

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ
АТЫНДАҒЫ
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ -
ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ



HOCA AHMET YESEVI
ULUSLARARASI
TURK-KAZAK
UNIVERSITESI

ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БҮЙРЕК

Қабылдаған: Мусахова М.О

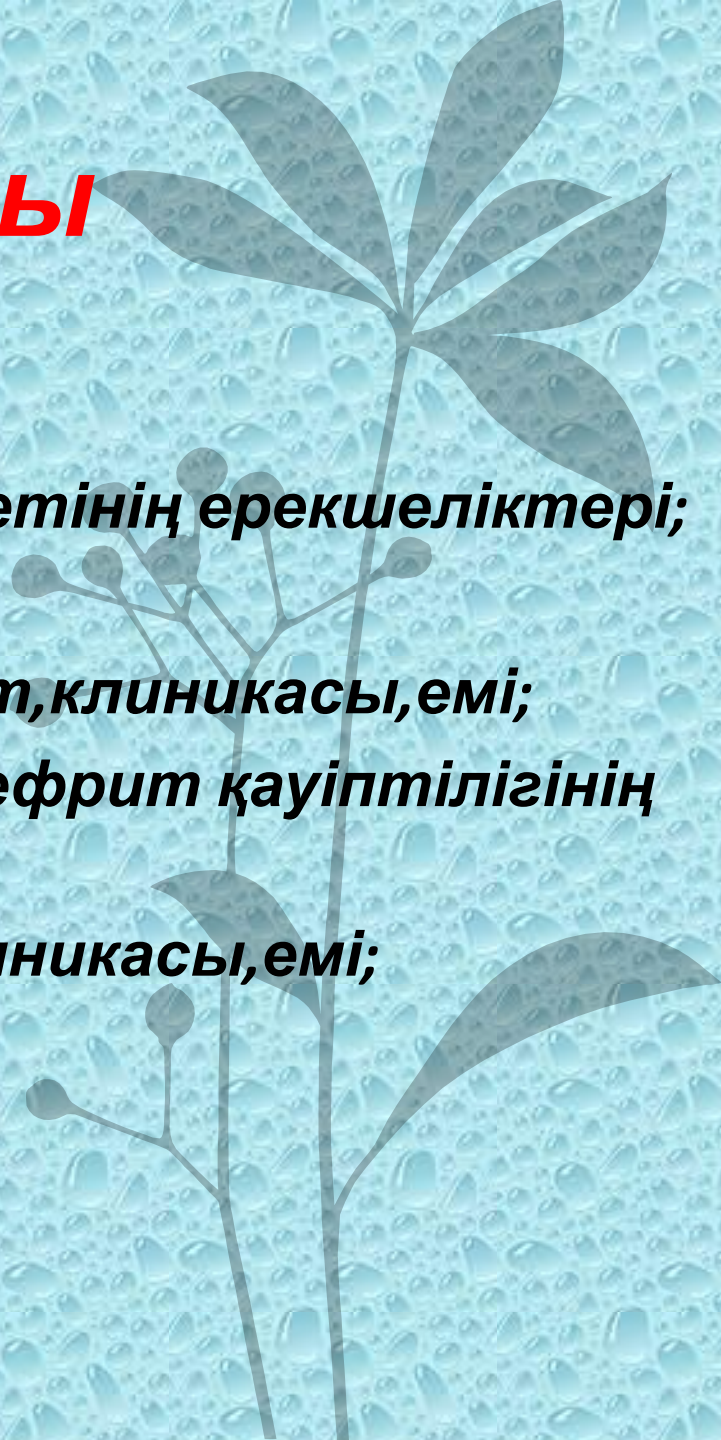
Орындаған: Абдуганиева Э.

Тобы: ТҚ-702



Жоспары

- **Кіріспе**
- **Бүйрек ауруы және жүктілік;**
- **Жүктілік кезіндегі бүйрек қызметінің ерекшеліктері;**
- **Негізгі бөлім**
- **Жүктіліктегі гломерулонефрит, клиникасы, емі;**
- **Жүктілік кезіндегі гломерулонефрит қауіптілігінің үш дәрежесі;**
- **Жүктіліктегі пиелонефрит, клиникасы, емі;**
- **Зерттеу әдістері;**
- **Қорытынды**
- **Пайдаланылған әдебиеттер.**



Бүйрек ауруы және жүктілік

- Жүкті әйелдерде бүйрек ауруы 7-10% жағдайда кездеседі. Жиі (10%) пиелонефрит, сирек (0,1-0,2%) гломерулонефрит анықталады. Бүйрек ауруы жүкті әйелге, әсіресе жүктілік кезіндегі гипертензия жағдайлары қосылғанда өте қауіпті. Жүктіліктің дамуына, баланың дұрыс қалыптасып өсуіне қолайсыз әсер етеді, бала дамуын кешіктіреді.**

Жүктілік кезіндегі бүйрек қызметінің ерекшеліктері

- Жүктілік кезінде бүйректің қызметінде ерекше өзгерістер болады. Несеп жолдары, бүйрек лоханкілері кеңейіп, кейде 20-30 мм-ге дейін ұлғаяды. Бүйрек лоханкілерінің көлемі 5-10-нан 500-1000мл-ге дейін кеңейеді. Бұндай жағдай тұңғыш босанатын әйелдің оң жақ бүйрегінде жиірек байқалады. Осының салдарынан несеп жолдарының жиырылу қасиеті бұзылады. Кейбір жүкті әйелдің бүйрегі төмен түседі(нефроптоз).**

Жоғарыда аталған функционалдық өзгерістер пиелонефриттің дамуына әсер етеді. Несеп жолдарының кеңеюі – босанғаннан кейін біртіндеп қалпына келеді. Сонымен қатар жүктілік кезінде бүйрек қанайналымы да өзгерістерге ұшырайды, жүктіліктің 1-ші триместрінде ұлғаяды, жүктіліктің соңғы триместрінде төмендейді.

Жүкті әйелдер арасында глюкозурия байқалады. Бірақ бұл құбылыс – жүктіліктің 1-ші жартысында байқалып, босанғаннан кейін бірден жойылады.

Гломерулонефрит

- **Гломерулонефрит сирек кездеседі, бірақ жүкті әйел патологиясында алатын орны ерекше, өйткені бұл ауруда қан қысымының көтерілуі және бала орнының мезгілінен бұрын ажырауы байқалады. Гломерулонефриттің коздырғышы – бета-гемолитикалық стрептококк. Гломерулонефрит кезіндегі патологиялық процестің дамуы аутоаллергиялық реакциялардың өтуіне байланысты. Бұл жағдайда инфекциялық фактор өзінің басты мақсатын жояды, аутоагрессивті үдерістер тәрізді созылмалы түрге өтеді. Жүкті әйелдерде өтетін жедел гломерулонефриттің клиникалық белгілері анық емес. Жүктілік кездегі гипертензиялық жағдайдан айырмашылығы жедел гломерулонефритте гематурия байқалады, антистрептолизин, сонымен қатар антигиалуронидаза титрі көтеріледі. Әйелде баспа ауруынан кейін 12-15 күн өткен соң басының ауруы, қалтырап, әлсіздік пайда болуы, ісінуі, кіші дәретте, қанның араласуы-гематурия байқалады. Жедел гломерулонефрит – жүктілікті тоқтатудың бірден-**

- **Жүктілік кезіндегі гломерулонефрит созылмалы түрде өтеді, оның гипертониялық, нефритті, аралас және латентті түрлері бар. 60%-дан астам жағдайда латентті түрі кездеседі. Оған микропротеинурия, микрогематурия тән, кіші дәрет талдауының кейбіреуінде, тұнбада цилиндр ізі байқалады. Латентті гломерулонефритте ісік, гипертония болмайды.**
- **Гипертониялық түрінде** қан қысымы көтеріледі, гематурия, цилиндрурия, протеинурия байқалады. Ісік болмайды. Бұл түрі гломерулонефриті бар жүкті әйелдердің 7%-ында кездеседі.
- **Нефритті түрі** жүкті әйелдердің 5%-ында кездеседі, оған 3 белгі тән:
 - протеинурия,
 - гипопропротеинемия (қан құрамындағы ақуыздың азаюы),
 - ісік және гиперхолестеринемия.
- Протеинурия (кіші дәретте ақуыздың пайда болуы) қан құрамындағы ақуыз деңгейінің төмендеуіне және жайылған кең түрдегі ісіктің пайда болуына себепші. Кіші зәр тұнбасында эритроциттер және әр түрлі цилиндрлер пайда болады

- **Аралас түрілі** гломерулонефритпен ауыратын жүкті әйелдердің 25%-ында кездеседі. Оған гломерулонефриттің гипертониялық және нефритті түрлерінің белгілері тән. Осы түрінде әйелде жүктілік гипертензиясы болмаған кезде де жүкті әйел эклампсиясына ұқсас бұлшық еттердің тартылуы, яғни тырыспасы болады. Аурудың ұзақтығы әр түрлі (2-5 жыл және одан да көп) болса да гломерулонефриттің барлық түрлері терминальды сатығасозылмалы уремияға өтуі мүмкін. Гломерулонефриті бар әйелдерде жүктіліктің өтуі әр түрлі асқынулар дамуымен қатар жүреді. Ең алдымен негізгі ауруы (бүйрек ауруы) күшейе түседі, 40%-дық жағдайда жүктілік гипертензия жағдайы дамиды және ол ауыр түрде өтеді. Перинатальды өлімнің жоғары болуы, іштегі баланың жиі өлуі ауыр асқынуларға жатады. Сондықтан гломерулонефриті бар жүкті әйел жоғарғы қауіпті топқа жатады. Басқа патологиялық жағдайларға қарағанда жиі кездесетін бала орнының мезгілінен бұрын ажырауы, әсіресе гломерулонефрит пен жүктілік гипертензиясының қатар келуі ана мен бала үшін өте қауіпті. Осы жағдайда бала орнының мезгілінен бұрын ажырауы байқалады, қанның үю қасиеті бұзылады, қан кету

Жүктілік кезіндегі гломерулонефрит қауіптілігінің үш дәрежесі



1-ші дәрежесі – гломерулонефриттің латентті түріндегі науқастарда байқалады;

2-ші дәрежесі – нефритті түріндегі науқастарда байқалады;

3-ші дәрежесі – гипертониялық және аралас түріндегі науқастарда байқалады.

Бүйрек қызметінің жетіспеушілігі байқалатын гломерулонефриттің барлық түрінде жүктілік дамуының ең жоғарғы қауіптілік дәрежесінде жүктілікті тоқтатады.

Гломерулонефриттің созылмалы, латентті түрлерінде терапевт пен акушер-гинеколог мамандардың тұрақты қадағалауында болған жағдайда жүктіліктің дамуына рұқсат етіледі, ал басқа түрлерінде бала көтеруге (жүкті болуға) рұқсат етілмейді. Жүктіліктің 7-10 аптасынан бастап жүкті әйелді ауруханаға жатқызып, гломерулонефриттің түріне байланысты акушерлік әдіс анықталады.

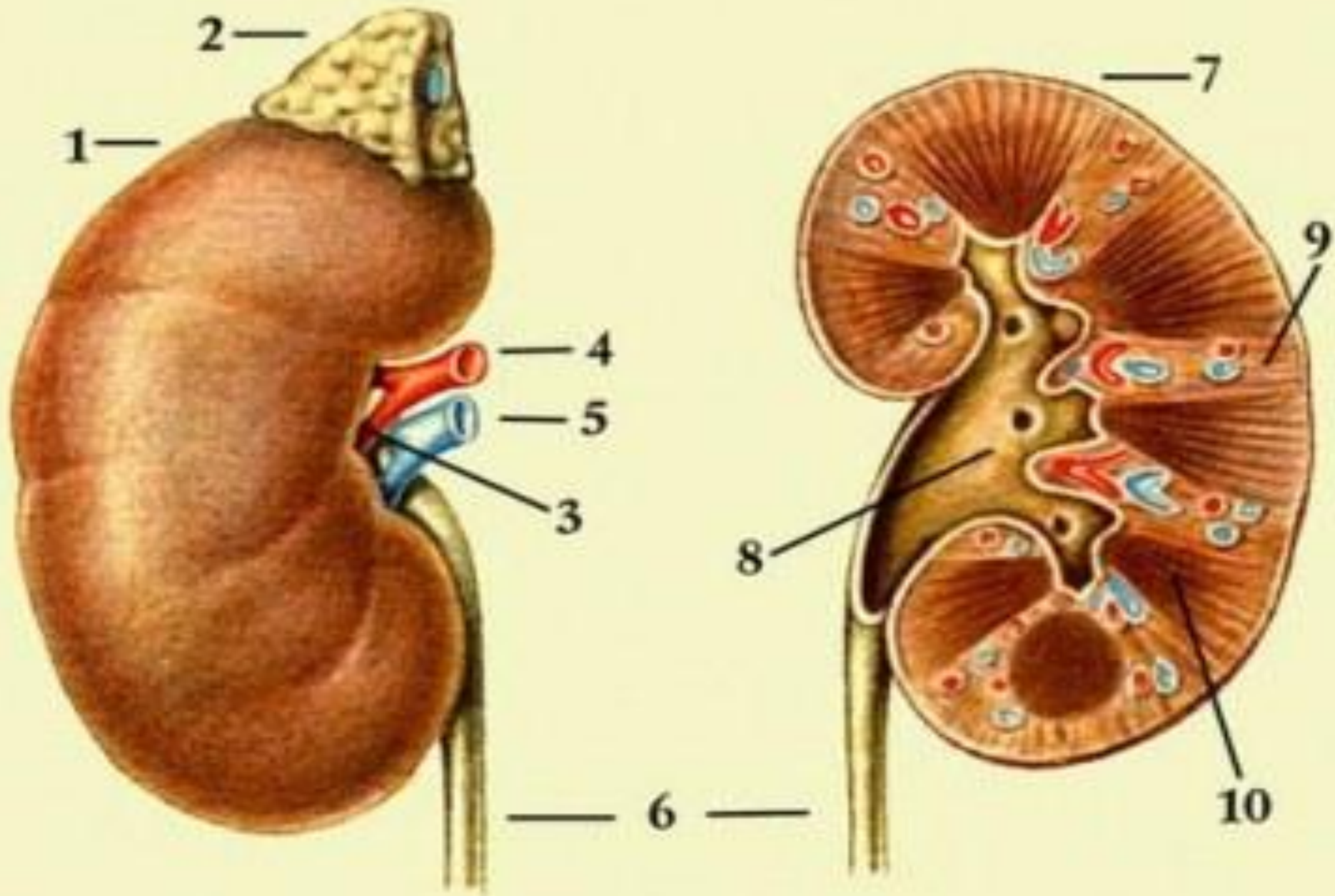
Гломерулонефриттің латентті түрі анықталынса, жүкті әйел дәрігер қадағалауында болады, негізгі ауруының өтуі нашарласа немесе жүктілік гипертензиясы қосылса, сонымен қатар босанудан 2-3 апта

Емі

- **Гломерулонефритті жүктілік кезінде иммуно-депрессанттармен, цитостатикалық препараттармен және көп мөлшердегі кортикостероидтармен емдеуге болмайды. Осыған байланысты қан қысымын қалпына келтіріп, ісікті жоюға бағытталған симптомды емді қолданады. Спазмолитиктер, салуретиктер, раувольфии, клофеллин препараттары қолданылады.**
- **Спазмолитиктерді (дибазол, папаверин, ношпа, эуфиллин), салуретиктерді (гипотиазид, клопамид, злорталидон, спиронолактин) клофелин немесе раувольфии препараттарымен (резерпин, раунатин) қосып қолданған дұрыс.**
- **Симпатолитик октадин (изобарин, санотензин, гаунетин) өте жоғарғы гипотензивті әсер беретіндіктен бас айналу, құсу, коллапс тәрізді қосымша құбылыстар байқалады.**
- **Сондықтан спазмолитиктерді, салуретиктерді гипотензивті дәрілермен қосып беру кешенді емі тиімсіз болғанда симпатолитиктерді қолданады. Оны аурухана жағдайында тұрақты терапевт маманының бақылауында қолданады.**

Пиелонефрит

- **Пиелонефрит – жүктілік кезінде дамиды немесе оның өтуі жүктілік кезінде қозады. Жүктілікке тән зәр шығару жолдарының кеңеюі, патологиялық рефлюкс және зәрдің тұрып қалуы құбылыстары микробтануға икемдейді. Пиелонефриттің қоздырғыштары көп жағдайда шартты-патогенді микроорганизмдер – ішек таяқшалары, протейялар, сальмонеллалар.**



Клиникасы

Жедел, созылмалы, латентті түрлері кездеседі. Ауру жүктіліктің 22-28 апталарында білінеді.

- Жедел пиелонефритте дене қызуы 39-40 градуске дейін көтеріледі, науқас қалтырайды, басы ауырады, бел маңайы ауырады, әлсіздік пайда болады. Пиоурия (зәрдегі ірің) бактериурия, қанда –нейтрофильды лейкоцитоз байқалады.

- Созылмалы пиелонефриттің бастапқы белгілері ерте балалық шақта дамиды, көптеген әйелдерде аурудың қайталану процесі сирек болады, осыған байланысты олар өздерін дені сау деп есептейді.

Зерттеу әдістері

- **Созылмалы пиелонефритті анықтау үшін арнайы зерттеу әдістері: зәр тұнбасының сынамалы анализдері, бактериологиялық тексеру керек. Нечипоренко немесе Аддис-Каковский сынаулары зәрдегі лейкоциттерді анықтауға мүмкіндік береді. Пиелонефрит белгісі жоқ кейбір жүкті әйелдерде бактериологиялық тексеру кезінде 1 мл зәрде 100 000 микробты денеден асатын бактериурия табылады. Көптеген дәрігерлер симптомсыз, яғни клиникалық белгісіз өтетін түрін пиелонефрит алдындағы саты деп қарастырады.**

- **Пиелонефрит кезінде жүкті әйелдің 40%-да жүктілік гипертензиясы қосылады, жиі (30%-да) жүктілік мезгілінен бұрын аяқталады, перинатальды өлім дені сау әйелдермен салыстырғанда 7-8 есеге жоғары болады. М.М. Шехтман (1980 жыл) мәліметі бойынша жүктілік кезінде дамитын асқынбаған пиелонефрит үлкен қауіптілік туғызбайды. Жүктілікке дейінгі дамитын пиелонефритте және оның созылмалы өтуінде асқынулар жиі кездеседі. Жүктілік кезіндегі жоғарғы қауіпті гипертензия, азотемия, жалғыз бүйректегі пиелонефритте байқалады. Акушерлік әдіс қауіптілік дәрежесін анықтауға негізделеді.**
- **Жеңіл қауіптілікте жүктілік ойдағыдай аяқталады.**
- **Қауіптіліктің 2-ші дәрежесінде ауруханада өткізілетін интенсивті ем және тиянақты бақылау қажет.**
- **Қауіптіліктің 3-ші дәрежесінде бала көтеруге болмайды, болса оны алып тастайды.**

Емі

Бүйрек қабынуына қарсы ем бактериалдық анализді және антибиотикке сезімталдықты анықтағаннан кейін жүргізіледі.

Дәрі-дәрмектерді қолданған кезде жүктіліктің мерзімін, ана мен ұрық организмнің ерекшеліктерін ескеру қажет.

Пенициллин , ампицилинді – 0,25-0,5-1 г-ға дейін тәулігіне 4 рет бұлшықетке егеді, емдеу ұзақтығы 8-10 күн. Сонымен қатар шөптік дәрі-дәрмектерді кеңінен қолданады: толокнянка, бруссильничный, черемуха, шиповникті т.б.

Пиелонефриттің созылмалы түрінде элеутерококк 20-30 тамшыдан қолданады.



- **Пиелонефриттің созылмалы түрінде спазмолитиктерді де қолданады (папаверин, баралгин, но-шпа) және интоксикацияға қарсы емді альбумин, протеин, реополиглюкинді қолданады. Лазерлі терапияны кеңінен қолданады. Пиелонефритпен ауыратын жүкті әйелдер акушер мен урологтың бақылауында болады. Жүкті әйелдердің 80-85% -і өз мезгілінде, ал 15-20 %-і мезгілінен бұрын босанады.**
- **Жүкті әйелдің пиелонефритін ауруханада емдейді. Жүктіліктің алғашқы үш айлығында синтетикалық пенициллиндер, ал II-III триместрде цефалоспориндер, аминогликозидтер қолданылады.**
- **Стрептомицин, левомецетин және тетрациклин қолданылмайды.**
- **Жүктіліктің II- триместрден бастап пиелонефритте және симптомсыз бактериурияда антибактериальды препараттар (5-НОК, неvigрамон) және нитрофурандар (фурагин, уросульфан) қолданылады. Сонымен қатар инфузионды ем (белокты және реологиялық орта құю), десенсибилизация дәрілері, спазмолитиктер қолданылады.**

Пайдаланылған әдебиеттер

«Акушерия және гинекология» А.Т.Раисова, Р.
Г.Нуркасымова 2011ж.

- www.google.kz
- www.studopedia
- www.medportal.ru



***Назар салып
тыңдағандарыңызға
а рахмет!!!***