

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАГЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**

Балалар пиелонефриті

*Орындаған: Ордабеков А.
Тобы: ЖМ 16-02*

Пиелонефрит-

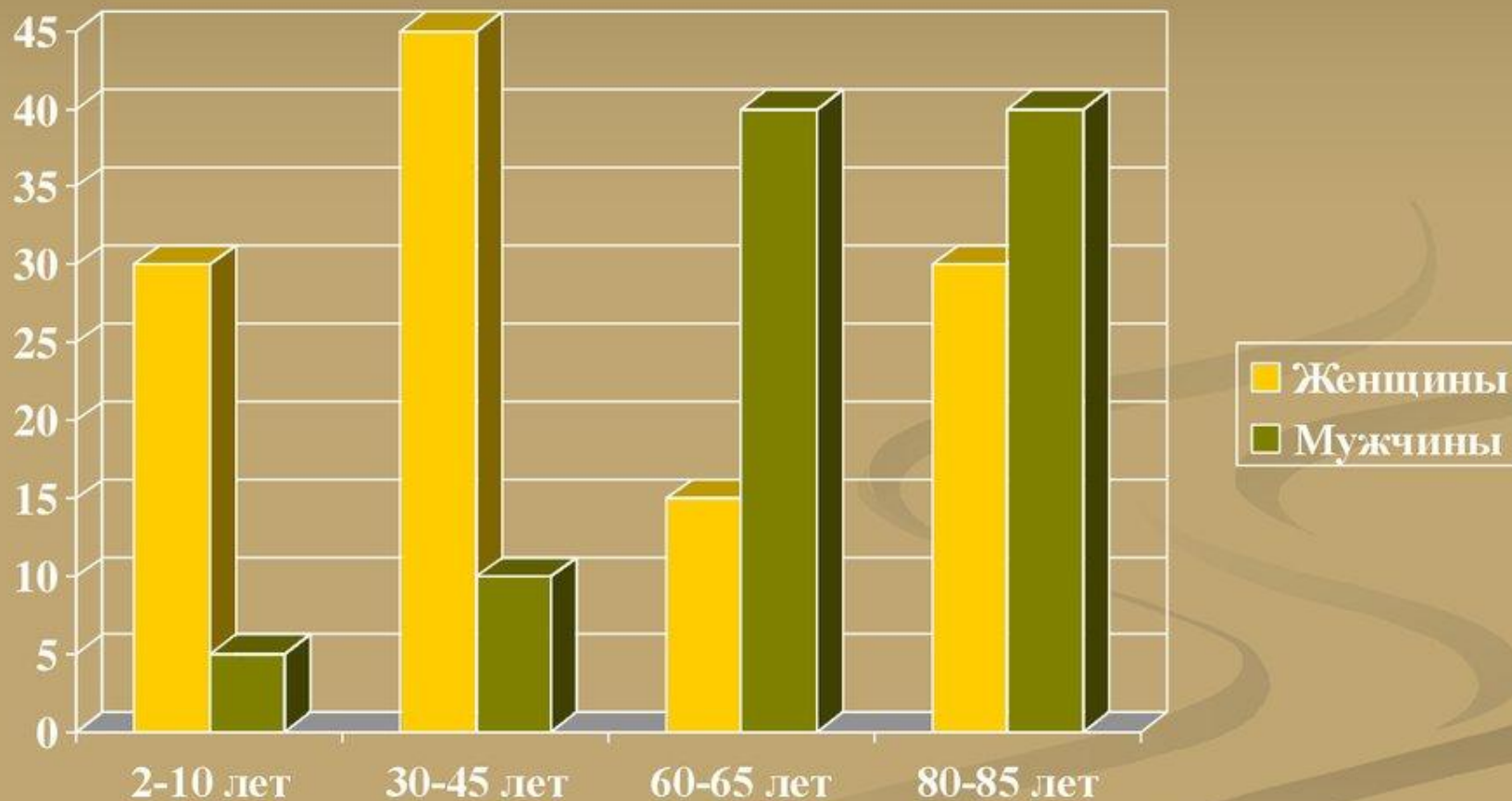
- Пиелонефрит – бүйректің түбекшесін, тостағаншаларын, милы және қыртысты затын қамтитын бейспецификалық-инфекционды қабыну



Ерте жаста балардағы пиелонефрит

- Жаңа туылған баларда 1-2,9% жағдай.
- Вербицко В.И айтуы бойынша бір жасқа дейін көбінесе ул балдар, ал 2-15 жас аралығында қыз балдар сырқаттанады.

Ерлер мен әйелдер арасындағы аурудың таралу жылдамдығы



Пиелонефрит этиологиясы:

Ішек таяқшасы,
протей,
стрептококк,
стафилококк,
энтерококк,
клебсиелла
вирустар, т.б. қоздырғыштар жатады

Пиолонефриттің этиологиялық структурасы бойынша 1 жасқа дейінгі балардады зерттеу

- *E.coli* (44,4%)
- *Proteus* (47%)
- *Klebsiella pneumonia* (3,2%)
- *Pseiidomonas aeruginosa* (1,6%)

ұл баларда пиолонефриттің *E.coli* (73,5%), ал
кыздарда -*Proteus* (75,9%)

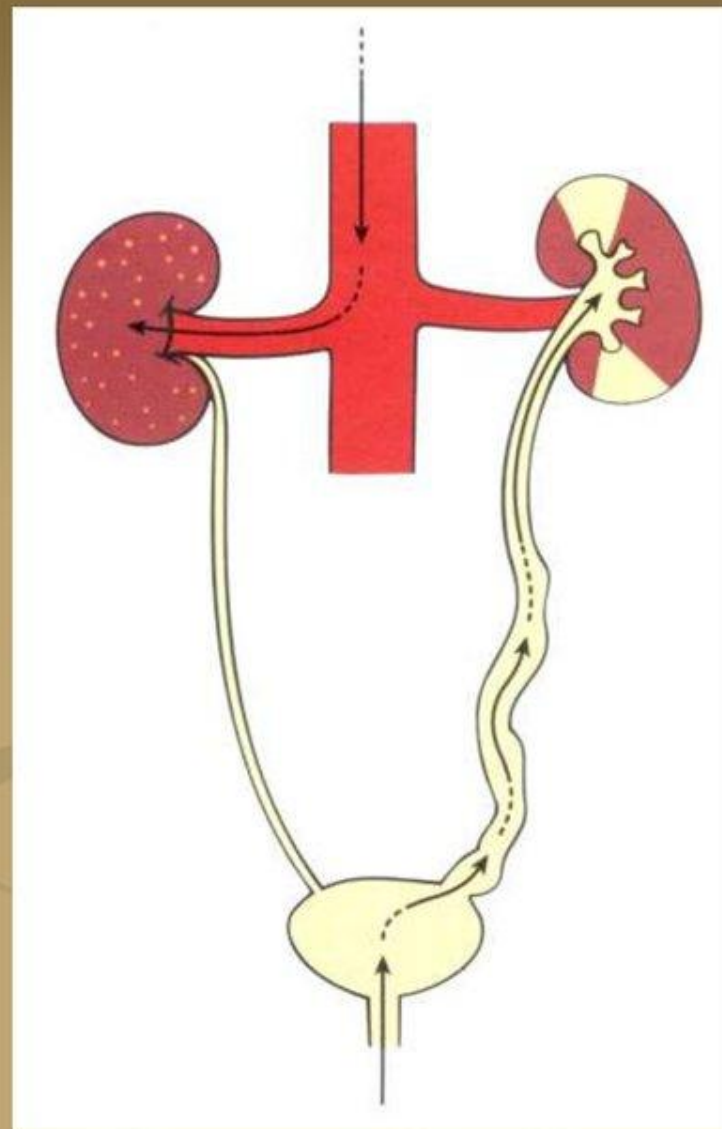
Ішек таяқшасының вируленттігі :

- Серотиптері: 01, 02, 04, 06, 07, 075, 0150.



Инфекцияның жұғу жолдары

- Гематогенді
- Өрлеуші немесе урогенді
- Контакті (аз кездеседі ішек инфекциясының ауыр турлерінде, ретроперитональді абсцессте)
- Лимфогенді



Пиелонефриттің патогенезі:

Жұқпаның төменнен жоғары қарай зәр жолдарымен көтерілуі немесе қан арқылы түсуі алғашқы айлардағы сәбилерде дамиды. Жұқпаның лимфогендік жолмен жұғуы сирек кездеседі. Барлық жағдайда да уродинамиканың бұзылуы шарт. Пиелонефриттің дамуына баланың жалпы жағдайы, иммундық қорғаныс жағдайы бұзылу әсері зор. Нәрестелерде пиелонефрит ананың жұқпаларынан, сепсистен, асфиксиядан пайда болуы мүмкін. Бір жасқа дейінгі балаларда пиелонефриттер туа біткен ақаулар, зәр бөлу жүйесінің жүйкелі реттеуі бұзылыстары, іш ауруы, эксикоз, гипокалиемиа, пневмония, рахит, гипотрофия, Д-гипердәрумендігі әсерінен де дамиды. Үлкенірек балаларда құрттар инвазиясы, дәрі-дәрмек, аллергия салдарынан болады. Қыз балаларда аурудың дамуы зәр жолының қысқалығына байланысты.

Пиелонефриттің классификациясы



Балалардағы пиелонефриттің жалпы клиникасы:

Бүйректің қабынуы мен баланың жасына байланысты болады. Жаңа туған нәрестенің пиелонефриті жедел басталады, бірақ алғашқы күндері дене қызуы онша жоғары болмайды, тек субфебрильді түрде ғана көтеріледі. Кейін дене қызуы біресе қатты көтеріліп, біресе төмен түсіп отырады. Бүйрек қабынуының ауыр түрлерінде дене қызуы аурудың ауыртпалығына сәйкес тұрақты көтеріледі. Сонымен қатар, кейде дене қызуы күрт төмен түсіп кетуі де ықтимал. Диспепсиялық ауытқулар да байқалады: бала құсады, іші өтеді. пиелонефриттің алғашқы белгісіне зәрмен бірге іріңнің және микробтың бөлінуі жатады. Баланың бүйірі қатты ауырады, несептардың бойымен төмен қарай ауырсыну белгілері артады. Бүйректің тұсын алақанның қырымен ақырын соққанда ауырсынып, Пастернацкий симптомы байқалады, кейде цистит белгілері байқалады.



Клиникалық көріністері

- Біріншілік пиелонефрит клиникасы: Жедел дамидын пиелонефрит кәдімгі жұқпалы ауыр ауру сияқты білінеді де, науқастың бүкіл өне бойынан, әбден уланып қалған сәтке тән белгілер көрініс береді. Гематогенді пиелонефрит жиі қалтыраумен басталады; Дене қызуы көтеріліп, бірнеше сағаттан кейін күрт түседі; Ағыл-тегіл тер шығып, денесі босаңсиды, әлсірейді; Пульсі мен тынысы жиілейді; Жүрек айну, құсу артып, адинамия пайда болады; Ұйқысы қашады, денесі ауырады, организмнің тез сусыздануына байланысты денесі әлсіреп, бет-әлпеті сольп, түрі өзгереді; Алғашқы тәуліктің аяғына қарай бел тұсы қатты ауырып, мазалай бастайды; Үш-төрт күннен кейін дертке ұшыраған бүйрек пальпация кезінде ауырсынып, алақанға қап-қатты болып білінеді; Біртіндеп дене қалтырауы азайып, қызуы төмендейді; 7-9-күнге қарай көңіл-күйі жақсарып, тамаққа тәбеті ашылады. Біріншілік жедел дамидын сирнелі пиелонефритпен ауырған балаларда, көпшілік жағдайда, осындай клиникалық көріністер байқалады.

Екіншілік пиелонефрит клиникасы: Екіншілік жедел дамиды пиелонефрит, көбінесе бүйрек шаншуы ұстағаннан кейін, немесе зәрі кенеттен тоқтап қалғанда дамиды. Оның 80% ірінді болады және клиникасы ерте басталады, сондықтан диагноз қою оңай болады. Науқастың денесі қатты қалтырап, қызуы 40°C-қа дейін көтеріледі; Тер моншақтап ағып, денесі әлсізденіп, басы ауырып, төсек тартып жатып қалады; Тілі құрғайды, көзінің ағы сарғыш тартады, бауыры үлкейеді; Зәрдін мөлшері азаяды немесе мүлдем жоғалады, кейде қанмен араласып шығады; Қан құрамында қалдық азот жоғарылайды; Бүйректің ауруы күшейе түседі; Псоас симптомы дамуы мүмкін.

Диагностикасы

- Жалпы қан талдауы: Лейкоцитоз, лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы;
- Жалпы 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.

Дифференциалды диагноз

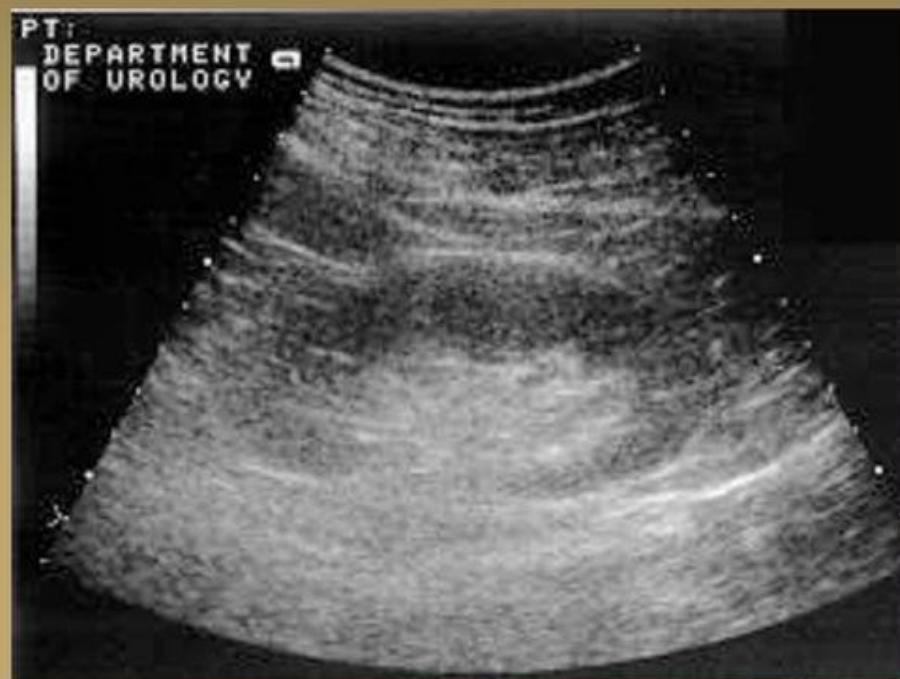
Белгі	Созылмалы тубулоинтерстициальді нефрит	Созылмалы обструктивті пиелонефрит
Қызба	жоқ	Жіті фазада
УДЗ	жоқ	Обструктивті өзгерістер (тостағаншаның кеңеюі)
Анамнез, дәрілер, токсиндер	+	-
Қан анализі	Тән емес	Жоғары ЭТЖ, лейкоцитоз
Зәр	Лейкоцитурия	Л-урия, бактериурия
Концентрация функциясының төмендеуі	+	+

- 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 пиелоктазия көрінеді. Ходсон симптомын анықтайды -бүйрек паренхимасының полюстер жағынан жұқаруы.

УЗИ



Дилатация чашечно-лоханочной системы – обструктивный пиелонефрит.

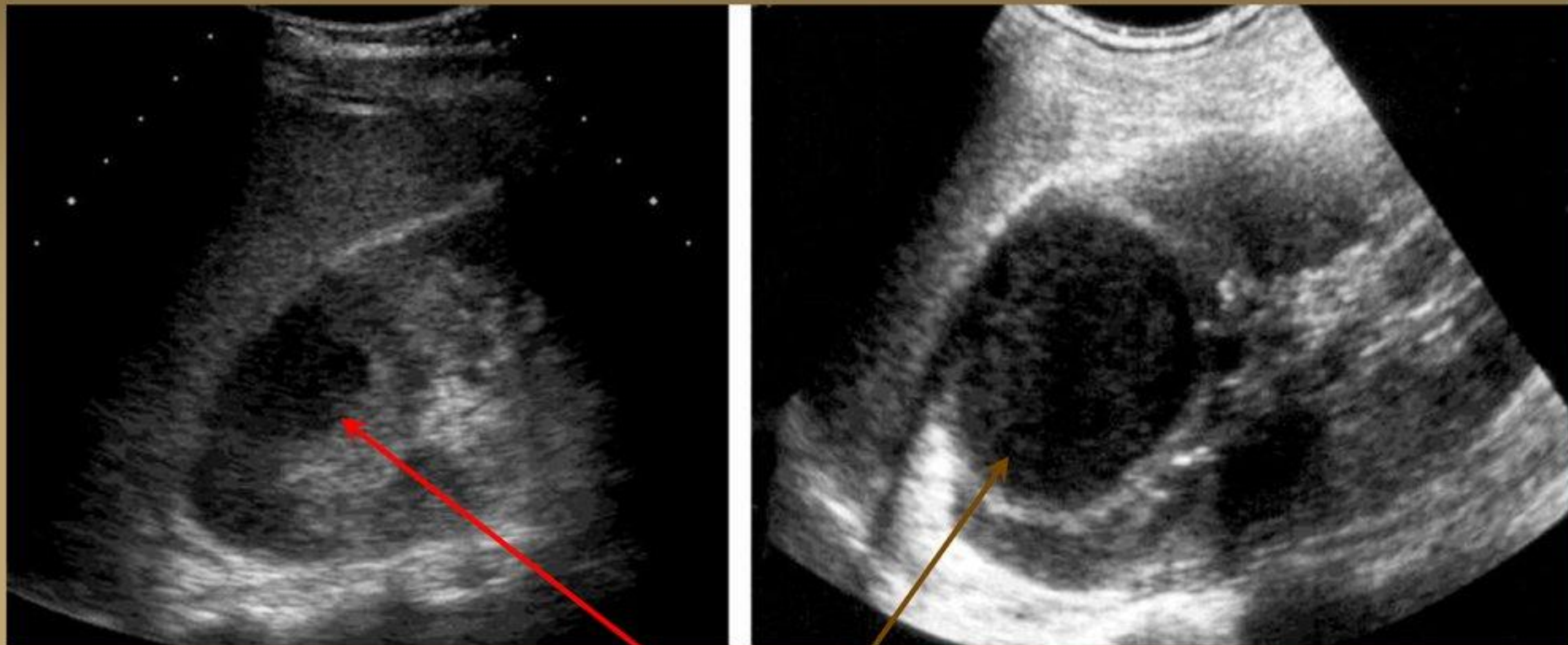


Нет дилатации – необструктивный пиелонефрит.

Определение подвижности почек при дыхании

На стороне поражения подвижность почки ограничена

УЗИ почек



Очаги гнойной деструкции паренхимы

Емі

Пиелонефрит

Біріншілікті

Екіншілікті

Этиотропты терапия
Патогенетикалық терапия
Симптоматикалық терапия
Иммунды терапия

Себепін анықтау керек,
Этиотропты.
патогенетикалық.
иммунды.
симптоматикалық
терапия

Аурудың негізгі емі ұзақ уақытқа (бірнеше ай) созылады. Негізгі емі - антибиотикотерапия. Антибиотиктерді зәрден бөлінген қоздырғыштың антибиотиктерге сезімталдығын белгілегеннен кейін балаға береді. Көбіне, пенициллиндерді, аминогликозидтерді, цефалоспориндерді қолданады. Сульфаниламидтер арасында – бисептолға және сульфаленге артықшылық беріледі. Диспепсиялық жағдайларды азайту үшін нитрофурандық дәрілер қолданылады (фурагин, фураднин, фуразолидон). Оларды А,С, Е, В6 дәрумендермен бірге беру керек. Пиелонефриттің ауыр түрінде тамыр арқылы солафур, фурокример белгілейді; налидоксин қышқылының препараттарын беруге болады (невиграмон 50-60 мг/кг тәулігіне, неграм), никодин, 5-НОК (8-10 мг/кг тәулігіне). Шаншып ауырған кезде но-шпа, папаверин сияқты спазмолитиктер беріледі. Токсикоз белгілері болса, инфузиямен ерітінділер жіберіледі. Емнің ұзақтығы 2 айдан кем болмауы жөн