

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.
Д.АСФЕНДИЯРОВА

Нефрология кафедрасы

СРС

«Бүйректің созылмалы ауруы»

Орындаған: Сүлеймен Т. Б.
Тобы ЖМ-12-025-02
Тексерген:

ЖОСПАРЫ

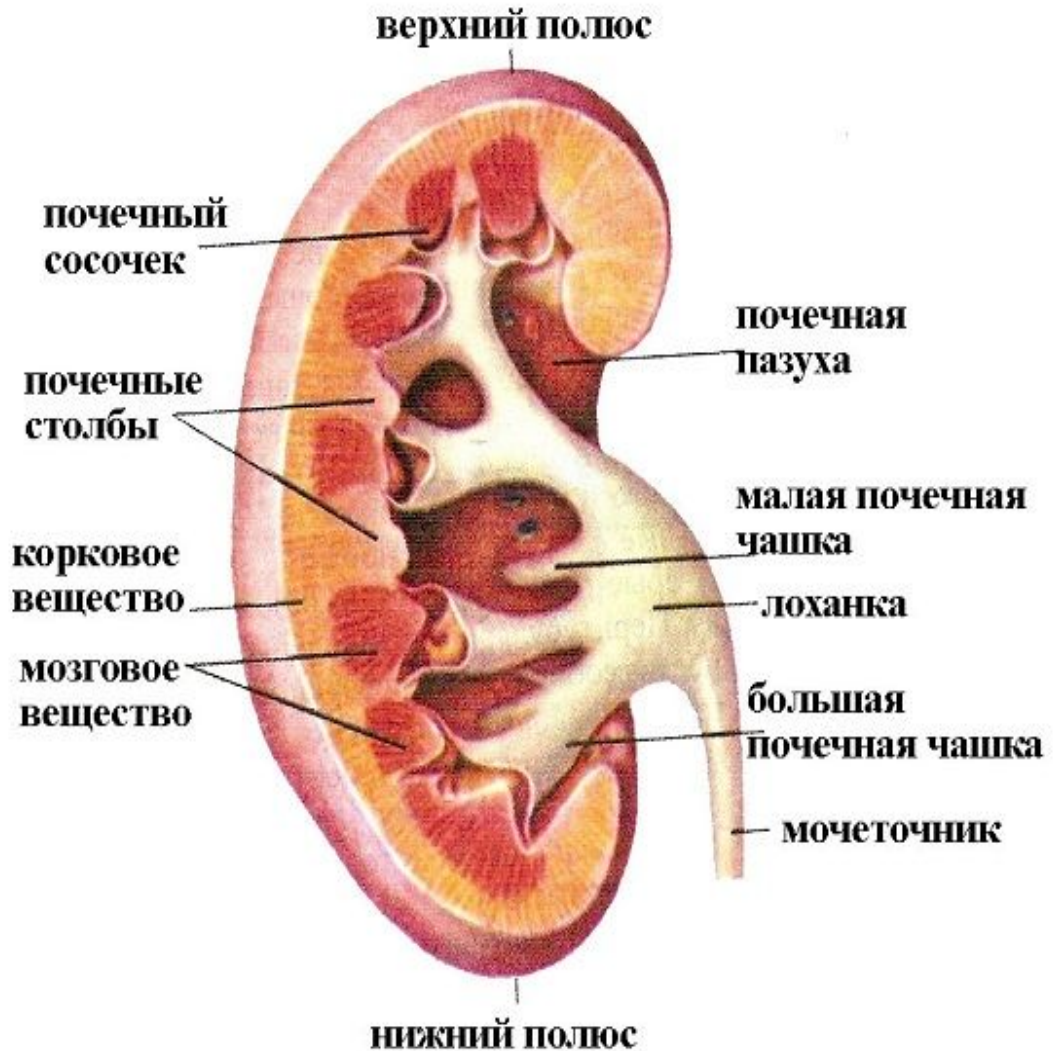
- 1.** Анықтамасы
- 2.** Этиологиясы
- 3.** Жіктелісі
- 4.** Клиникасы
- 5.** Диагностикасы
- 6.** Емдеу тактикасы
- 7.** Қолданылған әдебиеттер

БҮЙРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ

Бүйректің созылмалы ауруы - нефрондардың біртіндеп өлуі салдарынан бүйректің гомеостатикалық функциясының тұрақты қайтымсыз үдемелі бұзылуы (сүзгілік, концентрациялық және эндокриндік).

Хаттама коды: Н-Т-028 "Бүйрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі"

АХЖ-10 бойынша коды (кодтары): N18 Бүйрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі (БФСЖ)



ЭТИОЛОГИЯСЫ

Шумақтарды басым зақымдайтын аурулар;

Бүйрек түтікшелерін және интерстицийін басым зақымдайтын аурулар;

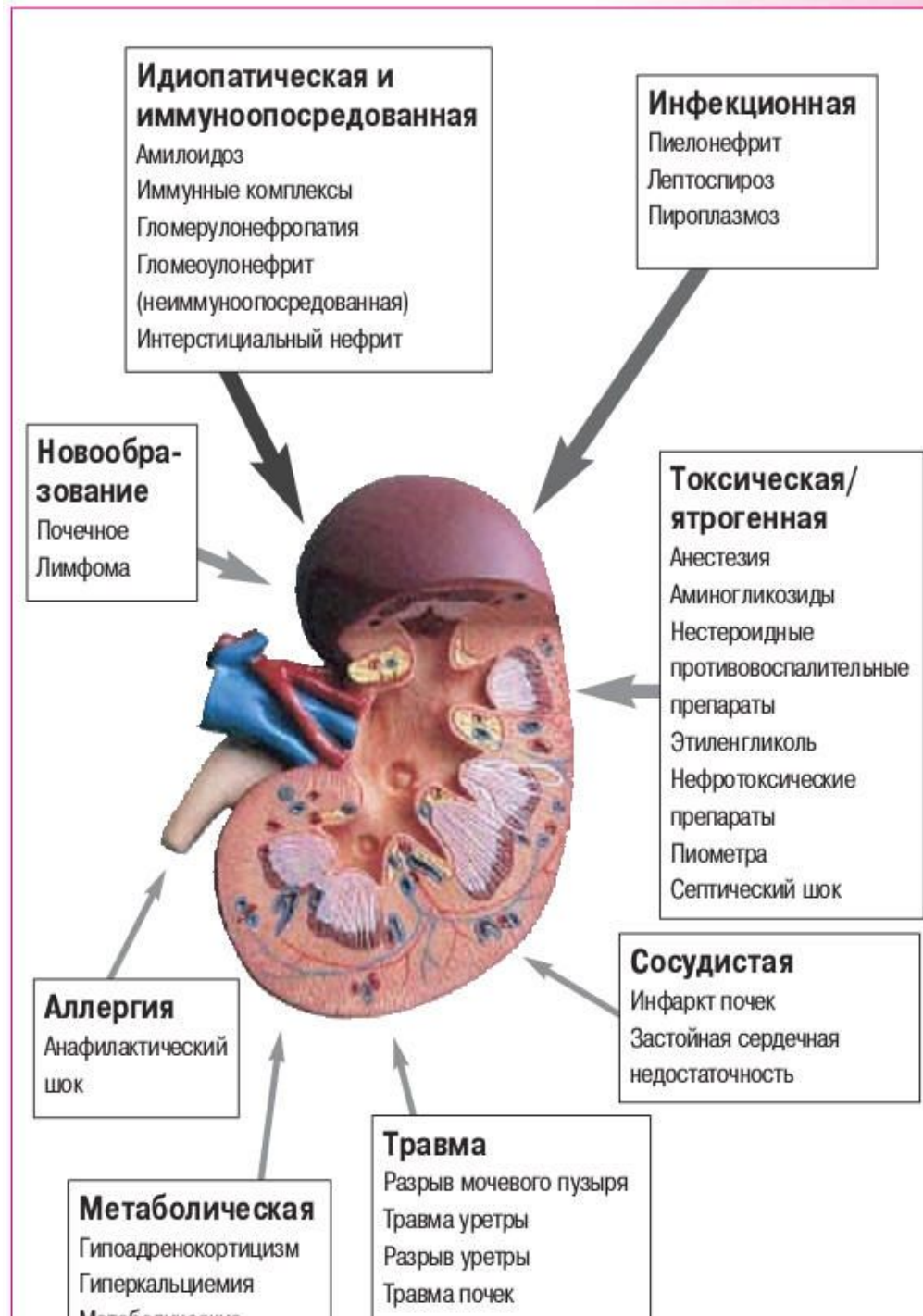
Бүйректің туа біткен аурулары;

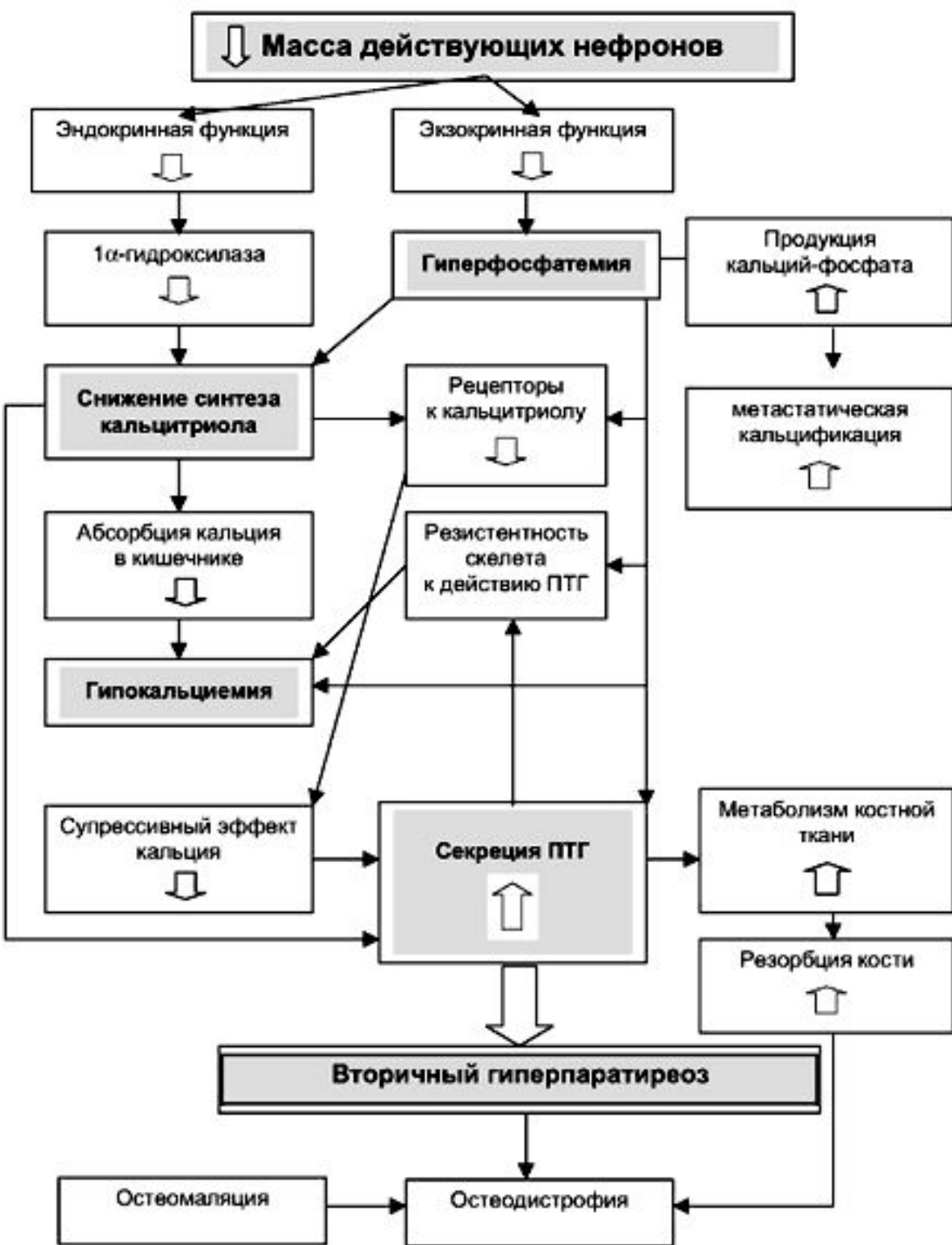
Бүйрек тамырларының біріншілік зақымдалуы;

Дәнекер тінінің жүйелі аурулары;

Зат алмасу бұзылысының аурулары;

Обструкциялық нефропатиялар;





ПАТОГЕНЕЗІ

Негізгі механизмдері:

1. Нефрондардың біртіндеп жойылуы, және олардың дәнекер тінге алмасуы;
 2. Сау қалған нефрондардың гипертрофиясы.
- 1) Жойылған нефрондар саны 50% төмен
 - 2) ЖНС 75%-50%
 - 3) ЖСН 75%-тен жоғары
 - 4) ЖСН 90%-нан жоғары

**Первичное
повреждение
почек**

**Гипертония
Протеинурия
Клеточно-
молекулярные
механизмы**

**Дальнейшее
усугубление
гипертонии и
обменных
нарушений.
Анемия**

**Функцио-
нальная
перегрузка
еще не
повреж-
денной
почечной
ткани**

Нефросклероз



Сатылары	сипаттамасы	ШФЖ (мл/мин/1,73м ²)
1	Қалыпты немесе жоғарылаған ШФЖмен зақымдалған бүйрек	≥90
2	Сәл төмендеген ШФЖ-мен зақымдалған бүйрек	60 – 89
3	ШФЖ айқын төмендеген	30 – 59
4	ШФЖ қатты төмендеген	15 – 29
5	Бүйректік жеткіліксіздік	≤15 (диализ)

Алгоритм диагностики ХБП

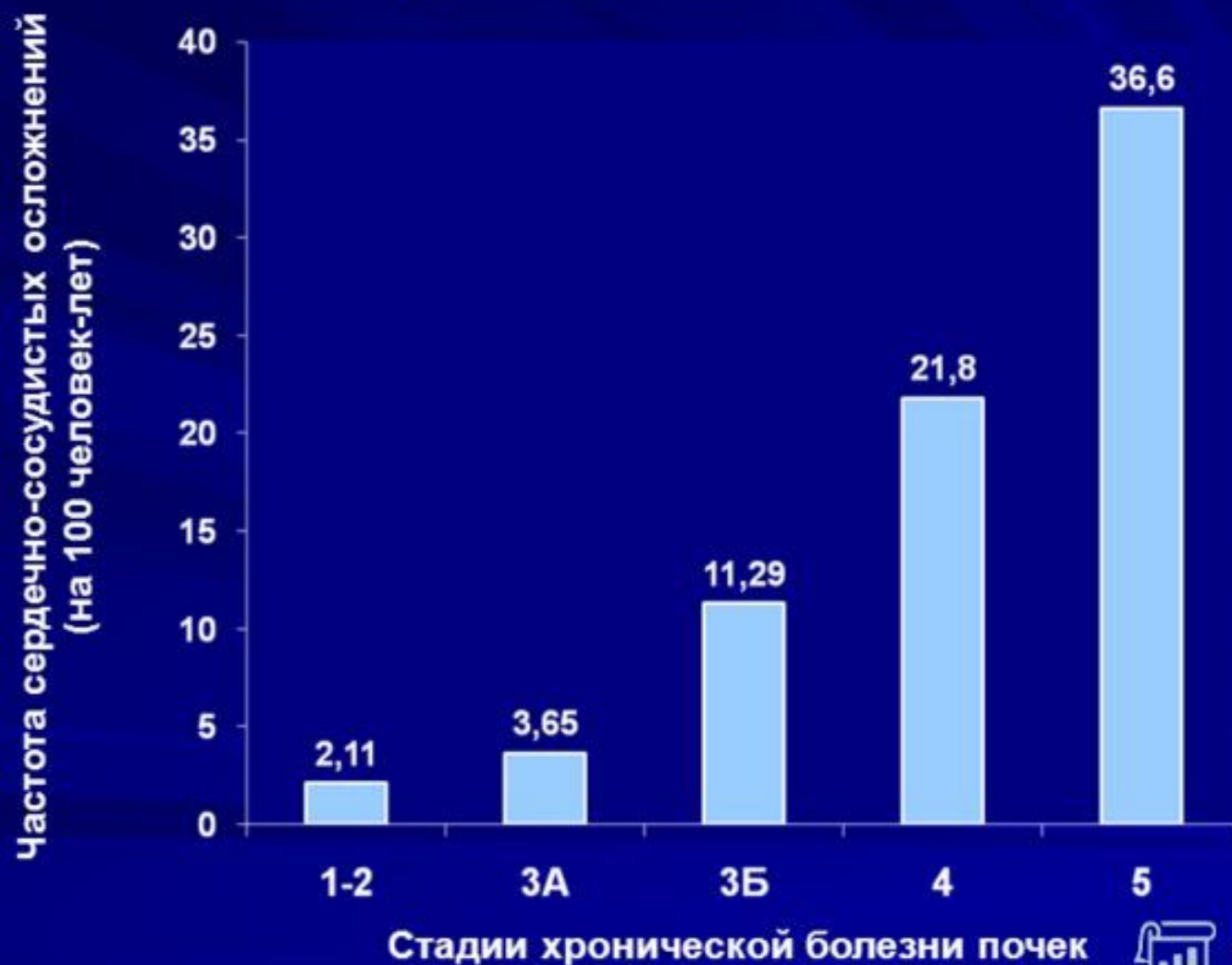


Стратегия профилактики и лечения хронической болезни почек на разных этапах

Стадия ХБП	0	1-2 стадия	3 стадия	4 стадия	5 стадия
Название	Группа риска	Повреждение	Умеренное снижение функции	Выраженное снижение функции	Терминальная почечная недостаточность
Описание	СКФ ≥ 60, нормоальбуминурия	СКФ ≥ 60, микроальбуминурия/протеинурия	СКФ 30-59	СКФ 15-29	СКФ < 15
	Скрининг, снижение риска	Нефропротективное лечение	Нефропротективное лечение, подготовка к ЗПТ	Диализ или трансплантация почки	
		Терапевт	Кардиопротективное лечение		
	Нефролог				

ХБП – хроническая болезнь почек, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ЗПТ – заместительная почечная терапия

Хроническая болезнь почек 3-5 стадии многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний



Стадия	Фаза	Лабораторные критерии:		Форма
		креатинин, мкмоль/л	клубочковая фильтрация	
I (латентная)	А — уменьшенных почечных резервов	от 0,11 до 0,14	Снижение до 50 %	Обратимая
	Б — латентная	от 0,141 до 0,18		
II (азотемическая)	А — латентная	от 0,181 до 0,44	Снижение до 20-50 %	Стабильная
	Б — начальных клинических проявлений	от 0,441 до 0,71	Снижение до 10-20 %	Стабильная
III (терминальная)	А — умеренных клинических проявлений	от 0,711 до 1,240	Снижение до 5-10 %	Прогрессирующая
	Б — выраженных клинических проявлений	больше 1,24	Снижение до 5 %	Прогрессирующая

КЛИНИКАСЫ

- Уремиялық энцефалопатия
- Дистрофиялық синдром
- Азоттық қалдықтардың бүйректен тыс элиминациясы
- Симптомдық гипертония
- Несептік синдром
- РОД
- ҚСҮ бұзылысы
- Анемиялық синдром
- Электролиттік бұзылыстар синдромы
- Азотемиялық



(a)



(b)



Все о Почках
на Почки.ру



ДИАГНОСТИКА

- Анемия,
 - Мочевина, креатинин жоғарылауы,
 - ШФЖ төмендеуі
 - гиперкалиемия
 - гипопроteinемия гипоальбуминемия
 - Гипокальциемия
-
- гиперфосфатемия
 - Паратгормон жоғары
 - Метоболикалық ацидоз
 - Қан ұю жылдамдығы және ПТИ төмендеген,
 - гипоизостенурия,
 - протеинурия 150 мг/сут жоғары, гематурии, цилиндрурии.

Формула Кокрофта-Гаулта (мл/мин)

$$\text{СКФ} = \frac{88 \times (140 - \text{возраст, годы}) \times \text{масса тела, кг}}{72 \times \text{Кр сыворотки, мкмоль/л}}$$

$$\text{СКФ} = \frac{(140 - \text{возраст, годы}) \times \text{масса тела, кг}}{72 \times \text{Кр сыворотки, мкмоль/л}}$$

для женщин результат умножают на 0,85

Формула MDRD (мл/мин/1,73 м²)

$$\text{СКФ} = 186 \times (\text{Кр сыворотки, мг/дл})^{-1,154} \times (\text{возраст, годы})^{-0,203}$$

для женщин результат умножают на 0,742

для лиц негроидной расы результат умножают на 1,210

Инструменталдық зерттеулер:

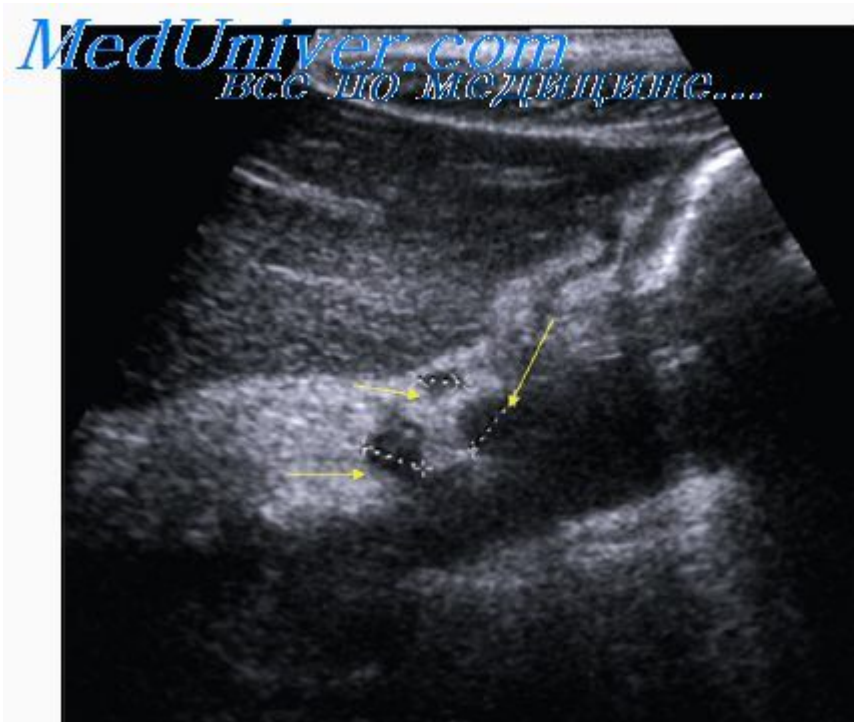
- бүйрек УДЗ: бүйрек формасының өзгеруі, көлемінің кішіреюі, болмауы, контурының біркелкісіздігі, бүйрек, зәрағар жинаушы жүйесінің кеңеюі, паренхима эхогендігінің жоғарылауы;

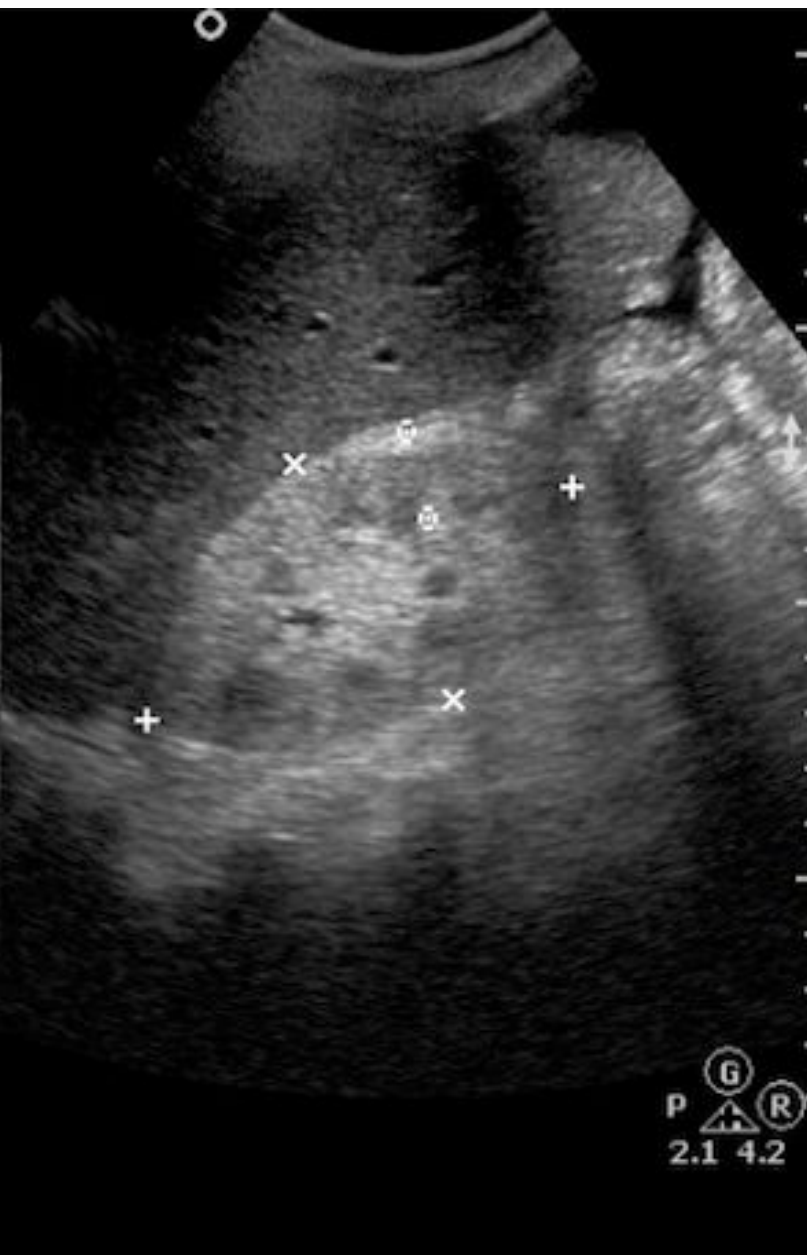
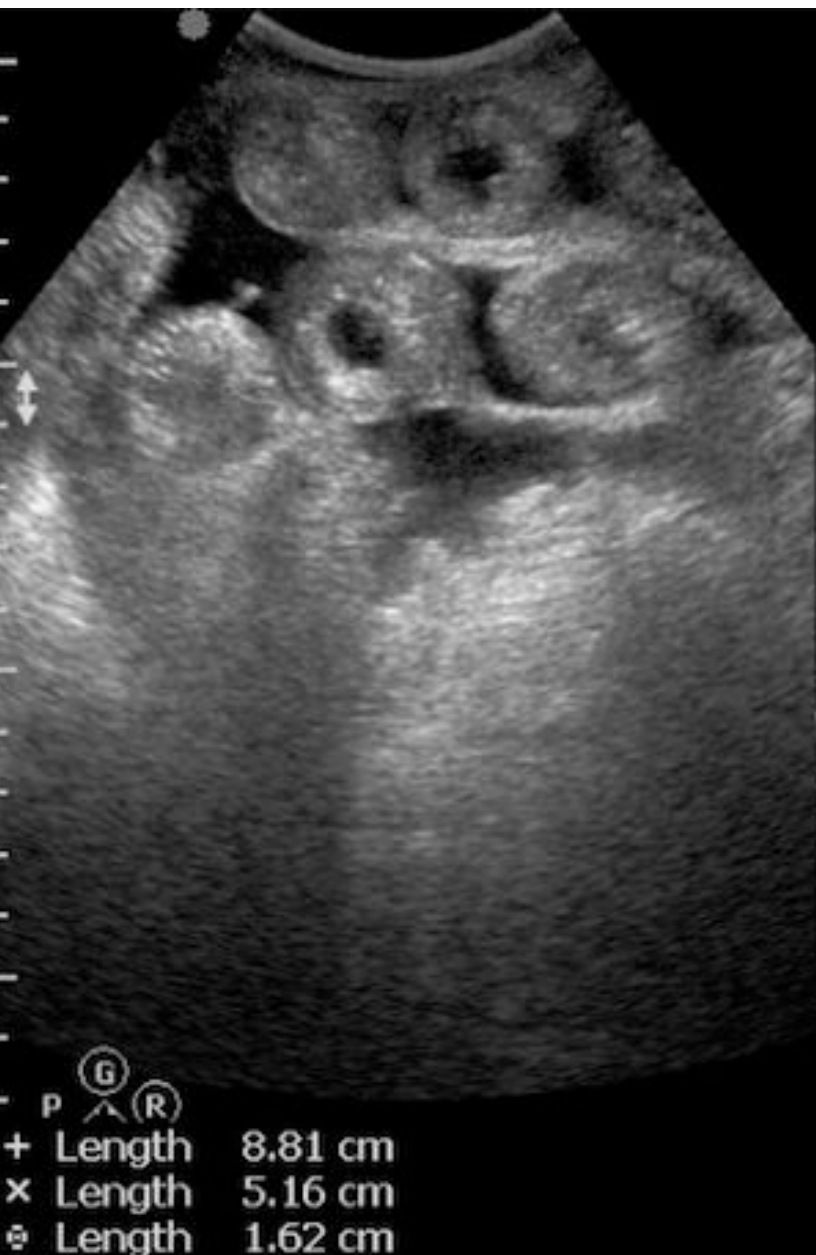
- бүйрек қантамырларының доплерографиясы – қан келудің бұзылуы А;

- цистография - қуықтық-несепәғарлық рефлюкс немесе антирефлюкстік операциядан кейінгі жағдай А;

- нефросцинтиграфия – бүйрек склерозының ошақтары В, бүйректің экскреторлық - эвакуаторлық функциясының төмендеуі.

- ЭКГ – QRS вольтажының төмендеуі, ST аралығының биіктеуі, өткізудің баяулануы, P,PQ,QRS элементтерінің кеңеюі





Abdomen
C5-2
MI 1.4
TIS 0.9

H4 Gn 95
232dB/C4
H/2/3

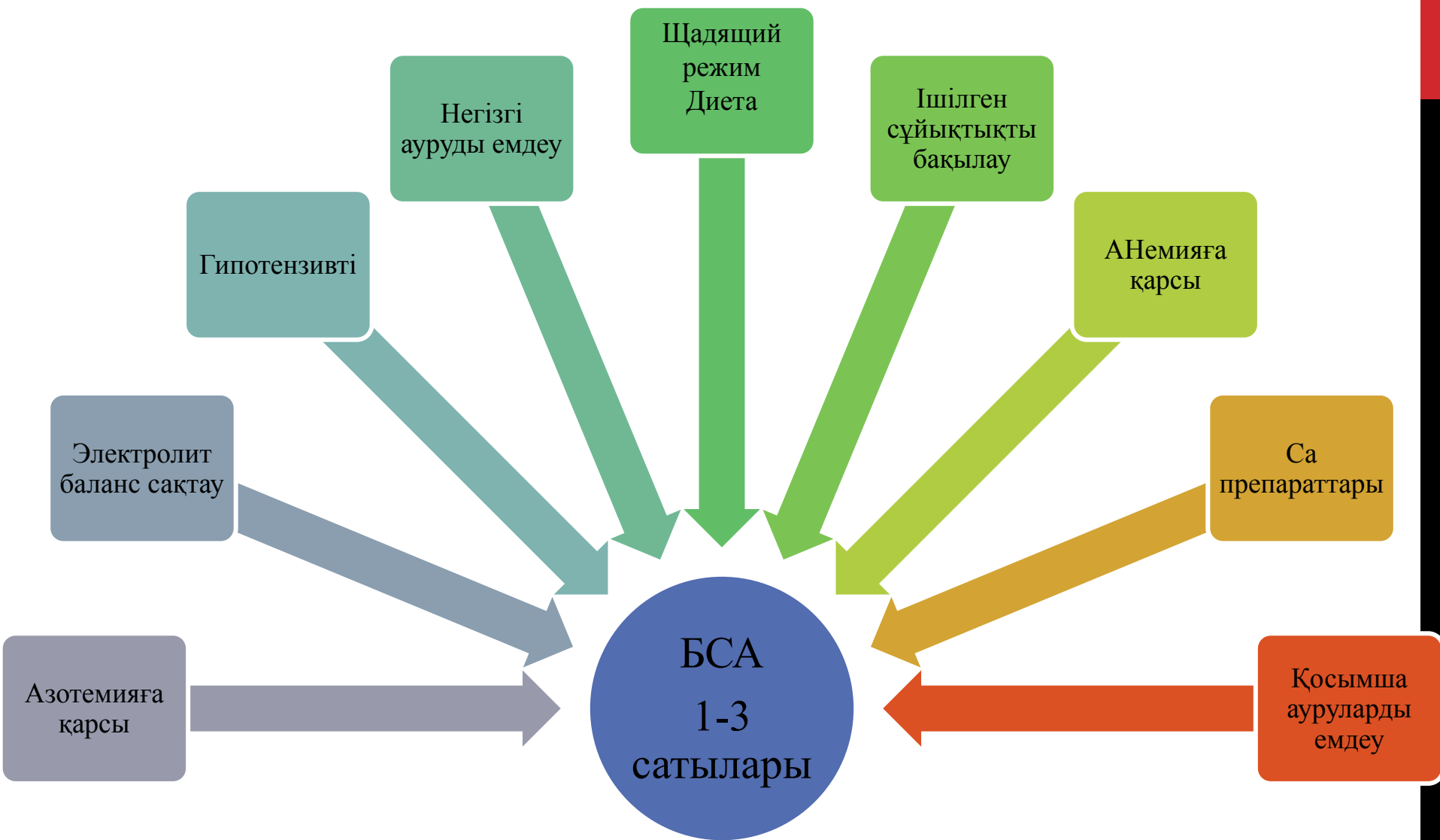
P ^(G) ^(R)
+ Length 8.81 cm
x Length 5.16 cm
⊙ Length 1.62 cm

P ^(G) ^(R)
2.1 4.2

13Hz 19cm



Белгі	ЖБФЖ	СБФЖ
Келесі стадия	Олигурия – полиурия	Полиурия – олигурия
Басталуы	Жіті	Біртіндеп
Артериалдық қысым	+	+
Физикалық дамуда артта қалу, остеопатиялар	-	-/+
Бүйрек УДЗ	Жиірек ұлғайған	Эхогендік төмендеген, жоғарылаған
Бүйрек тамырларының доплерографиясы	Қан келудің төмендеуі	Қан келудің төмендеуі тамырлардың тезистенттілік индексінің артуымен



ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

Ем мақсаты:

- БСА 3 стадия – СБФЖ үдеу темпінің баяулауы;
- 4 стадия – диализді терапияға, бүйрек трансплантациясына дайындау;
- 5 стадия – алмастырушы терапия (перитонеальді диализ, гемодиализ, бүйрек трансплантациясы).



Дәрі-дәрмексіз ем:

Диета, №7 стол (№7а немесе №7б – айқын СБЖ кезінде, №7г – гемодиализде жатқан науқастарда). Белокты тұтынуды азайту 0,6 г/кг/тәу дейін, 5 стадияда белок тұтынуды 1,2г/кг/тәу дейін арттырады.

Гиперкалиемия кезінде (олигоурия, анурия) – құрамында калий тұзы бар өнімдерді шектеу. Фосфор мен магнийді тұтынуды төмендету. Қабылданған сұйықтықтар көлемі тәуліктік диурезден 500 мл артық. Ас тұзын шектеу.

Дәрі-дәрмектік ем:

- артериалдық гипертонияны түзету: АПФ ингибиторлары (эналаприл), ангиотензин II рецепторларын бөгейіштер, кальций өзектерін недигидропиридиндік бөгейіштер (верапамил, дилтиазема топтары), орталық әсер ететін (метилдопа), β -адреноблокаторлар (доксазозин), β -адреноблокаторлар (атенолол), түйіндік диуретиктер (фуросемид);
- гиперпаратиреозды түзету: кальций глюконаты немесе карбонаты, алюминий гидроксиді;
- гиперлипидемияны түзету: статиндер (симвастатин, провастатин). Статиндер дозасын СКФ 30 мл/мин. төмен кезде азайтады;
- анемияны түзету: эритропоэтин, темір препараттары, өмірлік көрсетімдер бойынша қан, эритроцитарлық масса құю;
- су-электrolиттік тепе теңдікті түзету: диализ алды кезеңде диурез бойынша сұйықтықты толтыру. Ісінулер болса – диурездік терапия. Креатинин деңгейі 180-200 мкмоль/л –гидрохлотиазид препараттары көрсетілмеген.
- ацидозды түзету: егер қан сарысуындағы бикарбонат концентрациясы 18 ммоль/л дан кемді құрасы (кешкі стадияларда –15 ммоль/л ден аз). Кальций карбонатын 2-6 тәулікке тағайындайды, кейде натрий карбонатын 1-6 г/тәулікке.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- 1.** Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
- 2.** Ішкі аурулар: оқулық. II том. – Алматы: Асем-систем, 2005.
ISBN 9965-484-73-2
- 3.** <http://www.medicalj.ru/diseases/urology/751-hronicheskaja-pochec hnaja-nedostatochnost>
- 4.** <http://medportal.ru/enc/urology/renalfailure/2/>
- 5.** <https://diseases.medelement.com>