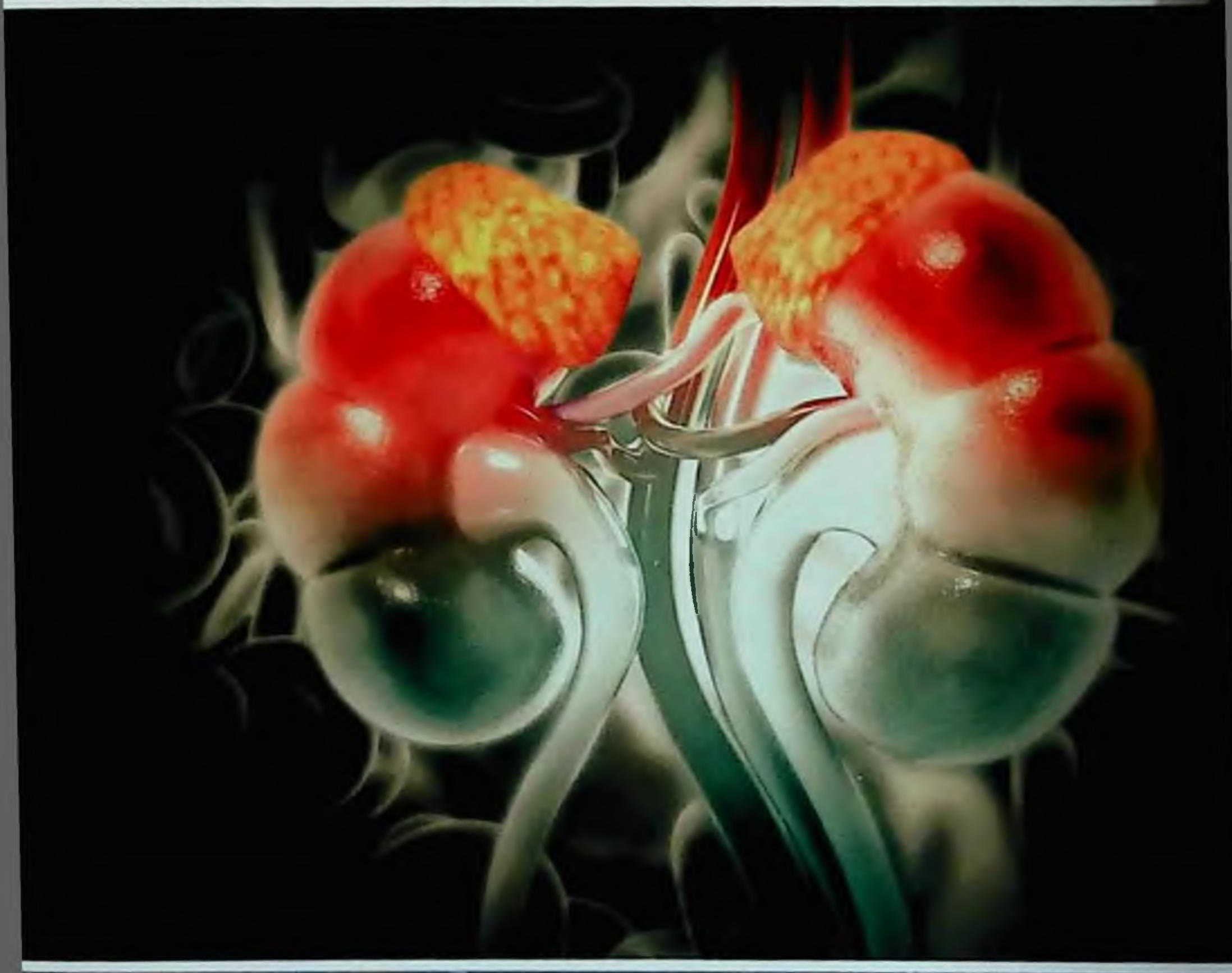


610-1-23
7 870

TURAEVA NAFISA OMANOVNA
BOLALARDA O'TKIR PIELONEFRIT

O'QUV - USLUBIY QO'LLANMA



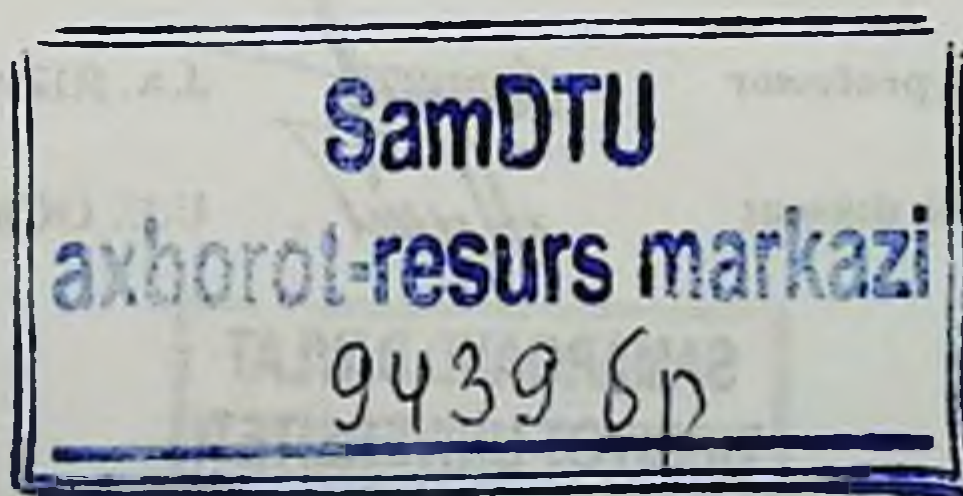
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

TURAEVA N.O.

BOLALARDA O‘TKIR PIELONEFRIT

Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari uchun

O‘QUV – USLUBIY QO‘LLANMA



SAMARQAND – 2023

Tuzuvchilar:

Turaeva N.O - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 3-son pediatriya va tibbiy genetika kafedrası PhD v/b dots.

Taqrizchilar:

Sh.T. Muxamedova - BuxTI Bolalar kasalliklari propedevtkasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri PhD, dots.

D.T.Rabbimova - SamDTU bolalar kasalliklari propedevtkasi kafedrası mudiri, dotsent, t.f.d.

O'quv-uslubiy qo'llanmada keltirilgan ma'lumotlar pediatrlar, talabalarda klinik qiziqish uyg'otadi degan umiddamiz.

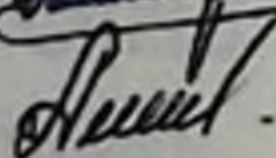
O'quv-uslubiy qo'llanma SamDTU Ilmiy kengashining yig'ilishida ko'rib chiqildi va nashrga tavsiya etildi. (2023 yil "29" mart, 8-sonli bayonnoma)

Ilmiy kengash raisi, professor

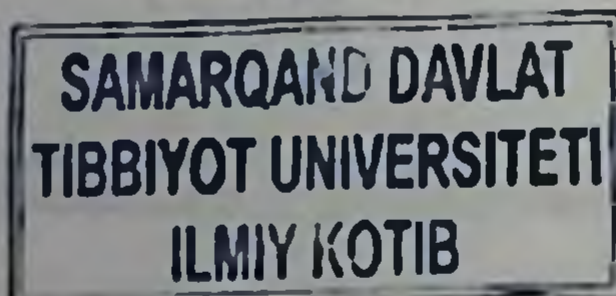


J.A. RIZAYEV

Ilmiy kengash kotibi, dotsent



U.U. OCHILOV



MUNDARIJA

KIRISH..... 4
BOLALARDA O'TKIR PIYELONEFRIT KASALLIGI..... 5
BOLALARDA O'TKIR PIYELONEFRIT KASSALLIGI 7
O'TKIR PIYELONEFRIT 13
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI..... 35

KIRISH

Piyelonefrit buyrak kasalliklari ichida eng keng tarqalgan bo'lib, hamma kasalliklar orasida O'RKdan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Kasallik yoshi kata aholi va bolalar o'rtasida keng tarqalgan bo'lib, uzoq kechadi, bir qator holatlarda esa mehnat qobiliyatining yo'qolishiga olib keladi. Piyelonefrit va glomerulomefrit surunkali yetishmovchilikni keltirib chiqaruvchi eng ko'p uchraydigan sabablardan biri ekanligi bilish juda muhimdir. Oxirgi o'n yillikda erta yoshdagi bolalarda siydik ajratish tizimi organlarining kasalliklariga ko'proq e'tibor berilmoqda. Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda aniq ifodalangan biq qator buyrak kasalliklari o'zining dastlabki manbalarini antenatal va perinatal davrlardan olishi yanada yaqqollashib bordi. Asosiy sabablarga, bola tug'ilishi vaqtida mavjud bo'lgan va siydik ajratish tizimi organlari patologiyasini belgilovchi nasliy va teratogen omillar (homiladorlikning turli muddatlarida homila rivojlanishining buzilishlarini chaqiruvchi atrof-muhitning salbiy omillari), buyrak to'qimasining gipoksik-ishimek zararlanishi, bachadon ichi va intranatal infeksiyalar kiradi. Epidimiologik ma'lumotlarga ko'ra, siydik ajratish tizimi organlari rivojlanishining tug'ma nuqsonlari, ikkilamchi pielonefrit rivojlanishini keltirib chiqaruvchi hamma tug'ma nuqsonlarning 30 % ni tashkil qiladi.

Berilgan o'quv-uslubiy qo'llanmada bolalarda o'tkir pielonefritni erta aniqlash va davolash masalalari, etiologiyasi, patogenezini, klassifikatsiyasi, klinikasi, tashxislanishi, zamonaviy davolash usullari ko'rib chiqilgan. O'quv-uslubiy qo'llanma tibbiyot OO'Yu talabalari uchun o'quv dasturlari talablariga muvofiq yozilgan. U tibbiyot oliygohlari talabalariga, magistr'larga, umumiy amaliyot shifokorlariga va pediatri'larga mo'ljallangan.

**MAVZU: BOLALARDA O'TKIR PIYELONEFRIT
KASALLIGI.**

Mashg'ulot o'tkaziladigan joy: SamTU 1-son klinikasining bolalar bo'limi.

Predmetlar: kompyuter, www.mt.sammi.uz materiallari

Mashg'ulot davomiyligi: 6 soat

Mashg'ulot maqsadi: Bolalarda o'tkir piyelonefritning etiologiyasini, patogenezini, klinikasini, tashxislanishi, davolashni o'rganish.

Talaba bilishi kerak:

- Bolalarda o'tkir pielonefritning (O'PN) epidimiologiyasini.
- Bolalarda O'PN etiologiyasini.
- Bolalarda O'PN patogenezini.
- Bolalarda O'PN klassifikatsiyasini
- Bolalarda O'PN tashxislanishini.
- Bolalarda O'PN klinikasini.
- O'PN bo'lgan bolalarda laborator ma'lumotlarining tahlilini.

➤ Bolalarda O'PNni davolash printsiplarini.

➤ Bolalarda O'PN asoratlarini.

Talaba bajara olishi kerak:

- Kasallikning asosiy klinik belgilarini aniqlay olishi.
- O'PN bo'lgan bolalarda kerakli laborator va instrumental tadqiqotlarni o'tkaza bilishi.
- O'PN bo'lgan birinchi yordam ko'rsata olishi.
- O'PN bo'lgan bolalarga to'g'ri ovqatlanish ratsionini tuza bilishi.

➤ Davolash taktikasini to'g'ri tanlay bilish.

Asoslanish: umumiy amaliyot shifokori uchun bolalarda o'tkir pielonefrit mavzusi bo'yicha nazariy va amaliy bilimlar bilimlarning muhim qismi bo'lib, tibbiy yordamning birlamchi bo'g'inida o'qitish sifatini oshirishga yordam beradi.

Boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi.

Mavzu bo'yicha bilimlarini oshirish jarayonida talaba topografik anatomiya, normal va patologik fiziologiya, klinik farmakologiya, gistologiya fanlari bo'yicha olgan bilimlariga suyanadi. Bu talabaning amaliy mashg'ulotlarni to'laqonli va sifatli o'zlashtirishiga, hamda malakali umumiy amaliyot shifokorini tayyorlashga yordam beradi.

MAVZU MAZMUNI.

NAZARIY QISMI.

Mavzu bo'yicha o'zlashtiriladigan savollar:

1. Bolalarda o'tkir piyelonefrit (O'PN) epidemiologiyasi.
2. Bolalarda O'PN etiologiyasi
3. Bolalarda O'PN patogenezini
4. Bolalarda O'PN klassifikatsiyasi
5. Bolalarda O'PN tashxislanishi.
6. Bolalarda O'PN klinikasi.
7. O'PN bo'lgan bolalarda laborator ma'lumotlarining tahlili.
8. Bolalarda O'PNni davolash printsiplari.
9. Bolalarda O'PN asoratlari.

BOLALARDA O'TKIR PIYELONEFRIT KASSALLIGI

Piyelonefrit – bu buyrakdagi yallig'lanish jarayoni bo'lib, bu jarayonga buyrakdagi hamma tuzilmalar tortiladi. Piyelonefrit surunkali buyrak yetishmovchiligini (buyrak o'zining asasiy vazifalarini amalga oshirolmaydigan holat) keltirib chiqaruvchi sabablar orasida 3-o'rinni egallaydi. Qizlar o'g'il bolalarga nisbatan 5 barobar ko'proq piyelonefrit bilan kasallanadi, bu ularning siydik tanosil tizimining anatomik tuzilishidagi xususiyatlari bilan bog'liq.

KLASSIFIKATSIYASI

Zararlangan buyraklar soniga qarab

- Ikki tomonlama
- Bir tomonlama

Kelib chiqish sharoitlariga ko'ra

- Birlamchi
- Ikkilamchi

Kechishiga ko'ra

- O'tkir
- Surunkali

Infeksion agentning kirish yo'liga qarab:

- Gematogen
- Yuqoriga ko'tariluvchi
- Limfogen siydik ajratish yo'llarining o'tkazuvchanlik

holatiga qarab:

- Obstruktiv
- Obstruktiv bo'lmagan

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZ

Piyelonefrit- bitta yoki ikkala buyrakning nospetsifik mikrob-yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan buyrakning tubulointerstitsial to'qimasi va kosacha-jomlar tizimining zararlanishi bilan xarakterlanadi. Buyrakda yallig'lanish rivojlanishi uchun bir necha omillar zarur:

- Mikrobl component
- Organizm umumiy holatining o'zgarishi
- Siydikning siydik ajratish yo'llari bo'yicha yurishining buzilishi (urodinamikaning buzilishi).

- Organizmning haddan tashqari sovuq qotishi.

Mikroblar buyrakka turli yo'llar bilan kiradi:

- Qon tomirlari bo'ylab (gematogen)
- Qovuqdan siydik nayi bo'ylab (qovuq-siydik nayi refluyuksi)

- Siydik nayining devori bo'ylab

Siydik ajratish yo'llarining o'tkazuvchanligiga qarab:

- Noobstruktiv

- Obstruktiv

O'tkir piyelonefrit shakllari

- Serozli

- Destruktiv

- Apostematozli piyelonefrit

- Buyrak karbunkuli

- Buyrak absessi

Surunkali piyelonefritning fazalari

- Latent

- Gipertenziv

- Remissiya

- Anemik

- Azotemik

- Simptomsiz

O'tkir piyelonefritning yakuni

- Tuzalish

- Jarayonning surunkalanishi

Surunkali piyelonefritning yakuni

- Buyraklarning ikkilamchi bujmayishi

- Pionefroz

Asoratlari

- O'tkir buyrak yetishmovchiligi (O'BYe)

- Surunkali buyrak yetishmovchiligi (O'BYe)

- Nekrotik papillit

- Paraneфrit

- Urosepsis

Kamdan-kam qo'yidagi ogir asoratlari ham uchraydi:

- Emfizematozli piyelonefrit
- Ksantogranulematozli piyelonefrit

Kassalikning asosiy sababi infeksiyon agent: bakteriyalar – ichak tayoqchasi (ko'pincha), kamroq- stafilokokk, streptokokk, enterokokk, vulgar protey va boshqalardir. Kasallikni yoki aralash flora (bir necha qo'zg'atuvchilarining mavjudligi surunkali pielonefrit uchun xarakterli), yoki bitta qo'zg'atuvchi (o'tkir jarayonlar uchun xarakterli) chaqiradi. O'tkir piyelonefrit bilan kasallangan 1 oylik bolalarda tortib 14 yoshgacha bo'lgan bolalar siydigining mikrob manzarasining tadqiqotlari quyidagilarni ko'rsatadi: *E. coli* 86,6% bemorlarda ekiladi, *Proteus spp.*- 8%, *Klebsiella pneumomae* -2% dan kam bemorlarda. Grammusbat kokklar faqatgina 3,6% o'tkir pielonefrit bilan kasallangan bemorlarda aniqlanadi. Surunkali obstruktiv pielonefritda *Klebsiella pneumomae* (18,7% bemorlarda), *Str. faecalis* (12,5% bemorlarda), *Pseudomonas aeruginosa* (6,2%) o'tkir pielonefritga nisbatan ahamyatli darajada ko'proq uchraydi.

Bakteriologik laboratoriyaning materiallari bo'yicha siydik ajratish tizimining infeksiyalari bo'lgan bemorlarda 88,4% holatlarda grammanfiy flora ekilgan va faqatgina 11,4% holatlarda grammusbat bakteriyalar aniqlangan. Eng ko'p ichak tayoqchasi uchragan (39,3). "Gospitalizatsiya qilingan" bemorlarning siydigidan *klebsiella* (21,9%) va sinegnoy tayoqchalari (10,3%) ning aniqlanish darajasi yuqori.

Aytib o'tish kerak-ki, ancahgina mikrob assotsiatsiyalari uchrab turadi (*E. coli* + *Str. faecalis*; *E. coli* + *Staph. saprophyticus*; *Str. Faecalis* + *Ent. Cloacae*; *Str. Faecalis* + *Staph. Epidermitidis*) va faqat 40,8% holatlarda monokultura aniqlangan. Pielonefritda hamma vaqt ham peshob bakteriologik tadqiqotlarining ijobiy natijalarini olib bo'lmaydi. So'nggi yillarda peshobdan mikroorganizmni aniqlash mumkin. Yallig'lanish jarayoni avval buyrakning mag'iz qatlamlarini shikastlaydi, keyin po'stloq moddasiga o'tadi va ikkilamchi nefronlarning koptokchalarini shikastlaydi, buning oqibatida buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin (rasm 1).

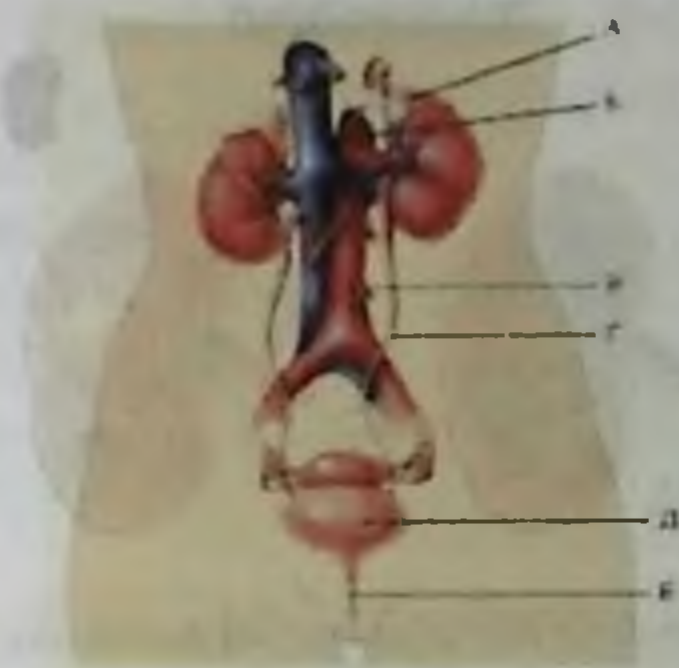


Rasm 1. Buyrak to'qimasining tuzilishi

Patologik jarayon asosan buyrakning interstitial to'qimasida lokallashadi. Infektsion jarayonning tarqalishiga qarab, interstitial to'qima birlamchi shikastlanadi (infektsiyaning gematogen yo'l bilan tarqalganida) va ikkilamchi (kosacha-jomchalardan yuqorilovchi yallig'lanish jarayonida). Bir qator holatlarda yallig'lanish jarayoni faqat buyrakning intersititsial to'qimasida lokallashadi, bunday yallig'lanish jarayoni interstitial nefrit deb nomlanadi. Piyelonefritning kelib chiqishida urodinamikaning buzilishiga olib keluvchi omillar kata ahamiyat kasb etadi (rasm 2).

Tashqi moyillik tug'diruvchi omillar: siydik tanosil organlar rivojlanishining tug'ma nuqsonlari (siydik nayining strikturasi va boshqalar), siydik tosh kasalligi, prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi va boshqalar.

Bundan tashqari, bolalarda va yoshi katta odamlarda patologik reflyukslarga, ayniqsa qovuq-siydik nayi reflyuksiga jiddiy ahamiyat beriladi. Bunday moyillik tug'diruvchi omillar siydikning turib qolishiga, unda mikroblarning ko'payishiga va infektsion agentning tarqalishiga qulay sharoit yaratib beradi. boshqalar) tekshirishda ham kelib chiqishi mumkin.



Rasm 2. Siydik chiqarish yo'llari tuzilishi

Kasallikning rivojlanishida tashqi omillardan tashqari, ichki surunkali infeksiyonlar ham muhim rol o'ynaydi.

Ichki moyillik tug'diruvchi omillar: karies; lor-a'zolarining yallig'lanishi; surunkali xoletsistit; terining yiringli kasalliklari;

Siydik tanosil soha a'zolarining yallig'lanish kasallilari (sistit, uretrit, ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanishi va boshqalardir).

Bolalarda piyelonefritning rivojlanishi uchun moyillik tug'diruvchi omillarga bolani sun'iy ovqatlantirishni erta boshlash, raxit, diatez, nefroptoz va boshqalar kiradi.

Ba'zi jigar kasalliklari, sil, qandli diabet, gipovitaminoz holatlari kabi somatik patologiyalar ham piyelonefritning kelib chiqishi uchun zamin yaratadi.

O'tkir piyelonefritning surunkali pielonefritga o'tishi uchun protoplastlar va L-shakldagi bakteriyalar katta ahamiyat kasb etadi. Ular antibakterial davolash o'tkazish natijasida paydo bo'ladi, mikroorganizmlar davolash paytida o'zlarining hujayra qobig'ini yo'qotadi, u medikamentoz davolash kursi tugaganidan so'ng tiklanishi mumkin, bu esa bakteriyalarning keyingi ko'payishiga olib keladi. So'nggi vaqtlarda pielonefrit kelib chiqishida ba'zi viruslarning etiologik ahamiyati to'g'risidagi masala ko'tarilmoqda.

Piyelonefritning patogenezida bir qator sindromlarni ko'rsatib o'tish mumkin: yallig'lanish, urodinamik buzilishlar va immunosupressiyalar (rasm3).



Rasm 3. O'tkir piyelonefrit patogenezi

Asosiy sindromlar: intoksikatsiya, og'riq va dizuriya. Erta yoshdagi bolalarning klinik manzarasida intoksikatsiya sindromi ustunlik qiladi, dizuretik holatlar sust ifodalangan. Emizikli bolalarda suv-tuz, oqsil almashinuvi, jigar, buyrak usti bezi, MAT funksiyalarining buzilishi tez rivojlanadi. Surunkali piyelonefrit bilan kasallangan yoshi katta bolalarda ham intoksikatsiya holatlari ustunlik qilishi mumkin, dizuretik buzilishlar 1/3 qism bemorlarda kuzatiladi. Odatda birlamchi (siydik chiqishining buzilishi bilan bog'liq bo'lmagan) va ikkilamchi piyelonefritlar bo'ladi. Birlamchi piyelonefritlarga moyillik tug'diruvchi omillar bu turli stressor omillardir, ikkilamchi piyelonefritlar uchun buyrak tuzlishining nuqsonlari va siydik chiqishining buzilishidir.

Piyelonefrit birlamchi bolaning siydik ajratish tizimida biror xil o'zgarishlar bo'lmaganda) va ikkilamchi (siydik ajratish tizimida biror xil o'zgarishlar bo'lganda: toshlar, jomcha-siydik-nayi torayishi), bir tomonlama va ikki tomonlama, o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir piyelonefritda asosan katta yoshlilarda uchraydigan va buyrakda yiringli o'choqlarning hosil bo'lishi bilan xarakterlanadigan yiringli shakllarni alohida ko'rsatish mumkin.

Patologik anatomiya

Infektsiya, buyrakga yoki jomchaga gematogen yoki urinogen yo'l bilan kirib, buyrakning interstitsial to'qimaga va buyrak sinusining kletchatkasiga bostirib kiradi.

Gematogen piyelonefrit

Gematogen piyelonefritda yallig'lanish o'choqlari asosan po'stloq moddasida, ichki bo'lakchalar tomirlari atrofida joylashgan bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni interstitsial to'qimani o'rab olib,

ayniqsa tubulyar tizimni shikastlaydi. Urinogen yuqorilovchi piyelonefritda infektsiya buyrakni yelpig'ichsimon, qoziqsimon-jomdan buyrak yuzasigacha cho'ziluvchi alohida o'choqlar bilan shikastlaydi. Keyinchalik fibroz to'qimasi bilan almashgan bu yallig'lanish o'choqlari orasida normal buyrak to'qimasi maydonlari joylashgan. Glomerulonefrit va nefrosklerozga qarama-qarshi tarzda ikki tomonlama piyelonefritda patologik jarayon buyrakda notekis, asimmetrik tarqaladi.

O'TKIR PIYELONEFRIT

Piyelonefrit, kasallikning boshida o'choqli jarayon bo'lib, har bir yangi hujum bilan diffuz xarakterga ega bo'lib boradi. Interstitsial to'qima hujayralar orasidagi moddalar almashinuvida muhim fiziologik rol o'ynaydi

Yallig'lanish infiltratlari yo'qolgandan keyin oraliq to'qimasining haqiqiy tiklanishi ro'y bermaydi, buyrak parenximasning halok bo'lgan elementlari o'rini chandiq to'qima egallaydi. Birlamchi va ikkilamchi o'tkir piyelonefrit boshida serozli yallig'lanish ko'rinishida, keyin esa yiringli interstitsial yallig'lanish ko'rinishida o'tishi mumkin.

Shuni hisobga olgan holda quyidagi atamalardan foydalanish mumkin "o'tkir serozli piyelonefrit" va "o'tkir yiringli piyelonefrit". O'tkir serozli piyelonefrit 64%, o'tkir yiringli piyelonefrit esa faqatgina 36% o'tkir piyelonefrit bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladi. O'tkir serozli yallig'lanish bosqichida buyrak kattalashadi, taranglashadi. Paranebral kletchatka sezilarli darajada shishadi. Mikroskopda oraliq to'qimada ko'p sonli perivaskulyar infiltratlar ko'rinadi. Tegishli davolash ta'sirida bu bosqich teskari rivojlanish mumkin, lekin o'tkir serozli piyelonefritda yiringli yallig'lanish bosqichida o'tishi ham mumkin. O'tkir yiringli piyelonefritda apostematozli nefrit, buyrak karbunkuli va absessi ko'rinishida uchrashi mumkin. Apostematozli nefrit – bu metastatik yiringli jarayon bo'lib, o'tkir piyelonefritning keyingi bosqichlaridan biridir. Bunda buyrakning po'stloq moddasining ustki qismi ham, kesilgan joyi ham biser shakldagi mayda yiringli yaralar bilan qoplangan.

Apostematozli nefrit

Apostematozli nefritda buyrak kattalashgan, kulrang- qizg'ish rangda. Buyrak oldi kletchatkasi keskin shishgan. Fibrozli kapsulani yechganda ko'plab mayda (o'lchamli to'g'nagich boshidan tortib no'xatgacha bo'lgan) bitta-bittadan yoki gurux bo'lib joylashgan abstsesslar ko'rinadi. Buyrak kesimida mayda abstsesslarni ko'pincha mag'iz moddasida ham uchratish mumkin. Mikroskopda interstitsial to'qimada ko'plab yiringli yallig'lanish o'choqlari topiladi. Malpigiev koptokchala atrofida nekroz o'choqli, mayda hujayrali infiltratlar to'plami ko'rinadi. Siydik kanalchalari oraliq to'qimada ham, perivaskulyar bo'shliqda ham joylashgan infiltratlar bilan siqib qo'yiladi. Apostematozli nefrit 24% holatlarda buyrak karbunkuli bilan birga uchraydi. Bu ikki ko'rinishda bo'lgan buyrakning yiringli shikastlanishi, turli ketma-ketlikda va o'z rivojlanishining turli intensivligida bo'lgan, yagona patologik jarayonni ifodalaydi. Agar apostematozli nefrit uchun ko'plab mayda abstsesslar xarakterli bo'lsa, buyrak karbunkuli – lokallashgan yiringli o'choq bo'lib, yallig'lanish infiltratsiyasining o'simtasimon progressiv o'sishi va kalta abstsess hosil bo'lishiga moyilligi bo'lmasligi bilan ajralib turadi. Tashqi ko'rinishi buyicha buyrakdagi bu jarayon juda teri karbunkulini eslatadi. Bu sharoit 1891- yilda Isroilga kasallikni buyrak karbunkuli deb atashga asos bo'ldi.

Karbunkul o'lchamlari 0,3 dan 2 sm gacha bo'ladi, kamdan-kam kattaroq o'lchamdagilari uchraydi. Karbunkul bittali va ko'p sonli bo'ladi, 25% holatlarda apostematozli nefrit bilan birga kechadi. Odatda yiringli jarayon bitta buyrakni shikastlaydi, kamdan-kam ikkalasini (5%). O'tkir yiringli piyelonefritning ijobiy kechishida infiltratlarning so'rilishi va ularning o'mida biriktiruvchi to'qimaning o'sishi kuzatiladi. Yiringli o'choqlarning biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi buyrak yuzasida boshida qip-qizil keyin oq- kul rangdagi chandiqli tortilishlarning hosil bo'lishiga olib keladi. Buyrak kesimida bu chandiqlar qoziq shaklida bo'lib, jomgacha yetib beradi.

Shunday qilib o'tkir piyelonefritda yallig'lanish jarayoni avval oraliq to'qimada lokallashadi, keyin esa bu jarayonga kanalchalar va oxirida koptochalar tortiladi. Jarayon surunkali bosqichga o'tganida mahsuldor endarteriit, tomirlar o'rta qavatining giperplaziyasi va arteriolalarning sklerozi kelib chiqadi. Arteriolalarning sklerozi

keyinchalik buyrak atrofiyasining kelib chiqishiga sabablardan bittasi bo'ladi. Parenxima atrofiyasi natijasida buyrakning burilishishi shunchalik sezilarli darajada bo'lishi mumkinki, buyrak hammasi bo'lib 30-50 gr og'irlikga ega bo'ladi. Asosan yoshi kichik bolalarda piyelonefrit kuchli faolligi bilan ajralib turadi va buyrakning keng maydonlarida parenximaning nobud bo'lishi bilar birga kuzatiladi.

O'tki piyelonefrit - buyrak to'qimasining va kosacha-jom tizimining o'tkir nospetsifik ekssudativ yallig'lanishi bo'lib, isitma, og'riq, piuriya va buyrak funktsiyasining buzilishi bilan kuzatiladi.

KLINIK MANZARASI

O'tkir piyelonefritning birinchi belgilari o'choqli yoki tizimli infeksiyon jarayon so'nganidan so'ng bir necha kun yoki haftadan (o'rtacha 3 haftadan keyin) keyin namoyon bo'ladi. O'tkir piyelonefrit to'satdan boshlanadi, va uning og'irligi buyrakdan siydikning chiqib ketishi buziliishining darajasiga bog'liq.

O'tkir piyelonefrit mahalliy va umumiy simptomatoka bilan namoyon bo'ladi. O'tkir piyelonefrit uchun xarakterli bo'lgan simptomlarning klassik uchligi alohida ko'rsatib o'tiladi:

- 1) Tana haroratining ko'tarilishi
- 2) Bel sohasidagi og'riq (ikki tomonlama jarayonida simmetrik);

Obstruktiv bo'lmagan piyelonefritlarda odatda og'riq o'tmas, zirqirab turadi, past yoki yuqori intensivligacha borishi mumkin, xurujsimon og'riqqa aylanishi mumkin (masalan, siydik nayining tosh bilan obstruktsiyasida, ya'ni kakulyoz pielonefrit rivojlanishida).

Aytib o'tish joiz-ki, infeksiya tarqalishining ko'tariluvchi yo'lida va ikkilamchi nefritda mahalliy simotomlar umumiy simptomlardan ustunlik qiladi. Birlamchi piyelonefritda va infeksiyon agentning gemotogen yo'l bilan tarqalishida umumiy simptomatika ustunlik qiladi.

O'tkir serozli piyelonefritda, har qanday infeksiyon jarayonga o'xshab, ko'pincha intoksikatsiya bilan ifodalangan umumiy simptomlardan boshlanadi: bosh og'rig'i, tana harorati febril raqamlargacha ko'tariladi, sov qotish, qaltirash, terlash paydo bo'ladi, darmonsizlik, bo'g'inlarda va mushaklarda sezilarli og'riqlar boshlanadi. O'tkir yiringli piyelonefrit rivojlanganda, bemorlarning holati juda og'ir bo'ladi, bu bakteriemik shok va urosepsis rivojlanishi

bilan tushuntiriladi. Harorat juda ko'tariladi 40-45° S, profuz terlash, qaltirash va sovuq qotish bilan birga kuzatiladi. Bemor ahvolining og'irligi harorat siniq chizig'ining gektik tabiati bilan tushuntiriladi, bu sutka davomida haroratning 2° S gacha o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Tana haroratining takroriy ko'tarilishlari yangi yiringli yarachalarning yoki buyrakda solitar absstessning hosil bo'lishi bilan tushuntiriladi.

Umumiy siptomlar fonida sekin-asta mahalliy simptomlar – kasallik boshida ham namoyon bo'luvchi, lekin turli darajada ifodalangan, xarakterli simptomlar uchligi paydo bo'ladi.

Kasallik boshida og'riq faqat bel sohasida bo'lmay qorinning yuqori qismida ham bo'lishi mumkin va odatda aniq lokallashmagan bo'ladi. Kasallikning rivojlanishi bo'yicha (odatda 1-2 sutkadan keyin) og'riq aniq lokallashadi – o'ng yoki chap buyrakda (yoki ikkala buyrakda), og'riq odatda chov sohasiga, qovurg'a ostiga, jinsiy organlarga beradi (irradiatsiyalanadi). Og'riqning o'ziga xos xususiyati bu uning kechki soatlarda, yo'talganda, tos-son bo'g'inida yallig'langan buyrak tomonidagi oyoqni harakatlantirganda kuchayishi. Ba'zi holatlarda kasallikning boshida og'riq simptomatikasi bo'lmasligi ham mumkin, u o'tkir pielonefrit boshlanishining birinchi haftasining oxirida, ba'zida esa ikkinchi haftasining oxirida qo'shilishi mumkin.

Klinik tekshiruvda Pasternatskiy belgisi musbat, kasallik bo'lgan tomondan oldingi qorin devorining mushaklari himoyaviy zo'rriqan. Yiringli jarayon buyrak yuzasining old qismida joylashsa patologik jarayonida qorin pardasi ham tortiladi, keyinchalik peritonit rivojlanishi bilan. Alohida holatlarda qorin pardasining yallig'lanishi shu darajada ifodalangan bo'ladiki, "o'tkir qorin" manzarasini berishi mumkin. (o'tkir xoletsistit, o'tkir appenditsit, o'tkir pankreatit va boshqalar). Siydikda xarakterli o'zgarishlarning mavjudligi o'tkir piyelonefrit tashxisini qo'yishni yengillashtiradi. Piyelonefrit ko'pincha yosh bilan bog'liq turli ko'rinishlari bilan kechadi.

Jadval 1. Yoshi katta bolalarda o'tkir piyelonefritning yetakchi sindromlari

Sindrom	Simptomatika
Og'riq	Jismoniy harakatda kuchayuvchi qorin (ko'pincha lokalizatsiyasi aniq bo'lmagan) va bel sohasidagi og'riq. Pasternatskiy belgisining musbat
Dizurik (patologik jarayonga pastki siydik yo'llari jalb qilinganda)	Tez-tez hojatga chiqish xohishi, og'riq yoki achishish hissi (xususan hojatning oxirida), siydikni ushlab tura olmaslik bo'lishi ham mumkin.
Intoksikatsiyalar	Tana haroratining ko'tarilishi (ba'zida fibril raqamlargacha) sovuq qotish, bosh og'rig'i, darmonsizlik, anoreksiya, teri qoplamlarining rangsizlanishi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ko'pincha piyelonefrit o'tkir boshlanadi, tana harorati $38-49^{\circ} S$ gacha ko'tariladi va 3 kun davom etadi, keyin esa $37^{\circ} S$ gacha pasayadi. Bunday bola notinch, u tez-tez ovqatni qayt qiladi, qusishi mumkin, tana og'irligi kamayib boradi. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda piyelonefritning boshlanishi kamroq ifodalangan: tana harorati yuqori raqamlargacha ko'tarilmaydi, bunday bolalar uchun ishtahaning yo'qligi, qusish xarakterlidir, bunday bolalar yozilishdan oldin yig'laydilar, yuzlari qizaradi.

1 yoshdan katta bo'lgan bolalarda ham tana harorati ko'tariladi, sovuq qotish va ifodalangan terlash bilan birga kuzatilishi mumkin. Bolalar bosh og'rig'iga, qorinda yoki beldagi doimiy yoki davriy og'riqqa shikoyat qiladilar. Bunday bolalarda hojatga chiqish tezlashgan. Aytib o'tish kerakki, piyelonefrit bolalarda faqatgina qorindagi og'riq yoki davriy tana haroratining ko'tarilishi ko'rinishida o'tishi mumkin.

Erta yoshdagi bolalarda o'tkir piyelonefrit klinik manzarasining o'ziga xos xususiyati, ayniqsa buyrakdan tashqari simptomlarning ustunligi bu yoshdagi bolalarda siydik ajratish tizimining morfologik jihatdan yetuk darajada rivojlanmaganligi va yallig'lanish jarayonining generalizatsiyalanishga moyilligi bilan tushuntiriladi. Kasallik gipertermiya, toksikoz va eksikoz belgilarining o'sishidan boshlanadi. Kasallikning jo'shqin boshlanishi postgipoksik entsefalopatiya bo'lgan bolalar uchun xarakterlidir. Kasallikning

axborot-resurs markazi

birinchi kunlari uchun xarakterli bo'lgan qizishish, tez adinamiya bilan almashinadi. Meningizm holatlari bo'lishi mumkin. Ifodalangan anoreksiya, qayt qilish, qusish va diareya sababli bolaning tana og'irligi kamayib boradi. Dispeptik holatlar dizurik holatlardan ustunlik qilishi mumkin. Ba'zida bolani e'tibor bilan kuzatilganda hojatga chiqishdan oldin yoki hojat vaqtida bolaning bezovta bo'lishini kuzatish mumkin. Umuman olganda, erta yoshdagi bolalarda o'tkir siydik infeksiyasining klinik manzarasi sepsisni eslatadi va faqatgina buyrakdagi o'zgarishlar bilan emas, balki jigar, buyrak usti bezi va MATdagi o'zgarishlar bilan birga kuzatiladi.

Bo'shashtiruvchi (remittirlovchi) isitma, ba'zida qaltirish, sovuq qotish va terlash bilan o'tadigan bir haftalarcha saqlanadi. Keyingi 1-2 hafta davomida kasallikning hamma ko'rinishlari sekinlik bilan yo'qoladi. Agar kasallik 3 oydan ortiq cho'zilsa yoki qaytalasa, surunkali jarayonning zo'rayishini mustasno qilish maqsadida o'tkir piyelonefrit tashxisini qayta ko'rib chiqish kerak bo'ladi.

ASORATLARI

O'tkir piyelonefrit davomida qo'yidagi asoratlar rivojlanishi mumkin: buyrak oldi kletchatkasining yallig'lanishi (paranefrit), diafragma osti abscessining shakllanishi, gepatorenal sindrom, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, bakteriemik shok. Kamdan kam arterial gipertenziya va peritonit kabi asoratlar rivojlanishi mumkin. Ba'zan quyidagi qo'rqinchli asoratlar uchrashi mumkin:

- Apostematozli nefrit;
- Abscess;
- Buyrak karbunkuli.

Apostematozli nefrit buyrak kapsulasi ostida ko'p sonli mayda yiringli yarachalarning (apostema) hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. U juda og'ir kechadi va apostematozli nefrit aniqlanganda zudlik bilan jarrohlik davolash talab qilinadi. Buyrak karbunkuli bu buyrak to'qimasida yiringli – nekrotik o'choqning paydo bo'lishidir. Bunday asorat og'ir kechadi va zudlik bilan jarrohlik talab qilinadi. Buyrak abscessi juda kam uchraydi va buyrak to'qimasining yiringli o'chog'i sifatida ifodalanadi. Jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Asoratlar o'rtasida sepsisni alohida ko'rsatib o'tish kerak. Asoratlar ko'pincha erta yoshdagi bolalar uchun xarakterlidir.

Laborator tekshiruvlar

Ko'pincha pielonefrit uchun siydikda patologik kiritmalar xarakterli. U ko'pincha xira bo'ladi, tarkibida ko'p bo'lmagan miqdorda oqsil bo'lishi mumkin. Siydik cho'kindisiga ko'plab leykotsitlar, ba'zida leykotsitar tsilindrlar, katta miqdorda epitial hujayralar, eritrotsitlar bo'lishi mumkin, qovuqda o'tkir yallig'lanish jarayoni to'g'risida guvohlik beruvchi gematuriya (papilyar nekrozda) yoki yangi qon quyqalari uchrashi mumkin. Gematuriya mikrogematuriya (siydikni mikroskop ostida tekshirilgandagina eritrositlar aniqlansa) va makrogematuriya (siydik qonga bo'yalgan bo'ladi, masalan kalkulez piyelonefritda) ko'rinishida bo'lishi mumkin. Leykotsitlar odatda neytrofillar bilan taqdim qilingan. Deyarli hamma vaqt katta miqdorda mikroorganizmlar topiladi (chiqarilgan peshobning o'rtacha ulushidan olingan 1 ml peshobda 50 000-100 000 mikrob tanachalarining topilishi - yoshi katta bolalarda bakterial yallig'lanish jarayonining ishonchli belgisidir, 1 ml da 10 000 mikrob tanachalarining topilishi - erta yoshdagi guruh bolalarida).

Qon tahlil qilinganda mo'tadil darajadagi anemiya, leykositoz - leykotsitar formulaning chap tomonga siljishi bilan, EChT, S-reaktiv oqsilning oshishi, disproteinemiya. Immun tizimining ko'rsatkichlari o'zgaradi: T va B limfotsitlar miqdori, Ig tarkibi. Siydikning topilgan bakteriyalarga qarshi zardobdagi antitanachalar titrining ko'tarilishi aniqlanadi.

Qonning bioximik tekshiruvda qon zardobida mochevina va kreatinin miqdorining ko'payishi aniqlanadi, bu ikki tomonlama yallig'lanish jarayonida yoki bir tomonlama jarayonning og'ir kechishida kuzatiladi. Gramm bo'yicha peshobning rangi piyelonefritni etiologik tashxislashda muhim bosqich hisoblanadi, bu kasallik qo'zg'atuvchisining tabiati to'g'risidagi dastlabki orientirlanuvchi ma'lumotlarni tezlik bilan olishga ijozat beradi. Peshobning kultural tekshiruvi (ozuqaviy muhitga ekish, qo'zg'atuvchining toza kulturasini ajratib chiqarish va uning preparatlarga bo'lgan sezuvchanligini aniqlash) ni hamma holatlarda o'tkazish ma'qul, xususan statsionarda. Bakteriemiya shubha tug'ilganida (isitma baland bo'lganida, qaltirash va sovuq qotish), hamda intensiv davolash bo'limlarida qonni sterillikka tekshirish

zarur. Bakteriologik tekshiruv natijalari ishonchli bo'lishining muhim sharti bu siydik va qonni to'g'ri olish.

TASHXISLANISHI

O'tkir piyelonefritda bemorning umumiy ahvoli yolg'ondan qoniqarli bo'lishi mumkin. Qorin palpatsiyasida yallig'langan buyrak proektsiyasida og'riq aniqlanadi, Pasternatskiy belgisi musbat.

O'tkir piyelonefritning tashxislanishi asosan yoshi kichkina bo'lgan bolalarda qiyinchilik tug'diradi. O'tkir piyelonefritni har qanday hayotning dastlabki yoshida bo'lgan bolalarda uchraydigan sababsiz isitma ko'tarilishida, intoksikatsiya va dispeptik holatlarda istisno qilish zarur. Piyelonefrit tashxisini faqatgina bolani ko'rik natijalari asosida qo'yib bo'lmaydi, shuning uchun bunda shifokorga qo'shimcha usullar yordam beradi. Bularga qon va siydik tahlillari, siydikni qo'zg'atuvchilarning mavjudligiga tekshiruvi (ekish), ultratovush tekshiruvi, rentgenologik usul (shu qatorda kompyuterli tomografiya), radioizotopli tekshiruvlar kiradi. Yoshi katta bolalarda, tipik holatlarda quyidagi belgilarning birga uchrashiga orientirlaniladi: isitma, dizuriya, bel va qorindagi og'riqqa. Asosiy simptomlar – siydikdagi o'zgarishlar (leykotsturiya va bakteriuriya). Hamma vaqt ham laborator tekshiruvlar natijalari kasallik og'irligiga muvofiq kelmaydi: masalan, kuchsizlangan bemorlarda va kasallikning og'ir kechishida leykotsitoz bo'lmasligi mumkin, bir qator holatlarda hattoki leykopeniya aniqlanadi.

Laborator tekshiruv usullaridan tashqari, ultratovush tekshiruvi, tekshiruvining rentgenologik usullari va angiografiya katta ahayotga ega. Tashxislanishning radioizotopli usullari, kompyuterli tomografiya va tekshiruvining endoskopik usullari kamroq qo'llaniladi.

Tekshiruvining ultratovush usullari buyrakning sonini, shaklini va o'lchamlarini belgilab berishda yordam beradi, hamda ularda konkrementlar mavjudligini aniqlaydi. O'tkir piyelonefritning serozli yallig'lanish fazasida ultratovush tekshiruv (UTT) buyraklarda patologik o'zgarishlarni aniqlay olmasligi mumkin, serozli fazada UTTda buyrak o'lchamlarining kattalashishi (bir tomonloma jarayonda bitta buyrakniki), nafas olish jarayonida ular harakatlanishining kamayishi aniqlanadi. Apostematozli piyelonefritda buyraklarning ultratovush manzarasi xuddi serozli

yallig'lanish fazasi kabi bo'ladi (buyraklar o'lchamining kattalashishi va harakatining chegaralanishi). Buyrak karbunkuli uchun UTTda aniq konturlanmagan gipoexogen maydonlarining mavjudligi, ba'zida shu joyida buyrak tashqi konturining shishib chiqishi xarakterli. Buyrak abstsessi shakllanganida UTTda aniq konturli gipoexogen maydon (abstsess kapsulasi), ba'zida markazida bir turda bo'lmagan anexogen maydonlar (suyuq yiring) aniqlanadi. Yiringli jarayon buyrak kapsulasidan tashqariga chiqqanida (paranefrit rivojlanganida) UTTda paranefral klechatka noaniqligi, unda gipo- va anexogen komponentlarning mavjudligi aniqlanadi.

Rentgenologik tekshiruv usullari:

1. Obzor va ekskretor urofogiya bir-birini to'ldiradi va odatda birga o'tkaziladi (obzorli surat keyingi ekskretor urografiya o'tkazish bilan). Obzorli suratda buyrak o'lchamlarining kattalashganligi, konturlarining shishganligini (karbunkul va abstsessda) yallig'lanish bo'lgan tomonda katta bel mushagi konturlarining aniq emasligi (paranefral kletchatkaning shishishi), konkrementlar soyasining mavjudligini (kalkulyozli piyelonefrit) aniqlash mumkin. Ekskretor urogrammalarda serozli yallig'lanish fazasida buyraklarning urodinamikasi va funktsiyalari ko'pincha buzilmagan bo'ladi, buyraklarning kattalashganligi, ortoprobada ular harakatining chegaralanganligi, shishgan buyrak parenximasi bilan kosacha-jom tizimining mo'tadil darajada siqilganligi aniqlanishi mumkin. Apostematozli piyelonefritda serozli piyelonefritga taaluqli bo'lgan sanab o'tilgan belgilarga, buyrakni ajratib chiqarish funktsiyasining pasayishi qo'shiladi. Buyrak karbunkuli va abstsesslarida ekskretor urogrammada konturning shishib chiqishi, jom va kosachalarning abstsess va infiltrat bilan siqib qo'yilishi va deformatsiyalanishi aniqlanishi mumkin.

2. Ekskretor urogrammalarda buyrak funktsiyalari bo'lmasa yoki biror bir sabab bilan ekskretor urografiyaning o'tkazish mumkin bo'lmagan taqdirda (bemorning og'ir ahvoli, o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligining mavjudligi) retrograd piyeloureterografiya bajariladi.

3. Abdominal aortografiya, selektiv buyrak arteriografiyasi, kompyuterli tomografiya xususan, piyelonefritni boshqa buyrak patologiyalari bilan qiyosiy tashxislash uchun o'tkaziladi. Buyrak

funktsiyasi va tuzilmasi to'g'risidagi eng qimmatli ma'lumotlarni ekskretor urografiya beradi. Buyrakning funktsiyasi qoniqarli bo'lgan bemorlarga 20 ml 60-75 % li rentgen kontrast modda eritmasini (urografin va boshqalar) yuborish yetarli. Me'yor bo'yicha jom va siydik naylarining kontrastlanishi 5 daqiqadan keyin aniqlanadi. Birinchi surat odatda 7-10 daqiqadan keyin bajariladi. Keyingi suratlar 20-30 daqiqadan keyin bajariladi. Kontrast modda harakatining susayishi buyrak funktsiyalarining pasayishidan dalolat beradi. Kontrastlanishning yo'qligi buyraklar funktsiyasining to'liq to'xtaganligi ko'rsatadi.

Bundan tashqari, ekskretor urografiya rentgenogrammalarda aniqlanmaydigan rentgen- negativ toshlarni, kosacha-jom tizimining kengayishini, siydik nayi va kosachalar diskineziyasini aniqlashda yordam beradi. Buyrakda katta yallig'lanish jarayonlarining mavjudligida ekskretor urogrammada bitta yoki bir nechta kosachalarning deformatsiyasi yoki "amputatsiya"si aniqlanadi.

Radioizotopli rentgenografiya o'tkazilganda buyrakning funktsional holati, o'ng va (yoki) chap buyrakda shikastlanish mavjudligi to'g'risidagi qimmatli ma'lumotlarni olish mumkin. Tashxislanishning radioizotopli usullari ko'makchi ahamiyatiga ega bo'lib, asosan tekshiruvning rentgenologik usullariga qimmatli qo'shimcha bo'ladi. Yuqorilovchi piyelografiya hozirgi zamonda kamdan-kam hollarda qo'llaniladi, asosan jarrohlik usularini qo'llash kerakligi masalasi turganida.

Kasallikning o'tkir bosqichida tekshiruvning endoskopik usullari (xromotsistoskopiya, tsistoskopiya va boshqalar) juda chegaralangan darajada qo'llaniladi, chunki aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilganda ham bu yallig'lanish jarayonining yanada zo'rayishiga va bemor holatining og'irlashishiga olib kelishi mumkin. Bu usullar tashxis holatlarida yoki davolash muolajalari sifatida (masalan, siydik nayining teshigi tosh bilan bekilib qolganida, siydik nayining o'tkazuvchanligi tiklash uchun). Siydik o'tishining normallasishi o'tkaziladigan antibakterial davolash samarasini ancha oshiradi. Hamda bunday davolash usullari o'tkazilayotgan konservativ davolash usularining samarasizligida jarrohlik yo'li bilan davolash muhimligi to'g'risidagi masalani yechishga qo'llaniladi.

Xromotsistoskopiya shikastlangan buyrak funksiyasining pasayish darajasini aniqlashda yordam beradi. Siydik naylarini kateterizatsiya qilganda har xil buyrakdan chiqqan siydikni alohida-alohida olib tekshirish mumkin bo'ladi, bu esa yallig'lanish jarayoni bitta buyrakda yoki ikkala buyrakda o'tayotganligi aniqlashda yordam beradi.

Tashxis o'z ichiga qo'yidagi ma'lumotlarni olish kerak:

- Jarayonning patogenetik mohiyatini aniqlab berish (birlamchi yoki ikkilamchi pielonefrit), uning rivojlanishida moyillik tug'dirgan omillarni ko'rsatgan holda (rivojlanish nuqsonlari, reflyuks, toshlar, moddalar almashinuvining buzilishi va boshqalar).
- Kasallik davri (o'tkir, simptomlarning orqaga qarab rivojlanishi, to'liq klinik-laborator remissiya).
- Buyrak funksiyalarining holati.
- Asoratlarning mavjudligi yoki yo'qligi.

TAQQOSIY TASHXISLASH

Simtomatikasi va klinik ko'rinishlari o'xshash bo'lgan kasalliklari bilan qiyosiy tashxis o'tkazish zarur. Qattiq bosh og'rig'I mavjudligida va meningeal simptomlar paydo bo'lganida o'tkir infeksiyon kasalikka – meningokokk infeksiyasiga, paratif, sochma tifi, qorin tifi va boshqalarga shubha tug'ilishi mumkin. O'tkir piyelonefrit, birinchi navbatda, bakterial va virus kasaligining o'tkir davrida paydo bo'lmay, balki streptokokk infeksiyasidan 2-3 hafta o'tganidan keyin kelib chiquvchi o'tkir glomerulonefrit bilan taqqoslanadi. Glomerulonefrit, deyarli, hamma vaqt me'yorida tana haroratida rivojlanadi va kamdan-kam dizurik buzilishlar bilan kuzatiladi. Glomerulonefrit bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan shishlar va to'qimalarning shishinqirashi (pastozligi), arterial gipertenziya piyelonefrit uchun harakterli emas. Glomerulonefritning dastlabki davrida kuzatiladigan oliguriya, o'tkir piyelonefritning birinchi kunlarida namoyon bo'ladigan poliuriya bilan keskin farqlanadi. Glomerulonefritda gematuriya ustunlik qiladi, peshob cho'kmasida tsilindrlar topiladi, lekin leykositlar soni ko'p emas, ularning bir qismini limfositlar tashkil qiladi. Bakteriuriya yo'q. Buyrakning konsentratsion xususiyati pasaygan (Zimnitskiy bo'yicha namunada 1000 ml/sut. dan kam bo'lgan diuresda siydikning maksimal zichligi 1,020dan past), ammoniogenez va atsidogenez

piyelonefritda kreatinining me'yoriy klirensi bilan birga kuzatiladi (glomerulonefritda oxirgi ko'rsatkich pasaygan).

Bundan tashqari, o'tkir piyelonefritni sepsis bilan qiyosiy tashxislash (agar piyelonefrit sepsis natijasida kelib chiqmagan bo'lsa) muhim, hamda o'tkir appenditsit bilan ham qiyoslash kerak, chunki chuvalchangsimon o'simta'ing atipik joylashuvida dizurik holatlar kuzatilishi mumkin, shu vaqtning o'zida qorin pardasining ta'sirlanish simptomlari bo'lmasligi ham mumkin. Oxirgi holda to'g'ri tashxis qo'yish uchun per rectum tekshiruvi, bu o'ng yonbosh sohasida og'riqli infiltratni aniqlashga yordam beradi, va takroriy peshob tahlillari katta ahamiyatga ega. Siydikda bakterial flora bo'lmasligining barqarorligi, siydikni mikobakteriyaga tekshirish uchun ko'rsatma bo'ladi.

O'tkir siydik infeksiyalarining har bir holatida patologik jarayon pastki siydik yo'llari bilan chegaralanib qoladimi yoki buyrak jomiga va tubulointerstitsial to'qimaga tarqaladimi, ya'ni kasallikni piyelonefrit, tsistopiyelonefrit yoki tsistit deb belgilash to'g'risidagi masalani yechish muhimdir. Piyelonefrit tsistitga nisbatan og'ir kechadi. Bundan tashqari, tsistitda peshobda uchraydigan o'zgarishlar, ya'ni piyelonefritning mutlaq belgilariga kiruvchi o'zgarishlar: leykositlar tsilindrlar, kanalchalar epiteliysi uchun xarakterli bo'lgan fermentlarning yuqori darajadagi faolligi va β 2-mikroglobulinlarning baland konsentratsiyasi, antitanachalar bilan qoplangan bakteriyalar (lyuminescent mikroskopiya yordamida aniqlanadi) bo'lmaydi. Tsistitdan farqli ravishda pielonefrit qon zardobida antibakterial antitanachalar titrining ko'payishi, buyrak konsentratsion xususiyatining pasayishi, ammoniogenez va atsidogenez bilan birga kuzatiladi.

Qorinda kuchli va xususan lokallashgan og'riqlarning mavjudligida o'tkir jarroxlik patologiyasi (o'tkir appenditsit, o'tkir pankreatit, o'tkir xoletsistit, teshilgan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi va boshqalar) bilan qiyosiy tashxislash kerak.

DAVOLASH

Davolash infeksiyon jarayon bilan, intoksikatsiya bilan kurashga, urodinamikani va buyrak funktsiyalarini tiklashga, organizm reaktivligini oshirishga yo'naltirilgan. O'tkir davrda, ayniqsa tana harorati ko'tarilganda, qaltirash va sovuq qotishda, ifodalangan

intoksikatsiyada, dizurik buzilishlarda va og'riq sindromida yotoq tartib zarur. Buyrak kanalchalarining epiteliylari bilan chiqariladigan va ularga qo'zg'atuvchi sifatida ta'sir qiluvchi ekstraktiv moddalarni (qalampir, piyoz, sarimsoq piyoz, to'yiltirilgan sho'rva, dudlangan mahsulotlar, qavha va boshqalar) chegaralagan holda parhez tayinlanadi. Diurezni jadallashtirish maqsadida ratsionga diuretik xususiyatga ega bo'lgan yangi meva va sabzavotlarni (tarvuz, qovun, qovoq, bodring) kiritish maqsadga muvofiqdir. Suyuqlik qabul qilishni yosh me'yoriga nisbatan 50%ga oshirish tavsiya qilinadi. Erta yoshdagi bolalarga, hamda yoshi kattaroq bo'lgan bolalarga kasallikning og'ir kechishida transfuzion, regidratatsion va dezintoksikatsion terapiyalar ko'rsatilgan. O'tkir piyelonefrit bilan kasallangan bemorlarga antibiotiklar tayinlanadi. Kasallikning og'ir kechishida davolash antibakterial preparatlarni (bakteretsid preparatlar afzalroq) parenteral yo'l bilan yuborishdan boshlanadi. Ko'pchilik bemorlarga boshlang'ich antibakterial davolash empirik tayinlanadi, chunki bakteriologik tekshiruv va mikroob florasining sezgirligini tekshirish natijalari faqatgina 48-72 soatdan keyin olinadi, davolashni esa orqaga surib bo'lmaydi. Empirik davolash samarasiz bo'lgan taqdirda, 3 kundan keyin davolashda korrektsiya o'tkaziladi, antibiotikogramma muvofiq antibiotik o'zgartiriladi. Kasallikning o'tkir davrida, og'ir va o'rtacha og'irlikda kechishida empirik (start) antibakterial davolash uchun quyidagi preparatlardan foydalanish mumkin:

- "Himoyalangan" penitsillinlar [amoksitsillin +klavulan kislota (masalan, amoksiklav, augmentin), ampitsillin+sulbaktam (masalan, unazin).
- II avlodga mansub bo'lgan tsefalosporinlar (tsefuroksim va boshqalar).
- III avlodga mansub bo'lgan tsefalosporinlar (tsefotaksim va boshqalar).
- Aminoglikozidlar (amikatsin va boshqalar).

Preparatlar parenteral yo'l bilan yuboriladi, jarayonning faolligi kamaygan sari ular peroral tayinaladi. Sepsis rivojlanganida yoki hujayra ichida joylashgan mikroorganizmlarga (xlamidiyalar, mikoplazma, ureaplazma) ta'sir qilish maqsadida antibiotiklar kombinatsiyasidan, makrolidlardan foydalaniladi. Ftorxinolonlarni

erta yoshdagi bolalar guruhiga monoterapiya ko'rinishida ham, antibiotiklar bilan birga ham tayinlash mumkin.

Antibiotik kursidan keyin (7-14 kun) uroseptiklar tayinlanadi. Nitrofuranlar guruhidan ko'pincha furazidin (preparatni furagin) dan 5-8 mg/sut. foydalaniladi. Jarayon faolligi kamayganda sutkali dozaning yarmini 1 marta uyqudan oldin tayinlash mumkin. Nalidiksol kislotasi (masalan, nevigramon; 60 mg/kg/sut), oksolin kislotasi (masalan gramurin; 20-30 mg/kg), pipemid kislotasi (15 mg/kg/sut), nitroksolin (masalan, 5- NOK; 8-10 mg/kg/sut) ham qo'llaniladi. O'tkir piyelonefritda davolash davomiyligi 1-3 oy – siydikning to'liq sanatsiyasigacha. Antibakterial davolashda keyin, antiseptik, regenerator va siydik haydovchi xususiyatiga ega bo'lgan o'tlar to'plamini tayinlash mumkin. Ishqorli mineral suv (Smirnovskaya, Yessentuki 20 va boshqalar) ichish ko'rsatilgan.

OQIBATLARI

Oqibati hayot uchun mo'tadil. O'lim bilan tugashi kam uchraydi. Bu xastalikda o'lim asosan erta yoshdagi bolalarda, sepsis, apotematozli nefrit, buyrak karbunkuli, paranefral to'qimalarning yallig'lanishi kabi asoratlar rivojlanganida uchrashi mumkin. O'tkir piyelonefrit bilan kasallanib o'tgan hamma bolalar 3 yildan kam bo'lmagan muddat dispanser hisobida, oylik nazorat peshob tekshiruvi bilan turadi. Vaqtida qo'yilgan o'tkir piyelonefrit tashxisi va to'g'ri o'tkazilgan davolashda kasallik 60 % dan ortiq hollarda to'liq tuzalish bilan tugallanadi. 40 % dan kam holatlarda kasallik surunkali shaklga o'tadi, buning natijasida keyinchalik surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. O'tkir jarayonning surunkali shaklga o'tishi to'g'ri tashxisning kech qo'yilishi, noto'g'ri davolash, o'tkazilayotgan davolash kurslarining davomsizligi, birga uchraydigan og'ir kasalliklarning mavjudligi, immunodefitsit holatlar, yallig'lanishni qo'zg'uvchi mikroorganizmlarning o'tkazilayotgan davolashga antibakterial preparatlarga yuqori darajadagi chidamliligi. Aytib o'tilgan omillardan tashqari, siydik chiqarish jinsiy tizimining tug'ma nuqsonlariga ham alohida ahamiyat beriladi.

PROFILAKTIKA

Kasallikning oldini olishda organizmdagi surunkali infktsiyalar o'choqlarini (kariesdan tortib siydik chiqarish jinsiy organlar infktsiyasini davolashgacha) sanatsiyalash muhimdir. Kasallikning

kechishi retsidivlarga moyil, shuning uchun kasallik takrorlanishining yoki surunkali shaklga o'tishining oldini olish uchun shifokor tomonidan yozib berilgan va qat'iy chizma bo'yicha qabul qilinadigan mikroblarga qarshi davolashning takroriy kurslari zarur.

MAVZU YUZASIDAN TESTLAR

1. Qo'yidagi holatlardan qaysi biri pielonefritda kuzatilmaydi
 - A. * gematuriya
 - B. leykotsitoz
 - C. neytrofil tipdagi leykotsituriya
 - D. kichik proteinuriya
 - E. limfotsit tipdagi leykotsituriya
2. Qo'yiidagi patologik holatlardan qaysi biri ikkilamchi pielonefritni keltirib chiqara olmaydi
 - A. * irsiy nefrit
 - B. urolitiyaz
 - C. obstruktiv uropatiya va displaziya
 - D. tug'ma gidronefroz
 - E. siydik yo'llarining gipotenziyasi
3. Piyelonefrit sistitdan farq qiladi
 - A. * hammasi to'g'ri
 - B. bakteriuriya darajasi
 - C. leykotsituriya darajasi
 - D. yengil intoksikatsiya
 - E. doimiy leykotsitlar
4. Qo'yidagilardan qaysi biri pielonefritni davolashda qo'llanilmaydi
 - A. * gormonlar
 - B. antibiotiklar
 - C. uroseptiklar
 - D. achchiq ovqatlarni dietadan chiqarib tashlash
 - E. detoksifikatsiya terapiyasi
5. Qo'yidagi antibakterial dorilardan qaysi biri pielonefritni davolashda samarasiz
 - A. * azitromitsin
 - B. ampitsillin
 - C. nevigramon

D. biseptol

E. xloramfenikol

6. Pielonefrit uchun hos bo'lgan xarakterli siydikning hujayraviy tarkibini ayting:

A. * neytrofil granulotsitlar

B. eozinofil granulotsitlar

C. limfotsitlar

D. eritrotsitlar

E. monotsitlar

7. Qorinning pastki qismida (qovuq sohasida) oraliqqa berilishi bilan kechadigan og'riqlar, siyishning oxirida yoki undan keyin og'riq kuchayishi xarakterli

A. * sistit

B. glomerulonefrit

C. pielonefrit

D. urolitiyaz

E. hammasi to'g'ri

8. Qo'yidagi alomatlardan qaysi biri pielonefritga xos emas?

A. * makrogematuriya

B. intoksikatsiya

C. leykotsituriya

D. patologik bakteriuriya

E. qorin, bel sohasidagi og'riq

9. Leykotsituriya va gematuriya bilan og'rigan bemorda qanday diagnostika usullari o'tkazilishi kerak

A. * ultratovush tekshiruvi - ekskretor urografiya - sistografiya

B. ekskretor urografiya - ultratovush tekshiruvi - sistografiya

C. sistografiya - ekskretor urografiya - ultratovush

D. ultratovush tekshiruvi - sistografiya - ekskretor urografiya

E. ekskretor urografiya - sistografiya - ultratovush

10. Birlamchi pielonefritda siydik tahlilini normallashtirgandan so'ng uzluksiz antibakterial terapiya o'tkaziladi

A. * 14 kun - 1 oy

B. 1,5-3 oy

C. 3-6 oy

D. 1 yil

E. 6 oy

11. Klebsiyela chaqirgan pielonefritni davolash uchun preparatni tanlang

A. * furazolidon

B. penitsillin

C. nevigramon

D. amikasin

E. gramurin

12. Qo'yidagi kasalliklardan qaysi biri tubulopatiyalarga ta'lluqli emas

A. * buyrak glyukozuriyasi

B. buyrak tubulyar atsidozi

C. fosfat diabet

D. Toni-Debre-Fankoni kasalligi

E. D vitaminli-raxit

13. Uratli nefropatiya haqidagi qo'yidagi qoidalardan qaysi biri noto'g'ri

A. * urat oksalat kislotasi tuzlarining sintezi va buyrak orqali chiqarilishiga asoslangan

B. maktab yoshidagi bolalarda, shahar bolalari orasida keng tarqalgan

C. eng ko'p uchraydigan klinik ko'rinishlar: dizuriya, qorin sindromi, minimal siydik sindromi, artralgiya

D. og'ir uraturiya (me'yordan 1,5-2 baravar yuqori)

E. ular purin almashinuvining buzilishiga asoslangan

14. Urat nefropatiyasi uchun qaysi dieta tavsiyalari noto'g'ri

A. * ichish rejimini cheklash

B. ichimlik rejimini kuchaytirish

C. ko'proq sabzavot va mevalarni iste'mol qilish

D. go'sht mahsulotlaridan foydalanishni cheklash

E. baliq va go'sht konservalarini chiqarib tashlash

15. Giperoksalaturiyada dietoterapiyalardan qaysi biri noto'g'ri

A. * suyuqlikni cheklash

B. kaltsiy (sut) ga boy ovqatlar chiqarib tashlash

C. magniy va B vitaminlariga boy bo'lgan oziq -ovqat mahsulotlarini kiritish (grechka, jo'xori uni, bug'doy donlari, quritilgan o'rik)

D. oksalat hosil bo'ladigan mahsulotlarga cheklovlar (otquloq, ismaloq, shokolad, qora smorodina)

E. baliq va go'sht konservalarini chiqarib tashlash

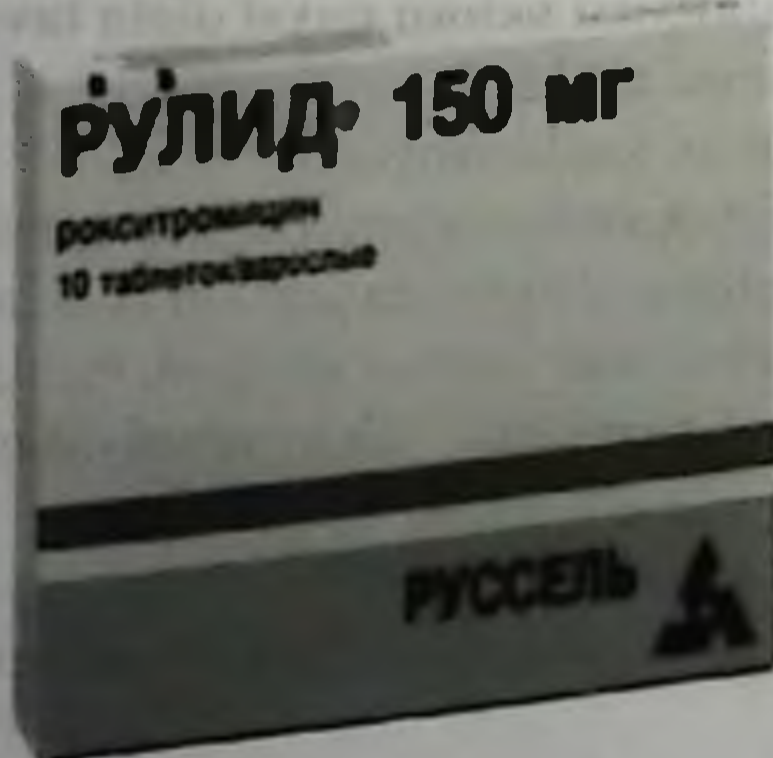
RASMLI TESTLAR

1. Qo'yidagi dori preparati qaysi guruhga kiradi?



- A. Antibiotik
- B. Probiotik
- C. Gijjaga qarshi
- D. Mukolitik

2. Qo'yidagi dori preparati qaysi guruh antibiotikga kiradi?



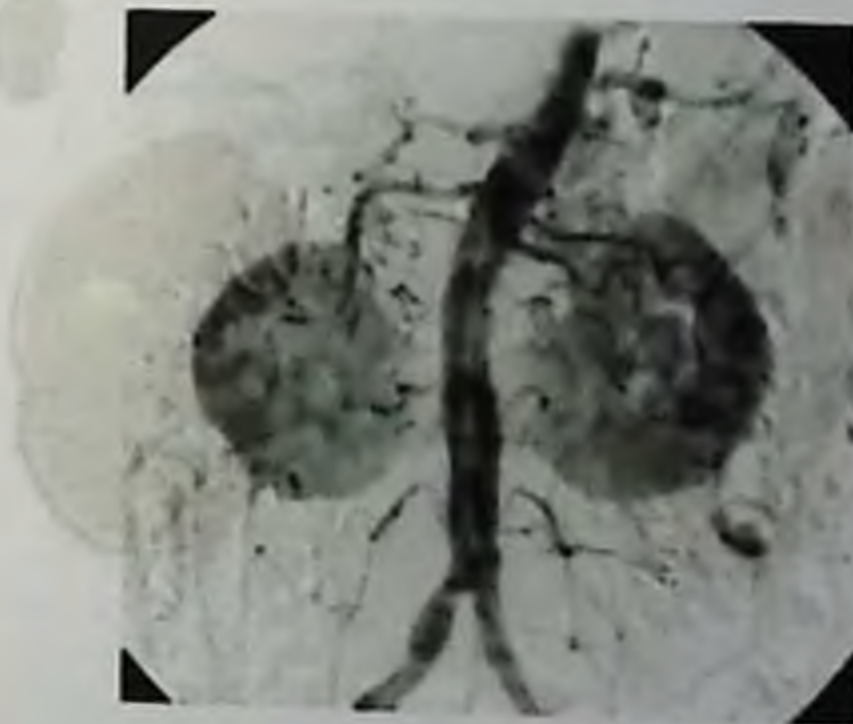
- A. Makrolid
- B. Penitsillin
- C. Sefalosporin
- D. Xinolon

3. Buyrak shishlari yurak shishlaridan farq qiladi?



- A. Iliq
- B. Ko'k rangli
- C. Sovuq
- D. Kechga yaqin paydo bo'ladi

4. Qaysi tekshirish turi ko'rsatilgan?



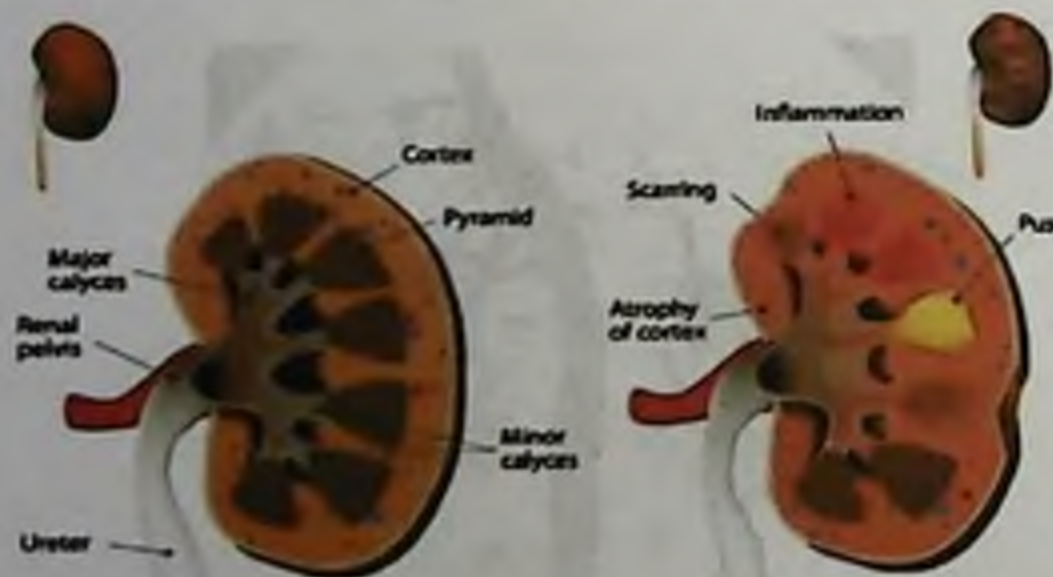
- A. Buyrak angiografiyasi
- B. MRT
- C. KT
- D. Ekskretor urografiya

5. Buyrak shisblari yurak shishlaridan farq qiladi



- A. yumshoq
- B. ko'k rangli
- C. sovuq
- D. kechga yaqin paydo b'oladi

6. Qo'yida k'orsatilgan chap rasmda qaysi kasallik tasvirlangan?



- A. Piyelonefrit
- B. Glomerulonefrit
- C. Nefroskleroz
- D. Buyrak o'smasi

7. Piyelonefritning asosiy qo'zgatuvchisini ko'rsating



- A. ichak tayoqchasi
- B. streptokokk
- C. stafilokokk
- D. vrus

8. Qo'yidagi dori preparati qaysi gurubga kiradi



- A. Nitrofuran
- B. Probiotik
- C. Gijjaga qarshi
- D. Diuretik

9. Piyelonefritning tekshirish usullaridan biri



- A. UTT
- B. Buyrak doplerografiyasi
- C. KT
- D. Ekskretor urografiya

10. Piyelonefritda asosiy fizioterapevtik davo turlaridan biri



- A. Lazeroterapiya
- B. Ingalyatsion terapiya
- C. Uroseptiklar
- D. Indukotermiya

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

- 1.Nefrologiya. Klinicheskie rekomendatsii. Pod red. SHilov E.M., Smirnov A.V., Kozlovskaya N.L. – M.: GEOTAR-Media — 2016.
- 2.Intervensionnaya nefrologiya. A. Azif, A. K. Agarval, A.S. Evzlin – M.: Destion — 2015.
- 3.Nefrologiya i vodno-elektrolitnyy obmen. Rukovodstvo. V. Ou, J-P. Ginyar, SH.Baumgart – M.: Logosfera — 2015.
- 4.Nefrologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Kratkoe izdanie. Pod red. N.A.Muxina – M.: GEOTAR-Media — 2014.
- 5.Nefrologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. V 2-x tomax. Tom 1: Zabolevanie pochek. Ryabov S.I., Rakityanskaya I.A. – SPb.: SpetsLit — 2013.
- 6.Nefrologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. V 2-x tomax. Tom 2: Pochechnaya nedostatochnost. Ryabov S.I. – SPb.: SpetsLit — 2013.
- 7.Rukovodstvo po nefrologii. Pod red. Roberta V. SHrayera/perevod s angl. pod red. N.A. Muxina, 6-e izdanie – M.: GEOTAR-Media — 2009.
- 8.Nefrologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Pod red. N.A. Muxina. — M.:GEOTAR-Media. — 2009.
- 9.Ratsionalnaya farmakoterapiya v nefrologii: Rukovodstvo dlya praktikuyemyx vrachey / Pod obshchey red. N.A.Muxina, L.V.Kozlovskoy, E.M.SHilova. — M.: Litera — 2006.
- 10.Naglyadnaya nefrologiya. Kallagxan K.A., Perevod E.M.SHilova. M.: GEOTAR-Media — 2009.
- 10.Diagnostika i lechenie bolezney pochek. Muxin N.A., Tareeva I.E., SHilov E.M., L.V. Kozlovskaya. M.: GEOTAR-Media — 2011.

1. Umumiy qisqartirishlar
2. Umumiy qisqartirishlar
3. Umumiy qisqartirishlar
4. Umumiy qisqartirishlar
5. Umumiy qisqartirishlar
6. Umumiy qisqartirishlar
7. Umumiy qisqartirishlar
8. Umumiy qisqartirishlar
9. Umumiy qisqartirishlar
10. Umumiy qisqartirishlar
11. Umumiy qisqartirishlar
12. Umumiy qisqartirishlar
13. Umumiy qisqartirishlar
14. Umumiy qisqartirishlar
15. Umumiy qisqartirishlar
16. Umumiy qisqartirishlar
17. Umumiy qisqartirishlar
18. Umumiy qisqartirishlar
19. Umumiy qisqartirishlar
20. Umumiy qisqartirishlar

Отпечатано в типографии ООО "ARTEX NASHR"140100.
г. Самарканд, ул. Почта 185,
Подписано в печать 29.03.2023 Протокол 8
Формат 60x841/16. Гарнитура "Times New Roman". усл. печ. л. 1.86
Тираж: 200 экз. Заказ № 45 / 2023
Тел:+998 (97) 897-80-00

