



ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ - ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ



Медицина факультеті



Courtesy Photo

Созылмалы бүйрек шамасыздығы

Қабылдаған: Рахымбердиев Д.С.

Орындаған: Қурбанходжаева М.Ш

Тобы: ЖМ-104



Жоспар

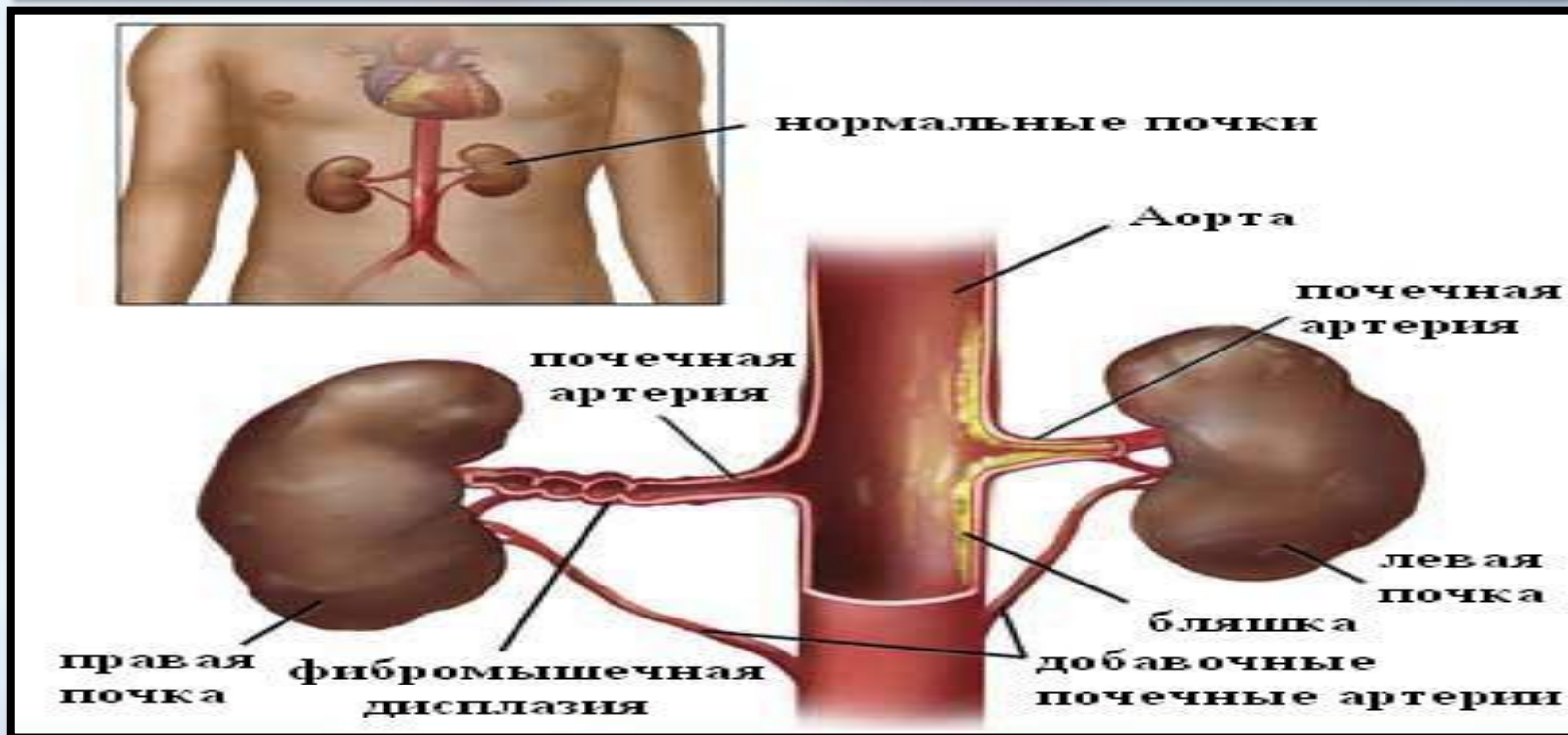
- ❖ **Кіріспе**
 - Бүйректің созылмалы шамасыздығына сипаттама
- ❖ **Негізгі бөлім**
 - БСШ этиологиясы
 - БСШ патогенезінің аспектілері
 - БСШ жіктемесі
 - БСШ клиникасы
 - Диагностикасы мен емі
- ❖ **Қорытынды**
- ❖ **Пайдаланылған әдебиеттер**



Тақырыптың мақсаты


БСШ ауруының даму себептерін талдау,
клиникалық көріністеріне, олардың даму
механизміне және еміне көңіл аудару

- **БСШ**-нефрондардың азаюынан, қалған нефрондардың функциялық кемістігінен дамиды, соңында гомеостаздың бұзылысына әкелетін бүйректің экскрециялық және инкрециялық функцияларының жетіспеушілігі.





ĩ÷ã÷íàÿ íãäîñòàòí÷îñòü.mp4.mp4



Бүйректің негізгі функциясы- ішкі ортаның тұрақтылығын сақтау. Сау бүйректегі нефрондардың саны 2 000 000 шамасында .

- Бүйрек компенсациялық мүмкіндігі өте жоғары. Бүйректің созылмалы шамасыздығының даму жиілігі нақты анықталмаған. Дамыған мемлекеттерде 1 млн тұрғындардың жылына 200-250-і БСШ шалдығады.



ОҚО қалаларындағы БСШ таралуы





Этиологиясы

- 1) Шумақтарды басым зақымдайтын аурулар (созылмалы гломерулонефрит, жеделдеу гломерулонефрит)
- 2) бүйрек түтікшелерін және интерстицін басым зақымдайтын аурулар (созылмалы пиелонфрит)
- 3) дәнекер тіннің жүйелі аурулары
- 4) жүйелі васкулиттер
- 5) бүйректің туа біткен ақаулары
- 6) зат алмасу бұзылыстарының аурулары(қантты диабет, амилоидоз, подагра)
- 7) Бүйрек тамырларының біріншілік зақымдануы (бүйрек артериясының стенозы, АГ)
- 8) Обструкциялық нефропатиялар (несеп-тас ауруы, гидронефроз, простатаның гипертрофиясы)



Патогенезі

- БСШ дамуының негізгі механизмдері:
- 1) негізгі аурудың меңдеуінен нефрондардың біртіндеп жойылуы , жойылған нефрондардың орны дәнекерлік тінге алмасуы;
- 2) Сау қалған нефрондардың гипертрофиялануы;
- Нефрондар санының азаюынан сау қалған нефрондарға шамадан артық күш түсіп, бұлардың функциясы жоғарылайды. Сау қалған нефрондардың функциясы 3-4 есе жоғарылауы мүмкін. Функцияның жоғарылауынан құрылымдық өзгерістер туындайды. Сау қалған шумақтардың диаметрі 1,5-2 есе, түтіктердің диаметрі 4 есе және түтіктердің ұзындығы 7-8 есе ұлғаюы анықталған. Осындай құрылымдық өзгерістерден түтіктердің сыймдылығы шамамен 30есе ұлғаяды.




Патогенездік ерекшеліктеріне қарай бүйректің созылмалы шамасыздығының үш түрі бар:

*Шумақтық –
филтрациялық
бұзылыстары
басым (*
*жеделдеу,
созылмалы
гломерулонефрит,
бүйрек
амилоидозы,
диабеттік
нефропатия)*

*Түтікшелік
бұзылыстары
басым (бүйректің
тубуло
интерстициялық
аурулары, соның
ішінде созылмалы
пиелонефрит,
обструкциялық
нефропатия);*

*Аралас немесе
тотальді шумақ –
түтікшелік
жетіспеушілігі
(нефросклероздың
дамуымен
аяқталатын
бүйректің көптеген
ауруларының
ақырғы сатысы)*



Айқын бүйрек шамасыздығының көрінісіне келесі синдромдар тән:

- **Уремиялық энцефалопатия** (бас ауруы, ұйқы бұзылысы, ұйқышылдық, енжарлық, кома);
- **Дистрофиялық** (дене массасының төмендеуі, тері және кілегей қабықтардың өзгерісі);
- Азоттық қалдықтардың бүйректен тыс элиминациясы (эламинациялық паротит, стоматит, гастрит, энтерит, плеврит, перикардит, екіншілік подагралық артрит);
- **Азотемиялық** (қалдық азот, мочевиана, креатинин деңгейінің жоғарлауы);
- Симптомдық гипертрофия (гипертониялық энцефалопатия, жүрек гипертрофиясы, жүрек шамасыздығы және ангиоретинопатия);
- **Несептік синдром** (изо-, гипостенурия, полиурия және оның олигурияға ауысуы, бүйрек бүрісе келе протеинурияның азаюы, зәр шөгіндісінің бұрынғыға қарағанда кедейленуі);
- **Ренеальдік остеодистрофия синдромы**



- **Метоболизмдік ацидозды дамытатын қышқыл – сілтілік жағдайдың бұзылысы синдромы**
- **Анемиялық синдром**
- **Электрлік бұзылыстар синдромы**



Клиникасы:



Компенсацияланған



Декомпенсацияланған

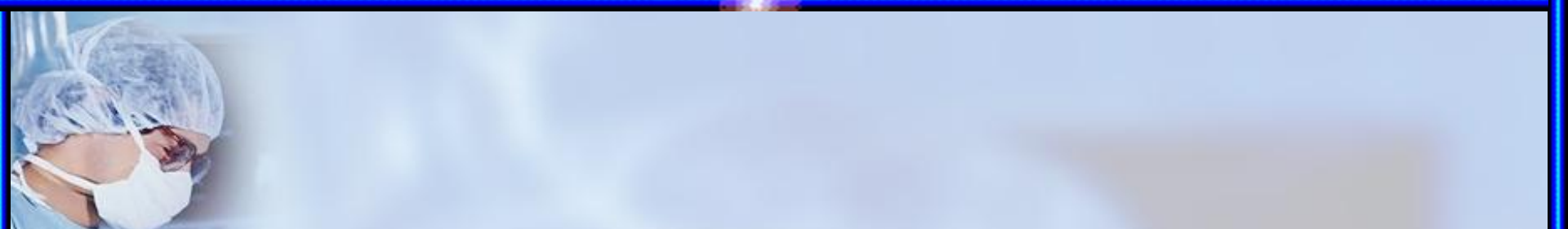


Бүйректің компенсацияланған СОЗЫЛМАЛЫ ШАМАСЫЗДЫҒЫ.

1. Нефрондардың азаюынан , қалған нефрондарға осмостық күш түсуі жоғарылайды.
2. *Полиурия* және зәрдің бөлінуі ырғағының бұзылысы-*никтурия* п.б.
3. Зәрдің салыстырмалы тығыздығының төмендеуінен *изостенурия* байқалады. Бұдан ауыр жағдайда *гипостенурия* болады. Содан бүйректің сұйықтық бөлу қасиеті төмендейді.
4. **Клиникасы:**
5. шөлдеу, зәр мөлшерінің көбеюі, әлсіздік шаршағыштық.
6. *Анемияның* және ацидоздың салдарынан болатын *ентігу*.
7. Тәбеттің төмендеуі, жүректің айнуы.
8. АГ пайда болуынан бас ауырады, мұрын оқта-текте қанайды, көздің көруі нашарлайды.

Бүйректің декомпенсацияланған созылмалы шамасыздығы. (терминальді)

1. Бүйрек шамасыздығы өрістей келе диурез азаяды (600-800 мл).
2. Диурездің азаюы *азотемияның* жоғарылауымен бірге жүреді. Бұлар бүйректің ақырғы сатысына түсуін дәлелдейді.
3. Гемодиализ жүргізбесе, трансплантация жасамаса, созылмалы уремия п.б.
4. **Клиникасы:**
5. Беті ісінкі, тері жамылғылары қуқыл, құрғақ.
6. Қышынудан тері бетіндегі қасынулар
7. Ауыздан уремиялық иіс- аммиактың иісі шығады.
8. Уытты энцефалопатия дамиды: ұйықышылдық, енжарлық, ұйқы ырғағының бұзылысы, Кусмауль тынысы, парастезиялар.
9. Бұлшық ет әлсіздігі, бүлкілдеп тартылуы, құрысулары п.б.
10. Уремиялық интоксикациядан: мұрынан жиі қан ағу, асқорыту жолынан, жатырдан, қанталау дақтары, гематомалар.
11. Жүрек айну, іш өтуі, анорексия, ықылық п.б.
12. Уремиялық хейлиттің, госситтің, стоматит, эзофагит, паротиттік белгілер п.б.
13. Көп кешікпей уремиялық перикардит, уремиялық кома дамиды.







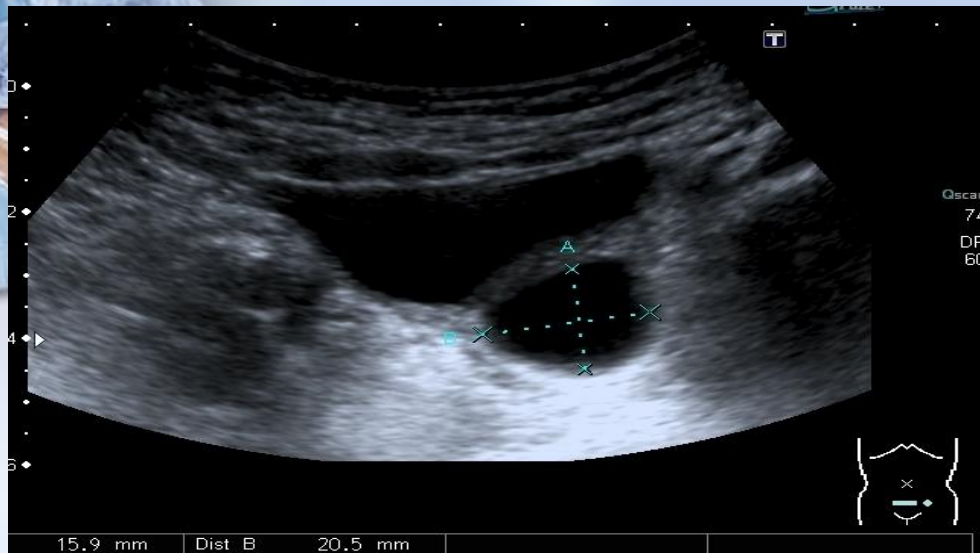


Диагностикасы

- **Лабораториялық зерттеулер:**
- 1) Қандағы креатинин мен зәрдің меншікті салмағы
- Зәрдің меншікті салмағы, ең алдымен мочевианың экскрециясы 1-2 г дейін (қалыпты 15-40) және креатинин экскрециясы 0,24-0,12 дейін төмендеуінен болады.
- 2) Қан сарысуындағы кретинин деңгейі мен шумақтық фильтрация көлемі.
- Шумақтық фильтрация көлемі 80-130 мл/мин, сарысудағы креатинин -0,08-0,1 ммоль/л



- 3) Мочевинаны зерттеу
- 4) Гипокальцимия және гиперфосфотомия шумақтық фильтрация 25 мл/мин п.б.
- 5) Анемияны анықтау
- 6) Бүйректің көлемін анықтау
- Ол үшін іштің шолу рентгенограммасын жасау, және УДЗ жасайды



УДЗ



Эхо белгілер бүйректің паренхимасында диффузды дистрофиялық өзгерістер анықталады.



СБШ жіктемесі

Сатысы	Фазасы	Атауы	Лабораториялық критерийлері	Түрі	Топ	
			Креатинин	Фильтрация		
I	A Б	Латентті	Қалыпты -0,18 дейін	Қалыпты тиістіңіз 50%	Қайтымды	0
II	A	Азотемиялық	0,19-0,44	Тиістінің 20-50%	Стабильді	1
	Б		0,45-0,71	Тиістінің 1-20%	Стабильді	1
III	A	Уремиялық	0,72-1,24	Тиістінің 5-10%	Өрістейтін	2
	Б		1,25 жоғары	Тиістінің 5% кем	Өрістейтін	2,3



СБШ сатылары

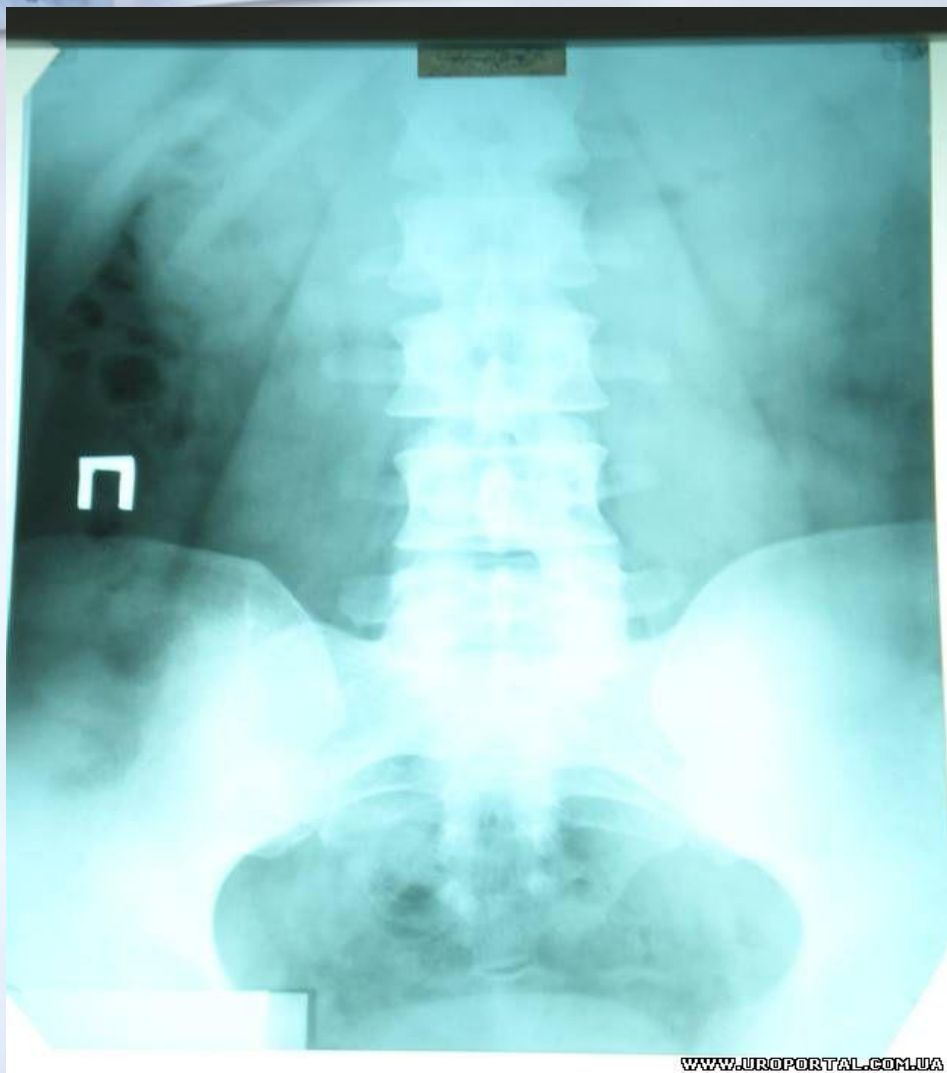
СБШ сатылары	ШФ мөлшері (мл/мин) (шумақтық филтрирация)	Креатинин мөлшері қандағы (ммоль/л)
1	90-60	0,123-0,176
2	60-30	0,177-0,352
3	30-15	0,353-0,528
4	≤ 15	$>0,528$



Ангиография



■ Рентгенограмма





Созылмалы бүйрек шамасыздығының емі



Диетотерапия № 7

- ✓ Белоктың молшері азотемияның деңгейіне тәуелді шектеледі (тәулігіне 60-40гр).
- ✓ Сұйықтық мөлшері шектелмейді (1,5-2 л кем болмауы тиіс).
- ✓ Ас тұзын 3 гр (ісінулер және артериялық гипертензия болмаған жағдайда).
- ✓ Созылмалы гемодиализде жүрген науқастардың диетасында тәулігіне 0,8 – 1,0 г/кг белок, 1,5 гр ас тұзы, 2,5 гр калций болуы тиіс.



Дәрмектік ем.

I. Диуретиктер.

- ✓ Фурасемид - 40 мг (таб) ішу керек. Диурез азайған сайын біртіндеп көбейтіп ішкізеді (2-4-6-10тб күніне).

I. Уремиялық уларды ішек арқылы бөлінуді арттыратын дәрмектер.

- ✓ Энтеродез – 5гр күніне 3-4 рет тамақтан (1,5 сағат) кейін.
- ✓ Кселит – 50 – 70 гр ішке 1-2рет тамақтан кейін.

I. Артериялық гипертензияны емдеу.

- ✓ Бета-блокаторлар. *Атеналол* – 50 мг ішке, 1таб 1-2рет.
- ✓ Калци антоганистері. *Веропамил* – 80 мг ішке, 1 таб 1-2 рет.
- ✓ Ангитензин рецепторының блокаторы. *Лозартан* – 50мг ішке, 1таб 1 рет.



Дәрмектік ем.

I. Жүрек шамасыздығының емі.

✓ Жүрек гликозиттері.

II. Анемияны емдеу.

✓ Ферроплекс – 2 таб 3 рет

✓ Рекармон – 20 ХБ/кг есебінде тері астын аптасына 3 рет

III. Ренальдік остеодистрофияның емі.

✓ Кальций карбонаты – 1гр, 1таб 3 рет

✓ Алмагель – 10 мг ішке күніне 4 рет ішкізеді.

✓ Оксидевит – 0,5 -1 мкг/таулігіне

✓ Калци Дз – 0,5 гр күніне 2 рет.



Гемодиализ.

Гемодиализ – адам өмір 15-20 жылға дейін ұзартуға мүмкіндік береді. Науқастар гемодиализге ішкі ағзаларда дистрофиялық бұзылыстар дамымай тұрған кезінде алынады. Жасанды бүйрекке қосу үшін алдымен тері астылық артерия – веналық фистуланы жасайды, немесе артерия веналық шүнтты орнатады. Созылмалы гемодиализ аптасына 2-3 рет жүргізіледі, 4-6 сағатқа созылады.





Бүйрек трасплантациясы.

Бүйректің созылмалы шамасыздығының ең тиімдісі – бүйрек трасплантациясы. Оның өзекті мәселесі үйлесімді донорды табу. Донорлық бүйкекті науқастың гендік ұқсастығы бар туыстарынан немесе өліктен алынады.

Операциядан кейін иммуносупрессиялық ем жүргізіледі.

Тірі донордан алынған бүйрек трасплантациясымен 20 жыл, ал өліктен алынған 19 жыл өмір сүрген науқастар бар.



Қорытынды

- *Бұл дерт бүгінде өте жиі кездесуімен алаңдатып отыр. Бүйрек жетіспеушілігі кезінде негізінен бүйрек тіндері, ұлпалары бүлініп, оның жұмысы бұзылады.*

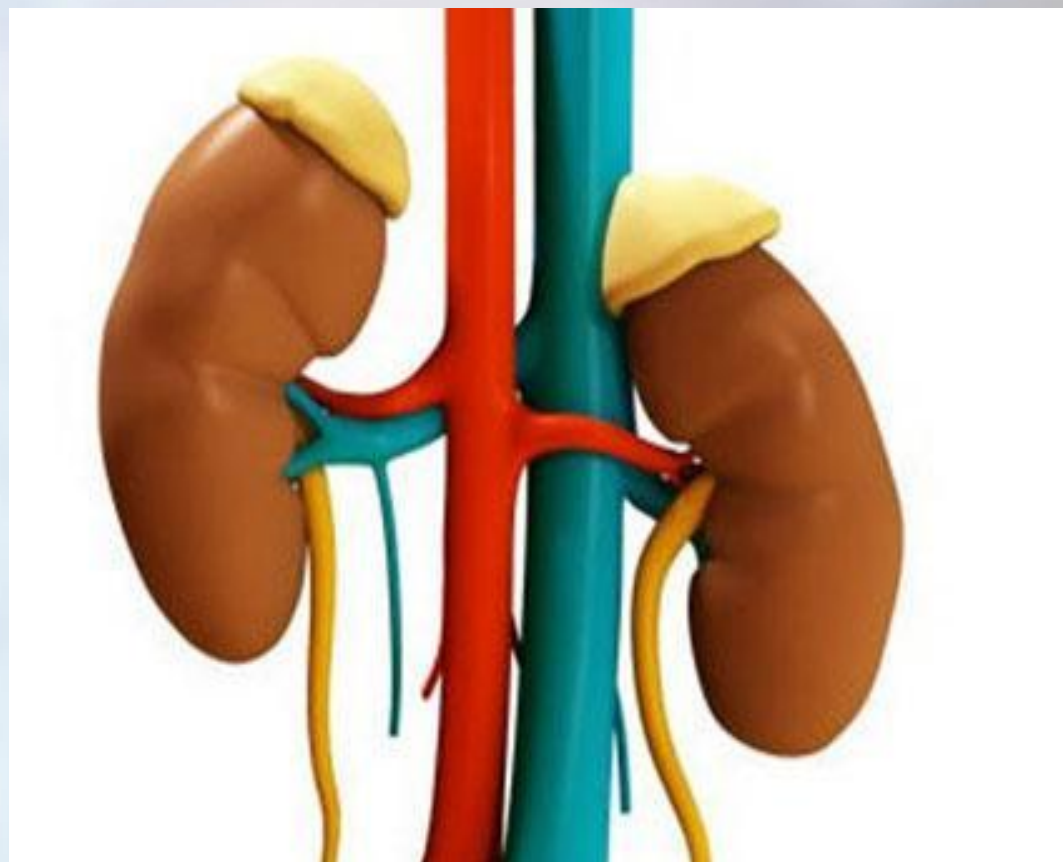
Бұл дерттің пайда болуына гломерулонефрит, пиелонефрит сияқты бүйрек аурулары, қант диабеті, АҚ жоғарылығы сияқты эндокриндік және қан тамырлары дерттері, урологиялық аурулар, уланудан болған ішкі жарақаттар әсер етуі мүмкін. Бүйрек тамырлы ағза мүшесі болғандықтан тамыр жұмысын бүлдіретін кез келген ауру оның жұмысына зиянды әсерін тигізе алады.

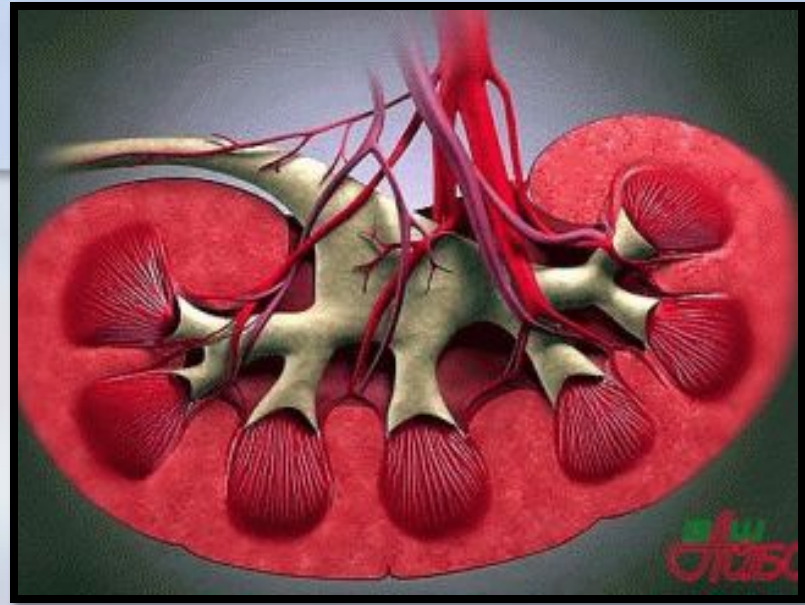
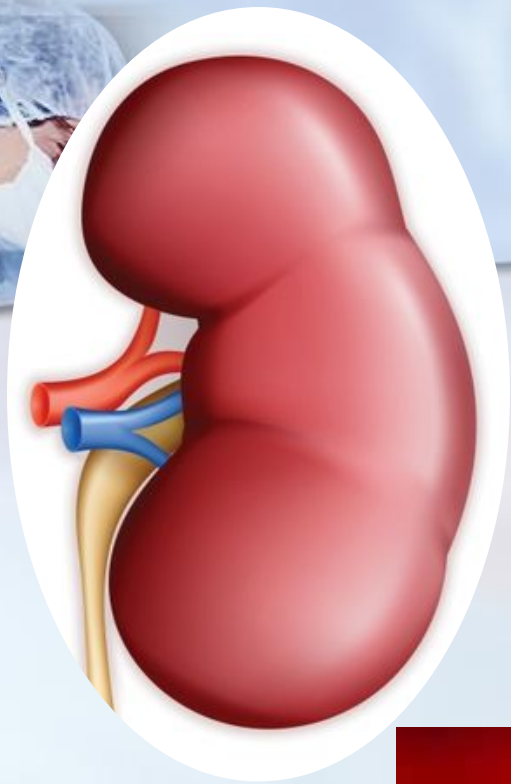



- Бүйрек жетіспеушілігінің жедел-өтпелі түрінен егер дәрігер науқасты дер кезінде анықтап, дұрыс ем қолданса айықтыруға болады, керісінше жағдайда ол созылмалы түрге айналады. Мұндай қатерге ұрынбас үшін бүйрек ауруынан емделген соң оның жұмысын қадағалап отыру керек.



Аудиториямен кері байланыс







СБШ патогенездік ерекшеліктері:

- 1) негізгі аурудың меңдеуінен нефрондардың біртіндеп жойылуы , жойылған нефрондардың орны дәнекерлік тінге алмасуы;
- 2) Сау қалған нефрондардың гипертрофиялануы



БСШ кезіндегі диета

Диетотерапия № 7

- ✓ Белоктың мөлшері азотемияның деңгейіне тәуелді шектеледі (тәулігіне 60-40гр).
- ✓ Сұйықтық мөлшері шектелмейді (1,5-2 л кем болмауы тиіс).
- ✓ Ас тұзын 3 гр (ісінулер және артериялық гипертензия болмаған жағдайда).
- ✓ Созылмалы гемодиализде жүрген науқастардың диетасында тәулігіне 0,8 – 1,0 г/кг белок, 1,5 гр ас тұзы, 2,5 гр калций болуы тиіс.



Пайдаланылған әдебиеттер:

- www.google.kz
 - www.youtube.com
 - “Ішкі аурулар” – Б. Қалимұрзина,
Алматы: 2007 ж
 - www.medcine.ru
- <http://www.hospital-kidney.com/kidney-failure/>



■ Назарларыңызға
рахмет!