

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі» пәні бойынша дәріс кешен		6 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән атауы: «Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі»

Пәннің коды: MPSP 3216

ББ атауы және шифр: 6В10115 «Медицина»

Оқу сағаттарының көлемі/кредиттер саны: 150 сағ. (5 кредит)

Курс және оқу семестрі: 3 курс, 6 семестр

Дәрістердің көлемі: 2

Шымкент, 2024 ж

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі» пәні бойынша дәріс кешен		6 беттің 2 беті

Дәріс кешені пәннің жұмыс оқу жоспарына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра отырысында талқыланды

Хаттама: № 10 « 31 » 05 2024 ж.

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.д., профессор Бекмурзаева Э.К. Бекмурзаева Э.К.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі» пәні бойынша дәріс кешен		6 беттің 3 беті

№1 дәріс

1. Тақырып: Зәр шығару жүйесінің патологиясы бар науқастарды тексеру әдістері. Диагностикалық мәні. Зәр шығару жүйесінің патологиясы бар науқастарды сұрастыру. Зәр шығару жүйесін физикалық тексеру әдістерінің мәліметтері. Жалпы қарау: бетті, қабақты қарау; бел аймағын тексеру; бүйректің төмен түсуінің дәрежесін бағалау; бүйректі пальпациялау және перкуссиялау техникасы (ұрғылау әдісі), қуықтың жоғарғы шекарасын перкуссиялық әдіспен анықтау; аускультация – бүйрек артерияларын тыңдау әдісі.

2. Мақсаты: білім алушыларды несеп-жыныс жүйесі ауруларымен ауыратын науқастардың қауіп факторларын, себептерін, клиникалық ерекшеліктерін және тексеру әдістерін анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Бүйрек ауруы бар науқастарда шағымдар әртүрлі. Негізгі шағымдары: ауырсыну (бас ауруы, бүйрек және зәр шығару жолдарының ауыруы, зәр шығаруда ауырсыну), ісіну, зәр шығарудың бұзылуы, дене температурасының жоғарылауы, терінің қышуы.

Ауырсыну сезімі. Кейбір жағдайларда науқас бас ауруы, айналуы және көру қабілетінің нашарлауы сияқты шағымдарды пайда болады. Жедел және созылмалы нефритте, созылмалы пиелонефритте, біріншілік және қайталама нефросклерозда, бүйректің поликистозында бұл шағымдардың барлығы дерлік қан қысымының жоғарылауынан туындайды. Жедел және созылмалы гломерулонефритте, пиелонефритте бел аймағы зақымдалады. Бұл аурулардың пайда болу механизмі негізінен бүйректің гемостатикалық әсерге және сыртқы қабықшалардың кернеуіне сәйкес ұлғаюына байланысты. Бүйректің түсімен басталып, зәр шығару жолымен төмен қарай таралатын жедел қатар жүретін бүйрек аурулары тән. Мұндай ауырсынусезімнің механизмі зәр шығару жолдарының тегіс қабырғасының жиырылуына байланысты пайда болатын тас несеп шығару жолының бойымен қозғалған кезде нерв ұштарының тітіркенуі болып табылады.

Негізгі шағымдардың бірі - зәр шығару қызметінің бұзылуы. Оның түрлері: полиурия, анурия, олигурия, поллакиурия, никтурия, изурия, дизурия, странгурия. Белгілі бір уақыт аралығында шығарылатын зәр мөлшері диурез деп аталады. Қалыпты жағдайда сау адамның туа біткен диурезі шамамен 1-1,5 л құрайды; диурездің бұзылуы дизурия деп аталады. Полиурия тәуліктік диурездің екі литрден астам болуы ретінде анықталады. Полиурия себептері экстремандибулярлық және экстремаксиярлық болып бөлінеді.

Бүйрекпен байланысты себептер: 1) бүйрек жеткіліксіздігінің теңгерімді кезеңі, 2) ісік қайта оралғанда.

Полиурияның бауырдан тыс себептері: 1) қант диабеті; 2) қант диабеті; 3) несепарларды қабылдағанда.

Олигурия тәуліктік диурездің 500 мл-ден аз бөлінуі ретінде анықталады. Олигурияның себептері бүйрекпен байланысты және бүйректен тыс.

Бүйрекке байланысты себептері: 1) жедел нефрит; 2) нефроздың ісіну сатысы; 3) жедел бүйрек жеткіліксіздігі.

Жоғарғы жақтың себептері: 1) терлеудің жоғарылауымен (көп терлеу); 2) тұрақты асқинумен; 3) кебулермен; 4) ісіктерге.

Анурия- бұл зәр шығарудың тоқтауы. Анурия - бұл бүйректен тыс және экстремаксиярлық себеп. Бүйрек ануриясы бүйрек несеп шығармайтындықтан пайда болады (жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезінде). Бауырдан тыс анурия ишурия ретінде де белгілі. Зәр шығару жолдарының бітелуімен (тас, ісік, қуық асты безінің гипертрофиясы) пайда болады.

Поллакиурия- жиі дәрет шығару. Бұл қуық пен көмейдің қабынуына тән. Қалыпты жағдайда несеппен отыру күніне 4-7 рет болады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі» пәні бойынша дәріс кешен		6 беттің 4 беті

Никтурия-Бұл түнде несептің көп бөлінуі. Қалыпты жағдайда күндізгі диурездің түнгі диурезге қатынасы 3:1 құрайды. Бүйрек ауруларында кездесетін ноктурия полиуриямен бірге жүреді.

Изурия - күндізгі уақытта бір нәжіске несептің бөлінуі. Дизурия - зәр шығаруға байланысты қиындық пен ауырсыну.

Стриангурия- қуықтың және несепағардың қабынуына тән зәрді ұстамау-ашыту сезімімен шығарылады.

Зәр түсінің өзгеруі. Қалыпты жағдайда несеп ақшыл сары түсті болады. Зәрдің түсі оның концентрациясына және ондағы заттардың құрамына байланысты. Зәрде билирубин болса – жасыл-қоңыр түсті – уробилин болған кезде – қызыл-қоңыр түсті, кейбір дәрекі (аспирин) бозғылт қызыл түске боялады,

Зәрдің түсі де мөлшеріне байланысты болады. Полиурияда несеп ашық-сары, олигурияда қою-сары. Қан несеппен араласса, оның түсі бұлыңғыр, ірің араласқанда ет бөртпесі сияқты ақ болады. Көру қабілетінің нашарлауы көз түбінің артериясының тарылуына және көз торының ісінуіне байланысты болады. Пиелонефрит, пиелит, цистит, уретрит кезінде зәр шығару жолдарының қабынуына байланысты науқастың температурасы көтеріледі.

Аурудың даму тарихы. Бүйрек ауруларының дамуын анықтау үшін науқастан бүргенің қандай аурулармен ауырғанын шұғыл түрде анықтау керек. Көбінесе жедел нефриттің себебі - жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы, бөренелер. Созылмалы инфекциялар (туберкулез, мерез), созылмалы іріңді аурулар (өкпе абсцесі, бронхоэктаз, остеомиелит) бүйрек амилоидозының дамуына әкеледі. Сынап хлориді, висмут және йод бар науқастарда нефронефроз дамуы мүмкін.

Аурудың өмір тарихы. Науқастан бүргелердің қандай аурулармен ауырғанын: пиелит, пиелонефрит, сондай-ақ аурулар жедел нефрит, полиграфиямен асқынған бүйрек тас ауруы, скарлатина ма, жоқ па, анықтау керек. Әйелдерден жүктілік кезеңі қалай өткенін, осы кезеңде қандай да бір ісік немесе зәрдегі өзгерістер болғанын сұрау керек. Бүйрек ауруы бар науқас аурудың ағымына немесе өршуіне әсер ететін қатты суықтан зардап шегетінін білу дәрігер үшін өте маңызды.

Физикалық зерттеу әдістері

Науқасты тексеру. Науқасты сыртқы тексеру кезінде терінің бозаруы және ісінуі байқалады. Тері қабатының бозаруы ісік сүйегінің қан тамырларының басылуына және анемияға (эритропоэтин өндірісінің төмендеуі) байланысты пайда болады.

Бүйрек ауруларында ісіну әртүрлі дәрежеде болуы мүмкін; Көрінетін немесе көрінбейтін ісінуден ісік бүкіл денеге жаппай әсер етуі мүмкін. Бүкіл денеге таралған ісік анасарка деп аталады. Бүйрек ісігінің жүрек ісігінен бірқатар айырмашылықтары бар: 1) бүйрек ісігі тез дамып, тез таралады, жүрек ісігі баяу дамып, баяу таралады;

Зәрдің түсі де мөлшеріне байланысты болады. Полиурияда несеп ашық-сары, олигурияда қою-сары. Қан несеппен араласса, оның түсі бұлыңғыр, ірің араласқанда ет бөртпесі сияқты ақ болады. Көру қабілетінің нашарлауы көз түбінің артериясының тарылуына және көз торының ісінуіне байланысты болады. Пиелонефрит, пиелит, цистит, уретрит кезінде зәр шығару жолдарының қабынуына байланысты науқастың температурасы көтеріледі.

4. Иллюстрациялық материал:презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Несеп-жыныс жүйесі ауруларының негізгі шағымдары қандай?
2. Науқастарды жалпы тексеру кезінде неге көңіл бөлу керек?
3. Бүйрек пальпациясы қалай жүргізіледі?
4. Бүйректі пальпациялау қандай ақпарат береді?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі» пәні бойынша дәріс кешен		6 беттің 5 беті

5. Науқастарды тексеру кезінде тағы қандай физикалық әдістер қолданылады?

№2 дәріс.

1.Тақырып: Зәр шығару жүйесіндегі жетекші клиникалық синдромдар (дизуриялық, нефротикалық, нефритикалық, гипертензивті және бүйрек жеткіліксіздігі). Дизуриялық, нефротикалық, нефриттік, гипертензивті синдромдар мен (жедел және созылмалы) бүйрек жеткіліксіздігінің дамуына әкелетін факторлар мен себептер. Классификациясы. Клиникалық және диагностикалық ерекшеліктері.

2. Мақсаты: Фундаментальді және клиникалық пәндерді интеграциялау негізінде білім алушыларды қалыпты және патологиялық жағдайларда несеп-жыныс жүйесін клиникалық тексеру негіздеріне үйрету, науқасты физикалық және зертханалық-аспаптық тексеру кезінде патологиялық синдромдарды диагностикалау.

3. Дәріс тезистері:

Ісіну- бүйрек текті көп жағдайда өте тән және басқа текті ісінулерден, атап айтқанда жүрек ісінуінен оңай ажыратылады. Олар, ең алдымен, аяқтарда емес, тіндердің ең борпылдақ жерлерінде - қабақтарда, бет жағында пайда болады. Бүйрек ісінуі тез пайда болады және ұлғаюы мен жоғалуы тез,; ауыр жағдайларда олар әдетте аяқ-қолдарға біркелкі таралады (дененің мұндай жалпы ісінуі анасарка деп аталады). Тері мен тері астындағы тіндер ғана емес, ішкі ағзалар да ісінеді. Әдетте бауыр ісінеді және ұлғаяды, бірақ бүйрек ауруларында бауырдың ұлғаюы басқа мүшелердің ұлғаюына пропорционалды және ешқашан жүрек ісінуі сияқты маңызды емес. Сондай-ақ сұйықтықтың көп немесе аз мөлшері серозды қуыстарда жиналады: плевра, абдоминальды және перикард. Ісінуді пальпация арқылы анықтауға болады. Ісінудің болуы блистер сынағымен де расталады.

Эклампсия (грек тілінен аударғанда eclampsia – өршу, құрысулар) жиі жедел диффузды гломерулонефритте байқалады, бірақ созылмалы гломерулонефриттің, жүктіліктің нефропатиясының өршуі кезінде де болуы мүмкін. Эклампсия патогенезінде бассүйек ішілік қысымның жоғарылауы, ми тінінің ісінуі және церебральды ангиоспазм негізгі рөл атқарады. Жоғарыда аталған аурулардың барлығында эклампсия әдетте ауыр ісіну және қан қысымының жоғарылауы кезеңінде пайда болады.

Бүйрек жеткіліксіздігі (insufficiencia renalis) – организмнен азот алмасу өнімдерінің кешігуімен және су, электролит, осмотық және қышқыл-негіз тепе-теңдігінің бұзылуымен бүйрек қызметінің бұзылуымен сипатталатын патологиялық жағдай.

Уремия (грек тілінен urena – несеп және haima – қан) – зәр шығару – бүйректің жалпы жеткіліксіздігінен болатын организмнің ауыр интоксикациясы. Жедел уремия нефротоксикалық токсиндермен (сынап және қорғасын қосылыстары, төрт хлорлы көміртек, барбитураттар және т.б.) улану, топқа сәйкес келмейтін қан құю және массивті гемолиз, шок күйлері кезінде пайда болады. Созылмалы уремия нефросклерозбен аяқталатын көптеген созылмалы бүйрек ауруларының соңғы сатысында дамиды: созылмалы гломерулонефрит,

Клиникалық тәжірибеде негізінен дистрофиялық сипаттағы бүйрек зақымдануымен пайда болатын ауруларды жиі байқау қажет. Бүйректің мұндай зақымдануы бұрын бүйрек патологиясының дербес түрі ретінде қарастырылып, «липоидты нефроз» деген атпен анықталған. Кейінірек бүйрек зақымдануының бұл тобына жатпайтыны анықталды.

Уытты бүйрек (син.: жіті нефротикалық синдром, жедел нефроз, нефронекроз) сүзек, безгек, тұмау сияқты жедел инфекциялық-токсикалық ауруларда, нефротоксикалық токсиндермен (сынап хлориді, төрт хлорлы көміртек) улануларда, қан құюда, күйікке ұшыраған кейбір жағдайларда болады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі» пәні бойынша дәріс кешен		6 беттің 6 беті

Созылмалы нефротикалық синдром созылмалы гломерулонефрит, безгек, сепсис, туберкулез, коллагеноздар, қант диабеті, амилоидоз және кейбір басқа ауруларда байқалады. Сирек жағдайларда нефротикалық синдромның себебін бірден анықтау мүмкін емес. Дегенмен, көп жағдайда анамнездік деректерді егжей-тегжейлі талдау және науқасты мұқият тексеру созылмалы гломерулонефритті анықтауға мүмкіндік береді, соның салдарынан нефротикалық синдром пайда болды. Көбінесе нефротикалық синдромның мұндай түрлері балалық шақта байқалады. Бүйректегі дистрофиялық құбылыстардың пайда болу себебі түсініксіз болып қалатын жағдайларды липоидты нефроз деп атайды.

4. Иллюстрациялық материал:презентация.

5. Әдебиет:силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары(кері байланыс):

1. Бүйрек жеткіліксіздігінің қандай түрлерін білесіз?
2. Жедел бүйрек жеткіліксіздігі қандай патологияларда дамиды?
3. Уремияның клиникалық көрінісін қандай әдіспен анықтауға болады?
4. Нефротикалық синдромды диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?
5. Бүйрек ісінуі жүрек ісінуінен несімен ерекшеленеді?