

Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті



✓Факультеті: Медицина

✓Тобы: ЖМ-318

✓Қабылдаған: Атажанова Венера

✓Орындаған: Налибай Меруерт





*Тақырыбы: Созылмалы
бүйрек жетіспеушілігі*

Жоспары:

- I. Кіріспе бөлім
- II. Негізгі бөлім
- III. Қорытынды бөлім





Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі (СБЖ) — бүйректің кез-келген үдемелі ауруларынан кейін пайда болатын, нефрондардың біртіндеп өлуінің нәтижесінде дамиды симптомкомплекс. СБЖ кездесу жиілігі (1млн халық санына шаққанда) шамамен 100-200-500 құрайды. □ Қазіргі уақытта созылмалы бүйрек жетіспеушілігімен науқастардың саны жыл сайын 10-12% ұлғаюда.



Этиологиясы.

Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің себебіне біріншіден созылмалы гломерулонефрит орын алса, ал екіншіден созылмалы пиелонефрит ауруы болып саналады. Басқа да себептерінің ішінде қант сусамырлыггломерулосклероз, амилоидоз, бүйректің жылауықтары және зәр шығару жолдарының ауруларын назардан тыс қалдырмау керек екендігін ескерген жөн.

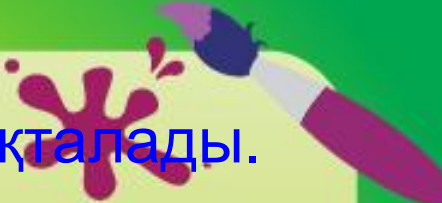
Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің диагностикасы

СБЖ ерте диагностикасы жиі қиындықтар туғызады, сонымен бірге СБЖ симптомсыз өтуі мүмкін, әсіресе созылмалы пиелонефрит, латентті нефрит, поликистозды ауру кезінде.

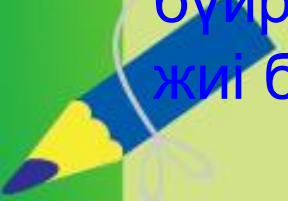
Тұрақты нормохромды анемияның полиуриямен және артериалды гипертониямен бірге жүруінде СБЖ туралы ойлау қажет.

СБЖ ерте диагностикасы лабораторлы және биохимиялық зерттеулерге негізделеді. Ең сенімді және информативті болып зәрдің максималды салыстырмалы тығыздығын (осмолярлығын), шумақтық фильтрация және қан сарысуындағы креатинин деңгейін анықтау табылады.

Зимницкий сынамаcында зәрдің максималды салыстырмалы тығыздығы 1018 ден төмен болуы және Реберг сынамаcында шумақшалық фильтрацияның 60 мл/мин. төмен деңгейге дейін төмендеуі СБЖ бастапқы сатысын дәлелдейді.



СБЖ ағымы негізгі ауруға байланысты анықталады. СБЖ кезіндегі бүйрек жетэспеушілігі басқа ауруларға қарағанда өте тез үдеуімен ерекшеленеді. СБЖ біртіндеп дамуы егде жастағы адамдарда аурудың баяу ағымында, сирек өршулерде және салыстырмалы тұрақты гипертонияда байқалады. СБЖ 30 жасқа дейінгі адамдарда тез үдейді, оларда бүйректің негізгі ауруының өршуі АГ өсуіне әкеледі: жиі бір уақытта ісінулер пайда болады.



Тексеру жоспары.

- Қанның жалпы анализі
- Зәрдің жалпы анализі.
- Тәуліктік диурез және сұйықтық мөлшері.
- Зимницкий, Нечипоренко бойынша зәр анализі.
Қанның Б/А: жалпы белок, белок фракциялары, мочевина, креатинин, билирубин, трансаминаза, альдолаза, калий, кальций, натрий, хлоридтер, қышқылды-сілтілі тепе-теңдік.
- Радиоизотопты ренография және бүйректі сканерлеу.
- Бүйректі ультрадыбысты сканерлеу.
- Көз түбін зерттеу.
- Электркардиография.

Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің емі

Адекватты емдеу әдістерін дұрыс таңдау үшін СБЖ жіктелуін ескеру өте маңызды:

1. Консервативті саты шумақшалық фильтрацияның 40-15 мл/мин дейін төмендеумен және консервативті емнің үлкен мүмкіндіктері.

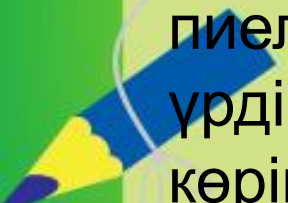
2. Терминалды саты шумақшалық фильтрация шамамен 15 мл/мин, бұл кезде бүйректен тыс тазарту (гемодиализ, перитонеалды диализ) немесе бүйректі ауыстыру туралы сұрақ шешілуі қажет.

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.
10. Уремиялық остеодистрофияны емдеу.
11. Инфекциялық асқынуларды емдеу.



Негізгі ауруды емдеу



Консервативті сатысында СБЖ ға әкелген негізгі ауруды емдеу оң әсер етуі мүмкін, тіпті СБЖ айқындылығын азайтуы мүмкін. Бұл әсіресе СБЖ бастапқы немесе айқын емес көріністермен болатын созылмалы пиелонефритке қатысты.. Бүйректегі қабыну үрдістерін басу бүйрек жетіспеушілігінің көріністердің айқындылығын азайтады.



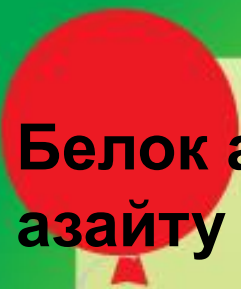


Тәртіп



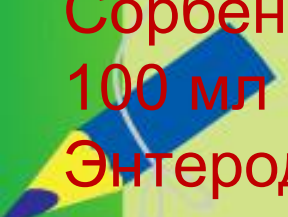
Науқасқа суық тиюден,көп физикалық және эмоционалды күш түсулерден сақтанғаны жөн. Науқасқа жұмыс және тұрмыстағы оптималды жағдайлар қажет. Науқасқа күтім және көңіл аудару қажет, оған жұмыс уақытында қосымша демалыс мүмкіндігін туғызу, сонымен қатар ақылы демалу уақытын ұзартқан жөн.





Белок алмасуының соңғы өнімдерінің жиналуын азайту (азотемиямен күрес).

Диета: СБЖ де аз мөлшерлі ақуызды емдәм қолданылады. Сорбенттер: Емдәммен бірге қолданылатын сорбенттер аммиак және басқа ішектегі басқа токсикалық заттарды өзіне абсорбциялайды.



Сорбент ретінде жиі энтеродез немесе карболен 5 г 100 мл суға күніне 3 рет тамақтан екі сағат кейін.

Энтеродез – төмен молекулалы поливинилпиролідон препараты, дезинтоксикациялық қасиеті бар, асқорыту жолдарына түскен немесе ағзада түзілген токсиндерді байланыстырып, және оларды ішек арқылы шығарады.

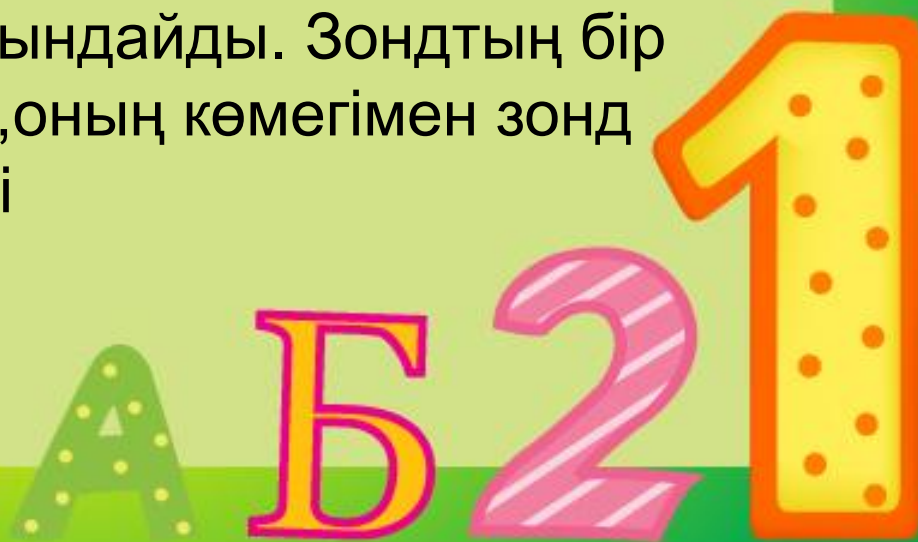




Ішекті жуу, ішек диализі:

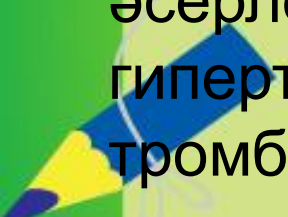


Уремия кезінде ішекке тәулігіне 70 г мочевины, 2,9 г креатинин, 2 г фосфаттар және 2,5 г дейін зәр қышқылы бөлінеді. Осы заттарды ішектен алу арқылы интоксикацияны азайтуға болады, сондықтан СБЖ емінде ішекті жуу, ішек диализі, сифонды клизмалар қолданылады. Ең эффективтісі ішекті диализ. Оны ұзындығы 2 м екі түтікті зонд арқылы орындайды. Зондтың бір түтігі балонды үрлеу үшін, оның көмегімен зонд ішектің қуысына бекітіледі





Рекомбинантты эритропоэтин – рекормон СБЖ науқастарда эритропоэтин жетіспеушілігін емдеуге қолданылады. Бір ампула құрамында 1000 МЕ бар. Препарат тек тері астына енгізіледі, бастапқы дозасы 20 МЕ/кг x 3 рет аптасына, ары қарай әсері болмаса әр айда 3 дозаға жоғарылатып отырады.. Максималды дозасы 720 ЕД/кг аптасына құрайды. Рекормонның жанама әсерлері: АД жоғарылауы (айқын артериалды гипертензияда препарат қолданылмайды), тромбоциттер санының өсуі, емнің басында грипп тәрізді синдром пайда болады.





Активті терапия

- 
- 1) Перитонеалды диализ
 - 2) 2) Бағдарламалы гемодиализ
 - 3) 3) Гемофилтрация,гемосорбция





Гемодиализ көрсеткіштері:

Шумақты фильтрацияның 5мл/мин
төмендеуі

Олигурия 800мл/тәул төмендеуі

Креатинин деңгейі – 10мг% жоғары, 1ммоль
жоғары



Гиперкалиемиа 6,5ммоль/л жоғары

Перикардит

Энцефалопатия,нейропатия





Пайдаланылған әдебиеттер

Өсер Стамханұлы Кеңес
Ж.Ахметов «Паталогиялық
анатомия-1» А.Білім, 2008ж.
Ә.Нұрмұхамбетұлы «Патофизиология»
А., 2007ж.
Ғаламтор желісі





НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!!!