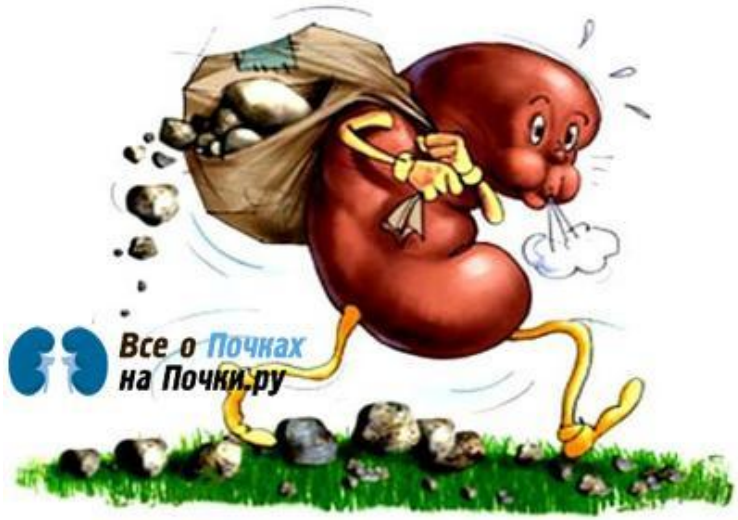
ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ – ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ

АХМЕТ ЯСАУИ УНИВЕРСИТЕТІ

HOCA AHMET YESEVI ATINDAKI ULUSLARARASI TURK-KAZAK UNIVERSITESI

Медицина факультеті

Несеп – тас ауруы



Қабылдаған:Саттиева С
Орындаған: Мирзахожаева З
Тобы:ЖМ-513

ЖОСПАР

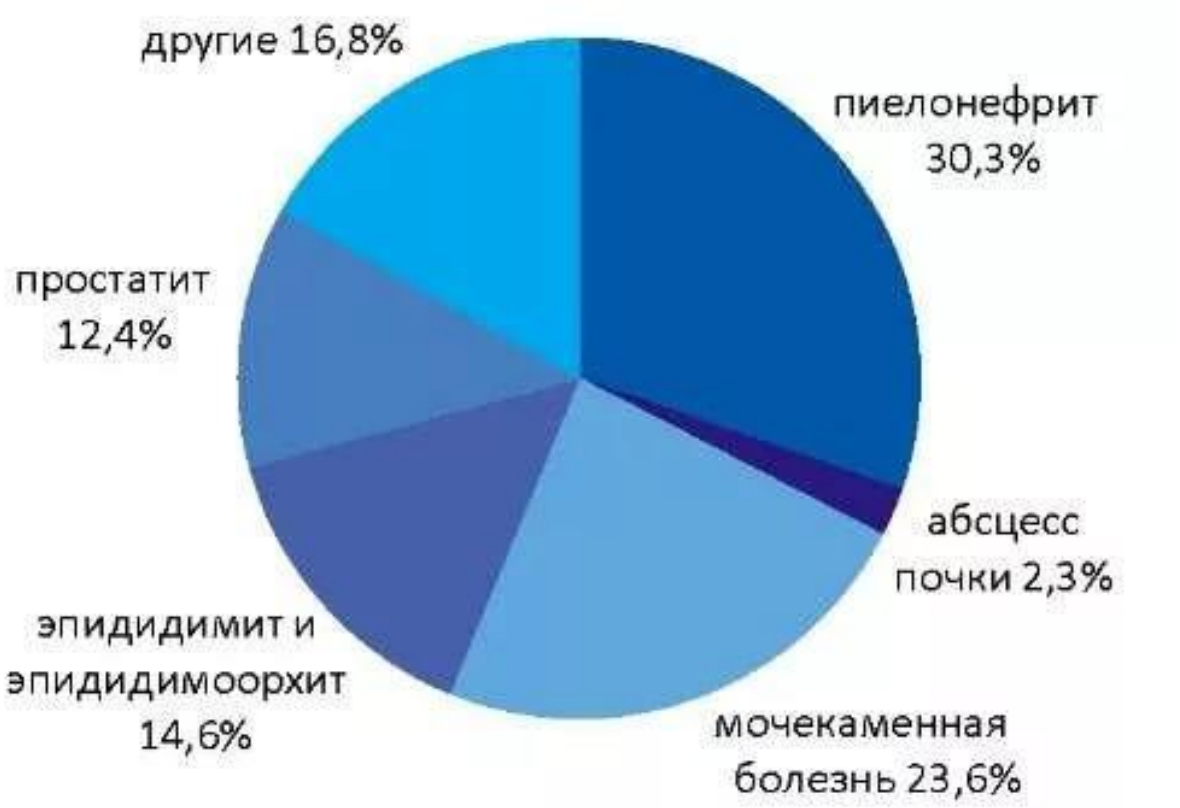
- КІРІСПЕ
- НЕГІЗГІ БӨЛІМ
- Патогенез,жіктемесі,клиникалық көрінісі
- *НТА хаттама бойынша*
- ҚОРЫТЫНДЫ
- ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ
- АУДИТОРИЯМЕН КЕРІ БАЙЛАНЫС

Бүйрек – несеп шығару жүйесінің орталық ағзасы- адам өміріне деген ең маңызды ағзаның бірі. Бұл біздің ағзамыздағы нағыз фильтр, зат алмасу өнімін шығарып отырады.

Фосфорлы және зәр тұздарының зәрде жиналуынан тастар пайда болады. Қалыпты жағдайда әр түрлі қорғаныс заттардың секрециясынан және зәрдің қалыпты PH-тың нағыз механизмінен бүл тұздар еріп және ағзадан шығады. Бірақ олар белгілі бір шарттардың әсерінен кристалданады, топтасып және баяу қатайып, тастардың қалыптасуы болады. Бүйректегі тастардың пайда болуы толық зерттелмеген. Зат алмасу бұзылысы белгілі бір рөл атқарады: фосфор-кальций, қымыздық қышқылдың, зәр қышқылының бұзылысы. Зәрде тастың түзілуінде маңызды факторлардың бірі болып, бүйректе және зәр жолдарында зәрдің екінші рет түзілу функциясынан пайда болады. Фосфорлы-кальцийдың алмасудағы бұзылысын шақыратын қалқанша бездің гиперфункциясы, ішкі секреция бездерінің бұзылысы – бүйрек тас-ауруының жоғарғы қаупі.

Несеп тас ауруы бүйрек немесе зәр шығару жолдарында тастардың пайда болуымен сипатталатын полиэтиологиялық ауру.

Несеп тас ауруын – *уролитиаз* деп аталады. Бүйрек тастары көптеген жағдайда операция жасауды талап ететін сырқат. Тастар бүйректің ішінде, оның табақшаларында, түбекшесінде немесе несепағарда табылады. Бүйректегі тастардың химиялық құрамы, көлемі әртүрлі болып келеді.


другие 16,8%
пиелонефрит 30,3%
простатит 12,4%
абсцесс почки 2,3%
эпидидимит и эпидидимоорхит 14,6%
мочекаменная болезнь 23,6%

Генез
Этиологиялық (каузальный)
Патогенетикалық (формальный)
Энзимопатиялар
Экзогенді факторлар
Эндогенді факторлар
Жалпы
Жергілікті
Теория катара лоханки
Кристоллоидты теория
Коллоидты теория
Бүйрек каналшаларының зақымдалуы

Жіктемесі

Тастардың түрі:

- **Кальций-фосфаттық.**
  Қауіп-қатер факторы: гиперпаратиреоз, дисталді бүйректік өзекшелік ацидозы, идиопатиялық гиперкальциурия және медуллярлық кеуекті бүйрек.
- **Кальций-оксолаттық.**

Қауіп-қатер факторы: идиопатиялық гиперкальциурия, тағамда оксалаттың шектен тыс көп болуы, С витаминін шексіз қолдану, жіңішке ішектің аурулары, біріншілік гипероксалурия және гиперкальциемия, ыстық климат, А витаминінің жетіспеушілігі, несеп шығару жолдарының ақаулары.

- **Ураттық.**

Қауіп-қатер факторы: үнемі концентіріленген әрі қышқыл несеп, гиперурикозозурия, гиперурикемия (подагра кезінде), тағамда пуриндер мөлшерінің артық болуы.

- **Цистиндік.**

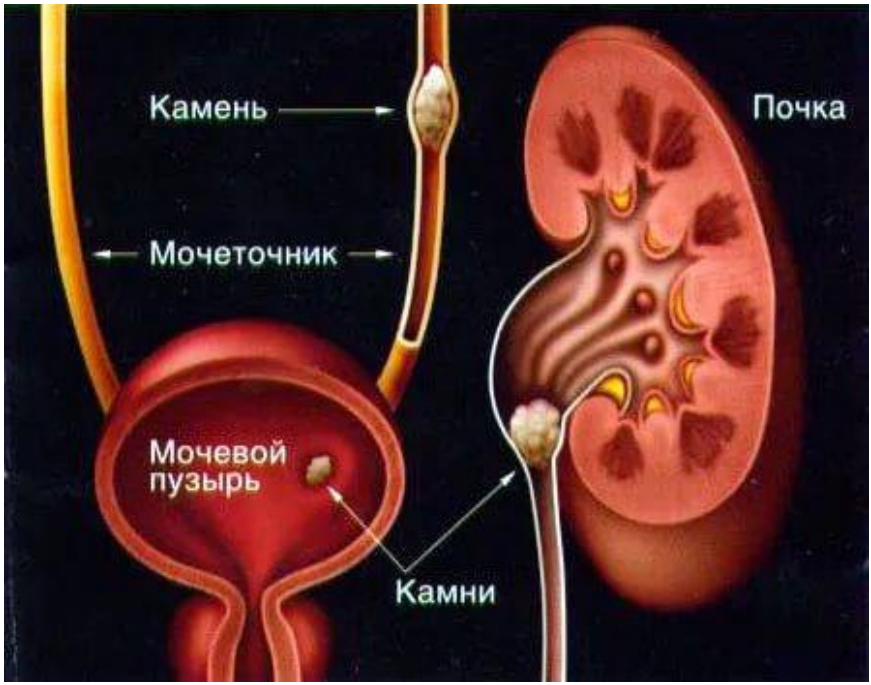
Қауіп-қатер факторы: цистинурия.

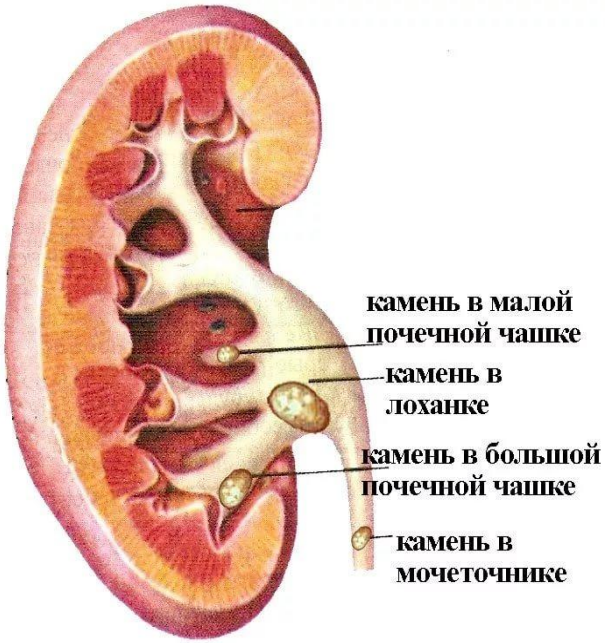
- **Трипельфосфаттар немесе магний-аммоний-кальций-фосфаттық.**

Қауіп-қатер факторы: несеп шығару жолының инфекциямен зақымдалуы (созылмалы немесе рецидивтік) уреаза-өндіруші бактериялармен - Proteus, Providencia, Klebsiella, Pseudomonas, Serratia және Enterobacter штамдары.

Локализациясына байланысты:

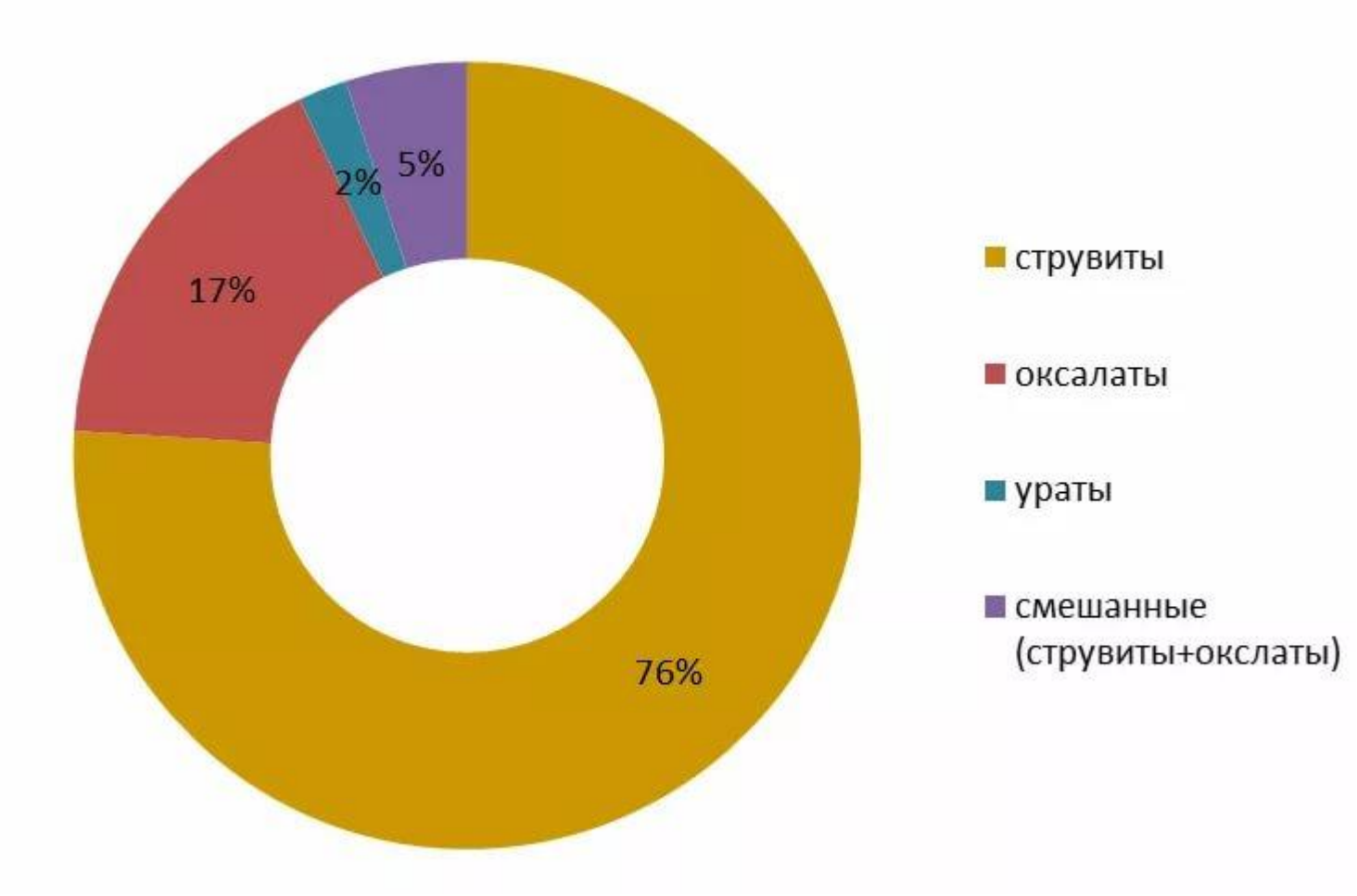
- бүйректе
- несепағарда
- қуықта





Химиялық құрамы бойынша:

- бейорганикалық: кальций оксалаттары, кальций фосфаттары, ураттар, магний фосфаты.
- органикалық: цистинді, ксантинді.


5%
2%
17%
76%
струвиты
оксалаты
ураты
смешанные (струвиты+окслаты)

Клиникалық көрінісі:

- Бұл ауру көбінесе жас адамдарда көп кездеседі.
- Тастардың болуы уродинамиканың бұзылысын шақырмаса, клиникалық көрінісі көрінбейді.
- Бел аймағында сыздап, катты ауырсыну болады.

Бүйрек коликасы

Ауырсыну

Простагландиндердің бөлінуі

Несепағар қабырғасының тас тұрған аймағының қабынудан кейінгі ісінуі

Шумақшалар фильтрациясыныңның жоғарылауы

Астауша-тостағанша жүйесінде қысымның жоғарылауы

Бүйрекішілік қысымның жоғарылауы

- Зәр инфекциясының қосылуынан бірінші созылмалы пиелонефрит симптомдары пайда болады. Обструкция кезінде клиникалық көрінісі жеткілікті. Бүйректік колика аяқ-астынан және физикалық жүктемеден кейін жиі кездеседі немесе сұйық көп қабылдағаннан кейін. Ол кезде: құсу, журек айну, жиі, аз мөлшерде зәрдің бөлінуі. Бүйрек коликасында зәрдің түсі – қызыл (қанмен боялған). Коралл тектес тастың бүйректе болуындағы жалпы симптомдар: әлсіздік, тежелу, бас ауру. Іштің төменгі бөлігінің ауруы – тастың қуықта болуы. Зәр анализінде жиі гематурия болады. Несептің сыртқа шығарылуы диурез деп аталады. Тәулігіне ересек адамдарда 1,5 л-дей зәр шығарылады. Оны тәуліктік диурез деп атайды.

Жіктемесі

Тастардың түрі:

- **Кальций-фосфаттық.**
  Қауіп-қатер факторы: гиперпаратиреоз, дисталді бүйректік өзекшелік ацидозы, идиопатиялық гиперкальциурия және медуллярлық кеуекті бүйрек.
- **Кальций-оксолаттық.**

Қауіп-қатер факторы: идиопатиялық гиперкальциурия, тағамда оксалаттың шектен тыс көп болуы, С витаминін шексіз қолдану, жіңішке ішектің аурулары, біріншілік гипероксалурия және гиперкальциемия, ыстық климат, А витаминінің жетіспеушілігі, несеп шығару жолдарының ақаулары.

- **Ураттық.**

Қауіп-қатер факторы: үнемі концентіріленген әрі қышқыл несеп, гиперурикозозурия, гиперурикемия (подагра кезінде), тағамда пуриндер мөлшерінің артық болуы.

- **Цистиндік.**

Қауіп-қатер факторы: цистинурия.

- **Трипельфосфаттар немесе магний-аммоний-кальций-фосфаттық.**

Қауіп-қатер факторы: несеп шығару жолының инфекциямен зақымдалуы (созылмалы немесе рецидивтік) уреаза-өндіруші бактериялармен - Proteus, Providencia, Klebsiella, Pseudomonas, Serratia және Enterobacter штамдары.

Диагностика критерилері

- **Шағымдар мен анамнез:** конкременттердің орналасуына байланысты әртүрлі аймақтағы ауыру сезімі, гематурия, жүрегі айну және құсу, жиі несеп шығару және дизурия, несеп шығару жолдарындағы тастан болатын Жіті обструкция.
- **Физикалық тексеру:** жалпы қолданылатын клиникалық әдістерден тұрады - пальпация, оң ұрғылау симптомы, бүйректің ұлғаюы анықталуы мүмкін.
- **Лабораториялық тексеру:** лейкоцитурия, лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы.
- **Инструменталдық зерттеулер:** (рентгенологиялық белгілер - бүйрек көлемі, R-позитивті конкремент көлеңкесі, тас есебінен түбекше мен зәрағар толу ақауы, бүйректің қуыстық элементтерінің, зәрағардың кеңею белгілері.
  УДЗ - тастың дисталды жағында акустикалық көлеңкенің болуы, бүйректің қуыстық элементтерінің кеңею белгілері; КТ - тастардың кеңістіктік орналасуы, оның ішінде ұсақ, кораллтәрізді конкремент фрагменттерімен қарым қатынас).

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жалпы қан анализі (6 параметрі).

2. Жалпы несеп анализі.

3. Нечипоренко бойынша несеп анализі.

4. Зимницкий бойынша несеп анализі.

5. Микробтардың антибиотиктерге сезімталдығын анықтау анализі.

6. Жалпы белокты анықтау.

7. Билирубинді анықтау.

8. Тимол сынағы.

9. Иммунограмма (розетка және Манчини).

10. АЛТ анықтау.

11. Қалдық азотты анықтау.

12. Қан тобын және резус-факторды анықтау.

13. Іш қуысы ағзаларын УДЗ.

14. Шолу рентгенография (кальций тастары айқын (интенсивті) контрасты; цистиндік, трипельфосфаттық және аралас урат-кальций тастары орташа контрасты).

15. Ретроградтық урография (қатал көрсеткіштер бойынша).

16. Цистоскопия.

17. Экскреторлық урография.

18. HbsAg, Anti-HCV.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Басқа ағзаларды УДЗ.
- 2. Хромоцистоскопия.
- 3. Тамырларды УДЗ.
- 4. Бүйректерге компьютерлік томография.

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКА

Бүйректік түйілу	Жіті басталу, төменгі бөлікке берілетін ауырсынулар, дизурия, тамақ ішумен байланыс жоқ, тахикардия жоқ, мәжбүр қалып
Жіті аппендицит	Кохера симптомы, уыттану құбылысы, лейкоцитоз лейкоформуланың солға жылжуымен
Жатырдан тыс жүктілік	Етеккір оралымымен байланыс, ішкі қан кету көрінісі
Жіті холецистит	Френикус- симптом, тамақ ішумен байланысты
Асқазанның тесілген ойықжарасы	Кенеттік «қанжарлы» ауырсыну, перитонит құбылысы, тақтайтәрізді құрсақ, бауырлық тұйықталу зонасында тимпанит
Жіті панкреатит	Жеңілдік әкелмейтін құсу, белдеулік ауырулар, қан диастазасының деңгейі
Жіті ішек түйілуі	Кенет басталу, эксикоз құбылысы

Емдеу тактикасы

Ем мақсаты: бүйректегі тасты бөлшектеу және алып тастау.

Дәрі-дәрмексіз ем

Режим: операциядан кейін төсек режимі, жартылай төсектік режим, мұздау, физикалық жүктеме профилактикасы.

Диета: стол № 7, ащы, тұзды шектеумен (уреаздық белсенділік көрсеткішіне сәйкес).

- **Дәрі-дәрмекті ем**
- Несепағардағы тасты емдеу әдісі конкременттің орналасқан жеріне, өлшеміне және химиялық құрамына байланысты. Тері арқылы нефростомия жасау қарапайым бүйрек тасы ауруларында тиімді, ал тармақталған немесе несепағар тасында тиімділігі аз. Үлкен тастар ультрадыбыспен, электрогидравликалық немесе лазерлік литотрипторлармен бөлшектенеді де кейін алынып тасталады. Кішкентай тастарды бүтіндей алуға болады. Жамбас доғасынан төмен проекцияланған тастарды уретроскопия арқылы алуға болады.
- Тас несепағардың төменгі үштен бір бөлігінде орналасса, конкременттің диаметрі 1 см-ге дейін болса және Жіті іріңді пиелонефрит болмаса обструкция трансуретралді түрде алынады. Осы жағдайда ЭЕТЛ (экстракорпоралді екпінді-толқынды литотрипсия) де қолдануға болады. ЭЕТЛ кезінде тас ұсақ бөлшектерге бөлінеді де, олар өздігінен шығады. Екпінді толқын тасқа қарай рентгендік бақылау арқылы бағытталады.
- Тас несепағарда ұзақ уақыт болса, немесе конкремент рентгеннегативті болса уретеротомия жасау өзін ақтайды. Несепағар тасында жасалатын барлық шаралардың негізгі мақсаты жоғарғы несеп жолындағы обструкцияны аластау, яғни конкрементті алып тастау болып табылады.
- Операция жасауға көрсеткіштер: қатты ауыру, инфекция, несеп шығару жолдарының бітелуі, конкремент көлемінің динамикада үлкеюі, оң өзгерістің болмауы. Инфекцияның алдын алу үшін кең әсерлі антибиотиктер, ауыру сезімінде - анальгетиктер тағайындалады.

- **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**
- 1. Нитроксолин 200 мг табл.
- 2. Пентоксифиллин инъекцияға арналған ерітінді 100 мг/5 мл, фл.
- 3. *Натрий хлориді 0,9%-500 мл
- 4. Кетопрофен инъекцияға арналған ерітінді 100 мг/2 мл, фл.
- 5. *Тримепиридин гидрохлориді инъекцияға арналған ерітінді ампулада 1% 1 мл-ден
- 6. **Амоксициллин+клавулонды қышқыл табл., оның қабықшасын жабу 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг; флаконда 500 мл/100 мг дайындауға арналған ұнтақ
- 7. *Цефуроксим инъекциялық ерітінді жасауға арналған ұнтақ флаконда 750 мг
- 8. *Цефтазидим 500 мг, 1 гр, 2 г флаконда иньекциялық ертіндіні дайындауға арналған ұнтақ
- 9. *Декстран мол.масса шамамен 35000- 200 мл
- 10. Рингер ацетаты ерітіндісі
-

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

- **Ем тиімділігінің индикаторлары:**
- бел аймағындағы ауыру сезімінің жоғалуы, бүйректе тас болмауы.

* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.

- **Госпитализациялау үшін көрсетімдер:**
- бел аймағындағы ауыру сезімі.

Жоспарлы түрде ауруханаға жатқызу алдындағы қажетті тексеру көлемі:

ЖҚА, ЖНА (гематурия, тұздар кристалдары, несеп pH), УДЗ, экскреторлық урография, нәжісті ішек құрттарына тексеру, микрореакция, ЭКГ, флюорография.

Профилактика и раннее выявление мочекаменной болезни

1) Пейте больше воды!

Необходимо употреблять не меньше 2-х литров жидкости в сутки. Разбавляйте концентрацию солей в моче.

2) Не переедайте!

Лишний вес повышает риск развития мочекаменной болезни.

3) Ограничьте употребление алкогольных напитков.

4) Уменьшите потребление поваренной соли.

5) Употребляйте молочные продукты.

6) Не переохлаждайтесь.

Инфекции мочевых путей могут быть причиной камнеобразования.

7) Общий анализ мочи не реже 1 раза в год.

8) Делайте УЗИ почек, мочевого пузыря не реже 1 раза в год.

Қорытынды

Злоупотребление острой и соленой пищей, алкоголем может привести к разрушению капиллярных клубочков, повредить эпителий канальца, вызвать закупорку сосудов.
ВОДКА
ГОРЧИЦА
ПЕРЕЦ
20

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
  - 1. Goldfarb D.S, Coe F.L. Prevention of Recurrent Nephrolithiasis; 2. Robyn Webber, David Tolley, James Lingeman. Kidney stones. Search date April 2005. Clin Evid 2005; 3. http://www.kidney.org/, Lithotripsy; 4. Malvinder S Parmar. Kidney stones. Clinical review. BMJ 2004;328:1420-1424 5. http://www.urologyhealth.org, Surgical Management of Stones; 6. http://www.urologyhealth.org, Medical Management of Stone Disease.

- Kazmedic.kz
- Eurolab медициналық портал

Назарларыңызға рахмет!!!