

“Астана медицина университеті” АҚ
№1 Акушерия және гинекология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: «Экстрагенитальды аурулар және жүктілік».

Несеп шығару жолдарының аурулары

Орындаған: Әбділман Е.Б.

Тексерген: Жумабаева Э.М.

Нұр - Сұлтан 2019 жыл

Жоспары:

- Кіріспе
- Несеп шығару жолдарының аурулары
 - Пиелонефрит
 - Цистит
 - Бүйрек ауруларымен науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету
- Пайдаланылған әдебиеттер

Жүктілік кезінде

- ❖ Гипотония байқалады және тостағанша-түбекше жүйесі мен несеппағардың ұлғаюы байқалады
- ❖ Жатыр оңға қарай ығысады

Инфекция несеп жолдарына енуі :

- ❖ Өрлеуші жолмен (қуықтан),
- ❖ Төмендеуші жолмен – лимфогенді (ішектен, әсіресе іш кебу кезінде),
- ❖ Гематогенді (әр түрлі инфекциялық аурулар кезінде)

Қоздырғыштары

- Қоздырғыштары – энтерококктар (ішек таяқшасы, клебсиелла, протей), стрептококк, Candida тобының саңырауқұлақтары, көк ірің таяқшасы, алтын стафилакокк.

Клиникалық формалары

- ❖ Жиі кездесетін клиникалық формалары – пиелонефрит, гидронефроз, симптомсыз бактериурия.
- ❖ Сирек жағдайда - гломерулонефрит, бүйрек туберкулезі, зәр тас ауруы, несеп шығару жолдарының даму ақаулары.

Несеп шығару жолдарының аурулары.

- Н е ф р и т - жүктіліктің маңызды асқынуларының бірі. Жіті нефрит жүктілік кезінде бұрындары ауырған баспа және басқа жұқпалы ауруларға байланысты туындауы мүмкін. Нефрит кезінде жүктіліктің өздігінен үзілуі жиірек кездеседі. Жіті және созылмалы нефрит кезінде де жүктілікті үзу көрсетіледі.

Гломерулонефрит

- ❖ Гломерулонефрит- 0,1 – 0,2% жүкті әйелде кездеседі. Қорздырғышы А тобының В-гемолитикалық стрептококк.
- ❖ Көбінде ангинадан кейін 10-15 күннен кейін кездеседі.
- ❖ Жедел және созылмалы түрде өтеді.
- ❖ Келесі клиникалық түрлері кездеседі - гипертониялық, нефротикалық, аралас және латентты.
- ❖ Латентты түрінде жүктілікті әрі қарай жалғастыруға қарсы көрсеткіштер жоқ.
- ❖ Гипертониялық, нефротикалық және аралас түрлерінде жүктілікті ұзу қажет.

- Гломерулонефрит сирек кездеседі, бірақ жүкті әйел патологиясында алатын орны ерекше, өйткені бұл ауруда қан қысымының кетерілуі және бала орнының мезгілінен бұрын ажырауы байқалады. Гломерулонефриттің коздырғышы – бета-гемолитті 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-бір көрсеткіші.

- 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, гипопроteinемия (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 түрі 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 сатыға-созылмалы 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 ұю қасиеті бұзылады, қан кету және тромбоз болу қаупі туады.

ЖІКТЕЛУІ

Соңғы кездері жүктілік кезіндегі гломерулонефрит қауіптілігінің үш дәрежесі байқалып жүр:

- ❖ 1-ші дәрежесі – гломерулонефриттің латентті түріндегі науқастарда байқалады;
- ❖ 2-ші дәрежесі – нефритті түріндегі науқастарда және
- ❖ 3-ші дәрежесі – гипертониялық және аралас түріндегі науқастарда байқалады.

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

ҚАРАУ

- 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 түрі, соған 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 бұрын ауруханаға жатқызылады.

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

- Жүктілік кезінде пиелонефритті жиі байқауға болады. Пиелонефриттің пайда болуына зәр ағар атониясы және соған байланысты болатын зәр ағудың іркілуі ықпал етеді. Жұқпа ішектен лимфа жолдары арқылы, сирек қуықтың кірер жолымен енеді. Пиелонефриттің ең жиі қоздырғыштары – ішек таяқшалары.
- Пиелонефрит әдетте жүктіліктің екінші жартысында, алғаш босанушыларға қарағанда қайталай босанушыларда жиі кездеседі. Ауру әдетте жіті, сирек біртіндеп басталады. Температура жоғарылайды (жиі қалтыраумен қабаттасып), бел аумағында ауырсынулар пайда болады, жалпы жағдайы төмендейді. Зәрінде лейкоциттер саны, бүйрек түбегі эпителиінің жасушалары мен бактериялары көп. Жұмылдырықпен бел (бүйрек) аумағын ұрғылау кезінде түбектің қабынған жағында (Пастернацкийдің жағымды симптомдары) ауырсыну сезіледі.
- Ауру әдетте тиімді емделеді және жүкті әйел мен нәресте үшін ауыр салдары болмайды. Тек сирек жағдайда жүктілікті жасанды түрде үзуге себеп болады.

Жедел пиелонефрит әдетте жүкті кезеңнің екінші жартысында, орта есеппен 2,5-5% жағдайда байқалады да, мұндай жағдайда бүйректің астауының қысымын 2 есе көтереді.

Екі қабат әйелдерде пиелонефриттің пайда болуына күн ілгері бейімдік факторлары мыналар: 1) көбіне гормональдық сипаттағы (эстрогендік, прогестеронның және глюкокортикоидтердің шамадан көп болуы) нейрогуморальдық өзгерістердің салдарынан жоғарғы несеп жолдары тонусының төмендеуі. Жоғарғы несеп жолдары тонусының төмендеуі жүктіліктің 8 апта мерзімі кезінде байқалады; 2) жүкті жатырдың несепарларға әсіресе оң жақтағысына механикалық қысымы; 3) екіқабат әйелдердің 5-10 процентінде асимптоматикалық бактериурияның болуы. Соңғы жағдайдың ерекше маңызды мәні бар, өйткені жедел пиелонефрит асимптоматикалық бактериуриясы бар екіқабат әйелдердің орта есеппен 30 процентінде пайда болады. Асимптоматикалық бактериуриясы бар екіқабат әйелдерде, тіпті антибактериялықкемдеуге қарамастан, жедел пиелонефрит несепі стерильді жүкті әйелдерге қарағанда жиі пайда болады. Жүкті әйелдерде жедел пиелонефриттің оң жақтан байқалуы анағұрлым жиі кездеседі, мұны оң жақтағы несепарды ұлғайған жатырдың көп қысатынымен байланыстыруға болады

- Науқас әйел клиникаға келіп түскен кезде несептің бүйректен шығуының сипатын анықтау үшін шұғыл түрде не хромоцистокопия жүргізу қажет, не бүйректерді ультрадыбыстық тексеруден өткізу керек болады. Жедел пиелонефриті бар екіқабатәйелдерде несеп пассажи бұзылмаған жағдайларда науқасты аяғының ұшы көтерілген керуетке сау қырынан жатқызып жедел пиелонефриттің шабуылын тойтаратындай антибактериялық ем жасау жеткілікті болады. Ауырған жақтағы несеп сағасынан индигокарминнің бөлініп шығуы болмағандай жағдайда пиелонефриттің шабуылын тойтарғанға дейін бүйректің астауына несеп катетерін орнату арқылы несеп пассажи қалпына келтіру қажет (әдетте 2-3 тәулікке). Осындай дренаждаумен ұштастырылған антибактериялық терапия науқастардың көпшілігінде жағдайының едәуір жақсаруына және пиелонефриттің шабуылын тойтаруға мүмкіндік береді. Консервативтік емдеу мұндай мерзім ішінде жедел пиелонефриттің шабуылын тойтара алмай және оның іріңдік-деструкциялық формасы сақталатын болса, осындай жағдайларда операция жасап — нефро не пмелостомия жолымен бүйректі дренаждауды қолданған жөн. Дер кезінде жасалған операция бүйректегі ауыр іріңдеу процесінің дамуының алдын алуға мүмкіндік береді, сөйтіп нефропиелостома болғанның өзінде екіқабат әйелдің мерзімінде дұрыс босануымен аяқталады. Нефропиелостомиялық дренажды босанғаннан кейін несеп жолдарының тонусы қалпына келгенге дейін (4-6 апта) сақтау керек болады. Соңғы жылдары пиелонефрит шабуылы тойтарылмайтын екіқабат әйелдерде бүйректі дренаждау үшін ультрадыбыстық бақылау арқылы орындалатын, тері арқылы пункциялық нефростомия жасау ойдағыдай қолданылып жүр. Пиелонефриттің шабуылдары жиілеген жағдайда оның іріңдік формаларының алдын алу үшін астауды әдеттегі катетерлеу орнына бүйрекке ұзақ уақытқа орнатылатын (1-2 ай) өздігінен ұсталып тұратын катетер (стент) қолданылады. Егер несеп сағарды катетерлеу кезінде өтуге болмайтындай кедергі тап болса, онда оның себебін анықтау қажет болады. Тек осындай жағдайда ғана шолу урографиясы және қажеттілік көрсеткіші бойынша ретроградтық уретеропиелография жүргізіліп, олар әдетте несеп сағарда тастың бар екенін анықтап береді. Өз бетімен шығып кетеді деп үміттенерлік мөлшердегі тас бар болса, сондай-ақ ол тас несеп сағардың төменгі үштен бірінде шоғырланған болса, екіқабат жағдайдың мерзімі үлкен болғандай жағдайда (III триместр) несептің бүйректен ағып шығуын тері арқылы пункциялық нефростомамен қалпына келтірген дұрыс болады. Басқадай жағдайларда шұғыл операциялық емдеу — уретеролитотомия көрсетілген.

- Жүкті әйелдерде жедел пиелонефриттің антибактериялық терапиясының өз ерекшеліктері бар. Екіқабат кездің бірінші триместрінде тетрациклиндердің тератогендік әрекетінің болуы мүмкін екендігімен байланысты тетрациклиндерді тағайындауға болмайды. Екіқабат әйелдерге ототоксинділігіне байланысты аминогликозидтер тағайындаған дұрыс болмайды. Ұзақ уақыт емдеу үшін табиғи және жартылай синтетикалық пеницилиндерден басқа нитрофурандық қатардың препараттарын (тәулігіне 50-100 мг), ал екіқабат кездің 18-20 аптасынан кейін нальдикс қышқылын қолданады. Сульфаниламиндік препараттар жаңа туған нәрестелерді сары ауруға душар етуі мүмкін. Сондықтан босануға 10-14 тәулік қалған кезде олардың берілуін тоқтату керек.

ЦИСТИТ

- Жүктілік кезінде ц и с т и т (қуықтың қабынуы) пайда болуы мүмкін. Циститтің пайда болуына қуықтың жатырмен немесе алда жатқан нәресте басымен басылуы, қабырғаларының ісінуі ықпал етеді. Жұқпа уретра арқылы, жиірек катетеризация арқылы келіп түседі. Зәр шығару жиілеп, ауырсынулар пайда болады, температура жоғарылайды.

Бүйрек ауруларымен науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек .

- Көп жағдайда жүктілік бүйрек патологиясының ағымына кері әсер етеді. Осыған байланысты бүйрек патологиясы бар жүктілер үнемі терапевт және акушер-гинекологтың бақылауында болып, оларға уролог (нефролог), окулист және басқа мамандық дәрігерлерінің кеңесі қажет болады.
- Жүктілікті сақтап қалу немесе оны үзу, сонымен қатар бүйрек патологиясының асқынуы, ағымының төмендеуі, амбулаторлық жағдайда емдеуге жатпайтын симптомсыз бактериурия және лейкоцитурия кезеңінде госпитализациялау туралы сұрақтарды шешу үшін арнайы стационар ретіндегі профильді терапиялық (нефрологиялық немесе урологиялық) стационарды пайдаланған дұрыс. Жүктілердің кеш басталған гестозы, нәресте гипотрофиясы (алғаш белгілердің пайда болуы кезінде) және басқа да патология түрлері кезінде жүктілер акушерлік стационарға жатқызылады және арнайы кеңес берулер ұйымдастырылады.
- Бүйрек патологиясы бар жүктілер жүктіліктің 37-38 аптасында босануға дайындалу және босану жоспарын әзірлеу үшін акушерлік стационарға жатқызылуды қажет етеді.
- Жүктілер патологиясы бөлімшесінде керует санының көп мөлшерде (40-50% керует қоры) болуы осы акушерлік стационар құрылымының ерекшелігі болып табылады.
- Науқас жүктілерді қандай да бір бөлімшеге (акушерлік немесе акушерлік емес профильді) жатқызу сұрақтары әйел қалауы мен жергілікті жағдайлар есепке алына отырып шешіледі. Босанғаннан кейін бұл әйелдерге үнемі акушер-гинеколог бақылауы ғана емес, сонымен қатар уролог немесе нефролог бақылауы қажет болады.

Пайдаланылған Әдебиеттер:

- Айламазян, Эдуард Карпович. Акушерство : Учеб. для медвузов - СПб. : СпецЛит, 2005.
- Раисова А.Т., Нұркасымова Р.А. Акушерия және гинекология: Оқулық/. Алматы: АсемСистем, 2006.
- Акушерство : учебник / В. И. Дуда, Вл. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд., испр. и доп. - Минск : Адукацыя і выхаванне, 2007.
- Норвиц Эрол Р., Шордж Джон О., Наглядное акушерство и гинекология : учеб. пособие для вузов: пер. с англ. / - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.