

Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ

Шымкент медицина институты

Дипломнан кейінгі білім беру факультете

ИӨЖ

Қабылдаған: Темиркулова Ш.А

Орындаған: Рахымжан Гүлмира

Тобы: ЖТД-617

**Ас қорыту
жүйесі, бауыр,
бүйрек
аурулары және
жүктілік.**



Жоспары

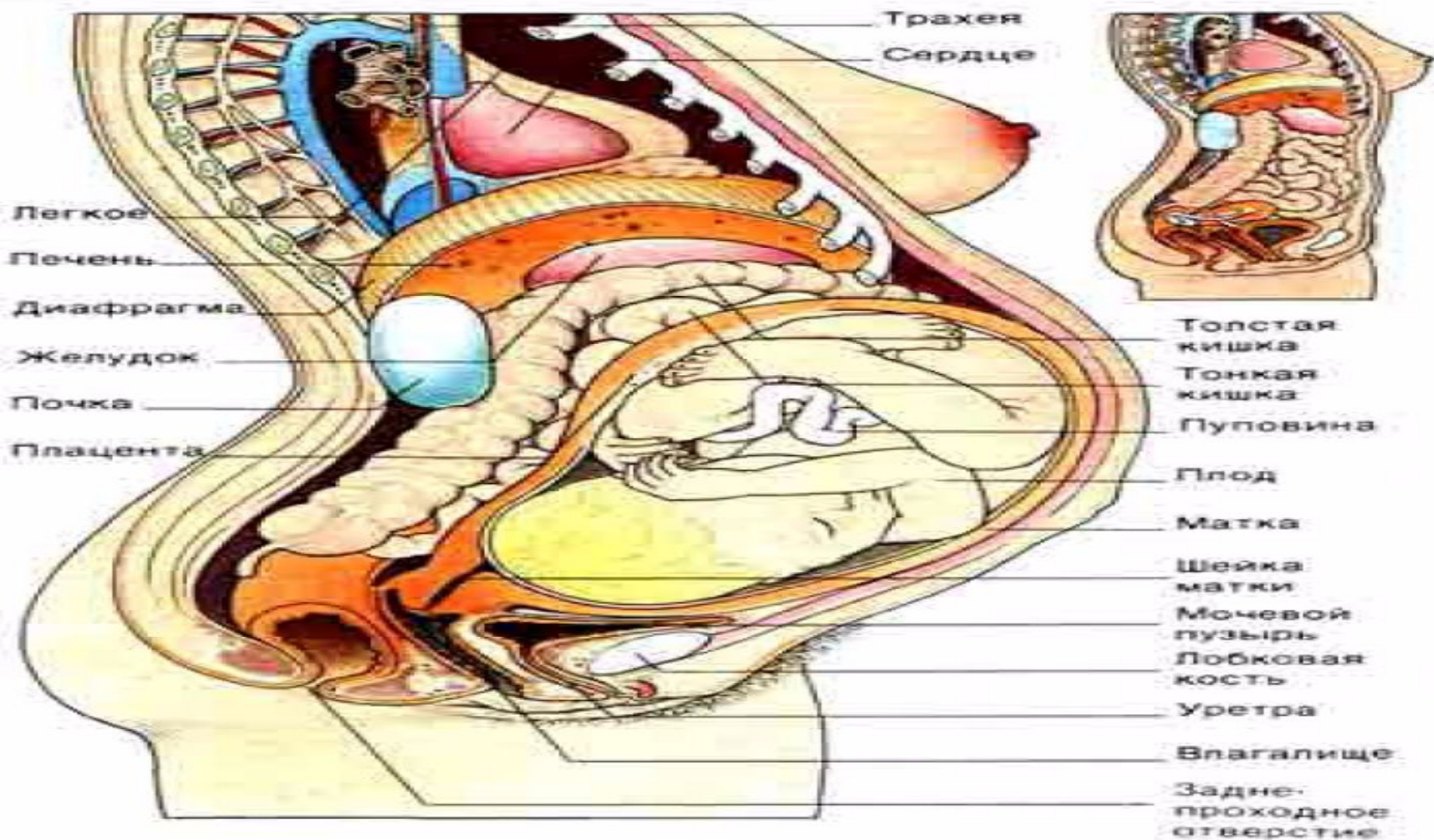
I Кіріспе

II Негізгі бөлім:

- 1.Жүктілік кезіндегі асқазан және бауыр аурулары.
- 2.Жүктілік кезіндегі бүйрек аурулары.
- 3.Жүктілікке қарсы көрсеткіштер.

III Қорытынды.

IV Пайдаланылған әдебиеттер.



Кейбір әйелдерде жүктіліктің бастапқы кезінде дәм сезуі өзгереді, тағамның кейбір түрлеріне тәбет жоғарылайды. Таңғы жүрек айну симптомы жүктілердің 70% да кездеседі, бұл жүктіліктің 8-10 аптасына сәйкес келіп, 14-16 апталарда тоқтайды. Бұл асқазанның тегіс салалы бұлшық еттерінің босаңсуынан, прогестеронның және ХГ жоғарылауынан болады.






Асқазанның шырышты қабатынан муциннің секрециясы ↑, тұз қышқылының секрециясы ↓.

Жүкті кезінде өңештің гипотониясы, асқазан – өңеш сфинктерінің тонусының ↓, асқазанның анатомиялық ығысуы → гастроэзофагеальды рефлюкс қаупін ↑.

Жатырдың ішекті ығыстыруы, ішектің перистальтикасының ↓ және прогестеронның ↑, геморройдалды венаның кеңеюі → іш қату → геморройдың даму жиілігі ↑.

Жүктілік кезінде барлық мүшелермен қатар бауырда өзгеріске ұшырайды, әсіресе жүктілік гестозында бауыр қызметі бұзылады. Жүктілік пен босану бауыр ауруларының асқынуына әсер етеді. Бауыр ауруының негізгі клиникалық белгісі – сарғаю. Сарғаю көбінесе пигмент алмасуының бұзылуынан болады.

Жүктілік кезінде бауырдың қызметі айқын өзгереді. Тек қана анасының емес, ұрықтың да өміріне қажетті заттың залалсыздандырылуына байланысты бауырға түсетін салмақ бірден  , глюкозаның анасынан ұрыққа көп өтуі  гликоген мөлшері біршама  .

- Май алмасу белсенділігі  :
липидемия, холестериннің жоғары деңгейі,
гепатоциттерде майдың жиналуының .

Физиологиялық тұрғыда, гестация кезінде **сілті фосфатаза** плацентада қосымша өндірілуіне байланысты ↑

- **аспартатаминотрансфераза (АсАТ)** белсенділігі ↑

- **альбуминнің өндірілуі** ↑,

- **бауырдың антиоксиданттық функциясы**

- гиперкоагуляцияны тудыратын **фибриноген** деңгейі жүктіліктің соңында



Вирусты гепатит.

Вирусты гепатит ауруы жүкті емес әйелдерге қарағанда, жүктілерде ауыр ағымда өтеді, жиі ана мен нәресте өміріне қауіпті асқынулар пайда болады: - ана (жүктілікті мезгілінен ерте ұзу, босану күштерінің ауытқулары, көп мөлшерде қан кету, т.б.; постгеморрагиялық анемия, септикалық аурулар, т.б.)

- нәресте (мезгілінен бұрын туу, гипотрофия, өлі туу пайызының артуы)

Зақымдану: - ас қорыту мүшелері арқылы;

- парентеральді жолмен (қан алу және плазма құю кезінде қажетті түрде залалсыздандырылмаған құрал, ине, шприцтер қолдану) жүреді.

Диагноз эпидемиологиялық ахуалы, клиникалық мәліметтері (сарғаю, температураның артуы, т.б.) негізінде қойылады.

Аурудың даму барысына байланысты:

- жеңіл
- орташа
- ауыр

Вирусты гепатитте жүктілерде:

1. анемия
2. лейкоцитоз
3. ЭТЖ жоғарылауы
4. гипербилирубинемия
5. АЛТ жоғарылауы
6. тромбоцитопения

Вирусты гепатитпен ауыратын жүктілер жұқпалы аурухананың сәйкес бөлімшелерінде оларға бөлінген палаталарға (бокстарға) жатқызылады. Бақылауды, емдеу және босануды акушер-гинеколог пен осы бөлімше дәрігерлері бірлесе жүргізеді.

Емі :

инфузиялық – дезинтоксикациялық терапия жүргізіледі:

- 5 % глюкоза – 500 мл, 400 мл гемодез;
- 10% - 100 мл альбумин;
- 10 мл эссенциале– екі рет рет тәулігіне көк

тамырға енгізіледі.

Ауыр түрлерінде глюкокортикоидтар:

- преднизолон 60 мг 3 – 4 рет тәлігіне және витаминдер комплексі

кеңінен қолданылады.

Вирусты гепатиттің жедел сатысында жүктілікті үзуге болмайды.

(жүктілікті 12 апталық мерзімге дейін үзген жөн)

Босану кезіндегі асқынулар

Қағанақ суының мезгілсіз кетуі, босанудың әлсіздігі, босанудың үшінші кезеңінде патологиялық қан шығыны байқалады. Егер жүктіліктің сарғаюы немесе вирусты гепатит перзентханада анықталса, төмендігідей эпидемиялық шаралар жүргізілуге тиіс:

Егер жүктіліктің сарғаюы немесе вирусты гепатит перзентханада анықталса, эпидемиялық шаралар жүргізілуі тиіс:

Ауруды бөлек палатаға оқшаулау.
Ыдыс, құрал жабдықтарын бөлектеу,

Инфекционист дәрігерді шақырту

Лабораториялық зерттеулер жүргізу: қанның, зәрдің құрамын, зәрдегі өт пигментін, қанның биохимиялық анализдерін анықтау қажет.



Жүктілік кезіндегі бүйрек қызметінің ерекшеліктері.

Жүктілік кезінде бүйректің қызметінде ерекше өзгерістер болады:

- несеп жолдары, бүйректік астаушылары кеңейіп, кейде 20-30 см-ге дейін ұлғаяды;
- бүйрек астаушыларының көлемі 5-10-нан 500-100 мл-ге дейін кеңейеді. Бұндай жағдай тұңғыш босанатын әйелдің оң жақ бүйрегінде жиі байқалады. Осының салдарынан несеп жолдарының жиырылу қасиеті бұзылады. Кейбір жүкті әйелдің бүйрегі төмен түседі (нефроптоз). Бұл функционалдық өзгерістер пиелонефриттің дамуына әсер етеді. Несеп жолдарының кеңеюі - босанғаннан кейін біртіндеп қалпына келеді. Сонымен қатар, жүктілік кезінде бүйрек қан айналымы да өзгерістерге ұшырайды, жүктіліктің I-триместірінде ұлғаяды, жүктіліктің соңғы триместірінде төмендейді.

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.

Бүйрек - организмнің барлық жүйелерінің қалыпты жұмыс жасауына өте қажетті ферменттер мен катализаторларды күшейтетін биологиялық заттар бөліп шығаратын мүше. Егер несеп мүшелерінің қызметі жеткіліксіз болса, онда организмдер зиянды заттардың мөлшері көбейін, зат алмасу процесінде патологиялық өзгерістер болады. Бұл жағдайда адам өз денесіндегі зиянды заттармен улана бастайды.

Пиелонефрит - жүкті әйелдер арасында ең жиі кездесетін аурулардың бірі. Акушерлік және гинекологиялық стационардың мәліметі бойынша, 33,8%-да жүктілік бүйрек ауруларының өршуіне, оның қызметінің бұзылуына, септикопиемия және бүйректің жедел жетіспеушілігіне душар етеді.

Бүйрек аурулары жүктіліктің ағымына теріс әсерін тигізеді. Көбінесе жүктілік гестозы, жүктіліктің үзілуі қаупі, мезгілінен бұрын босану, жатырдағы ұрықтың инфекциялануы байқалады.

Пиелонефрит



Мочеточник

Мочевой пузырь

Мочеиспускательный канал



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 - шартты-патогенді микроорганизмдер – ішек таяқшалары, протейалар, сальмонеллалар.

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. Пиурия (зәрдегі ірің) бактериурия, қанда – нейтрофильды лейкоцитоз байқалады. жүқпалы бактериялы ауру, бүйрек астаушылары мен ұлпаларын зақымдайды.



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

Жүктілер пиелонефритінде қан құрамы кенеттен өзгереді: лейкоцитоз, нейтрофильдік көрсеткіштердің солға қарай жылжуы, қанда гемоглобин төмендейді.

Биохимиялық зерттеуде белоктың жалпы мөлшері төмендеп, креатинин мен мочевианың деңгейі жоғарылайды. Бүйректің концентрациялық қабілеті төмендейді. Зәрде цилиндрлер, лейкоциттер, эритроциттер, бактериялар пайда болады.

Емі: бүйрек қабынуына қарсы ем бактериялық анализді және антибиотикке сезімталдықты анықтағаннан кейін жүргізіледі. Дәрі-дермектерді қолданған кезде жүктіліктің мерзімін, ана мен ұрық организмнің ерекшеліктерін ескеру қажет. Жүкті әйелдің пиелонефритін ауруханада емдейді. Жүктіліктің алғашқы үш айлығында синтетикалық пенициллиндер, ал 2-3 ші үш айларында цефалоспориндер, аминогликозидтер қолданылады. Стрептомицин, левомецетин және тетрациклин қолданылмайды.

- Жүктіліктің 2-ші үш айлығынан бастап пиелонефритте және симптомсыз бактериурияда антибактериальды препараттар (5-НОК, невигаграмон) және нитрофурандар (фурагин, уросульфан) қолданылады. Сонымен қатар инфузионды ем (белокты және реологиялық орта құю), десенсибилизация дәрілері, спазмолитиктер қолданылады.



Пиелонефриттің созылмалы түрінде:

- элеутерококк 20-30 тамшыдан;
- зәрдің жүру қасиетін жақсарту үшін спазмолитиктер - папаверин, баралгин, ношпа;
- десенсибилизациялық терапия - димедрол, супрастин, пипольфен;
- интоксикацияға қарсы - альбумин, протеин, реополиглюкин;
- Лазерлі терапия кеңінен пайдаланылады (7-8сеанс).
- Жатырішілік ұрықтың күй-жағдайын жақсарту үшін комплексті фетоплацентарлық емдерді жүргізеді.

Жүктілік ағымының ерекшеліктері:

Пиелонефритпен ауыратын жүкті әйелдер тобы акушер мен урологтың бақылауында болуға тиіс. Босанар алдында екі апта бұрын бұл топтағы әйелдерді перзентханаға жатқызады. Жүкті әйелдердің 80-85%-ы мезгілінде, ал 15-20%-ы мезгілінен бұрын босанады.

Жүктілікті үзу көрсеткіштері:

1. Пиелонефрит гестоздың ауыр түрлерімен бірлескенде;
2. Консервативті ем нәтижесіз болғанда;
3. Бүйректің жедел жетіспеушілігінде (БЖЖ);
4. Нәресте гипоксиясында.

Босану ерекшеліктері:

Бүйрек қабынуларымен ауыратын әйелдердің өздері босанғаны ұтымды, себебі операциядан кейін бүйрек аурулары асқынып, қанның улануына душар етеді. Кесар тілігін қатал акушерлік көрсеткіштерде анамен нәресте өміріне қауіп-қатер туғанда ғана қолданады

Босанудың асқынулары: толғақ әлсіздігі, нәресте гипоксиясы және асфиксиясы; қан шығынының физиологиялық мөлшерден артуы, босану жолдарының зақымдалуы.

Гломерулонефрит және жүктілік.

Пиелонефриттен кейін бүйрек аурулары арасында екінші орынды гломерулонефрит алды. Жүкті әйелдер арасында гломерулонефриттің жиілігі 0,1 % -9% -ға дейін.

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

Аурудың ағымы жедел және созылмалы болып өтеді. Жедел

түрінде: әйелдің дене ыстығы көтеріледі, басы ауырады, көзі, аяқ-колдары ісінеді. 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, ісіну, гематурия байқалады.

- **Жедел гломерулонефрит – жүктілікті тоқтатудың бірден-бір көрсеткіші.**
Жүктілерде гломерулонефриттің созылмалы ағымының латентті, гипертониялық, нефротикалық түрінде айқын ісіну, протеинурия, гиперхолестеринемия байқалады. Гломерулонефрит 34,6%-да анемиямен бірлесіп кездеседі. Осыған байланысты әйел жүктіліктің ерте мерзімінде (12 аптаға дейін) толық клиникалық тексерулерден өтіп, бүйрек ауруының түрін және жүктілікті үзуге көрсеткіштерін ерте анықтау қажет .

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.

Жүктілікті үзуге көрсеткіштер.

- Гломерулонефрит жүктілік
гестозымен;

- ұрықтың гипотрофия,
гипоксиясымен;

-ұрықтың жатырішілік шетінуімен
аскынғанда.

Емі: гломерулонефритпен ауыратын жүкті әйелдің емін акушер, терапевт, нефролог бірлесіп тек ауруханада немесе перзентханада жүргізеді.

- **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.



Босану ерекшеліктері: әйелдің өзін босандырып спазмолитикалық және ауырсыздандыру дәрі-дәрмектерін қолдану қажет.

Босанғаннан кейінгі кезеңдерде әйелдің жалпы күй-жағдайын, бүйрек қызметін анықтай отырып, аурудың ағымы нашарлаған жағдайда, әйелді арнайы ауруханаға көшіреді, содан кейін әйел диспансерлік есепке алып, терапевт пен нефрологтың бақылауында болады.

Бір бүйректі әйелдердегі жүктілік – жүктілік көбінесе пиелонефритпен асқынады, осыған орай бүйректің функционалдық қызметін тексеру қажет. Нефроэктомиядан кейін әйелдердің өздері босанады. Егер бір бүйректің қызметі төмен болса (азотемия және қан қысымы жоғарыласа) немесе бүйрек туберкулезі байқалса, әйелге бала көтеруге болмайды.

Жедел бүйрек жетіспеушілігі.

Жедел бүйрек жетіспеушілігі – бүйректегі ауыр патологиялық процестің салдарынан пайда болатын синдром, гомеостаз жүйесінің, су электролит балансының бұзылуына душар етеді. Негізгі себептері:

1. Плацентаның төмен орналасуында, қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуінде, гипо және атониялық қан шығынында, жатырдың жыртылуында, босану жолдарының жарақаттануында;
2. Гестоздың ауыр түрлерінде;
3. Бүйрек ауруларында;
4. Гемотрансфузиядан кейінгі асқынуларда;
5. Септикалық шокта;

Клиникасы: Әйелдің шағымдары: жалпы әлсіздік, бас ауруы, ұйқышылдық, жүрек айну, құсу, зәр бөлінуінің азаюы, ентігу, өкпе ісінуі, көз склерасы мен терісінің түсінің сарғаюы.

Қанның құрамы: гипохромдық анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз және ЭТЖ жоғарылауы. Қан сарысуында креатинин, мочевиана, қалдық азот жоғарылайды.

Негізгі шаралар:

1. Бүйрек қан айналымын жақсарту;
2. орталық, шет қан айналымдарын қалыпқа келтіру;
3. су – электролит балансты қалпына келтіру;
4. микроциркуляцияны қалпына келтіру – плазма, қан, глюкоза, полиглюкинді қолданады.
5. Гемодиканы қалыпқа келтіру үшін – глюкокортикостероидтар: преднизолон, гидрокортизон;
6. бүйрек қан айналымын жақсарту үшін – эуфиллин, ношпа, папаверин, реополиглюкин;

Гемодиализге көрсеткіштер:

Зәрдің 3-5күн аралығында болмауы, креатинин мен мочевианың 2есе жоғарылауы, өкпенің ісінуі, калийдің жоғарылауы (6,5ммоль/л жоғары)

**Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 2008
жылғы 29 желтоқсандағы N 696
Бұйрығы. Қазақстан Республикасының
Әділет министрлігінде 2009 жылғы 15
қаңтарда Нормативтік құқықтық
кесімдерді мемлекеттік тіркеудің
тізілімінде N 5487 болып енгізілді. Күші
жойылды - Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009
жылғы 30 қазандағы N 626
Бұйрығымен**

- **10. Зәр шығару жолдарының аурулары:**

- 1) артериалды гипертензиямен асқынған созылмалы пиелонефрит;

- 2) азотемиямен асқынған созылмалы пиелонефрит;

- 3) жалғыз бүйрек пиелонефриті;

- 4) жедел гломерулонефрит;

- 5) созылмалы гломерулонефрит өршуінің әртүрлі формасы;

- 6) созылмалы гломерулонефрит, гипертониялық формасы;

- 7) созылмалы гломерулонефрит, аралас формасы;

- 8) азотемиямен асқынған созылмалы гломерулонефрит;

- 9) диабет нефропатиясы IV - V сатысы;

- 10) созылмалы бүйрек жетіспеушілігі.



• **Пайдаланылған әдебиеттер.**

1. Бисембаева Р.С., Раисова Ә.Т., Нұрқасымова Р.Ғ. оқулық «Акушерия». – Алматы 2004
2. А.Т. Раисова., Нұрқасымова Р.Ғ. оқулық «Акушерия және гинекология». – Алматы 2002
3. Шехтман М.М Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.
4. Интернет сайты: www.google.ru
<http://www.medscape>