

Пиелонефрит

Этиология

Пиелонефритті тудырады:

1. Ішек эшерихиясы,
2. Энтерококк,
3. Протей,
4. Стафилокок,
5. Стрептокок
6. L-формалы бактериялар (рецидивті пиелонефрит)
7. Микоплазма
8. Лептоспиралар
9. Саңырауқұлақтар

Жедел пиелонефриттің 1/3 және созылмалы пиелонефриттің 2/3 науқастарында микрофлорлар аралас болады.

30% жағдайда қоздырғыштар анықталмайды - бұл инфекциялық процесті жокқа шығармайды.

Болжамалы факторлар:

1. Жынысы - 2-3 есе жиі әйелдер,
әйелдердің 70% 40 жасқа дейін ауырады, ал ерлер кейін
Әйелдерде 3 критерийі бар:
а) бала кезі: қыздар осы кезде ұлдарға
қарағанда 6 есе жиі ауырады:
б) жыныстық өмірдің басында
в) жүктілік
2. Гормондық дисбаланс: глюкокортикоидты және гормонды
контрацептивтер.
3. Алмасудың бұзылыстары: қант диабеті, подагра.
4. Аномалиялар бүйрек және зәр шығару жолдарының.

Инфекцияның таралу жолдары:

- 1. Гематогенді немесе лимфогенді (төменгі)**
- 2. Уриногенді (жоғары)**

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

1. ПН кезіндегі негізгі бүйректің аралық тіндерін же жүргізіледі.
2. Оларға нейтрофилдермен, плазмалық жасушалармен, интерстициалды фиброзбен қабыну тән.
3. Келесі этапта жасушалы инфильтрация және шумақшалардың жиырылуы, перигломерулярлы фиброз тән.
4. Шоғырланған атрофия, эпителидің дистрофиясы түріндегі өзектердің зақымдануы тән.
5. Жиі периваскулярлы склерозбен продуктивті эндоартериит кездеседі.

Пиелонефриттің классификациясы

- жедел және созылмалы
- тез өршімелі
- рецидивті
- латентті

Жедел пиелонефрит

Классикалық үштік - қызба, дизурия, белдегі ауырсыну

1. Қатты қалтырау
2. 40 градусқа дейін дене температурасының жоғарлауы,
3. Тер басу,
4. Бел аймағындағы ауырсыну(бір жақты не екі жақты) “+”
ұрғылау симптомы
5. Зақымдалған бүйрек жақтан – іштің алдыңғы бұлшық еті
кернеулікте болады,
6. Қабырға омыртқа бұрышынан қатты ауырсынады,
7. Айқын интоксикация – жалпы дегбірсіздік, шөлдеу, жүрек айну,
құсу, аузының құрғауы, бұлшық еттегі ауырсыну.
8. Дизуриялық көріністер

Жедел пиелонефрит. Лабораторлық көріністер.

Зәрде :

- ✓ жеңіл протеинурия (1 г/л),
- ✓ лейкоцитурия,
- ✓ лейкоцитарлы (ақ) цилиндрлар
- ✓ бактериялар.

Диагноз бактериологиялық зерттеумен анықталады. Зәрде көп мөлшерде лейкоциттер және микробтар анықталады. 1мл зәрде 100000 астам микроорганизм анықталса дәлелденеді.

Қанда:

- ✓ нейтрофилді лейкоцитоз,
- ✓ анэозинофилия,
- ✓ Ауыр жағдайларда лейкоцитоз лейкопенияға ауысады, болжамы қолайсыз.

Жедел пиелонефрит. Диагностикасы.

Анамнезі (сүлелі аурулардың болуы не жуырда жедел іріңді процестің болуы)

Дизуриямен қатар қызба, бел аймағындағы ауырсыну, зәрдің салыстырмалы тығыздығының жоғары кезінде олигурия, пиурия, протеинурия, гематурия, бактериурия тән.

Зәрдегі **патологиялық элементтер** кез келген жедел іріңді ауруларда анықталатыны ескеру керек және пиурия бүйректен тыс болуы мүмкін(отырықшы без, төменгі зәр жолдары).

Рентгенограммада бүйректердің біреуінің көлемінің ұлғайғанын анықтаймыз

Экскреторлық урографияда —тыныс кезінде зақымдалғаг бүйректің қозғалысының шектелуі, зақымдалғаг жақтан зәр шығару жолдарының көлеңкелерінің болмауы не кеш пайда болуы.

Тостағаншалар мен лоханкалардың басылуы, бір не бірнеше тостағаншалардың ампутациясы карбункулдың болуын көрсетеді.

Сүлелі пиелонефрит

себептері:

- Уродинамиканың бұзылысы
- ошақты инфекция
- тұрақсыз ем

Сүлелі пиелонефрит науқастардың 15% сүлелі бүйрек жетіспеушілігінің себебі болып табылады.

Науқастардың көбінде сүлелі пиелонефрит жас кезінде әсіресе қыздарда пайда болады.

Сүлелі пиелонефрит. Клиникасы.

- көп жылдар бойы жасырын өтеді (симптомсыз) және зәрді тексерген кезде ғана анықталуы мүмкін (жасырын кезеңі, ремиссия кезеңі).
- жиі басының ауыруы
- зақымдалған бүйрек жақтан тұрақты түрдегі бел аймағындағы ауырсыну
- науқастардың көбінде дизуриялық көріністер болмайды
- сүлелі пиелонефриттің өршуінде жедел пиелонефритке тән симптомдар болады
- өршу кезеңінде науқастардың тек 20% температура жоғарлайды.
- дер кезінде емделмесе бүйрек жетіспеушілігімен асқынуы мүмкін.

Сүлелі пиелонефрит. Диагностикасы .

Зәрде :

- зәрдің тұнбасында лейкоциттердің басым болуы.
- бірақта бүйректердің бүрісуіне байланысты зәр синдромының айқындылығы төмендейді.
- зәрдің салыстырмалы тығыздығы қалыпты сақталынады.
- Диагностикасы үшін зәрде белсенді лейкоциттердің анықталуының маңызы зор.
- үрдістің асқынуында бактериурия анықталады. Егер 1мл зәрдегі бактериялар 100 000 асса, антибиотикке сезімталдығын анықтау керек.

Сүлелі пиелонефрит. Диагностикасы.

Бүйректердің қызметін зерттейміз:

1. хромоцистоскопиямен,
2. экскреторлы урографиямен,
3. Клиренс-әдісімен
4. Радионуклидтік әдіспен(ренография гиппуранмен, бүйректерді сканирлеу).

Инфузиялық урографияда анықтайды

1. Бүйректердің концентрациялық қабілетінің төмендеуі,
2. Рентгеноконтрастты заттардың бөлінуінің баяулауы
3. Жергілікті спазмдар және тостағаншалар мен лоханкалардың деформациясы
4. Келесі спастикалық фазасы атонияға ауысады, тостағаншалар мен лоханкалар кеңиді.
5. Содан кейін тостағаншалардың жиектері саңырауқұлақтар тәрізді формаға енеді, ал тостағаншалар жақындай түседі.
6. Инфузиялық урография қандағы мочевиная 1г/л төмен болған жағдайда ғана ақпаратты.
7. Диагностикасы анықталмаған жағдайларда бүйрек биопсиясын жасайды.

Сүлелі пиелонефрит. Диагностикасы.

Лабораторлы критерилері.

А) өршу кезеңіне тән:

- зәрдің саластырмалы тығыздығының төмендеуі;
- протеинурия тәуліктік белокты жоғалту 1,5 - 2 г жоғары емес;
- лейкоцитурия;
- бактериурия 10 колониядан жоғары 1 мл зәрде;
- полиурия.

Б) өршу кезеңінде жиі кездеседі:

- микрогематурия;
- цилиндрурия;
- оң жедел фазалы реакциялар;
- ацидоз.

В) ремиссия кезінде жиі (әр қашан емес) шектелген лейкоцитурия анықталады. Зәр тұнбасында қалған жасушаларды есептеу сынамасын қолдану (Нечипоренко, Каковского - Аддиса) жасырын лейкоцитурияны анықтауға мүмкіндік береді.

Пиелонефрит. Емі.

Жедел ағымында:

1. Төсектік тәртіп(қызба кезінде),
2. үстел № 7а,
3. Күніне 2—2,5 л сұйықтық қабылдау.
4. Кейін диетаға қосамыз, белок және майларды көбейтеміз.

Реконвалесценция кезеңінде (4 — 6 аптадан кейін)

1. Кеңейтілген тәртіп.
2. Үстел жалпы, экстрактивті азық түлікті шектеумен,
3. тұз (5 - 8 г тәулігіне),
4. Жеткілікті көлемдегі сұйықтықпен (2 л тәулігіне) минералды сулар, морс, шөп тұнбалары.

Эмпириялық антибактериалық ем

Науқастардың топтары	Ұсынылатын тәртіптік ем	Ескерту
Жедел пиелонефрит немесе стационардан тыс сүлелінің асқынуы	Амокисциллин/клавулонат 0,375 х 3 р.д. Цефуроксим аксетил 0,25 х 2 р.д. Цефтибутен 0,4 1 р.д. Фторхинолон ¹ Ко-тримоксазол 0,96 2 р.	Препараттарды ішке қабылдаған дұрыс. Ауыр ағымында баспалдақтық ем (к/т және per os). Ем ұзақтығы: жедел – 10-14 күн; өршуі – 14-21 күн. Ем соңында қоздырғыштың қайта өршуінде емді 32 аптаға ұзарту.
Ауыр ағымды пиелонефрит – ауруханаға жатқызылған науқастар	Фторхинолон в/в ² Гентамицин 0,8 х 3 р.д. Цефалоспорин III поколения	Стационардазәрді емге дейін және емнен кейін себу.

1 – норфлоксацин 0,4 г х 2 р.д.; ципрофлоксацин 0,25 г х 2 р.д.; офлоксацин 0,2 г х 2 р.д.; пефлоксацин 0,4 г х 2 р.д.; левофлоксацин 0.25-0.5 г х 1 р.д.; ломефлоксацин 0,5 г х 1 р.д.; моксифлоксацин 0,4 г х 1 р.д.

2 – ципрофлоксацин 0,2 х 2 р; офлоксацин 0,2 г х 2 р.д.; пефлоксацин 0,4 г х 2 р.д.; левофлоксацин 0.5 г х 1 р.д.