

Зәр шығару жүйесінің аурулары
бар науқастарды зерттеу әдістері.

Зәр шығару жүйесінің
патологиясындағы клиникалық
синдромдар.

- ***Негізгі шағымдар:*** Бүйрек және несеп жолдарының ауруларына тән негізгі шағымдар: ауырсынулар - бас ауырсынуы, бүйрек және несеп ағар жолдарының ауырсынуы, жүректің ауырсынуы, несепке отырған кездегі ауырсыну, ісінулер, несеп бөлудің бұзылуы, көрудің нашарлауы, ентігу, қызу көтерілу және тері қышуы.
- Бүйрек және несеп жолдары зақымданғанда ауырсыну бел аймағында, несеп жолдарының бойында және қуық тұсында болады. Ауырсынудың тұрақты және ұстамалы түрі, не бір жақтан не екі жақтан бірдей байқалуы мүмкін.

- Белгілі иррадиациясы жоқ, екі жақты бүйрек тұсында болатын тұрақты сыздап тұратын ауырсыну жедел және созылмалы гломерулонефритке, пиелонефритке және «қан іркілу бүйрегіне» /жүрек жетіспеушілігі/ тән. Аталған аурулардағы ауырғандықтың механизмі қабыну не қан іркілу нәтижесінде бүйректің үлкейіп, сыртындағы капсуласын керуіне байланысты капсуладағы рецепторлар тітіркеніп ауырсыну пайда болады.



- Бүйрек аймағында туындап, несеп жолы бойымен төмен қуық не шат маңына тарайтын ұстамалы ауырсыну несеп тас ауруында болады яғни жүгіріп, секіріп, селкілдеп көлікпен жүргеннен кейін пайда болады. Бұл ауырғандықтың механизмі тастың несеп жолымен қозғала отырып, оның түйілуін тудырып, жарақаттайтынына байланысты. Бұл ауырғандық өте күшті болып науқас бұл ауырсыну басылатын ыңғайлы жағдай таппай өте мазаланып домалайды. Бұл жағдайды бүйрек шаншуы деп атайды.

- Несепке отырған кезде түйіліп ауыратын ауырсыну циститпен уретритке тән. Жүрек тұсында ауырсыну бүйрек ауруларының салдарынан, тәж артерияларының атеросклерозынан, бүйрек гипертониясынан және уремиялық перикардиттен пайда болады.

- *Артериальді гипертензия* - бүйрек ауруларының салдарынан артериальді қысым көтеріледі. Бұл қысымның ерекшелігі әсіресе диастолалық қысымның көтерілуі. Бүйрек ауруларында /гломерулонефрит, пиелонефрит/ бүйрек ұлпасында қан айналым бұзылып бүйрек қан аздықтан ішкі секреция мүшесі болып қанға ренин бөледі, ал ол ангиотензинге айналып қан қысымын көтереді. Қан қысымы көтерілген кезде пациентте басы ауырады, басы айналады, жүрегі қағып, жүрек тұсында ауырсыну пайда болады.

- *Ісінулер.* Бүйрек ауруларында ісінулер жедел және созылмалы гломерулонефритте, нефротикалық синдромда, бүйрек амилоидозында байқалады. Пациенттен ісінулер қай жерде пайда болып қалай денеге жайылуын және таралу жылдамдығын сурау қажет. Бүйрек ісінулері жүрек ісінулеріне қарағанда көбінесе ертенгісін көз астында пайда болып, кейін аяқтарына түседі, ал өте ауыр жағдайда науқас күп болып ісінеді оны *анасарка* дейді. Бүйрек ісінулерінде тері бозарып, суық болады. Пациенттер ыңғайлы жағдай іздемейді, ентігу болмайды.
- *Қалтырау* - қызу көтерілуі бүйректің және несеп бөлу жолдарының қабынуының салдарынан болады.
- *Терінің қышуы* - уремия кезінде мочевина кристалдарының тері бездерінің саңылауына жииналуына байланысты болады

- **Анамнез.** Біріншіден пациентті сурағанда осы аурудың белгілері пайда болардың алдында қандай қабыну ауруларымен ауырғанын анықтау керек, әсіресе диффузды гломерулонефритте дәлелдеу керек. Бұрында бүйрек ауруларымен ауырғанын анықтау керек. Пациенттен өңдірістік уланулар, қабылдаған дәрілері туралы мәлімет жинау керек. Ауру созылмалы болса қай себептен асқынуын, жиілігін, клиникалық белгілерін, емделуін және оның нәтижесін дәлелдеу керек.

- **Зерттеудің физикалық әдістері**

- **Қарау.** Пациентті қарағанда фельдшер біріншіден оның жағдайын бағалау керек: өте ауыр жағдай, естүссіз- бүйректің ауыр зақымдануында байқалады, бүйрек жетіспеушілігімен білінеді, орташа ауыр немесе қанағатты жағдай- бүйректің жеңіл зақымдануында болады.
- Пациенттің төсектегі жағдайы аурудың алғашқы кезеңінде белсенді болады, ал уремиялық комада- пассивті. Коматозды жағдайда пациент зақымданған жағында аяқтарын тізе, жамбас буындарын бүгіп ішіне қарай тартып жатады. Бүйрек шаншуында пациент мазаланып аяқайлап, өзіне орын таппайды.

- Жедел және созылмалы гломерулонефритте, нефротикалық синдромда, пиелонефритте пациентте ісінулер байқалады. Бүйрек ісінулерінің ерекше белгілері: науқас беті бозарып ісінген, қабақтары ісінгеннен көз алмалары сығрайып тарылған. Сырқаттың ауыр түрінде ісінулер аяқтарында, қуыстарда пайда болады, кейде анасаркаға дейін.
- Созылмалы гломерулонефритте пациенттің терісі бозарып ісінген. Теріде тырнақ іздерін байқау болады, құрғақ тұтықпен қапталған тіл бүйрек жетіспеушілігінің уремиясын білдіреді. Паранефритте зақымданған жағында бел аймағында ісінуді байқау болады.

- ***Пальпация.*** Бүйректер құрсақ ішінде орналасқан. Сау адамда өкпе доғасымен құрсақ пресі бүйректі сипап тексеруге мүмкіндік бермейді. Құрсақ пресі босап, адам өте тез жүдесе ғана бүйректер төмен түсіп кетіп оларды сипап тексеруге болады.. Бүйрек қатты үлкейгенде ғана сипап тексергенге жақсы білінеді /киста, ісік/. Бүйрек пальпациясын вертикальді және горизонтальді жағдайда жүргізу керек.

ПАЛЬПАЦИЯ ПОЧЕК



Пальпировать почки можно в положении больного:

- лёжа (по В.П. Образцову Н.Д. Стражеско),
- стоя (по С.П. Боткину),
- в коленно-локтевом положении (по Ф.И. Пастернацкому).

В норме почки не пальпируются, область их безболезненная.

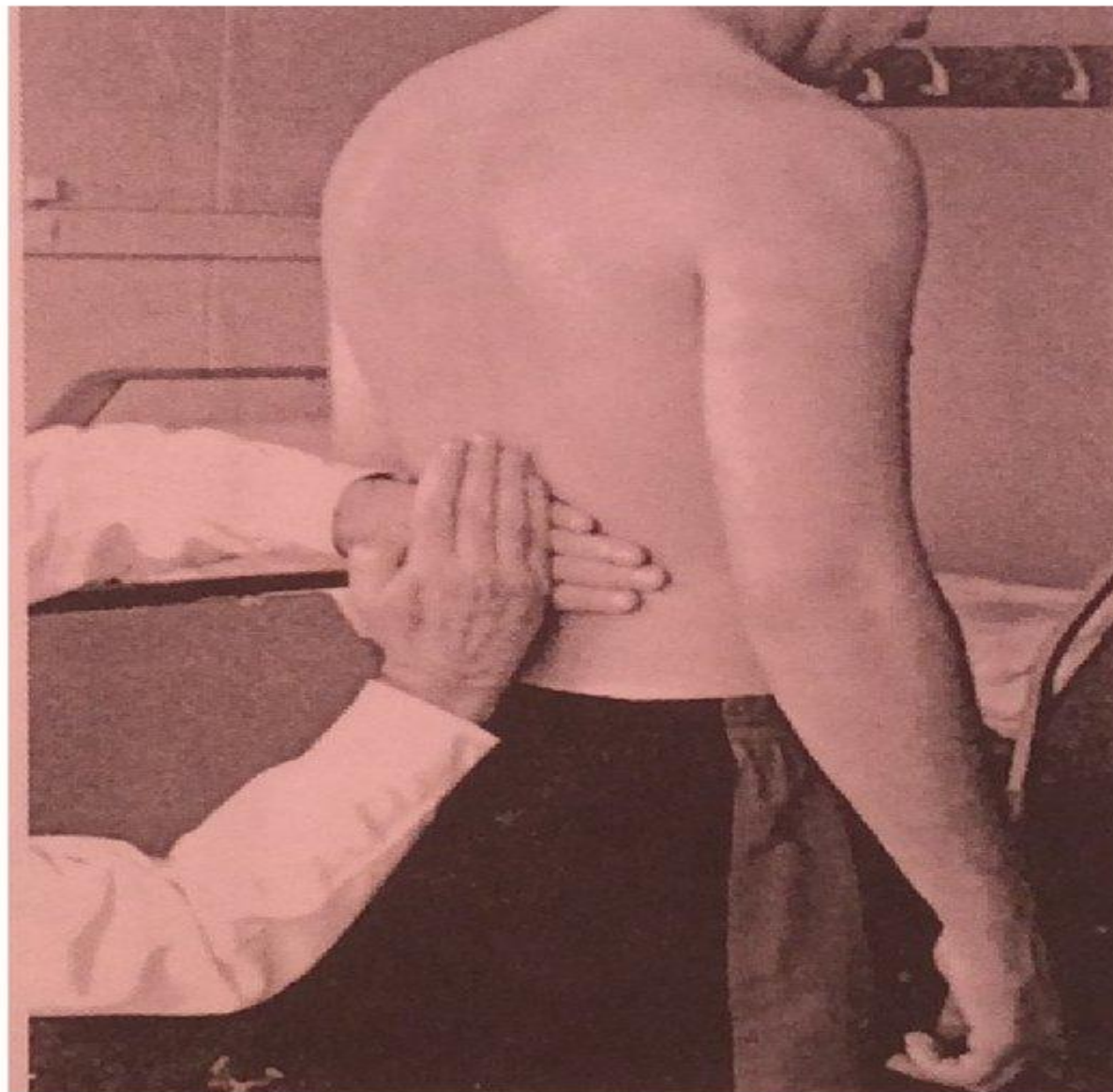


• ***Пальпацияның тәсілдері /техника/.*** Пациентті арқасына немесе бүйіріне жатқызады. Фельдшер пациенттің оң жағына отырады. Сол жақ бүйректің пальпациясында фельдшер оң қолын бел аймағына 12 қабырғаға жақын қояды. Сол қолын ішіне қабырға доғасынан төмен және оған перпендикулярлы іштің тік бұлшық етінен шетке қарай орналастырады. Пациентті бұлшық еттерін босатып терең демалуын сұрайды. Ауа шығарған кезде фельдшер сол қолын ішке қарай төмен басып артқы қабырғаға тіреледі, ал оң қолымен сол қолға қарай басады. Қолдарын жақындатып фельдшер пациентке ішпен терең демалуын сұрайды, егер бүйрек төмен орналасқан болса, онда бүйректің төмен жағы сол қолдың астымен өтеді. Бүйректі сипап анықтау мүмкін болған жағдайда оның түрін, консистенциясын, үстінің сипатын, ауыратының және жылжымалығын анықтау керек. Сау, өзгермеген бүйректің түрі- ірі бұршақ тәрізді, консистенциясы - шымыр серпінді, үсті тегіс, өзі жылжып, орнынан қозғалып тұрады.

- Бүйректі пациент тұрып тұрғанда анықтауды Боткин С.П ұсынған. Ол пациент жатқан кездегідей ережелермен жүргізіледі. Пальпация бүйректің төмен түсүін нефропатозды анықтауға мүмкіндік береді. Нефропатоздың үш кезеңі анықталады: біріншіде- бүйректің төмен жағы анықталады, екіншеден бүйрек тұтас анықталады, үшіншіден бүйрек ары бері еркін жылжыйды, өте төмен түседі немесе омыртқаның басқа жағына өтіп кетуі мүмкін.
- Пальпация әдісімен қуықтыда анықтау болады. Қуық толып тұрған кезде қасаға үстінде эластикалық былқылдаған ісіну анықталады, өте толып кеткенде кіндікке дейін көтеріледі.

- **Перкуссия.** Бүйрек үсті ішекпен қапталған, сондықтан перкуссия кезінде тимпаникалық дыбыс беріп, шекара анықтау мүмкін емес, ұрғылау әдісі ғана үлкен маңыз береді. Фельдшер сол қолын пациенттің беліне қойып, оң алақанының қабырғасымен не жұдырығымен жәйләп үстінен ұрады. Пациент ауырсыну сезсе, симптом оң болып саналады, Пастернацкий симптомы деп аталады. Пастернацкий оң симптомы тынжытаста, пиелонефритте, паранефритте, миозитте, радикулитте анықталады.

Перкуссия
почек.
Выявление
симптома
Пастернацкого



- **Зәр шығару жүйесі ауруларының негізгі синдромдары.**
-
- **Зәр синдромы:**
- ***Несеп түсінің өзгеруі.*** Бүйрек ауруларында пациенттер несептің түсінің өзгеруінеде шағым айтады. Жедел диффузды гломерулонефритте несептің түсі «ет жуындысындай» болады /*микрогематурия*/, несеп тас ауруында несептің түсі қан араласқаннан қызарып кетеді /*макрогематурия*/ бұл жағдай бүйректің ісіктерінде кездеседі.
- Несептің түсі дәрі- дәрмектердің әсерінен өзгеруі мүмкін: қызғылт- қоңыр несепте қышқыл тұздар /ураттар/ болуынан, сыра түс - бауыр сарғаюынан, қою-қоңыр түс- бауыр үсті сарғаюдан.
- Несептің түсі ұзақ уақыт тұрғаннан, лейкоциттер,шырыш, қан араласқаннан лайланған болуы мүмкін. Тұздар араласқан несеп тура мөлдірленеді.

- **Несептің құрамының өзгеруі** лабораторлы зерттеулермен анықталады.
- **Протеинурия**- несептен ақуыздың бөлінуі/сау адамнын несепінде болмау керек /Физиологиялық жағдайда ақуыз физикалық күш және ақуызбен күш түсіргенде пайда болады.
- **Глюкозурия**- несепте қанттың/глюкозаның пайда болуы,
- **Лейкоцитурия**- несепте көру алаңында 5тен артық лейкоциттердің болуы, ал Нечипоренко зерттеуі бойынша $-2,6 \times 10^6$ /л артық болса.
- **Гематурия** - несепте эритроциттер нефроннан өткен болады, ал өзгермеген эритроциттер- бүйрек тостағаншасынан, несеп ағарлардан, қуықтан шығады.
- **Цилиндурия**- несепте бүйрек шумақтарының эпителиальды мүсіндері.
- **Бактериурия**- несепте бактериялардың болуы. Несепте шырыш- несеп шығару жолдарының шырышты қабаттарының қабынуының белгісі.

- **Несеп бөлудің өзгеруі.**
- *Поллакиурия* - несепке жиі отыру.негізінен қуық пен үрпі қанайналымының қабынуына тән.Қалыпты жағдайда несепке отыру тәулігіне 4-7 рет болады..
- *Никтурия*- несептің түнге қарай /түнде/ басым бөлінуі.
- *Полиурия*- несептің көп бөлінуі, тәуліктік несептің мөлшері. 2литрден артық болуы.
- *Олигурия*- несептің аз бөлінуі, тәуліктік мөлшері 500 мл-ден төмен болады.
- *Изурия*- тәулік ішінде, несеп белгілі уақыт сайын бірдей мөлшерде бөлінуі.
- *Анурия* - несептің мүлдем бүйректен бөлінбеуі.
- *Ишурия* - пациенттің өз бетімен қуықты босата алмауы.
- *Дизурия* - несепке қиналып отыру және несепке отырғанда болатын сыздап ауырғандық.
- *Странгурия* - несеп бөліну кезде болатын сыздап ауырсыну.
- *Изогипостенурия* - полиурия кезінде несептің тығыздығының төмендеуі /1010-1011/.

- **Бүйрек шаншу синдромы** – бұл бүйрекпен несеп шығару жолдарында құм және тастардың(конкременттердің) байланып, өзгерістер дамытатын созылмалы ауруы.
- Бүйрек тастары несеп тұздарынан дамып әр түрлі құрамды болуы мүмкін: ураттар, фосфаттар, оксалаттар, аралас және басқада. Олар біреу немесе көп, көлемі құмнан жұмыртқаға дейін болуы мүмкін.
- Несеп тастардың байлануында негізгі рольді ағзадағы зат алмасу процесстердің бұзылуы ойнайды. Аз мөлшерде сұйықтық қабылдау, кальций тұздарына бай суды ішу, бір келкі және көп мөлшердегі тамақ, А және Д дәрумендер тапшылығы, қызыл шарапқа әуестік және басқада, несептің іркілуі, несеп жолдарының қабынуы, бүйрек жарақаттары, бүйрек ұлпасына қан құйылу;

- **Клиникалық көрінісі.** Ауру екі кезеңде өтеді: ұстама аралық және ұстама кезеңі (бүйрек шаншуы). Аурудың дамуы және көрінісі тастың мөлшерінен, бүйректегі қабыну өзгерістерден тәуелді болады.
- Ұсақ тастар, тұздар ауырсыну бермеуі мүмкін. Тұз оқтың соқтың зәрмен шығарылып тұрады, кейде несеп ағардың шырышты қабатының тітіркенуінен ауырсыну болуы мүмкін. Егерде тостағаншада құм ғана болса ауру созылмалы болсада ауырсыну бермеуі мүмкін.
- Түбекте жатқан үлкен тастар ұзақ уақытқа дейін қозғалмай науқасты мазаламайды. Бұл тастар көбіне шырышты қабатын тітіркендіріп бел аймағында сыздаған ауырсыну береді. Өз бетімен сыртқа шығалмайтын тастарда ауру созылмалы түрге айналып, оған инфекция қосылып үнемі ауырсынудан науқастың жағдайы нашарлай бастайды, пиелит және пиелонефрит қосылады.

- **Нефроздық синдром** - шумақтардың иммундық - қабынбалы зақымдануы, тәулігіне 3,0 -3,5 г асатын массивті протеинуриямен, гипо- және диспротеинемиямен, гиперлипидемиямен, оның ішінде гиперхолестеринемиямен, және ісінулермен клиникалық мінезделетін ауру.
- Қауіп-қатерлі факторлар: Ауру жиірек ісінулердің пайда болуымен біріншілік - созылмалы, зәр анализінде протеинурия түріндегі өзгерістермен, гипертониялық кризбен инфекциялар, дәрілер, аллергиялық реакциялар, генетикалық бейімділік, күндік инсоляция мен байланысы болады. Шаршау, ісінулер, олигурия, жіті кезеңдегі бүйрек функциясының жеткіліксіздігі болады. Анасаркаға дейінгі айқын ісінулер, диурездің төмендеуі, артериалды гипертония (жиі), сонымен қатар артериалды гипотензия болуы мүмкін.

- **Артериальді гипертензия синдромы** - бүйрек ауруларының салдарынан артериальді қысым көтеріледі. Бұл қысымның ерекшелігі әсіресе диастолалық қысымның көтерілуі. Бүйрек ауруларында /гломерулонефрит, пиелонефрит/ бүйрек ұлпасында қан айналым бұзылып бүйрек қан аздықтан ішкі секреция мүшесі болып қанға ренин бөледі, ал ол ангиотензинге айналып қан қысымын көтереді. Қан қысымы көтерілген кезде пациентте басы ауырады, басы айналады, жүрегі қағып, жүрек тұсында ауырсыну пайда болады.

- **Ісінулер синдромы** - бүйрек ауруларында ісінулер жедел және созылмалы гломерулонефритте, нефротикалық синдромда, бүйрек амилоидозында байқалады. Пациенттен ісінулер қай жерде пайда болып қалай денеге жайылуын және таралу жылдамдығын сурау қажет. Бүйрек ісінулері жүрек ісінулеріне қарағанда көбінесе ертенгісін көз астында пайда болып, кейін аяқтарына түседі, ал өте ауыр жағдайда науқас күп болып ісінеді оны *анасарка* дейді. Бүйрек ісінулерінде тері бозарып, суық болады. Пациенттер ыңғайлы жағдай іздемейді, ентігу болмайды.

Бүйрек және несеп шығару жолдарының патологиясымен пациенттерді тексеру схемасы

Шағымы:

1. беттің ісінуі
2. бел аймағында ауырсыну
3. несеп бөлудің бұзылыстары
4. дене қызудың көтерілуі
5. бас ауру
6. Диурездің азаюы
7. Терінің құрғақтығы , қышуы
8. Жүрек айну, құсу
9. Көрудің нашарлауы

Ауру анамнезі:

1. қауіпті факторлар
2. инфекция ошақтары
3. аурудың даму себептері
4. аурудың басталуы, салқын тиюмен байланысы
5. аурудың дамуы
6. жүргізілген зерттеулердің мәліметі
7. емді жүргізу

Науқасты тікелей тексеру

Пальпация

1. бүйректер
2. несеп ағар бойынша
3. ісінулерді анықтау

Перкуссия

1. пастернацкий
симптомы
2. қуыстарда сұйықтық
болуы

Лабораторлы және аспапты зерттеу әдістері

Аспапты

1. Бүйрек Р графиясы, экскреторлы,
пиелография
2. Хромоцистоскопия
3. Ультрадыбыспен зерттеу
4. Сканерлеу
5. Компьютерлі томография
6. Бүйректердің биопсиясы
7. ЭКГ
8. Көз түбін зерттеу

Лабораторлы

1. Жалпы қан анализі
2. Қанды биохимиялық
зерттеу, электролиттер,
ақуыз, креатинин, мочевиана, шумақ
сузүі ж/е т.б
3. Несепті зерттеу: жалпы
анализ, Нечипоренко, Зимницкий,
Аддис-Каковский