

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ
АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ - ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ**



**HOCA AHMET YESEVI
ULUSLARARASI
TURK - KAZAK UNIVERSITESI**

Тақырыбы: **Бүйрек бұзылыстары кезінде
патологиялық процестер.**

Қабылдаған: Абдирамашиева Қ.С.

Орындағандар: Аббасова Т

Асанов Б

Аманбаева А

Жамал А

Жүсіп М

Зұлпыханова Ж

Қанатов Ж

Тобы: ЖМ-311

Жоспар

I.Кіріспе

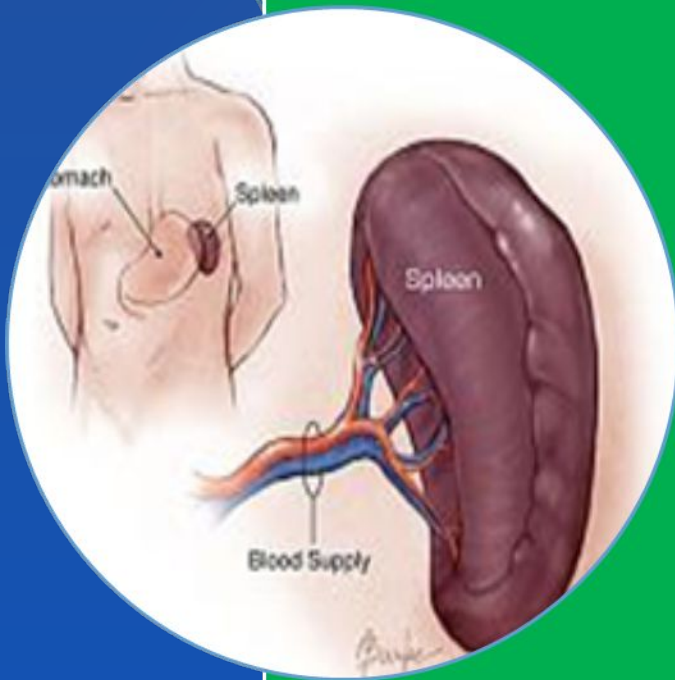
II.Негізгі бөлім

- а) Жедел бүйрек жетіспеушілігі түрлері
- б) Жедел бүйрек жетіспеушілігі этиологиясы
- с) Жедел бүйрек жетіспеушілігі патогенезі
- д) Жедел бүйрек жетіспеушілігі клиникасы
- е) Зерттеу әдістері

III.Қорытынды

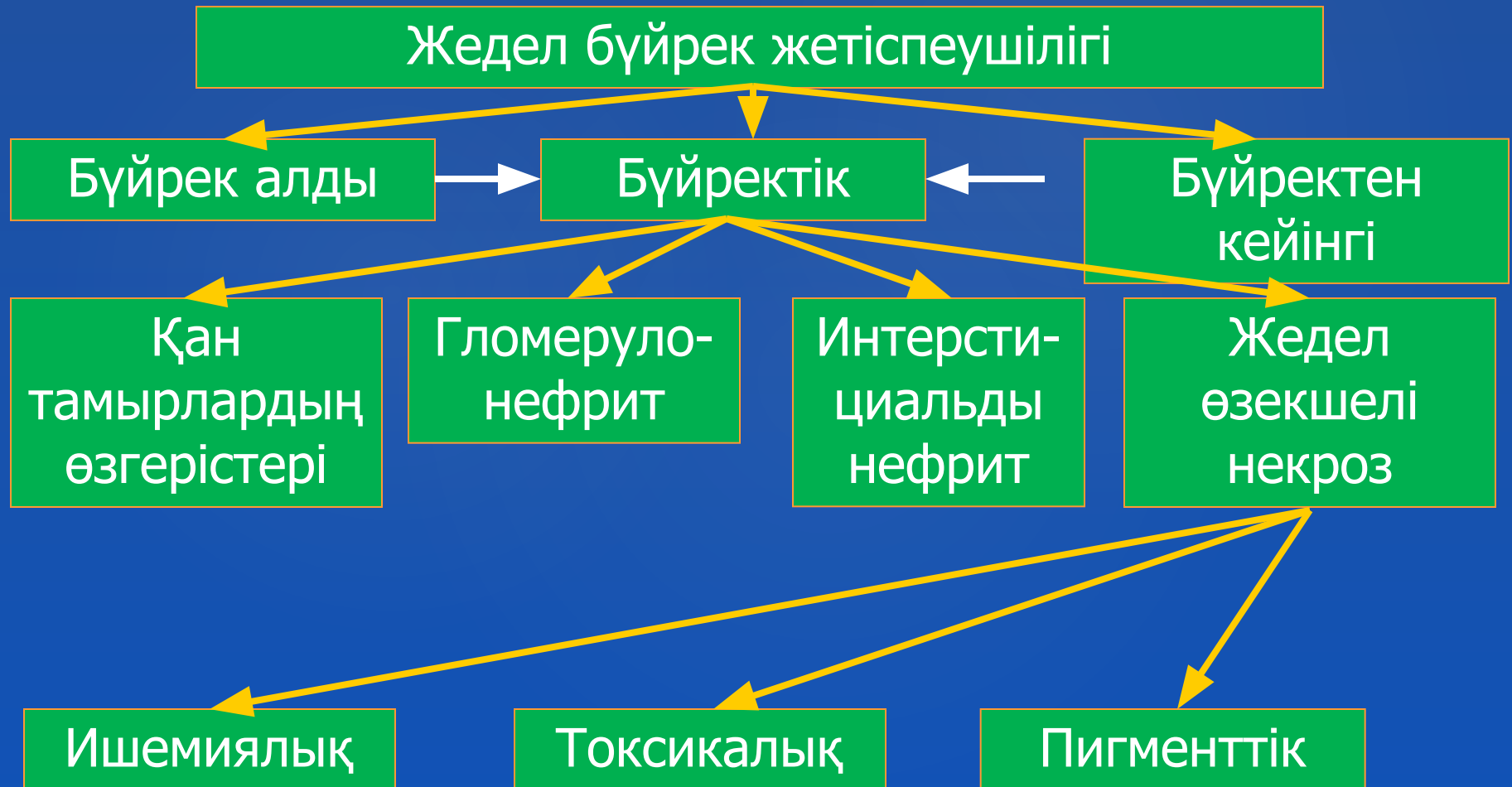
IV.Пайдаланылған әдебиеттер

Жедел бүйрек жетіспеушілігі



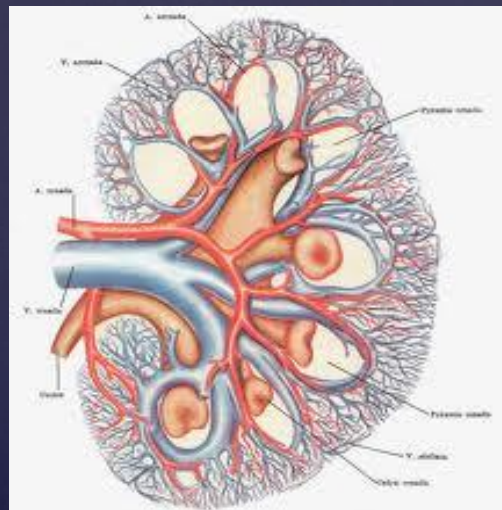
Жедел бүйрек жетіспеушілігі (ЖБЖ). Бүйрек қызметінің жедел нашарлауымен (шумақтық фильтрация жылдамдығының жедел түсуімен), қанда бүйрек арқылы шығарылатын қосылыстардың жоғарылауымен сипатталады. ЖБЖ алғашқы белгісі – азотемия (кенет мочевиная және креатинин деңгейінің қанда жоғарылауы), екінші – олигоанурия, ол кейде болмауы да мүмкін (50-70 % науқастарда). ЖБЖ себептері үш негізгі топқа бөлінеді – преренальді, ренальді және постренальді.

Жедел бүйрек жетіспеушілігінің түрлері.



ЖБЖ құрылым көрсеткіші.





Преренальді ЖБЖ басында функциональді болады, сонымен қоса сау бүйрек кезінде дамуы мүмкін. Бірақ бүйректе қан айналымы бұзылыстары ұзақ уақыт бойы сақталса, тіндер ишемиясы нәтижесінде преренальді ЖБЖ-не органикалық өзгерістерге ұшырып ренальді ЖБЖ өтуі мүмкін.

Ренальді себептер немесе бүйрек ішілік аурулар 20-55 % жағдайда кездеседі. ШФЖ-ның төмендеуі бүйрек өзекшелерінің, интерстициясының, шумақтарының, тамырларының зақымдануынан болады. Негізгі себептеріне гломерулярлы және тубуло-интерстициальді нефриттер, дәрілік заттармен, улармен улану жатады.

Постренальді ЖБЖ зәр жолдарының бітелуі кезінде дамиды. Ішкі қысымның өсуіне байланысты бүйрек өзекшелері ісінеді, бүйрек қан тамырларын қысады, ол өз кезегінде бүйрек тінінің ишемиясына әкеледі. Зәр жолдарының тарылуы несеп тас ауруынан, ісік үрдістерінен, лейкозбен ауыратын науқастарда химиотерапиядан кейін қатерлі жасушалардың ыдырауынан түзілетін несеп қышқылдары кристалдарынан болуы мүмкін.

Жедел бүйрек жетіспеушілігі ЭТИОЛОГИЯСЫ.

Преренальды

қан
жоғалту

шок

бүйрек
артериясының
тромбозы

жедел жүрек
жетіспеушілігі

коллапс

Ренальды

жедел бүйрек
ишемиясы

некронефроз

жедел нефрит,
пиелонефрит,
васкулит

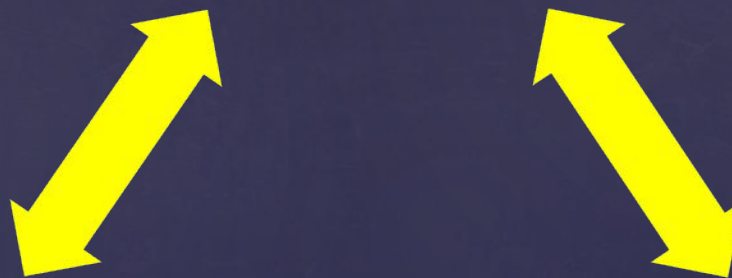
нефротикалық
заттар

Постренальды

зәр шығару
жолдарының
бітелуі

несепардағы
кедергілер

ЖБЖ себептері



Бүйректен тыс



Бүйректік

Бүйректен тыс себептер:

қан кетулер (қансырау), құсудың ауыр түрінде,

бала босанудағы асқынулар (нефропатия, эклампсия, фибринолиз).

шоктар (АҚ төмендеуінен жедел тамыр жетіспеушілігі: жарақаты, жұмсақ тіндердің езілуі т.б.),

жұқпалы аурулар (оба т.б.),

сәйкессіз қан құю, сепсис,

миокард инфаркты

Бүйректік себептер:



нефротоксиндер (ауыр металл тұздары), жедел
гломерулонефрит,

органикалық құрамдармен (сірке қышқылымен, метил
спиртімен) улану,

өсімдік және жануарлар улары (саңырауқұлақ уы,
жылан, насекомдар уы),

дәрі-дәрмектер (сульфаниламидтер, антибиотиктер,
хинин, акрихин, рентгенконтрасты заттар),

несеп жолдарында кедергі болғанда (тас, ісік (әсіресе ер
адамдарда))

ЖБЖ патогенезі

Бүйрек қан айналысының жедел бұзылуынан бүйрек тінінде аноксия дамып, бүйрек шумақшалары мен түтікшелерінде дистрофиялық және өліеттену өзгерістері пайда болады. Егер жедел бүйрек қызметінің жетіспеушілігі нефротоксикалық себептерден дамыса, онда улы заттар мен токсиндер бүйректердің паренхимасына тікелей әсер етеді. Бүйрек шумақшаларында зәрдің сүзілуі бұзылады, кейін бұлар анурияға әкеледі. Органикалық калий, натрий тұздары, фосфор тұздары, азоттық өнімдер жиналады.



Стадия	Клиническая форма	Уровень креатинина крови
I	Субклиническая	2-5 мг% или 0,17-0,44 ммоль/л
II	Клиническая	5-8 мг% или 0,45-0,71 ммоль/л
III	Терминальная	Свыше 8 мг% или 0,71 ммоль/л

ЖБЖ клиникасы

ЖБЖ-нің 4 сатысын ажыратады:

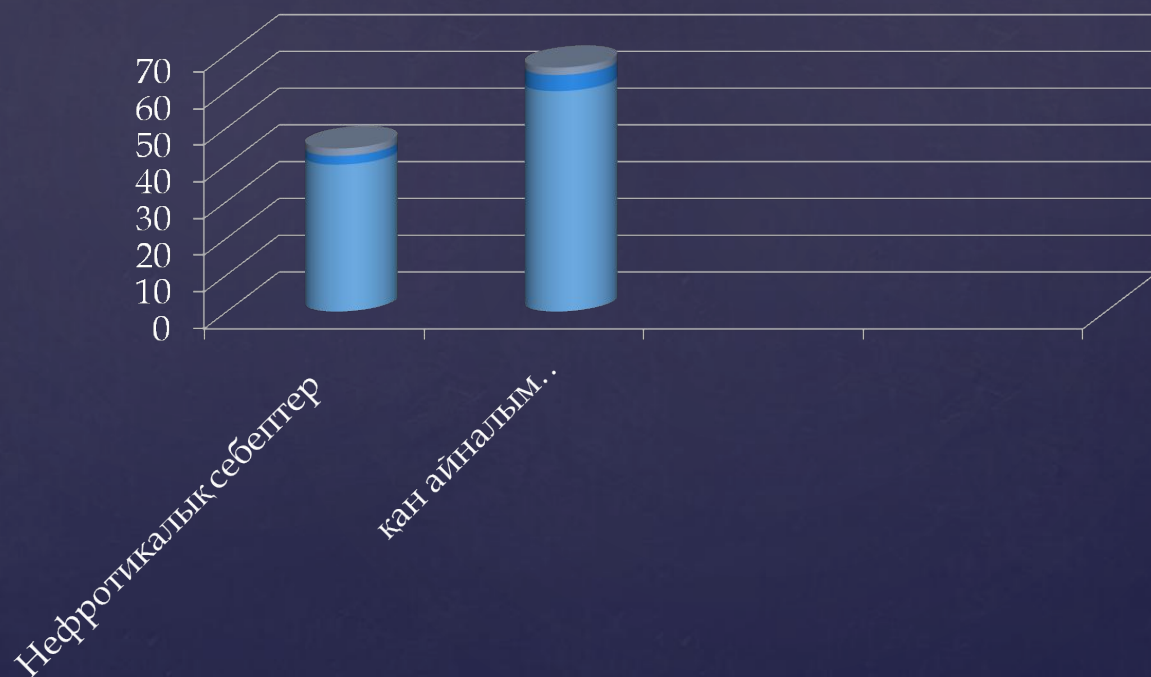
I - бастама (шоктық саты) сатысы: 1-2 күнге, кейде 1 аптаға созылады. Белгілері: негізгі себепке байланысты (шөлдеу, жүрек айнып құсу, тәбеттің төмендеуі, әлсіздік, ұйқышылдық, естің бұзылуы, арықтау).

II сатысы - олигоануриялық саты – тәуліктік диурез өте төмендейді немесе несеп бөлінуі тоқтайды, уремиялық улану белгілері және су-электролиттік бұзылыстар болады. Бұл ең қауіпті сатысы. Науқас өліп кетуі мүмкін. Шамамен бір аптаға созылады. Егер науқас тірі қалса, III сатысы басталады.

III сатысы - полиуриялық саты. Несеп көп бөліне бастайды, оның салыстырмалы тығыздығы төмен болады, тәуліктік диурез жоғарылайды. Қандағы қалдық азот, оның құрамы, электрлік өзгерістер біртіндеп қалыптыға келіп, несептегі өзгерістер де жойыла бастайды. Бұл саты шамамен екі аптаға созылады.

IV сатысы - сауығу сатысы: 3 айдан 12 айға созылуы мүмкін. Науқас біртіндеп сауығады. Сауығу толық болады, созылмалы түрге айналмайды.

Бүйрек жетіспеушілігін негізгі тудыратын негізгі екі себептерінің деңгейлері.



ЖБЖ кезінде жүргізілетін зерттеулер

- ▣ Қан анализі (жалпы,б\х)
- ▣ Зәр анализі(жалпы, Зимницкий, Нечипоренко)
- ▣ ЭКГ
- ▣ Артериография
- ▣ Каваграфия
- ▣ УДЗ
- ▣ Бүйректі изотопты сканерлеу
- ▣ Томография
- ▣ Хромоцистоскопия
- ▣ Ретроградті пиелография

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
Индол
Гуанидин

ЖБЖ-нің дифференциальды лабараториялық диагностика түрлері

Көрсеткіш	Қалыпты	Жедел бүйрек жетіспеушілігі		
		Бүйрек алды	Бүйректік	Бүйректен кейін
Диурез мл/т	-1500	<500	түрліше	<500
Зәрдің сал.тығ.	1025-1026	>1020	= 1010	1010
Зәр	400-600	>400	<400	<400
Зәр Na+ ммоль/л	15-40	<20	>30	>40
Мочевина Зәр/плазма	20:1	>10:1	<4:1	<8:1
Зәр/плазма	1,5-1-2:1	<1,1-1	>1,5-1	<1:1
Na+экскреция фракциясы	≤1	<1	2≥	1>

Бүйрек қызметі (көрсеткіштері)	Сақталған			
		<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

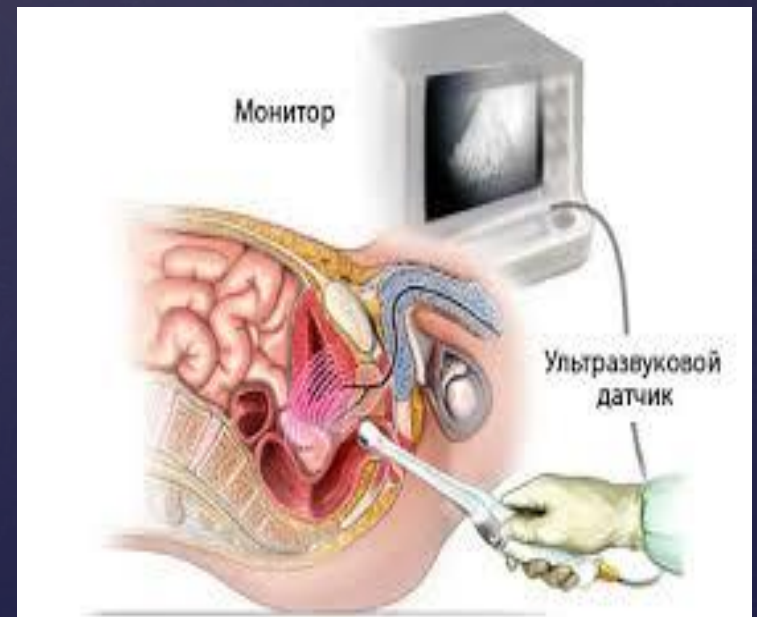
Диагноз

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.

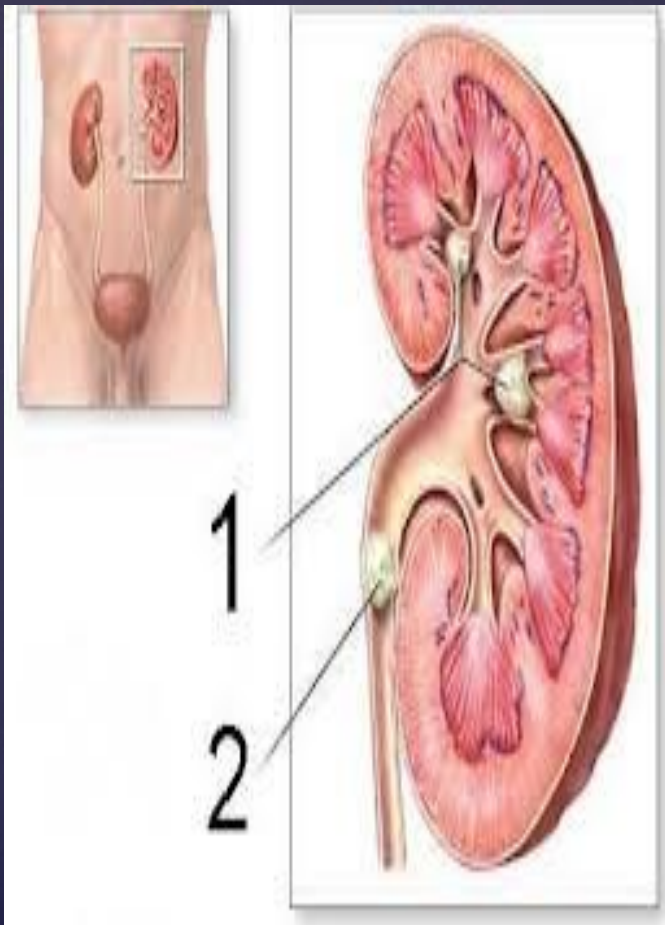


Бүйректің көлемін анықтау.

БСЖ-да бүйректің көлемін анықтаған аса маңызды.ол үшін ішекті жақсылап тазартып іштің шолы рентгенографиясын және УДЗ жасайды.созылмалы гломеруло нефриттің,пиелонефриттің салдарынан дамыған бүйректің созылмылы шамасыздығында бүйрек бүрісіп кішірейеді және тығыздалады.амилойдоздан немесе поликистоздан болған бүйректің шамасыздығына бүйректің кішіреюі тін емес.бүйректің көлемі қалыпты бола тұра бүйрек шамасыздығының тез өрістеуі,негізгі патологиялық процесстің оршуін көрсетеді.

Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі (СБЖ) – клиникалық синдром, бүйректің үдемелі қайтымсыз зақымдануынан дамидын бүйрек қызметінің тұрақты жоғалуы. СБЖ кезінде бүйрек тінінің үнемі зақымдануы және сау тіннің тыртықтануы дамиды. СБЖ себебінің әртүрлілігіне байланысты аурудың үдеу жылдамдығы әр науқаста әртүрлі болып келеді. Кейбір науқастарда бүйрек жетіспеушілігінің терминальді сатысына дейін үдеуі бір жылға дейін тез дамиды, ал басқаларда 20 жылға немесе оданда көп уақыт бойы баяу дамуы мүмкін.





Қазіргі таңда ересектердегі бүйрек жетіспеушілігі санының ауруының негізгі себептері:

- Қант диабетімен ауыратындардың санының және бұл ауру кезіндегі бүйрек зақымдануының артуы
- Гипертонияның және бүйрек тамырларының зақымдануының артуы
- Ішкі аурулар ауқымының кеңеюінен бүйрек зақымдануының қосылуы.

Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің себептері әртүрлі. Балалардағы созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің терминальді сатысының ең жиі себебіне бүйректің туа пайда болған немесе тұқым қуалайтын аурулары жатады, екінші орында – гломерулярлы аурулар. Қазіргі заманда қоғамдағы өлім себебінің артуы созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің терминальді сатысының себептерін қайта қарауды талап етеді.

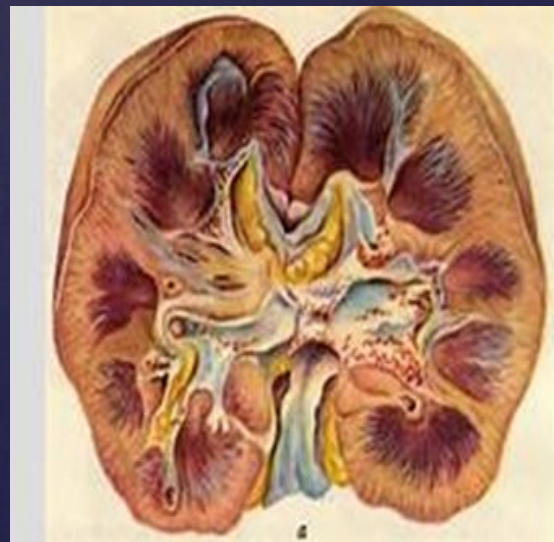
СБА үдеуінің патогенезі.

Нефрондар санын азайтумен жүретін кез-келген ауру біртіндеп бүйрек жетіспеушілігіне әкеледі. Жұмысқа қаблетті нефрондар саны біртіндеп азаяды, ал қалғандары олардың жетіспеушілігін ШФЖ артуы және электролиттер кері сіңірілуі арқылы функциональді түрде компенсациялауға тырысады. Соның салдарынан жалпы гомеостаз тепе-теңдігі ұзақ уақыт бойы қалыпты күйінде сақталады. Бірақта, өкінішке орай жекеленген нефрондар қызметінің компенсаторлы жоғарылауы олардың тез зақымдалуына әкеледі. Бүйрек тініндегі склероз үрдісінің жылдамдығы арта түседі. Бүйрек өз қызметін толық жоғалтқанда аурудың соңғы сатысы туындайды және өмірді жалғастыру үшін бүйректі алмаструшы емді (диализ және трансплантация) қабылдау керек болады.



Бүйрек жетіспеушілігінің клиникасы мен асқынуы.

Алғашқы сатысында клиникалық симптомдары арнайы емес. СБА күдіктенуге болатын анорексияға, ұйқының бұзылуына, дене салмағының төмендеуіне, балалар бойының өспеуіне, терінің құрғақтығы мен қышынуына, полиурияға, шөлдеуге, никтурияға, анемияға басты назар аудару керек. СБА күдіктенген кезде жалпы клиникалық, биохимиялық, аспапты зерттеулермен қоса бірінші кезекте ШФЖ анықталуы керек. СБА ның алғашқы сатыларынан 5-сатысына дейін қалған нефрондардың (склерозданбаған) компенсаторлы қызметіне байланысты айқын клиникалық симптомдар байқалмауы да мүмкін.



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.

- Айтбембет Б.М. Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы. Оқу құралы. Алматы. “Кітап” баспасы, 2005.-568 бет.
- Ғаламтор сайттары:
 - 1. www.alibrary.com
 - 2. www.meduniver.com
 - 3. www.youtube.com

Назарларыңызға үлкен
рахмет!!!