



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

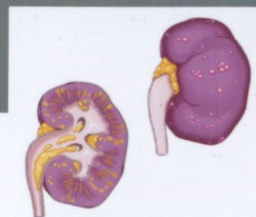
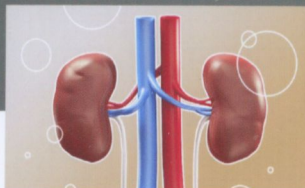
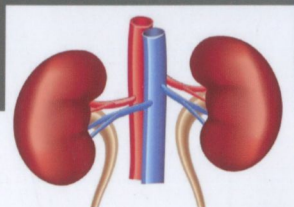


ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЎҚУВ - УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ

Тиббиёт олий таълим муассасалари
“Терапия” мутахассислиги
клиник ординаторлари учун



Тошкент 2020

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TOSHKENT TIBBIYET AKADEMIYASI

"ТАСДИКЛАЙМАН"
Ўз Р ССВ Фан ва таълим
Бош бошқармаси бошлиғи
Ў.С. Исмаилов
"24" Февраль 2020 й
Баённома № 2

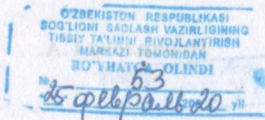
"КЕЛИШИЛДИ"
Ўз Р ССВ Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази директори
Н.Р. Янгиева
"24" Февраль 2020 й
Баённома № 2

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ.

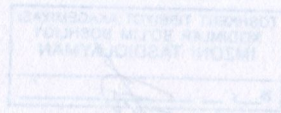
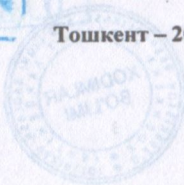
(Тиббиёт олий таълим муассасалари

"Терапия" мутахассислиги клиник ординаторлари учун)

Ўқув-услубий қўлланма



Тошкент – 2020 йил



Ишлаб чиқувчи муассаса: Тошкент тиббиёт академияси,
2-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси

Тузувчилар:

Умарова З.Ф.-ТТА тиббий педагогика факультетининг
2-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси доценти, т.ф.н.

Серикбаева М.Т. Жанубий Қозоғистон Медицина Академияси “Терапевтик
фанлар” кафедраси ассистенти

Такризчилар:

Насриддинова Н.Н.- Тошкент тиббиёт академияси 2-сон факультет ва
госпитал терапия кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори

Скосырева О.В.-Тошкент Давлат Стоматология Институтининг 2-сонли
терапевтик йўналишдаги фанлар кафедраси доценти, т.ф.н.

Тошкент тиббиёт академиясининг “Марказий услубий кенгаши” томонидан
кўриб чиқилди

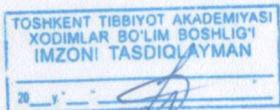
Мажлислар баёни № 3 “ 14 ” ноябр _____ 2019й.

Тошкент тиббиёт академиясининг Кенгашида муҳокама қилинди ва
тасдиқланди

Мажлислар баёни № 6 “ 20 ” ноябр _____ 2019й.

ОТМ кенгаш котиби:

Исмаилова Г.А.



ҚИСҚАРТМА АТАМАЛАР:

АГ - артериал гипертония

АБ - артериал босим

СЙИ - сийдик йўллари инфекцияси

ПН - пиелонефрит

СБК -сурункали буйрак касаллиги

ББ - белгиларсиз бактериурия

EAU - Европа урологлари ассоциацияси

КТ -компьютер томография

МРТ - магнит-резонанс томография

ЮСЙ - юқори сийдик йўллари

ААФ - ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари

АННОТАЦИЯ

“Терапия” мутахассислиги клиник ординаторлари учун мўлжалланган ушбу ўқув-услубий кўлланмада сурункали пиелонефритнинг этиология, патогенез, клиникаси, лаборатор ва инструментал диагностикаси қиёсий таққослаш ва даволаш масалалари ёритилган, ҳамда сийдик йўллари инфекцияси ва белгиларсиз бактериуриянинг белгилари, диагностикаси ва даволаш замонавий тарзда берилган. Шунингдек, сурункали пиелонефрит ва сийдик йўллари инфекциясининг профилактикаси кенг ёритилган.

Ўқув-услубий кўлланмани тузишда охириги йилларда ёзилган тиббий адабиётлардан, тавсияномалардан фойдаланилган

КИРИШ

Мамлакатимиз Президентининг 2018 йил 12 июлдаги 3846- сонли “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига нефрология ва гемодиализ ёрдами кўрсатиш самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарориди мамлакатда нефрологик касалликларга чалинган шахсларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини сифат жиҳатидан яхшилаш, буйрак патологиясини ўз вақтида аниқлаш, мавжуд беморларни даволаш ва реабилитация қилиш, профилактика қилиш, ташхис қўйиш ва даволашнинг замонавий ҳамда самарали усулларини жорий этиш йўли билан соғлиқни сақлаш тизимининг вилоят ва туман даражаларида аҳолига ихтисослаштирилган, юқори технологик нефрологик тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш каби вазибаларни бажариш кўрсатилган.

Бу эса ўз навбатида замонавий тиббий адабиётлар, тавсияномалар яратишни тақозо этади. Терапиянинг турли йўналишидаги шифокорлари нефрологик касалликларни ўз вақтида ташхислашни, даволашни билишлари керак.

Ушбу ўқув-услубий қўлланмада сурункали пиелонефритнинг эпидемиологияси, этиологияси, патогенези таснифи, ташхислаш, қиёсий ташхислаш ва даволаш, олдини олиш ёритилган. Услубий қўлланма 2019 йилда ТТА 2-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси ходимлари томонидан “Терапия” мутахассислиги клиник ординаторлари учун тузилган ишчи дастурга асосан ёзилди.

Мавзунинг долзарблиги

Пиелонефрит (ПН) ва сийдик йуллари инфекцияси (СИИ) ўткир респиратор инфекциядан кейин иккинчи ўринда туради. Сурункали пиелонефрит (СП) - буйрак касалликлари ичида энг кўп учровчи касаллик ҳисобланади, аммо кўпинча латент кечиб кеч ташхисланади. Аста-секин буйрак етишмовчилиги ривожланади ва даво чоралари қрилмаса жиддий оқибатланиши мумкин Касаллик 80% ҳолда қайталаниши мумкин .Асосан касаллик бошдан утказилган инфекциядан дастлабки олти ойдан сунг ривожланади.Аёллар эркакларга қараганда 2-5 маротаба кўп касалланади ва уларда репродуктив функцияси бузилади. ПН ва СЙИларнинг асосида яллигланиш жараени етсада. Аммо уларнинг клиник кўринишларини амбулатор равишда фарқлаш мураккаброк. Шунинг учун куп мамлакатларда асоратланмаган , асоратланган ва қайталанган СЙИ фаркланади.Беморлар асосан умумий амалиет шифокорига мурожат қилишади,огир холларда уролог кўригида булишиб, кейинчалик тор мутахассислар назоратида бўлишади. Замонавий

диагностика усуллари орқали беморларни ўз вақтида даволаш ва улар хаётини яхшилашга қаратилган.

Эпидемиология

Сурункали пиелонефрит — буйрак касалликлари ичида энг кўп учровчи касаллик ҳисобланади. СП инсоният орасида тарқалган касалликлар ичида учраш частотасига кўра (юқори нфас йўлари инфекциясидан) кейинги иккинчи ўринни эгаллайди. Касалланиш —1000 та одамдан 18 та ҳолатда аниқланади. Аёлларга эркакларга қараганда 2-5 маротаба кўп касалланади. Тарқалиши, ўлим сабаби кўрсаткичларига кўра, 8 дан 20% гачани ташкил қилади. Бу барча ёш вакиллари ичида энг кенг тарқалган инфекцион касаллик ҳисобланади. Россияда йилига 1,3 млн ҳолатларда ўткир пиелонефрит билан касалланиш қайд этилади. Пиелонефритнинг цистит, белгиларсиз бактериурия, ва эркак жинсий аъзолари инфекцияси билан биргаликда учраши СЙИ синдромини ташкил этади. Сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) —бу патоген микроорганизм флораси билан сийдик йўлларининг иңфицирланиши бўлиб, ва унинг исталган қисмини зарарлашига олиб келиб ва у ўз навбатида унинг яллиғланишига олиб келади. СЙИ, айниқса, аёллар орасида энг кўп учрайдиган юқумли касалликлардан бири ҳисобланади.

Европа урологлар ассоциациясининг (EAU) таъснифига кўра СЙИ асоратланмаган ва асоратланган турларга бўлинади

Машғулот мақсади - назарий билимларни ўзлаштириб, амалий кўникмаларни эгаллаб, уларни амалиётда қўллашга эришиш.

Клиник ординатор билиши керак:

- Сурункали пиелонефритнинг этиологияси, патогенези, хавф омилларини аниқлаш, таснифи, клиникаси, диагностикаси;

- Сурункали пиелонефрит босқичидан келиб чиққан ҳолда даволашнинг асосий принципларини;

- мавзу бўйича ўзлаштириш лозим бўлган асосий дори гуруҳлари фармакотерапия, фармакодинамикаси ва фармакокинетикасини, уларни қўллаш, ножўя таъсирлари ва қўллашга моненьликларни;

- номедикаментоз, медикаментоз, физиотерапия, санатор-курорт даволашга кўрсатма ва моненьликларни.

Клиник ординатор **бажара олиши керак:**

-- касаллик тўғрисида маълумотга эга бўлиш, касалликка хос бўлган специфик ва умумий белгиларни аниқлаш, беморни объектив текшириш усулларни қўллаш;

- беморнинг умумий аҳолини баҳолаш, оғир бўлса, ушбу ҳолатдан чиқариш чораларини қўллаш;

- текшириш (лаборатор, инструментал ва специфик) усулларини белгилаш;

- умумий қон, сийдик, қонни биохимик текшириш натижаларини баҳолаш ;

- касалхонага ётишга кўрсатмани аниқлаш ва ташкил этиш;

Кутиладиган натижа:

Врач-терапевт соғлиқни сақлаш муассасаларида тўлиқ мустақил ишлай оладиган, беморларга юқори малакавий ёрдам кўрсатиш учун зарур бўлган касбий фаолияти мажбуриятларни бажара олиши лозим.

ТУШУНЧА

ПИЕЛОНЕФРИТ

Таърифи

Сурункали пиелонефрит (СП) – бу буйракларнинг жомча, косача, строма ва паренхимасининг “давомли инфекцион – яллиғланиш” жараёни бўлиб кейинчалик паренхиманинг склерозланиши ва гипертония ҳамда буйрак етишмовчилиги билан асоратланадиган патологик жараён ҳисобланади. Пиелонефрит цистит, белгиларсиз бактериурия ва эркаклар жинсий аъзоларининг яллиғланиши биргаликда “**Сийдик йўллари инфекцияси**” (СЙИ)ни ташкил қилади.

Сийдик йўллари инфекцияси

Сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) —бу патоген микроорганизм флораси билан сийдик йўлларининг инфицирланиши бўлиб, ва унинг исталган қисмини зарарлашига олиб келиб ва у ўз навбатида унинг яллиғланишига олиб келади. Қачонки пешобдаги микроб колонизацияси 1 мл сийдик миқдоридида 10^4 колонизация бирликдан ортиқ бўлса ва/ёки микроб инвазияси инфекцион жараённинг ривожланиши сийдик таносил тизимининг ташқи уретра оғзидан буйрак пўстлоқ қисмигача жойлашганда ушбу касалликташхиси қўйилади.



СЙИ, айниқса, аёллар орасида энг кўп учрайдиган юқумли касалликлардан бири ҳисобланади. СЙИ учраш частотаси кўра ЎРВИдан кейин иккинчи ўринда туради. «Сийдик йўллари инфекцияси» (СЙИ) термини инфекция аниқланмаганда, ва аниқ буйрак зарарланиш белгилари бўлмаганда қўлланилса; «бактериурия» термини эса бактериурия бу нафакат сийдик йўлларида аниқланмайди балки у ерда фаол кўпайиш хусусиятига эга бўлганлигини кўрсатиш мақсадида қўлланилади. Европа урологлар ассоциациясининг (EAU) таъснифига кўра СЙИ асоратланмаган ва асоратланган турларга бўлинади. Пиелонефрит ва СЙИ бу тўғридан тўғри тушунча бўлмасдан, балки, амбулатория шароитида яллиғланиш жараёнининг содир бўлишини клиник жиҳатдан аниқлаш қийин бўлган ҳолатлар ҳисобланади. Шунинг учун кўплаб мамлакатларда топик ташхисотидан кўра СЙИ нинг асоратланмаган, асоратланган ва рецидивланувчи турларга бўлиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Келиб чиқишига кўра бўлади:

- Касалхонадан ташқари- амбулатор шароитда келиб чиқади
- Нозокомиал – стационарда даволангандан 48 соатдан кейин юзага келадиган ҳолатга айтилади. Нозокомиал инфекцияларнинг 40% дан ками

СҲИ ҳисобига юзага келиб, кўпинча бу ҳолатларга сийдик пуфаги катетеризацияси сабаб бўлади.

Клиникасига кўра асоратланган ва асоратланмаган СҲИ га бўлиниб улар касалликнинг оқибати ва даволаш тактикасига кўра фарқланади.

Асоратланмаган СҲИ кечишининг ўзига хослиги

Қисқа муддатли даволаш курсларида кўзгатувчи эрадикацияси кузатилади.

- Мураккаб микробиологик диагностикани талаб қилмайди.
- Лаборатор нозорат усуллари талаб этмайди.

Асоратланган СҲИ – бу, жинсий аъзоларнинг анатомик ёки функционал аномалиялари фониди ёки макроорганизмнинг ҳимоя механизмларига таъсир этувчи ёндош касалликлар фониди ва инфекциянинг ривожланиш хавфини ошишига ёки даволашнинг нозффективлигига сабаб бўлади.

- Кўпинча аралаш инфекция кузатилади
- Даволаш давомида кўзгатувчининг ўзгариши
- Симптомларнинг ўзоқ сакланиши
- Кўпинча антибактериал давонинг самарасизлиги

Симптомсиз бактериурия(СБ) тушунчаси фарқланади.

СБ — бу клиник белгилари бўлмаган ҳолда аёлларда икки ва эркекларда уч маротаба олинган пешобнинг ўрта порциясида бактерияларнинг 10 даражаси 5КОЕ/мл га ўсишига айтилади.

Кўшимча лейкоцитуриянинг мавжудлиги ийдик таносил аъзоларида инфекция борлигини аниқлатади, ва симптомсиз бактериурияга нисбатан оғир клиник ҳолат билан номоён бўлади.

Симптомсиз бактериурия ўткир ва рецидивланувчи бўлиши мумкин.

Тарқалганлиги. СБ нинг аниқланиши хаавф гуруҳларида аниқланади, бу биринчи навбатда хомилдорлар, қандли дабет билан касалланган беморлар, сийдик йўллари инфекциясини ўтказган беморлар киритилади. Европа урологлар ассоциациясининг (2018) маълумотига кўра СБ соғлом аёлларда қарийб 1-5 % ни, соғлом қари ёшдаги аёлларда 0,7 % ни, қандли диабет билан касалланганларда 27 % ни, 2-10 % ни хомилдорларда ва 23-89 % ни спинал патологияси мавжуд беморлар ташкил этади. СБ ёш эркекларга хос бўлмайди, агарда аниқланса у ҳолда сурункали бактериал простатитни истисно қилиш лозим. Қизиғи шундаки, соғлом иккала жинс вакилларида пешоб стерил ҳолатда бўлиши лозим. СБ бактериялар спектри

асоратланмаган ёки асоратланган сийдик йўллари инфекциясига ўхшаш бўлади.

Текширувлар

Зарурий лабаратор текширувлар

Пешобнинг стериллиги ва антибиотикларга минимум сезгирлигини аниқлаш (хомиладорларни аёлларни аёллар маслахатхонасига ҳисобга қўйиш вақтида, оптимал 12-16 ҳафтагача, СЙИ қайта рецидивда, қандли диабет касаллиги билан касалланган беморларни бир йилига камида 1 маротаба кўриқдан ўтказиш амалга оширилади)

1. Умумий сийдик таҳлили (УСТ) (анамнезида СЙИ учраш эпизодлари йилига 1 маротабадан кам бўлмаган муддатда)

2. Нечипоренко бўйича сийдик таҳлили (анамнезида СЙИ учраш эпизодлари йилига 1 маротабадан кам бўлмаган муддатда)

3. Умумий қон таҳлили (УҚТ) (симптомсиз бактериурияда бир маротаба ўтказилади)

Асосий инструментал текширувлар

• буйрак, сийдик пуфағи, простата беzi УТТ (эркакларда) (бир маротаба ўтказилади)

Кўшимча лабаратор ва инструментал текширувлар

• Текширувлар пиелонефрит, циститни истеъсно қилишга қаратилган (томир ичи урографиясига х.к.3)

Кўрсатмага кўра тор мутахассислар кўриги.

Диагностика

Симптомсиз бактериурия таърифида бу ҳолатнинг ташхисотидаги асосий ташхис меъзонлари келтирилган. Симптомсиз бактериурияни ташхислашда УСТ да бактерияларнинг (+, ++, +++) аниқланиши аҳамиятга эга.

Даволаш чора тадбирларининг ўзига хослиги

Антибактериал терапияга кўрсатмалар:

- 1 Ўсмир ёшдаги қиз болалар;
- 2 Хомиладорлар;
- 3 Сийдик таносил аъзоларида жаррохлик амалиёти режалаштирилаётганлар;
- 4 Қандли диабет.

Антибактериал даволаш 3 кун давомида ўтказилади:

1. Амоксициллин/клавуланат - перорал 375 мг 8 соатлик интервал билан.

2. Цефуроксим аксетил - перорал 250 мг 12 соатлик интервал билан.

3. Ципрофлоксацин – перорал 250 мг 12 соатлик интервал билан.

4. Офлоксацин - перорал 200 мг 12 соатлик интервал билан.

(хомиладорва 16 ёшдан кичикларга қўллаш мумкин эмас)

5. Норфлоксацин 400 мг 12 соатлик интервал билан.

(хомиладорва 16 ёшдан кичикларга қўллаш мумкин эмас)

Захирадаги препаратлар:

1. фурагин 100 мг 6-8 соатлик интервал билан.

2. ко-тримоксазол 960 мг 12 соатлик интервал билан.

(хомиладорликнинг охириги триместерида қўллаш мумкин эмас).

Қандли диабет билан касалланган беморларни даволашда 5-7 кунлик курс даволаш мақсадга мувофиқдир.

Амоксициллин/клавуланат . препарати билан 5-кунлик курс билан даволаш ўтказилади.

Агарда, стерил экмани экиш натижалари тайёр бўлган бўлса, реинфекцияда антибактериал давони эмпирик тартибда эмас балки, аниқланган микроорганизмнинг антибактериал препаратга сезувчанлигига кўра ўтказилади.

Даволашда самарадорлик меъзонлари ва оқибати

УСТ бактериурияни йўқ қилишда, сийдик экмаси қайта стерилликга аниқланаётганда, УСТ да микроб таначаларини йўқ қилиш ёки камайтириш 1 мл сийдикда ($<10^5$ м.т./мл) ни ташкил этиши лозим. СЙИ рецидивида антибактериал даво такрорланади. Бунда беморларнинг тўлиқ соғайиши, ёки пиелонефрит, цистит, уретритга ўтиши кузатилади. Хомиладорликда 40 % холатларда охиригача даволанмаган симптомсиз бактериурия кейинчалик гестацион пиелонефритга трансформацияланиши кузатилади.

Эпидемиологияси

Сурункали пиелонефрит — буйрак касалликлари ичида энг кўп учровчи касаллик ҳисобланади. СП инсоният орасида тарқалган касалликлар ичида учраш частотасига кўра (юқори нфас йўлари инфекциясидан) кейинги иккинчи ўринни эгаллайди. Касалланиш — 1000 та одамдан 18 та холатда аниқланади. Аёлларга эркакларга қараганда 2-5 маротаба кўп касалланади. Тарқалиши, ўлим сабаби кўрсаткичларига кўра, 8 дан 20% гачани ташкил қилади.

Этиология ва патогенези

- Асоратланмаган пиелонефрит
- *Escherichia coli* (75 – 95%);
- *Staphylococcus saprophyticus* (5-10%);
- Бошқа *Enterobacteriaceae* (*E. coli* дан ташқари);
- *Proteus mirabilis*
- *Klebsiella pneumoniae*
 - Асоратланган пиелонефрит
 - Хамма юқорида келтирилганлар;
 - *P. aeruginosa* (кўк йиринг таёқча);
 - *Serratia spp.* and *Providencia spp.*;
 - Стафилококклар;
 - Замбруғлар.

Патогенези

Инфекциянинг тушиш йўллари:

- 1) гематоген–инфекция ўчоғидан (кариоз тишлар, аднексит, холецистит);
- 2) лимфоген – бу йўл хали ҳам мунозара остида;
- 3) сийдик найи девори ва унинг бўшлиғи орқали яъни пуфак най рефлюкси мавжуд бўлганда- бу кўтариливи яъни уриноген йўл ҳисобланади

Пиелонефрит ривожланишининг зарурий компонентлар

- 1) Инфекциянинг мавжудлиги;
- 2) Уродинамиканинг бузилганлиги, жом ички босимининг ортиши;
- 3) Бўйрак ва сийдик йўллариининг зарарланиши ёки жароҳатланиши.

Бу бирлик мажбурий бўлиб, хаттоки томир ичига микробнинг юборилиши ёки сийдик пуфағига жўнатиш ҳам пиелонефритни ривожланишига олиб келмаслиги мумкин.

Пиелонефрит ривожланишига мойиллик қилувчи омиллар

I. Жинс

1) кўпинча аёллар–эркак ва аёлларнинг нисбати - 1:(2-3) ташкил қилади 75% аёллар–40 ёшгача кўп касалланади. Эркаклар–хаётининг иккинчи ярмида кўпроқ касалланади.

2) Аёлларда 3 та критик давр фарқланади:

а) болалик даври–ўғил болаларнинг қиз болаларга нисбати -1:6 ни ташкил этади

б) никоҳдан кейинги давр–жинсий ҳаётнинг бошланиш дври бўлиб–уретранинг дефлорацияси ва травматизациясидан кейин кузатилувчи – олдинги ёзувчилар бу ҳолатни - "асал оғи пиелити" номи билан атаганлар

в) хомиладорлик даври–бу даврда сийдик найининг кенгайиши ва жомларнинг атонияси ва кичрайиши кузатилади.

II. Гормонал дисбаланс

1) глюкокортикостероидлар

2) гормонал контрацептив препаратларни қабул қилиш

III. Моддалар алмашинувининг бузилиши

- қандли диабет (баъзи авторлархаттоки махсус шаклларини ҳам келтирганлар), подагра, нефрокальциноз

IV. Буйрак ва сийдик йўллариининг турли аномалиялари, дисплазиялар, гипоплазиялар, пуфак–сийдик найи рефлюкс

V. Буйракнинг дорилар билан абактериал интерстициал нефрит кўринишида зарарланиши

Дорилар ва уларнинг метаболитлари: сульфаниламидлар, силга қарши препаратлар (тубазид), катта дозаларда D витамини, фенацетин (фенацетинлибуйрак), аналгетиклар, нефротоксик антибиотиклар

5. МКБ 10 бўйича кодланиши

N11.0 Нообструктив сурункали пиелонефрит, рефлюкс билан боғланган

N11.1 Сурункалиобструктив пиелонефрит

N20.9 Калькулёз пиелонефрит

6. Таъсниф

Ушбу таъсниф Халқаро ва Европа урологлар ассоциацияси (EAU, 2004) томонидан, СҲИ Америка юкумли касалликлар (IDSA, 1992) ҳамжамияти мезонлари асосида ва Европа клиник микробиология ва юкумли касалликлар (ESCMID, 1993) ҳамжамияти томонидан тузилган.

1. Пайдо бўлиш жойига кўра:

- касалхонадан ташқари (амбулатор);
- нозокомиал (касалхона ичи)

2. Асоратланишига кўра:

- асоратланмаган;
- асоратланган (абсцесс, карбункул, паранефрит, ўткир буйрак жароҳатланиши, уросепсис, шок)

3. Кечишига кўра:

- ўткир (биринчи эпизоди);

- янги инфекция (de novo) касалликнинг ўткир эпизодини ўтказгандан 3 ойдан сўнг);

- рецидивланувчи (рецидив — инфекция эпизодлари, ўткир пиелонефрит ўтказгандан сўнг 3 ой ичида ривожланиши).

Бирламчи ва иккиламчи орасида нисбат – 20% : 80%

Бирламчи – кўпинча икки томонлама, иккиламчи - бир томонлама

Жараённинг жойлашишига кўрабўлиши мумкин бирёкиикки томонлама.

Сурункали пиелонефрит даврлари:

- фаол яллиғланиш;
- латент яллиғланиш;
- ремиссияёки клиник соғайиш

Инфекциянинг тарқалиш йўллариغا кўра

- гематоген–кўпинча бирламчи

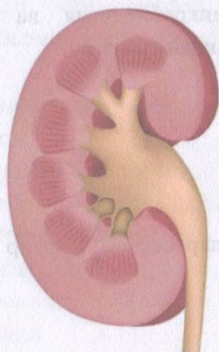
- уриноген (кўтарилувчи) –кўпинча иккиламчи

Патологик анатомияси

Ўткир ва сурункали пиелонефритга ўчоқлилик, полиморфлилик ва нотекис морфологик ўзгаишлар хос. Беморларда соғлом тўқима билан биргаликда яллиғланиш ўчоғи ва склерозни аниқлаш мумкин.

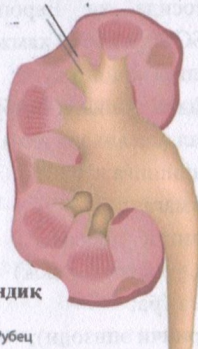
Микроскопик оралик тўқимада кўплаб абсцессга айланишга мойил периваскуляр инфилтратларни аниқлаш мумкин.Йиринг ва бактериялар оралик тўқима орқали каналчалар бўшлиғига киради. Пўстлоқ қисмидаги миллиар абсцесслар, апостематоз нефрит кўринишида бўлиб, коптокчаларда жойлашади.

Нормал буйрак



Сурункали пиелонефрит

Деформацияланган
қосача



Чандик

Рубец

Бир вақтнинг ўзида каналчаларнинг капилярлари эмболияси асоси атрофида ва буйрақларнинг мағиз қаватида йирингчалар пайдо бўлиши мумкин. Бундан ташқари, буйрақларнинг мағиз қаватида йирингли кулранг – сарғиш тусдаги сўргичларга қадар тарқалувчи чизиқчалар шаклланади.

Микроскопик текширувларда лейкоцитларнинг тўпланишини тўғри каналчаларда, ва бундан ташқари атроф тўқимада ҳам аниқланади. Бу жараён сўргичларнинг некрозига, бу, асосан, сурункали пиелонефритга кўпроқ Хос хисобланади. Сўргичлар некрозининг асосий сабаби ундаги қон айланишининг бузилиши хисобланади. Кичик абсцесслар ўзаро бирлашиб, йирингчаларни ҳосил қилиши мумкин.

2. Диагностика

2.1 Шикоятлар ва анамнез

Сурункали пиелонефритнинг фаол даврида бемор бел соҳасидаги тўмтоқ оғриқларга шикоят қилади. Дизурия Хос бўлмасдан, однако может баъзан турли даражада номоён бўлувчи тез тез оғриқли сийдик ажратиш кўринишида номоён бўлиши мумкин. Пухта йиғилган анамнезда бемор қуйидаги носпецифик шикоятларни билдириши мумкин:

- Қалтираш эпизодлари ва субфебрилитет;
- Бел соҳасида нохушлик хисси;
- чарчок;
- умумий ҳолсизлик;
- мехнат фаолиятининг ва х.к.

СБЕ ёки каналчалар дисфункцияси ривожланиши кўпинча қуйидаги шикоятлар билан номоён бўлади. Касалликнинг латент даврида шикоятлар бўлмаслиги мумкин, бунда ташхис қўйишда лабаратор текширувларга асосланади. Ремиссия даврида ташхис анамнез маълумотларига (5 йилдан кам бўлмаган муддат) асосланади; бунда шикоятлар ва лабаратор ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин.

Сурункали пиелонефритнинг клиник номоён бўлиши бир қанча синдромлар билан номоён бўлади:

- 1) интоксикацион (иситма, умумий ҳолсизлик, ноқулай хис қилиш, терлаш, анорексия);
- 2) дизурик белгилар (кесувчи, пешоб ажратиш вақтидаги оғрик, тез тез пешоб ажратиш, полакиурия, никтурия);
- 3) оғрик синдроми (бел соҳасидаги турли интенсивликдаги оғриқлар, оғриқларнинг таносил аъзоларига, сийдик найи йўналиши бўйлаб, қовурға ости соҳасига, кўкрак қафасига иррадиацияси бўлиши, одатда ўткир пиелонефритга нисбатан кам интенсивликдаги хусусиятлар ҳосдир).

2.2 Физикал текширувлар

Физикал текширувда қуйдагиларга ахамият бериш тавсия этилади:

- буйрак соҳасининг пайпасланганда оғриклилиги;
- Пастернацкий симптомининг зарарланган томонда мусбатлиги;
- полиуриянинг мавжудлиги.

Артериал қон босимини, тана хароратини ўлчаш тавсия этилади.

2.3 Лаборатор диагностика

Текширишда стандарт алгоритмни қўллаш тавсия этилади, у ўзда қуйдагиларни саклайди: умумий сийдик тахлили, бактериологик сийдик тахлили, умумий қон тахлили, биохимик қон тахлили.

Сийдик лаборатор текширувида лейкоцитурия (қўпинча нейтрофил тури) ва бактериурия аникланади. Баъзан протеинурия (1г/сутгача), микрогематурия, гипостенурия, сийдикнинг ишқорий реакцияси аниқланиши мумкин.

Сийдик бактериологик текшируви барча беморларга кўрсатма бўлиб у орқали касаллик кўзгатувчиси аникланади ва адекват антибактериал даво белгиланади. Бактериурия даражасининг миқдорий кўрсаткичи 10^4 КОЕ/мл аниқланиши ахамиятга эга ҳисобланиб исботланганлик даражаси В ни ташкил этади ва ностандарт ҳолатларда яъни (полиурия ёки иммуносупрессияда) клиник ахамиятлиси кам даражадаги бактериурия даражаси билан баҳоланади.

Умумий қон тахлилида эса гематологик яллиғланиш белгиларига: нейтрофил лейкоцитоз лейкоформуланинг чапга силжиши; ЭЧТ нинг ортиши кабиларга эътиборни қаратиш тавсия этилади.

Қон биохимик тахлилида (билирубин, мочевино, креатинин кўрсаткичига) булар жигар ва буйрак функционал ҳолати ҳақида маълумот беради.

• Минимал даражада Сурункали буйрак етишмовчилигига гумон қилинганда эса Реберг синамасини ўтказиш тавсия этилади.

• Суткалик протеинурия ва сифатий экскреция қилинаётган оксилни аниқлаш фақат маълум муаммоли ҳолатларда яъни буйрак коптокчаларининг бирламчи зарарланишини дифференциал диагностикасини ўтказишда қўлланилади.

• Яққол ривожланган артериал гипертензия ва гипотензия препаратни танлашдаги муаммоли ҳолатларда қон тахлилида ренин, ангиотензин, ва алдостеронни аниқлаш тавсия этилади.

2.4 . Инструментал диагностика

Сийдик айирув тизимини УТТ ўтказиш тавсия этилади, у орқаликасалликнинг авж олиш даврида паренхимани шишини аниқлаш, буйрак ўлчамларини кичрайганлигини кўриш, унинг деформациясини, узок давом этган пиелонефритнинг авж олиш давридан ташқари даврида паренхима экзогенлигининг ортганлигини (нефросклероз белгиларини) кўриш имконияти берилади.

Буйракларнинг меърий ўлчамлари:

• Эркакларда: унг буйрак - 12,9×6,2 см • чап буйрак - 13,2×6,3 см, яъни чап буйракнормада - 0,2-0,5 см га катта

• Аёлларда—ўнг буйрак - 12,3×5,7 см • чап буйрак - 12,6×5,9 см

• Иккита қоида мавжуд:

1) Агарда чап буйрак ўлчами ўнгга нисбатан 0,5 см га кичик бўлса бу чап буйракнинг зарарланиши (унинг бужмайиши)ни билдиради —бу чап буйракка тегишли

2) Агарда буйраклар узунасига ўлчамлари фарқи 1,5 см ва ундан ортик бўлса, у холда бу ҳам буйракларнинг бужмайишидан дарак беради (бу кўпрок унг буйракка кўпрок хос).

Косача - жом тизимининг кенгайиши бу сийдик пассажининг бузилиш борлигидан далолат беради. Бундан ташқари, доплерография текшируви эса қон айланиши бузилиш даражасини аниқлаш имконини беради.

Сурункали пиелонефрит ташхисининг фаол яллиғланиш давридааниқлашнинг келгусидаги текширувлари хар бир беморда индивидуал тартибда белгиланади.

Сурункали пиелонефритда экскретор урография текшируви маълумотларига кўра махсус рентгенологик белгилар аниқлаш тавсия этилади. Аммо уни ўтказишдан асосий мақсад — сийдик айирув тизими холати ва сийдик пассажининг бузилиш сабабини аниқлашдир.

СП эрта рентгенологик белгилари бўлиб, юқори сийдик йўллари тонусининг пасайиши, текисланиши ва форникслар бурчакларининг қайрилиши, косача ларнинг торайиши ва тортилиши хисобланади.

Касалликнинг кечки даврларда эса косачаларнинг яққол деформацияси, ва уларнинг ёпишиши, пиелоренал рефлюкслар, пиелоектазияни кўриш мумкин.

Ходсон симптоми ва ренал-кортикал индекснинг пасайиши (экскретор урограммада буйрак паренхимасининг қалинлигининг чекка қисмларида ўрта сегмент билан солиштирганда камайишини аниқлаш) Хосдир.Нормада паренхима қалинлиги (буйракнинг ташқи контуридан пирамида

сўрғичларигача бўлган масофа) буйрак ўрта сегментида 2,5 см ни, четки қисмларида 3–4 смни ташкил қилади.

Агарда беморларда даволаш бошлангандан 72 соатдан кейин ҳам иситма сақланса у ҳолда кўшимча текширувлар, яъни спирал компьютер томографияси, экскретор урография ёки нефросцинтиграфия амалиёти ўтказилиши тавсия этилади.

Нефропатиянинг симметриклиги саволини ечимини топишда ва буйрақларнинг функционал ҳолатини баҳолашда радиоизотоп текширув методлари тавсия этилади.

Пуфак-сийдик найи рефлюксини ва бошқа пастки сийдик йўлларидаги ўзгаришларни аниқлашда микцион цистоуретрография ва/ёки радиоизотоп ренография амалиётини ўтказиш тавсия этилади.

КТ ва МРТ текшируви пиелонефритни келтириб чиқарувчи касалликларни яъни сийдик тош касаллиги (КТ, КТ контраст билан), буйрак ва сийдик айирув йўллари ўсмалари ва аномалияларини (КТ контраст билан, МРТ) ташхислашда тавсия этилади.

Буйрак ангиографияси–ангиограммада - "ёнган дарахт" тасвири – бу майда қон томирларнинг, облитерацияси ҳисобига кузатилади. Специфик ўзгаришлар эса - ўчоқли-интерстициал склерознинг инфильтрацияли лимфоидлиги, гиоцитар элементлар ва нейтрофиллар билан биргаликда кузатилиши ҳисобланади.

Буйрақларнинг биопсияси буйрак тўқимасининг диффуз зарарланиш касалликларини дифференциал диагностикасини ўтказишда, ундан ташқари асосан иммунодепрессив даво зарур ёки йўқ деган саволга жавоб топиш мақсадида ўтказилади.

3. Қиёсий таққослаш

Белгилар	Сурункали гломерулонефрит	Сурункали пиелонефрит
Анамнезнинг ўзига хослиги (сабаби)	Стрептококкли инфекциянинг тез тез авж олиши ва ўткир нефрит ўтказганлиги	Сийдик тош касаллиги, простата безининг хавфсиз гиперплазияси туфайли пешоб оқимининг бузилганлиги
Бел соҳасида оғрик	Тўмтоқ икки томонлама, домий бўлмаган	Яққол ривожланган доимий асосан бир томонлама, иккала буйрак зарарланганда

		икки томонлама
Дизурик белгилар	Хос эмас	Хос
Тана харорати	Одатда нормада, баъзан авж олиш даврида бир оз ошган	Авж олиш даврида сезиларли ортган, баъзан давомли субфебрилитет
Қалтираш	Хос эмас	Хос
Лейкоцитуря	Хос эмас	Хос
Бактериуря	Хос эмас	Хос
Гематурия	Доимий микрогематурия Хос, Нечипоренко текширувида эритроцитлар сезиларли ортган	Хос эмас ёки лейкоцитуря хисобига ортган. Нечипоренко текширувида лейкоцитлар сезиларли ортган
Сийдик реакцияси	Кислотали ёки нормал	Ишқорий
Протейнурия	Яққол ривожланган, цилиндруря Хос	Нисбатан кам ривожланган
Шиш синдроми	Хос ва яққол ривожланган	Кам Хос, катта шишлар хос эмас
Нейтрофилларнинг тосик донадорлиги	Хос эмас	Авж олиш даврида Хос
Антибактериал даводан сўнг СБЕ белгиларининг камайиши	Хос эмас	Хос
Буйраклар зарарланишининг ассиметрияси	Хос эмас, буйракларнинг доимо икки томонлама зарарланиши хос	Хос, аммо буйракларнинг икки томонлама зарарланиши хам учрайди
УТТ буйракларнинг косача ва жом тизимининг ҳолати	Нормал	Баъзан сийдик тош касаллиги зарарланиш белгилари

Буйраклар сили - қуйидаги белгаларга асосан ташхисланади:

- Анамнезида ўпка, лимфа тугунлар, суяк, бўғим туберкулёзининг мавжудлиги;
- Пешоб бактериоскопик, бактериологик ёки биологик текширувларида

туберкулёз микобактерийсини аниқланиши;

- Првакацион туберкулин синамасини қўллаш — тери остига туберкулин эритмасини юборган холда умумий ва маҳаллий белгиларни баҳолаш, 1 мл пешобда лейкоцит ва эритроцит миқдорини ҳисоблаш;
- Экскретор пиелограммада хос рентгенологик белгиларнинг аниқланиши (узайиши, қисқариши, торайиш ёки кенгайиши, деформация, косачаларнинг ампутацияси, каверналарнинг аниқланиши);
- Цистоскопияда сийдик пуфағи шиллик қаватининг хос ўзгаришларини аниқлаш (сил дўмбоқчалари, яралар).

Даволаш

4.1 Номедикаментоз даволаш

- Сурункали пиелонефритда етарли даражада диурезни ушлаб туриш тавсия этилади. Қабул қилинаётган суюқлик хажми ўртача 2000–2500 мл/сут ташкил этиши лозим. Пешоб хайдовчи йиғмалар, витаминларга бой (морслар), антисептик хусусиятли (клюква, брусника, шиповник) ўсимликлардан дамламалар истеъмол қилиш тавсия этилади.
- Касалликнинг тинчлик даврида буйрак касалликларини даволашга мўлжалланган курорт зоналаридан Эссендуки, Железноводск, Пятигорск, Трускавец, Чорток, Турон, Чинободсанатор курорт зоналарива маҳаллий дам олиш зоналарида даво чораларини олиб бориш тавсия этилади.
- Сурункали пиелонефрит билан касалланган, полиурия ва электролитларни йўқотилишисиз артериал гипертензия билан асоратланган беморларга, ош тузини (5–6 г/сут) ва суюқлик миқдорини (1000 мл/сут гача) камайтириш тавсия этилади.
- Бир ой давомида яллиғланишга қарши хусусиятга эга бўлган фитопрепаратлардан (брусника барги, малина барги, тысячелистник, ромашка, петрушка, берёза буйракчаси)ни қабул қилиш мақсадга мувофиқдир. Аммо далилларга асосланган тиббиёт фитопрепаратлар билан даволаш самарадорлиги аниқланмаган шунинг учун айти методни қўллаш зарурий компоненти ҳисобланмайди.

4.2. Медикаментоз даволаш

Сурункали пиелонефритни антибактериал препаратлар билан даволаш сийдик бактериологик тахлилининг чакирувчини идентификациялаш ва антибиотикга сезувчанлигини аниқлангандан сўнг белгилаш тавсия этилади.

Сурункали пиелонефритни даволашда олдинги ўринларни антибактериал даво эгаллайди. Бу касалликни турли кўзгатувчилар келтириб чиқарганлиги

сабабли, уларга қарши ҳозирги кунда мавжуд барча антибактериал препаратларни қўллаш мумкин.

Сурункали пиелонефритда гипотензив даволашда одатий схемани қўллаш тавсия этилади. Аммо шуни эсдан чиқармаслик лозимки, бу касалликда артериал гипертензиянинг сабаби қондаги ренин микдорининг ортиши бўлиб, шунинг учун даволашда базис давода АПФ ингибиторларини қўллашмақсадга мувофиқдир. Ушбу гуруҳ препаратларини кўтара олмаслик (яъни қуруқ йўтал) кузатилса у ҳолда ангиотензин II рецептори ингибиторлари гуруҳи танлов препарати бўлиб ҳисобланади.

Бундай беморларга яъни тез тез нефросклероз (кўпинча икки томонлама) кузатилганлиги сабабли дори препаратларини дозалаш Реберг синамасига асосан танланади. Пиелонефритнинг авжланиш/рецидивланиш даврларида антибиотикотерапия танлаш сийдик пассажи бузилишларини ва бошқариб бўладиган хавф омилларини бартараф этилгандан сўнг, керак бўлса қўйилган дренаж найчани олиб ташлаш ёки алмаштирилгандан сўнг тавсия этилади.

Енгил ва ўрта оғир даражадаги ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг рецидивланишида 7-14 кун давомида перорал даволаш тавсия этилади.

1-Жадвал

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг енгил ва ўрта оғир даражасида тавсия этилган эмпирик антибактериал даво.

Антибиотиклар	Кунлик доза	Даволаш давомийлиги, кунлар
Ципрофлоксацин**	500–750 мг кунига 2 маҳал	7–10
Левифлоксацин**	250–500 мг 1 кунига 1 маҳал	7–10
Левифлоксацин**	750 мг кунига 1 маҳал	5
Альтернатив препаратлар (фторхинолонларнинг клиник эквивалентлари, лекин микробиологик эмас)		
Цефиксим	400 мг кунига 1 маҳал	10
Цефтибутен	400 мг кунига 1 маҳал	10

Рецидивланган ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг оғир босқичини даволашда қуйидаги келтирилган парентерал антибактериал препаратлардан бири билан даволаш тавсия этилади:

-Беморларнинг *E.coli* га резистенлик кўрсаткичи <10% дан баланд бўлганда, парентерал фторхинолонлар тавсия этилади.

- КСБЛ–ишлаб чиқарувчи штаммлар *E.coli* га резистенлик кўрсаткичи <10% бўлганда, цефалоспоринлар III авлоди тавсия этилади.

- грамм мусбат микроорганизмга сезувчанлик бўлганда аминопенициллинлар + b-лактамаз ингибиторлари тавсия этилади. ;

-беморларда *E.coli* нинг фторхинолонларга резистентлиги ва/ёки КСБЛ-ишлаб чиқарувчи *E.coli* штаммининг айни препаратга нисбатан >10% ни ташкил этади ва бунда аминогликозидлар ёки карбапенемлар тавсия этилади.

2-Жадвал

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг оғир даражасида тавсия этилган бошланғич эмпирик антибактериал даво.

Антибиотиклар	Кунлик доза
Ципрофлоксацин	400 мг кунига 2 махал
Левовфлоксацин	250–500 мг кунига 1 махал
Левовфлоксацин	750 мг кунига 1 махал
Альтернативдори воситалар	
Цефотаксим	2 г кунига 3 махал
Цефтриаксон	1–2 г кунига 1 махал
Цефтазидин	1–2 г кунига 3 махал
Цефепим	1–2 г кунига 2 махал
Ко-амоксиклав	1,5 г кунига 3 махал[5]
Пиперациллин/тазобактам	2/0,25–4/0,5 г кунига 3 махал
Гентамицин	5 мг/кг кунига 1 махал

Амикацин	15 мг/кг кунига 1 махал
Эртапенем	1 г кунига 1 махал
Имипенем/циластатин	0,5/0,5 г кунига 3 махал
Меропенем	1 г кунига 3 махал
Дорипенем	0,5 г кунига 3 махал

Даволаш давомийлиги ўртача 14 – 30 кунни ташқил этади. Антибактериал даво касалликнинг авж олиш даври белгиларининг камайиши ва сурункали пиелонефритнинг асоратлари яъни сепсис, паранефрит белгилари йўқолгандан сўнг тўхтатилади. Касалликнинг авж олиш белгиларининг бартараф этилганлилик меъзонларига қуйидагилар киради:

- интоксикация белгилари ва иситманинг йўқолиши;
- сийдик тахлилида лейкоцитуриянинг йўқолиши.

- **антиагрегант даво**

Бунда дипиридамоп препаратини 25-75 мг дан 3 махал/кунига 2-3 хафта давомида қўлланилади. Баъзан пентоксифиллин препаратини 100 мг дан 2 – 3 махал/кунига 2 – 3 хафта давомида қўллаш мумкин, ёки 5 – 10 мл эритмасини 200 мл ли физиологик эритмада эритиб 5 – 10 кун давомида т/и томчилатиб юборилади, бундан ташқари ацетилсалицил кислотасидан 0,125 мг/кунига 2-3 хафта давомида қўлланилади.

- **дезинтоксикацион даво**

У ўз ичига орал регидратацияни яъни (2 – 4 литр/кунига суюқлик ичиш), ёки инфузион давони (5% глюкоза эритмаси 400 - 800 мл т/и томчилатиб 1 – 5 кун давомида, ёки физиологик эритмани 400 – 800 мл т/и 1 – 5 кун давомида томизиш, ёки гемодез 200 – 400 мл т/и сақланган буйрак фаолияти фониди 1 – 3 кун давомида томизиш) қабул қилади.

- **спазмолитик даво**

Спазмолитиклар оғрик синдроми мавжуд бўлганда бу белги йўқолгунга қадар (одатда 2 – 10 кун давомида) тавсия этилади, сийдик йўллари обструкцияси мавжуд бўлганда эса – СЙИ авж олиш даври белгилари камайгунга қадар давом эттирилади. Бунда дротаверин гидрохлориди препаратини 40 мг дан кунига/2 – 4 махал қўлланилади. Бундан ташқари 2 – 8 мл 2% папаверин гидрохлориди эритмасини м/о ёки т/и оқим билан юбориш мумкин. Буйрак санчиғи пайдо бўлганда эса баралгин эритмасини 5 мл т/и

оқим билан ёки м/о, ва/ёки 4–6 мл 2% ли дротаверин гидрохлориди эритмасини т/и ёки м/о юбориш тавсия этилади.

4.3. Хирургик даво

- Сурункали пиелонефритда жаррохлик йўли билан даволашдан асосий мақсад пешоб пассажиини тиклашдан иборатдир.
- Сурункали пиелонефритнинг авж олиш даврида, йиринглаш босқичи (апостематоз нефрит ёки буйрак карбункули) га ўтганда буйраклар декапсуляцияси ва нефростомия амалиётини ўтказиш тавсия этилади.
- Агарда, сурункали пиелонефрит бир томонлама нефросклероз билан асоратланган бўлиб, лекин аъзо фаолиятининг йўқотилиши ёки функциясини сезиларли бузилиши ва зарарланган буйрак сурункали инфекция ўчоғига айланган бўлса бундай ҳолатларда нефрэктомия амалиёти тавсия этилади.
- Агарда, сурункали пиелонефрит бир томонлама нефросклероз билан асоратланган бўлиб, ҳамда аъзо фаолиятининг йўқотилиши ёки функциясини сезиларли бузилиши ва зарарланган буйрак оғир ва қийинчилик билан бошқариладиган артериал гипертензия ҳолатлари ривожланса нефрэктомия амалиёти тавсия этилади.
- Сурункали пиелонефритнинг авж олиш даврида, йиринглаш (пионефроз) фазасига ўтишида нефрэктомия амалиёти тавсия этилади.

4.4. Касалликнинг ремиссия даврида.

Бу даврда пиелонефрит даволаш амалиёти ўтказилмайди. Зарур бўлганда яллиғланишга қарши фитотерапия муолажаси ўтказилади, лекин уларнинг рецидивга қарши самарадорлиги хали ҳам ўз тасдиғини топмаган. Ремиссия фазасида асосан сийдик йўлларида обструкцияни сабабини бартараф этишга қаратилган чора тadbирлар ўтказилади: яъни конкрементларни олиб ташлаш, сийдик тизими ўсмаларида, стриктураларидасийдик найи пластикаси амалиётини ўтказишва х.к.з.

5. Диспансер назорат

Сурункали пиелонефрит билан касалланган беморлар ўз турар жойларида жойлашган поликлиникада ёки амбулаторияда терапевт ёки уролог диспансер назоратида туришлари лозимдир. Бунда бемор қайта кўриги ва текширувлар касалликнинг ҳар авж олиш даврида ўтказилиб, агарда пиелонефрит кўзгалмаса 3 ойда 1 мартаба кўрик ўтказилиши лозим.

Охириги ҳолатда албатта УСТ, Нечипаренко бўйича сийдик тахлили, АҚБ

ўлчаш амалиёти ўтказилиши лозим. Буйрак ва сийдик йўллари УТТ сурункали пиелонефритнинг хар авж олиш даврида ўтказилиб, ва баъзан ремиссия даврида йилига 1 маротаба ўтказилиши лозим.

Даволашнинг самарадорлик меъзонлари ва оқибати

Клиник белгилар: интоксикация синдромини бартараф этилиши, тана хароратини нормаллашиши, дизурик белгиларни бартараф этилиши ёки камайиш, белда оғриқнинг камайиши.

Лаборатор белгилари: сийдик чўкмасини нормаллашиши, УҚТ кўрсаткичларини нормаллашиши.

Касалликнинг авж олиш даври бартараф этилгандан сўнг касалликнинг ремиссия даври бошланади. Касалликнинг рецидиви авж олиш белгилари билан номоён бўлади. Авж олиш даврининг ўртача давомийлиги 14-20 кун бўлиб, 25% холатларда касалликнинг авж олиш даври чўзилган кечиш хос бўлиб ўртача 1,5-2 ой давом этади, ва давомли антибактериал даво талаб этади. 15% холларда касалликнинг авж олиш даври медикаментоз даво билан самарага эришиб бўлмайди. Касалликдан сўнг СБЕ, токсико септик асоратлар, ЎБЕ, нефроген артериал гипертензия каби асоратлар ривожланиши мумкин.

6. Касалликнинг профилактикаси ва соғлом турмуш тарзи.

Сурункали пиелонефритнинг профилактикаси

Бундай касалликнинг фонида, сурункали пиелонефритнинг олдини олиш бўйича асосий тавсияномалар уни келиб чиқишига сабабчи бўлган асосий касалликни даволаш муҳим аҳамиятга эга. Бундай касалликлар қаторига қуйидагилар киради: уrolитиаз яъни сийдик тош касаллиги ва простата безихавфсиз гиперплазияси, шунингдек буйракнинг ажратув фаолияти бузилиши билан кечадиган касалликлар шулар жумласидандир. Ҳомиладор аёллар, айниқса, кўп ҳомилали, кўп сувлилик ва катта хомила ва тор чанокқа эга бўлганлар ҳомиладорлар ойига камида 1 маротаба сийдикнинг бактериологик текширувини бажаришлари ва кўрсатмага кўра уродинамикани назорат қилишлари лозим.

Даволовчи жисмоний тарбия машқлари "сийдик азодарининг касалликларида" ўз натижасини бермаслиги мумкин. Сурункали пиелонефрит буйракларнинг махсус касаллиги бўлгани учун, бу холатда фақат умумий қувватлантирувчи даволовчи гимнастика машқлари қўлланилади. Бел соҳасидаги оғриқлар жисмоний тарбия билан мунтазам ва тўлиқ куч билан киришига тўсқинлик қилади. Даволовчи жисмоний тарбия касалликларга қарши курашнинг ишончли ва самарали усули бўлишига

карамай, афсуски, (сурункали пиелонефритда) умумий ҳолатнинг вақтинчалик яхшиланишидан ташқари, ижобий натижалар бермайди.

Сийдик йўллари инфекцияси профилактикаси. Организмдан касаллик чақирувчи бактерияларни чиқариш учун, кунига камида олти пиёладан кам бўлмаган микдорда сув қабул қилиш лозим. Инфекцияга қарши курашишда дорили алтей дамламасини қўллаш яхши натижа беради. У айирув тизимининг барча яллиғланиш ҳолатларида самарали ёрдам беради ва цистит ва уретрит ҳолатларида фойдали хисобланади. Иммуностимуляцияловчи ва антимикроб хусусиятларга эга бўлган эхинацея эса, шунингдек сийдик йўллари инфекциялари учун ҳам фойдалидир.

Сийдик йўллари инфекциясини олдини олишда илик сувда (уч дақиқалик) ва совук сувда (бир дақиқагача) алмашинувида оралик соҳасига душ қабул қилиш инфекциясига қарши курашишда ёрдам беради. Фақат муолажани 3-4 маротаба такрорлашингиз керак. Бундай контрастли душ қон айланишини яхшилайти ва зарарланган ўчоқга кўп микдордаги лейкоцитлар ва антиинфекцион агентларни киришига сабаб бўлади. Шунингдек контраст ўтириб бажариладиган ванналар ҳам фойдалидир.

Сурункали пиелонефрит ва сийдик йўллари инфекциясида соғлом турмуш тарзи.

Касалликнинг узок давомли давом этиши, нотўғри даволаниш ва соғлом турмуш тарзига риоя қилмаслик билан касалликнинг ўткир шакли сурункали шаклга айланишига сабаб бўлиши мумкин. Ва бунда касаллик бир йилдан ортик сизга ҳамроҳ бўлишига тайёрланишингиз лозим бўлади. Бирок, бундан ҳам қутилишингиз мумкин, фақат соғлом турмуш тарзининг баъзи қоидаларига риоя қилган ҳолда. Бунга қуйидагилар қиради:

Тоза ҳавода юриш. Ҳаракатнинг ҳаётнинг асоси эканлиги сир эмас, биз ҳаракат қилаётиб яшаймиз. Ушбу қоида айниқса, буйрақларга, яъни сурункали пиелонефритда касалликнинг авжланишини олдини олишда қўлланилади.

Юриш қон айланишини яхшилайти, шунинг учун аъзоларни озуқа моддалари билан таъминлайди. Бундан ташқари, юриш мушакларнинг тонусини яхшилайти ва қонни кислород билан бойитишга ёрдам беради. Буларнинг барчаси сурункали ҳолатдаги танани тарк этмайдиган инфекцияларга қарши курашишга ёрдам беради.

Чекшни ташлаш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш. Ўткир шаклда бўлганидек, тамаки билан спиртли ичимлик танани заифлаштиради ва аъзоларнинг фаолият юритишига салбий таъсир кўрсатадиган асосий омиллардандир. Бундан ташқари, уларни қабул қилиш иммун тизимини заифлаштиради ва бу касалликнинг қайталанишига олиб келади.

Витаминизация ва тўғри овқатланиш. Пиелонефритнинг сурункали шаклида витаминлар ва микроэлементларни тўлиқонли тартибда истеъмол қилиш жуда муҳимдир. Бу нафақат иммун тизимини кучайтиради, балки буйрақдаги касалликнинг авжланишига тўсқинлик қилади.

Тўғри кийим. Касалликнинг бу шаклида кийим тури жуда муҳимдир. Кийимнинг эркин туриши ва унинг тананинг орқа ва бел қисмини сиқиб турмаслиги жуда муҳимдир. Бундан ташқари, кийимнинг орқа томони ҳар доим ёпиқ бўлиши керак. Бундай ҳолатларда юқори ва бўшашган шимлар ёки юқори бел билан эркин юбка тўғри келади.

Совуқ қотишдан қочиш. Касалликнинг авжланишига асосий сабабларидан бири совуқ қотишдир. Бундай ҳолатларда бизнинг иммунитетимиз заифлашади ва сурункали инфекцияларни назорат қила олмайди. Шунинг учун, бу муаммони бартараф қилиш учун, сиз фаслга мос кийиниш, елвизаклардан ҳимояланиш лозим.

ХУЛОСА

“Терапия” мутахассислиги клиник ординаторлари учун мўлжалланган ушбу ўқув-услубий қўлланмада сурункали пиелонефритнинг этиология, патогенез, клиникаси, лаборатор ва инструментал диагностикаси қиёсий таққослаш ва даволаш масалалари ёритилган. Сийдик йўллари инфекцияси ва белгиларсиз бактериуриянинг белгилари, диагностикаси ва даволаш замонавий тарзда берилган. Шунингдек, сурункали пиелонефрит ва сийдик йўллари инфекциясининг профилактикаси кенг ёритилган. Ўқув-услубий қўлланмани тузишда охириги йилларда ёзилган тиббий адабиётлардан, тавсияномалардан фойдаланилган

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

АСОСИЙ:

1. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 12 июлдаги 3846-сонли “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига нефрология ва гемодиализ ёрдами кўрсатиш самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори.

2. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги 3071-сонли «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам курсатиш тугрисида» ги Қарори.

3. Нефрология. Руководство для врачей. В 2-х томах. Том 1: Заболевание почек. Рябов С.И., Ракитянская И.А. – СПб; Спец. Лит — 2013, 767 стр

4. Нефрология. Клинические рекомендации. Под ред. Шилов Е.М., Смирнов А.В., Козловская Н.Л. – М.: ГЭОТАР-Медиа — 2016, 816 стр.

ҚЎШИМЧА

1. Болезни почек и мочевых путей. В книге «Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону», «Практика» — McGraw-Hill, 2014, в двух томах, 3388 стр.

2. Лопаткин Н.А., Аполихин О.И., Пушкаръ Д.Ю. и др. //Российские национальные рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». — М., 2014.

3. Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Руднов В.А., Синякова Л.А. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Российские национальные рекомендации. — М.: Примапринт, 2013.

4. Иванов Д.Д. Нефрология «под микроскопом». Бессимптомная бактериурия // Укр. мед. часопис. — 2018. — 2 (124).

5. Обновления Руководства по лечению инфекций мочевых путей (EAU, 2018): комментарии конференции, посвященной Дню почки

6. Naber K. et al. Urogenital infections. European Association of Urology — In - ternational Consultation on Urological Diseases. 1-st Edition, 2010. — P. 1182.

7. EAU guidelines 2018. <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/type=summary-of-changes>

8. GP notebook (2018) Asymptomatic bacteriuria of pregnancy.

9. www.TMA.uz., <http://www.meddean.luc.edu>, <http://www.embbs.com>



NASHRIYOT VA MUXARRIRIYAT BOLIMI

Объем – 1,1 уч. изд. л. Тираж –50. Формат 60x84. 1/16.

Заказ № 0605-2020. Отпечатано РИО ТМА

100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru