

ҚР Денсаулық Сақтау министрлігі

*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ
Ұлттық Медицина Университеті*



Министерство Здравоохранение РК

*Казахский Национальный Медицинский
Университет имени С.Д.Асфендиярова*

Урология модулі

Студенттің өзіндік жұмысы

Қабылдаған: доцент Сеңгірбаев Д.И.

Орындаған: Ережеп А.

Факультет: Жалпы медицина

Курс: IV

Топ: 19-1К

Алматы 2014 жыл

Жоспар

I. Кіріспе

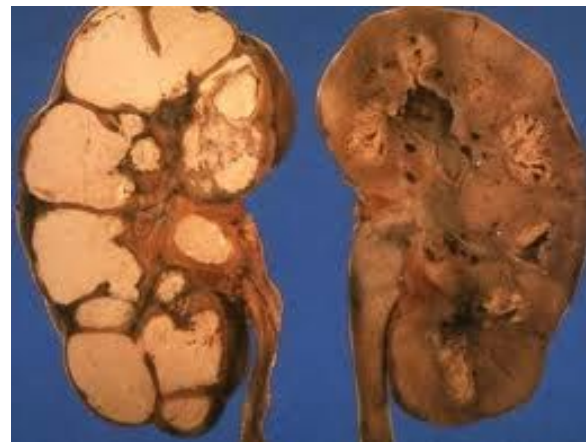
II. Негізгі бөлім

- ◆ *Этиология*
- ◆ *Патогенез*
- ◆ *Патологиялық анатомия*
- ◆ *Классификация*
- ◆ *Клиника*
- ◆ *Диагностика*
- ◆ *Дифференциалды диагностика*
- ◆ *Емі*
- ◆ *Болжамы*

III. Қорытынды

IV. Қолданылған әдебиеттер

Несеп-жыныс мүшелерінің туберкулезі – екіншілік (ағзалық) туберкулезге жататын арнамалы инфекция-кабынулық үрдіс. Несеп – жыныс мүшелерінің туберкулезі өкпелік формадан кейін екінші орынды және барлық өкпеден тыс формалар ішінде бірінші орынды иеленді. Ол әлем бойынша ерлердің өліміне себепкер бірінші ондыққа енеді, әсіресе дамушы және «үшінші әлемдегі» елдерде. Өкінішке орай несеп – жыныс жүйесімен науастанған адамдардың 60 % дәрігерге кеш қаралады, аурудың таралған кавернозды кезеңінде. Бұл кезеңде заманауи туберкулезге қарсы препараттар шарасыз болады да, хирургиялық емдеуге жүгінуге тура келеді, көбінесе ағзаны алып тастау оталары жасалады.

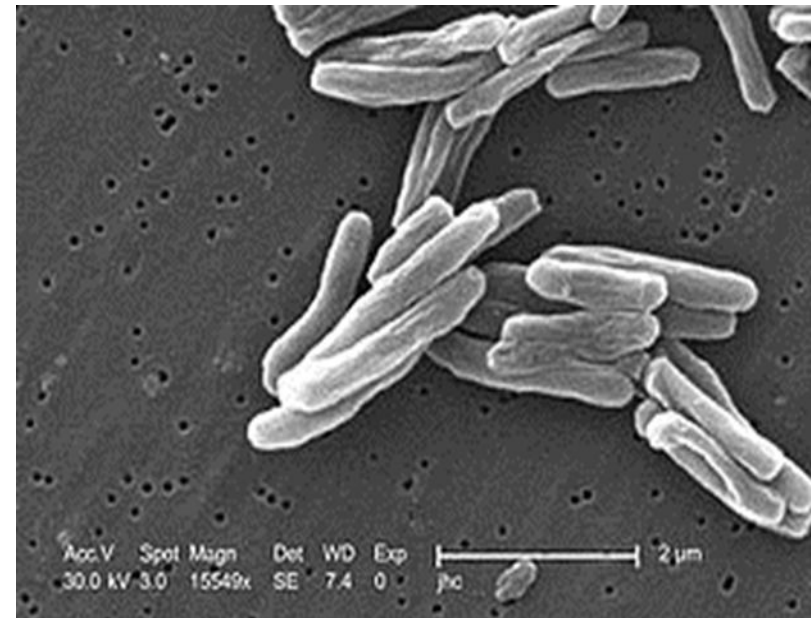
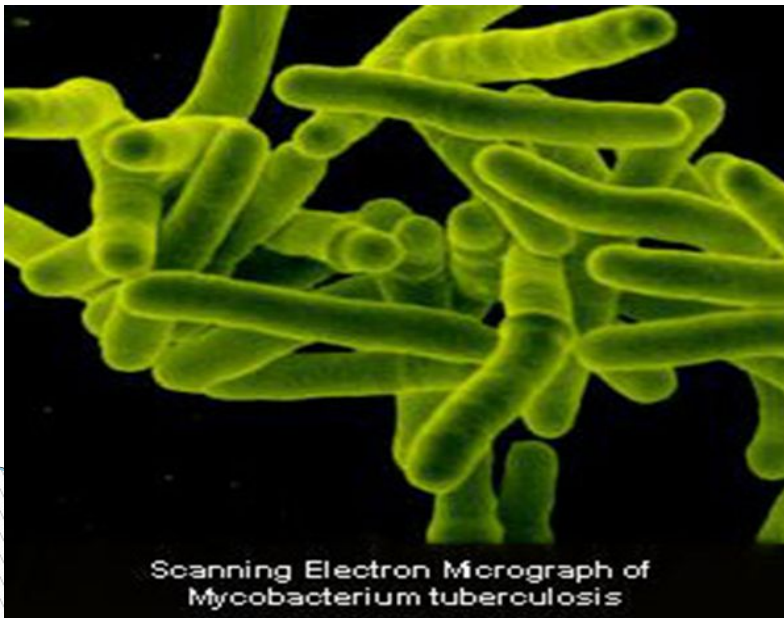


Өкпеден тыс туберкулез формаларының ішінде зәр шығару мүшелерінің туберкулезі кездесу жиілігі бойынша бірінші орында тұр. Сонымен қатар науқастардың жасына және жынысына байланысты өзгерістер болады. Науқастардың көбі 50 жастан жоғары және әйел жынысындағы адамдар. Қазіргі уақытқа дейін нефроэктомианы қажет ететін бұл аурудың асқынған түрі жиі кездеседі. Сондықтан, туберкулездің өкпеден тыс формаласымен сырқаттануға бейім адамдардың қауіп тобын анықтап, оларға активті және динамикалық бақылау қажет. Оларға:

- ✓ Несеп – жыныс мүшелеріне тән емес қабынулық ауруларымен науқастанушылар: созылмалы пиелонефрит, этиологиясы белгісіз гематурия, созылмалы эпидидимит, созылмалы простатит*
- ✓ Туберкулезбен байланыстағы тұлғалар*
- ✓ Туберкулездің басқа локализациясы бойынша тіркеуде тұрған адамдар*
- ✓ Туберкулиндік сынамаға сезімтал балалар мен жасөспірімдер*

Этиология

Несеп-жыныс жүйесінің туберкулезін 1882 жылы Роберт Кох ашқан туберкулез микобактериялары немес Кох таяқшалары тудырады. Несеп – жыныс жүйесінің микобактерияларының 71 түрінің ішінде ең жиі – адам типіндегі және бұқалық типтегі микобактериялар қоздырады.



Патогенезі

Туберкулез инфекциясын таратудың негізгі жолы гематогенді жол. Мұнда зәр шығару мүшелерінің ішінен ең алдымен бүйрек зақымданады. Туберкулез процесінің алғашқы жайылу кезеңінде, яғни қанға өкпедегі және бронхтардағы, лимфа түйіндеріндегі туберкулезден қан ағысына түсетін туберкулез микобактериялары көптеген мүшелерге жұққанда бүйректі де зақымдайды. Мұнда екі бүйректің де қыртыс қабатында ұсақ туберкулез ошақтары пайда болады.

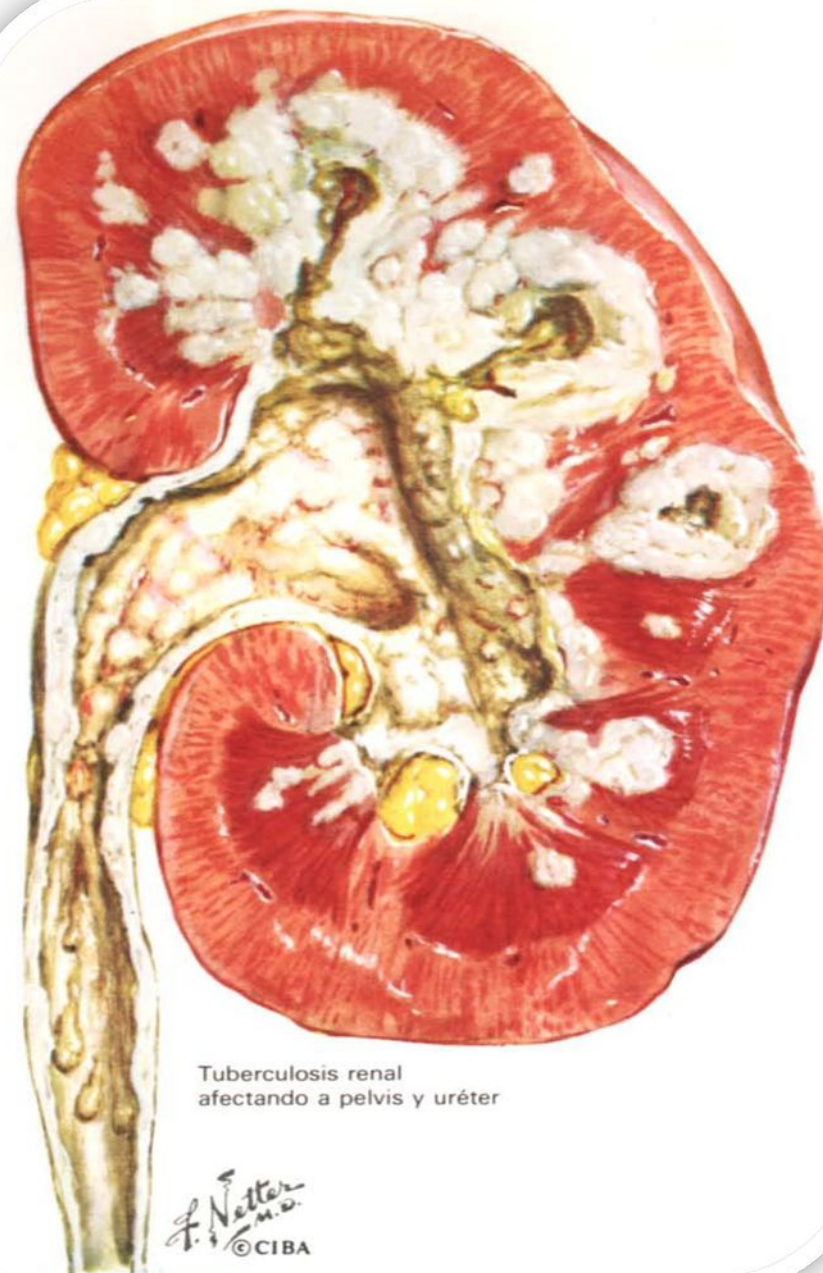
Көп жағдайда организмнің жақсы қарсы тұра алуы мен қалыпты иммунитеті бар кезде мұндай ошақтар жазылып, одан кейін клиникалық көріністері байқалмайды. Көп жағдайда организмнің жақсы қарсы тұра алуы мен қалыпты иммунитеті бар кезде мұндай ошақтар жазылып, одан кейін клиникалық көріністері байқалмайды. Алайда кейде белгілі бір қолайсыз жалпы немесе жергілікті факторларға байланысты бүйректің қыртысты қабатындағы туберкулез ошақтары жазылмайды: олар әлде тыныштық күйге өтеді немесе үдей бастайды.

Патологиялық анатомия

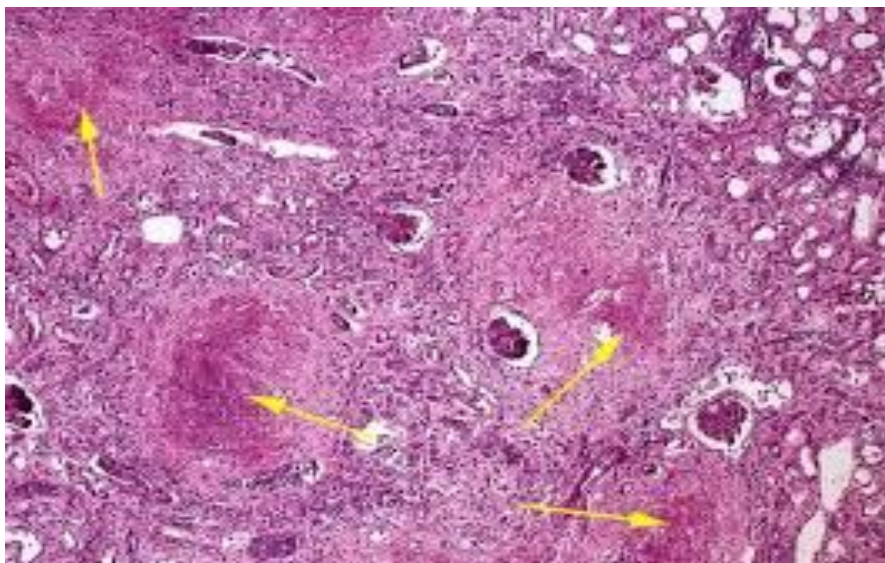
Макроскопиялық зерттеулерге қарағанда, бүйрек қыртысында шоғырланатын бастапқы туберкулез өзгерістері көбіне паренхиманың бетіне шығып тұратын ұсақ сарғылт – ақ түсті ошақтар болып табылады. Бүйректің “субклиникалық” өзгерістерінің “клиникалық” туберкулезге өтуі морфологиялық тұрғыдан осыған тән қабыну инфильтратын түзіп, бүйректің қыртыс қабатынан милы қабатына өтеді. Процестің бұдан әрі үдеуінде емізікше аймағы, одан соң тостағанша мен астаудың кілегейлі қабығы зақымданады. Емізікше мен тостағанша кумбезі тұсындағы немесе бүйректің милы қабатының түбінде өтіп жатқан деструктивті процесс бүйрек тканінің казеозды ыдырауын күшейте береді, мұның соңы патологиялық қуыс – каверна түзуге әкеп соқтырады.



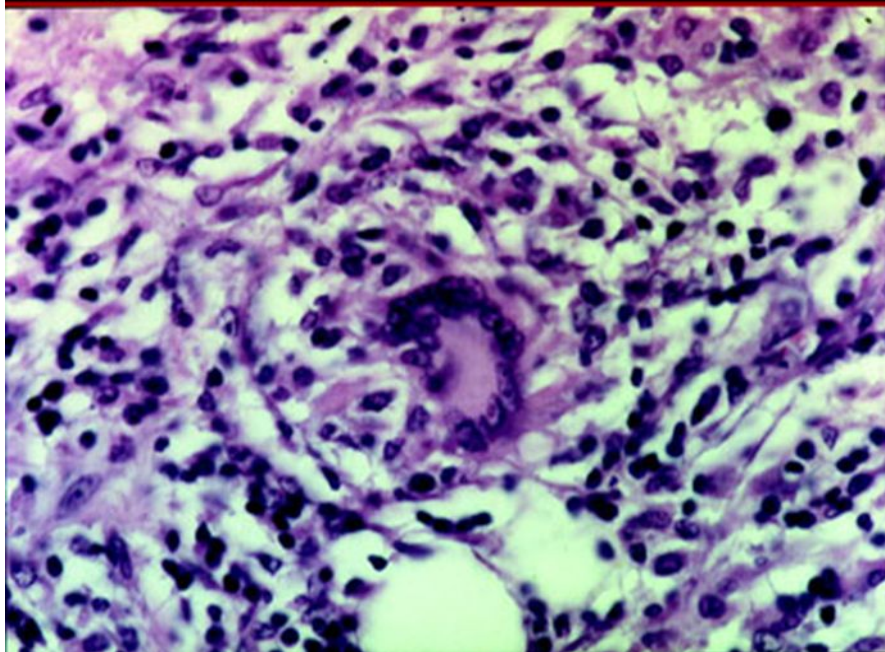
Бүйрек туберкулезі қолайсыз өткенде паренхима одан әрі бұзыла береді: каверна үлкейеді, өзара жақындайды, одан соң бір –бірімен қосылады. Туберкулез процесі бүйрек паренхимасының шегінен шығып, астаудың қабырғасын зақымдайды, одан соң несепазар мен қуыққа таралады. Аутонефроэктомия – несепазар қуысының тыртықтанып бітуі салдарынан бүйректің басқа несеп жүйесінен толығымен ажырауы өте асқынған бүйрек туберкулезінің бір варианты болып табылады.



Микроскопиялық зерттеулер арқылы бүйрек туберкулезінің бастапқы сатыларында оның қыртысынан, қан тамырлары түйіндерінің айналасынан әдеттегі туберкулез төмпешіктерін табады, олар эпителийлі және алып Лангганс клеткаларынан тұрады.



Medscape® www.medscape.com



Классификация

Бүйрек туберкулезінің А. Л. Шабәд(1973) ұсынған төрт сатылы клиникалық – рентгенологиялық классификациясы бар:

- **I саты – бүйректің инфилтративті туберкулезі;**
- **II саты – бастапқы деструкция: папиллит немесе шағын бірлі – жарым каверналар;**
- **III саты – шектелген деструкция: үлкен каверналар немесе бүйрек сегменттерінің біріндегі поликаверналы туберкулез;**
- **IV саты – тотальды немесе субтотальды деструкция.**

Белгілері мен клиникалық барысы

Бүйрек туберкулезінің патогоанатомиялық клиникалық белгілері болмайды, мұның өзі осы ауруды анықтауды қиындатады. Ол көбіне бастапқыда өзге урологиялық аурулар түрінде өтеді, белгісіз өтуі сирек кездеседі. Урогенитальді туберкулездің патоморфозы көптеген дәріге тұрақтылығы бар адам туберкулезі микобактериясының өзгерген биотиптерінің таралуының жоғарылауы мен адамның имунтапшылық вирусын тасымалдаушылар мен екіншілік имунтапшылығы бар адамдардың санының өсуімен байланысты.

□ **Бүйрек тұсының ауруы, көбіне ұйып, кейде бүйрек шаншығандай кенет ауруы қазіргі уақытта аурудың жиі кездесетін алғашқы субъективтік клиникалық белгілерінің бірі болып табылады, оларды әдетте бүйрек тасы ауруының белгілері деп қалады. Несепардың кілегейлі қабығының қабына ісінуі немесе оның саңылауын іріңді тығын немесе ұйыған қан бітеп қалуы салдарынан зәр шығарудың кенет бұзылуына байланысты ауру пайда болады.**



- **Созылмалы интоксикация көріністері:**
әлсіздік, қатты шаршағыштық,
субфебрилитет, азу. Кейбір жағдай да тек
гематуриямен көрінуі мүмкін. Дене
температурасының көтерілуі көбіне шекті
цифрдан аспайды, бірақ кейде гектикалық
сипаталып, денені қалтыратады, жедел
пиелонефриттің шабулын еске салады.
- **Балаларда жалпы көріністер басым болады:**
жағдайының нашарлауы, тітіркенгіштік,
тәбет төмендеуі, субфебрилитет.

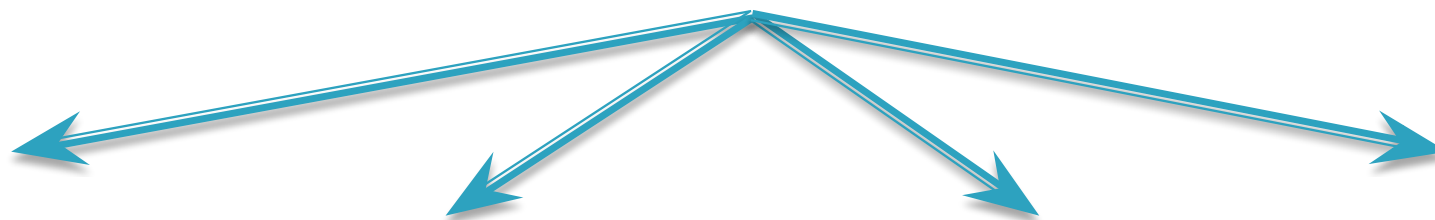
Жергілікті белгілері: ең жиі кездесетін белгі – пиурия. Бұл белгі туберкулезі емделмеген науқастардың бәрінде дерлік байқалады. Әдеттегідей антибактериялық терапияға көнбейтін төзімді лейкоцитурия нефротуберкулезге айрықша тән болады.

Несептен аурудың қоздырғышы – туберкулез микобактериясын табу бүйрек туберкулезін растайтын белгі болып есептеледі.



Диагностика

Бүйрек диагностикасының әдістерін мынадай төрт топқа бөлуге болады:



құрал –
эндоскопия-
лық
зерттеулер

**Лаборатория-
лық**

Рентгенолог-
иялық –
радиоизо-
топтық

клиникалық

Бүйрек туберкулезі диагностикасында зертханалық зерттеулер маңызды орын алады. Соның ішінде туберкулез микобактериясының Циль-Нильсон, әсіресе люминесценция кезіндегі микроскопиялаудағы патогномикалық көріністерін және пиурия, гематурия, протеинурияны анықтауға мүмкіндік беретін несеп талдауы маңызды. Несеп тұнбасында ешқандай патологиялық өзгеріс табылмаған күннің өзінде несепте қанның пішіндік элементтерінің патологиялық санын анықтауғы мүмкіндік беретін – Каковский-Аддисс, Амбюрже, Альмейд-Нечипоренко әдістері ақпараттық болып есептеледі.

Бүйрек туберкулезі кезінде несеп – қышқылды реакцияны көрсетеді.

Протеинурия – жалған, яғни шумақшалардың зақымдануы емес, қабыну заттары мен қанның пішіндік элементтерінің көбейгендігінен.

Бүйрек туберкулезінің негізгі көрсеткіші :

- Несепті бактериоскопиялық зерттеу
- люминесценттік микроскопиялау
- ПЦР бойынша ДНК және РНК типті микобактерияларды зерттеу
- Биологиялық және бактериологиялық зерттеу кезінде туберкулез микобактериясының табылуы

Рентгенологиялық зерттеулер бүйректің топографиялық орналасуын, ондағы патологиялық өзгерістерді көрсете алады. Алайда, қазіргі уақытта жоғарғы технологиялық медициналық жаңа қарау әдістері қолданылады.

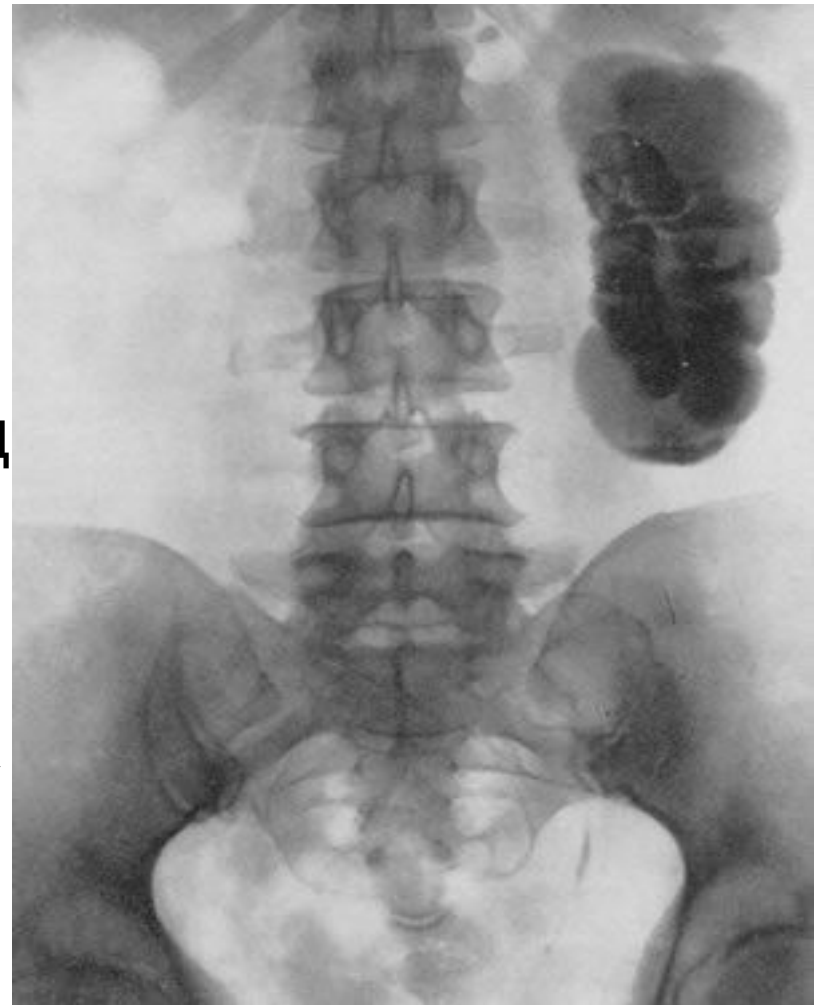
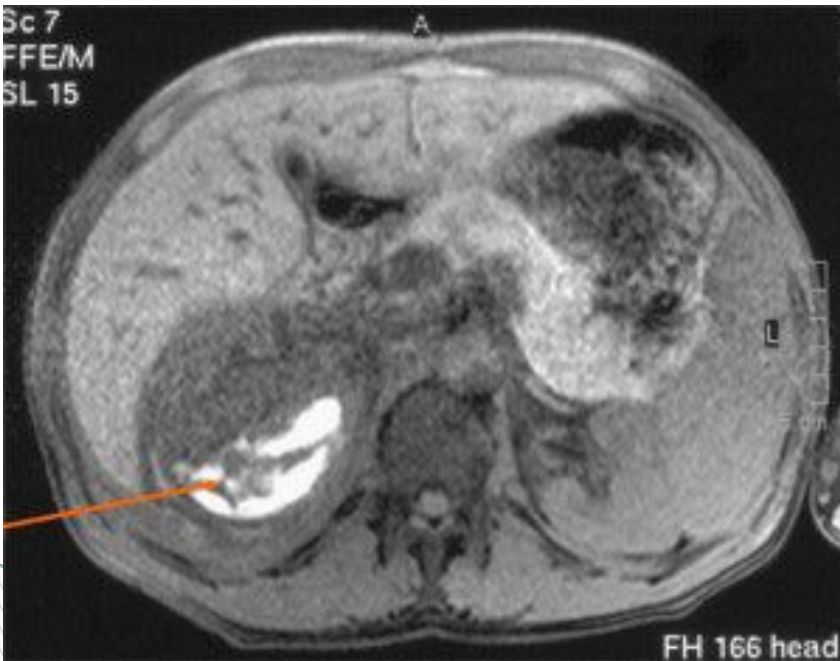
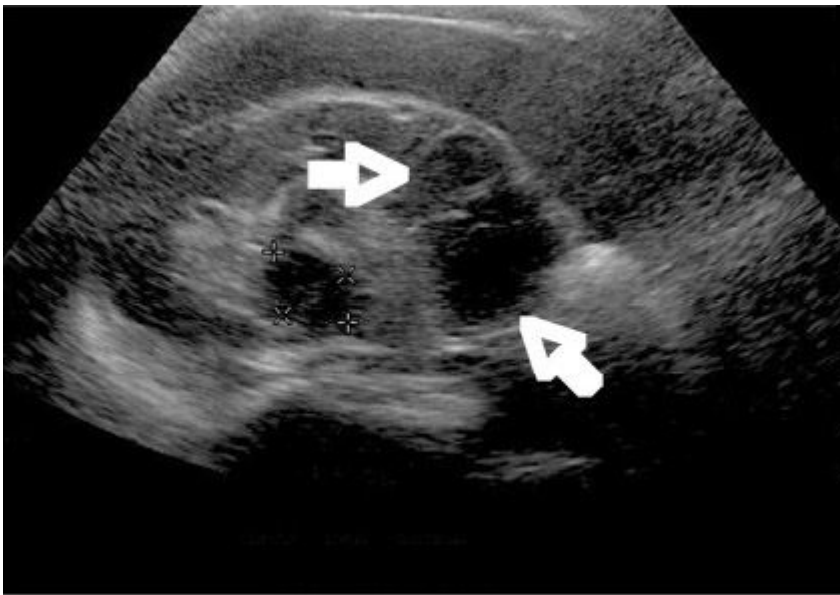
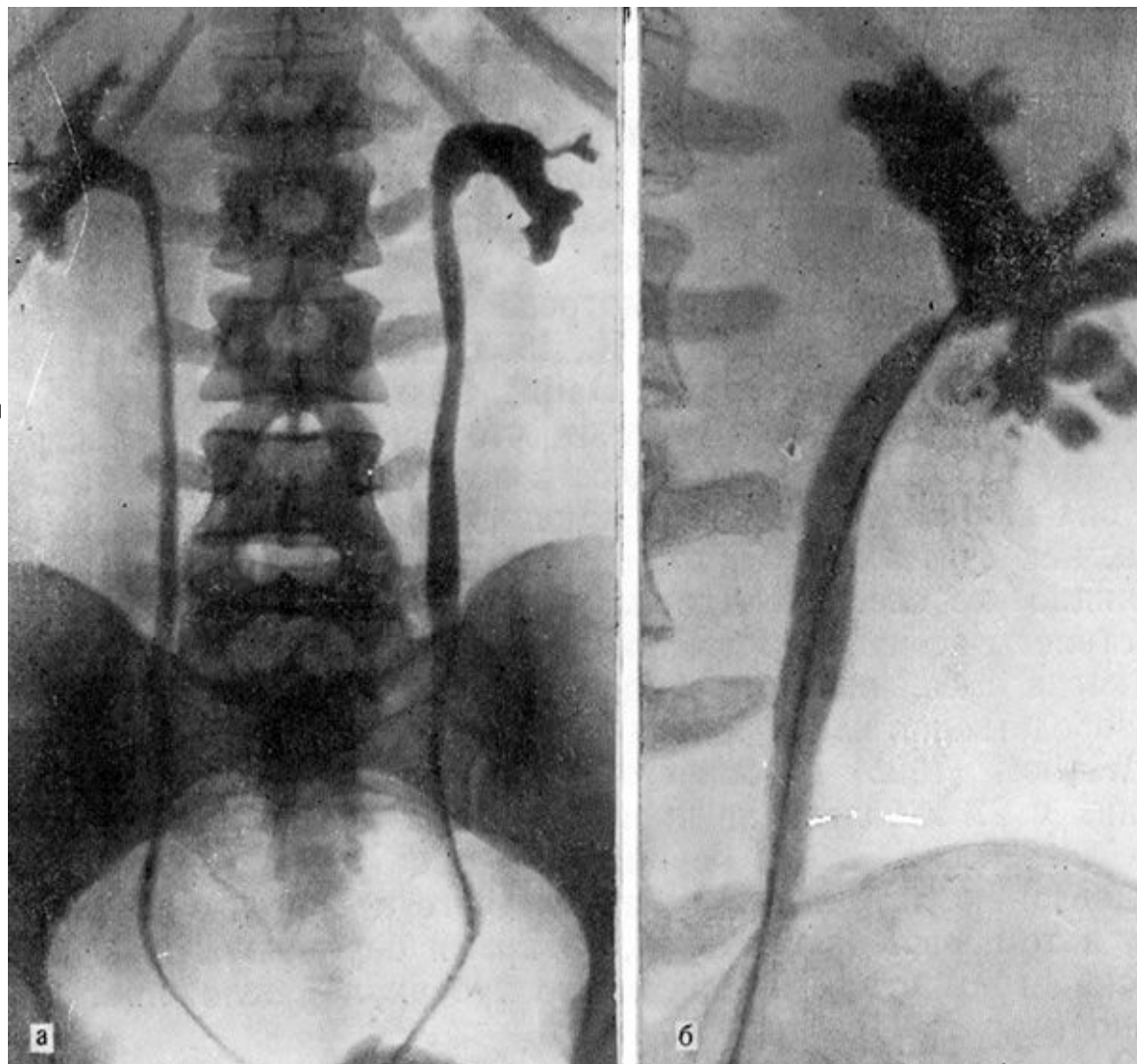


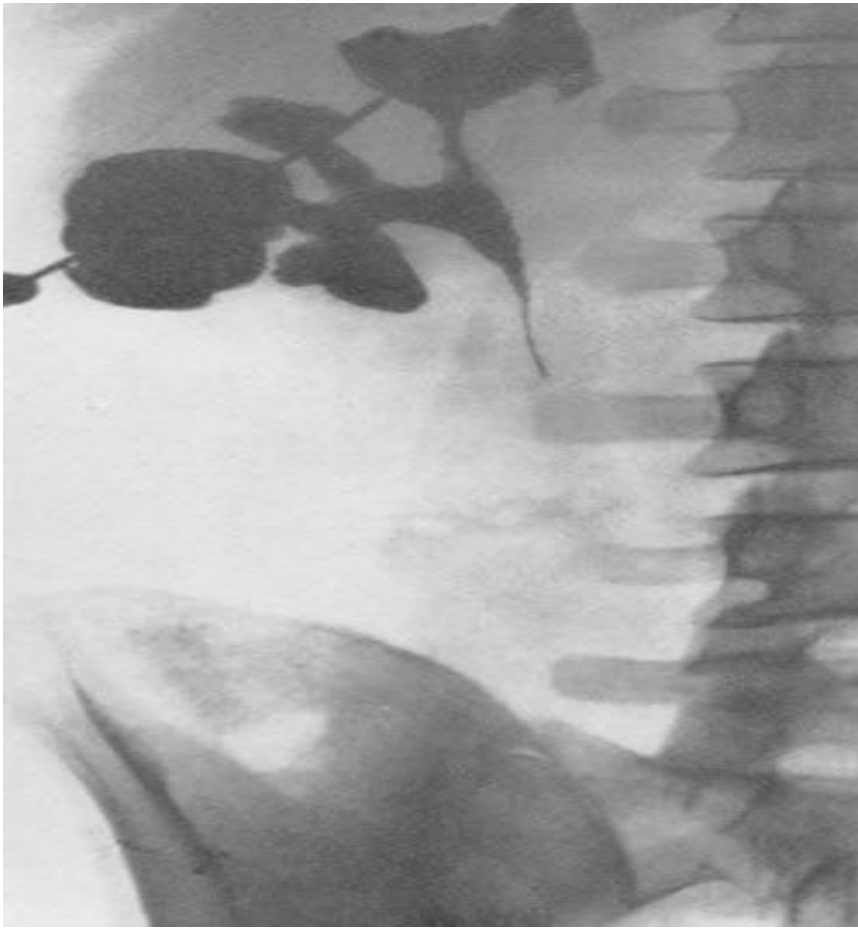
Рис. 175. Обзорный снимок. Женщина 49 лет. Туберкулез левой почки. Полное омертвление почки с большими очагами обызвествления.



Келесі ақпараттық әдістерге ультрадыбыстық және мультиспиралды КТ, МРТ қосуға болады, олар бүйректің морфологиялық қызметін, паренхимада минимальды қаншықуыс орналасқанын, тығыздығының ошақтық өзгерістерін көрсетеді.

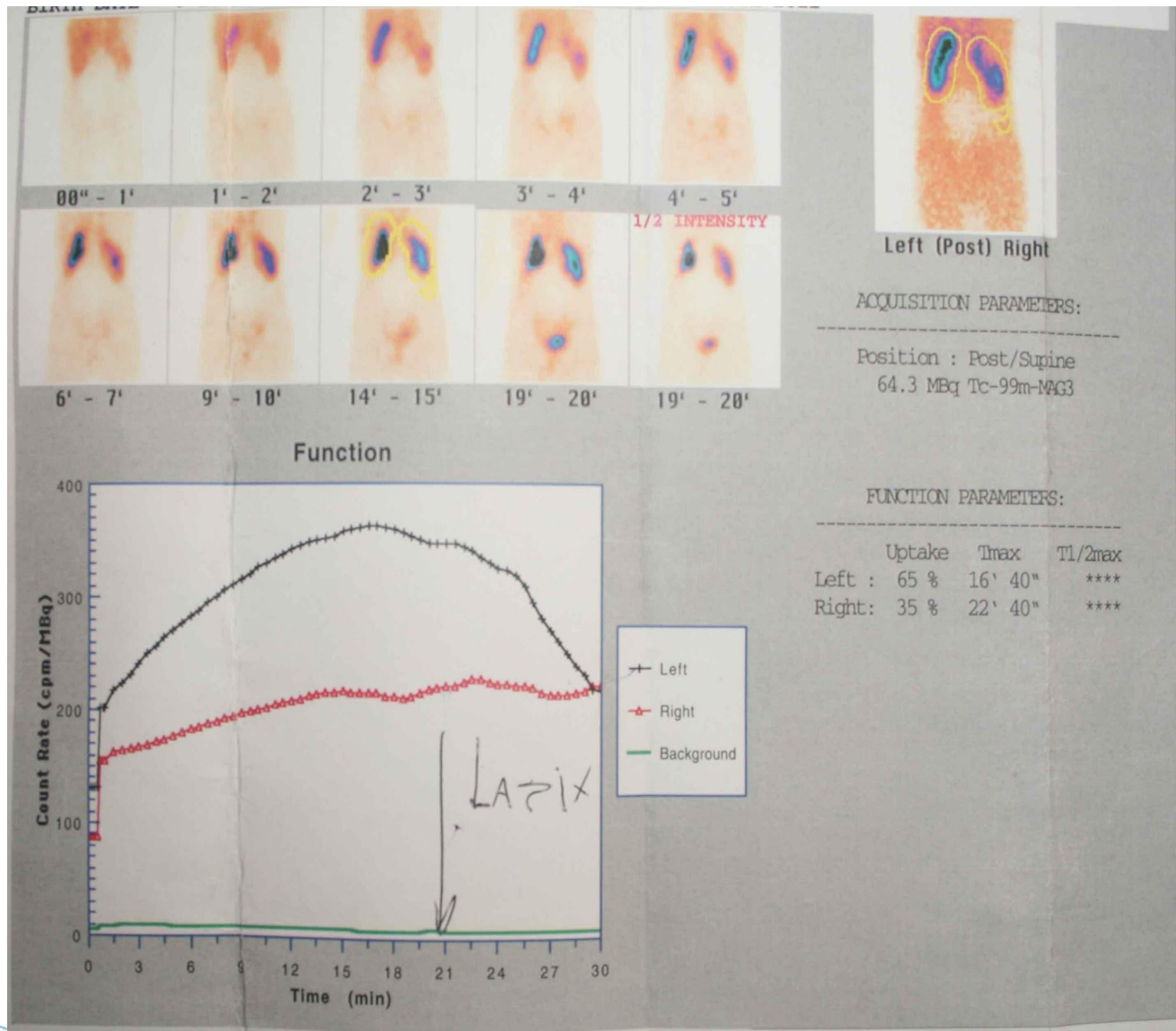
Экскреторлы урография бүйрек паренхимасының, тостағанша-түбектіктің, несепардың, қуықтың нақты көрінісін беруге көмектеседі. Ретроградты пиелографияны тек қана ekskреторлы урографиялы бүйрек туберкулезі кезінде жүргізуге болады.





Бүйрек қызметінің төмендеуі кезінде және несеппағардың қуысы тарылуының нәтижесінде оның қуысынан катетрді өткізе алмаған жағдайда теріастылық пункциялы антеградты пиелография қолданылады.

Рис. 188. Антеградная пиелограмма. Мужчина 39 лет. Поликавернозный туберкулез почки. Облитерация мочеточника.




Бүйректің ақауларын нақты анықтау үшін радиоизотопты динамикалық нефросцинтиграфияны қолданады. Ол бүйрек паренхимасының деструкциясының кезеңін нақты бағалауға мүмкіндік береді.

Салыстырмалы диагностика

- Бүйрек туберкулезін алдымен созылмалы тән емес пиелонефритте қолданады. Нефротуберкулезге тән белгілер: дизурия, гематурия, асептикалық пиурия, цистоскопия нәтижесі, деструкциялық және стеноздық несеп шығару мүшелерінің өзгерістері, рентгенологиялық зерттеу нәтижесі.
- Гидронефроздан ерекшелігі бүйрек туберкулезі тостағанша-түбектік жүйесінің біркелкі кеңеймеуімен ерекшеленеді. Несепағары тарылған және тостағанша – астау жүйесі кеңейген бүйрек туберкулезі рентгенологиялық көрінісі бойынша гидронефрозға ұқсас болуы мүмкін, бірақ гидронефрозға олардың жиегі айқын және тегіс болудан гөрі кеңейген тостағаншаларының симметриялы болуы тән.
- Бүйрек ісігінен ерекшелігі – тотальді ауырсынусыз гематуриямен жүреді, КТ және МРТ нәтижелерін ағалау қажет.

Қазіргі таңда емдік терапия жеткілікті түрде әсерін көрсетуде және көптеген науқастарды сәтті емдеуге мүмкіндік беруде. Науқасты емдеу әдісі ауру кезеңімен, ТМБ сезімталдығын білумен және антибактериалды терапияның клиникалық әсерімен анықталады.

Емдеу әдістері



Консервативті
медикаментозды терапия
барлық кезеңінде көрсетілген

Оперативті емдеу тек 3
және 4 кезеңінде көрсеткіш
болып табылады.

Консервативті емнің негізгі принциптері:

- Бір уақытта синхронды түрде әртүрлі топтағы 4-5 препаратты қолдану (изоникатин қышқылының туындылары, антибиотиктер, химиялық препараттар) 4-5 ай бойы қолдану

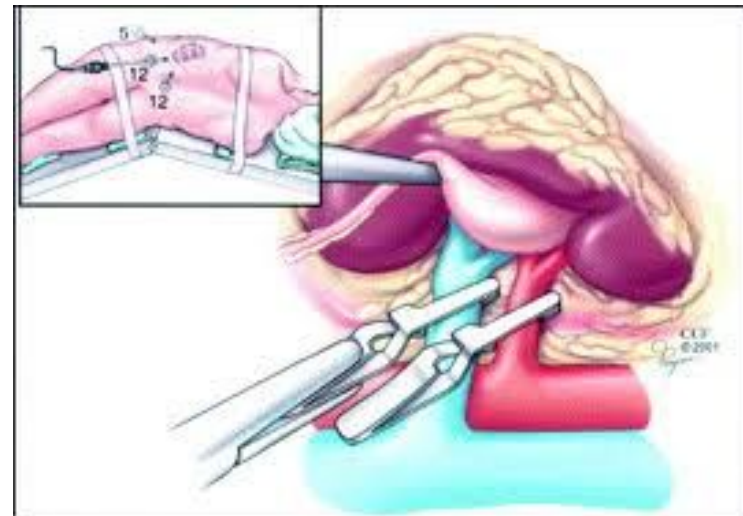
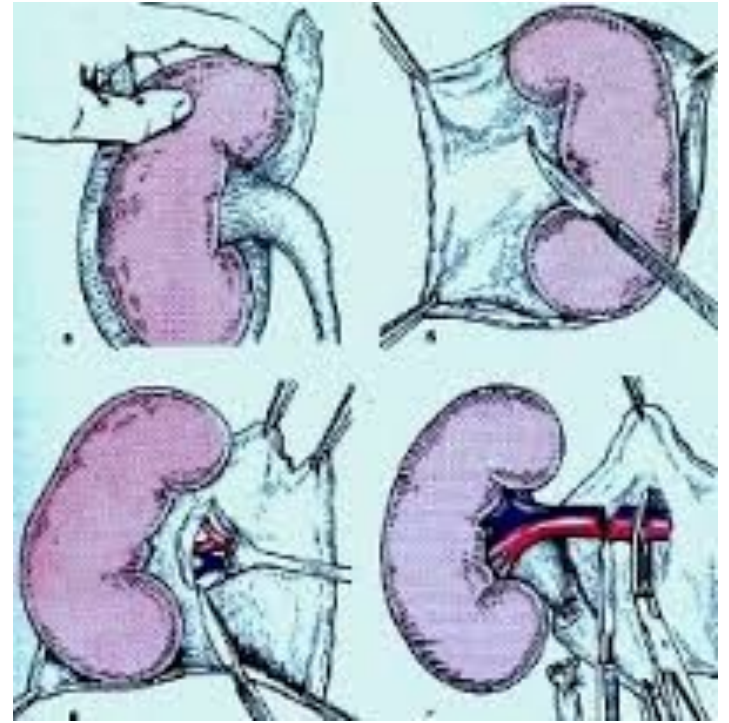
- Келесі ұзақ ем (минимум 8 ай) тек рифампицин (10 мг/кг) мен изониазид (10 мг/кг) қосарлануында.



- ❑ Несеп-жыныс жүйесінің ауруларында фторхинолондар тобының (левофлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин) кеңінен қолданылады.
- ❑ Туберкулостатиктердің көбісі жанама әсерге ие екенін естен шығармау қажет, сондықтан терапия ұзақтығы ауысымды болады.
- ❑ Туберкулезге қарсы препараттардың әсерінен (әсіресе стрептомициннің) тостағанша, түбек, несеппағар мен қуық қабырғасында туберкулезді ошақтарда дәрекі тыртық қалады. Сондықтан соңғы жылдары тыртықтың алдын алу мақсатында катетр-стенд орнатылады.
- ❑ Бұдан басқа бүйрек туберкулезін консервативті емдеу кешеніне диета, санаторлық-курорттық ем, климатотерапия кіреді.

Бүйрек пен несеп шығару жолдарының туберкулезінің емделуі 3 жыл бойы диспансердің фтизиоурологымен бақыланады. Әсіресе доплерлік зерттеумен несепардың уродинамикасын және несептің қуыққа ағуын қадағалау маңызды. Химия терапияға тән мүмкіндіктердің өсуіне байланысты оперативті емнің түрлері мен қолдану көрсеткіштері өзгерді. Бұрын 90% жағдайда нефротуберкулез нефрэктомияға алып келетін. Бүгінгі күнде бүйректі алып тастау тек 4 сатысында жүзеге асырылады.

Нефрэктомияға көрсеткіш:
ошақ кальцификациясымен
немесе онсыз жүретін бүйрек
қызметі тоқтағанда; бүйрек
жеткіліксіздігі мен
артериалды гипертензия
немесе түбек-несеппағар
сегментінің обструкциясында
немесе бүйрек ісігімен
қосарланғанда.



Болжамы

Болжам ауру кезеңіне, ТМБ-ның сезімталдығына тән препараттарына және қосымша факторларға байланысты. Бастапқы сатыда деструктивті өзгерістерге дейін ме қолданса клиникалық сауығуға алып келеді. Салыстырмалы түрде деструкциясы бар, бірақ несеп тұнбасы бұзылыссыз науқаста болжамы қолайлы болып келеді. Бүйректің бір жақты зақымдалуы өмірге қатысты болжамы салыстырмалы түрде қолайлы, ал туберкулездің 3 және 4 сатысы, екі жақты зақымдалуы болжамы күмәнді.

Қорытынды

Бүйрек туберкулезі туберкулез микобактериясымен қоздырылатын арнайы ағзалық инфекциялық – қабынулық үрдіс. Симптоматикасы айқан, диагностикасы дұрыс жүргізіліп, антықталғанда бүйрек туберкулезінің сауығуы жөніндегі болжам бүйрек паренхимасында өте асқынған диструктивті өзгерістер және несеп жолдарының тыртық деформациясы болмайтын жағдайларда барынша қолайлы болады

Пайдаланылган әдебиеттер

- «Урология» Н.А.Лопаткин, М.С.Асқаров Мәскеу 2014 жыл. Барлығы 819 бет, 338-351
- «Урология» С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачук, 2012.
- «Патологическая анатомия» А.И. Абрикосов, А.И.Струков 499 бет, 378-379 бет
- <http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/5993/>
- <http://www.urolog-site.ru/urolog/tuberkulez.html>