

۲۹۵۵

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا

موضوع

عقونتهای غیر سلی کلیوی و مجاری ادرار

براهنمائی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر ذبیح اله ارنواز

نگارش

شاهین المارزیانس

سال تحصیلی ۱۳۵۲-۵۳



۲۹۵۵

سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو ۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم

که زندگیسم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم.

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی

به پیشگاه استا تید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه

خود را با وجدان و شرافت انجام دهم.

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد بود

بود . اسرا و بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت

و حیثیت پزشکی را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهم بود ، دین ، ملیت ، نژاد

و عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تأثیری در وظایف

پزشکی من نسبت به بیمارانم نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم

داشت و هیچگاه معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول

انسانی بکار نخواهم برد .

آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده‌ام

انجام دهم.

تقدیم بہ :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر

ذبیح الہ ارنواز .

تقدیر پیغمبر صلی الله علیه و آله :

پس در و مادی رگسرامم .

" عفونتهای غیرسلی کلیوی و مجاری ادرار "

قبلا " عفونتهای غیرسلی کلیه و مجاری ادرار را بدو قسمت تقسیم می‌کردند :

۱- عفونتهای بالا رونده یا عفونت باسیلری یا پیلونفریت .

۲- عفونتهای پایین رونده یا Cortical یا Cocal

در گروه اول مواجه با عفونتهایی میشویم که عمداً "از نظر کلینیکی مطابق هستند

بر تشدید سیستم - پیلیت - پیلونفریت یا عفونت دستگاه ادراری .

در انتقال عفونت از پایین به بالا نه تنها حالبها دارای رلی مهم میباشند

بلکه اهمیت سیستم لنفاتیکی در انتقال عفونت به بالا نیز دارای اهمیت می

خاص میباشد .

ژرمهایی که مسئول این عفونتها هستند عبارتند از : باسیلهای گرم منفی

واستریتوکوک فکالین گرچه قبلاً " معتقد بودند که عفونت از پیلوس و

کالیسها به داخل پرانشیم کلیه منتشر میشود (پیلونفریت) ولی بنظر

میرسد پاتولوژی اصلی بیماری در داخل کالیسها و Pelvis

و اورتر واقع شده و با تجزیهات فراوان به این نتیجه رسیده اند که عفونت

غشائی یا Cortical بطور عمده در داخل پارانشیم کلیه میباشد .

در گروه دوم عفونتهای پائین رونده یا Cortical Infection

میباشد که شامل عفونتهای خطرناک پارانشیم است که تحت عناوین

مختلفی مثل Solitary Abcess^{SS} و Diffuse cortical infection

Abcess و آبسه های متعدد قشری ، Associated

Perinephritis و آبسه های پیری نفریتی نامیده میشوند .

اغلب این عفونتهای متوسط استافیلوکوکال طالائی ایجاد میشود . اغلب موارد

استافیلوکوکای از فرونگل - کاربانگل - آبسه آلوسر و عفونتهای منتشر

مثل Exanthem و عفونتهای مجاری تنفسی فوقانی خود را به

کلیه ها میرساند .

اهمیت استافیلوکوکای در ایجاد عفونتهای باسیلر و همچنین اهمیت سیستم

خونی در بوجود آوردن عفونتهای باسیلری و کوال ، بخوبی شناخته شده

است .

تجرباتی که برای بیماری زائی انجام گرفته یا هیدرونفروز داخلی :

آنچه که بطور تجربی به ثبوت رسیده اینست که - رتزیق وریدی

باسیل در حیوانات تولید پیلونفریت نمی کند مگر در مواردی که قبلاً "حالبها بسته شده باشند از طرف دیگر پیلونفریت Coccid ممکن است بدن لیگاتور حالبها با تزریق وریدن استا فیلوکوای طلائی ایجاد می شود .

Benavasquez نشان داد که اگر پیلونفریت استا فیلوکوکی در خرگوش ایجاد شود و منجر به شش های خرگوش گردد تزریق وریدن با سیل می تواند ایجاد پیلونفریت بکند .

حتی بدن لیگاتور حالبها این مسئله سبب شد که مطالعات زیادی روی آن انجام بگیرد و بالاخره به این نتیجه رسیدند که علت این پدیده هیدرو نفروز ریاست که در اثر استا فیلوکوای در کلیه ایجاد شده .

این پدیده سبب استاز در کلیه و بالینتجه سبب عفونت کلیه می گردد .
سپس Besson و همکاران تئوری Navasquez با ایجاد

سیکاتریسهای توپولر و استازیا سوزنهای Fulgration در حیوانات تأیید کردند .

امروز اهمیت هیپرونفروز داخل کلیه در مورد ایجاد پیلونفریت مورد
 تأیید همگان می باشد . بطور کلی پیلونفریت و عفونت Cortical
 بیماریهای مجرای نیستند . بلکه فقط از نارشدت و خامت دارای
 درجات مختلفی میباشند . آنچه که مهم میباشد اینست که هنوز بطور قطع
 نمیتوان اهمیت راههای صعودی و نزولی را در بیماری زای عفونتهای غیر
 سلی کلیه را ثابت نمود .

” پیلونفریت ”

- هیستوپاتولوژی : پیلونفریت پای بیماری د و طرفه میباشد گرچه ابتدای -
- پای کلیه میتواند شدت بیشتری نسبت به کلیه دیگر داشته باشد ولی گاهی -
- ضایعه در یک طرفه بیشتر از طرف دیگر است . در این صورت تحت عنوان -
- پیلونفریت یک طرفه نامیده میشود .

- از نظر پاتولوژی یک بیماری ویدیده منتشر و نامنظم میباشد و این خاصیت
- از نظر پاتولوژی آنها از نفریت بین نسجی که یا پدید آمده منتشر و منظم و -

Uniform باشد مشخص مینماید .

پیلونفریت پای گرانولوماتوی نوکال وانهدا میشوند و می باشد و بطور ماکروسکوپی

این پدیده سبب ایجاد Scar و سیکاتریس میکند که بصورت -

پایه نواح نامنظم و فرورفته بر روی کلیه دیده میشود .

در قنای کلیه معمولاً " دو قسمت Cortex و Medulla رانمیتوان

بنا بر مشخص از ه جدا کرد و مخصوص اسکاره ای حاصله سبب retraction

پاپیلهای کلیوی و کالیسها میگرد .

اوروگرافی و نفروتوموگرافی در تشخیص بیماریهای کلیوی :

از نظر اوروگرافی سیکاتریس و رتراکسیونهای حاصله سبب میشوند که

پاپیلهای بصورت Clubbing و Calectasis که با درجات

خفیفی از Pyelectasis همراه میباشند در بیابند از طرف دیگر

نباید فراموش کرد که گاهی در کلیه های طبیعی هم مواجهه با

Clubbing پاپیلهای میشود پس نباید فقط با دیدن این پدیده تشخیص

بیماری داده شود .

سیکاتریسهای حاصله در پارانشیم کلیه مسئول تغییر شکل کالیسها -
 میدانند که گاهی میتواند در تشخیص بیماری کمک شایانی بنماید .

این تغییرات بصورت باریک شدن پارانشیم کلیه میباشد و علت خرابی کالیسها
 رانیز علت این پدیده باتولوژیکی پارانشیم میدانند .

در ضایعات شدید قشری گاهی میتوان کالیسها را کاملاً در زیر کپسول -
 کلیوی دید که نشانه‌ای از انهدام وسیع قسمت قشری کلیه میباشد .

گاهی سیکاتریس حاصله چنان تغییراتی در کالیسها ایجاد میکند که یبای
 Cortical distruption یا حتی وجود Tumor را مطرح
 می نماید .

گاهی ممکن است فقط محوشدگ مختصر یا آزرین رفتن کامل یبای کالیسی یا گروه
 کالیسها ایجاد شود .

رابداهه کالیسها با محیط کلیه جهت تشخیص بیماری بسیار مهم است - - -
 بخصوص مسئله Clubbing کالیسها را بیشتر باید مورد ت
 قرار داد .

زیرا این پدیده در حالت طبیعی هم دیده میشود و برای حل این مشکل
 در یا آرامی را که هودسن پیشنهاد کرده است در زیر گفته میشود .

نقطه چین رسم شده در میان زئون کالیسها خط **Intrapepillary**
 را تعیین میکند در کلیه طبیعی این خط یاق رابطه ثابت را محیط — ط
 مرئی کلیه دارد .

ضخامت پارانشیم کلیه را بطور دلخواه بعنوان فاصله بین این خط و سطح
 کلیه گرفته میشود این ضخامت معمولاً "زیاد شده است ولی در منطقه —
 قنابی **Follar** با هم برابر هستند .

البته گاهی با مواجه با کاهش یکنواخ ضخامت پارانشیم کلیه میشودیم
 که ممکن است به علت عارضه یاق شریان اصلی باشد . ولی (هودسن)
 عقیده دارد که در این موارد تغییراتی مانند **Clubbing** با تغییر شکل
 کالیسها معمولاً دیده نمیشود .

اسکمی لوکالیزه که در اثر انسداد یا شاخه شریانی ایجاد شد باشد منجر
 به اتروفی لوکالیزه میگردد ولی دیلاتاسیون و **Distortion** در

کالیسها ایجاد نمیشود با توجه به تمام این گفته ها حدود خارجی کلیه
و تعیین این حد دارای اهمیت خاصی است.

بالاخره باید دانست که اغلب ادبیا حتی نازکی شدن و سیکاتریسم ای -
پارانشیم را زیاد مهم تلقی نمی کنند .

با Opasification پارانشیم کلیه و نفرو تو موگرافی حتی میتوان
سیکاتریسمهای لوکالیزه پارانشیم کلیه را که با Coventional film
نمیتوان دید بخوبی مشخص و تعیین نمود .

و حتی با متوسل شدن ts به Multipole cu میتوان تعیین نمود که ضایعه
آن آیا در قسمت قدامی کلیه میباشد یا در قسمت خلفی آن .

اتروفی کلیه - پیلونفریت اتروفیای و همیو پلازن مادرزادی :

عدهای عقیده دارند که ممکن است Reflux Vesicio-urethral
تشخیص داده نشده علت اساسی پیلونفریت باشد .

Edward و Hodson در طی مطالعات خود به این نتیجه رسیدند

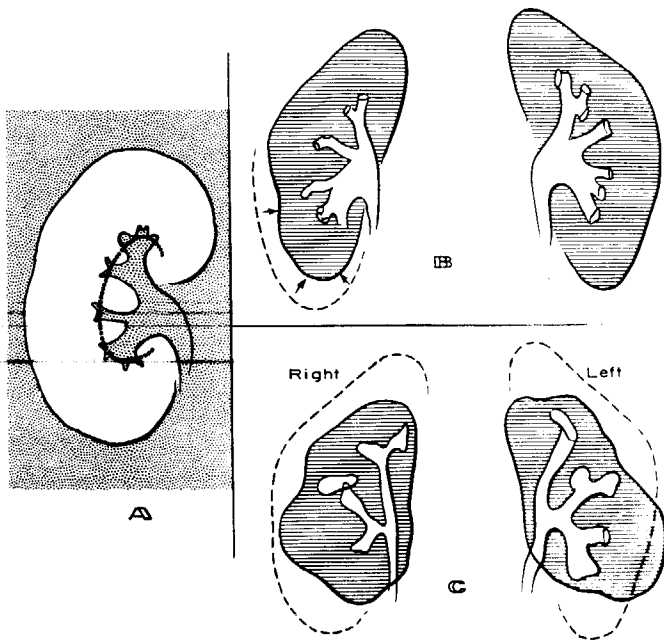


Fig. 914

A = طبله صلیبی: درای صحنه Intrapapillary برای سن دین ضمانت ربع صحنه
 دیده شود. B = در پیتورام ترشمی کسین 21 سنه در صحنه طوب برات نار کسین
 با دایتم ربع صحنه و Chubbang کاسی در اثر پیتورام صحنه با شان صحنه طوب
 صپ صلیبی است.
 C = پیتورام بر کسین 24 سنه م پیتورام شسته در صحنه کسین در بار صحنه آ
 صحنه کسین با دایتم کاسی صحنه است و Chubbang کاسی در صحنه صحنه
 کسین کاسی در صحنه طوب صلیبی است.

که Reflux مثانه‌ها حالبی ممکن است جلوگیری از رشد -

کلیه و بالنتیجه ایجاد کلیه هیپوپلاستیک را مینماید و بالاخره Reflux

اکتسلی نیز میتواند سبب کلیه اتروفیای گردد .

در گذشته اغلب بیماران که دچار کلیه اتروفیای هستند سابقه عفونت

واضحی دیده‌اند میشود . در نتیجه این سؤال پیش می‌آید که آیا پدیده

Reflux میتواند بدن ایجاد عفونت تولید کلیه اتروفیای

را بنماید ؟

ویایای عفونت تشخیصی داده نشد سبب آن گردیده است ؟

بالاخره انفارکتوس بعلت شریان کلیوی در سالهای اول زندگی میتواند

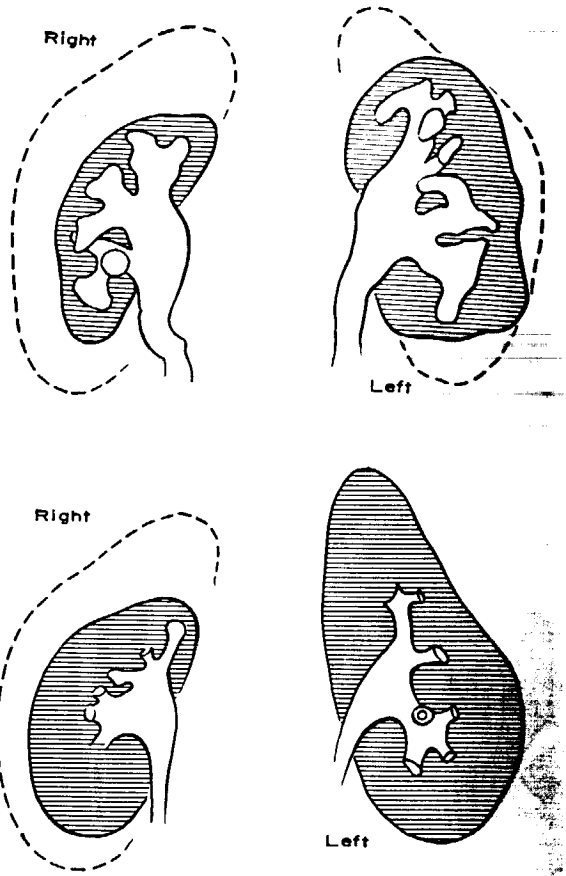
یا اتیولوژی دیگری جهت کلیه اتروفیای باشد .

هیپوپلازی کلیه - وی :

سالهای زیاد است که مطالعات رنتگنوگرافی و هیستولوژیکی جهت

تعیین علت کلیه کوچای انجام شده ولی یکی از مشکلات اساسی

دیده میشود اینست که پیش بای شخص بالغ بدن اینکه علایم کلینیک



در فتره دوران قلب، طبعاً از راست به سمت چپ می‌گذرد
 فقط ساله آید و در صورت بیماری در آنجا مسائلی حاصل می‌گردد است
 هدف از این مطالعه، صدور مباحثی طبعاً است

در نظریه ریوی
 مبدی طرف راست چپ می‌گذرد و آنکه هم در این اثر دهنی داخلی است
 و هم در بیماری که سال به طور مکرر دچار عفونتهای مکرر ادراری
 می‌شود.