

**ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ
ӘЛЕУМЕТТІК МИНИСТРЛІГІ**



**Оңтүстік Қазақстан
Мемлекеттік Фармацевтика
Академиясы**

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

Жедел және созылмалы пиелонефрит

Выполнил: Сарсенов Н.А

Проверяла: Кудайбергенова Г.А

Шымкент-2017 жыл

Өзектілігі

- * СП кең тараған аурулардың бірі, мәліметтері бойынша оның кездесу жиілігі жоғарғы тыныс жолдарының жедел инфекциялық ауруларынан кейін екінші орында, ал бүйрек ауруларының арасында- бірінші орында.

Өзектілігі

- * СП әр он адамның біреуі пиелонефриттен зардап шегеді. Пиелонефрит нефрогенді гипертензияның және созылмалы шамасыздығының басты себебінің бірі.
- * Латентті ағымға бейімділігінен 20-25 % пиелонефрит алғаш рет аутопсияда анықталады. СП көбіне жедел пиелонефриттің салдарынан дамиды.

Пиелонефрит -анықтамасы

П-бүйректің тостағанша-
түбек жүйесі мен өзекшелерінің
биспецификалық инфекция
әсерінен қабынуы, кейін процесс
бүйрек шумақтары мен
тамырларына тарайды

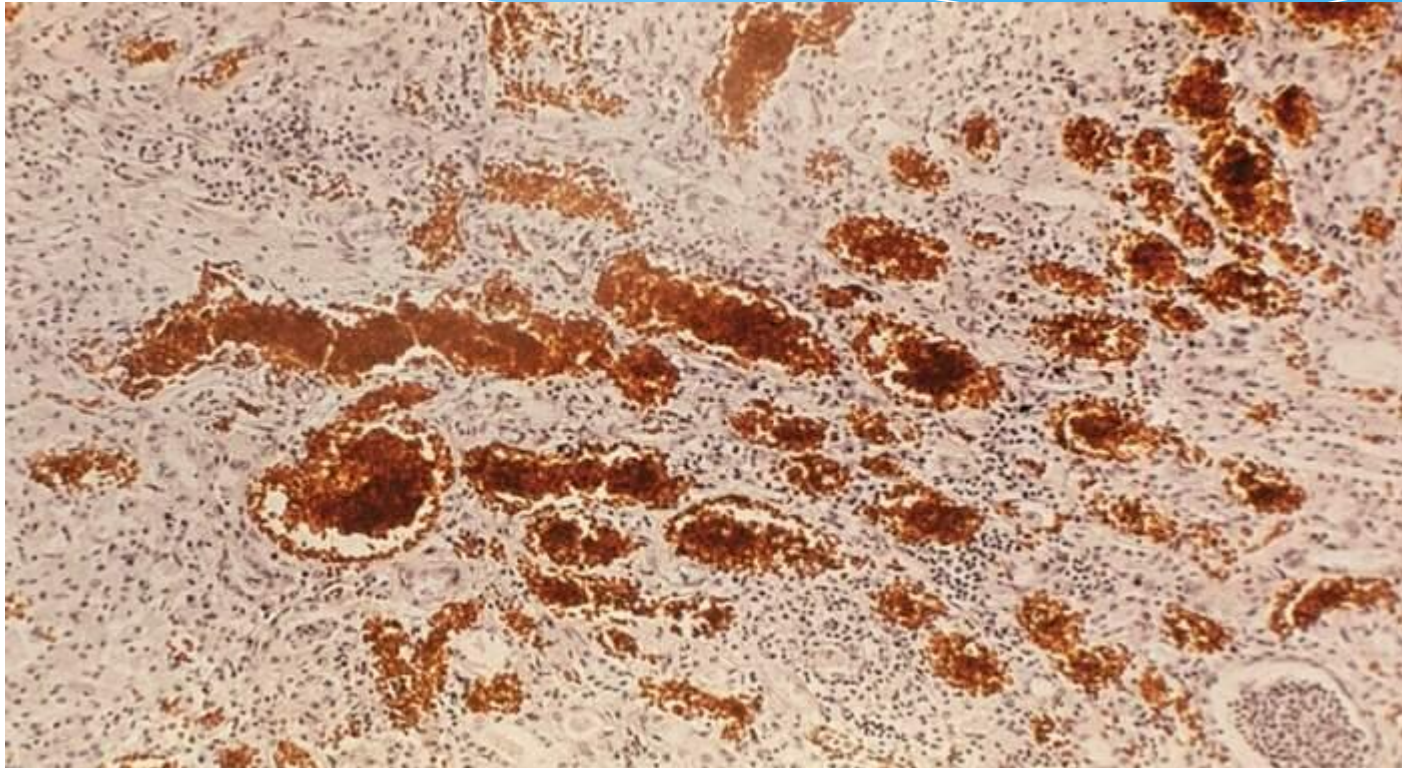
СП анықтамасы

- * СП-бүйректің қуыстық жүйесінің және тубулоинтерстициялық аймағының басым зақымдануымен сипатталатын СОЗЫЛМАЛЫ бейспецификалық инфекциялық қабыну процесі.

Жедел пиелонефрит анықтамасы

- * ЖП-бүйректің қуыстық жүйесінің және тубулоинтерстициялық аймағының басым зақымдануымен сипатталатын жедел бейспецификалық инфекциялық қабыну процесі.
- * ЖП **асқынулар**-апостематозды нефрит және бүйректің карбункулы.





Бүйрек микропрепараты, жедел серозды пиелонефрит, микроциркуляторлық арнаның гиперемиясы, кеңейген веналар және күңгірт түске боялған эритроциттер байқалады



Бүйрек микропрепараты, жедел іріңді пиелонефрит: лейкоцитарлық инфильтрация анықталады (стрелкамен көрсетілген);

Классификациясы

1.Орнына қарай:

1.Бір жақты пиелонефрит;

2.Екі жақты пиелонефрит

3.Жалпы пиелонефрит

(бүйректі түгел зақымдайды)

4.Сегментарлық пиелонефрит

(бүйрек сегментін не бөлшегін зақымдайды).

Классификациясы

2. Себебіне (туындауына) қарай :

1. Бірінші ретті пиелонефрит
(алдында урологиялық ауру
болмайтын пиелонефрит);

2. Екінші ретті пиелонефрит
(несеп бөлу жүйесінің урологиялық
ауруларына қосылатын пиелонефрит).

Классификациясы

3. Аурудың фазасы:

1. Қайталауы

- а) активті қабынудың қайталауы;
- б) бүркемелі қабынудың қайталауы.

2. Саябыр кезі (ремиссия)

Классификациясы

- * **4. Клиникалық түрлері:**
- * 1. Жедел пиелонефрит
- * а) сепсистік түрі (бүйрек карбункулы абсцесі);
- * б) гематуриялық түрі;
- * в) іш ауыратын (абдоминальдық) түрі.
- * 2. Созылмалы пиелонефрит
- * а) гипертониялық түрі;
- * б) нефроздық түрі;
- * в) моносимптомдық түрі;
- * г) анемиялық түрі.

Классификациясы

5. Даму сатысына қарай:

- а) тез үдемелі(активті) даму;
- б) бүркемелі (аз симптомды) даму;
- в) қайталама даму;
- г) саябыр кезі.

6. Созылмалы бүйрек шамасыздығының дәрежесі

Классификациясы (А.Г.Брюховецкий)

- * Зақымданудың механизмі :біріншілік (гематогенді), екіншілік(уриногенді).
- * Орналасуы:а)бір жақты,ә)қос жақты,б)жалғыз бүйректін пиелонефриті.
- * Аурудың фазасы:а)өршу;ә)тұрақсыз ремиссия;б) ремиссия,
- * Барысы:а)латентті,ә)рецидитеуші,б)үдемелі
- * Негізгі синдромдары және асқынулары: а)артериялық гипертензия, ә)БСШ б)паранефрит,в)гидронефроз, г) уросепсис , д)анемия,е)дистрофия.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- * Ішек таяқшасы
- * Микоплазма
- * Жалған протей.
- * Сирегірек жағдайда –вирустар,грибтер, сальмонелдер.
- * Стафилококк.
- * Энтерококк.
- * Көкшіл ірің таяқшасы.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- * Ішектік аутоинфекция (ішектің облигаттық флорасы-ішек таяқшалары,энтерококктар;ішектің дисбактериозында пайда болатын факультативтік флора- ішек таяқшасының гемолиздік түрі, протей, клебсиелла,алтын сары стафилококк,көк іріңді таяқшалар);

Этиологиясы

- * Экзоинфекция-урология, акушерлік-гинекология, реанимация бөлімшелерінде жатқан науқастарға несептік инфекцияның құралдармен жұғуы (көбіне іріңді коктық инфекция);

Этиологиясы

- * Бактериялардың L-түрлері және микоплазмалар (әдеттегі антибактериялық дәрмектерге төзімді); бактериялардың L-түрлері қолайлы жағдайда әдетті түріне айналып пиелонефритті өршітуі және өрістетуі ықтимал.

СП түрткі (өршітуші) факторлар

- * Салқын тию, уродинамиканың бұзылуы, несеп бөлу жолдарының тастары ,
- * қуық безі аденомасы, қант диабеті, урологиялық манипуляциялар,
- * бұрын болған жедел пиелонефрит.

СП дамуының беймдеуші факторлары

- * Бактериурия (1 мл несепте микробтар мөлшерінің $1 \cdot 10^9$ артық болуы) Себебі шат аймағының, әсіресе үрпі маңының микробтық ластануы.
- * Уродинамиканың бұзылыстарына әкелетін аурулар (несеп тас ауруы, қуықасты безінің аденомасы, нефроптоз, несеп ағардың стриктурасы, бүгілуі немесе сырттан басылуы, рефлюкстар, дегидратация).

СП дамуының беймдеуші факторлары

- * Әйелдер несеп жолдарының жыныстық ерекшеліктері. Әйелдер уретрасының қысқалығы және кеңдігі, үрпінің артқы өтіс пен қынапқа жақындығы инфекцияның уретраға және қуыққа оңай енуіне септігін тигізеді.

СП дамуының беймдеуші факторлары

- * Жүктілік және гормондық контрацепциялық заттарды қолдану.
- * Қантты диабет
- * Бұрын болып өткен интерстициялық нефрит, дәрмектік нефропатиялар (сульфаниламидтердің, анальгетиктердің, кейбір антибиотиктердің, алкогольдің, еріткіш заттардың әсерінен болған.

СП дамуының беймдеуші факторлары

- * 40 жаста дейінгі шақта- әйелдерде, ал егде және кәрілеу шақта- жиілеу еркектерде кездеседі.
- * Әйелдерде СП балалық шақтан немесе тұрмыс құру кезінен басталады.

ЖП түрткі (өршітуші) факторлар

- * Салқын тию, уродинамиканың бұзылуы, несеп бөлу жолдарының тастары ,
- * қуық безі аденомасы, гинекологиялық аурулар, урологиялық манипуляциялар,
- * септикалық эндокардит

Патогенезі (басты механизмдері

- * Инфекцияның бүйрекке урогендік (өрлеме), лимфогендік, гематогендік жолмен енуі.
- * Өзекшелер сыртқы капиллярдың, уротелийдің, шумақ капсуласының зақымдануы.
- * Бактериялық флораның , эндотоксиндердің әсерінен бүйрек тканінің зақымдануы-интерстицийдің инфекциялық қабынуы.

Патогенезі (басты механизмдері

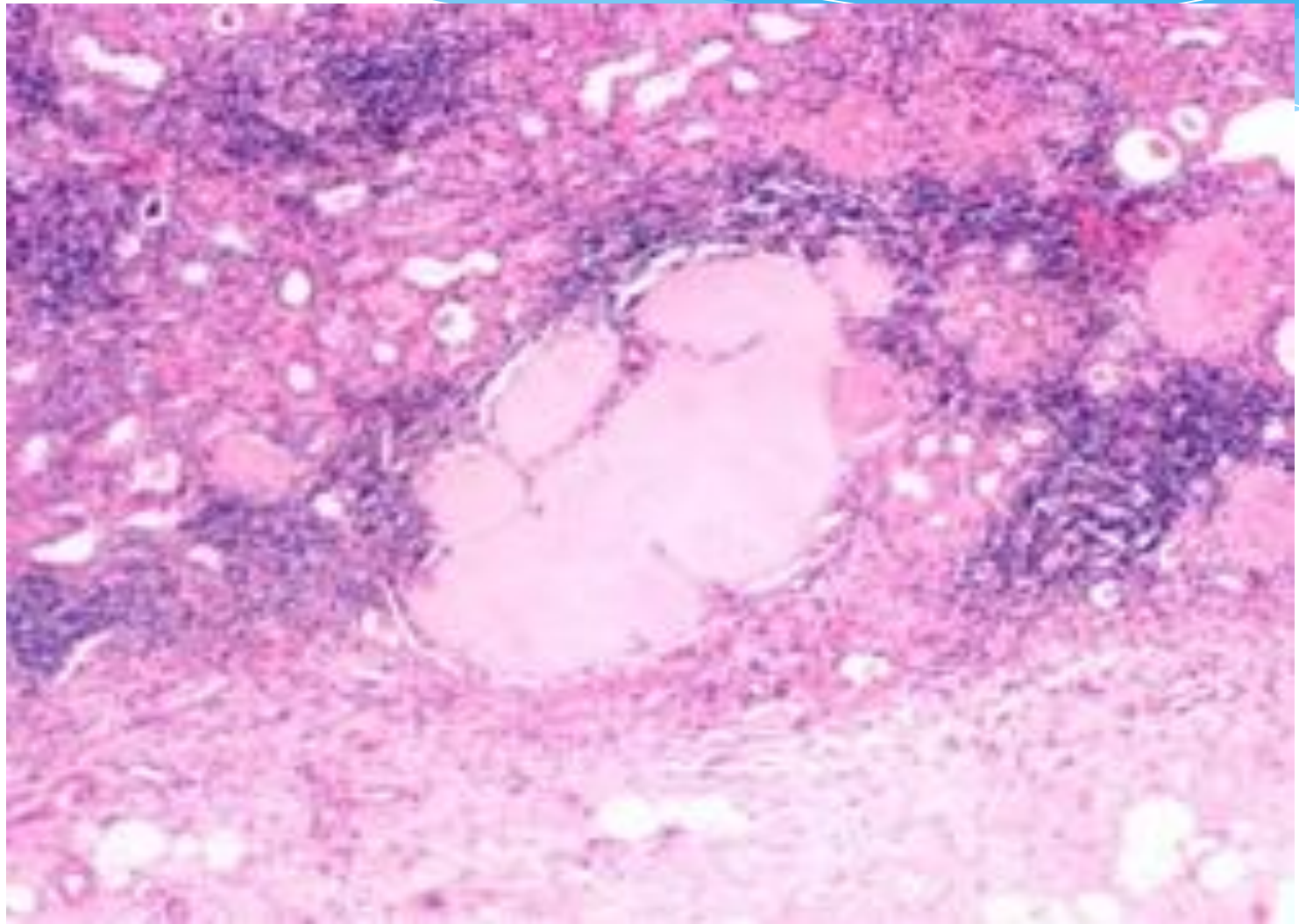
- * Инфекциялық қабынуға түрткі факторлар: уродинамиканың бұзылуы, несеп жүрудің бұзылуы, патологиялық рефлюкстер.
- * Несеп бөлу жүйесінің атониясы.
- * Организмнің иммунологиялық активтігінің төмендеуі .
- * Гормон алмасудың өзгерістері.
- * Сенсбилизацияның, аутоиммундық реакцияның дамуы.

Клиникасы (басты синдромдар)

- * Жай қабыну синдромы: қызба, қалтырап тоңу, ЭТЖ өсуі, лейкоцитоз, фибриногеннің көбеуі.
- * Ауыру синдромы: белдің тұсының, бір жақтан не екі жақтан бірдей ауыруы.
- * Несеп синдромы: лейкоцитурия, протеинурия, эритроцитурия.

Клиникасы (басты синдромдар)

- * Дизурия синдромы: сұйық дәретке жиі отыру, зәр бөлу кезінде ашып ауыру, полиурия.
- * Артериялық гипертензия синдромы.
- * Созылмалы бүйрек шамасыздығы синдромы: азотемия, гипоизостенурия, никтурия, олигурия.
- * Улану синдромы: жүрек айну, бас ауыру, шөл, тәбеттің төмендеуі.

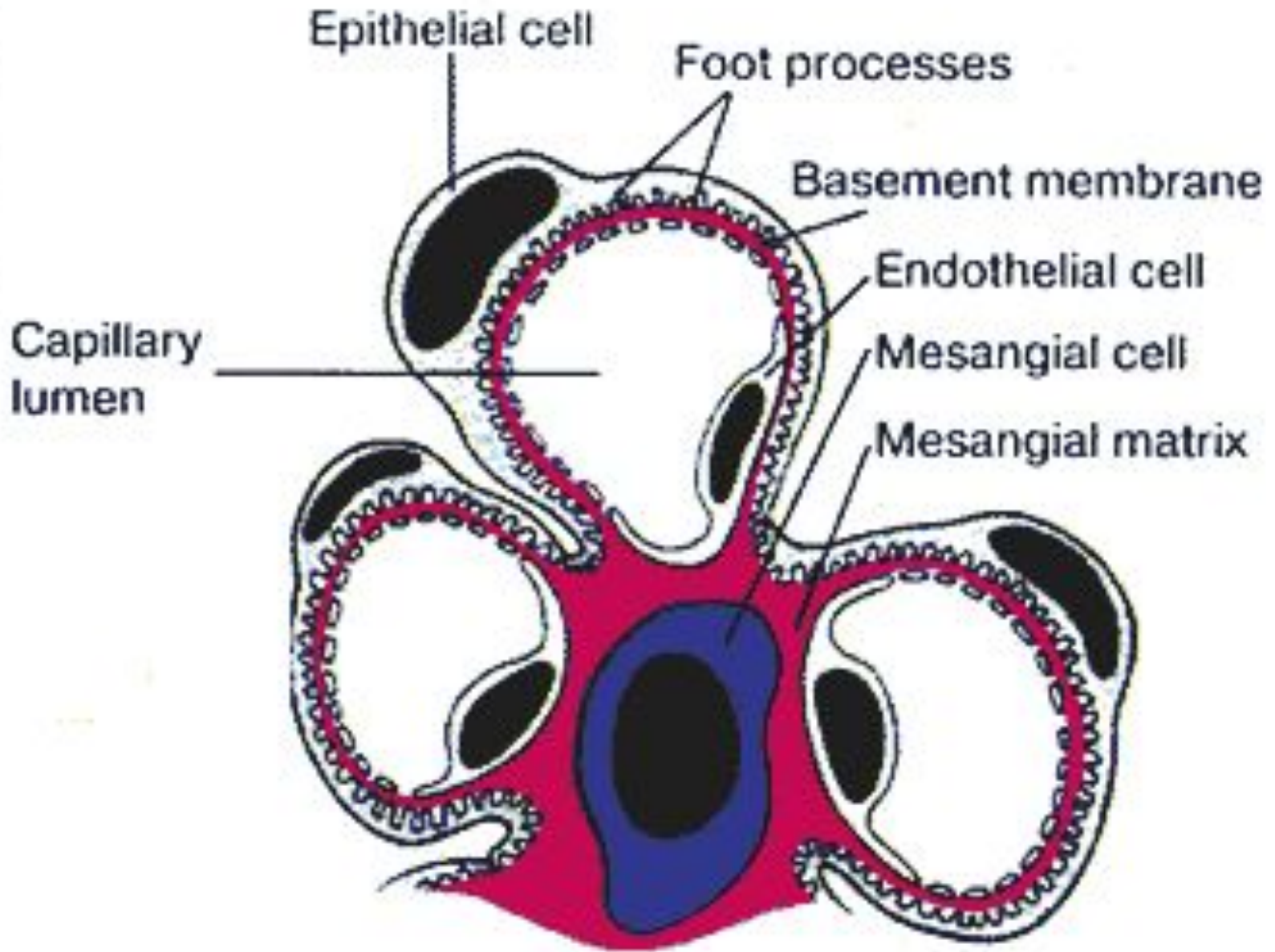


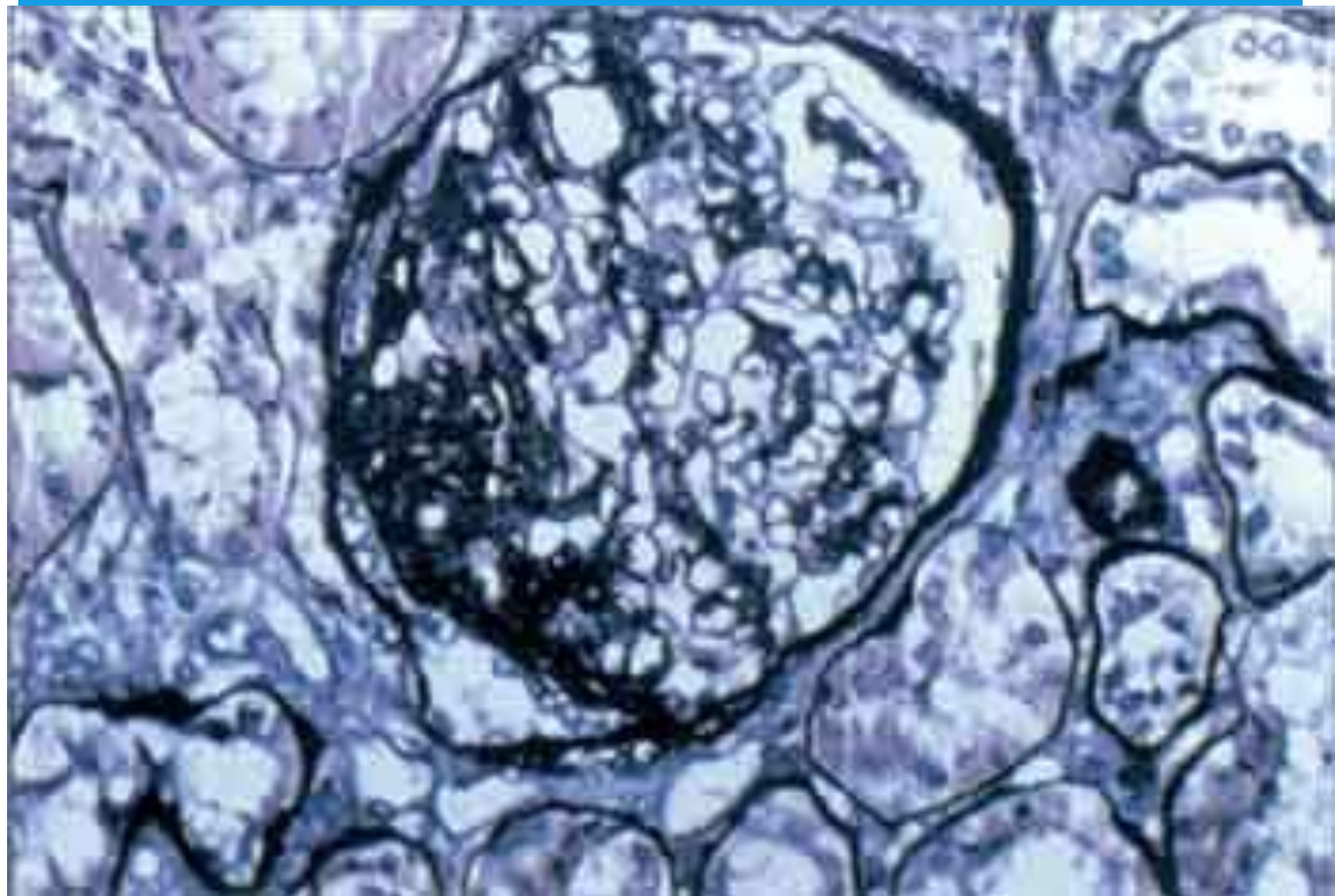
Несептік синдром

- * Лейкоцитурия, микрогематурия, 1 г жетпейтін тәуліктік протеинурия, гипостенурия және бактериурия.
- * **Гипостенурия**-бұл белгі несептің концентрациялау процесінің бұзылысынан болады (бүйректің миы қабатында жүретін). Нақты зерттеу үшін Зимницкий сынамасын жасайды.

Несептік синдром

- * **Бактериурия**-микробтардың несеппен бөлінуі. Қалыпты жағдайда қуыққағы несеп стерильді. Егерде зәрдің 1 мл микробтардың
- * саны $1 \cdot 10^5$ болса; бұл сенімді бактериурия саналады; бактериялардың $1 \cdot 10^4$ саны-сенімсіз бактериурия.

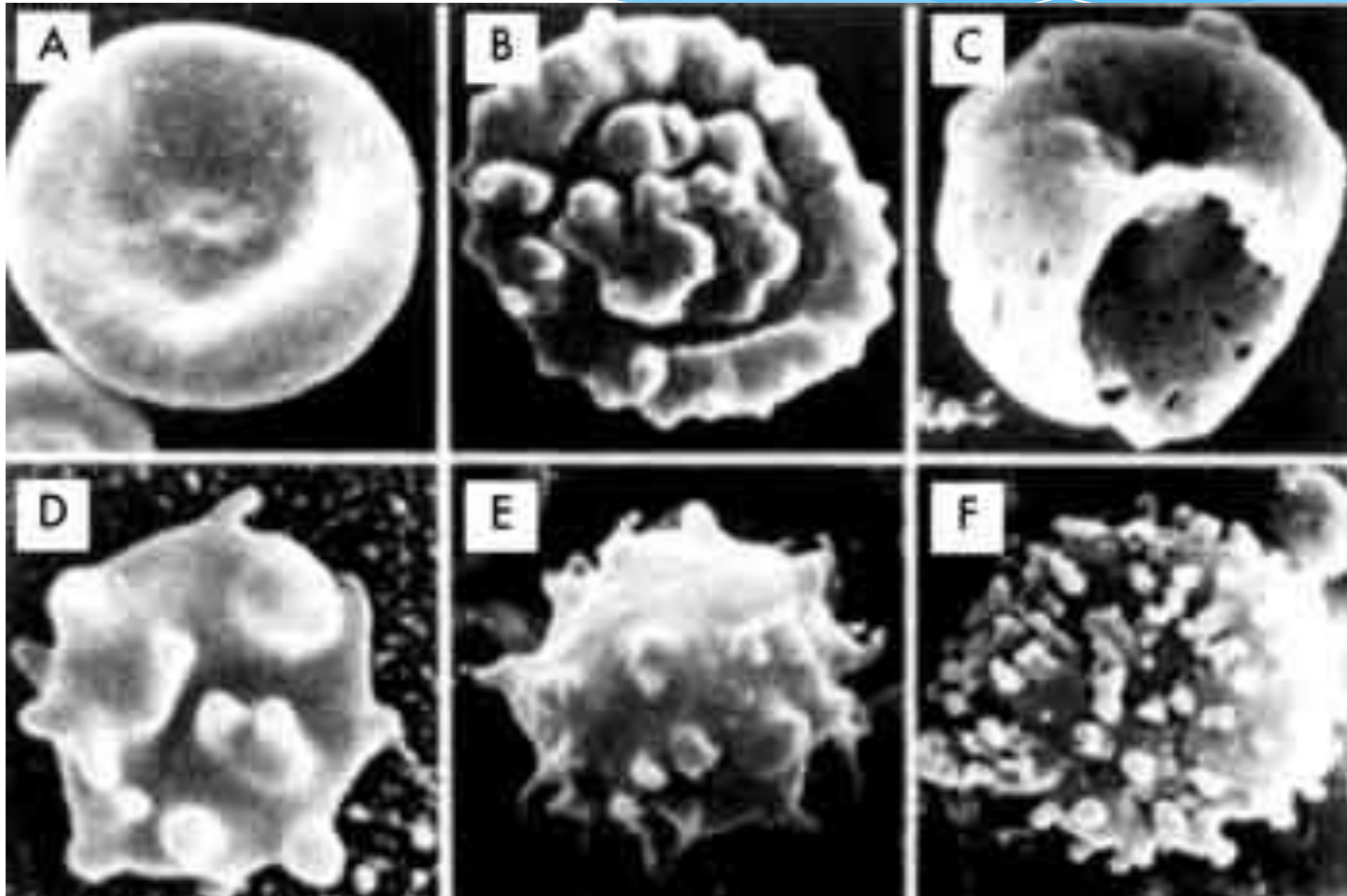




Несептік синдром

- * **Протеинурия**-пиелонефритте аз мөлшерде, тәулігіне 1-2 г аспайды. Оның себебі-шумақтардан өткен төмен молекулалық белоктардың проксимальді түтікшелерде реабсорбциясының кемістігі (альбуминнің, лизоцимнің және т.б.)

Гематурия



При электронной микроскопии в моче видны различные типы поврежденных эритроцитов

Пиелонефрит диагнозының критерийлері

- * Дизурия не полиурияның қызу көтерілуімен, бел тұсының ауыруымен және бактериуремиямен қоса кездесуі.
- * Пальпациялағанда іштің бір немесе екі жағының ауырсынуы.
- * Бүйректің зәрді қышқылдау қасиетінің төмендеуі.
- * Зәр шөгіндісінің өзгерісі.

Пиелонефрит диагнозының критерийлері

- * Бүйректің концентрациялау функциясының нашарлауы.
- * Бактериурия
- * Бүйрек тканінің интерстицийіндегі өзгерістер.
- * Рентгенологиялық өзгерістер: тостағанша – түбекше жүйесінде жергілікті түйілу (спазм) болу, тостағаншалар мен бүйрек түбегіні деформациясы (толу кемістігі).

Қосымша зерттеудің нәтижелері:

- * **Қанның жалпы анализі.** Өршу кезінде лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылайды. Көптен келе жатқан пиелонефритте нормохромдық анемия анықталады.
- * **Несептің анализіндегі өзгерістер:** микоропротеинурия, гипостенурия, лейкоцитурия, микрогематурия, бактериурия.

Қосымша зерттеудің нәтижелері:

- * Экскрециялық урография
- * Процестің жаңа басталған кезінде зақымданған бүйректен контрасттық зат кешігіп бөлінеді, кейбір тостағаншалардың (көбіне жоғарғылардың) түйілуі байқалады.

Қосымша зерттеудің нәтижелері:

- * Ультрадыбыстық зерттеуде түбектің, тостағаншалардың деформациясы, бүйрек паренхимасының ошақты тығыздалуы, кейде тастар болуы айқын еанықталады. КҚажетті жағдайларда радиоизотопты ренография, компьютерлік томографияны жасайды.

Дифференциальдық диагностика

- * Дерттің көрінісінде қызба , интоксикацияның белгілері басым болып және рецидивтері жиеленсе, онда бүйрек **туберкулезінен** айыру қажет. Ол үшін арнайы зерттеулерді жасайды-**экскрециялық, ретроградтық урографияны, цистоскопияны, зәрдің құрамында**-туберкулез таяқшаларын микробиологиялық, бактериоскопиялық және полимеразалық тізбектік реакция әдістерімен анықтайды.

Дифференциальдық диагностика

- * Бүйрек **туберкулезі** болса, іштің шолу рентгенограммасында, урограммаларда іш қуысы лимфотүйіндерінің кальцинозы, бүйрек паренхимасында кальцинатты ошақтар анықталуы мүмкін.
- * **Ретроградтық урографияда** бүртіктер ұшының тышқан кеміргендей кетіктері анықталуы мүмкін.
- * **Цистоскопияда** қуықтың бетінде туберкулездік түйіндер анықталады, аса ауыр жағдайда қуық бүрісіп, микроциститке айналады.

Емдеу принциптері

- СП емі екі сатыдан тұрады
өршуді басу және рецидивке қарсы ем.
Өршу басу емі ауруханада жүргізіледі.
- Диетотерапия

. Лечебное питание

- * Диета больных хроническим пиелонефритом без артериальной гипертензии, отеков и ХПН мало отличается от обычного пищевого рациона, т.е. рекомендуется питание с полноценным содержанием белков, жиров, углеводов, витаминов. Этим требованиям соответствует молочно-растительная диета, разрешаются также мясо, отварная рыба. В суточный рацион необходимо включать блюда из овощей (картофель, морковь, капуста, свекла) и фруктов, богатых калием и витаминами С, Р, группы В (яблоки, сливы, абрикосы, изюм, инжир и др.), молоко, молочные продукты (творог, сыр, кефир, сметана, простокваша, сливки), яйца (отварные всмятку, омлет). Суточная энергетическая ценность диеты составляет 2000-2500 ккал. На протяжении всего периода заболевания ограничивается прием острых блюд и приправ.

- * При отсутствии противопоказаний больному рекомендуется употреблять до 2-3 л жидкости в сутки в виде минеральных вод, витаминизированных напитков, соков, морсов, компотов, киселей. Особенно полезен клюквенный сок или морс, так как он обладает антисептическим влиянием на почки и мочевыводящие пути.
- * Форсированный диурез способствует купированию воспалительного процесса. Ограничение жидкости необходимо лишь тогда, когда обострение заболевания сопровождается нарушением оттока мочи либо артериальной гипертензией.

В периоде обострения хронического пиелонефрита ограничивается употребление поваренной соли до 5-8 г в сутки, а при нарушении оттока мочи и гипертонии - до 4 г в сутки. Вне обострения АД разрешается

При развитии ХПН уменьшают количество белка в диете, при гиперазотемии назначают диету, при гиперкалиемии назначают диету с низким содержанием калия. Назначают также продукты

Этиологиялық ем

- несеп жолдарының обструкциясын жою
- антибактериялық ем бүйректің функциялық дренажы (пассивті жаттығуы)
- бүйрек қанайналымын жақсарту
- организмнің жалпы реактілігін, иммундық жүйенің қорғаныс қасиетің арттыру.
- физиотерапиялық шаралар
- симптомдық ем

Емдеу принциптері

- * Тұрмыс пен қызмет тәртібін, тамақтануды дұрыс ұйымдастыру .
- * Дәрімен емдеу: 1.Бактерияға қарсы ем:
- * а) антибиотиктер + сульфаниламидтер немесе антибиотиктер + налидиксин қышқылының өнімдері.
- * Ең тиімдірек антибиотиктер : левомецетин, цепорин, гентамицин, тетрациклиндерді бүйрекке жағымсыз қасиеттерін ескере отырып белгілеу; тиімділігі төмен антибиотиктер : эритромицин, пенициллин, стрептомицин.

Емдеу принциптері

- * б) әсері ұзарған сульфаниламидтер (сульфапиридозин және сульфодиметоксин).
- * в) нитрофурандар (фурагин, фуродонин, солафур)
- * г) налидиксин қышқылы (неграм, невигаграмон)
- * д) бисептол (бактрим, септрин)
- * 2. Симптоматикалық артериялық гипертензияны емдеу.
- * 3. Фитотерапия.



10 ампул

Гентамицин

антибиотик

раствор для инъекций

80 мг / 2 мл

Таблица 1-40 (информация)
Гентамицин 80 мг
в 2 мл раствора



Hemofarm
Београд, Србија