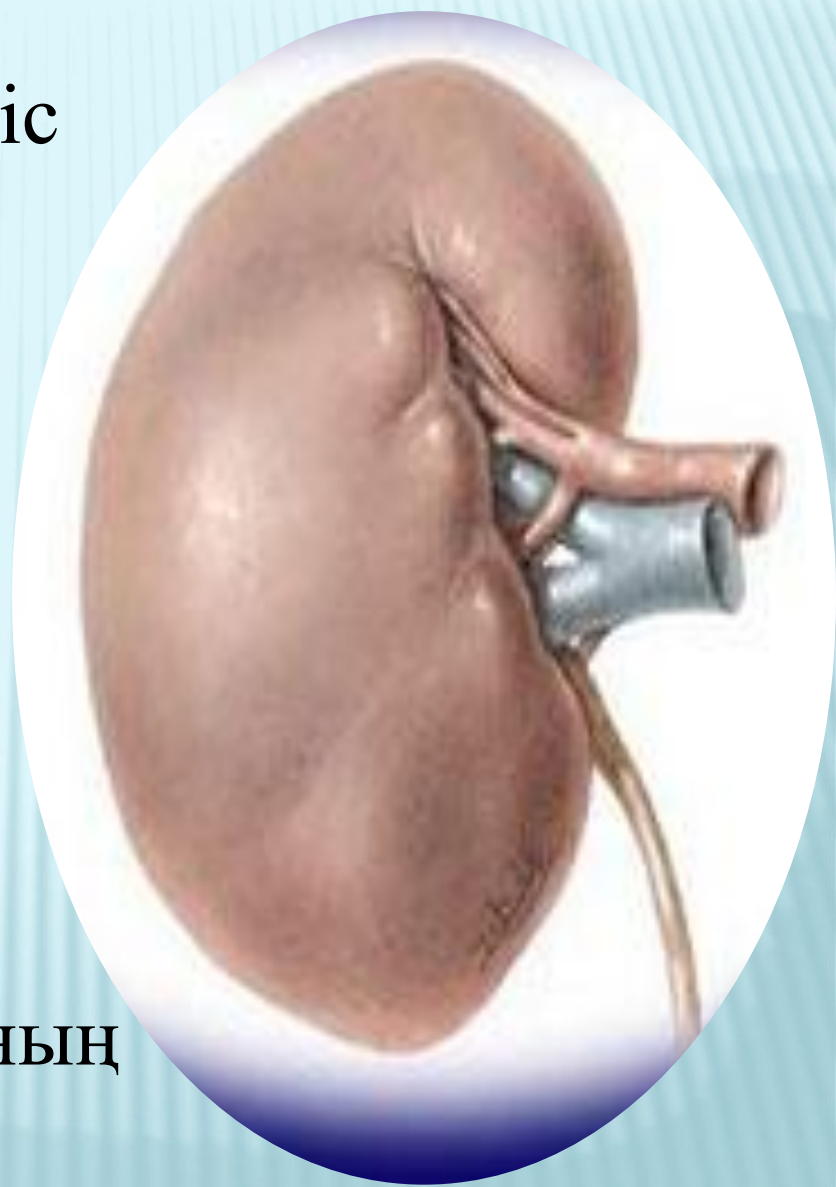
KLIPICIE



## *Мақсаты мен зерттеу маңыздылығы*

Жедел бүйрек жетіспеушілігі туралы түсінік қалыптастыру. Жедел бүйрек жетіспеушілігінің этиологиясын, патогенезін, клиникалық көрінісін ажырату арқылы болашақта дұрыс диагноз қойып науқастардың көңілінен шығып, жедел бүйрек жетіспеушілігі ауруын алдын – алу мақсатын жасау

**Бүйректің жедел шамасыздығы (ағыл. chronic kidney disease ) —** нефрондардың азаюынан, қалған нефрондардың функциялық кемістігінен дамиды, ақырында гомеостаздың бұзылысына әкелетін бүйректің экскрециялық және инкрециялық функцияларының жетіспеушілігі.



# Республика арасындағы 2010 – 2012 жылдар аралығында «Жедел бүйрек жетіспешілігіне» шалдыққан науқастар санының статистикалық көрсеткіші

■ 2010 жыл ■ 2011 жыл ■ 2012 жыл



# *Жедел бүйрек жетіспешілігі өз кезегінде 4 кезеңге жіктеледі:*







**1.** Бүйрек қызметінің жасырын жеткіліксіздігі. Мұнда объективтік және субъективтік белгілер тапшы болады, оны жан-жақты және терең клиникалық тексеру барысында ғана анықтайды. Шұмақты фильтрация әдетте 50-60 мл/мин-қа дейін кеміген, несептің осмолярлығы 400-500 моль/л шегінде болады. Қант экскрецияларының артатыны, дизаминоацидурия, тұрақсыз протеинурия байқалады.

**2.** ЖБЖ-нің компенсаторлы сатысында бүйректердің қызметі айтарлықтай кеміген кезде басталады. Алайда қандағы мочеви́на мен креатин мөлшерінің артқаны байқалмайды. Тәуліктік диурез, өзекше реабсорбциясының кемуі есебінен 2-2,5 л-ге дейін артқан. Полиурия шұмақты фильтрация 30 мл/мин-қа дейін кеміген. Несептің осмолярлығы 35 мосм/л-ге дейін төмендеген. Натрийурездің мерзімдік артуы есебінен электролиттік ауытқу пайда болуы мүмкін. Аздаған диспепсия, ауыздың құрғауы, қажушылық, полидипсия, изостенурия байқалады.

3. ЖБЖ-нің интермиттеуші сатысында шұмақты фильтрация мен өзекшенің реабсорбциясы одан әрі төмендейді. Оқтын-оқтын гиперазотемия пайда болып, мочевиінада 13-16 ммоль/л шінгінде және креатининде 0,2-0,35 ммоль/л шегінде сақталады. Шұмақты фильтрация 25 мл/мин-қа дейін және одан ірі төмендеген. Ацидоз дамиды.

4. ЖБЖ-нің терминальді сатысында уремия өршиді. Шұмақты фильтрация 15 мл/мин-қа дейін кемиді, қан плазмасындағы мочевиінаның концентрациясы 25 ммоль/-ге дейін көбейеді, азидоз артады, дисэлектролитемия өседі және алмасудың барлық түрлері бұзылады. Бұл сатының өзі 3 клиникалық кезеңге бөлінеді:

○ I. Су бөліп шығару қызметі аяқталған (диурез – 1 л және одан да көп). Клиренс – 15-10 мл/мин-қа дейін. Гиперазотемия – мочевиінада 16-30 ммоль/л, өсу бағытында. Компенсацияланған ацидоз, су-электролит бұзылуы жоқ.

- ◎**IIa.** Олигоанурия (несептің осмольярлығы-300-400 мосм/л кезінде диурез 300мл-ден кем), сұйықтықтың тежелуі, дисэлектролитемия, гиперазотемия 33 ммоль/л-ден жоғары, ацидоз. Жүрек-тамыр жүйесі және басқа ішкі мүшелер жағында қайтымды өзгерістер бар.
- ◎**IIб.** Белгілері IIa кезендегідей, бірақ үлкен және кіші қан айналымы бұзылған жүрек қызметі едәуір ауыр. Артериялық **гипертензия.**
- ◎**III.** Ауыр уремия, гиперазотемия (креатинин-1,1 ммоль/л, мочеви́на-66 ммоль/л), декомпенсацияланған ацидоз және дисэлектролитемия. Декомпенсацияланған жүрек қызметінің жеткіліксіздігі, жүрек демікпесі, бауыр мен басқа да мүшелердің дистрофиясы.



НЕГІЗГІ

БӨЛІМ

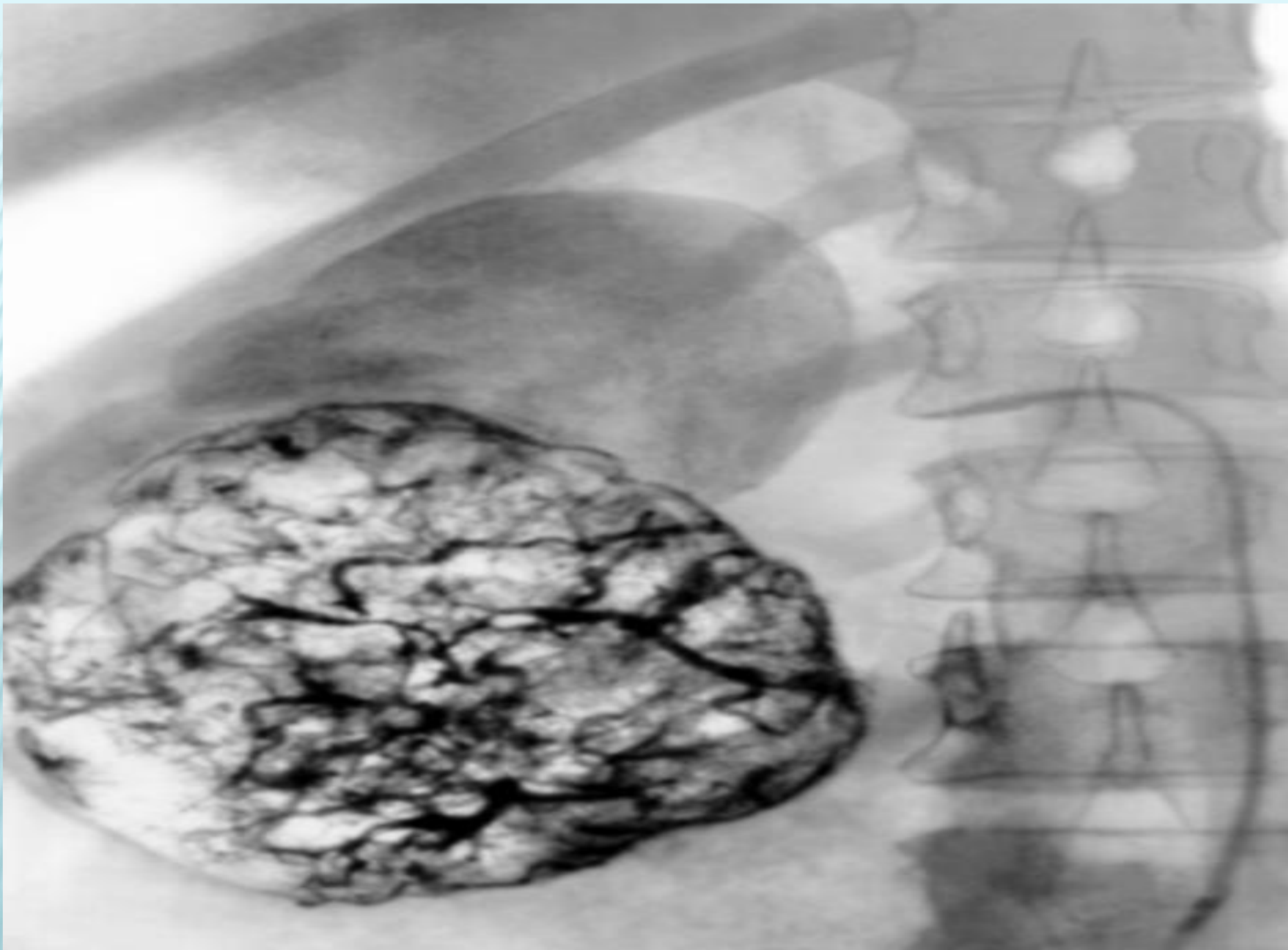
## *Этиологиясы*

### □ Бүйректік себептер:

- Бүйрек тінін тікелей зақымдайтын ауыр металдар (сынап, мышьяк т.б), улы химиялық заттар, дәрі-дәрмектер (антибиотиктер, сульфаниламидтер, барбитураттар, т.б), өсімдік және жәндік улары;
- Жедел гломерулонефрит пен пиелонефриттер;
- Бүйрек тамырларының тромбозы мен эмболиясы.

### □ Бүйрекалдылық себептер:

- Қантамырларының шок, коллапс көлемді күйік, көп мөлшерлі гемолиз кездеріндегі жедел жеткіліксіздігі;
- Организмнің сусыздануы;
- Бұлшықеттердің жаншылудан, жүрек етінің өліеттенуінен артық ыдырап кетуі, миолиз дамуы;
- Ауыр әсерлі инфекциялық аурулар (тырысқақ, іш сүзегі, паратиф, дифтерия, сепсис).



# ЖЕДЕЛ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНЕ АЛЫП КЕЛЕТІН СЕБЕПТЕР:

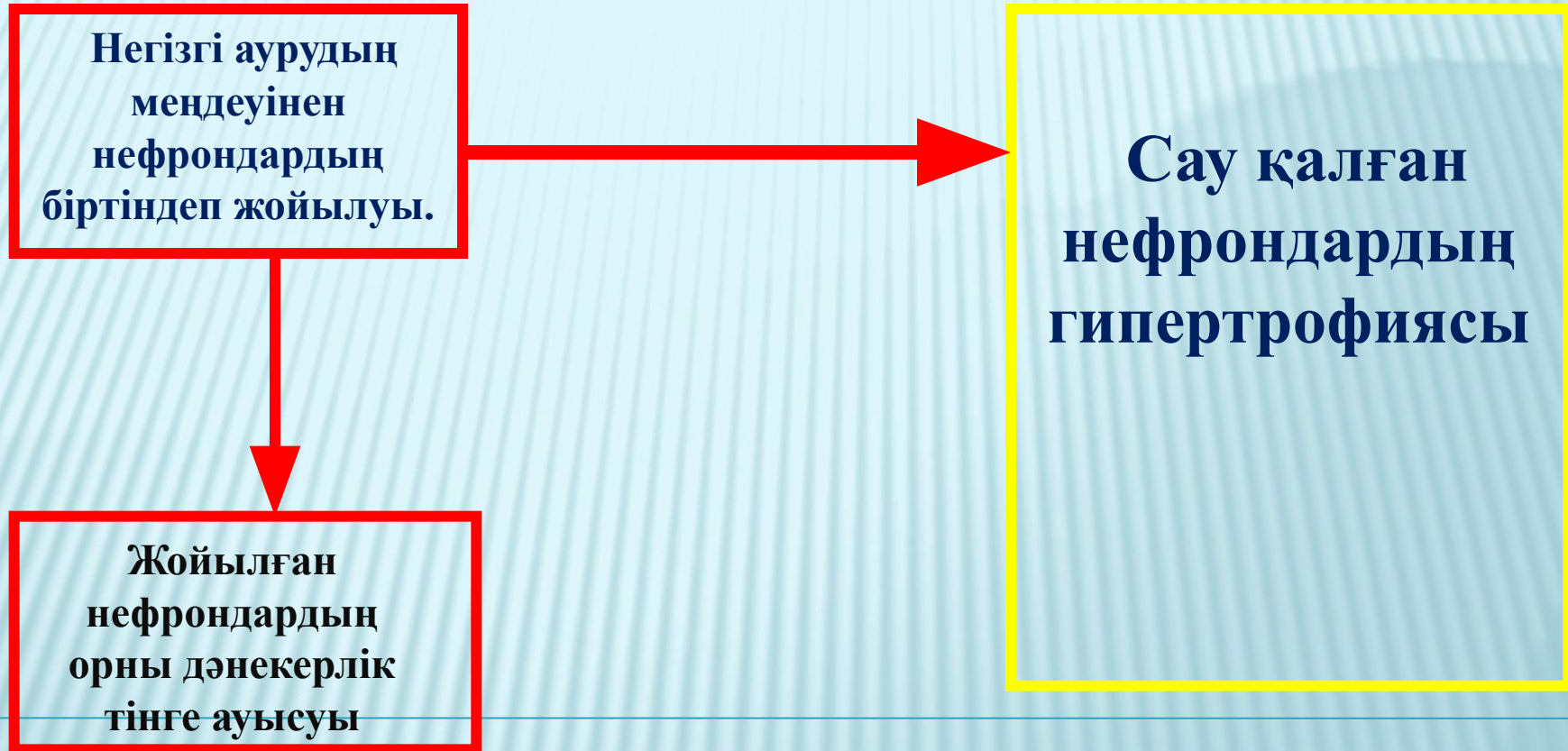


# *Патогенезі*

Көпшілік себепкер ықпалдардың әсерінен бүйректің сыртқы қабатында қанайналым бұзылыстары пайда болып, одан ишемия дамиды. Ишемия айналымдағы қан көлемінің азаюынан, бүйрек шумақтарына енетін артериолалардың қатты жиырылып қалуынан немесе тамыр ішінде шашыранды қан ұю синдромы дамуынан байқалады. Ишемия нәтижесінде шумақ қылтамырларында қан қысымы төмендеуден несептің сүзілуі азаяды. Егер бүйрек ишемиясы ұзаққа созылса, онда бүйрек өзекшелерінің эпителий жасушаларында некроз дамуына дейін әкелетін дистрофиялық өзгерістер дамиды, нефрон шумақтарының тіректік мембраналарының тұтастығы бұзылады. Нефрон өзекшелерінде эпителий жасушаларының құрылымдық бұзылыстарынан дисталдық өзекшелерде алғашқы несептен натрий иондарының кері сіңірілуі азаяды. Осыдан алғашқы зәрде натрийдің көбеюі бүйрек шумақтары маңындағы жасушаларда ренин түзілуін арттырады. Ренин ангиотензин-І-ді ангиотензин -II-ге айналдырып, бүйрек шумақтарына келетін артериолалардың жиырылуын туындатады.



# Бүйректің жедел жетіспеушілігі дамуының негізгі механизмдері:





Бүйректің жедел жетіспеушілігі  
жіктемесінің негізінде  
*креатининнің деңгейі* және  
*шумақтық фильтрацияның*  
*көлемі* алынған.

# КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

I. Бастапқы сатысы



II. Олигоанурия сатысы



III. Диурездің қалпына келу сатысы (полиурия)



IV. Сауығу сатысы (реконвалесценция)



Лабораториялық  
анализдер [Слайд](#)

[23](#)

Келесі бетке өту

# ***I. Бастапқы сатысы***



**Бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін созылады, бүйрек қызметінің бұзылыстары байқалмайды. Бұл кезде бүйрек қызметінің жеткіліксіздігін туындатқан негізгі аурудың белгілері басым болады. Қанайналымның бұзылыстары байқалады.**

## **II Олигоанурия сатысы**

**Екі аптадай мерзімге созылады, тәулігіне зәрдің шығарылуы 500 мл-ден аспайды, бір екі тәуліктен кейін олигоурия ануриямен ауысып, тәулігіне бар-жоғы 50 -100мл несеп шығарылады. Оның себептері:**

- ◆ **Бүйрек ишемиясы кезінде шумақ қылтамырларында қан қысымының төмендеуі несептің сүзілуін азайтады.**
- ◆ **Милы қабатта қанайналым азайғандықтан онда осмостық қысымды көтеретін заттар жиналып қалады, сондықтан нефрон шумақтарында сүзілген алғашқы несеп бүйректің аралық тіндеріне сіңіріліп кетеді.**
  - ◆ **Эпителий жасушаларының ісінуі, жартылай ыдыраған жасушалардың сыдырылуы, ісінген аралық тіндер мен өзекшелердің қысылып қалуы, олардың ішінде миоглобин, гемоглобин, дәрі-дәрмектердің кристалдарының тұнуы т.с.с**

## Зәрдің жалпы анализі

Изостенурия  
(1010-1012)  
Протеинурия  
Цилиндрурия  
Лейкоцитурия  
Эритроцитурия

## Қанның жалпы анализі

Азот өнімдерінің  
қалдығы 200-300ммоль.  
л  
Зәрнәсіл 120-150ммоль.  
л  
Креатинин 1,2-1,7ммоль.  
л  
Зәр қышқылы 2-3ммоль.  
л  
Фенол  
Скатола  
Индола  
Гуанидин

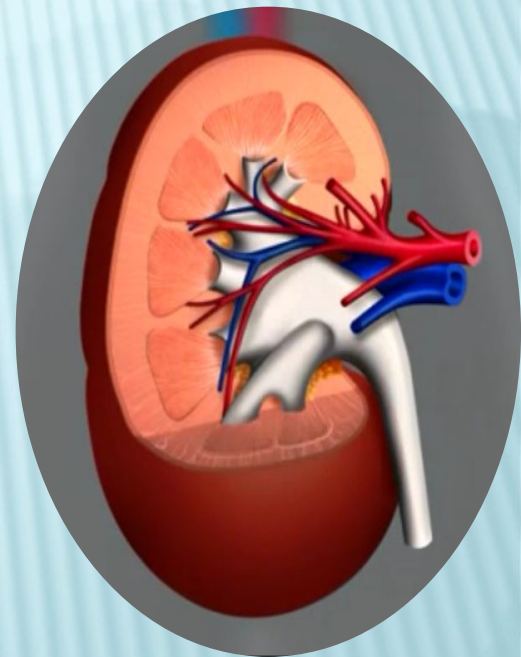
### III. ДИУРЕЗДІҢ ҚАЛПЫНА КЕЛУ САТЫСЫ (ПОЛИУРИЯ)

**Бүйректе қанайналымның біртіндеп қалпына келуінен нефрон шумақтарында несеп сүзілу және өзекшелердің өтімділігі жақсара бастайды. Тіректік мембраналары сақталған нефрондардың шумақтары мен өзекшелердің эпителий жасушалары біртіндеп қалпына келеді. Несеп шығару қалыпты деңгейге дейін көтеріліп, артына полиурия дамиды. Несептің меншікті тығыздығы төмен (гипостенурия). Зәрмен калий, магний, хлор көптеп шығарылып, қанда олардың деңгейі төмендейді.**

**Қанда азоттық заттардың мөлшері азаяды.**

**Бұл кезде иммунитет төмендейді, организмнің микробтарға сезімталдығы көтеріледі.**

**IV. Сауығу сатысы  
(реконвалесценция)  
Дұрыс емдеу шараларын  
қолданған жағдайда БЖЖ  
қайтымды процесс. Ол 6 айдан 2  
жылға дейін созылады.**





# *Диагностикасы*

---

*Пальпация, перкуссия арқылы зәр шығару мүшелерін тексеріп қарау;*

*Қанның биохимиялық анализі*

*Зәр шығару мүшелерін УДЗ, ренгтген, эндоскопиялық зерттеу әдістері арқылы тексеру;*

*Зәрдің жалпы анализі;*

*Қышқылдық-сілтілік ортаны зерттеу (метаболикалық алкалоз, сирек ацидоз);*

*Зимницкий сынамаcымен зәрдің меншікті тығыздығын зерттеу;*

**Соңы.** Гемодиализ тәсілімен емделгендер толық айығып кететіні бүгінгі таңда таңданарлық жай емес. Дегенмен, науқас адамдардың біразы (43%) аурудың шок немесе олигоануриялық кезеңінде уремиядан өледі. Бүйрегінің қыртыстық қабатын некроз шарпығандардың да көбі өледі, біргемодиализ жасап олардың өмірін ұзартуға әбден болады. Кейде бүйрек қызметінің жедел жеткіліксіздігімен сырқаттанғаннан кейін бірнеше жылдан соң бүйрек тыртықтанып бүріседі де, науқастың өліміне бүйрек қызметінің созылмалы жеткіліксіздігі себеп болады.

## *Қорытынды*

---

*Жедел бүйрек жетіспеушілігі -қайтымды процесс. Алайда жоғарыда көрсетілген организмде болатын ауыр өзгерістердің өмірге қауіптілігі жоғары. Дұрыс ем қолданбаған жағдайда сырқат созылмалы түріне ауысады немесе қайғылы жағдайға соқтыруы мүмкін. Сондықтан да бұл сырқатқа соқтырмайтын профилактикалық шараларды мұқият сақтау қажет.*

# **Пайдаланылған әдебиеттер:**

- 1)Қалимұрзина Б.С. Ішкі аурулар:оқулық, I-том - Алматы:Асем-систем,-2007.**
- 2)Айтбембет Б.Н. Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы. Оқу құралы.-Алматы.: “Эффект” баспасы,2010.-568 бет.**
- 3)Багдатьяев В.Е., Гологорский В.А., Гельфанд Б. Р. Респираторный дистресс-синдром// Вест. интенсивной тер. - 1996. - №2. - С.15-25**

# *Студенттермен ой алмасу*

*ОЙЫН*

***ПРОПЕДЕВТИКА  
ЖҰЛДЫЗДАРЫ***



# Пропедевтика жұлдыздары



1

---

**Бүйрек түбегінің тостағаншалардың,  
аралық тінінің және өзекшелердің  
зақымдануымен сипатталатын патология  
түрі?**





# Пиелонефрит



2

**Бактериялар бүйрекке қандай  
жолмен түседі?**





**3 жолмен:  
Қан,  
Лимфа,  
Несеппен**

3

*Пиелонефриттің асқыну түрлерін  
атаңыз*





**Пионефроз, перитонит,  
уросепсис, уремия**

4

**Бүйрек тінінің склерозымен және оның бүрісіп қалуымен сипатталатын пиелонефрит түрі**





# Созылмалы пиелонефрит

5

**Аденомалардың  
микроскопиялық көрінісі.**





**Ісік жасушалары әр түрлі  
сарғыш тәрізді, ядролары  
майда, атипия жоқ**



6

## Бүйректің тубулоинтерстициалдық ауруларының даму себептері





**Ишемияға байланысты  
және қабыну нәтижесінде**

7

**Пиелонефриттің  
обструкция  
тудырмайтын  
факторларына не  
жатады?**

**Жауап**



**Қанда кальций, несеп қышқылы  
мөлшерінің асып кетуі, қант  
диабеті жатады.**

Б.Ж.Ж қыртысы қабатының  
бүтіндей немесе ішінара  
некрозы аталады?





# Кортикалды некрозға

9

**Папиллярлық некроздың жедел дамуы  
іріңнің бүйрек айналмасына таралуы  
қай пиелонефритте жиі кездеседі?**





# Жедел пиелонефрит



## Ситуациялық есеп №1

1. 40 жастағы науқас, пенициллиннен болған анафилактикалық шокпен облыстық аурухананың реанимация бөліміне келіп түсті. Науқас бірнеше сағаттан кейін бүйрек тіндерінің жедел зақымдалуынан кенеттен қаза болды.

1. Бүйректің қай патологиясы?

2. Даму себебі

## Ситуациялық есеп №2

2. 55 жастағы науқас облыстық аурухананың нефрология бөлімшесіне жедел бүйрек жетіспеушілігімен келіп түсті. Тексеру кезінде зәр тұнбасында протеиурия, цилиндрурия, эритроцитурия анықталды.

1. Бүйрек жедел жетіспеушілігінің қай сатысы?
2. Нефротикалық себептерін атаңыз.

## Ситуациялық есеп №3

3. 65 жастағы науқас уланудан кейін жедел бүйрек жетіспеушілігімен аурухананың реанимация бөлімшесіне келіп түсті. Жағдайы өте ауыр.

1 Жедел бүйрек жетіспеушілігінің сатыларын атаңыз.

2 Зәрде қандай өзгерістер байқалады?