

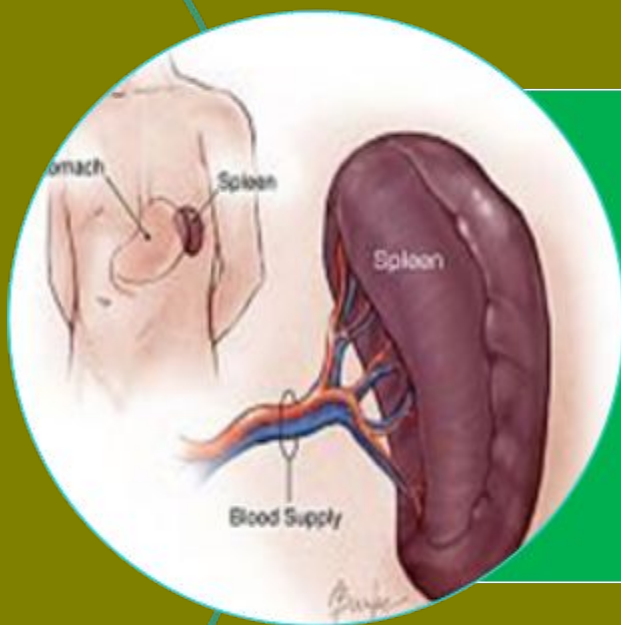


Тақырыбы: Жедел бүйрек жетіспеушілігі



Орындаған: «Емдеу ісі 304» Балтабаева Г.Б.

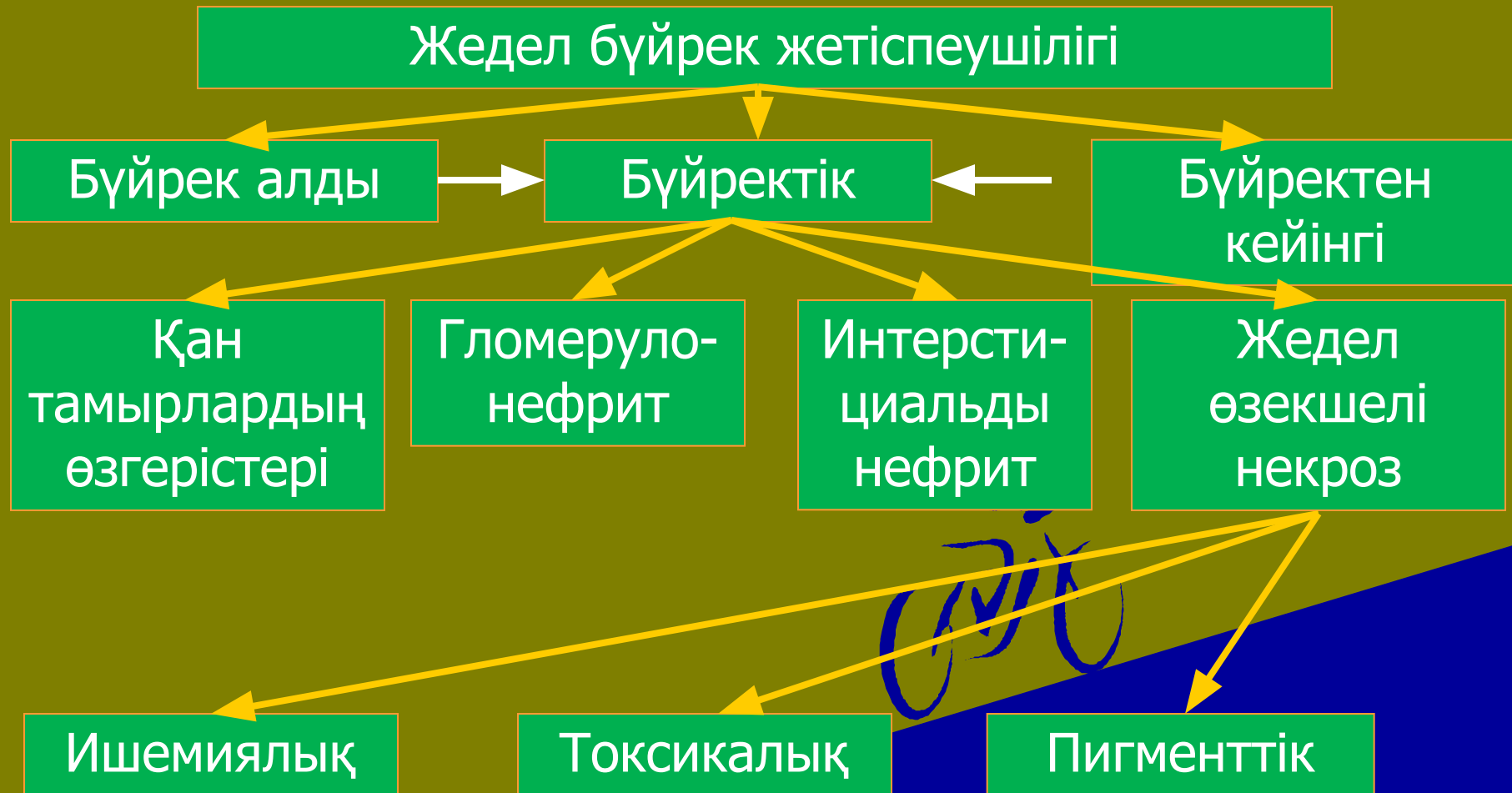
Тексерген: Жанатбек Е.



Жедел бүйрек жетіспеушілігі
(insufficiencia renalis acuta)-улану, шок,
жұқпалы аурулар кезінде бүйрек
тіндерінің жедел зақымдалуынан
кенеттен пайда болған бүйрек
қызметінің жетіспеушілігі.

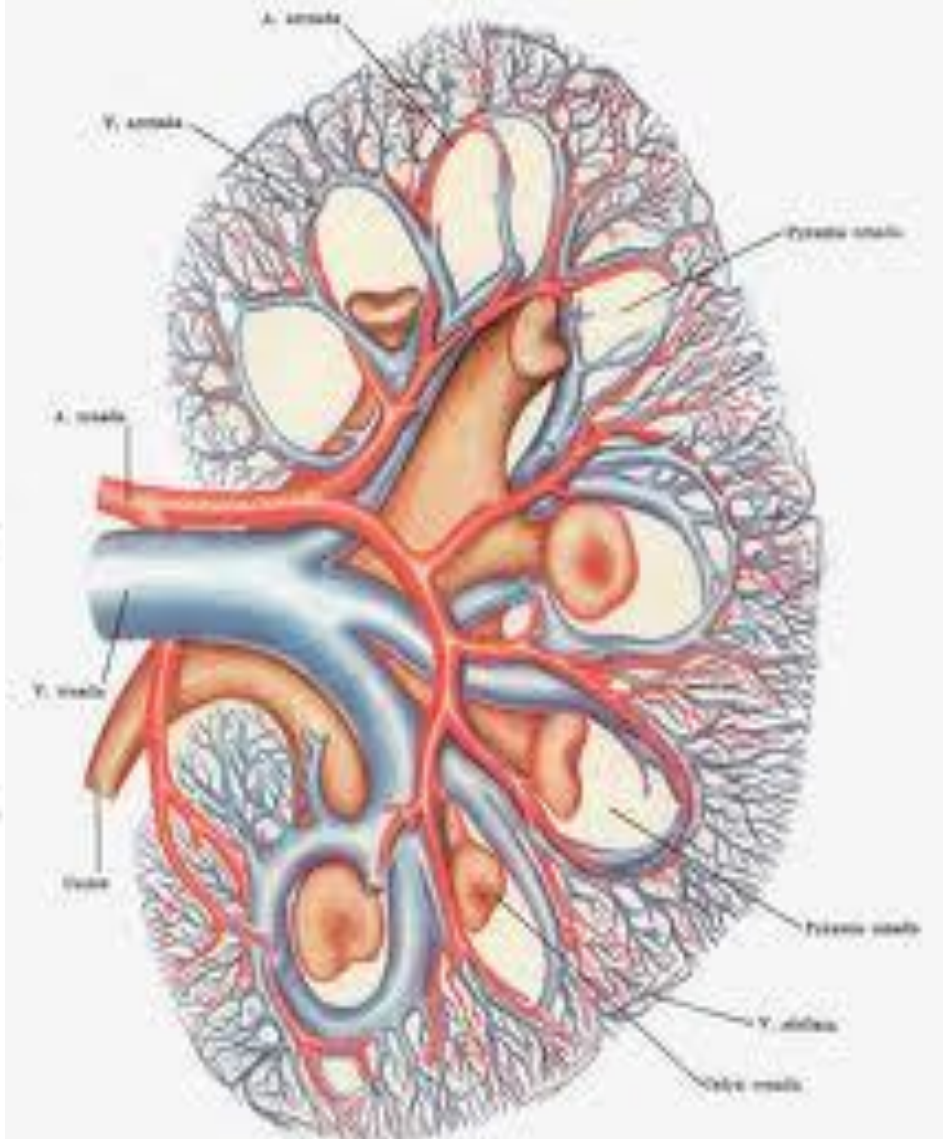
С.С.С.

Жедел бүйрек жетіспеушілігі түрлері



ЖБЖ құрылым көрсеткіші





ЖБЖ себептері



Бүйректен тыс



Бүйректік

- хр. интерстициальный нефрит
- хр. пиелонефрит
- поликистоз почек
- хр. уролитиаз

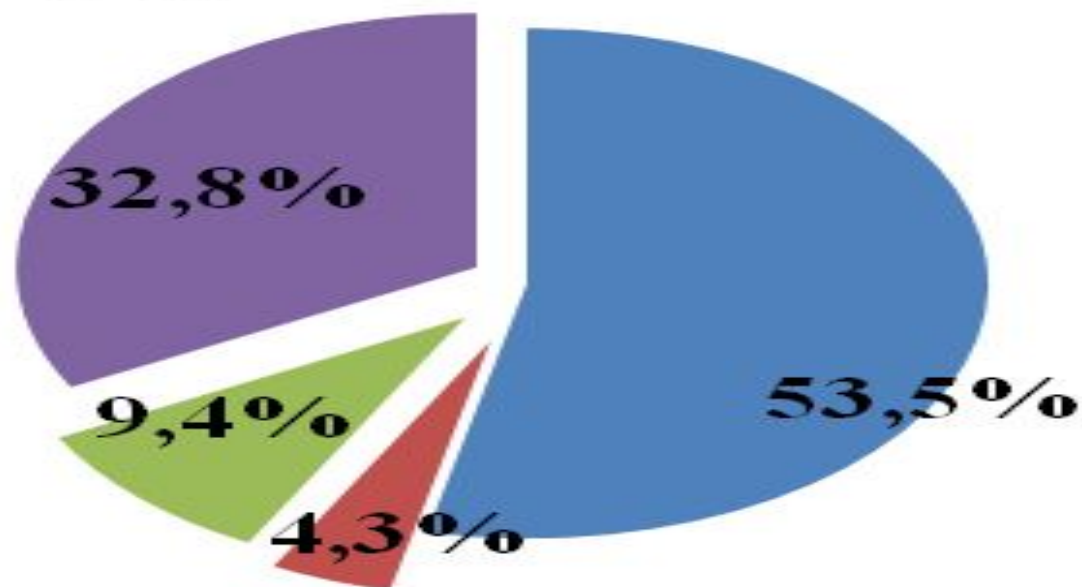


Рис.5. Незаразные этиологические факторы ХПН у кошек

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,

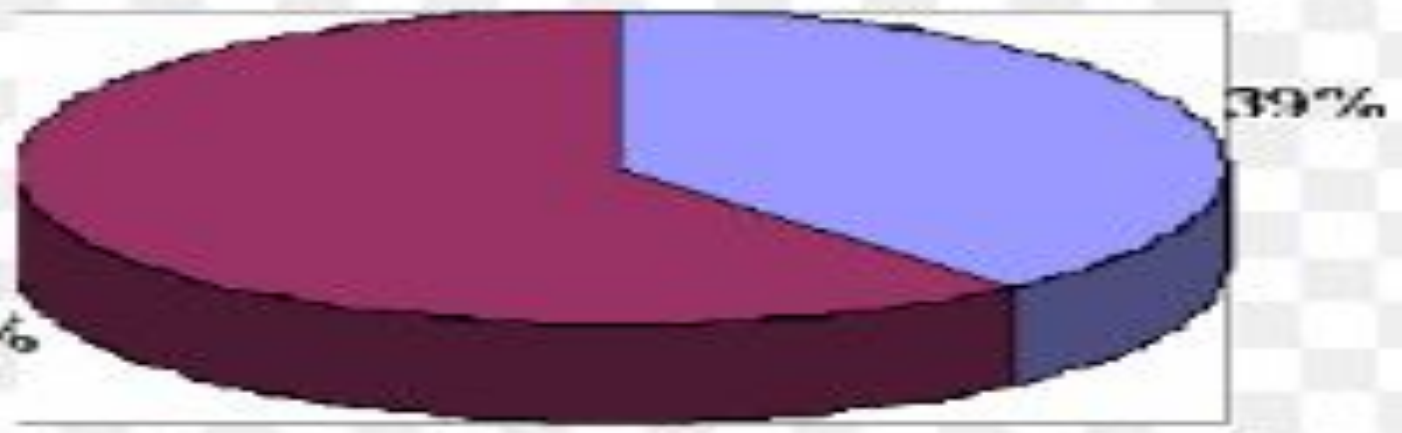
өсімдік және жануарлар улары (саңырауқұлақ уы, жылан, насекомдар уы),

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,





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).

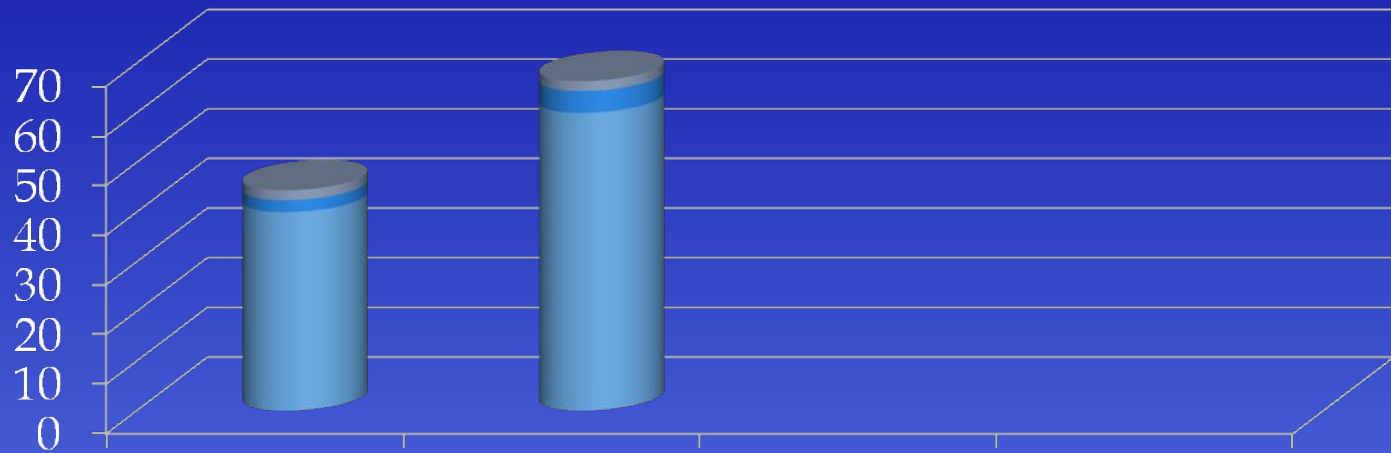
II сатысы - олигоануриялық саты – тәуліктік диурез өте төмендейді немесе несеп бөлінуі тоқтайды, уремиялық улану белгілері және су-электролиттік бұзылыстар болады. Бұл ең қауіпті сатысы. Науқас өліп кетуі мүмкін. Шамамен бір аптаға созылады. Егер науқас тірі қалса, III сатысы басталады.

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.

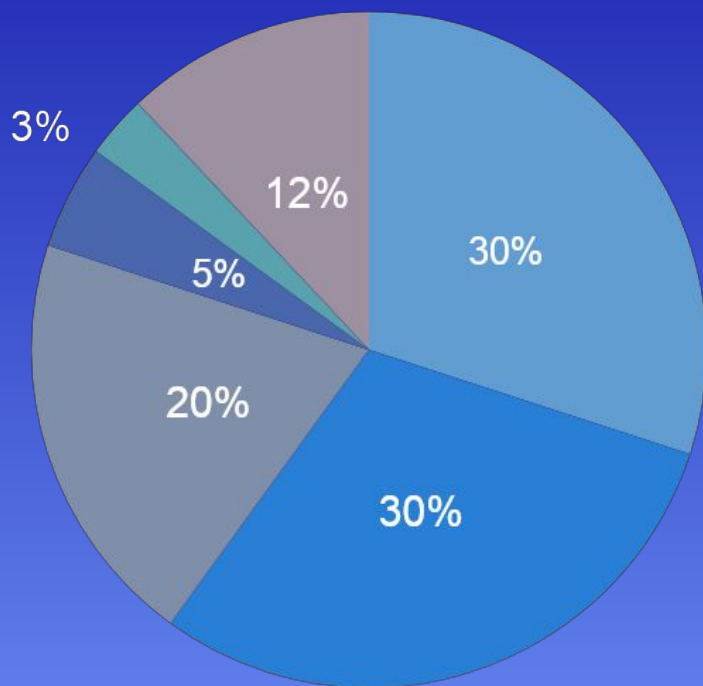
Нефротикалық себеттер

қан айналым...



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





- 30% Қан және несеп анализдері
- 30% УДЗ
- 20% Рентгенография
- 12% МРТ
- 5% Ретроградті пиелография
- 3% Хромоцистоскопи

Зәрдің жалпы анализі

- Изостенурия
(1010-1012)
- Протеинурия
- Цилиндрурия
- Лейкоцитурия
- Эритроцитурия

Қанның жалпы анализі

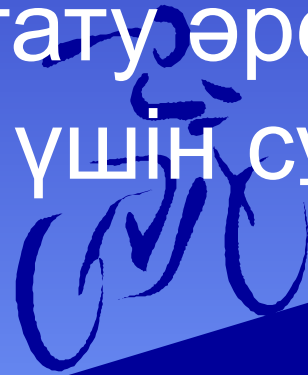
- Азот өнімдерінің қалдығы 200-300ммоль.л
- Зөрнәсіл 120-150ммоль.л
- Креатинин 1,2-1,7ммоль.л
- Зөр қышқылы 2-3ммоль.л
- Фенол
- Скатола
- Индол
- Гуанидин

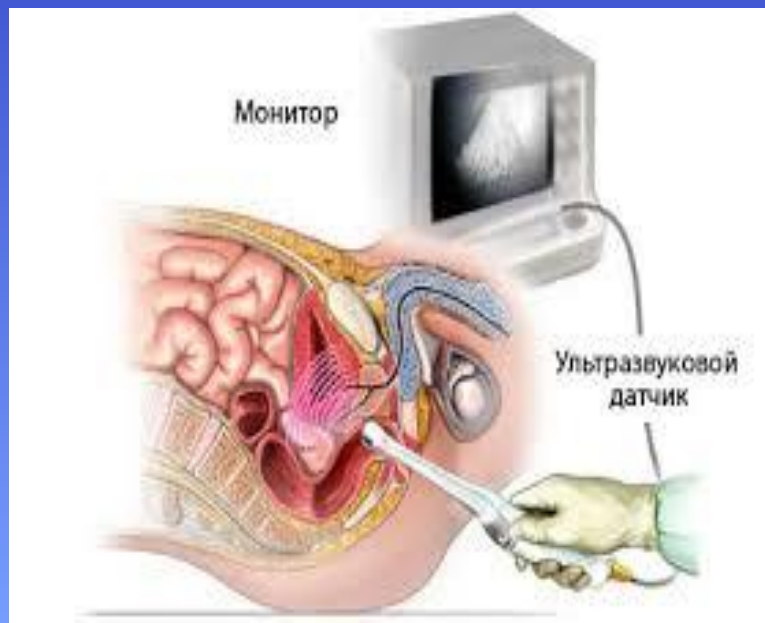
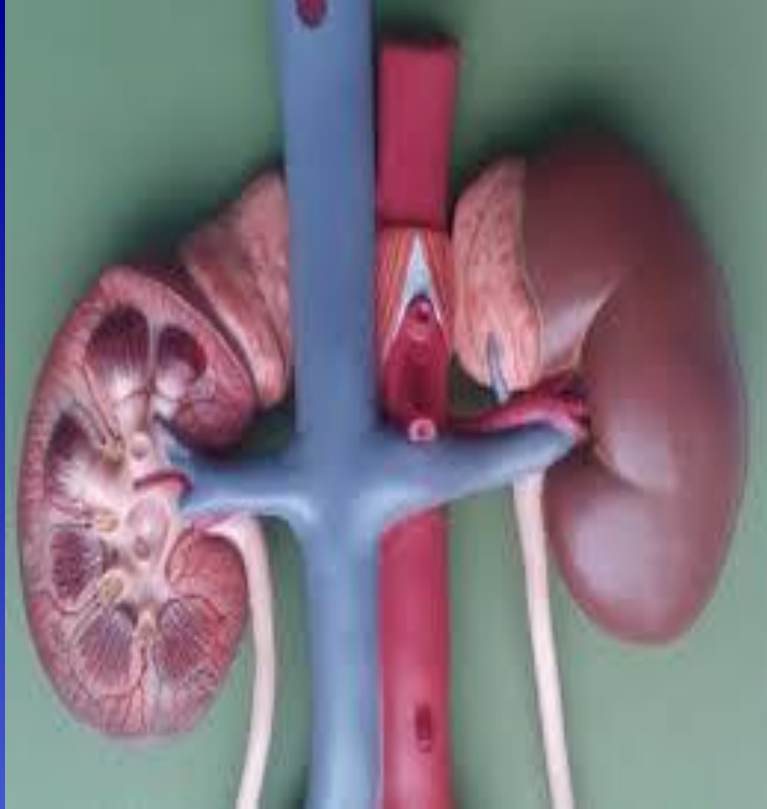
ЖБЖ-нің дифференциальды лабораториялық диагностика түрлері

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>

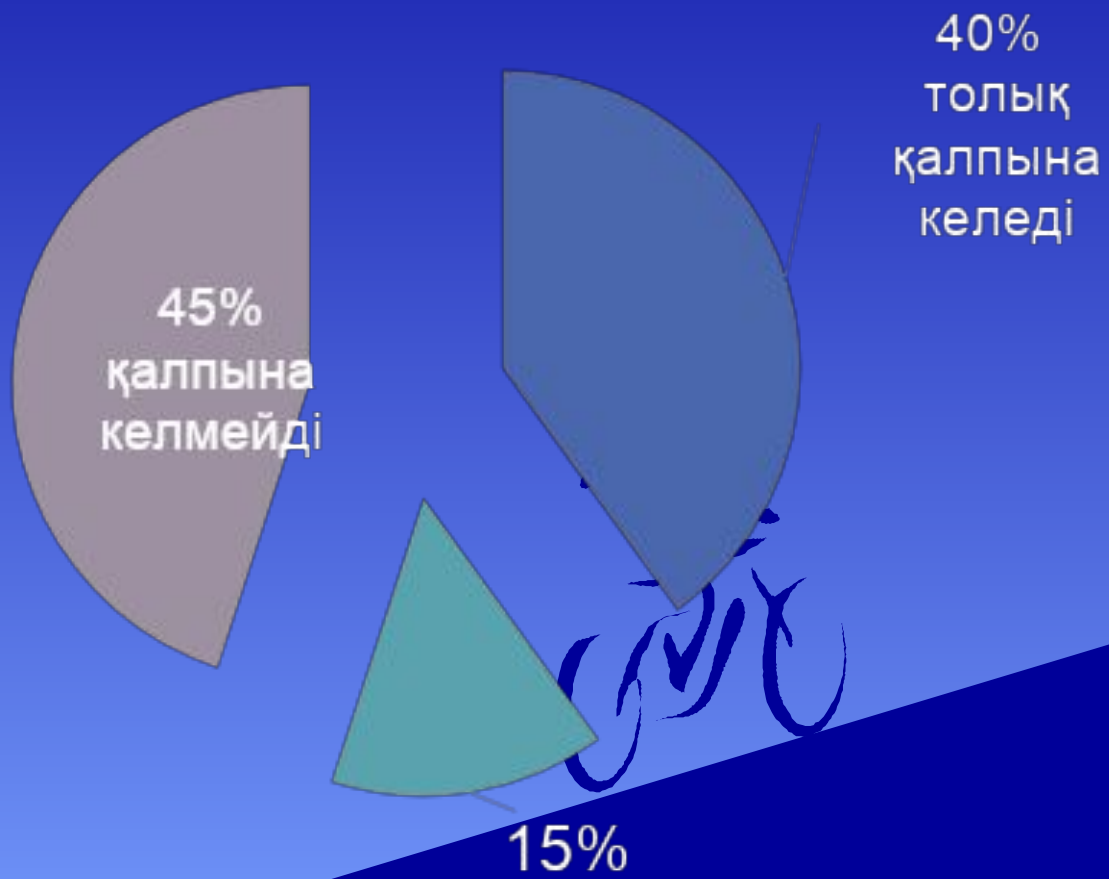
Бүйрек қызметі (көрсеткіштері)	Сақталған			
		<i>I ст. ()</i>	<i>II ст. (айқын)</i>	<i>III ст. (терминалды)</i>
Қандағы креатинин				
Мг%	2,0 -ге дейін	2,1 – 5,0	5,1-10,0	10,0-дан жоғары
Ммоль/л	0,18-ге дейін	0,18-0,44	0,45-0,88	0,9-дан жоғары
Шумақтық фильтрация (эндогенді креатинин клиренсі), мл/мин	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

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.



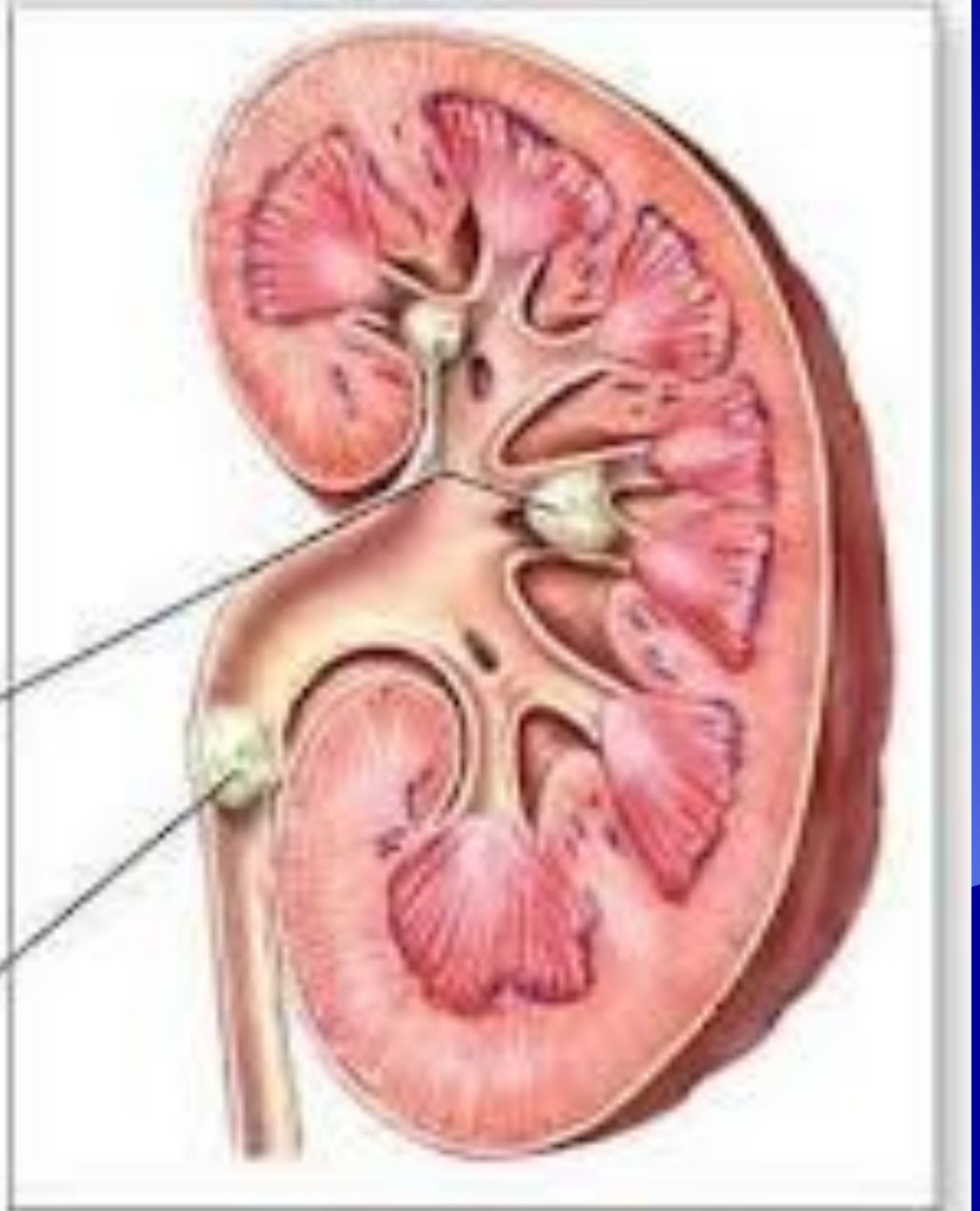
Бүйректің көлемін анықтау

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 созылмалы шамасыздығында бүйрек бүрісіп кішірейеді және тығыздалады. Амилоидоздан немесе поликистоздан болған бүйректің шамасыздығына бүйректің кішіреюі тін емес.бүйректің көлемі қалыпты бола тұра бүйрек шамасыздығының тез өрістеуі,негізгі патологиялық процесстің өршуін көрсетеді.



1

2



▣ **Емдеу:** Емдеу бүйрек жетіспеушілігін одан әрі өршіктірмеуге бағытталады. БЖ-нің неден болғанын анықтап барып емдеу шаралары басталады. Мәселен, гипертензияны, қан аздықты емдеу, диета, иммунитетті қалпына келтіру тағысын тағылар. Жалпы бүйрек ауруларын алғашқы екі сатысында емдеу нәтижелі болады. Өкінішке орай, көп жағдайда аурудың сырқаты асқынып, ауруханаға түскен кезде ғана анықталады. Дәрігерлер үшінші сатыда дерттің таралуын тоқтатып, сырқаттың өмірін ұзарта алады. Бұдан кейінгі төртінші, бесінші сатыда ауруды емдеу өте қиын. Тіпті науқастың бүйрегін жасанды бүйрекпен ауыстыруға тура келеді. Ал бұл іс қомақты қаржыны қажет етеді. Оған екінің бірінің шама-шарқы келе бермейді.

- Антибиотиктер алғашқы 10-14 күде енгізіледі, одан соң препараттарды ауыстырады. Сульфаниламидтік препараттарды 3-4 күннен үзіліс жасап, 7-10 күн циклымен пайдаланылады. Олардың ішінде нефротоксині ең азы – уросульфан, этазол, сульфадиметоксин, 10-14 күн циклымен антибиотиктерге қосып немесе қоспай-ақ нитрофуран өнімдері – фурагин, фурадонин, фуросолин тағайындалады, олардың бактериостатикалық әсері айқын болады.

НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!

