

Урология кафедрасы мен нефрология

Кафедра меңгерушісі: м.ғ.д. проф. Токсанбаев Ә.Т.

С Ә Ж

Тақырып: Бүйрек, несеп ағардың туберкулезі.



Орындаған: Байтасова М.Б.
Факультет: Жалпы медицина
Курс: IV
Топ:
Тексерген:

Жоспар:

I Кіріспе

Несеп-жыныс жүйесі туберкулезі

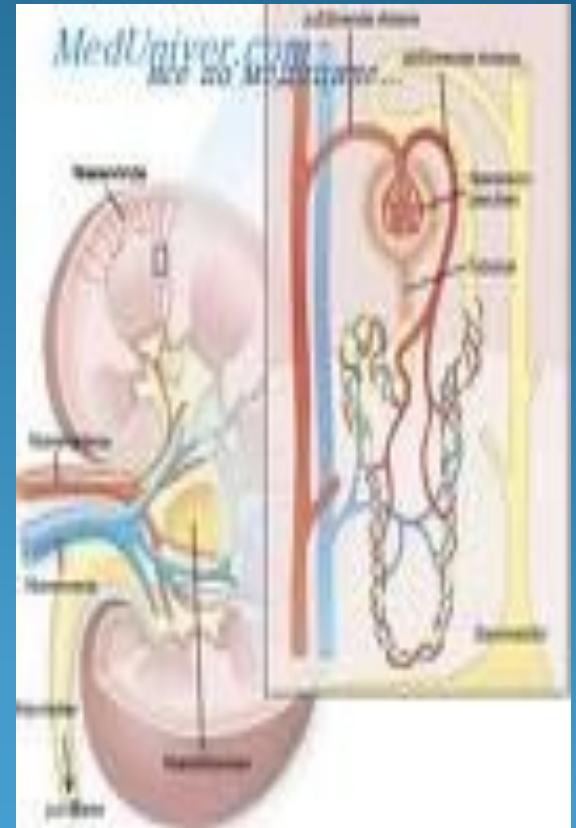
II Негізгі бөлім.

1. Бүйрек, несеп-жыныс туберкулезі, клиникалық көрінісі
2. Бүйрек, несеп-жыныс диагностикасының алгоритмі, цистоскопиялық көріністері
3. Несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің консервативті еміне көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері.
4. Несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің хирургиялық емінің негізгі принциптері.

III Қорытынды

КЛИНИКАСЫ

Бүйрек туберкулезінің патогномониялық клиникалық белгілері болмайды, мұның өзі осы ауруды анықтауды қиындатады. Ол көбінесе бастапқыда өзге урологиялық аурулар (созылмалы пиелонефрит, бүйрек тасы ауруы, бүйрек ісігі) түрінде өтеді, белгісіз өтуі сирек кездеседі.





Бүйрек туберкулезінің классификациясы

- **Бүйрек туберкулезінің клинико-рентгенологиялық түрі:**
 - ~ Бүйрек паренхимасының туберкулезі;
 - ~ Бүйрек емізікшелерінің туберкулезі (папиллит);
 - ~ Кавернозды туберкулез;
 - ~ Туберкулезді пионефроз;
 - ~ Посттуберкулезді пиелонефрит.
- **Эпидемиологиялық сипаттама:** ~МБТ+; ~МБТ-.
- **Бүйректің функционалдық жағдайы:** ~функциясы бұзылмаған;
~функциясы төмендеген;
~функциясын атқармайды (жоқ).
- **Туберкулез процесіне сипаттама:** ~ашық процесс; ~жабық процесс.
- **Орналасуы:** ~екі бүйрек; ~бірғана бүйрек;
~жоғарғы, ортаңғы, төменгі сегменттер; ~бір тостағанша;
~бүйректің тотальді зақымдалуы.
- **Бүйректің тыртықтануы:** ~тотальді әктенуі; ~сегментарлы әктенуі;
~бүрісуі.
- **Асқынулары:** ~тастар; ~ісік; ~пиелонефрит; ~амилоидоз және т.б.

Аспаптық

зерттеу

Ішкі урография, микционды цистография, ретроградты пиелография- бүйректегі каверналарды оның астау-тостағашаларға таралғанын, несепардың стенозын, бүйректегі некроз ошақтарын, бүйрек паренхимасының кальцификациялануы мен фиброздануын, жыланкөздер мен абцесстерді көруге болады.

Рентгенография — бүйрек, несепар, қуықтағы кальцификаттарды анықтауға мүмкіндік береді.

Іш құрылыс аймағының ультрадыбысты зерттеуі- каверналар мен фиброзды өзгерістер, гидронефроз, бүйрек абцесін көрсетеді.

Ұма УДЗ-і- ұрық жұмыртқасы мен қосалқыларының туберкулезін анықтауда ең тиімді әдіс, әсіресе ұмадағы абцесстер мен жыланкөздерді анықтауда тиімді.

Трансректальды ультрадыбыстық зерттеу- простата безі мен ұрық қауашағының аномалиясы мен түзілісін көрсетуде тиімді әдіс. Ен қосалқысының дилатациясы мен фиброзын, атрофия, кальцификацияны және абцесстер мен жыланкөздерді анықтауға мүмкіндік береді.

Урография – негізгі рентгенологиялық зерттеу. Нефротуберкулез формасына және сатысына байланысты; субклиникалық нефротуберкулез — әлсіз контрасталған тостағанша-астауша, тостағаншалардың деформациясы, ал папиллитте («бастапқы» деструктивті нефротуберкулез) — түзу еместігі, контурының айқын еместігі тостағаншалардың деструкциялы белгілері, кавернозды туберкулезде — қыртысты және миы затындағы тепе-теңсіздігі, шетінің кедір-бұдырлығы; туберкулезді пионефрозда — тегіс емес контурымен бүйректің үлкею суреті, бүйрек қызметінің бұзылуы (аутонефрэктомия); нефросклероз кезінде (екіншілік-сморщенная бүйрек) — көлемі кіші бүйрек.

Несеп-жыныс жолдарының туберкулезі кезінде ангиография, вазография, сцинтиграфия, цистоскопия и биопсия т.б зерттеу әдістері қолданылады.

Радиоизотопты зерттеу әдістері (ренография, сканирлеу, бүйректің сцинтиграфиясы) — қосымша, олар бүйректің функциональды қабілетін және зәр шығару жүйесінің анатомиялық бұзылысын анықтауға көмектеседі. Кейінгі кездері урокимография, урокинематография, электронно-оптический преобразователя ООП) уродинамиканы айқын анықтауға көмектеседі, ал эхография, компьютерлі томография — бүйрек паренхимасының көлемі мен бүтіндігін анықтауда тиімді әдіс.

Лабораториялық

ЖЗА

Лейкоцитурия,

эритроцитурия протейнурия .
Үш стаканды проба жүргізеді
лейкоцитурияның көзін табу
үшін (зәр шығару, жыныс
мүшелері); қалыпты жалпы
зәр анализінде Нечипоренко
пробасы (жасырын
лейкоцитурия үшін); зәрді
себу арқылы антибиотиктерге
сезімталдығын анықтаймыз;
бактерологиялық және
бактероскопиялық зәрдің
зерттеуін жүргіземіз.

ЖҚА:
зерттеу

Лейкоцитоз, лимфоцитоз, ЭТЖ жоғарлауы.

БХА :

Протеинограмма (диспротеинемия
глобулиндер деңгейінің жоғарылауымен),
сиал қышқылы, гаптоглобулин,
церулоплазмин. С-реактивті белок
жоғарылауы, туберкулез антиденелерінің
титрінің жоғарылауы. **Функциялық**
зерттеулер: Зимницкий пробасы, Реберг
пробасы шумақтық фильтрация және қан
сарысуындағы креатинин деңгейін анықтау
үшін. Ең қолайлы зерттеу ол **туберкулинді**
тері ішіне енгізбес бұрын және енгізгеннен
кейін көрсеткіштерді анықтау болып
табылады.

Клиникалық көрінісі

Зәр шығарудың бұзылыстары: зәр шығарудың жиілеуі (күндізгі және түнгі уақыттарда), ауыр жағдайларда зәрін ұстай алмау (микроцистит), зәрдің тоқтап қалуы (фиброзды өзгерістер кезінде). Бірқатар науқастарда зәрдің шығуы ашып ауру сезіммен жүреді.

Гематурия- зәрде қанның болуы, ол қуықтың және бүйрек паренхимасының зақымдалуы кезінде кездеседі. Микрогематурия зәр шығарудың соңында бірнеше тамшы болса, ол қуықтың зақымдалғанын, ал қан зәр шығаруда толық болса, онда ол бүйрек паренхимасының зақымдалғанын көрсетеді.

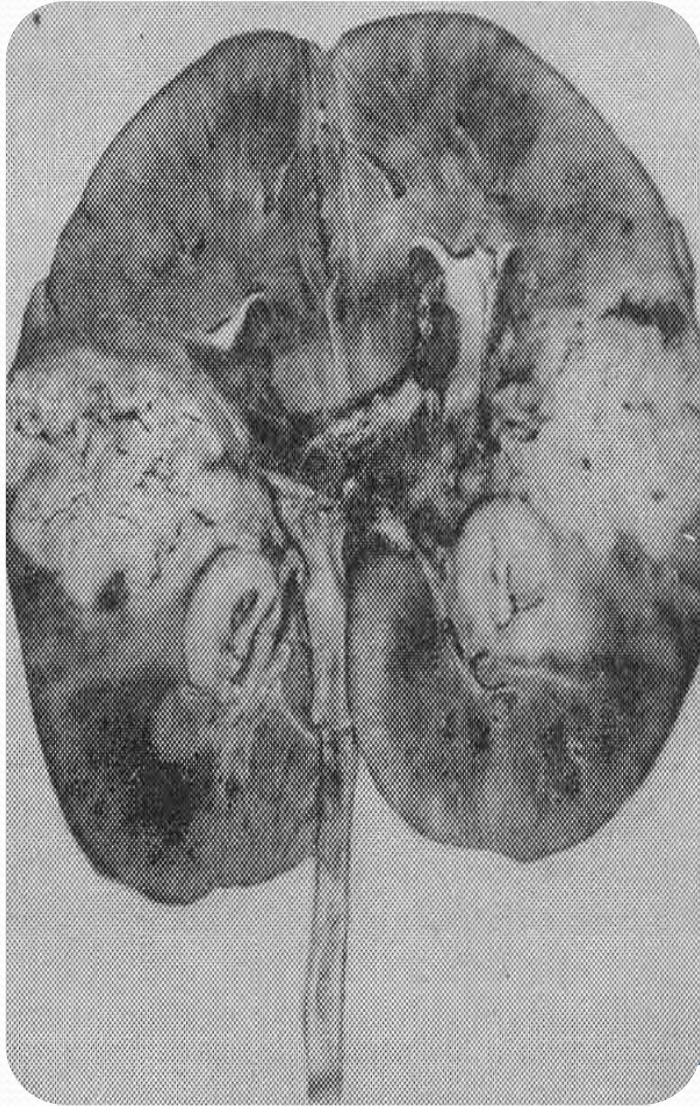
Пиурия-ол лейкоциттердің зәрмен көптеп шығуы, ол зәрді лайлы түске айналдырады.

Бел аймағындағы ауру сезімі немесе арқадағы ауру сезім ол пиелонефрит немесе гидронефроз кезінде болады.

Ұманың бір жақты ауру сезіммен үлкеюі- ол туберкулезді эпидидимоорхиттің белгісі.

Жалпы белгілері: тамаққа тәбетінің болмауы. анорекция, салмақтың төмендеуі, тез шаршағыштық, әлсіреу, түнде ұйықтамау, анемия, артериалды гипертензия

Негізгі



ИТО

Зәр шығарудың
бұзылыстары

Гематурия

Пиурия

Бел аймағында ауру
сезімі

Ұманың ауру сезіммен бір
жақты үлкеюі

Туберкулез микобактериясының гематогенді және лимфа тамырлары арқылы бүйрекке түсуі



Туберкулез микобактериясы бүйрекке түссе, екі бүйректің де қыртысты қабатында метастаздық ошақ-көптеген гранулемалар пайда болады.



Гранулема дами келе бүйректің тостағанша-астауына таралады



Микобактериялар бүйрек астаушалары, несерағар, қуыққа таралады

Иммундық жүйеге байланысты туберкулезді процесс



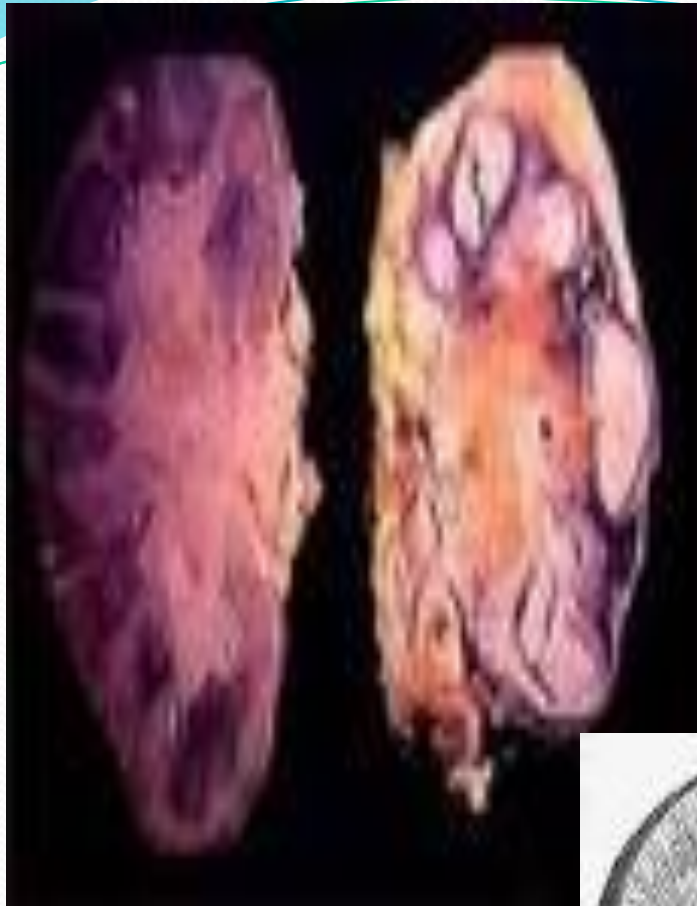
Фиброз, абцесс немесе бүйректің толық зақымдалуымен аяқталуы мүмкін



Бүйрек артерияларындағы стеноздың әсерінен ренин-ангиотензин жүйесінің белсенділігі артып, бірқатар науқастарда Артериалды гипертензия дамиды.



Бүйректің зақымдалуы



Баска да несеп-жыныс жүйесі мүшелері туберкулезінің классификациясы

2. Несеп-жыныс туберкулезі:

- ~жаралы;
- ~тыртықты;
- ~периуретрит.

3. Қуық туберкулезі:

- ~жаралы;
- ~тыртықты.

4. Уретраның туберкулезі:

- ~жаралы;
- ~тыртықты.

5. Простата туберкулезі:

- ~казеозды;
- ~ошақты;
- ~кавернозды.

6. Аталық без және оның қосалқыларының туберкулезі.

- Несепағар туберкулезі бүйрек туберкулезінің асқынуы болып табылады. Туберкулездің несепағарға өтуі оның шырышты қабырғасында жаралардың пайда болуына, ал олар жамбас аймағындағы несепардың тарылуына алып келеді. Ал динамиканың бұзылуы бүйрек паренхимасында гидроуретеронефроздың пайда болуына алып келеді.

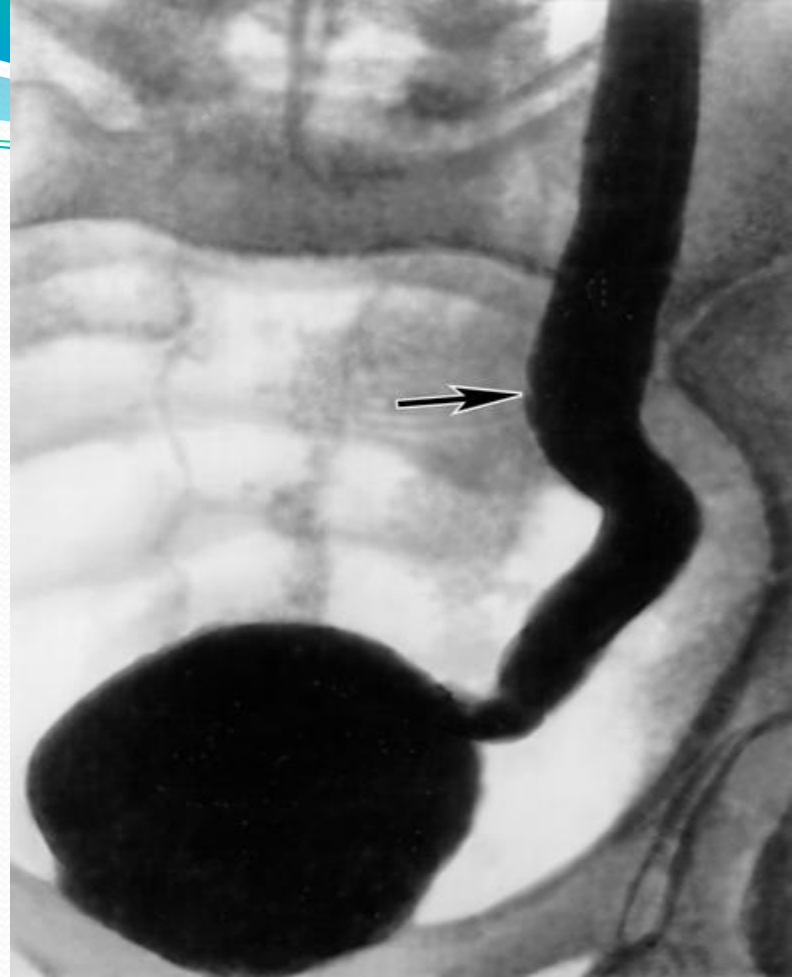


Рис. 4. Ретроградная цистограмма при туберкулезе мочеточника: пузырно-мочеточниковый рефлюкс в измененный туберкулезным процессом расширенный левый мочеточник (указан стрелкой).

- .
- **Клиникасы.** Несепағарыдың шырышты қабырғасында стриктурасын бұзатын жарлар пайда болады. Несепағардың тарылуы оның динамикасының бұзылуына алып келіп, бүйректе зәрдің кідіруі бүйректің функциясының бұзылуына алып келеді. Науқаста бел аймағында тұйық ауру сезімі пайда болады. Гематуриямен көрінетін, жиі ауру сезімі мазалайды. Ең ақпаратты зерттеу әдісі цистоскопия, ол визуальді түрде туберкулез ошақтарын, жараларды және тағы басқаларды көруге мүмкіндік береді, сонымен қатар несеппағардың биопсиясы жасалады.
- **Диагностика.** Экскреторлы урография көмегімен жасалады: четкообразности, симптома струны, яғни несеппағар өз қасиетін жоғалтып өз иілімдерін жоғалтып, қуықтың үстіне жақындайды, жараларға байланысты гидроуретеронефроз пайда болады.
- **Емі. Лечение.** Туберкулезге қарсы терапия жүргізіледі, олар глюкокортикоидтармен қосарланады. Қайта қалпына келмейтін жаралар оперативті түрде емделуі тиіс, уретероцистоанастомоза, замещения всего или части мочеочника изолированным сегментом кишки).

Несеп-жыныс жолдарының туберкулезі кезінде хирургиялық емге көрсетулер:

- гидронефроз;
- Бүйрек қызметінің төмендеуі жалғасу кезінде немесе бүйрек қызметі істемеген кезде;
- Тостағанша-түбекшенің және несеппағардың стриктурасы және стенозы;
- Ұма бауларының, стриктурасы бедеулікке әкелетін;
- Персистенциялық ауру сезімі;
- Туберкулезді простатит кезіндегі обструктивті белгілер, зәр шығарудың тоқталуымен көрінетін;
- Қатерлі жаңа түзілімге күдіктену;
- Бүйрек абсцесі, простата, ұма;
- Жыланкөздер везико-ректальды,
- микроцистит;

Антитуберкулезді терапияның әсері болмағанда және т.б.

ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Хирургиялық операция алдында 4-6 апта антитуберкулезді терапия жүргізілуі тиіс. Бүйрек абцессі, гидронефроз кезінде дренаж қою, жыланкөздерді алу, бөліктемелі немесе толық нефроэктомия, бөліктік немесе толық эпидидимэктомия, орхитэктомия, қуықасты безінің резекциясы, ультрадыбыс бақылауымен қуықасты безінің абцессіне пункция, қуықтың аугментациясы.

Қазіргі кезде көрсеткіштерге байланысты лапароскопия, эндоскопия және трансуретральды операциялар жасалып жүр.

Қорытынды

Туберкулез бұл Қазақстанда өте кең тараған ауру. Өкпеден тыс туберкулездардың ішінде несеп-жыныс жүйесінің туберкулезі сүйектердің зақымдалуынан кейінгі екінші орынды алады. Несеп-жыныс жүйесінің туберкулезі – аса ауыр урологиялық аурулардың бірі.

Ауырып жүріп ем іздегенше, аурымайтын жол ізде дейді халқымыз. Сондықтан да әр қандай аурудың алдын алған жөн.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Урология М.К.Алшынбаев. Алматы “Білім”1998 ж.
2. Н.А. Лопаткин « Урология » Москва 1977г.