

CHRONIC RENAL FAILURE

Boratova Asida Abbos qizi,

Besharik Is a teacher at the Abu Ali Ibn Sina Public Health College

Tursunova Dildora

Student of Besharik at the Abu Ali Ibn Sina Public Health College

SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGI.

Boratova Asida Abbos qizi ,

Tursunova Dildora

Talaba Beshariq Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi o'qituvchisi

Anotatsiya: SBYE deb, nefronlar sonining kamayishi va funksional o'zgarishi natijasida buyrakning ekskretor va sekretor faoliyatining buzilishiga va buning natijasida tana ichki muhitini normada tutib tura olmasligiga aytiladi.

Kalit so'zlar: Gemodializ, diurez, uremiya, nefron, anuriya.

Etiologiyasi. SBYEga olib keluvchi sabablar. Glomerulonefritlar, surunkali piyelonefrit, interstitsial nefrit. Siydik tosh kasalligi, gidronefroz, siydik ajratish tizimining o'smalari. Buyrak arteriyalarining stenozi, arterial gipertenziya. Biriktiruvchi to'qimada diffuz kasalliklari. Qandli diabet, amiloidoz, podagra, kalsiy almashinuvining buzilishi. Polikistoz, buyrak gipoplaziyasi. Bu kasalliklar o'rtasida SBYEning kelib chiqishida glomerulonefritlar 33% ni, surunkali piyelonefrit 21-30% ni tashkil qiladi. Buyrak polikistozi 9% ni, qandli diabet 9% ni, amiloidoz 7,5% ni tashkil qiladi. Patogenezi. Turli-tuman sabablarga qaramasdan buyrakdagi morfologik o'zgarishlar bir xilda kechadi va sklerotik jarayonlar rivojlanishiga olib keladi. SBYEga normal vazifani bajaruvchi nefronlar sonining 30% dan kamayishi tufayli buyraklar suv-elektrolit almashinuvini va osmotik gomeostazni boshqara olmay qoladi. Siydik bilan chiqarilishi lozim bo'lgan moddalarni ajrata olmaydi. Zaharli moddalar badanga yig'ila boshlaydi. SBYE da badanda oqsil almashinuvi mahsulotlari — mochevina, kreatinin, siydik kislotasi to'planib qoladi. Ularning miqdori ko'payib boradi. Suv-elektrolit muvozanati buziladi. SBYEning dastlabki bosqichlarida buyrakning konsentratsion vazifasi buziladi. Vazifasi saqlangan nefronlar yuqori bosim ostida zo'rilib ishlaydi va normadagiga nisbatan ko'proq suyuqlikni chiqarib tashlashga to'g'ri keladi. Shuning uchun poliuriya rivojlanadi, siydik ajralishining kunlik ritmi buziladi va izostenuriya kelib chiqadi.

SBYEning so'nggi bosqichlarida siydikning miqdori keskin kamayadi va oliguriya hamda anuriya kelib chiqadi. Tana natriy ushlab turish qobiliyatini asta-sekin yo'qotadi, tuz yetishmovchiligiga olib keladi. Ba'zi bir kasallarda tanada natriy to'planib qolishi harn mumkin. SBYEning dastlabki bosqichlarida gipokaliyemiya, oxirgi bosqichlarida esa giperkaliyemiya

kuzatiladi. Kislota-ishqor muvozanati buziladi va atsidoz yuzaga keladi, kanalchalarning vodorod ioni va organik kislotalarning sekretiya qilishi kamayadi. Fosfor, kalsiy almashinuvining buzilishi kuzatiladi, gipokalsiyemiya bo'ladi, bu ichaklarda kalsiy so'rilishining kamayishi bilan boradi, shuningdek giperfosfatemiya kuzatiladi. Buyraklarda eritropoetin ishlanishi buziladi, natijada anemiya rivojlanadi. Renin ishlanishi davom etadi, uning aktivligi oshadi va doimiy yuqori arterial gipertenziyaga sabab bo'ladi. Tasnifi. Ye.M.Tareyev ko'rsatmasiga binoan SBYEda 2 ta bosqich tafovut qilinadi. I konservativ bosqichida buyrak ko'ptokchalarining filtratsiyasi 40 ml/min gacha kamayadi. II terminal bosqichida filtratsiya 15 ml/min gacha kamayadi. Klinikasi. SBYEning klinik manzarasida quyidagi sindromlarni ajratish mumkin: Nevrologik, gastroenterologik, distrofik, anemik, gemorragik, suyak-bo'g'im sindromi. I bosqichda bemorlar hech qanday shikoyat qilmasligi mumkin. SBYE rivojlanib borayotganda dastlab nevrologik sindromlar: holsizlik, uyquchanlik, charchash, ishtahaning pasayishi, befarqlik bo'ladi. Gastroenterologik sindrom: ko'ngil aynishi, ishtaha yo'qolishi, ozib ketish, ich ketishi bilan kuzatiladi. Dispeptik shikoyatlarning kelib chiqishiga uremik gastrit sabab bo'ladi. Uremik zaharlarning tanada to'planib qolishi badan qichishiga, burundan va oshqozon-ichakdan qon ketishiga, teri ostiga qon quyilishiga sabab bo'ladi. Uzoq vaqt tanada siydik kislotasi yigilib qolishi «uremik» podagra olib keladi. Qon bosimi oshganligi natijasida ko'rish qobiliyati pasayadi. Yuqoridagi shikoyatlarning SBYEda yuzaga chiqishi turlicha bo'lib, ba'zi kasallarda yillab davom etadi, ba'zi kasallarda esa bir necha oydan keyin yuzaga chiqadi.

II bosqichida teri oq-sariq rangga kiradi, teri ostiga qon quyilishlar kuzatiladi, teri quruq bo'ladi, timalganda izi qoladi va teri qurib tusha boshlaydi, tananing og'irligi kamayadi. Qon aylanish tizimi tekshirilganda qon bosimi oshganligini, yurak chegarasining chapga siljiganini, aorta ustida II tonning kuchayganini ko'rish mumkin, ba'zi kasallarda qon bosimi oshmasligi mumkin. Seroz-bo'g'im sindromi quruq plevrit rivojlanganda yuzaga keladi. Ogizdan siydik hidi kelib turadi, til quruq, mallarang karash bilan qoplangan bo'ladi. Qorinni paypaslab ko'rilganda epigastral sohada og'riq kuzatilishi mumkin.

SBYE bilan og'rikan kasallar infeksiyaga beriluvchan bo'ladi, pnevmoniya buyraklarning funksional holatini yomonlashtiradi. Nevrologik simptomlar kuchayganda titrash, polineyropatiya kelib chiqadi, bemor komatoz holatga tushadi. Shovqinli yoki xirillab nafas oladi. Ko'pincha gipotermiya kuzatiladi. II bosqichida diagnoz qo'yish uchun buyrakning funksional holatini va azot shlaklarining to'planib qolish darajalarini bilish kerak. Zimnitskiy sinamasi o'tkazilganda izostenuriya va gipostenuriya kuzatiladi. Tanada kreatinin to'planib qolishi buyrak vazifasining buzilishi bilan boradi. Bemorlarning ahvoli yomonlashishi bilan kreatinemiya darajasi ortadi. Keyinchalik giperurekemiya kuzatiladi,

periferik qonda gipoxrom anemiya kuzatiladi. Trombotsitopeniya aniqlanadi. BYEning terminal bosqichida giperkaliyemiya kuzatiladi. SBYEda ichki a'zolar va tizimlarni asboblari yordamida tekshirish yaxshi natija beradi. EKGda chap qorinchaning gipertrofiyasi kuzatiladi. Giperkaliyemiya paydo bo'lishi bilan QRS segmenti kattalashadi va T-tishchaning amplitudasi

ham ortadi. Ko‘z tubi tekshirilganda og‘ir retinopatiya aniqlanadi. O‘pka tekshirilganda uremik o‘pka manzarasini ko‘rish mumkin (o‘pka ildizidan boshlab ikki tomonlama o‘choqli qorong‘ilashish). Suyaklar rentgenografiya qilinganda ularning demineralizatsiyasini aniqlash mumkin. Oshqozon sekretsiyasi pasaygan bo‘ladi, oshqozon shilliq qavati atrofiyaga uchraydi. Oxirgi bosqichida uremik perikardit, perikardning ishqalanish shovqinini eshitish mumkin.

Kechishi. Surunkali buyrak yetishmovchiligining kechishida asosiy kasallik muhim ahamiyat kasb etadi. Boshqa kasalliklardan farqli o‘laroq, surunkali glomerulonefritdan kelib chiqadigan surunkali buyrak yetishmovchiligi juda tez rivojlanishi bilan ajralib tuj-adi. Kamdankam xurujli nisbiy turg‘un gipertoniya va asta-sekinlik bilan rivojlanib boruvchi surunkali buyrak yetishmovchiligi aksariyat keksa yoshdagi kishilarda uchraydi. SBYE 30 yoshgacha bo‘lgan bemorlarda tez rivojlanadi, bunday bemorlarda asosan buyrak kasalligining xuruji arterial gipertenziyaga olib keladi, ko‘pincha bir vaqtning o‘zida shishlar ham paydo bo‘ladi.

Tashxisi. SBYE ni aniqlash odatda qiyinchilik tug‘dirmaydi. Tashxis anamnez (uzoq muddat buyrak kasalliklari bilan kasallanganligi), bemomi bevosita tekshirish, laboratoriya tekshiruvlari (siydik tahlili, qondagi azot qoldiqlari, koptokcha filtratsiyasining miqdori) natijalariga asoslanadi.

SBYEga olib keluvchi buyrak kasalliklarini farqlash birmuncha qiyinchilik tug‘diradi. Ayniqsa, buyrakning birlamchi va ikkilamchi sklerozini farqlash qiyin. Bunday holatda anamnezga e‘tibor beriladi: buyrak patologiyasi bo‘lmagan holda uzoq muddatli gipertenziya mavjudligi, kunlik proteinuriyaning oz miqdorda bo‘lishi, siydikda o‘zgarishlar unchalik darajada bo‘lmasligi buyrakning birlamchi skleroziga xos. Yurakdagi (chap qorincha gipertrofiyasi) va ko‘z tubidagi o‘zgarishlarga e‘tibor beriladi. Amiloid-buyrak sklerozidan kelib chiqqan SBYEni farqlash ham o‘ziga xos qiyinchilik tug‘diradi. Ikkilamchi amiloidozda buyrak sliikastlanishiga olib keluvchi asosiy kasalliklar (sil, osteomiyelit, revmatoid artrit) hamda uzoq muddat nefrotik sindrom mavjudligini hisobga olish kerak. SBYE klinik tashxisining to‘liq ifodalanishi quyidagicha: SBYEga olib kelgan kasallik (nomi, klinik ko‘rinishi, morfologik varianti), kechish xususiyati va jarayon bosqichlari, xuruj, remissiya). SBYEning bosqichi. SBYEning asosiy sindromlari.

Davolash. Asosiy vazifa tananing zaharlanishini kamaytirish, gomeostaz doimiyligini ta‘minlash, buyrak shikastlanishini bartaraf qilish, bemorning subyektiv holatini yaxshilashdan iborat. SBYE bilan kasallangan bemorlarda koptokcha filtratsiyasi minutiga 35-40 ml bo‘lsa, ulami davolashda quyidagi muolaja tadbirlari amalga oshiriladi. Suyuqliklarni bir me‘yorda iste‘mol qilish. Tanaga kaliy va natriy yuborishni nazorat qilish. O‘qsillar almashinuvi o‘xirgi mahsulotlarining hosil boiishi va tanada ushlanib qolishini kamaytirish, atsidozning oldini olish, gipotenziv muolaja, anemiyani davolash, infeksiya asoratlarga qarshi kurashish. Agar koptokcha filtratsiyasi kam miqdorda bo‘lsa (SBYEning oxirgi bosqichida), yuqorida sanab o‘tilgan tadbirlarning hammasini amalga oshirish lozim. Bundan tashqari, birmuncha faol (gemodializ, plazmaforez, buyrakni ko‘chirish) davolash ham maqsadga muvofiqdir. Kreatinemiya miqdori 0,4 mmol (4 mg %) dan ko‘p, lekin 1,5 mmol / l (15 mg %) dan oshib ketmasa, koptokcha

filtratsiyasi 40 ml/min, lekin 10 ml/min dan past boimasa, bemorning kunlik diurez miqdori 2-3 l bo'lishini ta'minlay oladigan miqdorda suyuqlik berish kerak bo'ladi. Bunday diurez qoldiq mahsulotlar reabsorbsiyasi kamayishiga olib keladi va tanadan ulami ko'plab miqdorda chiqib ketishini ta'minlaydi. Bemorda qusish, ich ketishi kuzatilsa, suyuqliklarni vena ichiga yuborish lozim. Koptokcha filtratsiyasi minutiga 15 ml dan kam bo'lgan hollarda tanaga suyuqlik yuborishda diurez hisobga olinadi: bir kunlik suyuqlik qabul qilish va kunlik diurez 300-500 ml ga teng bo'lishi kerak. Agar oliguriya va anuriya rivojlansa, yuqori dozada kuniga 1-2 g dan, hatto 4 g gacha) furosemid yuborish kerak. SBYE bilan og'rigan bemorlarda shish va arterial gipertenziya kuzatilmasa, natriy qabul qilishni cheklashga hojat bo'lmaydi. Bemorda shish va arterial gipertenziya belgilari bo'lsa natriy qabul qilishning kunlik miqdorini 3-5 g gacha kamaytirish kerak. Qonda kaliy miqdori ko'paygan bo'lsa, tarkibida kaliy tuzlari ko'p bo'lgan mahsulotlarni cheklash kerak; tanada kaliyni ushlab qoladigan siydik haydovchi dorilar (veroshpiron, triampur) tavsiya qilinmaydi. 5% li 500 ml glyukoza eritmasi 8 TB insulin bilan birga venaga yuboriladi. Koptokcha filtratsiyasi minutiga 40 ml ni tashkil qiladigan surunkali buyrak yetishmovchiligining ilk bosqichi oqsil iste'mol qilishni bir oz cheklashni talab qiladi (0,8-1,0 g 1 kg tana vazniga yoki 40-60 g 1 kunga), bundan 40 g hayvon oqsilini tashkil qilishi kerak. Lespenefril vena tomiriga tomchilab yuboriladi. Agar koptokcha filtratsiyasi minutiga 10 ml va undan kam miqdorni tashkil qilsa, oqsil iste'mol qilishni kuniga 20 g (0,25-0,3 g 1 kg tana vazniga) gacha cheklab qo'yish kerak. Atsidozni bartaraf qilish uchun kuniga 3-9 g natriy gidrokarbonat yoki uning 3-5% li 300-500 ml eritmasini venaga yuborish tavsiya qilinadi. Gipertoniyaga qarshi dorilarni qo'shish SBYE belgilarini karnaytiradi. Natriyni cheklash, tanadan natriyni chiqaruvchi vositalar — furosemid yoki gipotiazid tavsiya qilish kerak. Gipotenziv vositalardan berlipril, kaptopril, klofellin, dopegit, apressin (koptokcha filtratsiyasini va buyrak qon aylanishini kuchaytiruvchi vositalar) tavsiya qilinadi. Boshqa gipotenziv vositalar, angiotenzin faolligini pasaytiruvchi dorilar (gemiton, rauvolfiya, guanitidin) berish qon bosimining yuqoriligiga qarab tayin etiladi. (3-blokatorlar nifridipin bilan birga beriladi. Anemiyani davolash uchun temir birikmalari ferkoven, feropleks qo'llaniladi, androgen preparatlar testosteron, sustanon eritropoetin ishlab chiqarishni faollashtiradi. Rekormonni 1000 ta'sir birligida teri ostiga yuborish maqsadga muvofiq bo'ladi. SBYE bilan kasallangan bemorlarda immunitet pasayishi sabab infeksiyon asoratlar tez-tez uchrab turadi (pnevmoniya, siydik yo'llari infeksiyasi), bular o'z navbatida buyraklar faoliyati pasayishiga olib keladi. Bunda nefrotoksik ta'siri boimagan antibiotiklar — penitsillin, oksatsillin, metatsiklin, eritromitsin odatdagi dozaiarda buyuriladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligining oxirgi bosqichida buyrakdan tashqari qonni tozalovchi gemodializ usuli qo'llaniladi. Bu usul uremiyada qonda ko'payib ketadigan moddalarni yarim o'tkazgich membranada ushlab qolishga asoslangan. Gemodializ muolajalari 5 soatdan haftasiga 3 marta o'tkaziladi. Quydagi holatlar gemodializ uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi: Koptokcha filtratsiyasining miqdori minutiga 5 ml dan kam bo'lsa; kunlik diurez miqdori 700 ml dan kam bo'lsa; qondagi kreatinin miqdori 1,2 mmol/l dan oshib ketsa; boshlanib kelayotgan perikardit, ensefalopatiya va nefropatiya belgilari bo'lsa.

SBYEni davolashga boshqa usullardan buyrak transplantatsiyasi va peritoneal gemodializ qo'llaniladi.

Oqibati. SBYEning ilk bosqichida bemorning mehnat qobiliyati saqlanib qoladi, biroq buyrak faoliyati buzilishi avj olib borsa, bemorni nogironlikka olib boradi. Gemodializ va buyrak transplantatsiyasi bemor ahvolini biroz yaxshilanishiga olib keladi. Profilaktikasi. SBYEga olib keluvchi kasalliklarni o'z vaqtida davolashdan iborat.

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 23 oktyabrdagi №859 sonli «Yaqin qarindoshlar orasida buyrak va (yoki) jigar bo'lagini transplantatsiya qilish tartibi to'g'risidagi Vaqtinchalik Nizomni tasdiqlash haqida»gi qarori asosida 2019 yilning shu davrigacha RSHTTYoIAM va RIXMlarida 190 ga yaqin bemorda buyrak transplantatsiyasi amaliyoti o'tkazildi. Shulardan 3 nafari voyaga yetmagan bolalar.

Kasallikning profilaktikasi va davosi haqida so'z borganda, biz, avvalo, xalqimizning tibbiy madaniyatini oshirishimiz, ular ongiga ushbu xastalik yomon oqibatlar va asoratlarga olib kelishi, o'lim ko'rsatkichi yuqori bo'lgan dardlar turkumiga kirishini doimiy va tizimli ravishda singdirib borishimiz zarur.

Aslida har bir inson bebaho boyligi sanalgan sog'ligi uning o'zi va oila a'zolari uchun muhim ekanini anglab yetishi darkor. Shundagina u profilaktik ko'riklardan doimiy o'tib turadi va og'ir kasalliklarning erta aniqlanishiga hamda kerakli tavsiyalar olishga muvaffaq bo'ladi. Maslahatim, surunkali infeksiya o'choqlari, ya'ni murtak bezlarining yallig'lanish kasalliklari, quloq-burun xastaliklari, kariyesga uchragan tishlarni o'z vaqtida davolating, o'zingizni zax va sovuqdan ehtiyotlang, toksik moddalar bilan ishlaganda me'yor qoidalariga rioya eting – bular ham sog'lom turmush asosi hisoblanadi

Buni qarangki, sog'lom, buyragidan shikoyat qilmaydigan kishining buyragidan tanadagi qon bir kecha-kunduzda 360 marta o'tar ekan.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. M.F.Ziyayeva Toshkent."Ilm ziyo"2007.
2. Vnutrenniye bolezni po Tinsli R.Xarrinsonu.V2 tomax.