

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТИ



Ішкі ағза аурулары кафедрасы  
Нефрология

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

**СӨЖ** тақырыбы: *Зәр шығару жүйесінің  
инфекциялық аурулары кезіндегі  
науқасты физикальды тексеру  
әдістері. Зерттеу алгоритмін құру.*

**Орындаған: Муратова.А.К**

**Тобы: ЖМ13 043-2**

**Қабылдаған: Қойшыман Қ.Ж**

# Жоспар:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім:

✓ *Несеп-жыныс жүйесі ауруларымен науқастарды сұрастыру*

✓ *Несеп-жыныс жүйесі ауруларымен науқастарды қарау.*

✓ *Бүйректің, қуықтың пальпациясы мен перкуссиясы*

✓ *Бүйректің диагностикалық зерттеуі*

• Қорытынды

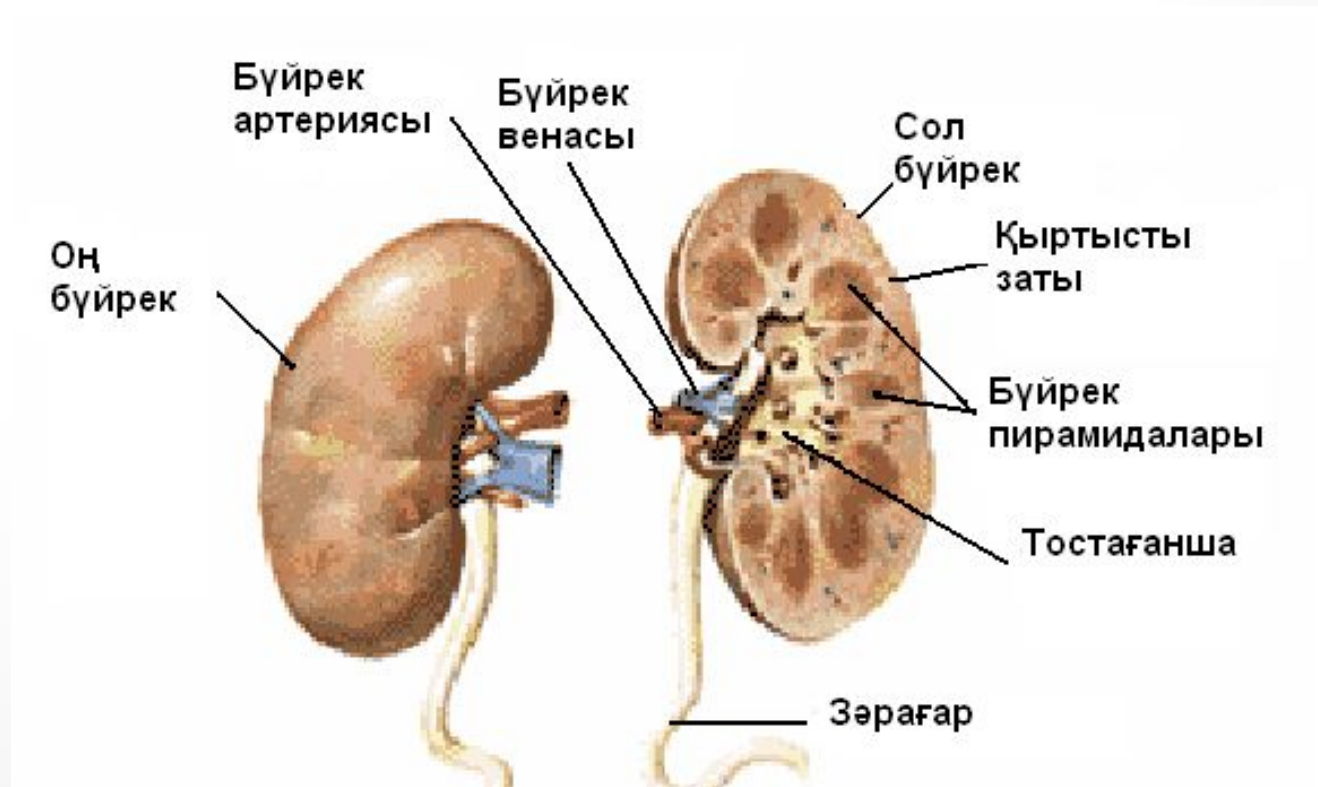
• Пайдаланылған әдебиеттер

# Кіріспе

Бүйрек ауруларын және басқа зәр шығаратын ағзалардың өзгерістерін анықтау онша оңай емес, себебі көптеген патологиялық өзгерістері жасырын түрде болып аурулар дәрігерге бірден келіп қаралмайды. Сондықтан медициналық профилактикалық тексеріс кезінде анықталуы мүмкін (қан қысымы немесе зәр өзгерістері).

**Кездесетін аурулары:** нефриттер (гломеруло және пиело), нефроптоз амилендоз, цистит, уретрит, қатерлі ісік, іріңді ауруларын (паранефрит, карбункул, апостематозды нефрит), гидронефроз.

**Бүйрек** : қосарланған, формасы бұршақ тәрізді ұзындығы 10-12 см, салмағы 150-170 гр. Орналасқан орыны 12-ші кеуде мен 1,2,3 бел омыртқаларының тұсында. Оңы солынан 2-3 см төмен. Сыртында қыртысты қабаты, ішкісі миысы. Қыртысты қабатында- шумақтар орналасқан – артериядан тұрады және әрқайсысы Шумлянский – Боумен капсуласымен жабылған,



## Зәр шығару жүйесі ауруларымен нақастарды сұрастыру

**Ауырсыну сезімі** – бел тұсының басып, қатты ауруы. Бұл жедел нефритте, бүйрек инфарктысында, ал ұстамалы болуы және шапқа немесе несеп ағар бойына санға берілуі тас ауруында немесе ісіктің ыдыруында, ірің болған жағдайда.

**Келесі жиі зәр бөлу** (поллакиурия) немесе зәр бөлудегі қиналу (странгурия), зәрді ұстай алмау (балаларда). Осы белгілер қуық қабынудағы бұлшық еттерінің жиырылуында шырышты қабырғалардағы нерв талшықтарының тітіркенуінен сезімталдығының жоғарлауында байқалынады.

**Ісінуі** – науқастың таңертең тұрғанда, қабағының астында немесе бетінде, кейіннен денесінде (анасарка). Кейде жедел түрде тез пайда болып (жедел нефритте) және олигуриямен қосарланады.



**Қосымша шағымдары** – шаршау, бастың ауырып айналуы және құлақтың шулауы, лоқсу, құсу, ентігу, дене ыстығының көтерілуі (инфекция себебінен). Бүйрек жеткіліксіздігінде дененің қышынуы, қансырау сүйектердің ауруы, артериальды гипертензияда кенеттен көрмей қалу т.б.

**Ауру тарихын:** жинақтағанда: қатты тоңу, стрептококкты инфекция тамақ баспасы, скарлатина, бактериялы эндокардит, вирусты инфекция, аллергиялар, туберкулез сепсис мерез аурулары, іріңді түрлері, металлдардың шаңынан улану, химиялық заттардың әсері сияқты себептерді анықтаған дұрыс.

**Өмір тарихынан:** тұрмыстық жағдайлары, жүктілік кезіндегі өзгерістері, жұмыс жағдайларын, зиянды әдістерін білудің маңызы бар. Текті ферментопатия, басынан кешкен хирургиялық емдер, қанның құйылуы, жүйелі васкулиттер.

## **Зәр шығару жүйесі ауруларымен науқастарды қарау**

**Қарауда:** науқастардың хал-күйіне көңіл бөлу, күйлілігіне, төсектегі қалпына, тері жамылғысының түсіне, геморрагиялық, трофикалық өзгерістерді байқау керек.

**Науқастың жалпы халі:** ауыр және өте ауыр болуы мүмкін (әсіресе бүйрек жеткіліксіздігінде). Уремиялық комада аммиак иісі мен куссмауль тынысы, қозу, дененің тырысуы. Нефротикалық эклямисияда сөйлеу қабілетінің бұзылуы (афазия), гипертензиялы синдромда көрмей қалуы (амавроз). Бүйрек ұстамасында науқас төсекте мазасызданып өзіне ыңғайлы жағдай табылмайды (тас ауруы) паранефритте ауырған жағына жатып тізесін ішіне алады, анасаркада ортопноэ қалпының болуы. Науқас өңінің бозаруы – анемияда немесе тамырлардың спазмында, ісіктен. Бүйрек жеткіліксіздігінде анемияның болуынан тері түсі урохромның көбеюі себебінен сарғыш-жасыл түсті және құрғақ, тырнақ қышығандықтан дақтары болады.

**Бел тұсында** – паранефритте ошақты ісік, ал бүйрек кистасында, гидронефрозда үлкен ісікте іштің асиметриясы байқалынады. Егер науқас арық болса қасаға үстіндегі ісікті байқауға болады (қуықта ісік немесе зәр шықпай жиналған жағдайда).





## **Бүйректің, қуықтың пальпациясы мен перкуссиясы**

**Пальпациясы:** бүйрек ұлғайса, төмен түскенде ауытқуын, ауру сезімін анықтауда маңызды. Бүйрек пальпациясы бимануальді жасалынады. Науқас жатқызылып немесе вертикальды қалыпта жүргізіледі. Дәрігер жатқан науқастың оң жағында орналасып сол қолдың алақан бетін 12-ші қабырғадан төмен орналастырылады, оң қолды іштің тік бұлшық етінің қырына қабырға доғасынан төмен қойып, науқас терең дем алуы керек. Дем алғанда тереңірек басып дем шығарғанда екі қолдың түйісуі арқасында үлкейген бүйрек ұсталынып сипаттама беріледі. Сол жақ бүйректе осы методикамен пальпацияланады, ол үшін сол қол оңға қарай ығыстырылады.

**Перкуссиясы:** Егер бүйрек қабынып үлкейсе глиссон капсуласы керіліп ауру сезімін туғызады. Мұнда Пастернацкий байқауы немесе бүйректі соққылау қолданылады. Ол үшін алақанды бел тұсына қойып екінші қолдың қырымен соққылайды егер ауырса байқау мәнді. Іштің ақ сызығы үстімен кіндіктен төмен қарай қасаға параллель перкуссиялауда қуық ұлғайса тұйық дыбыс алынады. Ауру сезімін тексеретін нүктелер жоғарғы кіндік деңгейіне параллель тік бұлшық еттің қырын басқанда (несеп ағар проекциясы). Төменгі бистенальды сызығының (горизонтальды) қасаға дөңесінің вертикальды сызығымен қиылысындағы нүкте қуық қасаға параллель пальпацияланады.

**Аускультациясы:** Қан қысымы жоғары ауруларда, егер қолдағы тамырдың соғуы асимметриялы болса жүргізіледі. Бүйрек үстіндегі стенотикалық шуыл оның артериясының ақауын немесе қолқа өзгерісін (аортаартерит) анықтауға көмектеседі, себебі кейіннен автографиялық зерттеу жасалынады.

## Бүйректің диагностикалық зерттеуі

**Зәрді зерттеу** – көлемі қалыпты жағдайда 800,0-1,5л, мөлдір, лимон түсті. Бүйрек жеткіліксіздігінде - өте түссіз себебі урохром бөлінбейді, лайлануы – бактерия, ірің, тұздар болғанда; ет жуындысы тәрізді – қан болғанда; иісі аммиакты бактериурияда кетан денелерінде – шіріген алманың иісі тәрізді.

**Реакциясы.** Қалыптысы 5-7,5, қышқыл микроскопты тексеруде – лейкоциттер алаңында, жайпақ эпителий 3-4 көз алаңында, тұз кристалдары, ураттар, Са сульфаттар, несеп қышқылы, Са оксалаты, карбонаты холестерин; бір-екі эритроциттер. Патологиялық жағдайда көлемдері ұлғаяды: гематурия, лейкоцитурия, пиурия-ірің. **Цилиндурия** – белоктан құрылған бүйрек цилиндрлі эпителий, түйіршік эпителий, гиалин мен балауыз цилиндрлері түрі. Қабыну процестерде белсенді лейкоциттерді анықтайды (Штернгеймер-Мальбин).

**Зәр тұнбасының қан элементтерін санды түрде зерттеу:** Аддис-Каковский бойынша соткедегі көрсеткіштері эритроциттер -1 млн, лейкоциттер – 2 млн, цилиндрлер – 20 мың.

Нечипоренко эритроциттер – 1000, лейкоциттер – 2 мың, цилиндрлер – 20, бактериялар 1 млн 10 мың денешіктер.

**Биохимиялық тексеру** – белокты сульфосалиция немесе азот қышқылдарымен реакциялауда анықталынады. Зәрдің тығыздығы урометрмен анықталынады, қалыптысы 1006 – 1028. Патологиялық жағдайда төмендейді оны гипостенурия деп атайды.

# Бүйректің функциональді қызметін тексеру.

А) Зимницкий сынағын анықтау;

Б) шумақ фильтрациясын (қалыпты 50 – 125 мл/мин) анықтау.

В) креатинин концентрациясын (қалыпты көрсеткіші 0,08 – 0,176 ммоль) анықтау.

Бүйректің концентрациялау қабілетін сұйықты ақырғы рет ішкеннен кейін (18 – 24 сағ) соң тығыздығын анықтайды. Сау адамдарда 90% жағдайда 1023.

Құрғақ тамақтанғандағы қоюландыру қабілетіндегі тығыздығының өсуі 1022 – 1040 деңгейге дейін.

Бүйректің зәрді сұйықтандыру қабілетін – су жүктемесімен (20 мл/кг дене салмағына) 4 сағаттан кейін зәр тығыздығын анықтайды. Сау адамдарда 1001 – 1002, зәр көлемі су жүктемесінен 80% басым болады, ал ауруларда тығыздығы өзгермейді.

Бүйрек клиренсін анықтау немесе тазару коэффициенті – бір минуттегі белгілі бір заттан қанның тазаруы және қан плазмасының сондағы көлемі. Егер улы зат кері бүйрек өзекшелеріне сіңбейтін болса (реабсорбция) және секреция жолымен бөлінбейтін болса, онда бүйрек клиренсі шумақ сүзіндісіне тең болады. Бұл Реберг сынағасының негізгі, оны креатинин деңгейі бойынша анықтайды. Реабсорбция 98 - 99%; мочевианың қалыптысы – 3,2 – 6,4 ммоль.

**Құралды зерттеулер.** Бұлар жалпы урография, рентгендік суреті (бейнесі) – тастарды көруге болады.

Пневморен немесе пневмоперитонеум ретроперитониальді қуысқа ауа жіберіліп рентгенге түсіру (қатерлі ісікті, бүйрек формасын, көлемін анықтайды).

Экскреторлы урография – контрасты заттардың бөлініп шығарылуы (сергозин верографин), венаға жіберіледі. Бұл тәсілмен бүйректің орналасқан орынын, көлемін, қызметінің қабілетін, тастарды анықтайды.

Ретроградты урография - рентген контрастты затты түтікше арқылы жіберіп рентген суретіне түсіру (цитоскоптың көмегімен бүйректер түбегіне енгізіледі). Келесілері УДЗ, радиоизотопты компьютерлі томография, сканерлеу (диодрост немесе гиупшуранды тамырға енгізу).

**Цитоскопия, хромостоскопия** – 5 мл 10% индигокармин ерітіндісін енгізіп боялған несеп байқалынады. Сау адамда 3-5 минуттан соң боялған зәр бөліне бастайды. Ауруда бөлінбеуі мүмкін. Биопсия әдісі тіннің кішкене тимесі зерттеледі.

**Катетерлеу** – жұмсақ түрі қуыққа енгізіліп анурия себебін және зәр тұнбасын зерттеу үшін қолданылады. Бүйрек ангиографиясы – бүйрек артериясына контрасты зат енгізіледі.

**Радионуклеинді** – радионуклинді гамма препараттармен бүйректердің шығару қабілетін зерттейді. Парентеральді беріледі, қортындылау компьютерлі түрмен жүргізіледі.

## **Бүйрек ауруларында кездесетін синдромдар.**

**Зәр өзгерісі** – гематурия, лейкоцитоурия, протеиноурия.

**Гематурия** – жарақаттануда, бүйрек ұстамасында, поликистозда, гломерулонефритте, ісікте кездеседі; бүйректі, түбекшелі, несеп ағарлы, қуықты түрлері бар. Мұның механизмі капилярлы – түтікшелі. Зәрдегі қанның бөліктен екендігін анықтау керек. Алғашқы зәрдегісі несеп ағар түтікшесінен ақырғы зәр бөлігіндегісі, ал жалпысы бүйректен екендігін науқастан дәрі-дәрмектердің ішілгендігін немесе қандай тағам қолданғанын сұрастыру керек. Мұндай жағдайда бүйрек инфарктісінің барлығын, пальпациялап бүйректің ісіктерін, қуықтың ауру сезімін еркектерге тік ішектің бармақпен зерттелуін қолданып (бездің аденома, рак өзгерістерін), әйелдерге гинекологиялық тексеріс жүргізілуі керек. Экскреторлы урография, УДЗ, цистоскопия жасалуы керек.

**Гематурия** – денеге ауыр күш түскенде болуы мүмкін, спортсмендерде, ал зәрдегі өзгерген эритроциттерде гломеруло-нефриттің барлығын анықтау маңызды.

**Лейкоцитурия** – жиі пиелоциститте, пиелонефритте кездеседі.

**Протеинурия** – бұл плазма белоктарының бүйрек шумағының базальді мембранасынан фильтрациялануы. Ол өтпелі және тұрақты болады. Тұрақтысы бүйрек себептісі функциональды протеинурия ортостатикалы өте ұзақ уақыт вертикальды қалыпта тұрғанда, жүргенде, физикалық күш түскенде. Қалыпты жағдайда сөткесіне 150 мг, одан аспауы керек.

## Нефротикалық синдром

**Белгілері:** 1. протенурия сәткесіне 3,5 г/л-дан жоғары;

2. гипопроотеинемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, гипоальбулинемия, триглицеридтер өседі.

3. ісік, анасарка; артериальды гипертензия мен гематурия болмайды. Гломерулонефритте, амилоидозда, қауіпті ісікте, диабеттік нефропатияда, паранеопластикалық жағдайда, дәрі-дәрмектерден дамиды. Механизмі капиллярдың іргесінің ақаулануы, клеткалық факторлар мен биологиялық аминдердің (гистамин) калликренин – кининді қан жүйесінің белсенділіктерінен олар иммунды комплекстердің шумақтың базальды мембранасына шөгіп қабыну процесіне әкеледі. Туындаған гипопроотеинемия, әсіресе альбуминемия гипонатриемиялық ісік пен гиперальдостеронизм себебінен натрий және су іркіліп, ренин мен катехоламин белсенділіктері артады, микроэлементтер азаяды, липидтер жоғарлайды, диспротеинемия байқалып  $2_2$ , В глобулиндер жоғарлайды.

Науқас жалпы әлсіздікті, шаршағыштығын айтады, ісінеді.

**Асқынулары** – мидің сулануы, гиповолемиялық шок, инфекцияға бейімділік, қанның ұю қасиетінің жоғарлауынан артериясының тромбозы, арықтау, атеросклерозды өзгерістер, кальций, мыс, темір метаболиттерінің ауытқуы, глюкоза толерантылығының бұзылуы, жиі 85% жағдайда жүректің ишемиялық ауруының туындауы, инфекциялық асқынулардың (іріңді) болуы мүмкін. ●

## **Қолданылған әдебиеттер:**

2.Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней: учебник + СД. – 4-е изд. – М., 2008. – 848 с.

4.Геппе Н.А. Пропедевтика детских болезней: учебник + СД.–М., 2008.– 464 с.

5.Интернет желісі

6.[www.google.ru](http://www.google.ru)