

# Бүйрек туберкулезі



615 ВОП Искакова Б.Б.

**Бүйрек туберкулезі** – бүйрек паренхимасының спецификалық микроорганизм микобактерия туберкулездің әсерінен инфекциялық зақымдалуы. Өкпеден тыс туберкулездердің ішінде 1орынды алады.

Зақымдаушы – бактерия бөлуші науқас. Микобактерия организмге енгеннен кейін бірден гематогенді жолмен бүйректе жайылуы қауіпі жоғары. Кейде өкпеде ошақтар пайда болғаннан кейін бүйректі зақымдауы мүмкін.

# Микобактерияның гематогенді жолмен таралуының ерекшелігі бүйректің қан айналым жүйесіне байланысты

Кең микроциркуляторлы тамыр(русло) . Кішкентай артериялар көптігі

Тамырлардың интерстициальді тінмен тығыз байланысы

Бүйрек клубочкаларындағы баяу қан ағысы

**Осы ерекшеліктері бүйректе көптеген ошақтардың пайда болуына, әсіресе қыртыс асты қабатта пайда болады.**

**Спецификалық иммунитеттің төмендеуі туб-з дамуының ең негізгі факторы. Гематогенді таралудан 2бүйрек те зақымдалады, бірақ патологиялық процесс біржақтыға ауысуы мүмкін.**

**Патологиялық процесстің дамуына бүйректің басқа бұзылыстары жағдай туғызуы мүмкін:**

- созылмалы пиелонефрит**
- уродинамикалық бұзылыстар (бүйрек тас, несеппағар тас)**

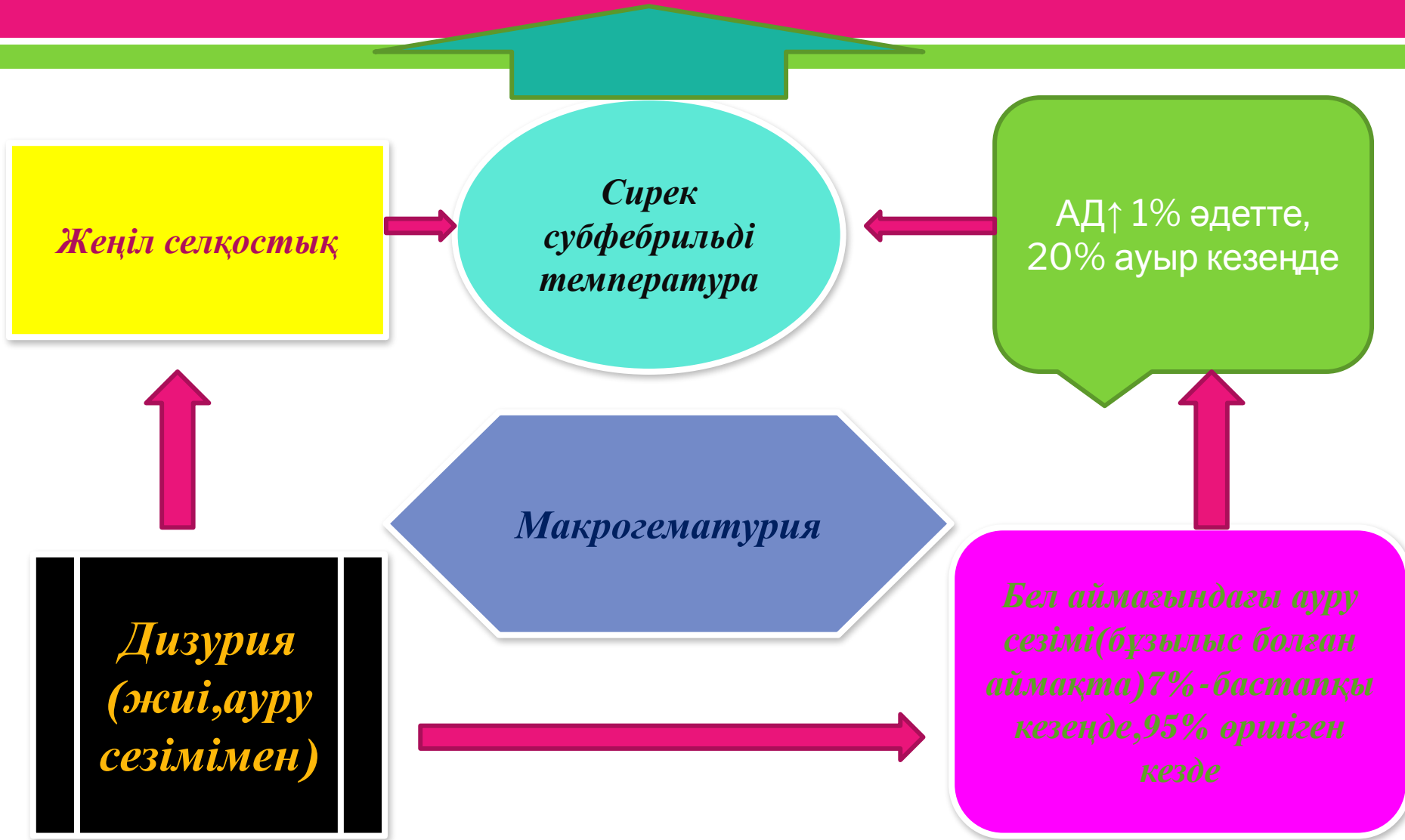
# Классификация

## клинико-рентгенологиялық ерекшелігіне қарай

Бүйрек паренхимасының туберкулезі	Туберкулезді папиллит	Бүйректің кавернозды туберкулезі	Бүйректің фиброзды-кавернозды туберкулезі	Бүйректің некроздануы (омлетворение)
Медулялы аймақта, бүйрек қыртысындағы көп ошақтармен сипатталады.	Айқын деструкциялық өзгерістермен, бүйрек өзегін (сасок) зақымдаумен жүреді.	Бірнеше деструктивті ошақтардың бірігуі, фиброзды капсула түзіліп, чашечно-лоханечное жүйені зақымдайды, ол бүйректің казеозды ағару (просвет), бүйректе тесік (полост) бір немесе бірнеше п. б.	Папиллит фонында дамиды, бір/бірнеше тостағаншаның мойны зақымдалады, олар ығысып облитерацияға ұшырайды. Бұдан деструктивті ірінді қуыс п.б.	Айқын патологиялық ошақтан, тіндік пролиферация мен зақымдану аймағының кальций тұздарының сорылуы нәтижесінде казеома мен туберкулемалар п.б.

# Симптомдар

## Негізгі спецификалық симптомдар жоқ



# Диагностика

- Анамнез
- ОАМ: протеинурия;  
лейкоцитурия;  
микрогематурия;  
қышқылдық реакция+
- Посев мочи: өзгеріссіз (асептикалық пиурия)
- Бактериологиялық з/у;
- ПЦР диагностикасы: сезімталдылығы 94%;
- ИФА;
- Туберкулинодиагностика (зәрде формалық эл-ң ұлғаюы)

- УЗИ:(ерте сатыда анықталмайды). Каверна (дөңгелек, жоғары экзогенді түзілім, қалың капсулалы). Бұл әдіс арқылы: динамикалық бақылауға және ремиссия сатысын анықтауға болады.
  - Рентген: зақымданған бүйрек контурының күшеюі;
  - КТ: ошақты деструкция, члс-мен қатысатын регионарлы лимфа түйіндерінің қатысуын анықтайды.
  - Бүйректі радионуклидті з/у: Бүйректің функционалді белсенділігін (жалпы/сегментарлы) бағалайды. Туберкулинмен бірге қолдануға болады. Бұл кезде функ. белсенділігі төмендеген спецификалық процесстердің бар екендігіне көз жеткізе аламыз.
  - Морфологиялық зерттеу: қуықтың шырышты қабатынан Пирагов-Лангганс жасушаларын табуға болады.
- Биопсия эффективті емес.



# *Емі*

## *I. Негізгі топ*

- *гидрозид изоникотинді қышқылы (изопринозин);*
- *Рифампицин*
- *Этамбутол*
- *Стрептомицин*

## *II. Қосымша (резерв)*

- *Этионамид*
- *Протионамид*
- *Циклосерин*
- *Аминосалицил қышқылы*
- *Канамицин*

## *Қорытынды:*

*Уақытылы анықталып, емделсе – жағымды.*

## Дифференциалды диагностика:

- гидронефроз;
- уретрогидронефроз;
- пиелонефрит;
- медулярлы некроз;
- жедел ірінді пиелонефрит