

“Астана медицина  
университеті” АҚ

Сөж

## Жедел пиелонефрит

Қабылдаған: Қалмағанбетова Э.Б.  
Орындаған: Дакенов Е.Н.  
Факультет: Жалпы медицина  
Курс: 4  
Тобы: 411

Астана  
2015

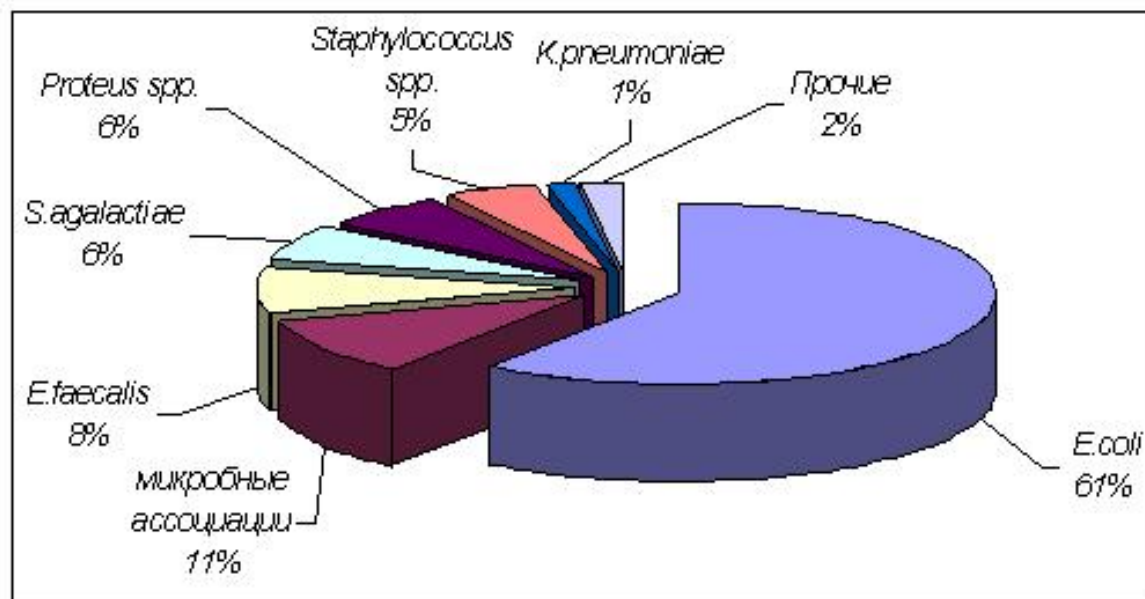
## Жоспар:

1. Жедел пиелонефрит анықтамасы
2. Жедел пиелонефриттің этиологиясы
3. Классификациясы мен патогенезі
4. Клиникалық көрінісі
5. Диагностикасы
6. Емі

Пиелонефрит - бүйректің түбекшесін, тостағаншаларын, милы және қыртысты затын қамтитын бейспецификалық-инфекционды қабыну үрдісі.

Этиологиясы:

Ішек таяқшасы (60-80% жағдайында), сирегірек болса да стрептококк, стафилококк, протен жетекші маңыз атқарады, жекелеген жағдайда ауруды аралас микрофлора туғызды. Несеп жолдарының қабынып ауруы көбінесе экссудаттық-қатаралдық диатезбен, гипотрофиямен, ас қорытуының бұзылуымен ауыратын балаларда байқалады. Ауру VIII жолмен: гематогенлік лимфогенлік несеп жолының төменгі бөлімдерінен



# Жедел пиелонефрит

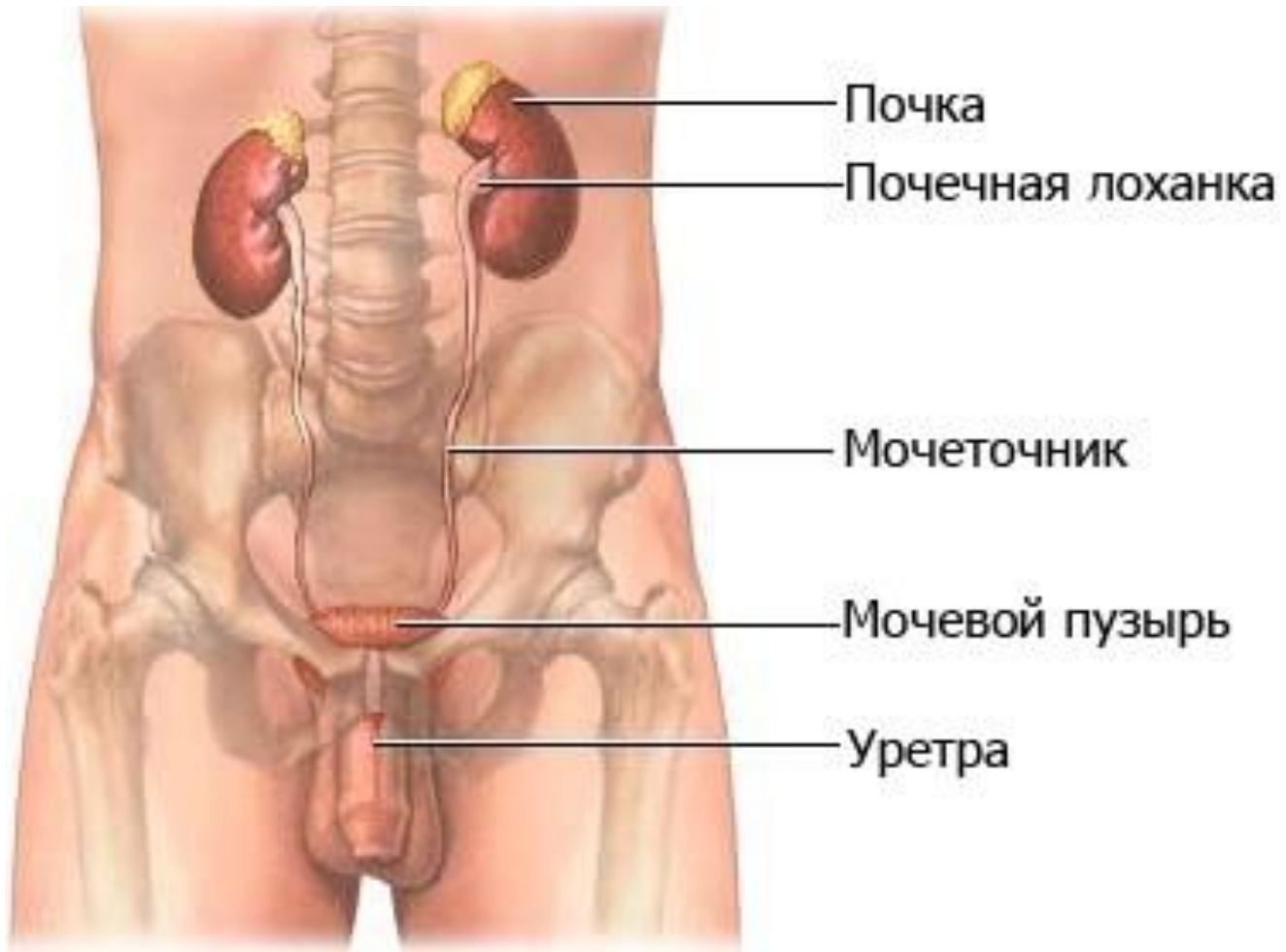


## Бейімдеуші факторлар:

- ▶ 1. Баланың бүйрегі мен зәр шығару жолдарының ақаулары - бүйрек түбектерінің салыстырмалы түрде кеңдігі, несеп ағарларының түзу еместігі, зәр шығару каналының қысқа, кеңдігі.
- ▶ 2. Баланың қорғаныш күштерінің төмендігі, әсіресе фондық аурулары бар балаларда.
- ▶ 3. Бүйректің және зәр шығару жолдарының туа пайда болған ақаулары.

### Даму механизмі:

- ▶ Пиелонефрит ауруында инфекция бала организміне 3 түрлі жолмен өтеді:
- ▶ v Гематогендік жолмен - әртүрлі ірің ошақтарынан немесе қабыну ошақтарынан қан арқылы өту;
- ▶ v Лимфогендік жолмен - ірің ошақтарынан лимфа арқылы өту;
- ▶ v Уриногендік жолмен - зәр шығару жолдары арқылы төменнен жоғары қарай тарау.



Пиелонефрит түрлері:

Қабынудың орналасуына байланысты:

1. Бір жақты,

2. Екі жақты

Себебіне байланысты:

1. Біріншілік,

2. екіншілік

Жедел дамыған түрі:

Сірнелі Іріңді

Іріп-шіріген

Некрозды

Папилитті







# Клиникасы.

Пиелонефрит ағымы бойынша өткір (6 айға дейін), қайталанғыш және жасырын түрде өтеді. Жедел пиелонефриттің клиникалық белгілері жедел дене қызуы көтерілуден, интоксикациядан басталады. Одан кейін диспепсиялық, дизуриялық белгілер қосылады: баланың іші ауырып, құсады, жиі дәретке отырады, кейде кіші дәретін ұстай алмау байқалады (шыжың-энурез). Баланың іші, белі ашып ауырады, Пастернацкий белгісі оң нәтиже көрсетеді. Зәрдің жалпы тексерісінде өзгерістер пайда болады: зәрдің мөлдірлігі төмендейді, көп мөлшерде эпителий клеткалары, лейкоциттер - лейкоцитурия, бактериурия, гематурия анықталады. Қанда лейкоцитоз, эритроциттердің шөгу жылдамдығы (ЭШЖ) артады, қаназдық (анемия).

Пиелонефриттің қайталанғыш түрінде баланың жалпы жағдайы көп уақытқа дейін өзгермейді, қайталану (рецидив) кезінде: температура көтеріледі, баланың жалпы жағдайы бұзылады, белі, іші ашып ауырады, зәрде лейкоцитурия анықталады. Ауру жиі қайталана берсе бүйрек қызметінің бұзылуына, бүйрек жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін.

Пиелонефриттің жасырын (латентті) түрінде баланың жалпы жағдайы өзгермейді, ұзақ уақытқа дейін ауру білінбей жүреді, тек бала басқа аурулармен ауырған кезде барып дизуриялық белгілер және зәрде өзгерістер анықталады. Осы кезде сұрастыра келе баладан тез шаршағыштық, тәбеттің төмендеуі, кейде субфебрильді температура, ауық-ауық іші ауыратынын анықтауға болады.

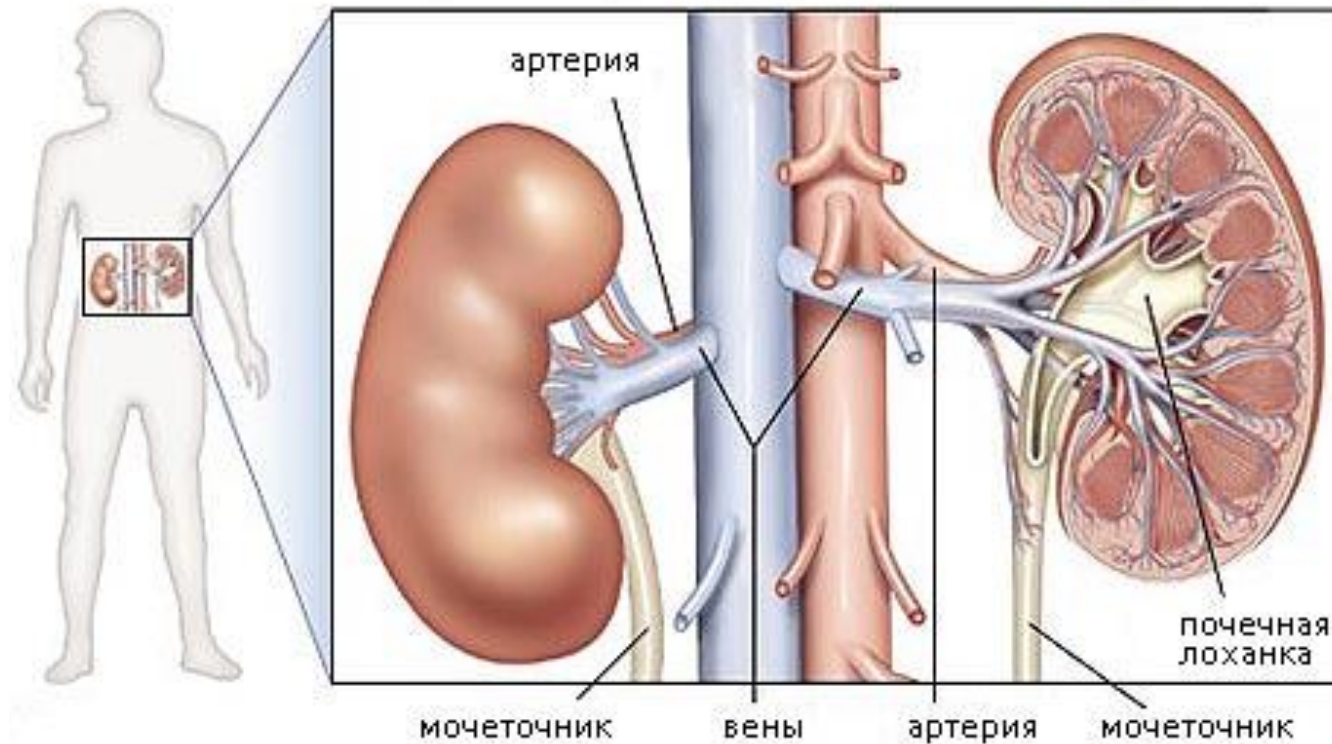


# Диагностика

- ▶ Жалпы қан талдауы: Лейкоцитоз, лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы; 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.

Біріншілік пиелонефриттің емі □

Қатаң төсектік режим; □Диета; □Бүйрек тырыспасын кетіретін, ауырсынуды басатын дәрілер тағайындалады; □Қабынуға қарсы кең спектрлі антибиотиктер мен сульфаниламидтер және нитрофуранды қосып берген тиімді; □Бүйрек қабынуы тоқтамаса, ол іріңді пиелонефритке айналады. Мұндай жағдайда дереу операция жасауға тура келеді.жасалатын операция арудың ауырлығына байланысты тез және оңай тәсілмен жасалуы тиіс. Операция түрі операция үстінде анықталады.





Екіншілік пиелонефриттің емі □Ең алдымен шығатын зәрдің ағымын қалыпқа келтіру; □Егер тас шағын көлемде және өздігінен шығып кетуіне үміт болса, несепарға цистоскопия арқылы төменнен жоғары қарай түтік қойып, оны түбекшеге өткізеді; □Түтікті бүрнеше күнге қалдырады; □Егер несепарға тұрып қалған тастың жанынан катетер түбекшеге өте алмаса, алғашқы 3 тәулік ішінде операция жасап, тасты дереу алып тастаған дұрыс; □Егер бүйрек қуысындағы немесе зәр жолындағы тас үлкен болса, дереу пиело- немесе уретеролитотомия жасау арқылы тасты алып тастайды; □Үрдіс ірінді пиелонефритке асқынған жағдайда бүйректен немесе зәр жолынан тасты алған соң, пиело- немесе нефростома қалдыру керек; □Науқастың жағдайы ауыр, интоксикациясы айқын кезде, бүйректі қапшықсыздандырып (декапсуляция), операцияның алғашқы кезеңі ретінде нефростома қойылады; □Егер операция үстінде тасты іздеу техникалық қиындықтар туғызса, тасты науқастың жағдайы қалпына келгенде ғана алады.



Ақпарат көзі:  
<http://kazmedic.kz>  
<http://med-kz.ucoz.com/>

Назарларыңызға рахмет!!!