

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



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

## Нефрология кафедрасы

# СРС «Бүректің созылмалы ауруы»

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

# ЖОСПАРЫ

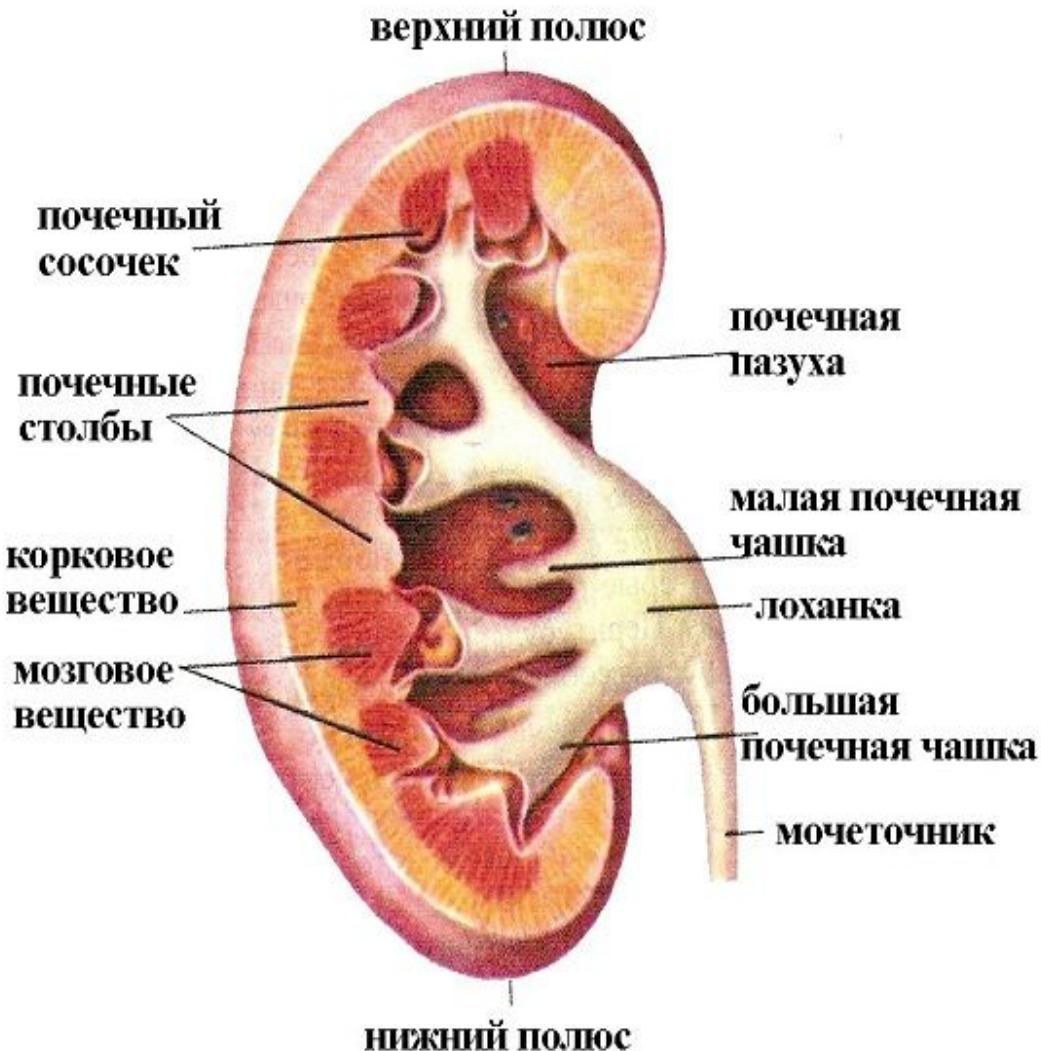
- 1.** Анықтамасы
- 2.** Этиологиясы
- 3.** Жіктелісі
- 4.** Клиникасы
- 5.** Диагностикасы
- 6.** Емдеу тактикасы
- 7.** Қолданылған әдебиеттер

# БҮЙРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ

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

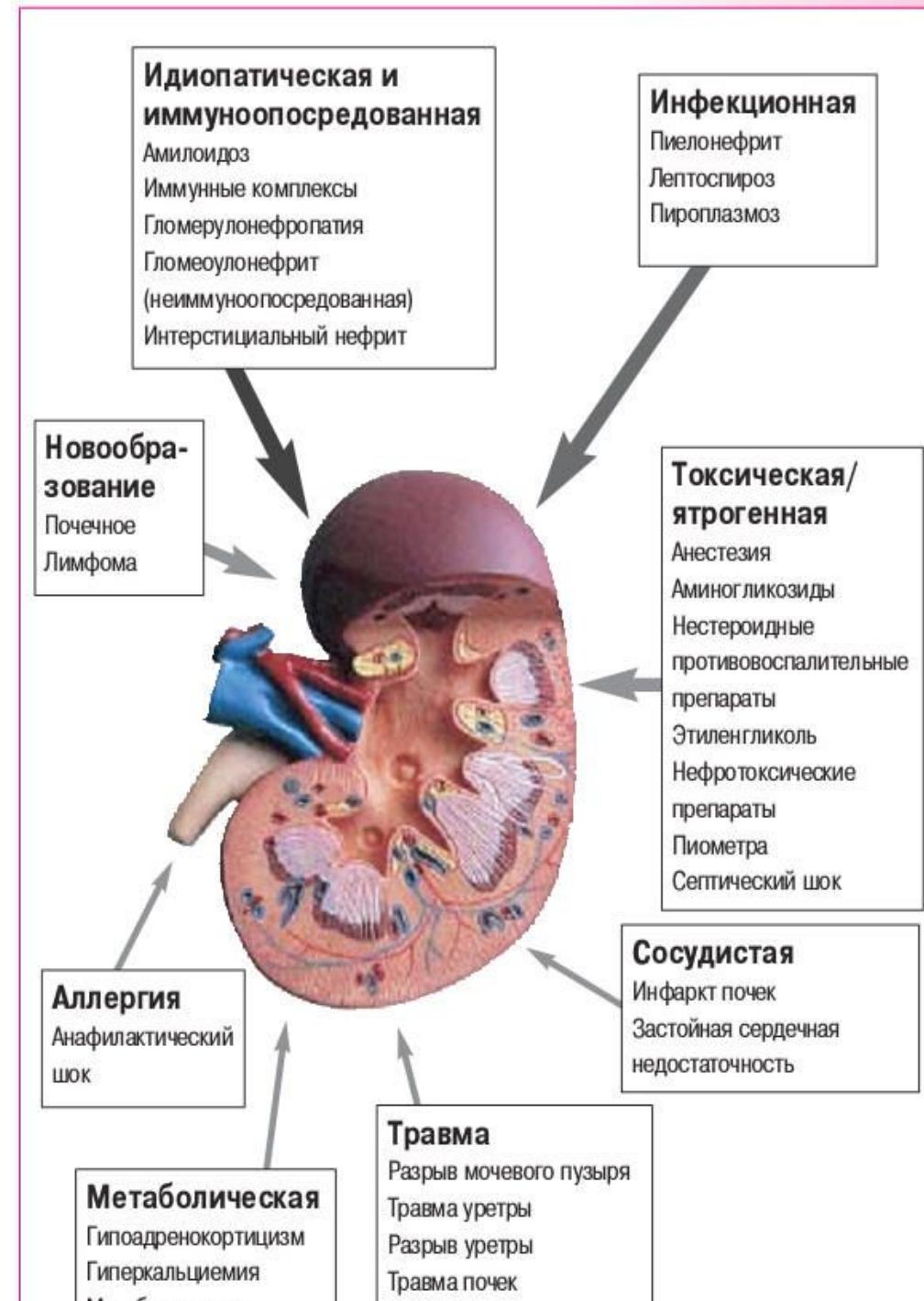
Хаттама коды: Н-Т-028 "Бүйрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі"

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

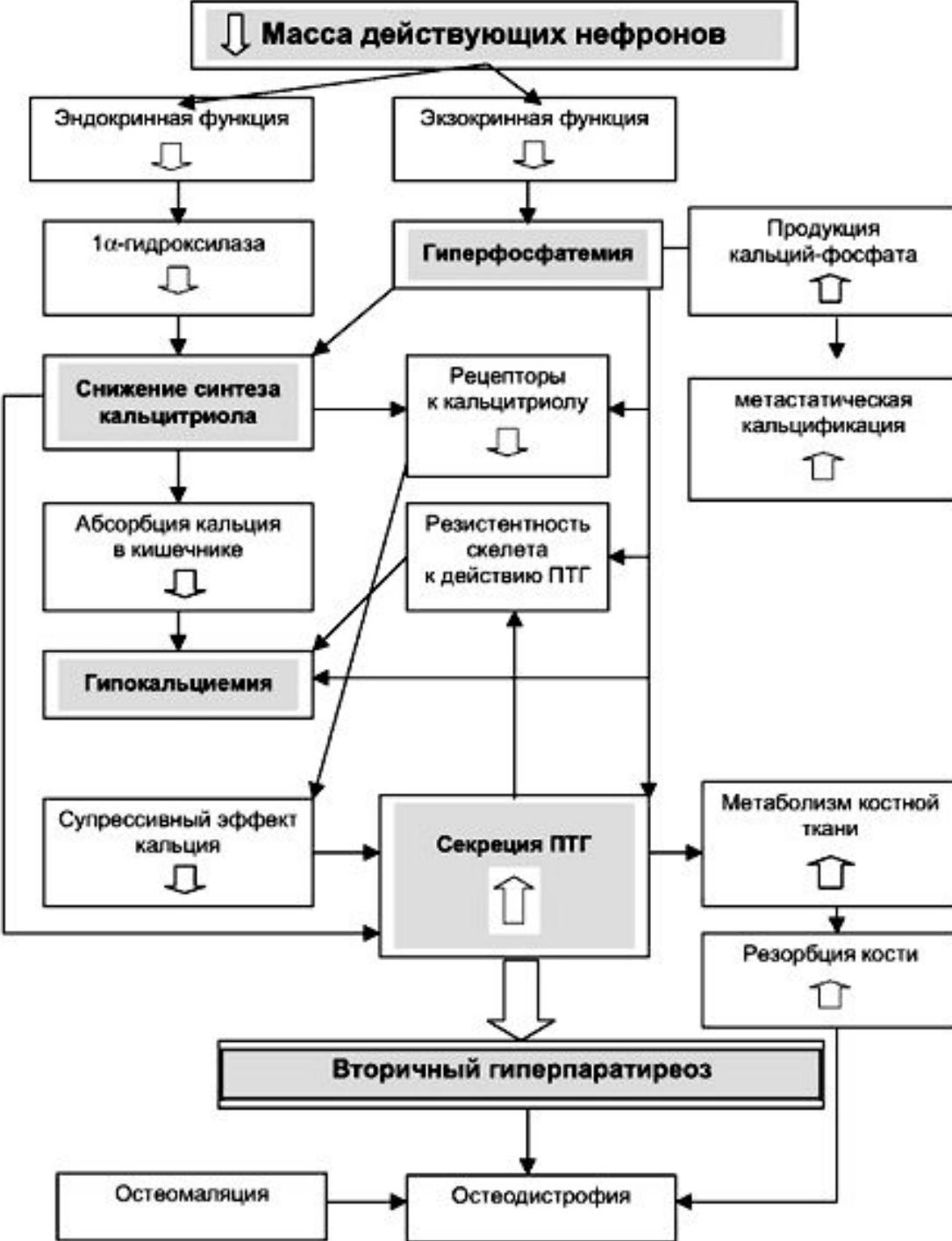


# ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Шумақтарды басым зақымдайтын ауулар;
- Бүйрек тұтікшелерін және интерстицийін басым зақымдайтын ауулар;
- Бүйректің туа біткен ауулары;
- Бүйрек тамырларының біріншілік зақымдалуы;
- Дәнекер тінінің жүйелі ауулары;
- Зат алмасу бұзылышының ауулары;
- Обструкциялық нефропатиялар;



# ПАТОГЕНЕЗІ



Негізгі механизмдері:

1. Нефронардың біртінде жойылуы, және олардың дәнекер тінге алмасуы;
  2. Сау қалған нефронардың гипертрофиясы.
- 
- 1) Жойылған нефронар 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<sup>2</sup>)**

1

Қалыпты немесе жоғарылаған  
ШФЖмен зақымдалған бүйрек

$\geq 90$

2

Сәл төмендеген ШФЖ-мен  
зақымдалған бүйрек

60 – 89

3

ШФЖ айқын төмендеген

30 – 59

4

ШФЖ қатты төмендеген

15 – 29

5

Бүйректік жеткіліксіздік

$\leq 15$  (диализ)

## Алгоритм диагностики ХБП

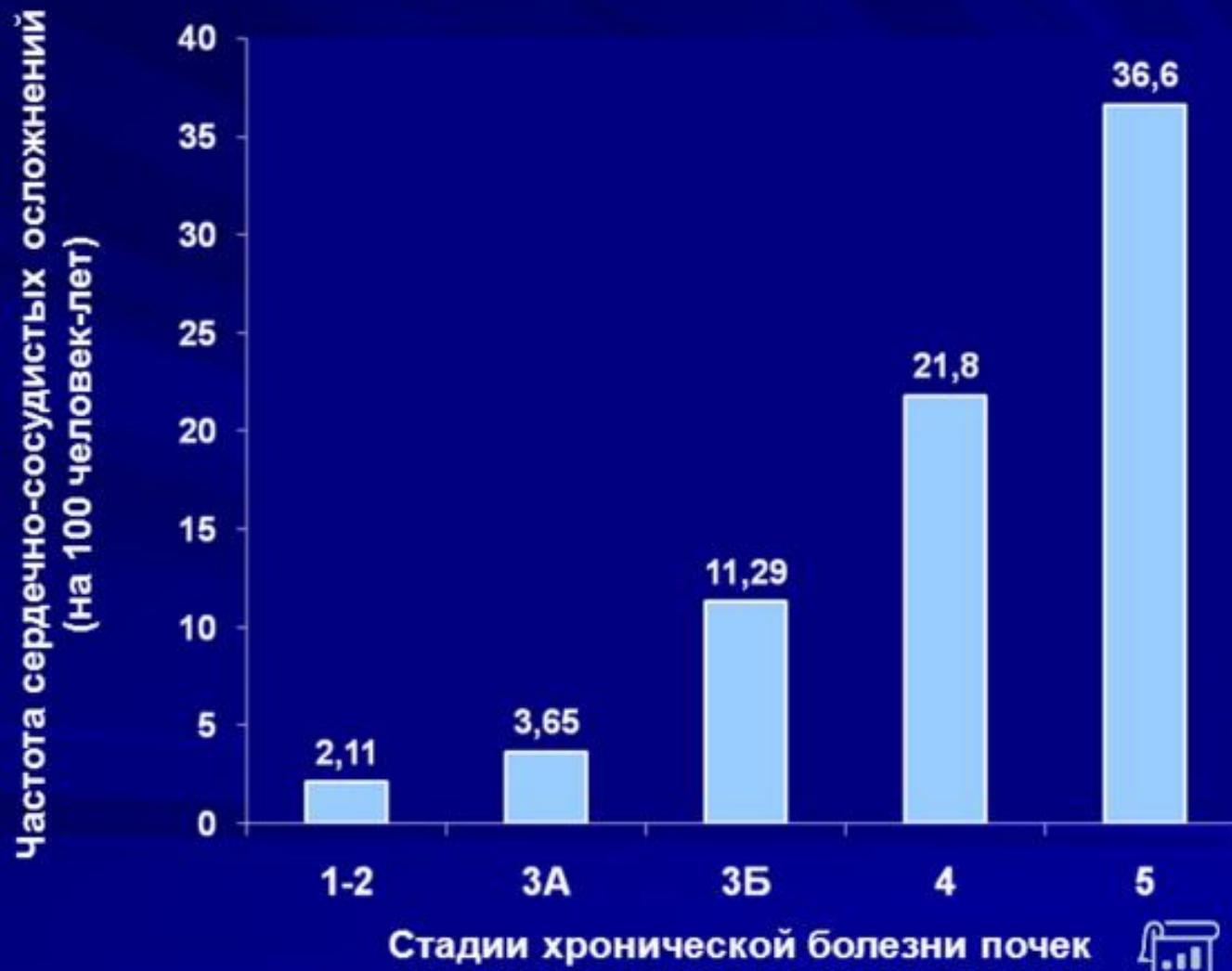


## Стратегия профилактики и лечения хронической болезни почек на разных этапах

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 от 0,141	Снижение до 50 %	Обратимая
	Б — латентная	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 %	
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 %	

# КЛИНИКАСЫ

- Уремиялық энцефалопатия
- Дистрофиялық синдром
- Азоттық қалдықтардың бүйректен тыс элиминациясы
- Симптомдық гипертония
- Несептік синдром
- РОД
- ҚСҮ бұзылышы
- Анемиялық синдром
- Элоктролиттік бұзылыштар синдромы
- Азотемиялық



(a)



(b)



# ДИАГНОСТИКА

- Анемия,
- Мочевина, креатинин жоғарылауы,
- ШФЖ төмендеуі
- гиперкалиемия
- гипопротеинемия гипоальбуминемия
- Гипокальциемия

- гиперфосфатемия
- Паратгормон жоғары
- Метаболикалық ацидоз
- Қан ұю жылдамдығы және ПТИ төмендеген,
- гипоизостенурия,
- протеинурия 150 мг/сут жоғары, гематурии, цилиндрүрии.

### **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 м<sup>2</sup>)**

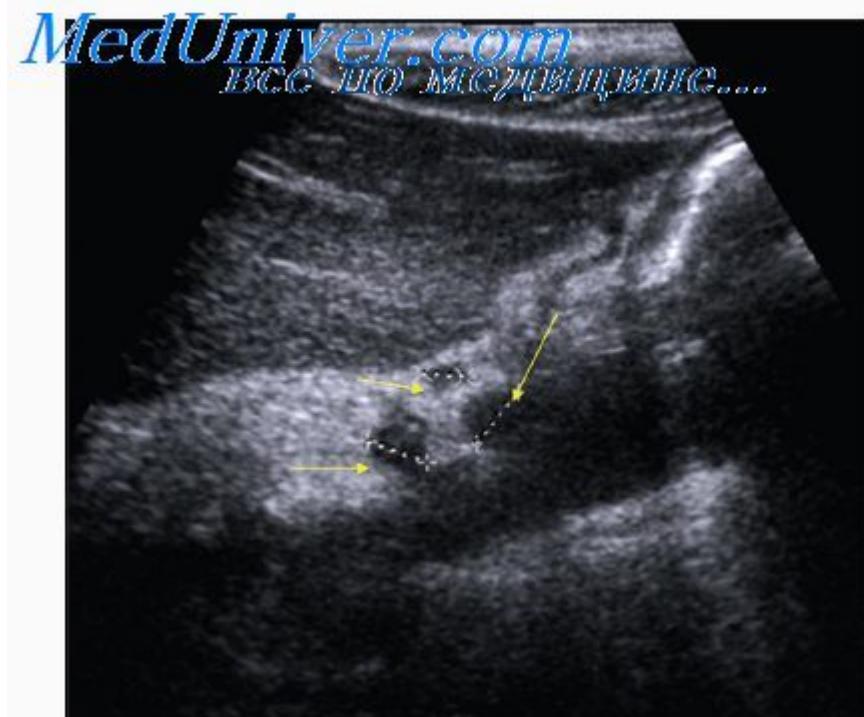
$$\text{СКФ} = 186 \times (\text{Кр сыворотки, мг/дл})^{-1,154} \times (\text{возраст, годы})^{-0,203}$$

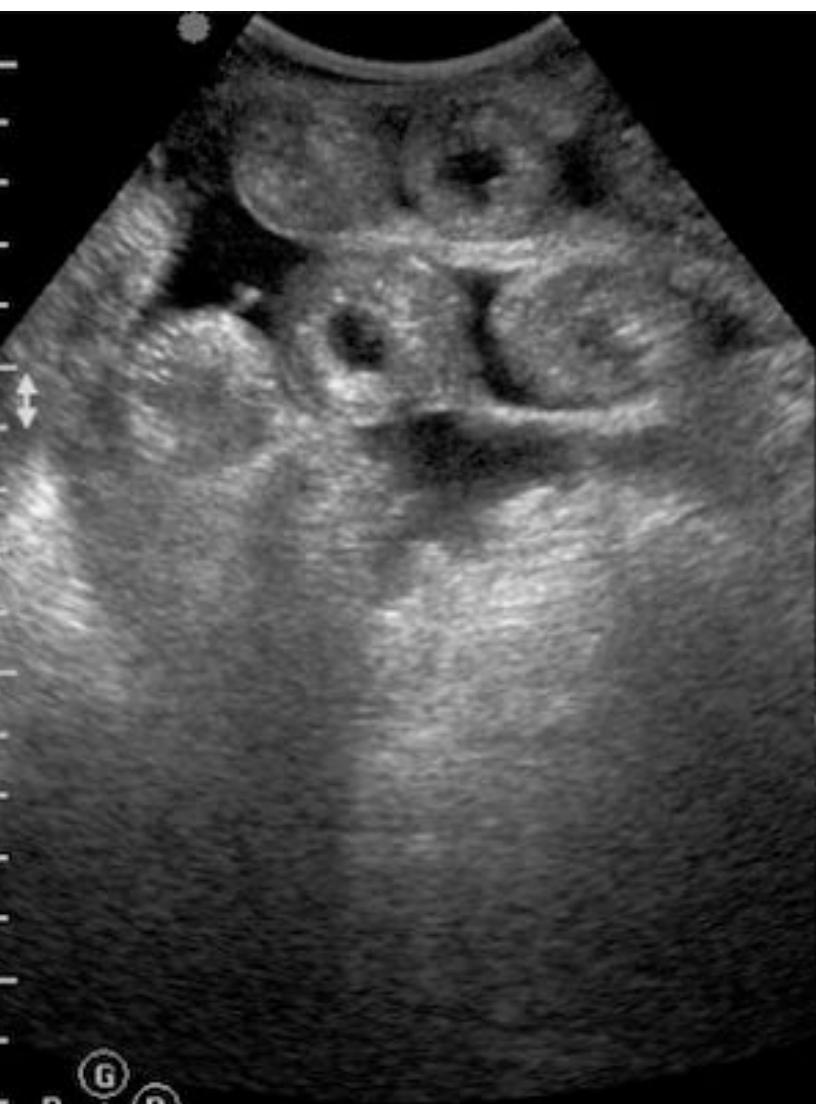
*для женщин результат умножают на 0,742*

*для лиц негроидной расы результат умножают на 1,210*

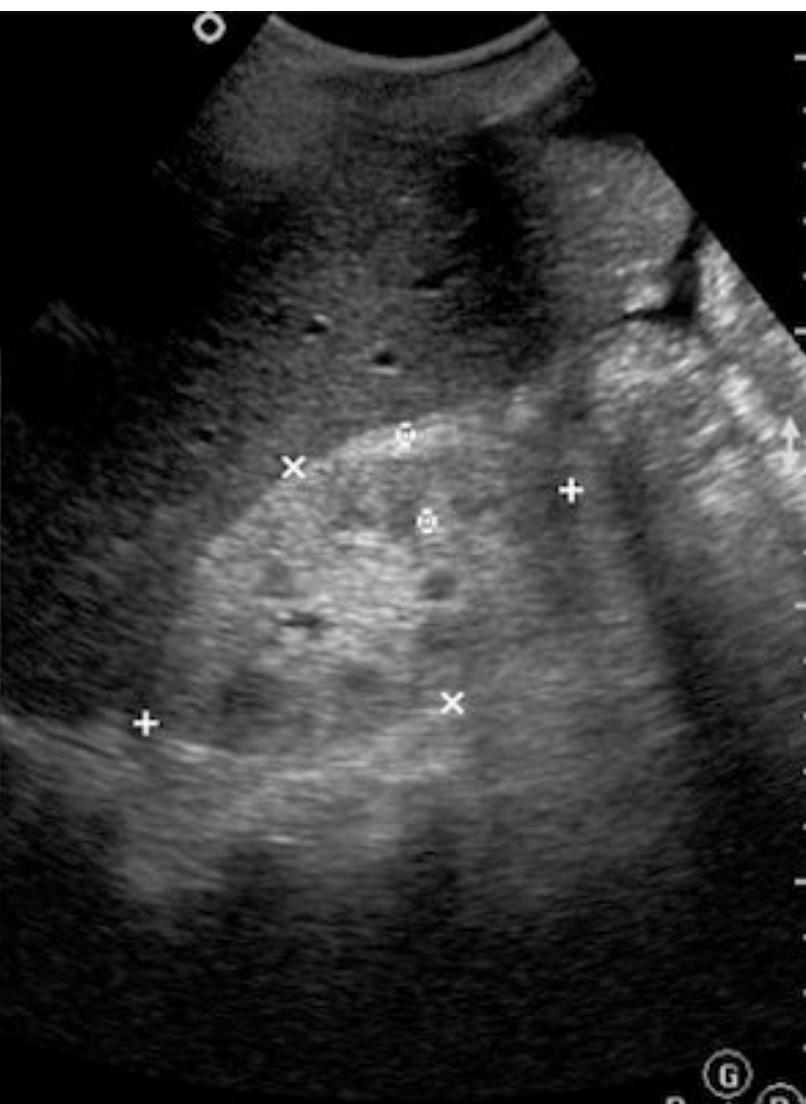
## Инструменталдық зерттеулер:

- бүйрек УДЗ: бүйрек формасының өзгеруі, көлемінің кішіреюі, болмауы, контурының біркелкісіздігі, бүйрек, зәрағар жинаушы жүйесінің кеңеюі, паренхима эхогендігінің жоғарылауы;
- бүйрек қантамырларының допплерографиясы – қан келудің бұзылуы A;
- цистография - қуықтық-несепағарлық рефлюкс немесе антирефлюкстік операциядан кейінгі жағдай A;
- нефросцинтиграфия – бүйрек склерозынің ошақтары В, бүйректің экскреторлық - эвакуаторлық функциясының төмендеуі.
- ЭКГ – QRS вольтажының төмендеуі, ST аралығының биіктеуі, өткізуудің баяулануы, P,PQ,QRS элементтерінің кеңеюі





P G R  
+ Length 8.81 cm  
X Length 5.16 cm  
O Length 1.62 cm



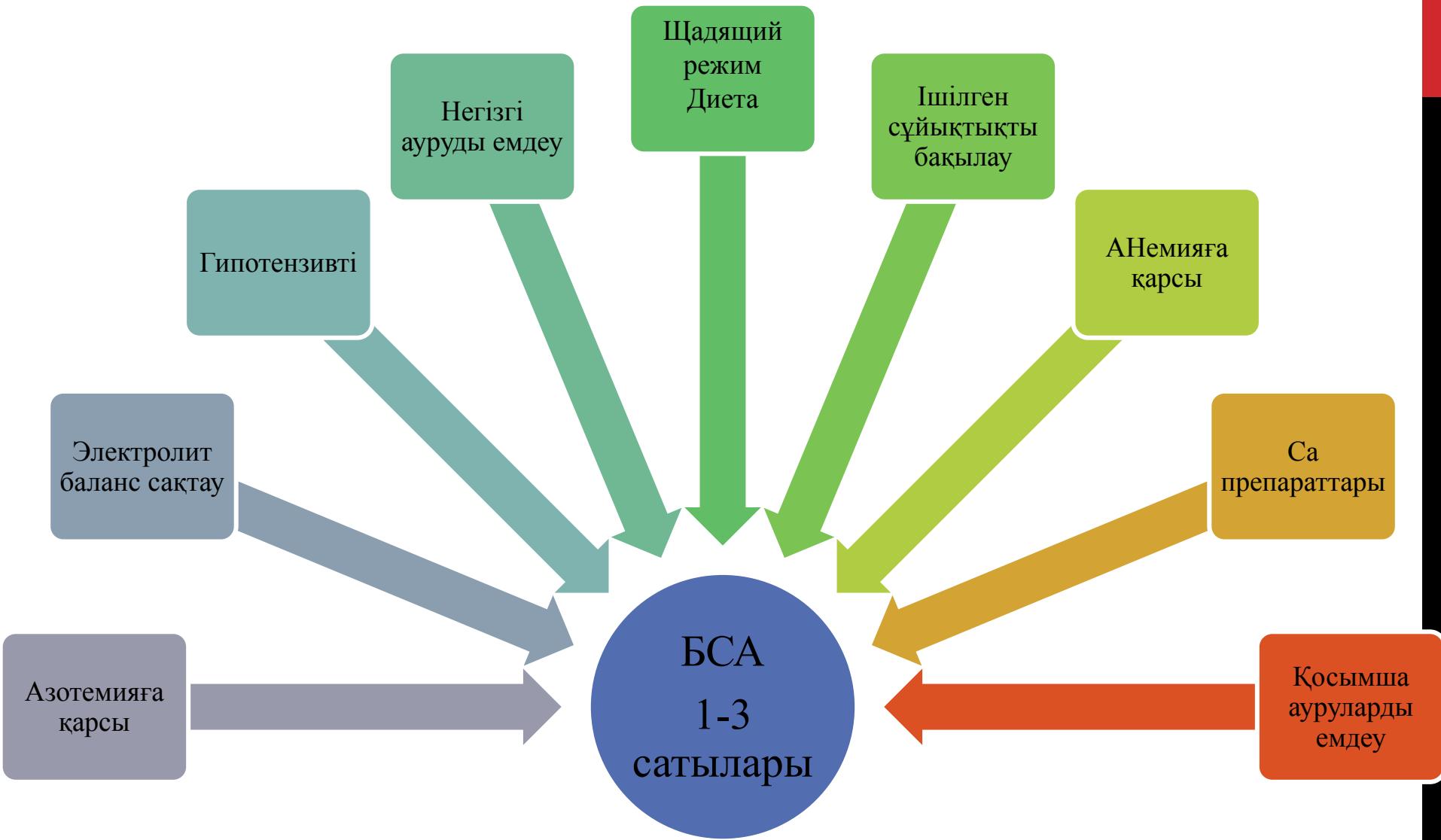
13Hz 19cm  
P G R  
2.1 4.2



Abdomen  
C5-2  
MI 1.4  
TIS 0.9

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

Белгі	ЖБФЖ	СБФЖ
Келесі стадия	Олигурия – полиурия	Полиурия – олигурия
Басталуы	Жіті	Біртіндең
Артериалдық қысым	+	+
Физикалық дамуда артта қалу, остеопатиялар	-	-/+
Бүйрек УДЗ	Жиірек ұлғайған	Эхогендік төмендеген, жоғарылаған
Бүйрек тамырларының допплерографиясы	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-дәрмекіз 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 бөгегіштер, кальций өзектерін недигидропиридиндік бөгегіштер (верапамил, дилтиазема топтары), орталық әсер ететін (метилдопа),  $\beta$ -адреноблокаторлар (доксазозин),  $\beta$ -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-электролиттік тепе тендікті 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 дең аз). Кальций карбонатын 2-6 тәулікке тағайындейды, кейде натрий карбонатын 1-6 г/тәулікке.

# КОЛДАНЫЛҒАН 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](http://www.medicalj.ru/diseases/urology/751-hronicheskaja-pochec_hnaja-nedostatochnost)
- 4.** <http://medportal.ru/enc/urology/renalfailure/2/>
- 5.** <https://diseases.medelement.com>