

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті

Терапия кафедрасы

Бүйректің жедел жетіспеушілігі.



Қабылдаған: Вр. Баядилов М.С.

Орындаған: Вр. интерн. Бекмурзаева А.Н.

Тобы: ТҚ-705

Жоспар:

- Кіріспе**
- Негізгі бөлім**
- Жедел бүйрек жетіспеушілігі.**
- ЖБЖ сатылары**
- ЖБЖ жітемесі**
- ЖБЖ-не диагноз қою**
- ЖБЖ-нің емі**
- Қорытынды**
- Пайдаланылған әдебиеттер**



Тақырыптың өзектілігі

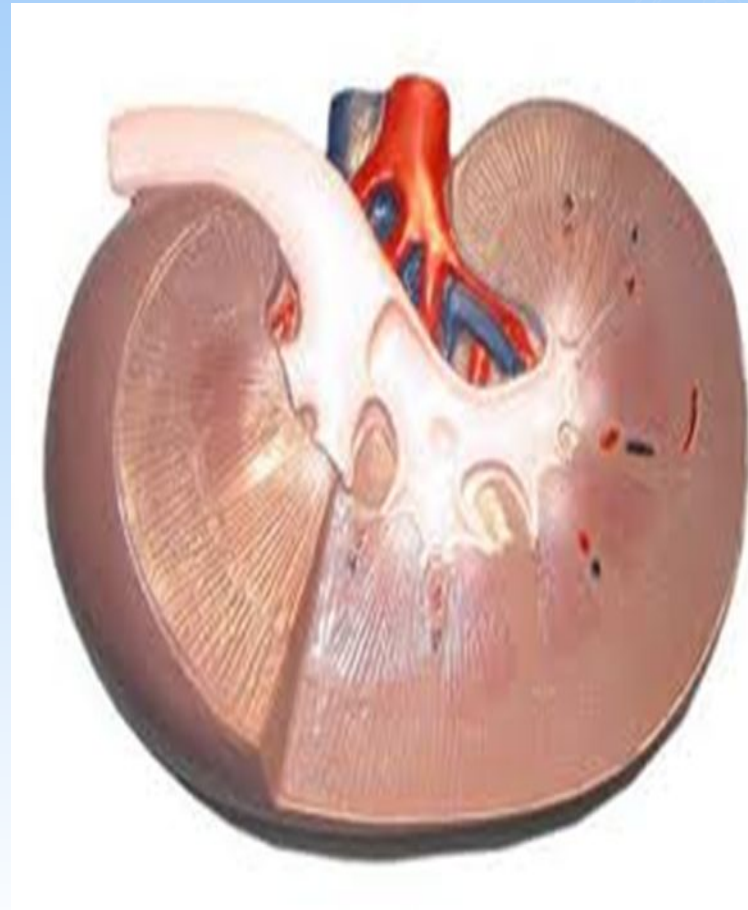
- Зәр шығару жүйесі ауруларының бірі- Жедел бүйрек жетіспеушілігі. Бұл аурудың негізгі белгілерін жан-жақты талдау, шағымдарын, аурудың даму тарихын дұрыс анықтау, қарап тексергенде анықталған мәліметтерді дұрыс талдау нәтижесінде анықталған өзгерістерге тұжырым жасай білу осы ауруларды анағұрлым ертерек анықтауға мүмкіндік береді.**

Тақырыптың мақсаты

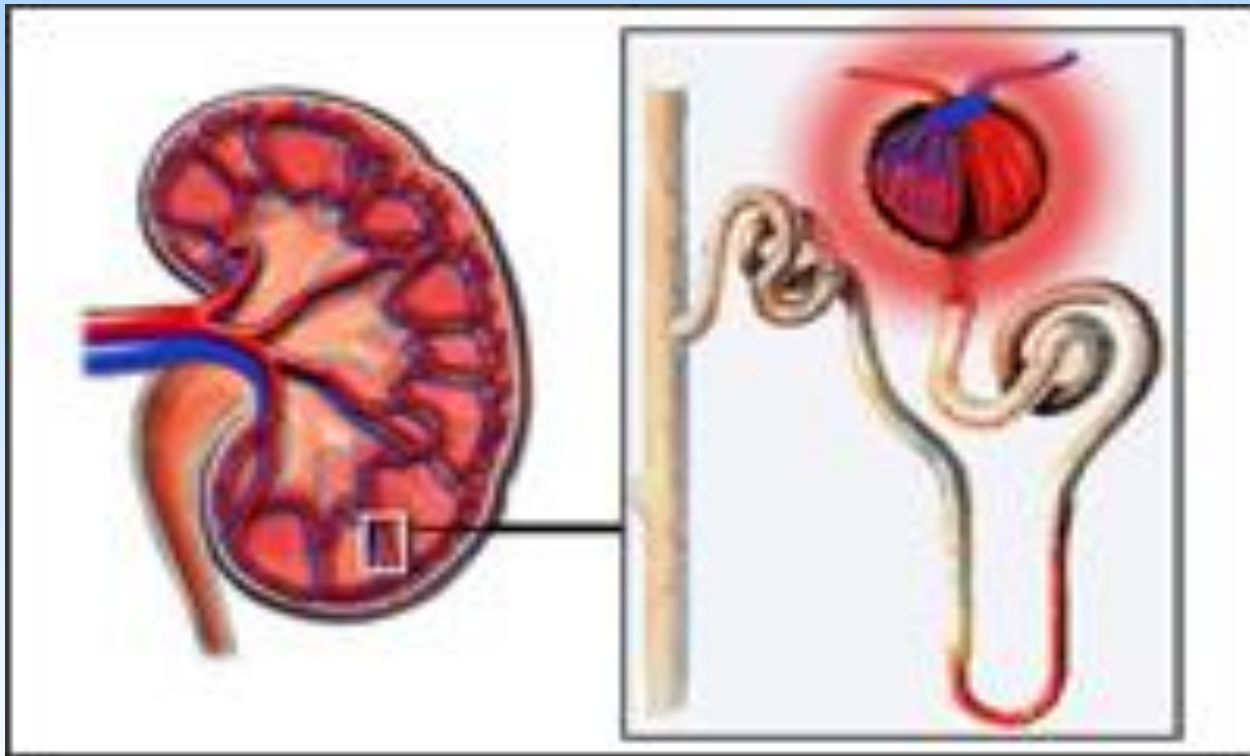
- Жедел бүйрек жетіспеушілік ауруының даму себептерін талдау, аурудың клиникалық көріністеріне, олардың даму механизміне, диагностикасы мен еміне көңіл аудару.**

Кіріспе

- **Бүйрек жетіспеушілігі – ағзаның ішкі ортасының химиялық құрамының бір қалыпты ұстауының біртіндеп немесе толық жоғалумен көрінетін патологиялық жағдай .Нәтижесінде ағзада су-тұз алмасуы бұзылады ,азот қалдықтары сақталады.**



Бүйрек тамырлары және нефронның құрылысы



Негізгі бөлім



Жедел және созылмалы бүйрек жетіспеушілігі.



- Жедел бүйрек жетіспеушілігі жедел басталумен ,қысқа циклді өтумен және толық қалпына келумен көрінеді. Ауыр жедел бүйрек жетіспеушілігі кезінде ауру қалпына келмейді және созылмалы түрге ауысу мүмкін . Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі жайлап басталумен және прогрессиялық өтумен ерекшеленеді. Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің соңғы кезеңінде науқастың өмірін сақтап қалу үшін қанды тазалайды немесе бүйректі трансплантация жасайды.**



Жедел бүйрек жетіспеушілігі.

ЖБЖ –нің жиі пайда болу себебі шок , қан ұюдың жоғарылауы (мысалы, қанға қағанақ суының араласуы нәтижесінде, бұлшықеттердің зақымдалу нәтижесінде бұлшық ет тінінің қалдықтарының қанға араласуы) .

□ Нәрестенің улану кезінде жедел бүйрек жетіспеушілігінің пайда болуы 3 топқа бөлінеді :

- 1. шок немесе коллапспен шақырылатын қан айналымының бұзылысы**
- 2. нефратоксикалық улармен улануы (фенол , фармалин, гликол)**
- 3. гемолитикалық улармен улануы (анилин , нафталин ,сірке қышқылы)**

ЖБЖ-нің клиникалық ағымының стадиялары

ЖБЖ-нің стадиялары	Ағымы	Клиникалық көрінісі
Бастапқы	1-5 тәулік	ЖБЖ-не әкелетін аурулардың сәйкестігі мен жағдайы
Олиго-ануриялық	1-3 апта (орташа 10-14күн)	Олиго-анурия, гипергидратация, АГ, азотемия, дизэлектролитемия, анемия
Диурездің қалпына келуі	1-10 күн	Полиурия, дегидратация, дизэлектролитемия
Бүйрек функциясының қалпына келуі	3-12 ай	Метоболизмдік, эндокриндік, гемопозтикалық функциялардың қалпына келуі.

ЖБЖ-нің классификациясы

ЖБЖ

Преренальді

Ренальді

Постренальді

Тамырлардың
зақымдалуы

Гломеруло-
нефрит

Интерсти-
циальді
нефрит

Жедел каналды
некроз

Ишемиялық

Токсикалық

Пигменттік



ЖБЖ 3 сатыдан өтеді :

- Бірінші сатысында удың әсерінен жалпы улану белгілері байқалады (циркуляторлы , тыныс алудың бұзылуы , асқазан ішек жолдарының бұзылыстары) .Бүйрек жетіспеушілігі әлсіз байқалады және доминантты емес.Бұл сатының 5 жасқа дейінгі балаларда ұзақтығы орташа 12-15 сағат, одан үлкен жастағы балаларда 36 сағаттан 3 тәулікке дейін . Бұл кезеңде бүйрек зақымдалуын , мүмкіндік болса бүйректің функционалды жетіспеушілігіне алып келетін факторды жою керек (артериалды гипотания , гипоксемия, су-тұз алмасуының бұзылуы)**



Екінші сатысы – анурия – диурездің толық болмауымен немесе бірден азаюымен байқалады. Зәрде көптеген мөлшерде белоктар , лейкоциттер , эритроциттер , бүйрек эпителий жасушалары , цилиндрлер анықталады. Бүйрек жетіспеушілігінің органикалық бұзылуында зәрдің салыстырмалы тығыздығы басынан бастап төмен болып , 10^{10} нан аспайды. Функционалды бүйрек жетіспеушілігі кезінде олигоурияның бірінші тәулігінде салыстырмалы тығыздығы жоғары болады .

□ **Анурия кезінде ОЖЖ бұзылады, асқазан ішек жолдарында өзгерістар болады (анорексия , құсу , құрсақтағы ауырсыну, үлкен дәреттің еріксіз келуі) , қан айнарудың декомпенсациясы (гипотания , тамырлы коллапстарға бағыныштылық) .**

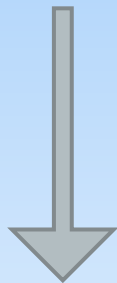
□ **Қанның лабораторлы зерттеуінде анықталады : гипонатриемия (120 мэкв /л = 276 мг % төмен), гиперкалиемия (7 мэкв /л = 27,3мг % ке дейін және одан жоғары), гиперагнезиемия , гипокалциемия , гипохлоремия , метаболикалық ацидоз және мочевина концентрациясының жоғарылауымен байқалатын азотемия.**

Анурия кезеңінің ұзақтығы 5-6 күннен 20 тәулікке дейін және одан жоғары. Анурия уақыты созылған сайын науқастың жағдайы қиындайды

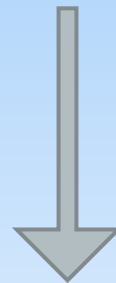
Үшінші сатысы- полиуриялық немесе диурездің қалпына келетін сатысы. Бұл сатының ерекшелігі бүйректің суды шығару функциясының қайта қалпына келуімен көрінеді. Бірақ оның концентрациялық қабілеттілігі бұзылған күйінде сақталады, зәрдің салыстырмалы тығыздығы өте төмен ($1,001-1,005$), ал бүйректен шығатын судың мөлшері жоғары. Бұл өзгерістер ағзаның сусыздануына алып келеді.



Жедел бүйрек жетіспеушілік



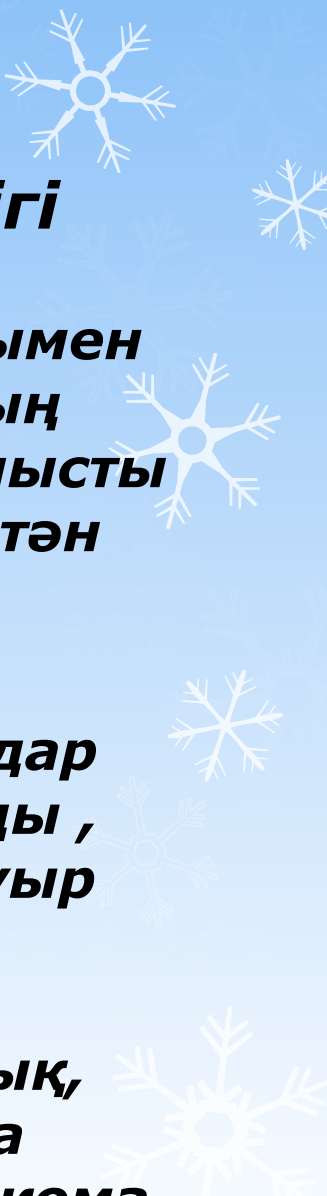
функционалды



органикалық

Функционалды жедел бүйрек жетіспеушілігі қызба кезінде , инсультте , нейрохирургиялық операциядан кейін дамиды, бұл кезде зат алмасумен қалдық заттардың пайда болуы, нәтижесінде бүйректердің тазалау функциясы жоғарылайды. Зәрдің мөлшері жеткілікті мөлшерде шығарылады , тығыздығы жоғары , бірақ қанда мочевианың концентрациясы жоғарылайды.

Науқастың тәбеті төмендейді , аузы құрғайды , көңілі айниды, ұйқышылдық пайда болады. Функционалды бүйрек жетіспеушілігі өмір үшін қауіпті емес және зат алмасу бұзылуын емделуін қажет етеді (тәулігіне 600-800 мл 40% глюкоза ерітіндісін құяды).

- 
- ▣ **Органикалық бүйрек жетіспеушілігі бүйрек паренхимасының зақымдалуымен көрінеді. Ол диурез мөлшерінің жоғары болуымен қатар жеңіл формада өтуі мүмкін, бірақ қанның бүйрек арқылы толық тазаланбауына байланысты көңіл айну, ықылық, ентігу сияқты уремияға тән шағымдар пайда болады.**
 - ▣ **Ағзада судың ұсталуымен дене массасының жоғарылауы кезінде өкпеде ылғалды сырылдар естіледі, артериалды гипертензия анықталады, жүрек соғуы жиілейді. Ануриямен жүретін ауыр жағдайда интоксикация белгілері ерте пайда болады - шөлдеу, ауыздың құрғауы, тұрақты ентігу, есінің бұзылуы, қозғалыста мазасыздық, естің бұзылуымен бірге бұлшықеттік тырыспа ұстамалары. Кейбір жағдайларда уремиялық кома дамуы мүмкін.**



Уремиялық кома кезінде есінің толық бұзылуы байқалады , терең жиі тыныс , кеуде бұлшықеттерінің тырыспалы жиырылуы болады , дене температурасы төмендейді, тері және кілегейлі қабаттар құрғақ болады. Тыныс шығарған кезде зәрдің иісі шығып тұрады .Қанды зерттеу кезінде уремиялық белгілер анықталады:мочевина мөлшері 100-150 ммоль/л ге дейін жоғарылайды,креатин 1800-2000 мкмоль/л болады.





Ануриядан кейін диурездің қалпына келу кезеңі басталады: бірнеше күн аралығында шығарылатын зәрдің мөлшері 4-10л және одан жоғары . Сирек жағдайда ағзаның сусыздану белгілері пайда болады: артериялық қысым төмендейді , дене температурасы жоғарылайды .Қандағы азот шлактарының құрамы жайлап қалпына келеді , бірақ толық айығуы 3-6 айдан кейін болады. Ауыр бүйрек жетіспеушілігінен кейін бүйрек инфарктымен бірге дөрекі тыртықтармен склероздық өзгерістер қалады.



□ ЖБЖ не диагноз қою қиындық тұғызады, бұл кезде негізгі аурудың ауыр түрінде күнделікті диурезбен азотемия деңгейін бақылау қажет. Бүйрек жетіспеушілігінің себебін анықтау қиын. Бүйрек жетіспеушілігін жедел зәрдің шықпай қалуымен және қуық құрсақ ішілік жыртылумен ажырату керек.



□ Консервативті емді баланың жасына және дене салмағына байланысты жүргізіледі, инфузионды терапия – келесі дәрілік препараттарды енгізумен жүргізеді (гепарин, эуфиллин, глюкокартикоидтар, инсулинмен бірге глюкоза, натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісі, кокарбоксилаза, жүрек дәрілері). Гиперкалиемиа кезінде кальций глюконат, анаболиялық гормондар (гломерулонефрит жоқ кезінде) тағайындалады; ацидоз кезінде натрий гидрокарбонаты.

□ Емі стационарда жүргізіледі. Бастапқы сатысында емдік тактика бүйрек функциясы бұзылысының себебіне байланысты жүргізіледі.

Гемоциркуляцияның бұзылуы кезінде, шок кезінде шокка қарсы шаралар жүргізіледі , жедел улану кезінде ағзадан улы шығару қажет (асқазанды жуу ,гемодиализ, гемофилтрация , гемосорбция, плазмоферез).Олигурияның бастапқы кезеңінде диурезді стимуляциялайтын фуросемид ,моннитол дәрілері вена ішіне енгізіледі.Белок пен калий шектелген диета тағайындалады.Ағзаға енгізілетін сұйықтық 500 мл ден кем болмауы керек және құсу кезінде жоғалған сумен диурезді қалпына келтіреді. Егерде уремия жоғарыласа науқас гемодиализ бөлімшесіне жіберілу қажет ,ол жерде жасанды бүйрек қолдану мүмкін.

□ Анурия кезінде ем келесі түрде жүргізіледі : су-тұз алмасуының бұзылуына қарсы , катоболизмнің жоғарылауын қалпына келтіретін , антианемиялық және антибактериялық терапия.

Су –тұз алмасуының бұзылуына қарсы күресу жасушадан тыс орналасқан гипергидратацияны, гиперкалиемияны және қышқыл сілтілі тепе-теңдікті қалпына келтірумен жүргізіледі, өйткені клеткадан тыс орналасқан гипергидратация ағзада судың және натрийдің ұсталып қалуына байланысты, оны қалпына келтіру үшін көп мөлшерде су ішу қажет.

□ **Натрийдің ағзада көп мөлшерде ұсталып қалуын жою үшін тұзсыз режим тағайындалады. Ағзаға енгілетін сұйықтықтың 1/5 бөлігін изотониялық натрий хлорид ерітіндісі немесе Рингер ерітіндісі құрау қажет. Тек қана глюкоза ерітіндісін (судың орнын толтыру үшін) тағайындау қауіпті, өйткені мидың ісінуі пайда болуы мүмкін. Гиперкалиемиамен күресу – жедел бүйрек жетіспеушілігі емі кезінде негізгі мәселе болып табылады. Амбурженің айтуы бойынша бұл жағдайда гиперкалиемиа науқастың жиі өліміне дейін алып келуі мүмкін. Белгілі уақыт аралығында гиперкалиемианың деңгейін концентирленген глюкоза ерітіндісімен инсулинді енгізу арқылы төмендетуге болады (100мл 20% глюкоза ерітіндісін 4-5 ӘБ инсулинмен бірге инъекция жасалынады). Жүрекке токсикалық әсер етуші калийді жою үшін 10% кальций глюканат ерітіндісін тағайындаймыз.**



□ Метаболикалық ацидозбен күресу үшін натрий гидрокарбонат ерітіндісін немесе трисбуферді енгіземіз екі препаратта дәл осы жағдайда жетіспейді: трисбуфер ағзада ұсталып қалады, ал натрий гидрокарбонаты натрий ионының көзі болып табылады. Ацидоз кезінде асқазанды және ішекті сілтілі ерітінділермен жуу тиімді ем болып табылады. Азотты қалдықтардың жиналуын және катоболизмнің жоғарылауын қалпына келтіру үшін диетотерапия қолданылады. Анурия кезінде тамақ құрамында белок болмауы қажет және құрамында көмірсулар өте көп мөлшерде болатын диета тағайындалады.

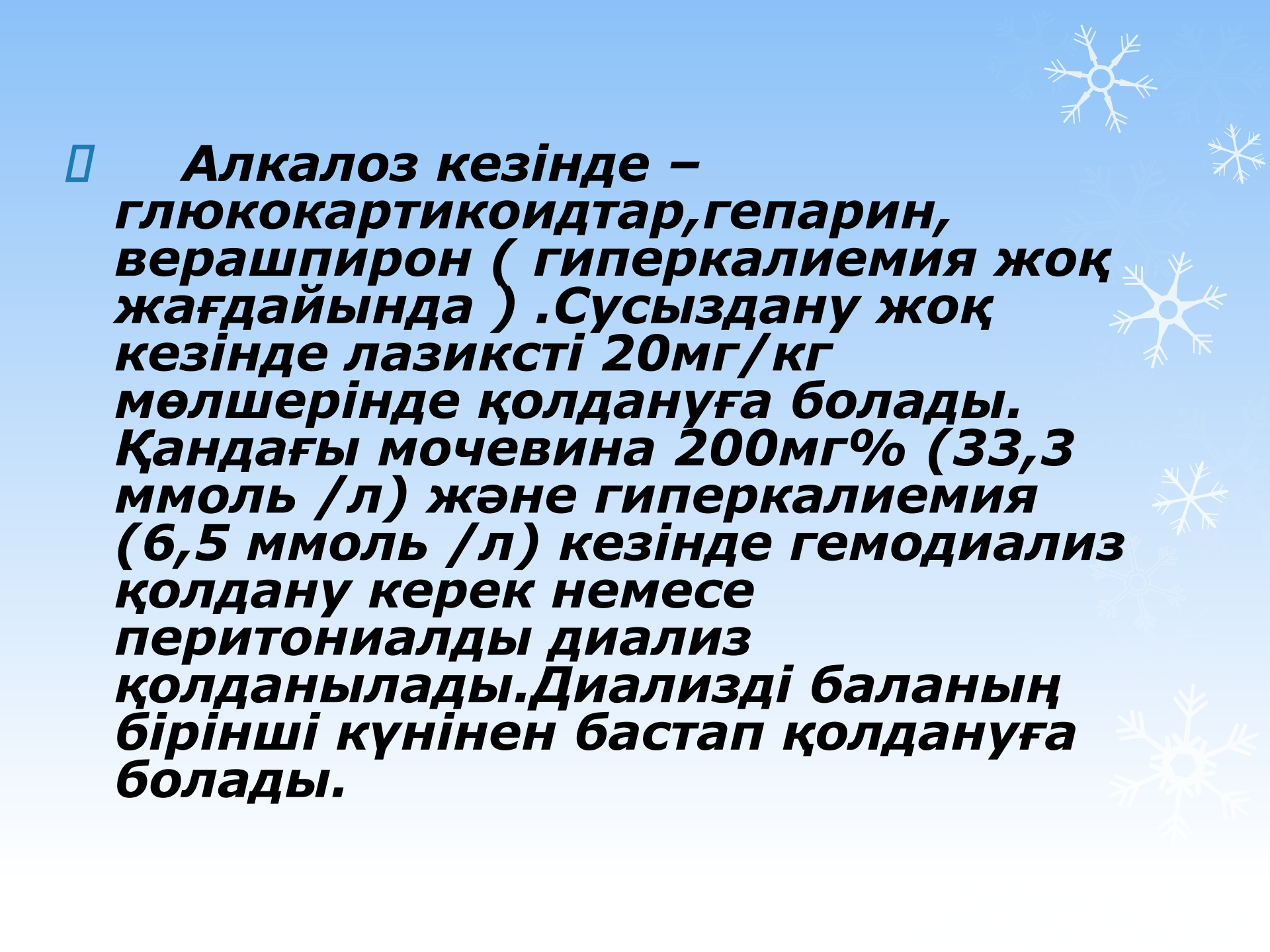


□ Анурия кезінде баланың жағдайын төмендететін гипохромды анемия дамуына байланысты антианемиялық ем тағайындалады. Витаминотерапиямен темір препараттарын науқасқа аптасына 1-2рет тағайындаумен бірге эритроцитарлы масса немесе таза концевирленген қан құю қажет.



Анурия кезінде қолданылатын антибактериалды терапия

Қолдануға болмайтын препараттар	Қолдануға болатын препараттар
стремтомицин және тетрациклин тобының препараттары, мономицин , сульфаниламидті препараттар	Пенициллин, макролиттерде : эритромицин, опеанломицин және новобиоциннің натрий тұзы



□ Алкалоз кезінде – глюкокарτικοидтар, гепарин, верашпирон (гиперкалиемия жоқ жағдайында) .Сусыздану жоқ кезінде лазиксті 20мг/кг мөлшерінде қолдануға болады. Қандағы мочевина 200мг% (33,3 ммоль /л) және гиперкалиемия (6,5 ммоль /л) кезінде гемодиализ қолдану керек немесе перитониалды диализ қолданылады.Диализді баланың бірінші күнінен бастап қолдануға болады.

Клиникалық белгілер

Мөлшерлі көрсеткіштер

Тағайындалатын ем

Алкалоз кезінде

гиперкалиемия жоқ жағдайында

глюкокартикоидтар ,гепарин , верашпирон

Сусыздану жоқ кезінде

Лазикс 20мг/кг

Қандағы мочевина 200мг% және гиперкалиемия

(33,3 ммоль /л)
(6,5 ммоль /л)

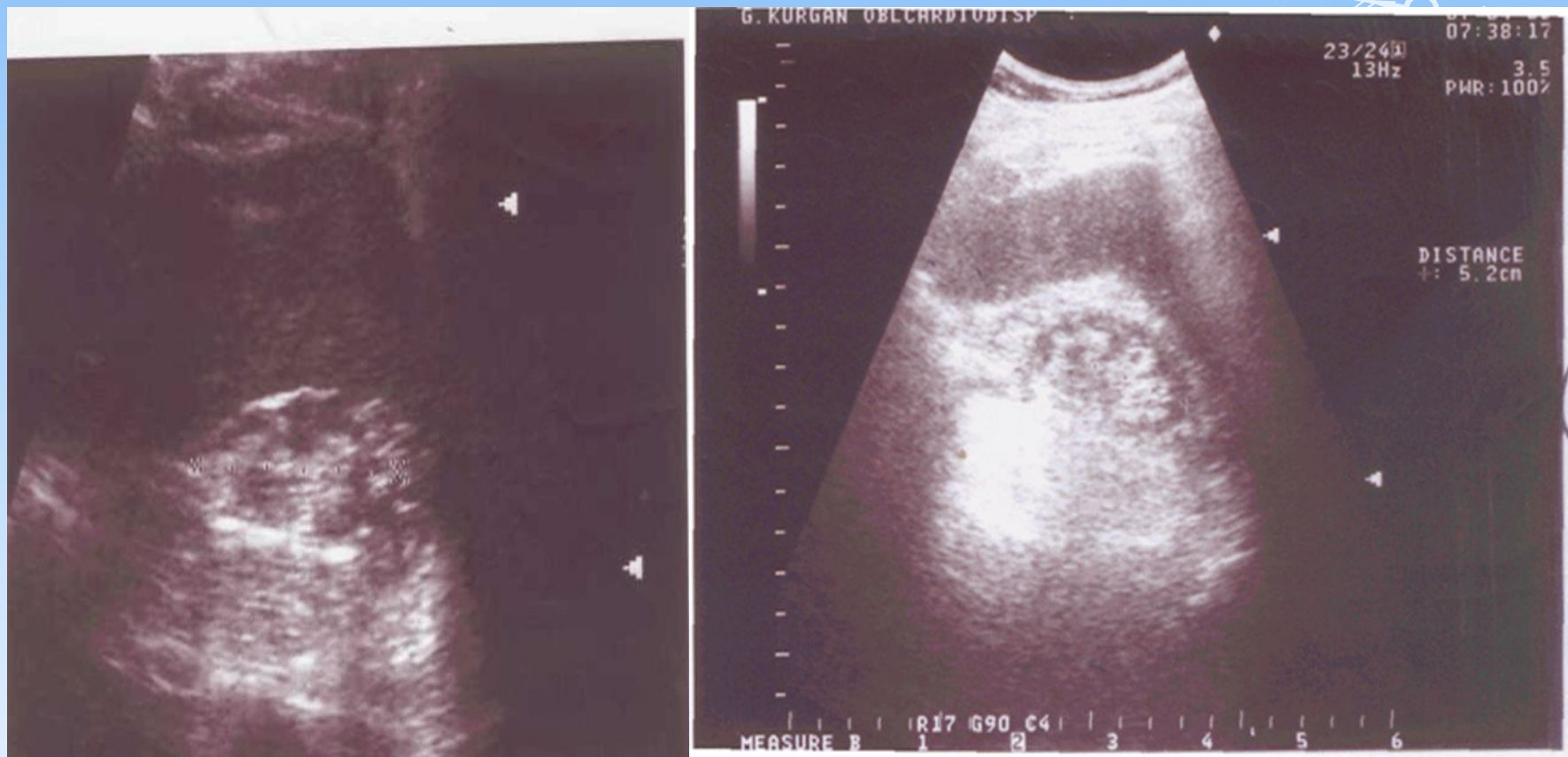
Гемодиализ,
перитониалды диализ

Гемоциркуляцияның бұзылу кезінде

шок кезінде шокка қарсы шаралар жүргізіледі , жедел улану кезінде ағзадан улы шығару қажет (асқазанды жуу , гемодиализ, гемофилтрация , гемосорбция, плазмоферез).

Олигурияның бастапқы кезеңінде

диурезді стимуляциялайтын фуросемид , моннитол дәрілері вена ішіне енгізіледі. Белок пен калий шектелген диета тағайындалады.Ағзаға енгізілетін сұйықтық 500 мл ден кем болмауы керек және құсу кезінде жоғалған сумен диурезді қалпына келтіреді.



***Оң бүйректің екіншілік бүрісуі.
Бүйректің көлемі кішірейген,
паренхимасы тегіс емес жұқарған.***

Қорытынды

□ Жедел бүйрек жетіспеушілігі жедел басталумен ,қысқа циклді өтумен және толық қалпына келумен көрінеді. Ауыр жедел бүйрек жетіспеушілігі кезінде ауру қалпына келмейді және созылмалы түрге ауысу мүмкін .

Пайдаланылған әдебиетер:

Негізгі

- Ә.Нұрмұхамбетулы. Патофизиология. – Алматы; РПО «Кітап», 2007. /419-422/**
- Б.Н.Айтбембет. «Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы» 2005. /497/**
- Б.Қалимұрзина «Ішкі аурулар» IIтом -2007. /413-416 /**
- Патофизиология: Учебник под/ред Литвицкого П.Ф.–М.: Гэотар-Медия. -2008 /332-335/**
- Патофизиология: Учебник для мед.вузов под/ред В.В. Новицкого и Е.Д. Гольдберга О.И. Уразовой- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2.-2009.- /112-144/**
- [www. google. kz](http://www.google.kz)**

Қосымша

- Руководство по гематологии//Под ред. А.И Воробьева.- М.: Ньюдиамед, 2007.-/1275 /**
- Л.А. Кузьмина. Гематология детского возраста. М.: 2001.- /400/**