

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

СРС

ТАҚЫРЫБЫ: Созылмалы бүйрек
жетіспеушілігі

ОРЫНДАҒАН : Қолдасбек С.С
ҚАБЫЛДАҒАН: Қайырғали Ш.М
ТОП: ЖМ 12-18-02

Жоспар.

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

1. Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі
анықтамасы

2. Этиологиясы

3. Патогенезі

4. Клиникалық көрінісі

5. Емі

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

Кіріспе.

Статистикаға қарағанда ҚР-дағы 64-74 жастағы әр бес ер адамның біреуі, әр төрт әйелдің біреуі созылмалы бүйрек жеткіліксіздігімен ауырады екен. Өз кезегінде бұл аурудың әсерінен жүрек талмалары және инсульттар кездесуі жиілейді. СБЖ кезінде диализ және трансплантация жасау кк. 2006 жылдан бастап дүниежүзілік нефрологтар Дүниежүзілік бүйрек күнін атап өтеді. Бұл іс-шараның маңызы бүйректің жалпы денсаулыққа маңызы өте жоғары екенін халыққа жеткізу болып табылады.

- СБЖ — созылмалы біріншілік немесе екіншілік үдемелі бүйрек ауруы нәтижесінде нефрондардың қайтымсыз баяу өлуіне байланысты СИМПТОМОКОМПЛЕКС.



- Нефрондардың жалпы саны — 2 млн. Нефрондардың 50% жоғалғанмен ешқандай клиникалық белгілер байқалмайды, тек шумақтық фильтрацияның 30 – 40 мл/мин төмендегенде ғана (нефрондардың 30% төмендеуі) организмде мочевианың, креатининнің және басқа да азот алмасу қалдықтарының жоғарылауы пайда болады. Терминальды уремияда нефрон саны 10%-дан төмен болады.

ЭТИОЛОГИЯ

СБЖ негізгі себептері:

- Бүйрек шумақтарының (созылмалы гломерулонефрит, жеделдеу гломерулонефрит), түтікшелері мен интерстициясының (созылмалы пиелонефрит) зақымдануы;
- Бүйректің қабынуымен жүретін дәнекер тіннің диффузды аурулары (ЖҚЖ, ЖСД, ТП, Вегенер гранулематозы, геморрагиялық васкулит);

- Зат алмасу аурулары (қант диабеті, амилоидоз, подагра, цистиноз, т.б.);
- Бүйректің туа пайда болған аурулары (поликистоз, диффузды мезангиальды нефросклероз, Фанкони синдромы, Альпорт синдромы, бүйрек гипоплазиясы);
- Қан тамырларының біріншілік зақымданулары (қатерлі гипертония, бүйрек артерияларының стенозы, АГ);
- Обструкциялық нефропатиялар (нефролитиаз, гидронефроз, ісіктер).

Патогенез

- Этиологиясының әртүрлілігіне қарамастан, морфологиялық өзгерістердің нәтижесінде функциональды нефрондардың дәнекер тінмен алмасып, фибропластикалық процесстердің басым болуына, ал қалған нефрондардың (ремнантты) гипертрофиясына және олардың қызметінің төмендеуіне алып келеді. Уремия кезінде: азот қалдықтарының организмде қалып қоюы бүйрекке осмостық жүктеменің түсуін жоғарылатып, судың, мочевианың, креатининнің экскрециясының жоғарылауына алып келеді. Сондықтан бірінші гемодиализден соң науқастарда қандағы мочевина деңгейінің төмендеуіне сәйкес диурез көлемі де бірден азаяды.

Классификация (Рябов С. И., 1982 ж.)

Сатысы	ФАЗАСЫ	КЕЗЕҢДЕРІ	ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ КРИТЕРИЛЕРІ		ФОРМАСЫ	ТОБЫ	СБЖ сатысына тәуелсіз көрсеткіштер
			Креатинин, ммоль/л	Фильтрациясы			
1	А Б	Латентная	Қалыптыда 0,18 дейін	Қалыптыда а 50% дейін	Қайтымды	0	
2	А Б	Азотемиялық	0,19 – 0,44 0,45-0,71	20-50% 10-20%	Тұрақты үдемелі	1 1	Биохимиялық, мочевина, қалдық азот, электролиттрер. Қышқыл негіз тепе теңдігі
3	А Б	Уремиялық	0,72-1,24 1,25 және жоғары	5-10% 5%		2 2,3	АҚ Анемия

Бүйрек қызметі (көрсеткіштері)	Сақталған	СБЖ		
		<i>I ст. ()</i>	<i>II ст. (айқын)</i>	<i>III ст. (терминалды)</i>
Қандағы креатинин				
Мг%	2,0 -ге дейін	2,1 – 5,0	5,1-10,0	10,0-дан жоғары
Ммоль/л	0,18-ге дейін	0,18-0,44	0,45-0,88	0,9-дан жоғары
Шумақтық фильтрация (эндогенді креатинин клиренсі), мл/мин	70 – 90 -ға дейін , одан жоғары	60-40	40-20	20-дан төмен
Шумақшалардың концентрациялық қызметі (зәрдің салыстырмалы тығыздығы және оның диурезге сәйкес ауытқуы)	1003-1020 және жоғары	1010-1018	1008-1015	1005-1010-дан төмен
Қандағы мочевина				
Мг%	20-45	50-100	100-200	200-дан жоғары
Ммоль/л	3,3 – 7,5	8,3-16,6	16,7-33,3	33,4-дан жоғары

Клиника

- Ауыр гипертензия және оның асқынулары (ретинопатия, жүрек жеткіліксіздігі) болмаса, СБЖ алғашқы кезеңінде клиникалық белгілері айқын болмайды. Науқастар әлсіздікке, тәбеттің төмендеуіне, ұйқының бұзылуына, еңбекке жарамсыздыққа шағымданады. Науқастарда полиурияның, анемияның және никтурияның байқалуы дәрігерлерді алаңдатуы тиіс.
- Зәр анализіндегі изостенурия және салыстырмалы тығыздықтың 1018 –ден жоғары болуы созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің жоқ екендігін көрсетеді.

- Қан сары суындағы креатининнің мөлшері бүйректің азотты шығару қызметін көрсетеді.
- Клиникалық практикада мочеви́на мен қалдық (белоктық емес) азоттың деңгейін анықтау маңызды.
- Диагнозды қоюда бүйрек өлшемдерін (УДЗ, рентген) анықтау үлкен орын алады. СБЖ кезінде бүйрек тығыздалады және өлшемдері кішірейеді.
- Бүйрек қызметінің төмендеуін арнайы радиоизотопты ренография әдісімен анықтайды.

- СБЖ үдеуі кезінде клиникалық көрінісі айқындала түседі: өте әлсіздік, апатия (уремиялық энцефалопатия), бұлшық еттердің әлсіздігі, бұлшық еттердің тырысып қалуы (электролитті бұзылыстарға - гипокальциемияға байланысты). Остеомалация (сүйектердегі ауырсыну проксимальды миопатиямен). Уремиялық токсиндерге көбеюіне сәйкес терінің қышуы, парестезиялар, мұрыннан қан кетулер және т.б. геморрагиялар байқалады. Уремиялық подагра дамуы мүмкін.

- Уремияның негізгі белгісі- диспепсиялық синдром — жүрек айну, құсу, ықылық, тәбеттің болмауы, іш өтулер, стоматит, глоссит, хейлит. Құсу дегидратацияға, электролиттік өзгерістерге әкелуі мүмкін.
- Қарағанда: бетінің түсі бозғылт — сарғыш (анемия мен урохромдардың көп жиналуына байланысты), аяқ-қолдарында көгерулер байқалады. Терісі құрғақ, қасынған іздер сақталады, тілі құрғақ, қоңыр түсті. Ауызынан — зәрдің иісі (немесе аммиактың) шығады. Зәрдің түсі ашық түсті, концентрациясы төмен, урохромдар болмайды.

- Терминальды сатыда: перикардит, ентігу. Перикардтың үйкеліс шуы «уремиктердің жерлеу» шуы деп аталады.
- Ауыр миопатия, уремиялық кома (Куссмауль тынысы) байқалады. Екі жақты пневмония «уремиялық өкпе» кезінде — екі жақты бұлтқа ұқсас инфильтраттар анықталады, ол жалпы гипергидратациямен және солқарыншалық жетіспеушілікпен байланысты.

- Анемия өршиді, лейкоцитоз және шамалы тромбоцитопения дамиды.
- Көптеген эндокринді бұзылыстар (пролактиннің өзгерісіне сәйкес), оның ішінде импотенция, аменорея, гинекомастия және т.б., өзгерістер анықталады.

Емі

Е. М. Тареев жіктемесі:

- Консервативті саты. Шумақтық фильтрации 40 – 15 мл/мин төмендегенде консервативті ем тиімді.
- Терминальды саты. ШФ 15 мл/мин. Болғанда бүйректен тыс тазарту (гемодиализ, перитонеальды диализ) немесе бүйректі ауыстырып салу маңызды.

СБЖ консервативті сатыда емдеу

- Негізгі ауруды, әсіресе пиелонефритті емдеу.
- Тәртіп. Суықтанудан, физикалық және эмоциялық күш түсуден сақтану.
- Стол 7.
- Калий деңгейін реттеу.
- Азотемиямен күресу:
 1. Белок құрамы төмен тағамдарды қолдану;
 2. Сорбенттер – энтеродез немесе карболен 5 г 100 мл суға 3 рет күніне, тамақтан кейін 2 сағаттан соң.
 3. Энтеродез – дезинтоксикациялық қасиеті бар, ас қорыту жолындағы токсиндерді байланыстырады. Энтеросорбент ретінде белосорб – П 1 г × 3 рет күніне.

- Ішекте шаю (ішектік диализ). Әдістері:
 - Ішектік диализ.
 - Форсирленген диарея.
 - Асқазан лаважы.

- Азотемияға қарсы препараттарды қолдану (хофитол , леспенефрил).
- Анаболкалық препараттар.
- Ацидозбен күресу.
- Артериялық гипертензиямен күресу.
- Анемияны емдеу.
- Поливитаминдер.

Уремиялық остеодистрофияны емдеу

- Кальций препараттары.
- Тахистин 10 – 20 тамшыдан (0,1% майлы ерітінді) 3 рет күніне.
- Остеохин (ипрафлавон)- сүйектік резорбцияны тежейді 0,2 г × 3 рет күніне (8 – 10 ай).

Инфекциялық асқынуларды емдеу

- Нефротоксикалық әсері жоқ антибиотиктер – левомицетиндер, пенициллиндер, макролидтер. Тетрациклин тағайындалмайды, өйткені ол азотемия мен ацидозды күшейтеді.

СБЖ терминальды сатысын емдеу

1. Қатал тәртіп.

2. Диета № 7, белоктарды 0,25 г/кг тағайындайды.

3. Сұйықтық мөлшерін шектеу.

4. Перитонельды диализ.

5. Бүйректі ауыстырып салу – 1 және 2А терминальды фазада (45 жастан жоғары және қант диабетімен сырқат науқастарға жасауға болмайды).