

Созылмалы пиелонефрит. Анықтау
критерийлері. Ажырату диагностикасы.
Тиімді фармакотерапиясы

Орындаған; Айматов Мирас 730гр
Тексерген; Молдажарова Несібелі Ержановна

Созылмалы пиелонефрит анықтамасы

- * Созылмалы пиелонефрит – бүйректің қуыстық жүйесінің және тубулоинтерстициялық аймағының басым зақымдануымен сипатталатын созылмалы бейспецификалық инфекциялық қабыну үдерісі. Пиелонефрит – кең тараған аурулардың бірі, ДДҰ мәліметтері бойынша оның кездесу жиілігі жоғарғы тыныс жолдарының жіті инфекциялық ауруларынан кейін екінші орында, ал бүйрек ауруларының арасында – бірінші орында. Статистика бойынша әр он адамның біреуі пиелонефриттен зардап шегеді. Пиелонефрит – нефрогенді гипертензияның және бүйректің созылмалы шамасыздығының басты себебінің бірі. Латентті ағымға бейімділігінен 20-25% пиелонефрит алғаш рет аутопсияда анықталады. Созылмалы пиелонефрит көбіне жіті пиелонефриттің салдарынан дамиды.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

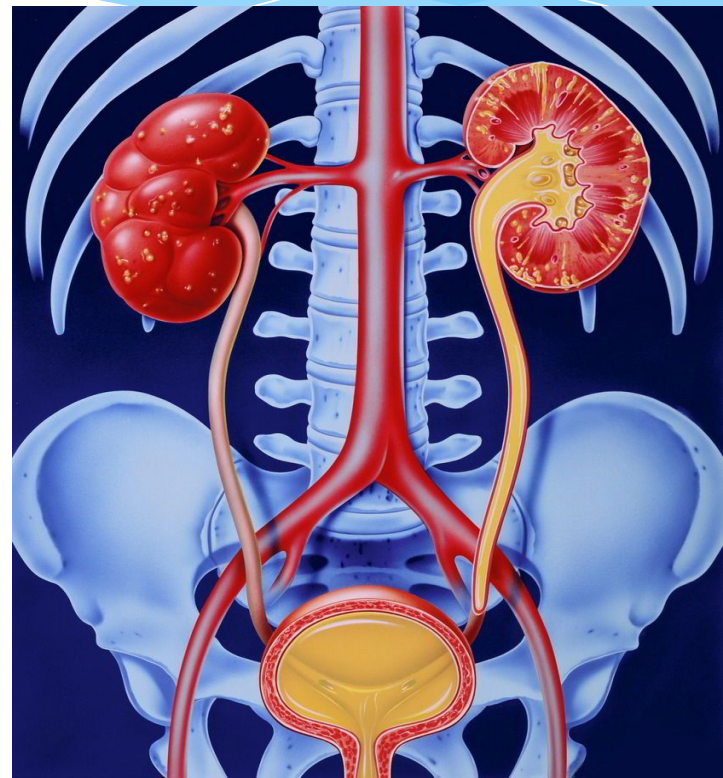
- * Даму тегінен – пиелонефрит инфекциялық ауру. Пиелонефриттің дамуында негізгі роль атқаратын қоздырғыштар:
- * 1. ішектік аутоинфекция (ішектің облигаттық флорасы – ішек таяқшалары, энтерококктар; ішектің дисбактериозында пайда болатын факультативтік флора – ішек таяқшасының гемолиздік түрі, протей, клебсиелла, алтынсары стафилококк, көк іріңді таяқшалар);
- * 2. экзоинфекция – урология, акушерлік-гинекология, реанимация бөлімшелерінде жатқан науқастарға несептік инфекцияның құралдарымен жұғуы (көбіне іріңді кокктық инфекция);
- * 3. бактериялардың бір түрлері және микоплазмалар (әдеттегі антибактериялдық дәрмектерге төзімді); бактериялардың кейбір түрлері қолайлы жағдайда әдетті түріне айналып пиелонефритті өршітуі және өрістетуі ықтимал.

Пиелонефрит дамуының бейімдеуші факторлары

- * 1) Бактериурия (1 мл несепте микробтар мөлшерінің 1×10^3 артық болуы). Бактериурияның басты себебі – шат аймағының, әсіресе үрпі маңының микробтық ластануы.
- * 2) Уродинамиканың бұзылыстарына әкелетін аурулар (несеп-тас ауруы, қуықасты безінің аденомасы, нефроптоз, несеппағардың стриктурасы, бүгілуі немесе сырттан басылуы, рефлюкстер, дегидратация т.б.).
- * 6) Бұрын болып өткен интерстициалдық нефрит, мәселен дәрмектік нефропатиялар (сульфаниламидтердің, анальгетиктердің, кейбір антибиотиктердің, еріткіш заттардың т.б. әсерінен болған).

Баланың созылмалы пиелонефритінің себептеріне:

- * Өткір пиелонефритті дұрыс, дер кезінде емдемеу; баланың қорғаныш күштерінің төмендеуі; емделмеген цистит, вульвовагинит кеселдір; уростаз жатады.



Пиелонефрит түрлері

- * TMБір жақты, екі жақты TM
- * Біріншілік, екіншілік
- * Жедел дамыған түрі: Сірнелі Іріңді Іріп-шіріген некрозды Папилитті
- * Іріңді түрі: Апостематозды бүйрек Іріңді бүйрек Сыздауықты бүйрек
- * Созылмалы қабынған түрі: Қабынудың белсенді фазасы Қабынудың жасырын фазасы, қабынудың басылу фазасы Бүйректің бүрісіп семуі немесе іріңді бүйрекке айналуы
- * Біріншілік және екіншілік пиелонефрит

Клиникалық көрінісі

- * Дерттің ремиссия кезінде клиникалық белгілері баланың жалпы жағдайының бұзылу симптомдарымен білінеді: тез шаршау, басы ауыру, тәбетінің төмендеуі, тері жамылғыларының бозаруы және т.б. Кеселдің асқыну кезінде – температура көтеріледі, дизуриялық белгілер, қанда және зәрде пиелонефритке тән өзгерістер анықталады, бірақ өткір пиелонефритке бұлар қарағанда әлсіздеу білінеді.



Клиникалық көрінісі

- * Мұқият сұрастырудың нәтижесінде белдің оқта-текте ауыруы, кейде қызудың субфебрильді деңгейге көтерілуі, дизуриялық бұзылыстар анықталады. Сонымен қатар, инфекциялық астенияның әдеттегі белгілері болуы мүмкін – шаршағыштық, дімкәстік, жұмыс қабілетінің төмендеуі. Кейде науқас дәрігердің алдында алғаш рет артериялық гипертензия, анемия, бүйрек шамасыздығы дамығанда келеді. Негізінде, созылмалы пиелонефриттің көрінісінде басты орын алатын келесі синдромдар: несептік, поллакиуриялық, интоксикациялық, ал өзге синдромдар – анемиялық, гипертониялық және бүйрек шамасыздығы жүре пайда болады.

Диагностика

- * Жаппы зәр анализі: Зәрдің сілтілі реакция көрсетуі (рН 6,2-6,9), себебі бактериялар өмір сүргендегі әртүрлі заттарды бөлуі, сонымен қатар бүйрек каналшаларының сутегі ионын экскрециялауының бұзылуы нәтижесінде Нечипоренко бойынша зәр талдауы: Лейкоциттердің мөлшері жоғарылап, эритроциттерден көп болуы; Зимницкий бойынша зәр талдауы: Зәрдің салыстырмалы тығыздығының төмендеуі, түнгі диурездің көбеюі. Зәрді бактериологиялық зерттеу: 1 мл зәрде 10^5 дәрежелі мөлшерде болуы инфекцияның бар екеніне көрсеткіш.

Диагностика

- * Пиелонефриттің латентті (жасырын) кезінде анықтау үшін преднизолон тестін жасайды. Ол үшін -30 мг. преднизолонды 10 мл 0,9% Натрий хлориді ертіндісімен тамыр ішіне 5 мин. бойы жіберу керек. Нәтижені 1, 2, 3 сағат бойы бақылайды. Преднизолон тесті келесі жағдайда оң болып саналады егер 1 сағ ішінде жиналған зәрде 400 000 лейкоциттер болса тест оң. УДЗ: Ультрадыбыс бүйректің өлшемін, паренхимасының экзогенділігін, конкременттер дәрежесін анықтайды. Жедел пиелонефрит кезінде бүйрек тығыздығы төмендеген. Себебі бұл кезде бүйрек тінінде ошақты қабыну процесстері белсенді жүріп жатады. Созылмалы пиелонефритте бүйрек паренхимасының тығыздығы жоғарылаған. Бүйрек қозғалысының төмендеуімен бірге көлемінің үлкеюі -жедел пиелонефриттің УДЗ дегі маңызды көріністерінің бірі. Экскреторлы урография: жедел пиелонефритте бүйрек зақымдалған жағынан қозғалысының шектелуін байқайды. Ал созылмалы пиелонефритте жоғары зәр шығару жолдарының тонусының төмендеуі, соңғы сатыларында пиелозктазия көрінеді. Ходсон симптомын анықтайды -бүйрек паренхимасының полюстер жағынан жұқаруы. Кейбір науқастарда бел омыртқаларының ауырған бүйіріне қарай қисаюы байқалады. Сонымен қатар, ауырған бүйрек жақтағы бұлшықеттердің жиырылып, қысқаруы және ісінуі болады.

Ажырату диагностикасы

- * Созылмалы пиелонефритке диагноз қою үшін, анамнезге, клиникалық белгілеріне, лабораториялық тексерістер мен аспаптық зерттеулерге сүйенеміз. Пиелонефритті өткір және созылмалы гломерулонефриттен ажырату үшін әрқайсысына тән белгілер мен ортақ белгілерді ескеру қажет. Зәр талдауында пиелонефритке тән бактериурия, лейкоцитурия болса, гломерулонефриттегі зәрдегі басым өзгерістер – протеинурия, цилиндрурия, макрогематурия болатынын ескеру керек. Зәрдің функциональды тексерістері – Нечипоренко, Зимницкий әдістерімен тексеру жүргізіледі. Диагноз қоюға қанның жалпы және биохимиялық тексерістері жүргізіледі. Биохимиялық тексеріс арқылы қалдық азот пен мочевина мөлшері, ал зәрде бактериологиялық зерттеу арқылы бактериурия бар екені анықталады. Аспаптық тексерістер (экскреторлы урография, пиелоскопия, цистоурография) арқылы бүйрек түбектері мен зәр шығару жолдарындағы патологиялық өзгерістер анықталады.

Емі

- * 1. Төсек режимі температура түскенше, дизуриялық белгілер басылғанша тағайындалады. Басқа уақытта бала көбірек қимылдап, жүріп, зәрдің бөлінуіне жеңілдік жасағаны дұрыс.
- * 2. Диета – алғашқыда №7, кейіннен №5 стол тағайындалады, көбірек көк өністер, жеміс-жидектер, сүт тағамдарынан тұру керек. Дезинтоксикация және зәр бөлінуін жақсарту үшін сұйықтықтар шектелмейді, кеңінен тағайындалады. Ал ащы, қуырылған, майлы, экстрактивті тағамдар шектеледі.
- * 3. Дәрілерден негізінен инфекцияға қарсы препараттар қолданылады: антибиотиктер, мүмкін болса, сезімталдығын анықтап барып, өткір пиелонефритте 10-14 күнге – жартылай синтетикалық пеницилиндер, аминогликозидтер мен цефалоспориндер тобы беріледі, одан кейін баланың жағдайына қарай тағы 6-8 апта бойы алмастыра отырып, нитрофурандар (фурагин, фурадонин, фуразолин), нафтридин препараттарымен (неграм, невиврамон, налидиксин, 5-НОК) ем жалғастырылады.
- * Созылмалы пиелонефритте антибиотиктер және басқа уросептиктермен емдеу ұзақтығы 6-9 айдан кем болмау керек.

Емі

- * 4. Витаминдер кешені тағайындалады.
- * 5. Пиелонефриттің емінде түрлі дәрілік шөп қайнатпалары кеңінен қолданылады – зверобой, шалфей, толокнянка, подорожник, крапива, шиповник, жүгерінің шашағы т.б.
- * Ауырған бала өткір пиелонефриттен кейін 3 жылға, созылмалы пиелонефритте жасөспірімдер тобына өткізгенше «Д» есепке алынып, нефрологтың, педиатрдың бақылауында болуы қажет. Осы мерзімде баланың зәрін жалпы тексеріске және әр 3 ай сайын Нечипоренко, Каковский-Аддис әдістері бойынша тексеріп тұру қажет.
- * Клиникалық-лабораториялық ремиссия кезінде баланы шиажайларға жіберуге болады – Трускавец, Железноводск, Қырым жағалауындағы курорттарға.
- * Прогноз – балалар өлімі пиелонефриттен кейін өте сирек болады. Толық жазылып кету де сирек, көбінес дұрыс ем жүргізу арқылы толық клиникалық-лабораториялық ремиссияға қол жеткізіледі.

Пайдаланылган әдебиеттер

- * Детская нефрология / Игнатова М. С., Вельтищев Ю. Е. — 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина, 1989. — С. 50-51.. — 456 с. — 60 000 экз. — ISBN 5-225-00059-2.
- * ↑ Симптомы и лечение хронического пиелонефрита
- * ↑ Юрьева Э. А., Воздвиженская Е. С., Алексеева Н. В., Симанина Л. В. и др. Клинические аспекты дизметаболических нефропатий, интерстициального нефрита, мочекаменной болезни при кальцифилаксии // Педиатрия. — 1989. — № 1. — С.42-48.
- * ↑ Юрьева Э. А., Титов Г. Н., Симанина Л. В., Воздвиженская Е. С. Совершенствование диагностики и профилактики мочекаменной болезни у детей // Экспресс-информация. — М.: 1985. — № 1. — С. 26.
- * ↑ Кулинский В. И. Активные формы кислорода и оксидативная модификация макромолекул: польза, вред, защита // Соровский образовательный журнал. — 1999. — № 1. — С. 2-7.
- * ↑ Перейти к: 1 2 Владимиров Ю. А. Свободные радикалы и антиоксиданты // Вестник Российской академии медицинских наук. — 1998. — Вып. 7. — С. 43-51.
- * ↑ Перейти к: 1 2 Суханова Г. А., Серебров В. Ю. Биохимия клетки. — Томск: Чародей, 2000. — С. 91-142.
- * ↑ Цветчих В. Е. Переокисление липидов и трансмембранный транспорт у больных хроническим пиелонефритом // Урология, нефрология. — 1989. — № 6. — С. 31-33.
- * ↑ Магаз А. А., Алексеева Н. В., Страхов С. Н. Изменение метаболизма почек у больных ВАРИКОЦЕЛЕ по данным биохимических исследований мочи // Тезисы докладов I Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». — М., 2003. — С. 311.
- * ↑ Балькова Л. А., Цыганова С. Ю., Нежданова М. В. Использование антиоксидантов при пиелонефрите у детей // Там же. — С. 220.