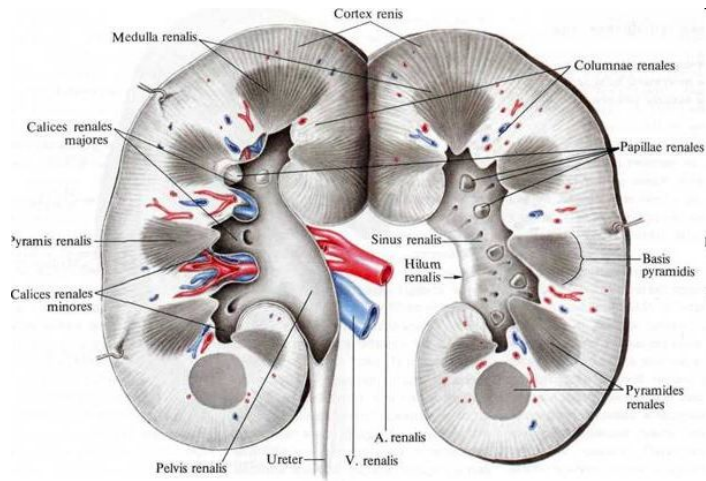
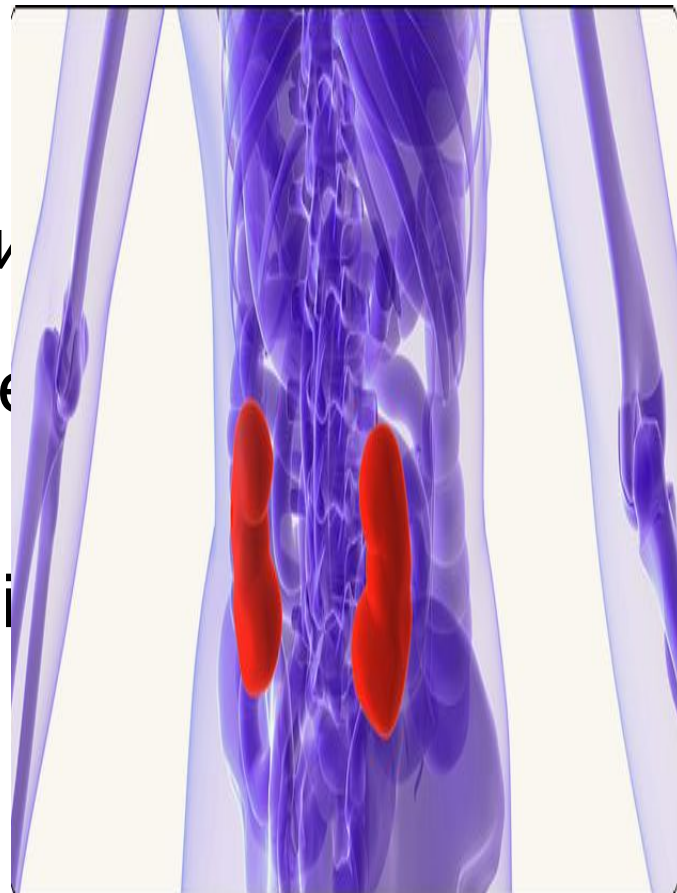


Гломерулонефрит и Беременность



Гломерулонефрит бұл-

- Бүйрек ауруы, Гломеруланың қабынуымен жүретін. Дерттің негізгі белгілері гематурия и/или протеинурия; немесе нефротический синдром ретінде жүреді, Жедел бүйрек жетіспеушілігі немесе созылмалы бүйрек жетіспеушілігі.



Жүкті әйелдерде бүйрек ауруы 7-10%-тік 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.

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.

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.

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.

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.

Гломерулонефрит жедел және созылмалы түрде өтуі мүмкін.

Жедел гломерулонефрит

1. Циклдік

2. Ациклдік

Циклдің түрі кенеттен пайда болады, стрептококктық дерттен кейін 10-12 тәуліктен кейін тез өршейді, ісінулермен, олигурия, гипертензия, еңтігумен, бас ауруымен, макрогематуриямен, протеинурия, цилиндруриямен білінетін.

Кейде дене қызуы көтеріледі, азотемия пайда болады.

Ациклдік біртіндеп аздаған еңтігумен әлсіздікпен, тіндердің домпығуымен, микрогематурия протеинуриямен басталады. Жеңіл өтеді, созылмалы түрге созылады.

Клиника и осложнения:

Латентная форма: Стойкая гематурия, незначительная протеинурия.

Нефратическая форма: Выраженные отеки, протеинурия, инфекции мочевыводящих путей.

Гипертоническая форма: Высокие цифры САД (200 и более), ДАД(120 и более) при не выраженном мочевом синдроме

При смешанной форме: Имеются все типичный признаки заболевания.



Дополнительные методы обследования:

- Общий анализ мочи
- Анализ мочи по Ничипоренко
- Проба Зимницкого
- Клинический анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Проба Роберга
- Микробиологическое исследование
- УЗИ почек и мочевого пузыря

Течение и ведение бер-ти:

- Диета с ограничением соли до 4-5 мг (не ограничивается (при латентной форме), жидкости до 800-1000мл;
- Строго следить за водным балансом (ежедневно взвешивать беременных, учитывать количество выпитой и выделенной жидкости);
- Содержание белка в диете в среднем 70 г\сут, при большой потере белка его дефицит восполняется парентеральным вливанием белковосодержащих жидкостей (альбумин, плазма);
- Гипотензивная терапия и диуретики по показаниям;
- С14-16 нед. беременности и до родов аспирин в дозе 125 мг\сут. и Курантил в дозе 150-225 мг\сут.;

Ведение родов:

Роды через естественные родовые пути:

- подготовка родовых путей и общепринятые схемы родовозбуждения
- спазмолитики
- анальгетики
- гипотензивные средства

Второй период ведут в зависимости от цифр АД, состояния плода:

- управляемая гипотония
- акушерские щипцы
- перинеотомия