

# Жедел және созылмалы пиелонефрит

# Бүйректің анатомиясы мен физиологиясы

[Просмотреть](#)

# 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.

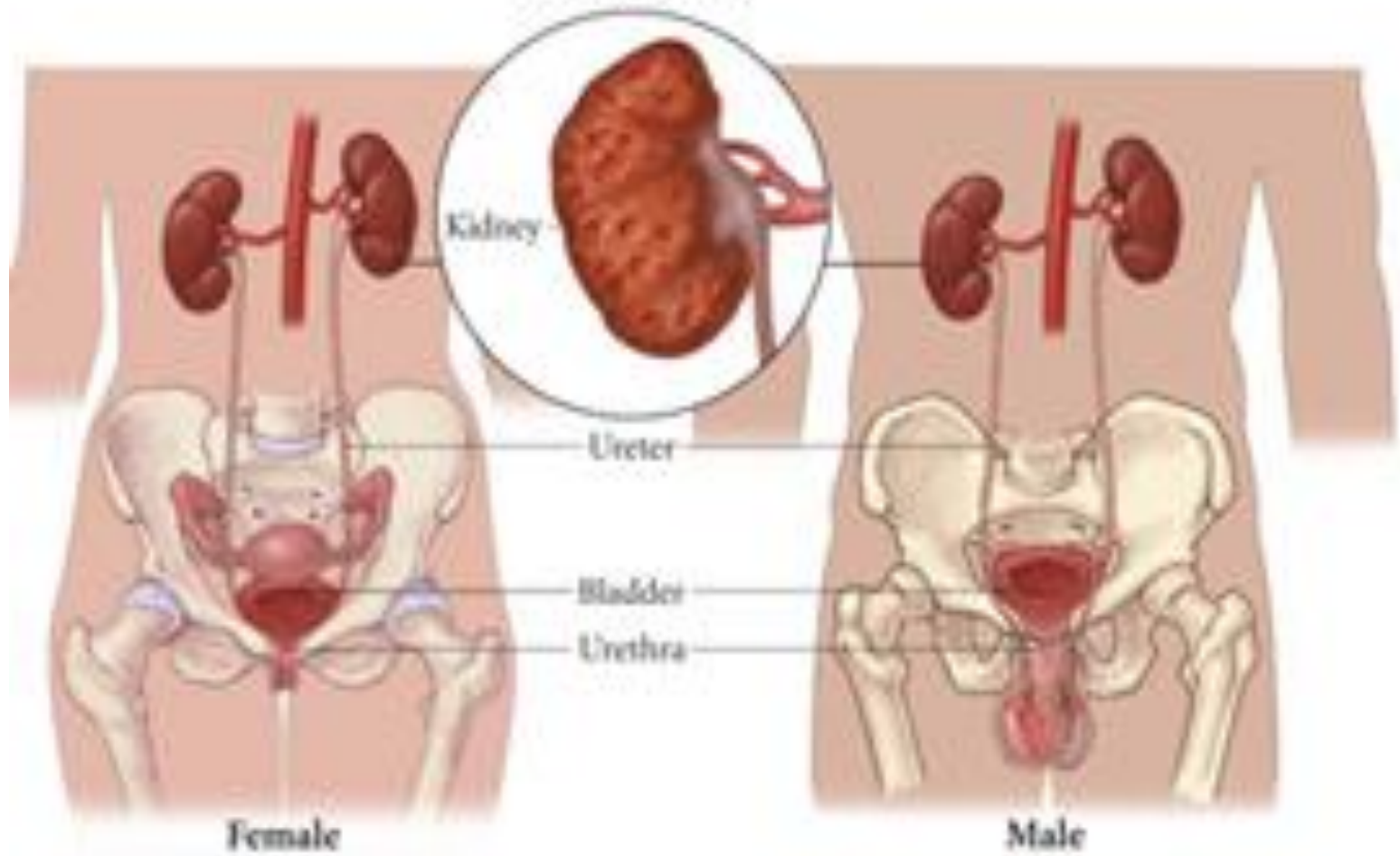
# Өзектілігі

- 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

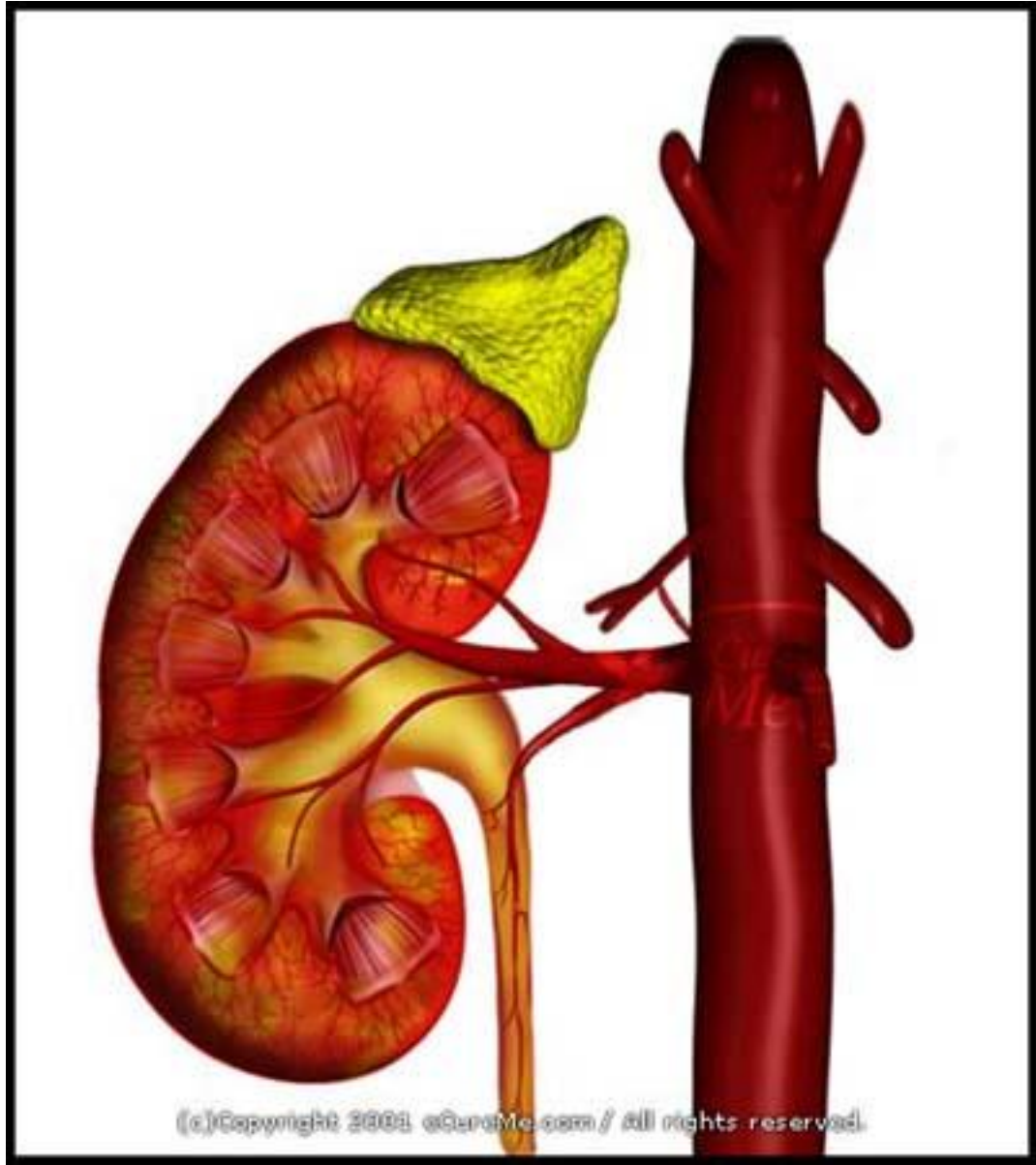
**П-бүйректің тостағанша-  
түбек жүйесі мен өзекшелерінің  
биспецификалық инфекция  
әсерінен қабынуы, кейін процесс  
бүйрек шумақтары мен  
тамырларына тарайды**

# Pyelonephritis



# СП анықтамасы

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



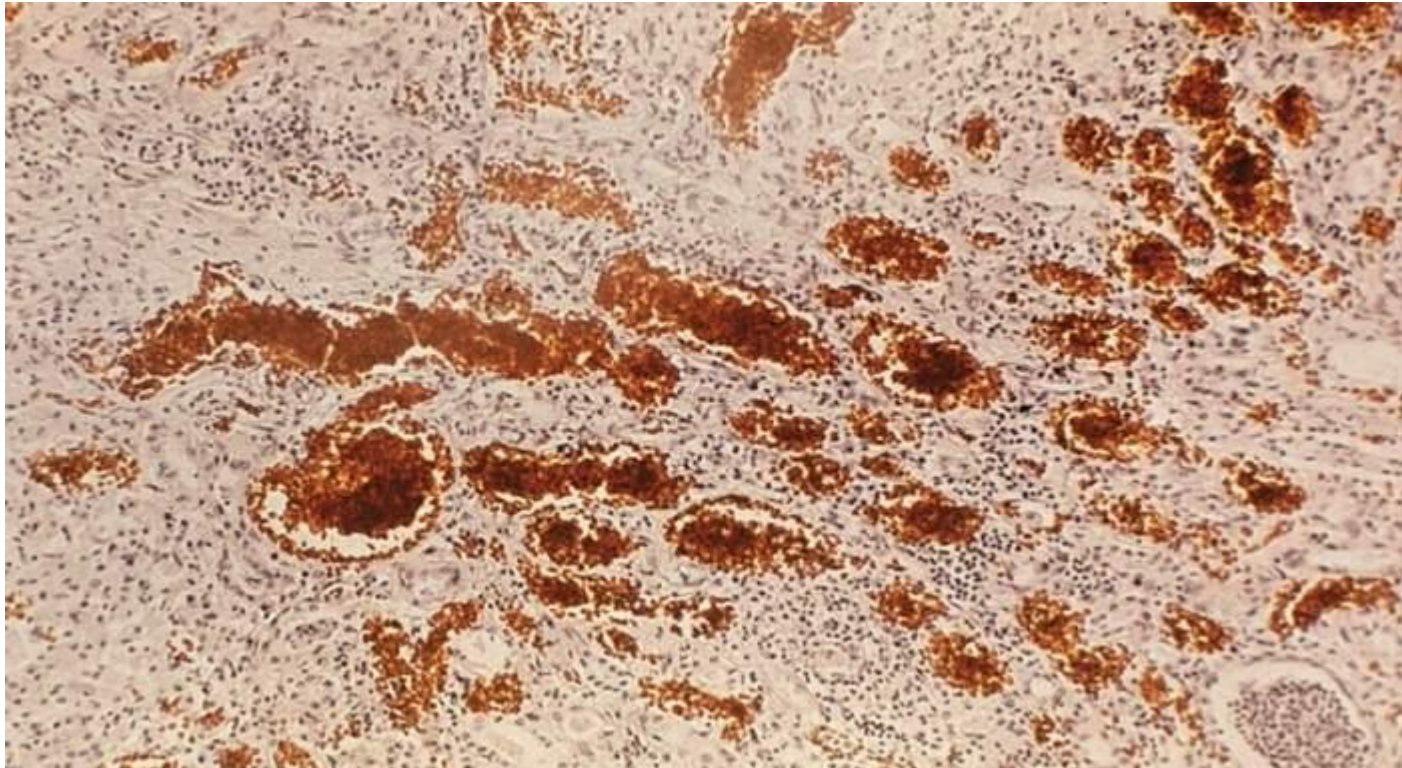
(c)Copyright 2001 ©GeroMe.com / All rights reserved.



# 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) бұркемелі (аз симптомды) даму;
- в) қайталама даму;
- г) саябыр кезі.

## **6. Созылмалы бүйрек шамасыздығының дәрежесі**

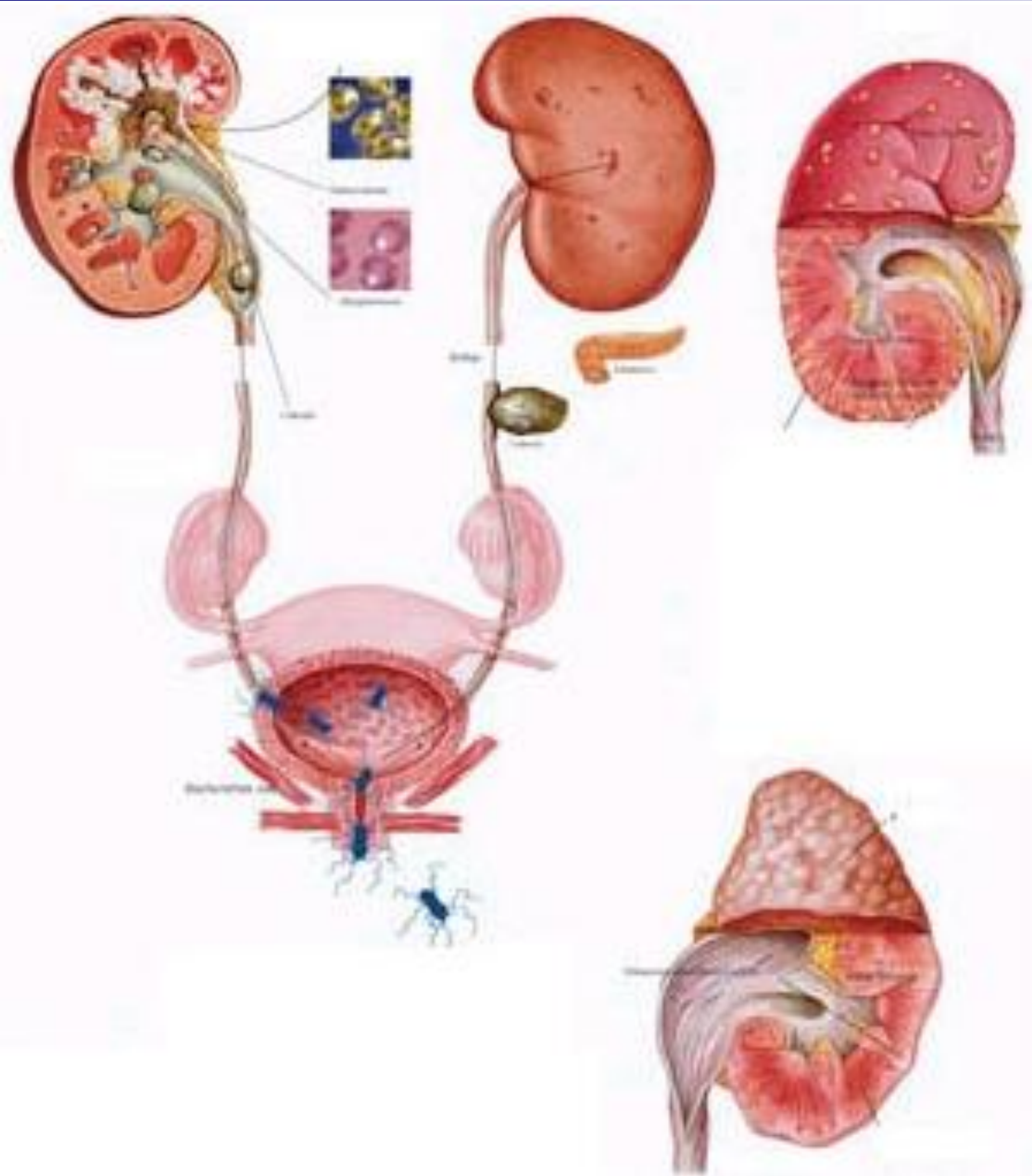
# Классификациясы Брюховецкий)

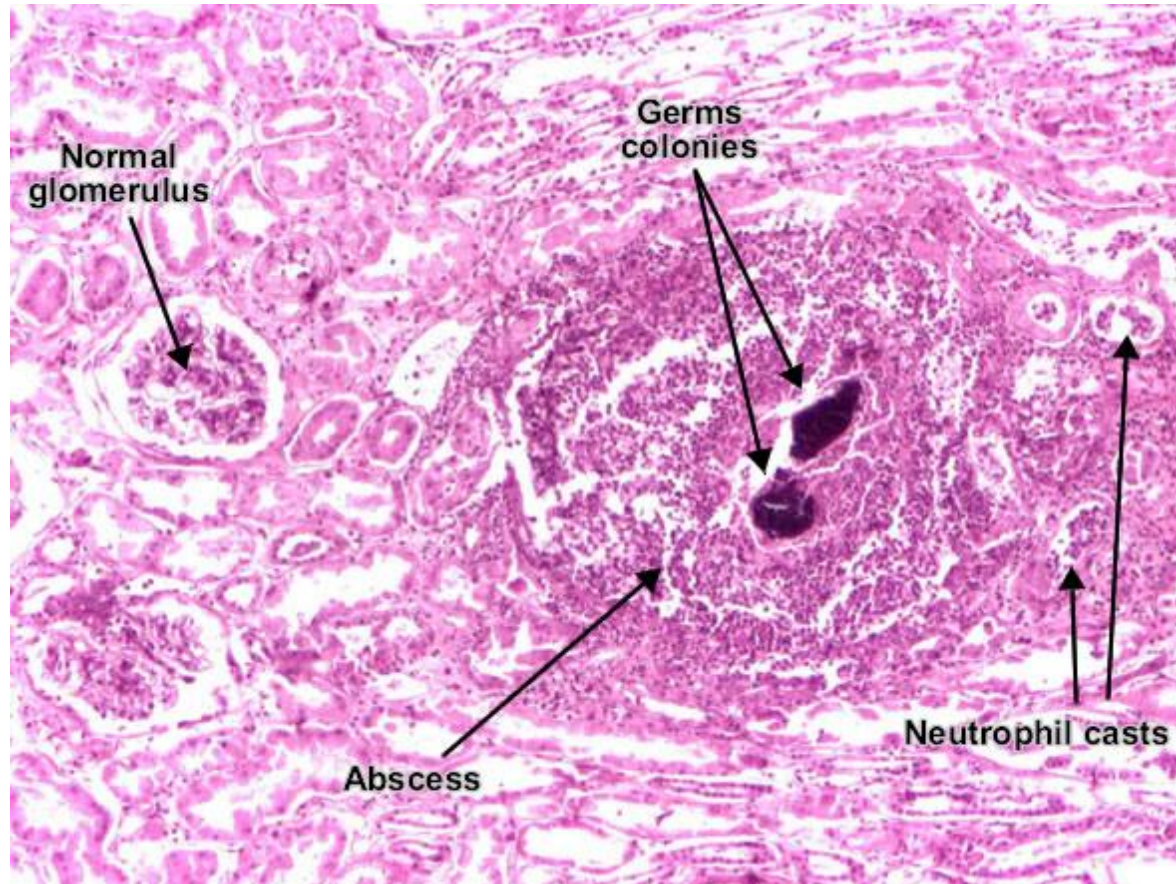
(А.Г.

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

# ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Энтерококк
- Микоплазма
- Жалған протей .
- Сирегірек жағдайда –вирустар, саңырауқұлақтар, 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 ірінді 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 бейімдеуші факторлары

- Бактериурия (1 мл несепте микробтар мөлшерінің  $1 \cdot 10^6$  , артық болуы) Себебі шат аймағының, әсіресе үрпі маңының микробтық ластануы.
- Уродинамиканың бұзылыстарына әкелетін аурулар (несеп тас ауруы, қуықасты безінің аденомасы, нефроптоз, несеппағардың стриктурасы, бүгілуі немесе сырттан басылуы, рефлюкстар, дегидратация).

# СП дамуының бейімдеуші факторлары

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

# СП дамуының бейімдеуші 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 бейімдеуші 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

- 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.

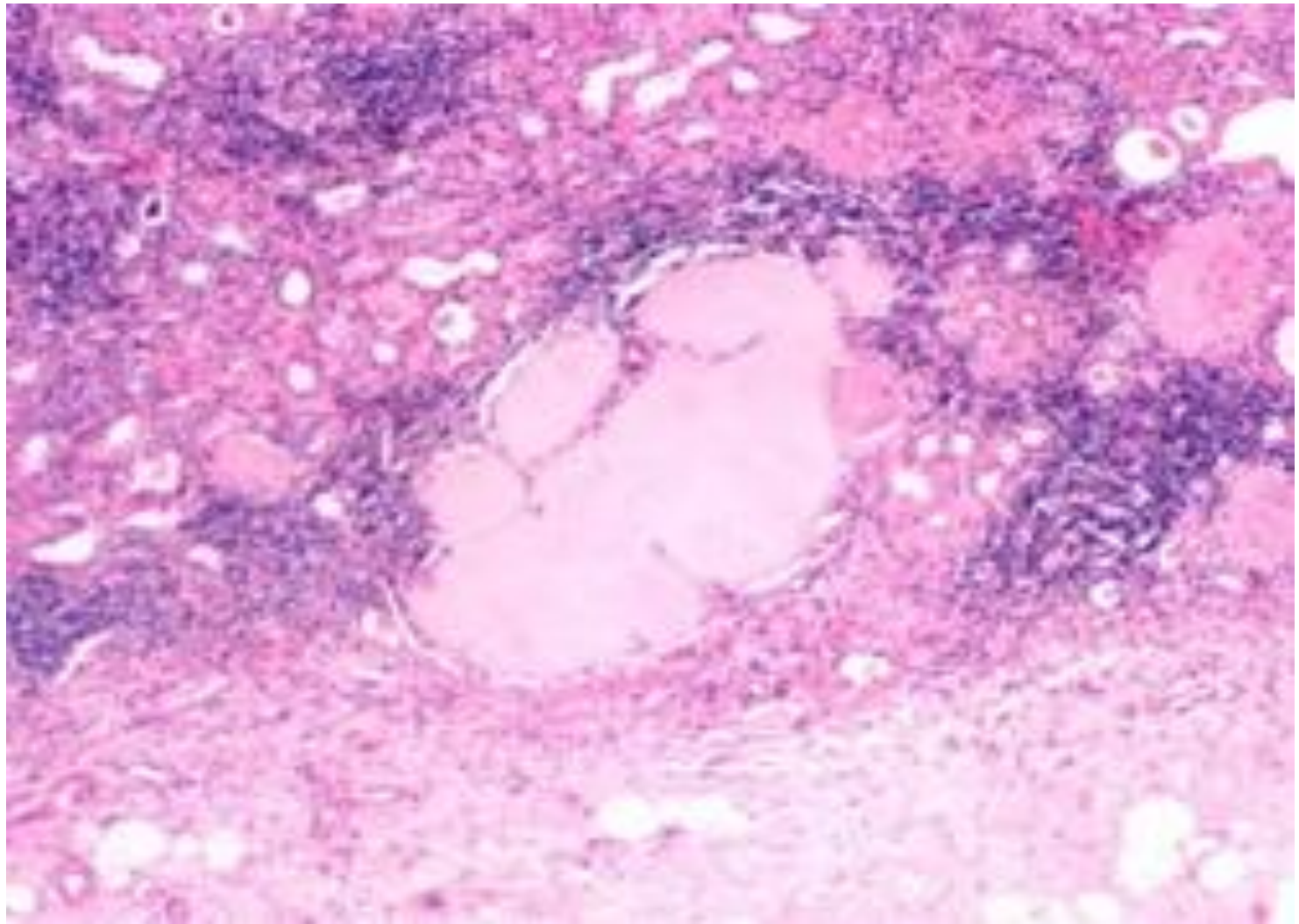


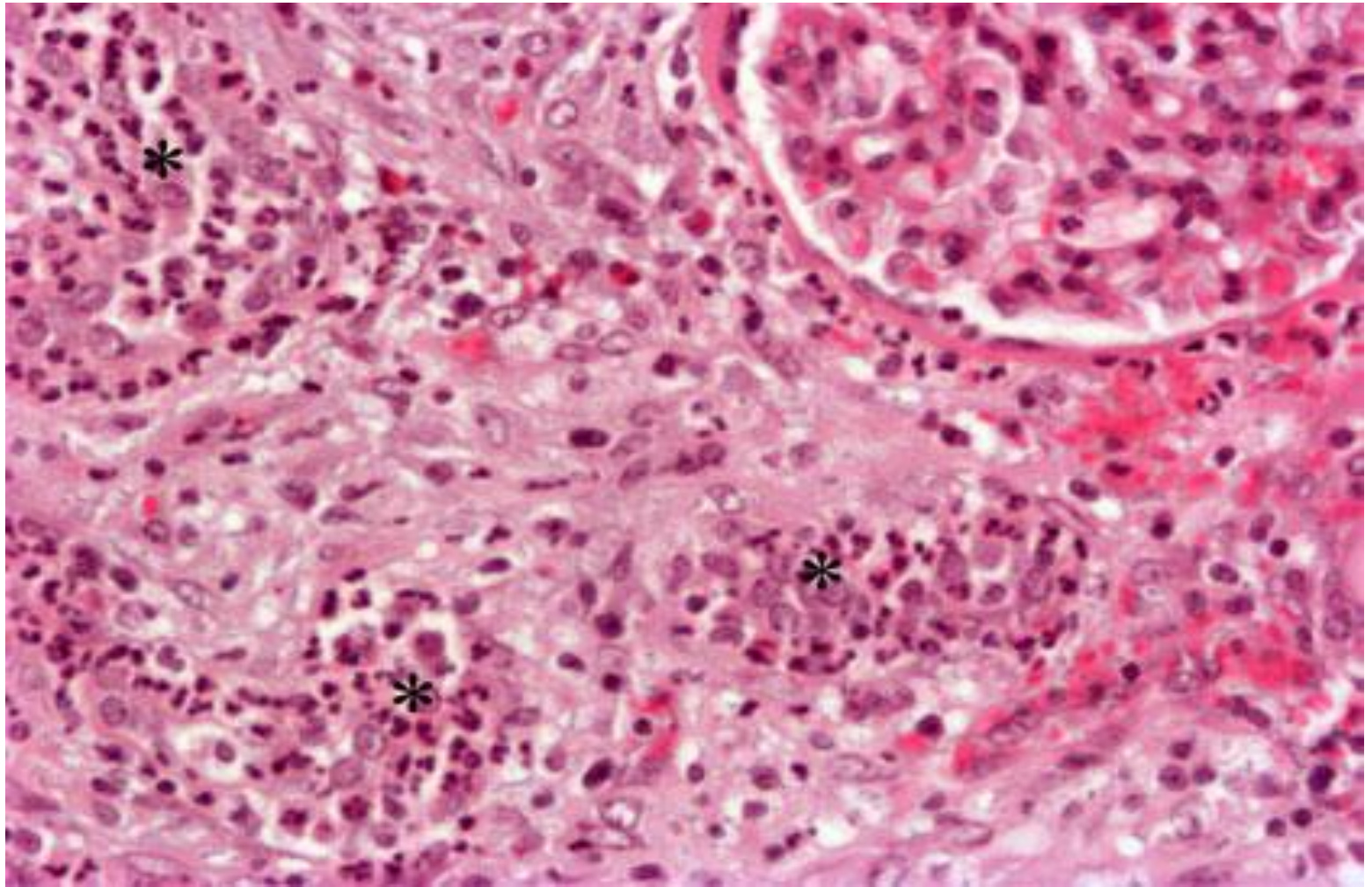
# Клиникасы (басты синдромдар)

- 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 қуықтағы несеп стерильді. Егерде зәрдің 1 мл микробтардың саны  $1 * 10^5$  болса; бұл сенімді бактериурия саналады; бактериялардың  $1 * 10^4$  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.)

# 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).

# Клиникалық есеп

- Науқас әйел 37 жаста, бел тұсының ауырсынуына, жиі дәретке баруына шағымданады.
- **Анамнезінде:** 5 жылдан бері суықтаған кездерде бел тұсының ауыруы, қызба, дизурия мазалайды.
- **Қарағанда:** Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Температурасы  $37^{\circ}\text{C}$ . Тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ. ТАЖ 18 рет 1 мин. Жүре тондары бәсең ырғақты. АҚ 130/80 мм.рт.сын.бағ. ЖСС 84 рет 1 мин. Қағу симптомы екі жақтан оң мәнді. Қанында: лейкоциттер –  $6,1 \times 10^9$  /л, ЭТЖ – 20 мм/сағ. Зәр анализ: салтығыздығы -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциттер өте көп, эритроциты – сілтіленген және өзгермеген, к/а 3- 5. Нечипоренко сынаамасы: эр – 1000, лейкоциттер – 20000, сафронинмен бояғанда –Штернгеймер-Мальбин клеткалары.

## 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.

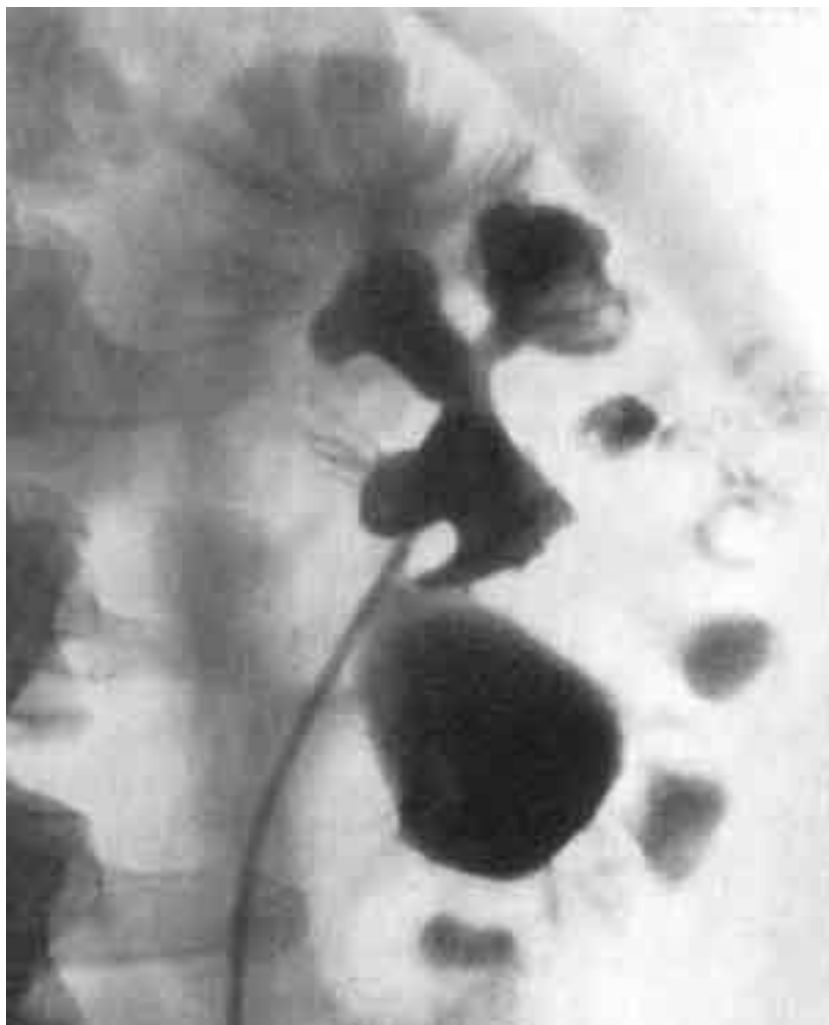
# Қосымша зерттеудің нәтижелері:

- 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 анықталады. Қажетті жағдайларда радиоизотопты ренография, компьютерлік томографияны жасайды.

# Гасты пиелонефрит





*Ретроградты пиелограмма. Тубулярлы рефлюкс.  
Созылмалы пиелонефрит.*

# 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

# Тәртіп

- Кез келген фазасында науқастар суықтаудан аулақ жүруі керек және де физикалық күштемені шектеу керек.
- Созылмалы пиелонефриттің жасырын кезеңінде артериалдық қысым қалыпты жағдайда, бүйрек қызметі сақталған кезде тәртіпті шектеу қажет емес.

- Аурудың өршуі кезінде тәртіп шектеледі, егер **қызбамен** және белсенділігі жоғары кезінде **төсектік тәртіп** тағайындалады. Асханаға және әжетханаға баруға болады. Артериялық гипертензия жоғары болғанда, бүйрек шамасыздығы болғанда қозғалысты шектейді.
- Жалпы созылмалы пиелонефрит кезінде тәртіп **4-6 апта** бойында сақталады.

# Емдік тағам

- Пиелонефритпен науқастар 7 емдәмді сақтау қажет. Оның мақсаты бүйректі барынша аялау, қан қысымын ретке келтіру, зәрдің шығуын жақсарту, ісінуді жою.

## Тағам құрамында:

- Нан өнімдері – тұзсыз нан, жайма, құймақ.
- Жануарлар, құс, балық еттері қайнатылып беріледі.
- Жұмыртқа – суға қайнатылған, омлет түрінде тәулігіне бір рет.

- Жемістер (картоп, сәбіз, капуста, қызылша) және жидектер (алма, алхоры, өрік, жүзім, инжир және басқа).
- Кері көрсеткіші болмаса сұйықтықты 2-3 л дейін қолданады (минералды су, витаминді сусындар, соктар, морс, компот, кисел. Шай және итмұрын қайнатпасы.
- Сүт өнімдері (сүзбе, ірімшік, айран, қаймақ, простокваша, сливки). **Өткір тағамдар және приправалар шектеледі.**

**1. Созылмалы пиелонефриттің өршуі кезінде тұзды шектейді.**

**2. Пиелонефриттің кез келген кезеңінде қарбыз, қауын, асқабақты қабылдауға болады (олар зәрдің шығуын жақсартады, зәр жолдарын микробтардан, ұсақ құмдардан жақсы тазартады).**

# СП кезіндегі емдәмді ауыстырып отыру қажет

- 2-3 күн ұннан жасалған тағамдар
- 2-3 күн сүт, жеміс жидектер
- Мақсат бүйректе зәрдің құрамын өзгертіп инфекцияның өмір сүру ортсына жағымсыз әсер етеді, сол арқылы СП ның дамуын тежейді



# Фитотерапия

**Фитотерапияның мақсты зәр айдайтын,  
бактерия жоятын, қан тоқтатын,  
қабынуға қарсы әсер етеді**

# СП кезінде қолданылатын жинақтар

## 1 шөптер жинағы

- Жүгері шашағы
- Жалбыз жапырағы
- Аққайың жапырағы

## 2 Шөптер жинағы

- Вероника шөбі
- Шиповник
- Қарақат жапырағы

# 3 шөптер жинағы

- Бүйрек шай

# Қолдану тәсілдері



- Бұл жинақтарды қолдану тәртібі 3 ас қасық жинақтан алып 0,5 л қайнатылған суға салып 30 мин тұндырады, оны 3 рет тамақтан 30 мин бұрын ішу қажет



# Қолдану тәсілдері

- Сонымен қатар, СП кезінде ванна түрінде жинақтарды қолданған тиімді
- Ол үшін түймедақ, жүгері шашағы және аққайың жапырақтары қолданылады
- 1л суға 100 г салып қайнатып оны жуынатын суға қосып жуыну керек

# Аурудың өршуін алдын алу үшін

- 1- аптада фитопрепараттар.
- 2- аптада антибиотиктер (аугментин 2 таблетка түнге қарай).
- 3- аптада өсімдіктік дірілері (канефрон 2 др).
- 4- аптада уросептиктер (5-НОК 2 таб түнге қарай).
- 5- аптада зиннат 0,5 г түнге қарай

- 
- 
- 2 ші әдіс 3-4 айда 1 реттен
  - 1 аптада шиповник отвары, витаминдер
  - 2-3 аптада дәрілік жинақтар
  - 4 аптада антибактериальді дәрілер


- 
- 
- Стационарда ем қабылдап болған соң жылына 3-4 рет өсімдіктен жасалған шөптер, антибактериальді ем тағайындалады



# Диспансерлік бақылау

- Жылына 2 рет диспансерлік бақылауда болу
- Көрсеткіш бойынша уролог, нефролог, терапевтке қаралуы тиіс
- Жылына 2-4 рет қанның жалпы анализі, зәрдің жалпы анализін анықтау, қанның биохимиялық анализін жылына 2 рет, зәрді антибиотиктерге сезімталдылығын анықтау





- 
- Артериалдық қысымды бақылау
  - Жылына 1 рет экскреторлық урография жүргізу

# Кеңестер

- 1 Суықтан сақтану, бел аймағын жылы ұстау**
- 2 Жеке бастың тазалығын сақтау**
- 3 Құнарлы тамақтану**
- 4 Фитопрепараттарды 3-4 айда 1 рет курстық ем түрінде қабылдау**

# Кеңестер

- 5 Антибиотиктерді, анальгетиктерді жиі қабылдамау**
- 6 Ауруы өршіген кезде дәрігерге уақытылы көрініп ем қабылдау**

- 
- 
- СП кезінде санторлы курортты ем
  - Өршуден тыс кезеңде минеральді сулармен емделу, ішу, ванна түрінде қабылдау тағайындалады



Назар қойып тыңдағандарыңызға рахмет

# 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, невиграмон)
- д) бисептол (бактрим, септрин)
- 2. Симптоматикалық артериялық гипертензияны емдеу.
- 3. Фитотерапия.

