



“АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ” АҚ

Кафедра: Балалар хирургиясы.

Балалардағы пиелонефрит

Қабылдаған:

Орындаған: Дербісәліева Ә.Қ

Топ: 434ЖМ



Жоспар:

- **Кіріспе**
- **Негізгі бөлім:**
- Несеп-жыныс жүйесі.
- Бүйрек.
- Пиелонефрит.
- Этиологиясы.
- Балалардағы пиелонефритті дамытушы қауіпті факторлар.
- Даму механизмі.
- Классификация.
- Клиникасы.
- Диагностика.
- Емі .
- **Қорытынды**
- **Қолданылған әдебиеттер**



Негізгі бөлім

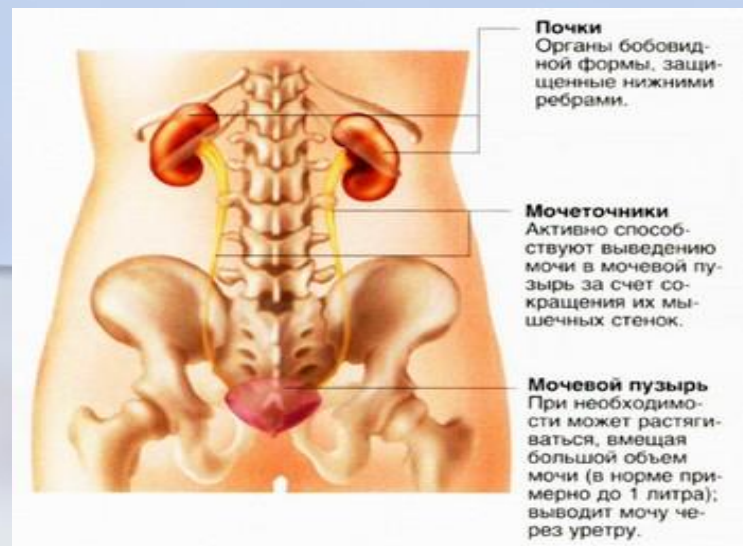
- Несеп-жыныс жүйесі, *systema urogenitale* несеп ағзаларын, *organa urinaria*, жыныс ағзаларын, *organa genitalia*, біріктіреді.
- Несеп-жыныс жүйесі, *organa urinaria*, біріншіден, екі безден (бүйректер, олардың экскреті-несеп) және екіншіден, несепті жинап шығаруға арналған ағзалардан (несепағар, несепқуық, несеп шығаратын өзек) тұрады.



Бүйрек

■ **Бүйрек** — Зәр түзе отырып, қаннан шығатын бөлінділерді сүзетін, арқа жотадан төмен орналасқан, асбұршаққа ұқсас үлкен мүше.

Оның жоғары полюсінде эндокрин бездері -қыртысты және ми қабатынан тұратын **бүйрек** асты бездері орналасқан. Адам бүйрегінің массасы-150 г. Бүйрек ұлпасы сыртқы қоңырқай түсті қыртысты қабаттан және ішкі бозғылт түсті ми затынан тұрады. Ми затында ұштары бүйрек астауына бағытталған пирамидалар орналасқан. Бүйректің ішіндегі қуыс бүйрек астауы деп аталады. Бүйректе түзілген несеп жинағыш түтікшелер арқылы астауға келіп, одан зәрағар бойымен қуыққа жиналып, зәр шығару өзегі арқылы сыртқа шығады. Бүйректің ерекшелігі қанмен жақсы қамтамасыз етілуі: бүйрек арқылы тәулігіне 1500-1700 л қан ағады. Бұл дегеніміз - әрбір 5 минут сайын қан тамырлары арқылы айналатын барлық қан бүйрек арқылы өтеді деген сөз. Осы кезде организм ұлпаларында үнемі түзілетін, тіршілік әрекетінің зиянды заттары қаннан бөлінеді.





Бүйрек — адам мен омыртқалы жануарлар организмінде несеп түзетін және оны шығаратын жұп орган. Ересек адамда әрбір бүйректің салмағы 120—200 г-дай, ұзындығы 10—12 см, ені 5—6 см, қалыңд. 3—4 см-дей болады. Бүйрек іш қуысында, омыртқа бағанасының екі жағында — соңғы кеуде омыртқасы және жоғ. бел омыртқа тұсында орналасады. Бүйректің ішкі жиегінде бүйрек қақпасы бар, сол арқылы бүйрекке артерия мен жүйке талшықтары өтеді. Қақпа бүйректің ішіне тереңдеп еніп, көлемді қуыс — бүйрек қойнауына айналады. Онда кіші, үлкен бүйрек тостағаншалары және бүйрек түбегі, қан тамырлары, жүйке талшықтары орналасады. Бүйректі майлы шандыр қабаты жауып жатады. Бүйрек беткейі қыртыс заттан, терең қабаттары — милы заттан тұрады. Қыртыс зат тұтас болып келеді, ал милы зат пирамида тәрізді 10 — 15 үшбұрышты денелерден құралған. Бүйректің анатомиялық құрылым бірлігі нефрон деп аталады. Олардың саны 1 млн-дай. Нейрон әр түрлі бүйрек өзекшелерінен түзіледі. Нейрон өзекшелерінің екі бүйректегі жалпы ұзындығы 100 км шамасында болады. Нейрон арқылы зат алмасу процесінде пайда болатын организмге қажетсіз және зиянды заттар сыртқа шығарылады. Пирамиданың бүйрек қойнауына ашылатын ұшы бүйрек бүртігін құрайды. Осы бүртіктегі түтіктер арқылы несеп бүйрек қойнауындағы 8 — 9 кіші бүйрек тостағаншаларына құйылады. Екі-үш кіші бүйрек тостағаншалары өзара қосылып, үлкен бүйрек тостағаншаларын түзеді. Олар өзара бірігіп, бүйрек түбегін құрайды. Осы бүйрек түбегі біртіндеп жіңішкеріп, бүйрек қақпасы тұсында несепарға жалғасып, қуыққа жиналған несеп сыртқа шығарылады. Бүйрек түбегінің қабырғасы суды, тұзды, көмірсуларын өткізеді де, қандағы ақуызды өткізбейді. Несепке белоктың араласуы бүйректің ауруға шалдыққаны. Организмдегі барлық қан бүйрек арқылы сүзіліп, тазарады.



Пиелонефрит.

Пиелонефрит – бүйректің және бүйрек түбегінің көбінесе интерстициялық талшығының қабынуы. Бұл – бүйректің ең жиі кездесетін ауруы.

Балалардың алғашқы 5 жасқа дейінгі өмірінде пиелонефрит ауруы 3-4 рет кездеседі. Ер балаларға қарағанда қыз балаларда пиелонефрит жиі кездеседі, оның себебі қыз балалардың зәр шығару жүйесінің анатомиялық және физиологиялық орналасу ерекшеліктеріне байланысты.



ЭТИОЛОГИЯСЫ

Балаларда пиелонефриттің дамуына ең басты себепкер ішек таяқшасы болып табылады. Бактериологиялық зерттеу кезінде көк ірің таяқшасы, алтын түсті стафилококк, стрептококктар, энтерококктар, протей таяқшалары, грамм теріс және грамм оң микроорганизмдер қоздыратыны анықталған.



Балалардағы пиелонефритті дамытушы қауіпті 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 организмiне 3 түрлi жолмен өтедi:
- v Гематогендiк жолмен - әртүрлi iрiң ошақтарынан немесе қабыну ошақтарынан қан арқылы өту;
- v Лимфогендiк жолмен – iрiң ошақтарынан лимфа арқылы өту;
- v Уриногендiк жолмен – зәр шығару жолдары арқылы төменнен жоғары қарай тарау.



Классификация

- Педиатрияда пиелонефриттің негізгі 2 түрін ажыратады біріншілікті және екіншілікті деп ажыратады. Біріншілікті пиелонефритте патологиялық процесс бүйрек тіндерінде болады. Екіншіліктіде организмде басқада қабынулық процесстерден дамиды және өз кезегінде обструктивті және обструктивті емес болып бөлінеді.
- Аурудың ағымы бойынша жедел және созылмалы болып бөлінеді.



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).



Клиникасы.

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.



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 эхогенділігін, 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 пиелоэктазия көрінеді. Ходсон симптомын анықтайды -бүйрек паренхимасының полюстер жағынан жұқаруы.



Емі

- Біріншілік пиелонефриттің емі TM

Қатаң төсектік режим; TMДиета; TMБүйрек тырыспасын кетіретін, ауырсынуды басатын дәрілер тағайындалады; ^TҚабынуға қарсы кең спектрлі антибиотиктер мен сульфаниламидтер және нитрофуранды қосып берген тиімді; TMБүйрек қабынуы тоқтамаса, ол ірінді пиелонефритке айналады. Мұндай жағдайда дереу операция жасауға тура келеді. жасалатын операция аурудың ауырлығына байланысты тез және оңай тәсілмен жасалуы тиіс. Операция түрі операция үстінде анықталады.



Екіншілік пиелонефриттің емі ТМ

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



Пайдаланган әдебиеттер

- Балалар хирургиясы.
Дюсембаев А.А. Алматы-2008 ж
- Адам анатомиясы 2.
Алшынбай Рақышев, Алматы-2004 ж
- <http://stud24.ru/medicine/bjrek-aurulary/>
- <http://mir-zdravi.ru/p/198-pielonefrit>