

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA
O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI



M.A. ABDULLAEVA

**SIYDIK YO'LLARI
INFEKTSIYALARINING
XOMILADORLIK DAVRIDA
SALBIY TA'SIRI**

O'QUV QO'LLANMA

ANDIJON 2022

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIYOTNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

ABDULLAEVA MALIKA AZIMOVNA

**«SIYDIK YOLLARI INFEKTSIYALARINING
XOMILADORLIK
DAVRIDA SALBIY TA'SIRI»**

O'QUV QO'LLANMA

**(magistratura va klinik ordinatura rezidentlari, akusher-ginekologlar,
yuqori kurs talabalari uchun)**

Akusherlik va ginekologiya – 5A510101

Andijon 2022

Andijon davlat tibbiyot instituti

№1 Akusherlik va ginekologiya kafedrası

Muallif:

Abdullaeva M.A. - ADTI 1-son Akusherlik va ginekologiya kafedrası katta o'qituvchisi.

Taqrizchilar:

B.B. Qurbanov – tibbiyot fanlari doktori, dotsent, ToshPMI akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrası

O.A. Yakubova – tibbiyot fanlari doktori, dotsent, ADTI malaka oshirish va qayta tayyorlash fakulteti akusherlik va ginekologiya, onkologiya, plastik xirurgiya va tibbiy kosmetologiya kafedrası

ADTI
AXB-RESURS MARKAZI

INV № 1390

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" dekabrda
"760-Sh"-sonli buyrug'iga asosan

M.A.Abdullayeva

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Akusherlik-ginekologiya – 5A510101

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Siydik yollari infeksiyalarining xomiladorlik davrida
salbiy ta'siri nomli o'quv qo'llanmasi***

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor *M.M. Madazimov*
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



100082



MUNDARIJA

Siydik ajratish tizimi.....	5
Homilador ayollarning piyelonefriti.....	6
Homiladorlik va mikrofloraning tabiati.....	42
Surunkali buyrak kasalligi fonida gipertenziv holatlar.....	43
Pielonefritning zamonaviy antibakterial terapiyasi.....	48
Tsistit.....	76
Glomerulonefrit.....	78
Urolitiyaz.....	127
Gidronefroz.....	140
Siydik chiqarish yo'llarining rivojlanishidagi nuqsonlar.....	146
Buyrakni ikki baravar oshirish.....	150
Qo'shimcha uchinchi buyrak.....	151
Buyrak distopiyasi.....	152
Buyrak nefroptosi.....	154
Buyrakning polikistoz kasalligi.....	156
Siydik chiqarish yo'llarining nuqsonlari.....	160
Qovuq nuqsonlari.....	160
Buyrak tomirlari rivojlanishidagi nuqsonlari.....	161
Test savollari.....	163
Foydalanilgan adabiyotlar.....	169

HOMILADORLIK VA BUYRAK KASALLIKLARI

Siydik ajratish tizimi

Homilador ayollarning ekstragenital kasalliklari orasida buyrak patologiyasi (pyelonefrit, glomerulonefrit, urolitiaz) etakchi o'rinni egallaydi. Buyrakning yallig'lanish kasalliklari homiladorlik, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davrda va onaning va homilaning holatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Homiladorlik davridagi pyelonefrit va glomerulonefrit kabi hastaliklarning kechishini yomonlashtiradi.

Homilador ayollarning tanasida gormonal, gumoral va anatomik o'zgarishlar buyrak kasalligining kuchayishiga yordam beruvchi omillar xisoblanadi. Gormonal va gumoral fondagi o'zgarishlar (progesteron, prostatsiklin darajasining ortishi natijasida homilador ayollarda gipotenziya, jomchalar tizimi va siydik chiqarish naychalarining gipo- va diskineziyasi rivojlanadi. Bir vaqtning o'zida kuzatiladigan buyraklarning boylamlar apparatlarining zaiflashishi ularning harakatchanligini oshirishga olib keladi, bu esa nefroptozning paydo bo'lishiga va siydik o'tishining buzilishiga yordam beradi [1, 2, 4,8,13].

Homilador bachadon tufayli kelib chiqadigan anatomik va topografik munosabatlardagi o'zgarishlari yuqori siydik yo'llarining urokinamikasining buzilishining paydo bo'lishida katta o'rin tutadi. Bachadon tomonidan siydik yo'llarining siqilishi natijasida yuqori siydik yo'llarining ektaziyasi paydo bo'ladi, bu o'zgarishlar ko'proq o'ngda sodir bo'ladi [3, 8, 11,12]

Vezikoureteral reflyuksiya va uyuqoriga ko'tariluvchi buyrak infeksiyasining paydo bo'lishida yuqori siydik yo'llarining tonusining pasayishi va buyrak jomchalarida siydikning turg'unligi sabab bo'ladi va ulardagi bosimning oshishiga yordam beradi. Ushbu buzilishlar siydik chiqarish tizimida yashirin surunkali yallig'lanish jarayonlarining kuchayishi uchun sharoit yaratadi. Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida buyrak kasalliklarini aniqlash uchun maxsus tekshiruv o'tkaziladi. Nechiporenko, Zimnitskiy usullaridan foydalangan holda, ertalab siydikning o'rta qismini o'rganish, siydik cho'kindisida hosil bo'lgan elementlarning sonini hisoblash katta ahamiyatga ega. Buyrak patologiyasi bo'lgan barcha

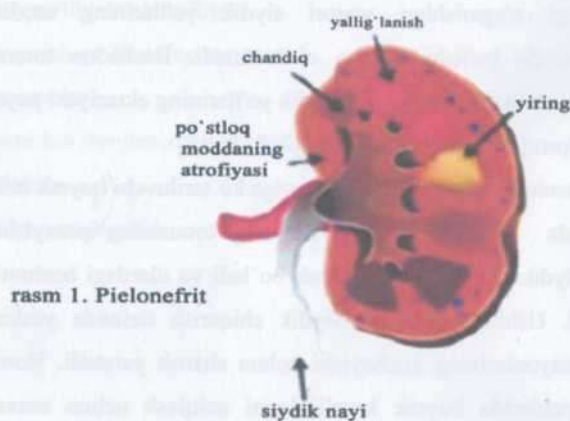
homilador ayollarda mikroflorani aniqlash va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun siydik ekmasini o'tkazish tavsiya etiladi.

Bunday holda, bakteriuriya darajasi oldindan aniqlanadi. 1ml siydikda 100000 dan ortiq bakteriyalarni aniqlash siydik yo'llari infeksiyasini ko'rsatadi.

Glomerulyar filtratsiya va kanalchali reabsorbsiya holatini baholash uchun Reberg sinamasi qo'llaniladi va buyrak qon oqimi aniqlanadi [3, 4,7,9,14].

Homilador ayollarning pielonefriti.

Pielonefrit barcha yosh guruhlarida eng ko'p uchraydigan buyrak kasalligi bo'lib u barcha avtopsiyalarning 8-20% da topiladi. Pielonefrit - bu buyrakdagi yallig'lanish jarayoni bo'lib, aksariyat interstitsial to'qimalarning birlamchi shikastlanishi, o'z ichiga olgan nospetsifik bakterial infeksiyadan kelib chiqqan bu jarayonda buyrak parenhimasi va jomchalar qatnashadi. Boshqacha qilib aytganda, pielonefrit interstitsial nefritning bakterial shaklidir. Pielonefritning bu turini "homiladorlik pielonefriti" atamasi bilan atash tavsiya etiladi. Bundan tashqari, homilador ayollar, tug'ruq va tug'ruq davridagi ayollarning pielonefriti kabi variantlar ham qo'llash mumkin [1,7,11,12]. Gestatsion pielonefrit maxsus nozologik shakl emas, u faqat homiladorlik davriga to'g'ri keladi.



O'tkir homiladorlik pielonefritining rivojlanishi va homiladorlik davrida surunkali pielonefritni ko'zg'atuvchi omillar ta'sirida bachadonning o'sishi bilan topografik va anatomik munosabatlarning o'zgarishi, gormonal va immunitet holatining qayta tuzilishi natijasida yuzaga keladigan siydik chiqarish faoliyatining buzilishidir. Barcha buyrak kasalliklarining 14% ni tashkil etib bemorlarning uchdan birida homilador bo'lmagan davrda o'tkir pielonefrit aholi orasida yiringli shakllari (apostomatoz nefrit, karbunkul va abs tsess) rivojlanadi [8, 9,14]. O'tkir seroz pielonefrit (64%), o'tkir yiringli pielonefrit - 36% ni tashkil qilishi, ushbu kasallik bilan ko'proq 2 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan qizlar va yosh ayollar erkaklarga qaraganda 5-6 marta ko'proq xastalanadi. Defloratsiya tsistitiga va homiladorlik pielonefriti kabi kasalliklar ayniqsa, yosh ayollarda jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Organizmdagi infeksiyon o'choqning mavjudligi va yuqori siydik yo'llarining urodinamikasining buzilishi homiladorlik pielonefritining vujudga kelishi va rivojlani shiga sabab bo'ladigan asosiy omillardir [1, 2, 6].

Enterobakteriyalar guruhining mikroorganizmlari (E.coli, Klebsiella, Proteus) va enterokokklar homiladorlik pielonefritining asosiy qo'zg'atuvchilari hisoblanadi. Siydik cho'kmasi ekilganda ichak tayoqchasining o'sishi homilador ayollarda tez-tez qayd etiladi, tuqqan ayollarda esa pielonefritni qo'zg'atuvchisi odatda enterokokklardir. Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa va boshqalar kamroq uchraydi. Pielonefrit qo'zg'atuvchilari orasida ichak tayoqchasi va Proteusning mavjudligi anatomik yaqinlik va siydik tizimi, ichak va jinsiy organlarning umumiy qon bilan ta'minlanishi bilan bog'liq. Ko'pincha, bemorlar bachadon bo'shlig'i va siydik yollaridagi mikroflora bir xilligi aniqlanadi. O'tkir pielonefrit, surunkali pielonefritning birinchi epidemiyasida odatda siydikda bitta qo'zg'atuvchi aniqlanadi, jarayon uzoq kechganda esa ular bir nechta bo'lishi mumkin.

80 % dan yuqori holatlarda pyelonefrit qo'zg'atuvchisi E.coli grammanfiy holda uchraydi. Bu ko'rsatgich organizmning immun holatini pasayishi bilan bog'liq bo'lib E. colining pielonefrit qo'zg'atuvchilari orasida saprofit bo'lishi bilan birga ushbu jarayonda asta sekin nisbiy patogeniga aylanadi [3, 5,6,8,9].

Mikroorganizmlarning nefropatogenligi, buyrak parenximasi uchun tropizmi grammusbat bakteriyalarning maxsus fenomen tufayli siydik yo'llari epiteliysiga yopishib qolish hodisasi bilan belgilanadi va E.coli shtammlarining 44-56% ida topilgan ABO tizimining inson antigenlari bilan mikroorganizmlarning o'xshashligi va kislotali muhitda ko'payish qobiliyatiga egaligi hisoblanadi.

Homiladorlik pielonefriti qo'zg'atuvchilari siydikning bakteriologik tekshiruvlarida olingan mikroorganizmlarning ko'p shtamlari har xil antibiotiklarga chidamli ekani aniqlandi. Qo'llanilgan davo choralariga qaramay qo'zg'atuvchi gramm-manfiy mikroorganizmlar kasallikning eng og'ir turlarini va og'ir intoksikatsiya ko'p hollarda bakterial shok, septitsemiya bilan kechishini oldindan belgilab beradi. Ayrim bemorlarda kasallik qo'zg'atuvchisi gram-musbat flora bo'lib ular antibionik va boshqa antiseptiklarga ta'sirchan bo'lib qo'zg'atgan kasalliklarning rining engilroq kechishi kuzatiladi. Bundan tashqari, L-shakldagi mikroorganizmlarning va protoplastlarning pielonefritning qo'zg'atuvchisi bo'lishi aniqlangan. Bu mikroorganizmlarning va protoplastlarning tasirida rivojlangan pyelonefritlar surunkali kechishi va atipik klinik belgilar namoyon qilishi bilan ajralib turadi.

Pielonefrit hastaligining mikoplazmalar va viruslarning tasirida ham rivojlanishi mumkin. Bu holda pielonefritning abakterial shakllari xaqida fikr yuritish mumkin.

Oxirgi yillarda pielonefritning qo'zg'atuvchilarini bakteriologik aniqlashda, ularning antibiotiklarga sezgirliги aniqlanganda olinayotgan salbiy natijalarni faqat shu yo'l bilan tushuntirish mumkin. Shu bilan birga pielonefritning qo'zg'atuvchisi kasalxonada ichi (nazokomial) infeksiya shtammlari roli oshdi [8,10,12].

Bu siydik pufagi, siydik yo'llari va chanoq bo'shlig'ini kateterizatsiya qilish kabi invaziv diagnostik manipulyatsiyalar paytida siydik yo'llarining infeksiyasi ehti moli bilan bog'liq. Infeksiyaning asosiy o'chog'i u buyrakka kiradigan joydan ayolning tanasida har qanday yiringli-yallig'lanish jarayonidir. Endogen infeksiya o'choqlari bo'lib tanosil va siydik chiqarish organlari infeksiyasi, kariyes tishlari, chipqonlar, follikulitlar, tonzillitlar va boshqalar. Bu endogen infeksiya

o'choqlaridan buyrak va boshqa siydik chiqarish a'zolariga infeksiya gematogen, limfogen, siydik orqali kirib borishi mumkin. Infeksiya ko'proq gematogen yo'l bilan sodir bo'ladi. Limfa yo'llari orqali esa infeksiya qo'zg'atuvchilarning buyraklarga kirib borishi ehtimoli ham yoq emas, chunki buyraklarda yallig'lanish jarayoni bo'lmaganda limfa hara kati buyraklar yo'nalishiga ega va aksincha. Retrograd limfa oqimi faqat limfadenit bilan, ya'ni allaqachon mavjud bo'lgan yallig'lanish bilan sodir bo'ladi. Siydik orqali infeksiyaning buyrak ichiga ko'tarilishi vezikoureteral refluyuklar va ayniqsa pyelorenal (pielovenoz) refluyuklar mavjud bo'lganda amalga oshadi, bunda infeksiya agenti umumiy qon oqimiga kiradi. Infeksiyaning qonga o'tishi organizmning giperergik javob reaksiyasi - klinik jihatdan, bu kuchli sovuqqotish va qaltirash bilan namoyon bo'ladi. Shunday qilib, mikroorganizmlar buyrak ichiga kirib boradi, bu erda gipoksiya o'choqlarida yiringli yallig'lanish jarayoni rivojlanadi [1, 4, 8,9,15].

Klinik va morfologik o'zgarishlar polimorfizmi va yiringli o'choqlarning mavjudligi pielonefritga xos bo'lgan buyraklardagi o'zgarishlarning asosiy belgilari sifatida ifodalanadi. Buyrakdagi yallig'lanish o'zgarishlari dastlab o'choqli jarayon bo'lib, har bir yangi hujum bilan yoyilgan tavsifga ega bo'ladi. To'qimalararo yallig'lanish jarayonining buyraklarni egallab borishi hujayralararo almashinuvning buzilishiga olib keladi. Pielonefrit yallig'lanish jarayoni kabi, barcha davrlarni - seroz, keyin yiringli xususiyatga ega bo'ladi. Seroz yallig'lanish bilan, buyrak jomcha va kanalchalarining siqilishi bilan shish hosil bo'ladi. O'tkir yiringli jarayin pielonefritning o'zini pustulalar (apostematoz) nefrit, soliter xo'p poz va buyrak karbunkuli shaklida namoyon qiladi. Buyrakdagi yallig'lanish jarayoni tugagandan so'ng, oraliq to'qimalarning haqiqiy tiklanishi bo'lmaydi va chandiq to'qimasi oraliqdagi yallig'lanish o'choqlari joyida o'sadi [1,4].

Buyraklarda yiringli fokusni shakllantirish uchun bitta yuqumli kasallikning mavjudligi etarli emas. Eksperimental tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, hayvonlarning qon oqimiga virulent mikrofloraning katta dozalarini kiritish pielonefrit rivojlanishiga olib kelmaydi. Ko'rinishidan, buyrak to'qimalarida yallig'lanish paydo bo'lishiga yordam beradigan ba'zi qo'shimcha shartlar zarur. Keyingi tadqiqotlar

shuni ko'rsatdiki, pielonefrit rivojlanishiga yordam beradigan eng muhim omil siydik yo'llari va buyrak ardagi qon aylanishining uro-dinamikasining buzilishidir.

Siydik chiqarish yo'liga ligatura qo'yish, so'ngra E.coli tayoqchasi kulturasi hayvonlarning qon oqimiga kiritish buyrakda pielonefritning rivojlanishiga olib keldi, uning siydik yo'liga ligatura qo'yilgan. Siydik chiqarish yo'llari va chanoq bo'shlig'ining o'tkir okklyuziyasi yuqori siydik yo'llarining uro-dinamikasida sezilarli buzilishlar, jomcha-buyrak refluyksiyasini keltirib chiqaradi. Siydik chiqarish yo'llarining uro-dinamikasining buzilishi nafaqat mexanik momentlar, balki turli xil vositalar, xususan, ayol jinsiy gormonlari (estrogenlar, progesteron va boshqalar) ta'sirida ham bo'lishi mumkinligi aniqlandi. Progesteronni yuborish eksperimental hayvonlarda jomcha bo'shlig'ining kengayishiga, uning gipotenziyasiga va siydik yo'llarining yuqori uchdan bir qismini kengaytirishga olib keldi. Bundan tashqari, uro-dinamikani o'rganish tadqiqotlari paytida jomcha bo'shlig'i va siydik yo'llarining gipotenziyasi va gipokineziyasi kuzatildi. Estradiolni hayvonlarga yuborish ham yuqori siydik yo'llarining gipotenziyasi va gipokineziyasiga olib keladi[6,8]. Mikroskopik jihatdan tajriba hayvonlarida buyrakning qobiq va asosining ko'pligi, konvolyutsiyalangan kanalchalarning kengayishi, distrofiya va nekroz joylari bo'lgan sohalarda, siydik yig'ish yo'llarining kengayishi, medullaning shishishi kuzatildi. Eksperimental hayvonlarga infeksiyon qo'zg'atuvchining gormonal preparatlari bilan bir vaqtda yuborilganda, xuddi shu serotipdagi E.coli bu hayvonlarning siydik va buyrak to'qimalaridan ekib olingan. Makroskopik jihatdan buyraklar yuzasida bir nechta pustulalar qayd etilgan; mikroskopik tekshiruyda stromaning aniq shishishi, ba'zi joylarda burmalangan kanalchalarning nekrozi, kortikal va medulla moddasida katta yallig'lanishli infiltratlari aniqlangan. Buyraklardagi gormonal diskretsiya bilan gemodinamik buzilishlar (stroma, kortikal va medullaning diffuz shishishi, nefronlarning quvurli qismida degenerativ jarayonlar) paydo bo'lishini tasdiqlaydi. Shunday qilib, tadqiqotlar pielonefritning rivojlanishi uchun infeksiyon vositalar bilan bir qatorda uro- va gemodinamikaning buzilishi kerakligini eksperimental tasdiqlandi [9,13,15].

Shuningdek, eksperimental va klinik kuzatishlar homiladorlik davridagi ayol tanasining gormonal profilidagi o'zgarishlar ro'y berishini bu esa yuqori siydik yo'llarining urodinamika va gemodinamikasining buzilishiga olib keladigan asosiy shartlardan biri ekanligini aniqlashga imkon berdi.

Homiladorlik paytida gormonlarning miqdoriy tarkibining oshishi va ularning nisbati o'zgarishi va gormonal muvozanatda sezilarli o'zgarishlar ro'y beradi. Estron va estradiolning konsentratsiyasi homilador bo'lmagan ayollarnikidan 4-6 – hafta homiladorlikda bir oz oshib ketishi aniqlangan, ammo 7-13 haftalik davrda estradiolning miqdori 19 martagacha ortadi. Progesteronning miqdor o'zgarishlarida ham xuddi shunday qaramlik kuzatiladi: homiladorlikning 10-haftasigacha uning miqdori hayz davrining luteal bosqichida homilador bo'lmagan ayollarda bo'lgani kabi, 11-15 haftadan boshlab esa keskin ortadi [6, 9].

Buyrak usti bezi gormonlarining homilador ayollarning qonidagi steroid gormonlarining miqdoriy tarkibi bilan taqqoslash ularning turli xil variantlarga ega ekanligini va tabiatan sof individual ekanligini ko'rsatdi. Olimlarning fikricha mana shu ko'rsatgich ehtimol, bu homiladorlik davrida pielonefritning barcha ayollarda uchramasligini tushuntirib berar degan fikrlar ham bor [6,8,10].

Jinsiy, glyukokortikoidlar gormonlar miqdoriy o'zgarishlari, urodinamik buzilishlarning va bu gormonlarning hayvonlar organizmidagi nisbatiga bog'liqligi bilan bir vaqtda, buyrak va yuqori siydik yo'llarida gemodinamik buzilishlar ham qayd etilgan. Pyelocaliceal tizim va siydik yo'llarining gipoksiyasiga yuqori siydik yo'llarida gemodinamik buzilishlar olib keladi. Ushbu buzilishlar asosan steroid gormonlarning siydik yo'llarining α - va β - retseptorlariga turli xil ta'siridan kelib chiqadi. Progesteronning yuqori darajasi β - retseptorlarning faolligini kuchaytiradi, bu esa gipotenziya va siydik yo'llarining diskineziyasini keltirib chiqaradi, estriol esa α -retseptorlar faolligini pasaytiradi, bu esa o'z navbatida bir xil kasalliklarga olib keladi. Progesteron va estriol turli retseptorlar tizimlarida harakat qilsa-da, bu gormonlarning ta'siri deyarli bir xil. Bu gipotenziya va buyraklar va siydik yo'llarining pyelocaliceal tizimining diskineziyasining paydo bo'lishida ifodalanadi. Organizmda bu gormonlarning kompleks ta'siri α - va β - retseptorlar ta'sirining teskari

yo'nalishini muvozanatlashtiradi [9,12,13]. Ushbu muvozanatning eng kichik buzilishi bilan yuqori siydik yo'llarining urokinamikasida buzilish paydo bo'ladi, bu ayniqsa homi ladorlik jarayonida aniq namoyon bo'ladi. P-retseptorlarning faollashishiga va a-retseptorlarning inaktivatsiyasiga olib keladigan bu o'zgarishlar siydik ajralichini buzadi. Avvaliga bu qisqa muddatli giperkineziya va diskineziya, keyin esa gipo tenziya va gipokineziya bilan ifodalanadi. Yuqori siydik yo'llarining buyrak to mirlari bilan yaqin neyrogen aloqasi tufayli, natijada paydo bo'lgan dinamik buzi lishlar buyrakda gemodinamik o'zgarishlarga olib keladi. Shunday qilib, buyrak tomirlarining tonusining pasayishi buyrak arteriyalarining spazmlari bilan bir vaqt da venoz buyrak induratsiyasini keltirib chiqaradi. Bu, o'z navbatida, yuqori siydik yo'llarining gipoksiya rivojlanishiga yordam beradi va gipoksiya urokinamik buzi lishlarni kuchaytiradi. Natijada o'ziga xos patologik doira paydo bo'ladi. Ushbu patologil etishmovchilik xalqasida yuqori siydik yo'llarining urokinamikasida mavjud buzilishlar fonida homilador ayollarning qon zardobida kortikosteroidlar konsentratsiyasining keskin oshishi biologik jihatdan aniqlangan o'ziga xos belgidir[6,7,9].

Yashirin oqadigan surunkali pielonefritni yoki homiladorlik davrida birlamchi pielonefritning paydo bo'lishini aniqlashga yordam beradigan test - "Prednizolon testi"dir. Ushbu test eksperimental tadqiqotlar natijasida eksperimental hayvonlar ning tanasini prednizolon bilan uzoq vaqt to'yinganligi paytida yuqori siydik yo'l larining urokinamikasini buzish ehtimolini tasdiqlaydi. Homiladorlikning oxirida va tug'ruqdan keyin buyrak jomchasi va siydik yo'llarining kengayishi simpatolitik tartibga soluvchi ta'sirlarning natijasidir. Biroq, "gormonal nazariya" tarafdorlari ning klinik va eksperimental dalillari juda ishonchlidir.

Homiladorlik davrida sodir bo'lgan gormonal o'zgarishlar, shuningdek, sodir bo'lgan gormonal o'zgarishlar, shuningdek, siydik pufagidagi o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, bu asosan uning tonusining pasayishi va sig'imning oshishi (1-1,5 litrgacha) op'zargan shaklida namoyon bo'ladi. Ba'zida bu o'zgarishlar vesikoureteral reflyuksning paydo bo'lishi namoyon bo'ladi. Ba'zida bu o'zga rishlar

vesikoureteral reflyuksning paydo bo'lishi bilan murakkablashadi ham, bu o'z navbatida pielonefritning paydo bo'lishi va rivojlanishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratadi [5,9].

Pielonefrit rivojlanishi uchun qulay zamin bo'lib siydik oqimining buzilishi va natijada intrakoastal bosimning paydo bo'lishi buyrak-buyrak reflyuksining rivojlanishiga yordam beradi va buyrak-buyrak reflyuksiyasi va natijada buyrak va siydik sinusining interstitsial to'qimalarining siydik infiltratsiyasi natija sida kalsiylar kamarining yorilishi buyrakda qon aylanishining o'tkir buzilishi bilan birga kechadi, bu esa organ gipoksiyasi bilan namoyon bo'ladi. Bunday vaziyatda tananing biron bir joyida yiringli-yallig'lanish o'chog'ining mavjudligi buyrakda yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga yordam beradi. Yuqori siydik yo'llarida infeksiya chegaralangan taqdirda, pyelovenöz reflyuks infeksiya qo'zg'atuvchilari ni to'g'ridan-to'g'ri qon oqimiga kirib borishiga va keyin shu yo'l bilan buyrakka qaytishiga yordam beradi, bu vaqtga kelib yallig'lanish rivojlanishi uchun barcha sharoitlar yaratilgan bo'ladi. Homiladorlik vesikulyar reflyuksiya darajasini oshiradi, shu bilan siydik yo'llarining dinamik tutilishini keltirib chiqaradi va gormonal va metabolik siljishlar bilan bog'liq bo'lgan yuqoriga ko'tariluvchi (urinogen) infeksiya va yallig'lanish jarayonining rivojlanishi uchun sharoit yaratadi [3,14,15].

Urologlar homilador ayollarda o'tkir yoki surunkali pielonefrit rivojlanishida puzre-jomcha reflyuksiga katta klinik ahamiyat berishadi. Gormonal ta'sirlardan kelib chiqqan vesikulyar reflyuks buyrak jomchalari va buyrakning o'ziga yuqoriga ko'tarilgan infeksiyani keltirib chiqarishi bilan homiladorlikning birinchi trimestrida, urodinamik o'zgarishlar keng tarqalishiga va pielonefritning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Homiladorlikning ikkinchi trimestrida, ichki bosimning ortishi omili rosa kuchga kirganda, vesikopartikulyar reflyuksiya chastotasi pasayadi, ammo uning jomchalari va buyrakning yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya sidagi roli allaqachon bajarilgan va ortib borayotganligi okklyuziya jomchalari dagi siydikning turg'unligiga yordam beradi, bu patogen mikrofloraning ayniqsa tez ko'payishiga va o'tkir pielonefritning rivojlanishiga olib keladi. Kritik siqishni urogenital to'qnashuvidan so'ng siydikning tabiiy yo'nalishda o'tishi tiklanadi.

keladi, xavfi yoki boshlangan bola tushish xavfi boshlanishi yoki erta tug'ilishning klinik belgilari paydo bo'ladi.

Tashxislash. Homiladorlik pyelonefritining tashxisi laboratoriya tekshiruvlari bilan tasdiqlangan klinik belgilarga asoslanadi. Siydikda leykotsitlar, bakteriyalar, oz miqdorda oqsil topiladi. Siydikni bakteriologik tekshirish kasallikning qo'zg'atuvchisi turini va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlashga yordam beradi. Buyraklarning ultratovush tekshiruvi pelvikalitsial tizimning holatini aniqlash uchun ishlatiladi [12].

Davolash. Yallig'lanish jarayonini davolashning umumiy tamoyillari qo'llaniladi. Homilador ayol tug'ruqxonaning antenatal bo'limiga yotqiziladi. Homiladorlikning dastlabki 24 xaftasigacha urologik bo'limda kasalxonaga yotqizish mumkin. Yotoq sharoitida dam olish kerak. Pielonefritning lokalizatsiyasiga qarama-qarshi bo'lgan homilador ayolning yon tomonidagi holati siydik oqib chiqib ketishini yaxshila nishga yordam beradi va bemor tez sog'ayadi. Xuddi shu maqsadda homilador ayol vaqti-vaqti bilan tizza-tirsak holatini qabul qilishi kerak. Ovqatlanish ratsioni ko'p miqdorda nordon ichimlik bilan to'ldirishi kerak. Antibiotik terapiyasi kasallikning qo'zg'atuvchisi va preparatning homilaga ta'sirini hisobga olgan holda amalga oshiriladi: yarim sintetik penitsillinlar va sefalosporinlarga ustunlik beriladi, ular keng ta'sir doirasiga ega va homilaga zararli ta'sir ko'rsatmaydi. Antibiotiklarni qabul qilish antimikotik dorilar bilan birlashtiriladi: nistatin, levorin. Vitaminlarni majburiy ravishda tayinlash. Uroantiseptiklar sifatida nitrofuranlar, nitroksolin, nevigramondan foydalanish mumkin [1, 2, 3].

Siydik oqimini yaxshilash uchun antispazmodiklar qo'llaniladi: no-shpa, baralgin, papaverin. Intoksikatsiya belgilari mavjud bo'lganda detoksifikatsiya infuzion terapiyasi amalga oshiriladi. Konservativ davo usullarining ta'siri bo'lmasa, siydik chiqarish oqimini ta'minlaydigan siydik chiqarish kateterizatsiyasi qo'llaniladi. Ba'zi hollarda ular punksiyon nefropiyelostomiyaga murojaat qilishadi. Buyrak xo'ppozi yoki karbunkul shakllanishi jarrohlik davolanishni talab qiladi: dekapsulyatsiya, buyrak diseksiyasi va hatto nefrektomiya. Homiladorlik

pielonefritida homiladorlik va tug'ilishni boshqarish. Pielonefritni davolash bilan bir qatorda, homiladorlikni to'xtatish tahdidi bilan saqlab qolish va uteroplasentar qon ta'minotini yaxshilashga qaratilgan terapiya o'tkaziladi. Homiladorlikni muddatidan oldin tugatish masalasi barcha davolash usullari va usullari samarasiz bo'lgan taqdirda qo'yiladi. Tug'ilish qin orqali amalga oshiriladi. Kesar kesish faqat qat'iy akusherlik ko'rsatmalari bo'yicha amalga oshiriladi [1, 5, 6, 15].

Surunkali pielonefrit fonida homiladorlik ona va homila uchun katta xavf tug'diradi. Mikroorganizmlar assotsiatsiyasi odatda homiladorlikdan oldin mavjud bo'lgan surunkali pielonefritning etiologik omili sifatida ishlaydi. Uzoq muddatli yallig'lanish jarayoni buyrakning interstitsial to'qimalarining sklerozi, naychalarning tiqilishi bilan yakunlanadi, bu esa nefronning konsentratsion funksiyasining buzilishiga olib keladi. Kasallikning rivojlanishi buyrak kortikal qatlaminin barcha morfologik elementlarini patologik jarayonga jalb qilishga yordam beradi- kortikal qatlaminin qisqarishi sodir bo'ladi. Bu jarayon ko'p yillar davomida asta-sekin o'sib boradi. Nefrogen gipertenziya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Homiladorlikning boshlanishi pielonefrit kechishini yomonlashtiradi.

Boshqa tomondan, pielonefrit homiladorlik va homila holatiga salbiy ta'sir qiladi. Eng tez-tez uchraydigan asoratlar orasida gipertenziv massivlar, homiladorlikning yo'qolishi va homilaning bachadon ichi infeksiyasi mavjud [5,9,10,11].

Klinik ko'rinish. Surunkali pielonefrit, qoida tariqasida, yorqin namoyonlarga ega emas. Faqat surunkali jarayonning kuchayishi kasallikning klinik ko'rinishini yorqin klinik ko'rinishini yorqin qiladi, o'tkir homiladorlik pielonefritiga o'xshaydi va tashxis qo'yish hech qanday qiyinchilik tug'dirmaydi.

Taxislash. Surunkali pielonefritda homilador ayolda bezovtalik, tez charchash, bosh og'rig'i, lomber mintaqada vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan zerikarli og'riqlar haqida aniq shikoyatlar bo'lishi mumkin. Shuning uchun surunkali pielonefritni tashxislash uchun laboratoriya tadqiqot usullari alohida ahamiyatga ega. Qon testida qon rasmidagi kichik o'zgarishlarni kuzatish mumkin: neytrofillar formulasining chapga o'zginasi bilan o'rtacha leykotsitoz. Gea globin miqdori

va qizil qon tanachalari sonining kamayishi tez-tez uchraydigan belgidir. Siydikni tekshirishda (kamida 3 ta test) leykotsituriya, ba'zida mikrogematuriya, ko'pincha bakteriuriya va cho'kindi tarkibida uratlar, fosfatlar, oksalatlar aniqlanadi.

Zimnitskiy testi buyrak konsentratsiyasining pasayishini ko'rsatadi. Yashirin leykotsituriyani Nechiporenko yoki Ambürje namunasi yordamida aniqlash mumkin. Reberg testi pielonefritda odatda zarar ko'rmaydigan glomerulyar filtratsiyani tekshirishga yordam beradi, bu esa bu kasallikni glomerulonefritdan ajratishga yordam beradi. Buyraklarning ultratovush tekshiruvi majburiydir. I darajali xavf guruhiga homiladorlik paytida paydo bo'lgan asoratlanmagan pielonefritli ayollar kiradi; II daraja — homiladorlikdan oldin mavjud bo'lgan surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlar; III daraja — pielonefrit va gipertenziya yoki azotemiya bilan kasallangan homilador ayollar va bitta buyrak pielonefrit bilan. III darajali xavf ostida bo'lgan bemorlarda homiladorlik mumkin emas[7,14, 15].

Surunkali pielonefritning gipertenziv sharoitlar bilan tez-tez kombinatsiyasi ona va homila uchun homiladorlik natijasini yomonlashtiradi. Bunday hollarda, homilador ayollarning 10 foizida erta etkazib berish kerak, buning uchun ko'rsatmalar: gipertenziv sharoitlarni davolash samarasining yo'qligi, surunkali fetoplental etishmovchilikning ko'payishi. Pielonefrit ko'pincha birinchi homilador ayollarda aniqlanadi. Buni homiladorlik paytida ayol tanasiga xos bo'lgan o'zgarishlarga (immunologik, gormonal va boshqalar) moslashish mexanizmlarining etishmasligi bilan izohlash mumkin. Odatda, ko'plab ayollar bolalik davrida pielonefrit bilan kasallanishadi, chunki bu bolalarda, ayniqsa qizlarda eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biridir (ular o'g'il bolalarga qaraganda 4-6 marta tez-tez kasal bo'lishadi). Kasallik odatda tanqidiy davrlar boshlanishidan oldin yashirin davom etadi: hayz ko'rish funksiyasining shakllanishi, jinsiy hayotning boshlanishi, homiladorlik, ya'ni hayotning eng aniq bosqichlari.

Yuqori chastotali (60-80%) siydik yo'llari infeksiyasi bo'lgan ayollarda jinsiy faoliyatning buzilishi, jinsiy sheriklarning tez-tez o'zgarishi, jinsiy va shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilmaslik, ko'p sonli homiladorlik, tug'ish, jinsiy

a'zolarning oldingi yallig'lanish kasalliklari (kolpit, endometrit, adneksit) kabi omillar aniqlandi. Mualliflar bemorlarning 80 foizida jinsiy va siydik yo'llarida infektsiyaning qo'zg'atuvchisi turlarining bir-biriga mos kelishini aniqladilar, shundan 90 foizida bunday bakteriyalar ichak guruhining mikroorganizmlari bo'lgan. Ushbu topilmalar anogenital zonaning yuqumli jarayonlari ma'lumsharoitlarda siydik yo'llarining yuqoriga ko'tarilishi uchun xavf omillari ekanligini aniq ko'rsatib turibdi [1, 6, 8, 9,10,12].

Surunkali pielonefrit patogenezining asosiy bo'g'inlaridan biri bu immunitet immunitetning buzilishi bo'lib, oldingi urologik patologiya bo'lmagan taqdirda ham uning doimiy yo'nalishini keltirib chiqaradi. Immunologik nomutanosiblik surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda t-yordamchi t-supressor nisbatining pasayishi asosan t-supressor/sitotoksik subpopulyatsiyaning qon tarkibining ko'payishi bilan bog'liq. Surunkali pielonefritda immunitet buzilishlarining rivojlanishining sababi immunitet reaksiyasidagi birlamchi o'zgarishlarni keltirib chiqaradigan genetik omillar ham, uropatogen patogenlar yoki ularning hayotiy faoliyati mahsulotlari ta'sirida olingan ikkilamchi omillar ham bo'lishi mumkin deb taxmin qilinadi. Makrofaglar tizimi tanani patogenlardan himoya qilishda muhim rol o'ynaydi. Surunkali pielonefritda leykotsitlarning fagotsitik faolligi pasayadi.

Homiladorlik paytida pielonefrit birlamchi yoki ikkilamchi (oldingi urologik kasalliklar fonida rivojlangan) bo'lishi muhim emas, chunki jarrohlik davolash ko'pincha qo'llanilmaydi. Shu bilan birga, pielonefrit nefrolitiaz, buyrak rivojlanishidagi anomaliyalar yoki bitta buyrak pielonefrit bilan birlashtirilgan bo'lsa, jarayonning og'irligi va terapevtik qiyinchiliklar sezilarli darajada aniqroq bo'ladi. Homiladorlik pielonefritning rivojlanishiga salbiy ta'sir qiladi. O'tkir pielonefrit ko'pincha homiladorlik paytida birinchi marta tashxis qilinadi va bemorlarning 1/3 qismida surunkali pielonefrit homiladorlik davrida, ayrim bemorlarda esa ikki va uch marta kuchayadi. Pielonefritning kuchayishi homiladorlikning birinchi trimestrda bemorlarning 9,6 foizida, II trimestrda - 78,3 foizida, III trimestrda - 43 foizida va tug'ruqdan keyin 19,2 foizida aniqlanadi. Nefrolitiaz, buyrak rivojlanishidagi anomaliyalar, nefroskleroz, gidronefroz bilan

og'rigan bemorlarda kasallikning kuchayishi birinchi trimestrda boshqa buyrak bo'lmagan bemorlarga qaraganda 2 baravar tez-tez sodir bo'lgan [6, 7, 12].

Homiladorlikning ikkinchi trimestrida (22-28 hafta) pielonefrit hujumlarining ko'payishi.), ehtimol bu davrda qondagi glyukokortikoidlar sonining sezilarli darajada ko'payishi bilan bog'liq. Ikkinchisi, yuqori siydik yo'llarining urodinamikasining allaqachon mavjud bo'lgan buzilishlari fonida, bir tomondan, birlamchi pielonefrit paydo bo'lishiga yordam beradi, boshqa tomondan, yashirin surunkali pielonefritni aniqlash uchun o'ziga xos biologik "prednizolon testi" bo'lib xizmat qilishi mumkin. Homiladorlik paytida immunitetning holati ham muhimdir. Sog'lom ayollarda homiladorlik sezilarli immunosupressiya fonida davom etadi. Homiladorlik davri 21-22 xafta bo'lganida qon zardobida IgG pasayishi kuzatiladi, ularning fikriga ko'ra, gormonal kelishmovchilik va urodinamikaning buzilishi bilan birgalikda aynan shu davrda pielonefritning tez-tez paydo bo'lishiga yordam beradi.

Uchinchi trimestrda sog'lom homilador ayollarda o'chog'li immunitet ko'rsatkich lari pasayadi (o'z-o'zidan rozetka hosil bo'lish reaksiyasi, limfotsitlarning portlash transformatsiyasi). Bu pielonefritning qaytalanishi va kuchayishiga yordam beradi. Homiladorlik paytida ilgari yoki mavjud bo'lgan yuqumli kasalliklar ham immunitetning pasayishiga yordam beradi. Tadqiqotchilar pielonefrit bilan kasallangan homilador bemorlarda immunologik siljishlarning teng bo'lmagan xususiyatini topadilar. G.B.Beznoshchenko (1982) o'tkir pielonefritda immunoglobulinlarning barcha sinflarining ko'payishini, surunkali pielonefritning kuchayishi bilan IgA va IgG ning ko'payishini, t-limfotsitlarning proliferativ faolligining oshishini va kasallikning yashirin bosqichida IgM ning ko'payishini aniqladi. Homilador ayollarda o'tkir pielonefritning boshlanishi va surunkali kasallikning kuchayishi IgG kuchayishi bilan tavsiflanadi, immunitetning t va B hujayralari tizimi inhibe qilinadi. Homilador ayollarning pielonefriti T-limfotsitlar va immunoglobulinlarning barcha sinflari sonining ko'payishi bilan birga keladi. Pielonefrit bilan og'rigan homilador ayollarda T-limfotsitlarning inhibatsiyasi, jarayonning kuchayishi bilan B-limfotsitlar sonining o'zgarishi, IgG

tarkibining pasayishi va aylanma immunitet komplekslarining ko'payishi [6,7, 8, 13,15].

Pielonefrit odatda tug'ruqdan keyingi kasalliklarining (endometrit, metroflebit va boshqalar) paydo bo'lishi va rivojlanishiga xos bo'lgan klerod davrining 4, 6, 12 kunlarida rivojlanadi. Belgilangan davrda homiladorlik tufayli yuqori siydik yo'llarining kengayishi va jismoniy harakatsizligi saqlanib qolmoqda va bu tanada infektsiya manbai mavjud bo'lganda pielonefritning shakllanishi uchun shart bo'lib xizmat qiladi. Infektsiya xavfi va siydikdagi mikroorganizmlar soni tug'ilgandan bir kun o'tgach ayniqsa katta bo'ladi. Bu qoldiq siydik miqdorining ko'payishi bilan bog'liq - tug'ilgandan 2 kun o'tgach u 32 ml, 9 kundan keyin - 13 ml. Jarrohlik yordami berishdan keyin qoldiq siydik miqdori tug'ruqdan keyingi miqdorga qaraganda ko'proq. Tug'ruqdan keyingi davrda surunkali pielonefritning qo'zg'alishii sepsis uchun javobgar bo'lishi mumkin. Bu holda sepsis kuchayishi tug'ruqdan keyingi davrda pielonefrit sepsisning sababi bo'lishi mumkin; bu holda sepsis tug'ruqdan so'ng 1-3 kun o'tgach boshlanadi, doimiy va o'ta og'ir kechishi bilan tavsiflanadi [7].

Klinik jihatdan homiladorlik pielonefriti o'tkir yoki surunkali shaklda uchraydi. Surunkali pielonefritning kuchayishi bilan kasallikni o'tkir yallig'lanishga o'tishi deb hisoblash kerak[13].

Homilador ayollar va tug'ruqxonalarning o'tkir pielonefriti tananing aniq intonatsiyasi va xarakterli mahalliy simptomlarning mavjudligi bilan og'ir umumiy yuqumli kasallikning xususiyatlariga ega; ikkinchisi homilador ayollarga qaraganda tug'ruqxonalarda kamroq seziladi. Kasallikning boshida og'ir yuqumli jarayonning umumiy belgilari ustunlik qiladi, mahalliy namoyishlar umuman bo'lmasligi yoki engil bo'lishi mumkin. Yiringli pielonefrit bilan kasallikning dastlabki kunlarida ko'pincha yuqori isitma, kuchli bosh og'rig'i, butun tanadagi og'riqlar, ko'ngil aynish, ba'zida qusish, keyin ko'p terlash va haroratning pasayishi, ba'zida normal raqamlarga qadar bo'lgan ajoyib titroq kuzatiladi. Kasallikning og'ir davrida titroq kuniga bir necha marta takrorlanadi. Nafas olish va puls tezlashadi, til quruq.

Sovuqlar orasida bemorlar odatda letargik, adinamikdir, bu bakteriotoksik shokning xabarchisi bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Kasallikning rivojlanishi jarayonida mahalliy simptomlar asta-sekin umumiy simptomlarga qo'shiladi. Homiladorlik pielonefritining mahalliy belgilari bel sohasidagi og'riqdan iborat bo'lib, shikastlanish tomoniga to'g'ri keladi, qorinning yuqori qismida, inguinal mintaqada, labia majora, sonda og'riqlar tarqaladi. Ba'zida og'riq siydik chiqarish yo'li bilan aniqlanadi. Og'riqning kuchayishi yallig'lanish jarayonining buyrak kapsulasiga yoki perineal tolaga o'tishiga ishonishga majbur qiladi. Bemorlarda ma'lum vaqt oralig'ida paydo bo'ladigan tana haroratining gektarlik ko'tarilishi buyrakda bir nechta yiringli o'choqlarning rivojlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin[1,5,6,8].

Ta'sir qilingan tomonda bimanual palpatsiya bilan qorin bo'shlig'i mushaklarining kuchayishi va kuchlanishi qayd etiladi. Palpatsiya paytida og'riq ma'lum nuqtalarda kuzatiladi: XII qovurg'aning pastki chetining uzun psoas mushaklari bilan kesishishi darajasida va kindikning chap va o'ng tomonida uchta ko'ndalang barmoq ustida joylashgan yuqori "ureteral" nuqta oldida. Ba'zi bemorlarda ta'sirlangan buyrak tomon skolyoz hodisalari mavjud.

Pasternatskiyning alomati har doim ham ijobiy emas. Buyrakning old yuzasida yiringli jarayonning lokalizatsiyasi bilan, ayniqsa tug'ruqdan keyin peritoneal hodisalar mumkin. Homiladorlik paytida xo'ppozning bunday lokalizatsiyasi o'tkir xoletsistit yoki appenditsit borligiga shubha tug'dirishi mumkin. Bunday holatlarda differentsial diagnostika ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, chunki kasallik boshida siydikda patologik o'zgarishlar bo'lmasligi mumkin.

Seroz pielonefrit subfebril yoki hatto normal haroratda, titroq, intoksikatsiya belgilari va ko'pincha bel og'rig'i bo'lmagan holda sodir bo'ladi. U asosan laboratoriya belgilari bilan tan olinadi va antibiotik terapiyasi bilan muvaffaqiyatli yo'q qilinadi.

Keyinchalik jiddiy muammo o'tkir yiringli homiladorlik pielonefritidir. Homiladorlikning muvaffaqiyatli o'tishi va kasallikni davolashning

muvaffaqiyatli natijasi uchun o'tkir yiringli pielonefritning ikkita klinik shaklini farqlash kerak: diffuz-yiringli (destruktiv bo'lmagan) va fokal-yiringli (halokatli). Terapevtik taktika ko'p jihatdan piyelonefrit shakliga bog'liq - akusherlik yoki urologik. Ko'pgina homilador ayollarda o'tkir pielonefrit (95-97%) klinik jihatdan halokatli emas va shuning uchun uni konservativ usullar bilan muvaffaqiyatli davolash mumkin. Buyraklardagi yiringli-vayron qiluvchi yallig'lanishning turli bosqichlari bemorlarning 3-5 foizida aniqlanadi. Yiringli-vayron qiluvchi shakllarni (apostematik nefrit, karbunkul va buyrak xo'ppozi) aniqlash kasallikning klinik xususiyatlari va terapiya samaradorligini hisobga olgan holda dinamikada tahlil qilingan laboratoriya ma'lumotlari asosida amalga oshiriladi. Homilador yoki tug'ruqdan keyingi ayolning ahvoli va buyrakdagi yallig'lanish jarayonining og'irligi mezoni antibakterial va detoksifikatsiya terapiyasi natijasida intoksikatsiyaning og'irligi va qaytarilishi hisoblanadi. Intoksikatsiyaning og'irligi tananing harorat reaksiyasi, yurak urish tezligi va gemodinamik ko'rsatkichlar, titroq, terlash, dispeptik kasalliklarning og'irligi bilan baholanadi. O'tkir pielonefritning yiringli destruktiv shakllari kun davomida katta harorat farqi bilan - gektik isitma bilan tavsiflanadi [1,7, 9].

Yiringli pielonefrit va septik intoksikatsiyaning og'irligini laboratoriya ko'rsatkichlari bo'yicha baholash mumkin: gemoglobinning pasayish darajasi, leykotsitoz, qonning leykotsitlar formulasining chapga siljishi. Jigar-buyrak etishmovchiligining rivojlanishi (sariqlik, giperbilirubinemiya, giperkreatininemiya, jigar fermentlari darajasining oshishi) shoshilinch lumbotomiya va ta'sirlangan buyrakni qayta ko'rib chiqish zarurligini ko'rsatadi. Homilador ayollarning o'tkir yiringli-halokatli pielonefritining mahalliy belgilari engil bo'lishi mumkin; ular buyrak va perineal yog ' to'qimalarida yallig'lanish jarayonining og'irligi va tarqalishiga bog'liq. Ko'pincha buyrakning og'rig'ini faqat chuqur bimanual palpatsiya va lomber mintaqada engil urish bilan aniqlash mumkin (Pasternatskiy alomati). O'tkir homiladorlik pielonefritining (buzilmaydigan yoki yiringli-halokatli) shakllarini differentsial tashxislashda va shuning uchun davolashning

oqilona taktikasida konservativ terapiya samaradorligini baholash katta yordam beradi.

Agar siydik chiqarish kateterizatsiyasi fonida o'tkaziladigan antibiotik terapiyasi muvaffaqiyatsiz bo'lsa, uning imkoniyatlari chegarasi haqida o'ylash kerak. 1-2 kun davomida bemorning ahvoli yaxshilanmasa (gektik harorat, titroq, kuchli ter, leykotsitozning ko'payishi, qusish, rangparlik, tilning qurishi, patologik eyforiya yoki inhibitsiyon bilan namoyon bo'ladigan intoksikatsiya), jarrohlik aralashuvi to'g'risida savol tug'ilishi kerak.

Ko'pincha klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarining yomonlashishi siydik ateterini olib tashlaganidan keyin sodir bo'ladi. Siydik chiqarish kanalini takroriy terapevtik kateterizatsiya qilish xavflidir, ayniqsa qisqa muddatli klinik farovonlikdan so'ng pielonefrit hujumi yana sodir bo'lganda.

Buyrak pelvisini kateterizatsiya qilish va bu holda antibiotiklarni davolash pielonefritning klinik belgilarining keskinligini yumshatadi va yaxshilanish ko'rinishini yaratadi, bu o'z vaqtida amalga oshirilmaydigan operatsiyalarning sabablaridan biridir. O'tkir pielonefrit klinikasi va diagnostikasi quyidagicha:

tana haroratining ko'tarilishi va o'ziga hos titroq;

dizurik hodisalar;

bakteriuriya • 1 ml siydikda 10^5 dan ortiq mikroob tanasi mavjud);

leykotsituriya • leykotsitlar qonida $11,0 - 10^9/l$ dan ortiq), qonda leykotsitlar

formulasining neytrofil siljishi, yadro shakllarini ko'paytirish orqali; gipoxromik anemiya;

o'rtacha proteinuriya;

mikrogematuriya;

ba'zida asimptomatik bakteriuriya;

Pasternatskiyning aniq belgisi.

Homiladorlik jarayonida surunkali pielonefrit juda keng tarqalgan hodisa. Shu bilan birga, siydikning minimal bir martalik o'zgarishi (kichik leykotsituriya) va noaniq klinik ko'rinishga asoslanib, surunkali pielonefrit tashxisi qo'yilganda, ushbu kasallikning haddan tashqari tashxis qo'yish tendentsiyasini ta'kidlash kerak.

Surunkali homiladorlik pielonefritining belgilari, shuningdek, homilador bo'lmagan xronik pielonefrit juda xilma-xildir. Bu yallig'lanish jarayonining tarqalish darajasi va buyrak kasalliklari (nefrolitiaz) mavjudligi bilan bog'liq. Bundan tashqari, alomatlar surunkali pielonefritning xususiyatlariga ham bog'liq bo'lib, u ko'proq yoki kamroq tez-tez uchraydigan klinik belgilar bilan birga bo'lishi yoki o'tkir hujum bilan boshlanishi mumkin; ba'zi hollarda kasallik boshidanoq surunkali jarayon sifatida davom etadi.

Homiladorlik paytida va tug'ruqdan keyin surunkali pielonefritni tan olishda anam nez katta ahamiyatga ega. Ehtiyotkorlik bilan to'plangan tarix bilan surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlarning yarmidan ko'pi oldingi sistit va siydik yo'llarining boshqa kasalliklarini ko'rsatgan. Surunkali pielonefrit 44-98% hollarda siydik tosh kasalligi, 52-88% da gidronefrotik transformatsiya kasalligi bilan birga keladi, polikistoz buyrak kasalligi bilan bemorlarning 78-88% kuzatiladi.

Pielonefrit kasalligi shartlari:

immunitet holatining pasayishi;

yuqori siydik yo'llarining urodinamikasini buzish;

yuqumli agentning mavjudligi;

siydik oqimining buzilishi.

Surunkali homiladorlik pielonefritining belgilari kamroq aniq. Anamnezni yig'ishda sistit va siydik yo'llarining boshqa kasalliklari (polikistik buyrak kasalligi, urolitiaz) mavjudligiga alohida e'tibor qaratish lozim. Surunkali pielonefritning keng tarqalgan belgilari:

leykotsituriya ($\cdot 11,0 \cdot 10^9/l$ dan yuqori), tayoq yadrosi shakllarini ko'paytirish orqali

leykotsitlar formulasining neytrofil siljishi;

gipoxromik anemiya;

mikrogematuriya (\cdot ko'rish sohasida 0-1-2 qizil qon tanachalari);

Nechiporenkoga ko'ra siydik namunasida patologik o'zgarishlar: leykotsitlar soni

$4 \times 10^9 / ml$ dan ortiq siydik, bir vaqtning o'zida eritrotsitlar soni ko'payishi

mumkin, ammo leykotsitlarga qaraganda kamroq;

bakteriuriyaning yuqori darajasi ($\cdot 10^5$ dan ortiq mikrob tanasi);

proteinuriya • 1 g/l dan kam);
nikturiya;imnitskiy bo'yicha siydikni tekshirishda gipoizostenuriya;
Pasternatskiyning alomati ko'pincha salbiy, ammo ijobiy bo'lishi mumkin;
vaqti-vaqti bilan tez va og'riqli siyish mumkin (uzoq surunkali o'rtacha arterial gipertenziya);
buyraklar ultratovush tekshiruvida piyelokaliya tizimining kengayishi aniqlanadi.

Shuni yodda tutish kerakki, homiladorlik pielonefriti har doim ikki tomonlama bo'ladi. Pielonefritning kuchayishi buyrak funksiyasining pasayishi bilan birga keladi. Protein muvozanatining buzilishi erta paydo bo'ladi, bu gipoproteinemiya bilan emas, balki disproteinemiya va globulinemiya bilan namoyon bo'ladi. Siydik tarkibidagi o'zgarishlar katta diagnostik ahamiyatga ega. Tekshirish uchun siydikni to'g'ri olish juda muhim (siydikning o'rtacha qismini oling, tashqi jinsiy a'zolari yaxshilab hojatxonadan o'tkazing). Quvinqni kateterizatsiya qilish juda ko'p ko'rsatmalarsiz amalga oshirilmasligi kerak. Pielonefrit fonida gipertenziv holatlar o'ziga xos xususiyatlarga ega: ko'pincha homiladorlikning uchinchi trimestrida rivojlanadi; qiyin; etakchi alomat arterial gipertenziya; siydik sinovlarida yallig'lanish jarayoniga xos bo'lgan o'zgarishlar mavjud (yuqoriga qarang); siydik chiqarish yo'llarining okklyuziyasi va spazmi natijasida siydik oqimining keskin buzilishi bo'lishi mumkin; qon testlarida Ig miqdorining ko'payishi kuzatiladi.

Surunkali pielonefritning eng keng tarqalgan belgilari bel sohasidagi og'riqlar, yuqori darajadagi bakteriuriya, proteinuriya, anemiya, ekskretor urografiya paytida aniqlanadigan xarakterli belgilar; xromotsistoskopiya uchraydigan funksional buzilishlar kamroq uchraydi. Surunkali pielonefritni tashxislash uchun unga xos bo'lgan kamida 3-4 klinik, laboratoriya, rentgenologik, radioizotop belgilari yoki kasallikning vaqti-vaqti bilan takrorlanadigan qo'zg'alishlari bo'lishi mumkin.

Surunkali pielonefrit bel sohasidagi zerikarli og'riqlar bilan ajralib turadi, ular harakat va jismoniy mashqlar, bosh og'rig'i, charchoq va umumiy zaiflik bilan kuchayadi. Biroq, ko'pincha ayollar hech qanday shikoyat qilmaydilar. Pasternatskiyning alomati ko'pincha salbiy, ammo ijobiy bo'lishi mumkin. Ayollarning 16 foizida gipoxrom anemiya rivojlanadi. Siydik sinovlarida o'rtacha proteinuriya (1 g/l dan kam), leykotsituriya, mikrogematuriya aniqlanadi.

Siydik sinovlari ketma-ket bir necha kun davomida o'tkazilishi kerak, bitta tekshiruv kamdan-kam hollarda pielonefritga ko'rsatma beradi. Tez va og'riqli siyish, sakrum og'rig'i, siydikning loyqalanishi va qizil ranglanishi, patologik chanqoqlik hissi kabi alomatlarini e'tiborsiz qoldirmaslik kerak. Bemorlarning katta qismida gipertenziya mavjudligi surunkali pielonefritning natijasidir. Shuni ta'kidlash kerakki, kasallikning engil kechishi bilan surunkali pielonefrit bilan og'rikan bemorlar asosan akusherlik kasalxonasiga yotqiziladi. Bu ayollarda azotemiya yo'q, ularda barqaror gipertenziya namoyon bo'lmaydi. Gipertenziv sindrom bunday bemorlarda nefrologik shifoxonalarda bo'lgan homilador bo'lmaganlarga qaraganda ancha kam uchraydi. Biz homilador ayollarning 20 foizida gipertenziya bilan pielonefritni ko'rdik va urologlar homiladorlikning 32-70 foizida gipertenziyani qayd etdilar.

Surunkali pielonefritning oxirgi bosqichida, buyrakning burishishi sodir bo'lganda, siydik sindromi unchalik aniq emas va klinik ko'rinish gipertenziya va surunkali buyrak etishmovchiligi bilan bog'liq belgilar bilan tavsiflanadi. Surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan pielonefrit bilan og'rikan bemorlarning umr ko'rish davo miyligi o'rtacha 15,5 yilni tashkil qiladi. Bitta buyrakda surunkali pielonefritning mavjudligi yoki ikki tomonlama jarayonning rivojlanishi, qoida tariqasida, kasallikning dastlabki 5-8 yilida buyraklarning funksional qobiliyatining buzilishiga olib keldi va faqat 10-15 yildan so'ng yashirin bosqichdan oraliq bosqichigacha (34-57 yoshga kelib) doimiy buyrak etishmovchiligi rivojlanadi. Terminal bosqichi 15-20 yildan keyin sodir bo'ladi. Pielonefritning kuchayishi har doim buyrak funktsiya sining pasayishi bilan birga kechadi va yallig'lanish jarayonining yo'q qilinishi va siydik o'tishining tiklanishi azotemiyaning

pasayishiga, glomerulyar filtratsiyaning kuchayishiga va naycha etishmovchiligining pasayishiga olib keladi.

Homiladorlik pyelonefritning tashxisi muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Ular homiladorlik paytida diagnostikaning butun majmuasidan foydalanish mumkin emasligida yolg'onba'zi testlar: xususan, rentgen nurlariba'zi tadqiqot usullari. Shuning uchun homiladorlik pyelonefritini tashxislashda etakchi klinik kuzatuv, laboratoriya hisoblanadinye, ultratovush va endoskopik tadqiqotlar. Turli bosqichlarda homiladorlik pyelonefritining klinik ko'rinish Homiladorlikning bosqichlari o'ziga xos xususiyatlarga ega. Ular tufayli siydik yo'llarining yuqori qismidan siydik o'tishining buzilishi. Agar homiladorlikning birinchi trimestrida qorinning pastki qismiga, tashqi jinsiy a'zolarga nurlanish bilan lomber mintaqada kuchli og'riqlar bo'lishi mumkin bo'lsa, og'riq tabiatan buyraklarga o'xshaydi. kolik, keyin ikkinchi va uchinchi trimestrlarda og'riq odatda kuchli emas. Palpatsiya va anamnez ma'lumotlari bilan birgalikda lomber mintaqada og'riqlar mavjudligiga bemorning e'tiborini tortadigan shifokorning faqat to'liq so'rovi buyrakdagi patologik jarayonga shubha bildirishga imkon beradi. Bu yuqori siydik yo'llaridan siydikning sezilarli darajada buzilgan o'tishi ham tos ichidagi bosimning sezilarli darajada oshishiga olib kelmasligi bilan izohlanadi, chunki homiladorlik yuqori siydik yo'llarining sezilarli darajada kengayishi bilan birga keladi. Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida ayollarda klinik ko'rinishga ega bo'lsaqaysi rasm, pielonefritdan shubhali, buyrak koli paydo bo'ldika, keyin birinchi navbatda nefrolitiaz haqida o'ylash kerak. Pielonefritni aniqlashda laboratoriya tadqiqot usullari katta ahamiyatga ega. Gestatsion pielonefrit bilan og'riqan bemorlarning qonida leykotsitoz $11 \times 10^9 / l$ dan yuqori, leykotsitlar formulasining chapga neytrofilyozga siljishi, pichoq shakllarining ko'payishi va gipoxrom anemiya tufayli kuza tiladi, shuni ta'kidlash kerakki, buyraklardagi yallig'lanish jarayonining o'tkir hodisalari anemiya bartaraf etilgunga qadar doimiy ravishda davom etadi. O'tkir pielonefritda qon zardobida karbamid darajasi oshishi mumkin; tiklanish bilan karbamid tarkibi normalizatsiya qayd etiladi. Surunkali pielonefrit bo'lsa, azotemiyaning bartaraf etish ancha qiyin.

Surunkali pielonefritda Zimmitskiy usuli bo'yicha siydik sinovlari gipostenuriya bilan xarakterlanadi. atga ega - siydik tarkibidagi o'zgarish. Tadqiqot uchun siydikni to'g'ri yig'ish juda muhimdir. Kerakli vulvaning ehtiyotkorlik bilan ko'tarib siyish vaqtida siydikning o'rta qismini oling va siydik pufagining katerizatsiyasi maxsus ko'rsatmalarsiz amalga oshirilmasligi kerak.

Siydikni tahlil qilishda patologik elementlar aniqlanganda tadqiqot uning ikkita qismida - birinchi va ikkinchi qismida takrorlanishi kerak. Leykotsituriyaning faqat birinchi siydik namunasida mavjudligi uretrada yoki qovuqda yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasini ko'rsatadi. Siydikning ikkala qismida leykotsitlar sonining ko'payishi siydik pufagida yoki yuqori siydik yo'llarida yallig'lanish jarayonining mavjudligini ko'rsatadi. Bunday hollarda aniqlik kiritish uchun qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi. Yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi, siydikni siydik kateteri bilan buyraklardan ajratib olishgacha o'tkaziladi.

Homilador ayollar va tug'ruq davridagi siydik cho'kmasini miqdoriy o'rganish uchun mavjud usullar orasida Nechiporenko testiga ustunlik berish kerak. Patologik - leykotsitlar soni 1 ml siydikda 4×10^9 dan ortmasligi kerak. Shu bilan birga, Eritrotsitlar soni aniqlangan, ammo leykotsitlarga qaraganda kamroq darajada o'zgarish bo'lishi mumkin.

O'tkir pyelonefrit barcha bemorlarda "faol" leykotsitlar aniqlanadi. So'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, deb atalmish mavjudligi Sifatli tahlil bilan siydikdagi o'zgaruvchan faol leykotsitlar, umumiy pielonefrit va homiladorlik priedema uchun patognomonik emas, ayniqsa, pielonefrit "Faol" leykotsitlar siydik yo'llarining yiringli yallig'lanish jarayonlari bilan siydikda topilishi mumkin.

Bunday leykotsitlar soniga ko'ra, faqat yallig'langanlarning faoliyatini baholash mumkin.

Shubha tug'ilsa, siydikni alohida yig'ish kerak. Qabul qilingan siydik qismlarida leykotsitlar sonining ko'payishi (Nechiporenko usuli bo'yicha) pielonefritni ko'rsatadi va "faol" va "faol" bo'lmagan leykotsitlar nisbati uning faolligini ko'rsatadi. Siydikni bakteriologik tekshirish ham zarur. Ma'lumki, bakteriuriya pielonefritdagina emas va u buyraklarda yallig'lanish o'zgarishlarini

keltirib chiqarmasdan yo'qolishi mumkin. Biroq, bakteriuriyani befarq hodisa sifatida ko'rib chiqmaslik kerak, ayniqsa takroriy siydik taxlilida aniqlanganda, 1 ml siydikdagi bakteriyalar soni 10^5 mikronga teng yoki undan ko'p bo'lsa, ko'krak qafasi organlari. Bakteriuriyani miqdoriy aniqlashdan tashqari, yuqumli agentlarni aniqlash va ularning turli antibiotiklarga sezgirligini aniqlash kerak. E'tibor berish kerak, hozirgi vaqtda bakteriuriya har doim ham leykotsituriyadan oldin bo'lmaydigan hodisa. Ma'lum darajada, buni homilador ayollar ko'pincha turli xil yallig'lanishga qarshi dori-darmonlarni mustaqil ravishda qabul qilishlari bilan izohlash mumkin.

Agar homiladorlik pyelonefritga shubha qilingan bo'lsa, siydikning yuqori siydik yo'llaridan o'tishining buzilishi darajasini aniqlash zarurligini ta'kidlash kerak. Ushbu maqsadlar uchun homiladorlik davrida eng maqbul diagnostika usuli xromotsistoskopiya, tug'ruqdan keyingi davrda esa - ekskretor urografiya.

Agar homiladorlikning birinchi trimestrida pielonefritning klinik ko'rinishi bilan siydik yo'llaridan birining og'zidan indigo karmin o'z vaqtida chiqarilmasa, bu siydik yo'llarida oldindan mavjud bo'lgan patologik jarayonning mavjudligidan dalolat beradi. homiladorlik bilan bog'liq bo'lmagan usullarda. Ultratovushtahlil qilish urodinamik buzilishning sababini aniqlashga yordam beradi. ProSiydik chiqarish yo'llaridagi jarayon homiladorlikning boshida allaqachon buyraklarning ekskretor funksiyasining buzilishiga olib keladi va homiladorlikning rivojlanishi bilan onaning sog'lig'iga ma'lum xavf tug'diradi. Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida siydik yo'llarining og'zidan indigo karminning o'z vaqtida chiqarilishini buzish. pyelonefritning klinik belgilari mavjudligi kateterizatsiyani talab qiladisiydik yo'llari diagnostic maqsadlarda ham, siydikning yuqori siydik yo'llaridan buzilgan chiqishini tiklash uchun ham. Yuqorida aytib o'tilganidek, so'nggi tadqiqotlar homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida pielonefrit odatda ikki tomonlama ekanligini ko'rsatadi. Buni natija tasdiqlaydisiydikni tatami tahlili, uni siydik yo'llaridan tanlab olish (leykotsituriya, bakteriuriya).

So'nggi o'n yillikda chora-tadbirlar kompleksining ajralmas qismi pielonefrit diagnostikasi ultratovush tekshiruviga aylandi. Buyrak, bu kasallik tashxisida skrining tekshiruvi sifatida ko'rib chiqilishi kerak. O'tkir pielonefritning sonografik

belgilari buyrak hajmining oshishi va oraliqning elastikligining pasayishi hisoblanadi.

Yuqori siydik yo'llarining tiqilib qolishi natijasida paydo bo'lgan pyelonefrit bilan turli darajadagi (kichik pyeloektaziya dan gidronefrotik transformatsiyagacha) pyelocalical tizimning kengayishi sodir bo'ladi. asoratlanmagan o'tkir pielonefritda, piyelokalitsiya tizimining kengayishi sodir bo'ladi.

O'tkir pielonefritda buyrak-kortikal indeksi ko'tarilib, 25% dan oshadi, odatda u 33-37% ga etadi (sog'lom homilador ayollarda 20-22%) (Qurbonov D.D. va boshqalar, 1987).

O'tkir pielonefritda ayol buyragi g'ovak qavat atrofida perirenal to'qimalarning shishishi tufayli kamdan-kam uchraydigan o'choq mavjud. Uning bo'shlig'ida alohida exostrukturalarini topish mumkin. Rentgen, intraoperativ va kesma ma'lumotlarni ultratovush bilan solishtirilganda, karbunkulning ultratovush belgilari aniqlanadi. 97% hollarda bu tashxis inkor etilmaydi.

Pyelonefritga shubha tug'ilgan ayolda excretor urografiya o'tkazilishi mumkin.

Kontrast moddani sekin evakuatsiya qilish, leykotsituriya va bakteriuriya mavjudligida yuqori siydik yo'llarining o'zgarishlari pielonefrit tashxisini qo'yish imkonini beradi.

Bunday buyrakning rentgenogrammasi gipoplastik buyrakka o'xshaydi: kichik jomchalarning birlashishi, ularning siqilishi va lohanka (skleroz natijasi), buyrak to'qimalarining atrofiyasi va buyrak sinusi kengayishi. Aniqlangan buyrak bilan, ekskretor urografiya paytida radioaktiv moddaning chiqarilishi keskin sekinlashadi yoki umuman yo'qoladi.

Surunkali, uzoq muddatli urogrammalarda pielonefrit atonik, deformatsiyalangan, bir-biridan sezilarli darajada uzoqlashgan buyraklar jomchasi mavjudligi bilan tavsiflanadi. Pielonefrit jarayonining rivojlanishi bilan, bu tez-tez kuzatiladi. Bunday buyrakning rentgenogrammasi gipoplastik buyrakka o'xshaydi: kichik stakanlarning birlashishi, ularning siqilishi va jomcha (skleroz natijasi), buyrak to'qimalarining atrofiyasi va buyrak sinusi kengayishi. Aniqlangan

buyrak bilan, ekskretor urografiya paytida radioaktiv moddaning chiqarilishi keskin sekinlashadi yoki umuman yo'qoladi.

Surunkali pielonefritda buyraklarni ultratovush tekshiruvini unchalik ma'lumotli emas. Kuchlanish bosqichidan tashqarida xarakter yo'q belgilar. Faqat uzoq rivojlangan patologik jarayon bilan buyrak hajmining nisbatan o'sishi bilan kamayishi kuzatiladi.

Diagnostik ahamiyatga ega yordamida aniqlanadi buyrak-kortikal indeks (RCI) - echografiyasi. Surunkali pielonefritda RCI 29-33% gacha ko'tariladi. Surunkali yallig'lanishning rivojlanishi Jarayon buyrakning burishishiga olib keladi. Surunkali pielonefrit ko'pincha farqni keltirib chiqaradi surunkali glomerulo nefritdan. Bu ikkala kasallikning kechishining o'tkir shakllari umumiy xususiyatlarga ega va klinik ko'rinish ko'pincha ozgina proteinuriya bilan tavsiflanadi. Anamnez ma'lumotlari muhim ahamiyatga ega. Glomerulonefrit odatda homiladorlikdan oldin sodir bo'ladi, 20-50% hollarda pielonefrit bu davrda rivojlanadi.

Homiladorlik paytida kamdan-kam hollarda glomerulonefrit kuchayadi. Pielonefrit ayniqsa ikkinchi trimestrda tez-tez yomonlashadi, uchinchi trimestrda kamroq qo'zg'atiladi. Homiladorlikning birinchi trimestridagi kuchayishi, organizmdagi gormonal o'zgarishlar va siydik yo'llarida morfologik o'zgarishlar hali ham kichik bo'lsa, odatda oldindan mavjud bo'lgan kasallikning ko'zga tashlanishidir. Buyraklarning barcha kasalliklarida buyrak funksiyasini o'rganish natijalari differentsial diagnostikada muhim rol o'ynaydi. Siydik miqdori glomerulonefritning nefrotik va aralash shakllari bilan og'riqan bemorlarda kuniga chiqariladigan siydikning miqdori, odatda kamayadi. Ammo pielonefrit bilan, agar gipertonik sindrom qo'shilmasa siydik tahlili ma'lumotlari katta ahamiyatga ega bo'ladi. Proteinuriya tabiiy ravishda ikkala buyrak kasalliklarida ham kuzatiladi (glomerulonefrit bilan og'riqan bemorlarning 84 foizida va pielonefritli bemorlar ning 62 foizida), ammo pielonefrit 1 g / l dan kam proteinuriya bilan tavsiflanadi va glomerulonefrit bilan odatda ko'proq ahamiyatga ega. Miqdor ta'rif siydikning kunlik hajmidagi protein miqdori nafaqat farq qiladi,

balki diagnostik va prognostik ahamiyatga ega bo'ladi. Oqsillarning siydik bilan chiqib ketishi kuniga 3-4 g dan ortiq bolsa odatda og'ir oziqlanishga olib keladi. Ba'zi mualliflar homiladorlikni davom ettirishni siydikda kuniga 5 g dan ortiq protein o'qotilishi bilan ko'rsatmasini qayta ko'rib chiqishni tavsiya etadilar.

Doimiy gematuriya glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarning yarmidan ko'pida kuzatiladi va kamdan-kam hollarda ularda pielonefrit rivojlanadi.

Doimiy silindruriya esa glomerulonefritli bemorlarning yarmida aniqlanadi va pielonefrit bilan kasallangan bemorlarda juda kamdan kam hollarda kuzatiladi. Ushbu kasallikda siydik bilan ozgina protein chiqariladi.

Surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlarning 75 foizida piuriya, 65 foizida gematuriya Nechiporenko testidan foydalanib aniqlanadi. Siydik cho'kmasini miqdoriy o'rganish usullarining cheklangan qiymatini yodda tutish kerak, chunki ular o'ziga xos emas. Masalan, gematuriya nafaqat glomerulonefrit bilan, balki urolitiyaz, gipertonik arterioloskleroz bilan, piuriya esa nafaqat pielonefrit, balki buyrak tuberkulyozi bilan bemorlarda ham uchraydi. Shuning uchun Nechiporenko testi differentsial diagnostika belgisiga ega va faqat boshqa tadqiqot usullari bilan birgalikda qo'llaniladi.

Pyelonefritga shubha qilingan bemorda piuriyaning yo'qligi noto'g'ri tashxisga olib kelishi mumkin. Homiladorlikdan tashqari, bunday hollarda provokatsion testlar qo'llaniladi: pirogen va prednizolon. Homiladorlik paytida ular kamdan kam hollarda qo'llaniladi. Pirogen testi homilador ayollarda noma'lum etiologiyaning gipertenziyasida pyelonefritni aniqlaydi. Biz uni ishlatmaymiz, chunki u pirogenik -pyrexal test ko'pincha asoratlarni beradi: isitma, dispepsiya ba'zi buzilishlar, titroq va boshqalar. Prednizolon testini o'tkazishning hojati yo'q, chunki homiladorlik davrida buyrak usti bezlarining steroid gormonlari sekretsiyasi kuchayadi. Bundan tashqari, prednizolon namuna ishonchli emas (50% hollarda ko'rsatkichlar noto'g'ri). Differentsial diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan tahlil siydikning leykotsitlar formulasini o'rganishdir: pielonefrit bilan neytrofil leykotsitlar, glomerulonefrit bilan esa limfotsitlar ustunlik qiladi.

1 ml siydikda 10^5 dan ortiq mikroob tanasi bo'lgan patologik bakteriuriya Pielonefritga xosdir.

Glomerulonefrit bilan Bakteriuriya pielonefritda juda kam uchraydi va u preeklampsiyaya bilan ham aniqlanmaydi.

Shunday qilib, mikroblarning miqdori siydikda to'g'ri aniqlash differentsial diagnostika belgisi bo'lib xizmat qilishi mumkin. Homiladorlikning uchinchi trimestrida o'rtacha proteinuriya sababini aniqlash zarur bo'lgan hollarda (glomerulonefritning yashirin shakli, yashirin oqim pielonefrit, pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda bakteriuriya bo'lmasligi mumkin. Bemorlar antibiotik terapiyasini olgan yoki obstruksiya mavjudligini ko'rsatadi.

Bakteriuriyaning "asimptomatik"ligini pielonefritning boshqa belgilarini (piruriya, "faol" leykotsitlar, gipostenuriya va boshqalar) aniqlagandan so'ng aniqlab bo'lmaydi, agar anamnezda siydik yo'llari kasalliklari belgilari bo'lmasa, pielonefrit tashxisi uchun asoslar yo'q. Homilador ayollarda asimptomatik bakteriuriya bu, xususan, homiladorlik davrida siydik pufagi shilliq qavatining bakteriyalarni fagotsitlash qobiliyati (shuningdek, siydikning bakteritsid xususiyatlari) qisman yo'qolganligi bilan izohlanadi.

Differentsial diagnostika Buyraklarning qisman funktsiyalarini aniqlashga yordam beradigan differentsial diagnostika surunkali pielonefritda kon buyraklarning markazlashtiruvchi qobiliyati, surunkali glomerulonefritda esa filtratsiya faoliyati buzilishi bilan baholanadi. Endogen kreatinin klirensini o'rganishda Glomerulyar filtratsiyaning pasayishi (homiladorlik davriga to'g'ri keladi) endogen kreatinin klirensini ortib ketishiga va normal homiladorlik bilan solishtirganda glomerulonefritli bemorlarning 86% va pielonefritli bemorlarning 60% da kuzatilgan.

Bitta bemorda ushbu kasalliklarning kombinatsiyasi mumkinligini glomerulonefrit va pielonefritning differentsial tashxisi qo'yishda esga olish kerak. Bakterial yallig'lanishning qatlamlanishi glomerulonefrit va pielonefritda glomerulyar etishmovchiligining rivojlanishi prognozni jiddiy ravishda

yomonlashtiradi, buyrak etishmovchiligining shakllanish vaqtini qisqartiradi va davolashni murakkablashtiradi.

Homiladorlik va tug'ish jarayoni pielonefrit bilan og'rigan ayollarda bir qator xususiyatlarga ega. Shuni ta'kidlash kerakki, o'tkir pyelonefrit homiladorlik paytida birinchi marta paydo bo'lgan glomerulonefrit kamroq bo'ladi homiladorlikka foydali ta'sir ko'rsatadi.

Biz ayollarning 41 foizida preeklampsiyaya aniqlanilishini kuzatdik (homilador ayollarning 16 foizida tomchisi, 25 foizida nefropatiya). O'tkir pielonefrit abort uchun ko'rsatma emas. Agar homiladorlikning ikkinchi trimestrida buning uchun akusherlik ko'rsatmalari mavjud bo'lsa, u holda transabdominal amniyosentez va 50 mg prostaglandin F2a (enzaprost) ni intraamniyal yuborish orqali tugatish yaxshiroqdir. Homiladorlikning to'xtatilishi mumkin prostaglandinni mushak ichiga yuborish orqali amalga oshiriladi.

Bachadon bo'yni tayyorlash laminariya yoki serviprost-gelni o'z ichiga olgan dinoprosten (prostaglandin E 0,5 mg) yoki prepilidil-gel 0,5 g, shuningdek, prostaglandin E ni o'z ichiga olgan holda amalga oshiriladi. Prostaglandin E bo'lgan shamlar orqam peshobga qo'yiladi.

Uchinchi trimestrda erta etkazib berish kerak bo'lsa homiladorlik, bachadon bo'yni etilish darajasi aniqlanadi, shundan so'ng tug'ilish induktsiyasi 500 ml izotonik eritmada 2,5 mg prostaglandin F2a va 2,5 IU oksitotsinni tomir ichiga tomchilab yuborish orqali amalga oshiriladi. Eritmani kiritish tezligi dastlab daqiqada 12 tomchi, keyin daqiqada 20-24 gacha. Mehnat induktsiyasi prostaglandin F2asiz 5 IU oksitotsinni tomir ichiga yuborish orqali ham amalga oshirilishi mumkin.

Qoidaga ko'ra, pielonefrit bilan og'rigan ayollar tabiiy ravishda tug'ilishi mumkinajdodlar yo'llari. Tug'ruq vaqtida antispazmodiklarni keng qo'llash va maksimal behushlikni amalga oshirish tavsiya etiladi. Xotinlarda tug'ilishning ba'zi xususiyatlarini ta'kidlash kerakbuyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlar. Pielonefrit va urolitiyazning turli shakllari bilan og'rigan tug'ruqxona ayollarida, ba'zida tug'ruq paytida siydikning yuqori yo'llaridan siydik chiqishining keskin buzilishi kuzatiladi.

Bu ularning okklyuziyasi yoki spazmiga bog'liq bo'lishi mumkin. Bunday vaziyatda siydik yo'llarining ikki tomonlama kateterizatsiyasini o'tkazish kerak. Shu bilan birga, tug'ilish tabiiy tug'ilish kanali orqali davom etadi. Yetkazib berishni tezlashtirish uchun 500 ml izotonik natriy xlorid eritmasida 5 x b oksitotsinni tomir ichiga tomchilatib yuborish orqali mushak qisqarishi kuchaytiriladi. Tug'ilishni stimullash uchun epizyotomiya ham tavsiya etiladi.

Jarrohlik yordami faqat akusherlik ko'rsatkichlari bo'yicha amalga oshiriladi: homilaning bachadon ichi asfiksiyasi, tug'ilish kuchlarining ikkilamchi zaifligi va boshqalar pielonefrit bilan og'rigan ayollarni asorat bilan tug'ishi, ularning tanasida operatsiyadan keyingi davrda yallig'lanish o'chog'i rivojlanishi manbai bo'lishi mumkin bo'lgan o'chog'ning mavjudligi sababli peritonit yoki sepsis kelib chiqishi mumkin. Bunday paytda hammasi pielonefritli ayollarga profilaktika maqsadida sefalosporinlar buyurilishini, bolani olib tashlangandan keyin esa vena ichiga pielonefritning qo'zg'alishi bo'lgan ayollarga tug'ruqdan keyin yarim sintetik penitsillinlar, sefalosporinlar, gentamitsinlar bilan davolash kursi buyuriladi.

Bundan tashqari, bunday onalardan tug'ilgan bolalar hayotning postnatal davrida yiringli-septik kasalliklar paydo bo'lishiga ko'proq moyil bo'ladi. Ko'pgina mualliflar pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda perinatal o'limning yuqoriligini qayd etishadi: agar kasallik gipertenziya bilan davom etsa bu ko'rsatkich 150-190% bo'ladi.

Ayolning buyrak patologiyasi uning bolasida buyraklarning rivojlanishiga ta'sir qiladi. Sog'lom homilador ayollarning homilalarida gidronefroz 4-5 marta kamroq (0,57%) uchrashi ko'rsatilgan. Hayotning birinchi oylarida, siydik yo'llari infeksiya sining belgilari yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 3,2 foizida, asosan, gidronefroz bilan kasallanganlarda topilgan. Keyinchalik, ushbu bolalarning yarmidan ko'pida rivojlanish anomaliyalari tashxisi qo'yilgani xaqida ma'lumotlar bor. Onalari pielonefrit bilan og'rigan o'lik yangi tug'ilgan chaqaloqlarni o'rganishda ularning buyrak to'qimalarining etarlicha rivojlanmagani, ba'zi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda esa stromaning sitik infiltratsiyasi va fokal leykemiyaning tavsiflovchi o'zgarishlari aniqlandi.

Biz bolalar nefrologlari bilan birgalikda jami 3-15 yoshli bolalarni diqqat bilan tekshirdik. Ularning onalarini tekshirganimizda homiladorlik paytida pielonefrit biz tomonimizdan aniqlangandan so'ng berilgan 53 nafar bolaning 3 nafari sog'lom bo'lgan 47 nafarida siydik chiqarish organlarining patologiyasi, 23 nafarida esa onaning patologiyasiga o'xshashligi aniqlangan. Immunitet patologiyasi aniq lanmadi. Shunday qilib, siydik tizimining kasalliklari homila siydik tizimi uchun teratogen omil hisoblanadi. Surunkali pielonefrit bilan og'riqan bemorlar yuqori xavfli guruhdir, chunki ekstragenital patologiyaning bu shakli ko'pincha homiladorlikning turli xil asoratlarini keltirib chiqaradi.

Homiladorlik davrida pielonefritning kuchayishi tez-tez uchraydi, lekin ko'p hollarda ular muvaffaqiyatli davolanadi. Bular Homiladorlikning borishi va homilaning holati ko'p jihatdan surunkali pielonefritning gipertenziya bilan yoki bo'lmasdan sodir bo'lishiga bog'liq. Shu asosda biz homilador ayollarni, pyelonefrit bilan kasallangan bemorlarni ajratamiz nefrit, xavf ostida. Bundan tashqari, azotemiyaning mavjudligi yoki yo'qligi, shuningdek, vaqti pielonefritning paydo bo'lishi. Pielonefritning asosiy va ikkilamchi bo'linishi (urolitiaz fonida rivojlanayotgan, siydik yo'llarining rivojlanishidagi anomaliyalar va boshqalar) homiladorlikdan tashqari katta ahamiyatga ega. Homilador ayollarda bunday bo'linish ko'pincha cheklanganligi sababli mumkin emas.

Kasallikning o'tkir bosqichida yotoqda dam olish tavsiya etiladi. Uzunlikuning davomiyligi 4-8 kundan oshmasligi kerak, ya'ni bu muddat uchun bemor yuqori haroratga ega bo'lganida og'riq yoki ureteral kateterizatsiya amalga oshirildi.

Febril davr oxirida, siydik yo'llarining kateterlari olib tashlanganidan so'ng, bemorgadimo yuqori siydik yo'llaridan siydik chiqishini yaxshilash uchun faol rejimni ta'minlash. Xuddi shu maqsadda, pozitsiyana terapiya: bemor kuniga 2-3 marta 4-5 daqiqagacha tizza-tirsak holatini olishi kerak. Bu maqsadga muvofiqdir homilador ayol kasal buyragiga qarama-qarshi tomonda uxlaydi, bu siydikning yuqori yo'llaridan chiqishini yaxshilaydi.

O'tkir pielonefritni davolash ultratovush tekshiruvi ostida siydikning buzilgan o'tishini tiklash bilan boshlanadi, bu sizga buyrak tos bo'shlig'ining kengayish darajasini baholash imkonini beradi. Kasallik rivojlanishining dastlabki bosqichlarida pozitsion terapiya deb ataladigan davolanishni o'tkazish tavsiya etiladi: bemor oyoqlari ko'tarilgan to'shakka "sog'lom" tomonga yotqiziladi. bu homilador bachadonning og'ishiga va siydik yo'lga bosimni kamaytirishga yordam beradi.

Agar bu hodisa kun davomida ijobiy ta'sir ko'rsatmasa va takroriy ultratovush tekshiruvi tos bo'shlig'ining sezilarli darajada kengayganligini aniqlasa, xromotsistoskopiya so'ng buyrak tos bo'shlig'ini kateterizatsiya qilish va zararlanish tomonini aniqlash maqsadga muvofiqdir. Davolashning keying bosqichi teri orqali punksiyon nefropyelostomiya hisoblanadi. Agar u samarasiz bo'lsa, tejamkor operatsiyalar amalga oshiriladi - buyrak dekapsulyatsiyasi, nefrostomiya kabi.

Agar pyelonefrit homiladorlik davrida paydo bo'lsa kasallikning boshlanishida uning kursining uchtasi, homiladorlikning asoratlari. Gipertenziv holatlar bemorlarning 12,5 foizida uchraydi, ammo ayollar tug'adilar, bunda sog'lom bolalar tug'iladi.

Surunkali pielonefrit, hatto homiladorlik davrida yomonlashmasa ham, ko'pincha nefropatiya (25%) bilan murakkablashadi va ba'zi ayollar erta tug'ilishni boshdan kechirishadi. Og'riq qiling Gipertenziviyali pielonefrit, homiladorlikning jiddiy asoratlari ko'proq kuzatiladi: gipertenziv holatlar - bemorlarning yarmida, detemporal tug'ilish – har beshinchi bemorda. Pielonefrit bilan og'rikan bemorlar orasida azotemiya bilan homiladorlik ritmi ayollarning yarmidan kamrog'i da qayd etilgan. Barcha ayollar to'yib ovqatlanmaslik belgilari bo'lgan bolalarni muddatidan oldin tug'dilar (homila vazni 1400 dan 2200 g gacha, tana uzunligi 40 dan 44 sm gacha).

Kundalik ichak harakatini kuzatib borish kerak. Kabziyat bo'lsa, bemorning ratsioniga ichakning latif ta'sirini keltirib chiqaradigan ovqatlarni kiritish tavsiya etiladi: o'rik, lavlagi, kompot yoki reventdan jele yoki ichak faoliyatini yaxshilash

uchun. o'simlik laksatiflarining kuchi: itshumurt po'stlog'i va iskandariya bargidan bir stakan suv uchun 1 osh qoshiq miqdorida qaynatma, ravon va shingil (har bir doza uchun 1-3 tabletk). Juda samarali normase 15-30 g kuniga 1-3 marta.

Oziq-ovqatning sifatli tarkibi hech qanday farq qilmaydityami. Suyuqlik cheklanmasligi kerak. Kasallikning o'tkir bosqichida siydikning yuqori siydik yo'llaridan tiklangan chiqishi paytida suyuqlik miqdori kuniga 2,5-3 litrgacha oshirilishi mumkin (shu jumladan transfüzyon terapiyasi).

Pielonefritning kuchayishi paytida va remissiya davrida, klyukva sharbatini ichish foydali bo'ladi, uning tarkibida ko'p natriy benzoat mavjud. Glitsin fermenti ta'sirida jigarda ikkinchisi buyrak to'qimalarida bakteritsid ta'sir ko'rsatadigan hippurik kislotaga aylanadi.

Pielonefrit bilan og'rigan bemorlar, glomerulonefritli bemorlardan farqli o'laroq, tuzni cheklashlari shart emas, chunki pielonefrit organizmdagi tuz va suyuqlikni kechiktirmaydi. Faqat buyraklarning funktsional qobiliyatini hisobga olish kerak vasiydikning yuqori siydik yo'llaridan chiqishini buzish ehtimoliyo'llar.

Surunkali pielonefritda ham zarur gipertonik sharoitlarni biriktirish imkoniyatiga e'tibor bering, unda suyuqlik chegarasi talab qilinadi. Bundan tashqari, cheklangan suyuqlik buyraklardagi ikki tomonlama jarayon uchun ko'rsatiladi. III darajali pielonefritli ayollarda homiladorlik mumkin emas. Ushbu guruhda, homilador ayollar bundan mustasno gipertoniya yoki azotemiya bilan og'rigan bemorlar, shuningdek, bitta buyrakning pielonefriti bor bemorlarni ham o'z ichiga oladi. Homiladorlik pielonefritning kuchayishiga yordam beradi, bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, kasallikning qaytalanishi har uchinchi bemorda, ba'zan esa 2-3 marta sodir bo'ladi. Konservativ terapiyaning natijasi bo'lmasa jarrohlik davolash usulini qo'llash kerak, ba'zida hatto buyrakni olib tashlash lozim bo'ladi.

Shuning uchun, yiringli pielonefrit, bitta buyrakning pielonefriti bilan og'rigan ayollar uchun homiladorlik nafaqat sog'liq uchun, balki hayot uchun ham jiddiy xavf tug'diradi.

Piyelonefrit bilan og'rigan bemorlarni diqqat bilan kuzatib borish kerak. Antenatal parvarish jarayonida akusher-ginekolog va urolog tomonidan pielonefrit

va preeklampsiyaning kuchayishini dastlabki belgilarini aniqlash lozim.. Ushbu ikkala holat ham kasalxonada davolanishi kerak. Kasallik bakterial shok, azotemiya, eklampsi va boshqalar bilan murakkablashishi mumkin.

Homilador ayollarning va tug'ruq davridagi pielonefritni davolashda mavjud yoki tiklangan siydik o'tishida antibakterial va detoksifikatsiya qiluvchi vositalarni tayinlash yo'q. Bunday konservativ terapiya kataral yoki yiringli pielonefrit bilan og'rigan bemorlarning 95-97 foizida samarali bo'ladi. Yiringli-destruktiv pielonefritni jarrohlik davolashga ehtiyoj bor.

Antibakterial preparatlar patogen turiga va uning antibiotiklarga sezuvchanligiga qarab belgilanadi. Bunday holda, homila holatiga aniq salbiy ta'sir ko'rsatmaydigan dorilarga ustunlik berish kerak; yarim sintetik penitsillinlar (ampitsillin, oksatsillin, penitsillinning natriy yoki kaliy tuzi), tsefalosporinlar. Antibiotik terapiyasini kuchaytirish uchun antibiotiklar nitrofuranlar va kimyoterapiya preparatlari bilan birgalikda buyuriladi. Shu bilan birga, infuzion detoksifikatsiya terapiyasi amalga oshiriladi.

Buyrak to'qimasidan yallig'lanish detritini evakuatsiya qilishni yaxshilash va antibakterial dorilarning ta'sirini kuchaytirish uchun o'simlik diuretiklar va antispazmodiklar (platifillin, no-shpa) buyuriladi. Pielonefritni kompleks davolash, albatta, desensibilizatsiya qiluvchi (suprastin, tavegil, diprazin) va sedativ dorilar, vitaminlarni o'z ichiga oladi.

O'tkir pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda tug'ruq antispazmalitiklar va anestetiklar yordamida ko'p tarmoqli shifoxonani tug'ruqxonasining akusherlik bo'limida amalga oshiriladi. O'tkir pielonefrit uchun jarrohlik aralashuvlar faqat qat'iy akusherlik ko'rsatmalariga muvofiq amalga oshiriladi.

Surunkali pielonefritni davolash jarayonning faolligiga bog'liq. Qo'zg'alish davrini davolash o'tkir pielonefrit terapiyasidan unchalik farq qilmaydi. Faol jarayonni bartaraf etgandan so'ng, homilador ayol dispanserda ro'yxatga olinishi va muntazam ravishda relapsga qarshi terapiyani olishi kerak. Homiladorlik davrida, asosan, achchiq ovqatlarni cheklash va nordon ichimliklar (klyukva sharbati), vitaminli terapiya, antibakterial va diuretik o'simlik choylarini (archa mevalari,

otquloq, qizilmiya ildizi, ayiq, qayin barglari, ko'k jo'xori gulidan) foydalanish bilan to'g'ri ovqatlanishni o'z ichiga oladi. o't, yarim tushgan va boshqalar).

Yuqori siydik yo'llarining urodinamik buzilishlarini bartaraf etish Homilador ayollarda o'tkir pielonefritni kompleks davolashda muhim o'rin tutadi. Hozirgi vaqtda ushbu toifadagi bemorlarda buyrakdan siydik chiqishini tiklash uchun ko'rsatmalarga ko'ra quyidagilar qo'llanilishi mumkin:

1. Ureteral kateterizatsiya (og'ir holatlarda, siydik yo'llarining kateterizatsiyasi faol antibiotik terapiyasidan oldin bo'lishi kerak).
2. O'z-o'zidan ushlab turuvchi stent kateteri bilan yuqori siydik yo'llarining ichki drenaji.
3. Perkutan punksiyonli nefrostomiya.
4. Ochiq jarrohlik (buyrakning dekapsulyatsiyasi, nefrostoma bilan yiringli destruksiya o'choqlarini sanitariya qilish).

Odatda, ureteral kateter o'tkir pielonefritni bartaraf etgandan keyin 3-4-kunida chiqariladi, tana harorati normal holatga kelganda, bemorning ahvoli va laboratoriya ma'lumotlari yaxshilanadi.

Ba'zi hollarda yuqori siydik yo'llarining uzoqroq drenajlanishi ko'rsatiladi. Bu nafaqat siydik o'tishining buzilishi, balki pielonefritning takroriy hujumlari bilan ham talab qilinadi. konservativ terapiyadan ta'sir etishmasligi. Chunki ortishi bilansiydik yo'llarining obstruksiya yoshi rivojlanishida homiladorlik yoshi ovqatlanish mexanik omilning roli eriydi, pozitsion terapiya qo'llaniladi antibakterial vositalar bilan birlashtirilgan. Agar bu yordam bermasa, jarrohlik davolashga alternativa – maxsus ureteral stent kateteri bilan buyrakni uzoq muddatli drenajlash.

Konservativ usullardan foydalanishni ta'kidlash kerak yuqori siydik yo'llarini drenajlash (kateterizatsiya, stenoz), shuningdek, teri orqali nefrostomiyaga ruxsat beriladi.choylar, yiringli de klinik va laboratoriya belgilari bo'lmaganda tizimli pielonefrit, davolashda asosiy o'rin tutadi ochiq operatsiya tufayli.

Shunday qilib, urodinamikani o'z vaqtida tiklash siydik yo'llarini kateterizatsiya qilish vositalari, shu jumladan uzoq muddatli (stent) yoki perkutan

punksiyonli nefrostomiya orqali, o'tkir pielonefritning yiringli-destruktiv shakllari bo'lgan homilador ayollar sonini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin, buning natijasida nafaqat operativ nefrostoma, lekin hatto nefrektomiya ham o'tkaziladi.

Shuning uchun o'tkir homiladorlik pyelonefritini davolash algoritmi ko'proq tejamkorlik bilan erta foydalanishni o'z ichiga olishi kerak.

Buyrakni drenajlashning adekvat usulini tanlash pielonefrit xurujining davomiyligiga, bu xurujlarning takrorlanishiga, intoksikatsiyaning og'irligiga, buyrakning piyelokaliya tizimining kengayish darajasiga, vezikoureteral reflyuksning mavjudligiga, davomiyligiga bog'liq.

Homiladorlik va mikrofloraning tabiati.

Kasallikning rivojlanishining boshida siz o'zingizni odatiy kateter bilan cheklashingiz mumkinikkala buyrakdan siydikni alohida klinik va bakteriologik tekshirish bilan siydik yo'llarining terizatsiyasi. Pielonefrit xurujlari qayta boshlanganda va siydik yo'lini qayta-qayta kateterizatsiya qilish zarurati tug'ilganda, o'z-o'zidan ushlab turuvchi stentli kateter yordamida yuqori siydik yo'llarini doimiy ravishda drenajlash tavsiya etiladi. Stent ta'sirlangan buyrakni to'liq drenajlashni va pielonefritni bartaraf etishni ta'minlamagan hollarda mutlaq mavjud, perkutan punksiyon nefrostomiya uchun nye ko'rsatmalar. Yuqori siydik yo'llarining rivojlanishidagi anomaliyalari bo'lgan homilador ayollarda (neyromuskulyar displaziya, siydik chiqarish yo'llarining ikki baravar kengayishi), teri orqali punksiyon nefrostomiyasini drenajlashning optimal usuli deb hisoblash kerak.

Homiladorlik pielonefritidan so'ng, buyraklar faoliyati odatda tiklanadi, ammo ayollarning 20 foizida u kamayadi. Postpartum davrda nefrologning nazorati zarur.

Pyelonefritli onalardan tug'ilgan bolalar yiringli-septik kasalliklarni rivojlanish xavfi ostida.

Surunkali pielonefritning eng ko'p uchraydigan belgilari:

- leykotsituriya ($11,0 \cdot 10^9/l$ dan ortiq), stab shakllarining ko'payishi tufayli leykotsitlar formulasining neytrofil siljishi;
- gipoxrom anemiya;

- mikrogematuriya (ko'rish sohasida eritrotsitlar 0-1-2);
- Nechiporenko bo'yicha siydik namunasida patologik o'zgarishlar:
 - leykotsitlar soni 4 dan ortiq • 109/ml siydik, bunda eritrotsitlar soni ko'payishi mumkin, ammo leykotsitlarga qaraganda kamroq darajada;
- bakteriuriyaning yuqori darajasi (105 dan ortiq mikroob tanasi);
- proteinuriya (1 g/l dan kam);
- nokturiya;
- Zimnitskiy bo'yicha siydikni o'rganishda gipoizostenuriya;
- Pasternatskiy simptomi ko'pincha salbiy, ammo ijobiy bo'lishi mumkin;
- mumkin bo'lgan davriy tez-tez va og'riqli siyish (barcha bemorlarda emas);
- surunkali o'rtacha arterial gipertenziya;
- buyraklar ultratovush tekshiruvida piyelokaliya tizimining kengayishi aniqlanadi.

Shuni hisobga olish kerakki, homiladorlik pyelonefrit har doim ikki tomonlama. Piyelonefritning kuchayishi buyraklar faoliyatining pasayishi bilan birga keladi. Erta davrda oqsil muvozanatining buzilishi kuzatiladi, bu gipoproteinemiya bilan emas, balki disproteinemiya va globulinemiya bilan ham namoyon bo'ladi.

Katta diagnostik ahamiyatga ega - siydik tarkibidagi o'zgarish. Tadqiqot uchun siydikni to'g'ri qabul qilish juda muhim (siydikning o'rtacha qismini oling, tashqi jinsiy a'zolarni yaxshilab hojatxonadan o'tkazing). Quviqni kateterizatsiya qilish maxsus ko'rsatmalarsiz amalga oshirilmasligi kerak.

Surunkali buyrak kasalligi fonida gipertenziv holatlar.

Buyrak kasalligi fonida rivojlanadigan gipertenziv sharoitlarda dastlab immunitet tizimi va gemostaz tizimida ko'plab buzilishlar, katexolaminlar, vazopressin, renin-angiotensin-aldosteronning yuqori ishlab chiqarilishi, E sinfidagi prostaglandinlar va kininlar sintezining pasayishi kuzatiladi.

Arterial gipertenziya nafaqat qon tomir omil tufayli, balki ko'pincha sodir bo'ladigan qon aylanishining giperkinetik turi tufayli ham shakllanadi. Gemodinamikaning tabiatiga aylanma qon hajmining kamayishi, gidremiya va to'qimalarning shishishi ta'sir qiladi. Tomirlarning qarshiligi pasayadi va ularning

oqsil, suv, elektrolitlar uchun o'tkazuvchanligi ortadi. Qon tomir kasalliklari fundusdagi o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Periferik kapillyarlarda – arterial moylash va venoz shoxlarning kengayishi.

Gipertenziv holatlarshish-nefrotik patologiyaning turi yoki gipertonik bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida "uremik intoksikatsiya" mavjud. Proteolizning kuchayishi (surunkali DIC) bilan bog'liq holda, 5 mmol / l dan yuqori kaliy darajasida giperkalemiya (bradikardiya, aritmiya, qon tomir etishmovchiligi) paydo bo'ladi. T tishlari toraygan, o'tkir; QRS kompleksi kengayadi, ST segmenti tushiriladi, P to'lqini yo'qolguncha tekislanadi. Intoksikatsiya, anemiya yurakning qisqarish qobiliyatini yomonlashtiradi. Chap qorincha etishmovchiligi va o'pka shishi rivojlanishi mumkin. Metabolik kasalliklar, anemiya taxikardiya, aritmiya va qon bosimining pasayishiga olib kelishi mumkin.

Poliuriya davrida gipovolemiya va arterial gipotenziya paydo bo'lishi mumkin. Zaif plomba pulsi, tomirlar susayadi. Tromboz (shu jumladan buyrak tomirlari) va emboliya (shu jumladan o'pka arteriyasi) mumkin.

Buyrak kasalligi, perivaskulyar va interstitsial to'qimalarning shishishi va yorilishi fonida uzoq davom etadigan gipertenziv sharoitlarda koronar bo'lmagan miokardioskleroz ("uremik miokardiyopatiya", keyinchalik kardiosklerozga aylanadi) paydo bo'ladi.

Kapillyarlarning me'morchiligi keskin o'zgaradi: ular burishgan, anevrizmal kengaygan, joylarda cho'l, trombozlangan, qon oqimi buziladi, "loy hodisasi" qayd etilgan. Kapillyarlar atrofida - shish, qon ketishlar, gemosideroz joylari, lipid massalari.

O'pka gipertenziyasi, kapillyar qon oqimining sekinlashishi va kamayishi belgilari mavjud. Antirenal va antipulmoner sarumning antigenik o'xshashligi isbotlangan, bu og'ir gipertenziv sharoitlarda buyrak va o'pkaning birlashgan patologiyasini tushuntiradi.

Buyrak kasalligi fonida gipertenziv sharoitda o'pkaning hayotiy sig'imi o'zgarmaydi yoki hatto ko'paymaydi, ammo o'pka to'qimalarining elastikligining pasayishi va o'pkaning tarqalishi va perfuziyasining buzilishi tufayli inspirator

zaxirasi kamayadi. Interstitsial o'pka shishi tufayli o'pka qon aylanishida qon tomir qarshiligining kuchayishi, qon viskozitesining oshishi, DIC mavjudligi. Pastki va o'rta zonalarda o'pkaning ventilyatsiyasi kamayadi. Gipoksemiya va gipoksiya aniqlanadi, arteriovenoz kislorod farqi kamayadi, gipokapniya va metabolic atsidoz paydo bo'ladi. Qon va to'qimalarda gistamin, serotonin, F sinf prosta glandinlari darajasining oshishi bronxial obstruksiya sindromini keltirib chiqarishi mumkin.

Surunkali buyrak kasalligi ko'pincha jigar va ovqat hazm qilish organlarining shikastlanishiga yordam beradi (gastrorenal sindrom). Bu o'zgarishlarning patogenezida ovqat hazm qilish kanali shilliq qavatining qon tomir va trofik buzilishlari, oqsil, suv-elektrolit va kislota-ishqor holatining o'zgarishi, giperaldosteronizm, immunitetning buzilishi muhim rol o'ynaydi.

Jigar funksiyasi karbamid, metilguanetdin, azot almashinuvi mahsulotlarining toksik ta'siri, gastrin ishlab chiqarishning ko'payishi va boshqalar bilan buziladi.

Buyrak etishmovchiligi va oshqozon osti-bezi patologiyasi o'rtasida ma'lum bog'liqlik mavjud (gipertenziv kasalliklarga chalingan homilador ayollarning 40 foizi otopsiyada pankreatit belgilarini ko'rsatadi).

Shunday qilib, surunkali buyrak kasalligida "tizimli" organlarning shikastlanishi mavjud, shuning uchun gipertenziv kasalliklar kabi immunokompleksning qo'shilishi ko'pincha o'limga olib keladigan og'ir ko'p organ kasalliklarini keltirib chiqaradi.

Chunki ortishi bilansiydik yo'llarining obstruksiya yoshi rivojlanishida homila dorlik yoshi ovqatlanishmexanik omilning roli eriydi, pozitsion terapiya qo'llaniladi antibakterial vositalar bilan birlashtirilgan. Agar bu yordam bermasa, jarrohlik davolashga alternativa - maxsus ureteral stent kateteri bilan buyrakni uzoq muddatli drenajlash.

Konservativ usullardan foydalanishni ta'kidlash kerak yuqori siydik yo'llarini drenajlash (kateterizatsiya, stenoz), shuningdek, teri orqali nefrostomiyaga ruxsat beriladi.choylar, yiringli de klinik va laboratoriya belgilari bo'lmagandatzimli pielonefrit, davolashda asosiy o'rin tutadiochiq operatsiya tufayli.

Shunday qilib, ko'ra urodinamikani o'z vaqtida tiklashsiydik yo'llarini kateterizatsiya qilish vositalari, shu jumladan uzoq muddatli (stent) yoki perkutan punksiyonli nefrostomiya orqali, o'tkir pielonefritning yiringli-destruktiv shakllari bo'lgan homilador ayollar sonini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin, buning natijasida nafaqat operativ nefrostoma, lekin hatto nefrektomiya.

Shuning uchun o'tkir homiladorlik pyelonefritini davolash algoritmi ko'proq tejamkorlik bilan erta foydalanishni o'z ichiga olishi kerak. diabet kasalligida buyraklarni ultratovush tekshiruvini nazorati ostida o'tkaziladigan siydik chiqarish va antibiotik terapiyasi usullarini tanlash. Buyrakni drenajlashning adekvat usulini tanlash pielonefrit xurujining davomiyligiga, bu xurujlarning takrorlanishiga, intoksikatsiyaning og'irligiga, buyrakning piyelokaliya tizimining kengayish darajasiga, vezikoureteral reflyuksning mavjudligiga, davomiyligiga bog'liq homiladorlik va mikrofloraning tabiati.

Kasallikning rivojlanishining boshida siz o'zingizni odatiy kateter bilan cheklashingiz mumkin. Katta buyrakdan siydikni alohida klinik va bakteriologik tekshirish bilan siydik yo'llarining terizatsiyasi. Pielonefrit xurujlari qa yta boshlanganda va siydik yo'lini qayta-qayta kateterizatsiya qilish zarurati tug'ilganda, o'z-o'zidan ushlab turuvchi stentli kateter yordamida yuqori siydik yo'llarini doimiy ravishda drenajlash tavsiya etiladi. Stent ta'sirlangan buyrakni to'liq drenajlashni va pielonefritni bartaraf etishni ta'minlamagan hollarda mutlaq mavjud perkutan punksiyon nefrostomiya uchun ko'rsatmalar. Yuqori siydik yo'llarining rivojlanishidagi anomaliyalari bo'lgan homilador ayollarda (neyromuskulyar displaziyasi, siydik chiqarish yo'llarining ikki baravar ko'payishi), teri orqali punksiyon nefrostomiyasini drenajlashning optimal usuli deb hisoblash kerak.

Bakteriotoksik shokning patogenezi siydikning oqib chiqib ketishining buzilishi bilan bog'liq yuqori siydik yo'llaridan siydik, buning natijasida grammanfiy mikrofloraning endotoksinlari jomcha-buyrak reflyuksi natijasida qon oqimiga kiradi.

Ko'pincha mikroorganizmlarning ommaviy nobud bo'lishiga olib keladigan antibiotiklarning katta dozalarini kiritish pyelokalitsial tizimda endotoksinlarning

yuqori konsentratsiyasini shakllantirishga yordam beradi. Boshqa tomondan, siydikning yuqori siydik yo'llaridan buzilgan chiqishi endotoksinlarning to'planishiga yordam beradi.

Shunday qilib, bakteriotoksik shokning rivojlanishi antibakterial preparatlarni qo'llash tufayli yuzaga keladi. yiringli-yallig'lanish jarayonidan ta'sirlangan buyrakdan siydikning buzilgan chiqishini oldindan tiklamasdan paraty. O'tkir homiladorlik pyelonefrit uchun kompleks konservativ terapiya samaradorligi ultratovush ma'lumotlarini hisobga olgan holda baholanishi kerak. -dinamikada o'tkaziladigan buyraklarning ultratovush tekshiruvi (davolashdan oldin va davomida). Ultratovushdan tizimli foydalanish Monitoring jomcha bo'shlig'I tizimi va buyrak parenximasi holatini va boshqa klinik usullar bilan birgalikda nazorat qilish imkonini beradi. Ushbu ko'rsatkichlar siydik chiqarishning etarli usulini tanlashda yordam beradi. Bundan tashqari, ultratovush yordamida vesikopelvik reflyuks aniqlanishi mumkin. Bu juda muhim, chunki siydik pufagining gipotenzivasi va vezikoureteral segmentning (reflyuks) qobiliyatsizligi asosida paydo bo'lgan o'tkir homiladorlik pielonefritini davolashda siydik pufagini doimiy uretral kateter orqali siydik chiqarish samarali bo'ladi.

Gestatsion pielonefrit bilan og'rigan bemorlarni davolash o'ziga xos xususiyatlarga ega. n. s. s. , chunki homiladorlik paytida nafaqat onaning buyraklarida yallig'lanish jarayonini yo'q qilishni, balki homilaga zarar bermaslik uchun dori-darmonlarni qo'llashni ham ta'minlash kerak. Asoslar - Antibiotiklar pielonefritni davolashning keng tarqalgan usuli hisoblanadi.

Amaldagi deyarli barcha antibiotiklar platsentadan ma'lum darajada o'tishga qodir. Placenta o'tkazuvchanligi darajasining oshishi homiladorlikning davomiyligi bilan to'g'ridan-to'g'ri proportsional degan fikr mavjud. Shuni ham unutmaslik kerakki, mikroblar va ularning toksinlari ta'siri ostida platsentaning to'siq funksiyasi ko'plab dorivor moddalarga o'tkazuvchanligini oshirish yo'nalishida sezilarli darajada buziladi.

Mualliflar ba'zi antibiotiklar bachadonning tonomotor funksiyasiga ta'sir qilishi mumkinligiga e'tibor qaratishadi. Shunday qilib, ampitsillin, estriolning

biosintezini inhibe qilib, abort xavfini kuchaytirishi mumkin va linkomitsin impulslarni nervdan mushakka o'tkazish jarayonini to'siq qiladi - mushaklarning gevemesine va shu bilan homiladorlikning uzaytirilishiga olib keladi. Shu munosabat bilan, ampitsillin xavf ostida bo'lgan homiladorlik uchun ko'rsatilmaydi va lincomitsin homiladorlikning oxirida foydalanish uchun tavsiya etilmaydi.

Gestatsion pielonefritni davolash homiladorlik davrida uning bosqichini (trimester) hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak. Bundan tashqari, antibakterial dorilarning dozalarini tanlashda umumiy ma'lumotlarga asoslanish kerak buyraklarning mari funksional qobiliyati. Buni siydikning nisbiy zichligi qiymati bilan baholash mumkin. 1018-1020 zichlikda siz antibiotiklarning odatdagi dozalarini belgilashingiz mumkin, gipostenuriya bilan, to'planish va salbiy reaksiyalarni oldini olish uchun dorilarning dozalarini 2-4 baravar kamaytirish kerak. Antibiotiklar (va boshqa dorilar) dozasi kamaytirilganda, shuningdek, preparatni qabul qilish oralig'ini oshiring, zarbalar va kreatinin klirensi 50-60 ml / min dan past, ayniqsa 30 ml / min. Ammo homilador ayollarda dori vositalarining tarqalish hajmi oshadi, shuning uchun mikroblarga qarshi vositalarning dozalarini oshirish kerak. Terapevtik dozalarda qo'llaniladigan ko'pchilik antimikrobiyal preparatlar sutga o'tadi, shuning uchun ular laktatsiya davrida ehtiyotkorlik bilan buyuriladi.

Pielonefritning zamonaviy antibakterial terapiyasi quyidagi tamoyillar asosida qurilgan:

ta'sir etiotropizmi:

infeksiyaning aniqlangan mikroorganizm-qo'zg'atuvchisi

xususiyatlariga muvofiq antibiotiklarni tanlash va buyurish;

davolash va antibakterial kurslarni o'z vaqtida boshlash zarur davomiylikdagi terapiya;

antibiotiklarni tez o'zgartirish va jinsiy aloqada davolash rejimlarini tuzatish patogen haqida yangi ma'lumotlar chenie;

empirik terapiya paytida antibakterial vositalarning oqilona kombinatsiyasini tanlash (bakteriologik aniqlangunga qadar). tashxis),

patogenni aniqlagandan so'ng monoterapiyaga o'tish.

Gestatsion pielonefrit bilan og'rigan bemorlarni davolash preparatning tolerantligini, allergik reaksiyalar tarixining mavjudligini, yallig'lanish kasalligining davomiyligini hisobga olgan holda qat'iy individuallashtirilishi kerak. Uzoq muddatli davolanish tavsiya etiladi 4-6 haftadan kam emas.

Terapiya faqat ikki hafta davomida amalga oshirilganda, takrorlanish darajasi 60% ga etadi.

Antibiotiklarni almashtirish kerak siydik mikroflorasining sezgirligi nazorati ostida amalga oshirilishi mumkin.

Agar bemorning ahvoli og'ir bo'lsa va hayotga xavf tug'dirsa, ekish uchun siydikni qabul qilgandan so'ng darhol davolash boshlanadi. Mikroblarga qarshi vositalarni tayinlash mantiqiy his-tuyg'ularni aniqlash va aniqlash uchun bir necha kun kuzatish - patogenning faolligi. Neytopenik, taloqi olib tashlangan yoki boshqa anormalliklari bo'lgan isitmasi bo'lgan bemorlar immunitet, anaerob infeksiyalarda bo'lgani kabi, favqulodda terapiya ko'rsatiladilar. Immunitet va hayot uchun xavfli infeksiyalar buzilgan taqdirda, bakteritsid terapiyasi. Boshqa infeksiyalarni muvaffaqiyatli davolash mumkin ham bakteritsid, ham bakteriostatik dorilarni qo'llash bilan.

Homiladorlikning birinchi trimestrida pielonefritni davolashda, tabiiy va yarim sintetik penitsillinlardan tashqari ko'p gramm-manfiy va gramm-musbat bakteriyalarning o'sishini tormozlovchi qiladiterium, boshqa antibiotiklar va yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llash mumkin emas, chunki uning embriogenezi va organogenezi davrida homilaga zararli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Penitsillin guruhining antibiotiklarining dozalari 1-jadvalda keltirilgan.

Jadval 1. Penitsillin guruhining antibiotiklari

Tayyorgarlik	Doza (g)		Boshqaruv usuli
Benzilpenitsillin	2-2,5 million dona	8-10 million dona	men/m
Ampitsillin	0,5-1	2-4	ichida, / m
Ampioks	0,5-1	2-4	ichida

Ampioks natriy	0,5-1	2-4	men/m
Oksatsillin	0,5-1	1,5-3	ichida
Oksatsillin natriy	Bitta	3-4	i/m, i/v
Dikloksatsillin	0,5	2	ichida
Dikloksatsillin natriy	0,5	2	i/m, i/v
Karbenitsillin	1-2	4-8	men/m
Unazine	1,5-3	4,5-9	i/m, i/v
Sulatsillin	0,75-1,5	1,5-6	i/m, i/v
Karfitsillin	0,5	1,5	ichida

o'rtacha yoki og'ir infeksiya bilan. Pentreksil (ampitsillinga o'xshash) og'iz orqali qo'llaniladi. Oksatsillin natriy - eng yaxshi parenteral penitsillin. Dikloksatsillin ta'siri bo'yicha oksatsillinga o'xshaydi, ammo og'iz orqali qabul qilinganda yaxshiroq so'riladi. Karfitsillin Pseudomonas aeruginosa ga ta'sir qiladi. Metitsillin boshqa yarim sintetik dorilarga qaraganda interstitsial nefritni keltirib chiqarishi mumkin. ba'zi penitsillinlar, shuning uchun undan qochish tavsiya etiladi. Ko'pgina yarim sintetik penitsillinlarning kamchiliklari ularning o'ziga xos mikroorganizm fermentlarining ta'siriga moyilligidir. mov - b-laktamaza (penitsillinaz). Ushbu kamchilikni bartaraf etish uchun b-lakt inhibitörlerini o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan preparatlar yaratiladi. maz: sulbaktam, klavulan kislotasi, tazobaktam, bu ularning samaradorligini sezilarli darajada oshiradi. Biroq, homilador ayollar uchun, ulardan ba'zilar Amoksiklavni ehtiyotkorlik bilan ishlatish kerak (amoksitsillin / klavulan kislotasi). Shu bilan birga, unazin, sulatsillin, ampitsillin/sulbaktam kombinatsiyasi homiladorlik davrida foydalanish mumkin. Ayrim penitsillinlar (oksatsillin, kloksatsillin, dikloksatsillin) b-laktamazalarga chidamli bo'ladi.

Keng spektrli superpenitsillinlarga quyidagilar kiradi: sekuopen (azlotsillin), u kuniga 3-4 marta 1-2 g dan ichkani buyuriladi. Buyraklardagi o'tkir yiringli jarayonlarda, mushak orasiga yoki tomir ichiga kuniga 3-4 marta 5 g; mezlotsillin (baipen), dozasi individual ravishda belgilanadi - o'rtacha og'ir infeksiyalar uchun

sutkalik doza tana vazniga 80 mg / kg, og'ir infeksiyalar uchun - 150 mg / kg, 3 dozada yuboriladi. jet yoki tomchilab tomir ichiga ema; piperatsillin (isipen, pipraks) jarayonning o'rtacha kursi uchun tomir ichiga kuniga 100-200 mg / kg tana vazniga 3-4 dozada buyuriladi, og'ir infeksiyalarda sutkalik doza 200-300 mg / kg gacha oshiriladi, asoratlanmagan infeksiya bilan mushak ichiga har 8-12 soatda 2 g dan yuboriladi (kunlik dozasi 4-6 g gacha).

Penitsillinlarning eng keng tarqalgan yon ta'siri yuqori sezuvchanlikdir. isitma, sarum kasalligi, eozinofiliya yoki anafilaksi. Barcha penitsillinlar bir xil immunogen xususiyatga ega, shuning uchun agar siz ulardan biron biriga allergiyangiz bo'lsa, boshqa penitsillin preparatlarini buyurmasligingiz kerak.

Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida antibiotiklar vadorilar kengroq qo'llaniladi, chunki bu davrda homilaning organogenezi tugaydi va platsenta ba'zilarga nisbatan to'siq vazifasini bajara boshlaydi. boshqa antibiotiklar va mikroblarga qarshi vositalar.

Ushbu tabiiy va yarim sintetik penitsillinlarga qo'shimcha ravishda, homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida preparatni qo'llash mumkin. - sefalosporinlar guruhidan keng spektrli tibiotiklar. Hozirgi vaqtda sefalosporinlarning to'rt avlodi chiqarilgan. Har bir yangi avlod gram-manfiy nisbatan faolroq tekshirish, lekin gram-musbat mikroorganizmlarga nisbatan kamroq faolmov. Uchinchi avlod sefalosporinlari eng yaxshi farmatsevtika bilan ajralib turadiekologik xususiyatlar; ular gram-manfiy bakteriyalarning P-laktamazalari (sefalosporinazalar) ta'siriga chidamli; oldingi avlodlarning antibiotiklari (sefatitandan tashqari) bu xususiyatga ega emas edi. tew. Uchinchi avlod sefalosporinlari kuchli antibiotiklardir: ular operatsiyadan oldingi va keyingi davrda yuqumli asoratlarni muntazam ravishda oldini olish uchun ishlatilmaydi. Tug'ilgandan keyin bu dorilarni buyurish yaxshidir, chunki. ularning homilaga ta'siri yaxshi o'rganilmagan.

Davolashning davomiyligi 6-10 kun. Tsefalosporinlarning hech biri enterokokk infeksiyalarini davolash uchun ishlatilmaydi. So'nggi yillarda klinik amaliyotda to'rtinchi avlod sefalosporinlari paydo bo'ldi: sefpirom, sefepim. Ular

hatto uchinchi avlod sefalosporinlariga qaraganda faolroq, ular mikroblarga qarshi ta'sirning keng spektriga ega, sefpirom hatto namoyon bo'ladi. enterokokklarga qarshi faollik. Ularning homilaga ta'siri o'rganilmagan.

Uchinchi avlod sefalosporinlarining ba'zi preparatlari - sefiksim (Suprex), sefsan bakterial flora, shu jumladan Pseudomonas aeruginosa, aerob va anaerob mimiklar keltirib chiqaradigan pielonefritni davolash uchun 400 mg (1 tabletka) dozasida bir marta buyurilishi mumkin. roorganizmlar. Preparatning yuqori konsentratsiyasi qon va siydikda uzoq vaqt saqlanib qoladi. Ushbu davolash usuli homilador ayollarda o'rganilmagan.

Bir qator sefalosporinlar b-laktamazalarning ta'siriga javob beradi, bu ularning yuqori samaradorligiga sabab bo'ladi: sefaklor, sefuroksim, zinnat, klaforan, seftriakson, longacef, rosefin, lendasin, seftazidim, mirosef, forturn, sefobid, sefeperaz.

Sefalosporinlar ba'zida penitsillinlar bilan o'zaro allergiyaga ega. Tsefalosporinlar guruhining antibiotiklarining dozalari 39-jadvalda ko'rsatilgan. Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida, ankeng spektrga ega bo'lgan aminoglikozidlar guruhining tibiotiklariko'plab gram-musbatlarga qarshi mikroblarga qarshi faollikni oshiradinyh va gram-manfiy mikroblar. Bugungi kunga kelib, aminoglikozidlarning uch avlodi mavjud. 1-avlod aminoglikozidlari (neomitsin, monomitsin, kanamitsin) klinik amaliyotda qo'llanilishini to'xtatdi. foydalanish, va faqat streptomitsin sil kasalligini davolash uchun ishlatiladi, ammo homilador ayollarda emas.

Jadval 2. Tsefalosporinlar guruhining antibiotiklari

Tayyorgarlik	Doza (g)		Boshqaruv usuli
	bir marta	har kuni	
	Tsefalosporinlar 1	avlodlar	
Sefazolin (kefzol)	1-2	4-6	i/m, i/v
Sefaleksim	0,25-0,5	1-2	i/m, i/v
Sefaletin	1-2	4-6	i/m, i/v
2-avlod sefalosporinlari			
Sefuroksim (ketasef)	1-2	4-6	i/m, i/v
Sefaklor	0,25-0,5	1,5-4	ichida
sefotetan	1-2	2-6	i/m, i/v
Sefamandol	0,5-1	1,5-3	i/m, i/v

3-avlod sefalosporinlari			
Seftazidim (fortum)	1-2	2-4	i/m, i/v
Cefspan	0.1	0,2-0,4	ichida
Sefoperazon (sefobid)	1-2	4-6	i/m, i/v
Sefotaksim (klaforan)	1-2	4-6	i/m, i/v
Seftriakson (Longacef)	1-2	2-4	i/m, i/v
Cedex	0.4	0,8	ichida

Ikkinchi avlod aminoglikozidlari orasida *Pseudomonas aeruginosa* nisbatan alohida qiziqish uyg'otadigan gen-tamitsin kiradi. tayoqlar. Uchinchi avlodga tobramitsin, amikain, sisomisin, netilmitsin kiradi, ular gentamitsin bilan bir xil xususiyatlarga ega, ammo gentamitsinga sezgir bo'lmagan mikroorganizmlarga ham ta'sir qiladi. Hozirgi vaqtda mikroblarga qarshi faollik va chidamli shtamlarning tarqalishini hisobga olgan holda, eng faol aminoglikozid netilmitsin bo'lib, undan keyin kamayish tartibida amikain, sisomisin, gentamitsin va tobramitsin kiradi. Gentamitsin, boshqa aminoglikozidlar kabi, bemorlarning 2-5 foizida ma'lum nefrotoksik (qaytariladigan) va ototoksik (ko'pincha qaytarilmas, karlikgacha) ta'sirga ega. Ushbu nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishi to'g'ridan-to'g'ri dorilarning dozasi va foydalanish muddatiga, shuningdek, buyraklarning funktsional holatiga bog'liq. Shuning uchun, kirishdan oldin ushbu mablag'lardan foydalanish, o'tkazish bo'yicha anamnestik ma'lumotlarni aniqlash kerak antibiotiklarga chidamlilik, buyrak kasalliklari tarixi va eshitish organlari, shuningdek, buyraklarning funktsional holatini aniqlashtirish. Ototoksiklik aminoglikozidlar bilan uzoq muddatli davolanish paytida (14 kundan ortiq) namoyon bo'ladi. Eng ototoksik aminoglikozid streptomitsin homilador ayollarda mumkin emas. Aminoglikozidlarsiydik bilan chiqariladi. Siydikdagi aminoglikozidlarning konsentratsiyasi urologik infeksiyalarning aksariyat patogenlari uchun minimal inhibitiv konsentratsiya qiymatidan sezilarli darajada oshadi. Aminoglikozidlar Bakteriemiya buzilgan bemorlarda bakteriemiya juda samaralimunitsipalitet. Ular in/in or/m kiritiladi. Kurs davomiyligikasallikning og'irligiga qarab 7-10 kun. Aminoglikozidlarurologiyada dys birinchi navbatda pielonefritning noaniq etiologiyasi va empirik terapiya vositasi sifatida (odatda penitsillinlar yoki

sefalosporinlar bilan birgalikda) zudlik bilan davolash zarurati uchun qo'llaniladi. Taklif etilgan yangi davolash sxemasiaminoglikozidlar, dorilaming to'liq sutkalik dozasi yoki kuniga 1 marta 3/4 dozani bir xil muddatga kiritishga asoslangandavolash.

Jadval 3. Aminoglikozidlar guruhining antibiotiklari

Tayyorgarlik	Doza (g)		Boshqaruv usuli
	bir marta	har kuni	
Gentamitsin	0,4-0,8	1,2-1,4	men/m
Netromitsin	0,1-0,2	0,3-0,4	men/m
Tobramitsin	0,8	2,4	i/m, i/v
Amikain	0,5	2	i/m, i/v
Sizomitsin	0,5-1	1-2	i/m, i/v

Aminoglikozidlar guruhining antibiotiklarining dozalari 3-jadvalda keltirilgan.

Siydik madaniyatida kokkal flora mavjudligida (streptokokklar, yuzfilokokklar) makrolidlar guruhining antibiotiklari ko'rsatiladi. Eritromitsin ko'pincha allergiya yoki siydik florasining penitsillinlarga chidamliligi uchun buyuriladi. Davolash kursi 10 kun. Mikroorganizmlarga sezgiriklikSo'nggi yillarda oleandomitsinga nisbatan sezilarli darajada kamaydi va u kamroq qo'llanila boshlandi. Mamlakatimizda pielonefritni davolash uchun boshqa tabiiy va yarim sintetik makrolidlar qo'llanilmaydi.

Linkosamin antibiotiklariga lincomycin va klindamitsin (dalatsin C) kiradi. Ushbu dorilar nafaqat kokkal flora, balki anaeroblarga ham ta'sir qiladi va klindamitsin ta'sir qilmaydi.Linkomitsindan necha marta faolroq. Ular siydik bilan chiqariladi. Kurs le7-14 kun davomida klindamitsin va linkomitsin bilan davolash. Antibiotiklarning dozalariUshbu ikki guruhning qiymatlari 4-jadvalda keltirilgan.

Jadval 4. Makrolid va linkosamin antibiotiklari

Tayyorgarlik	Doza (g)		Boshqaruv usuli
	bir marta	har kuni	
Eritromitsin	0,25-0,5	1-3	ichida
Klindamitsin	0.15-0.45	0.6-1.8	ichida
(dalatsin C)	0,6-0,9	1.8-2,7	i/v
Linkomitsin	0,5	1,5-2	ichida
	0,6	1.8-2.4	i/m, i/v

Homiladorlik davrida qat'iyon mumkin emas ammo tetratsiklin antibiotiklari, xloramfenikol seriyasi, shuningdek streptomitsin bilan davolash salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. ularning homilaga ta'siri (suyak skeleti, gematopoetik organlar, qo'rg'oshinbular apparati va eshitish organi).

Agar anaerob infeksiya aniqlansa, uni qo'llash tavsiya etiladi lincomycin, klindamitsin yuqorida ko'rsatilgan dozalarda, shuningdek metronidazol (trichopolium, klion) 0,5 g dan kuniga 3 marta per os.

Og'ir kasallik holatlarida siz antibiotiklarni birlashtira olasiz. Masalan, sefalosporin dorilaridan biriyangi 2 g venaga va 2 g mushak ichiga 4 dozada aminoglikozidlar guruhining antibiotiki (gentamitsin 80 mg 2-3 marta mushak ichiga) va metronidazol 0,5 g 3 marta tomir ichiga tomiziladi. Metronidazol bo'lmasa, mushak ichiga kuniga 3 marta lincomycin 60 mg berilishi mumkin. Bu kompleks preparatlari 3-4 kun davomida qo'llaniladi, keyin oqlanadi: 1) qo'zg'atuvchi noma'lum bo'lsa, 2) qo'zg'atuvchining mikroblarga qarshi vositalarga sezuvchanligi o'zgarsa, 3) ekin ekish va Patogenning mavjudligi asoratlar xavfini oshiradi va o'limga olib kelishi mumkin.

So'nggi yillarda og'ir yuqumli jarayonlar, shu jumladan pielonefrit, karbapenem guruhining antibiotiklari bilan muvaffaqiyatli davolandi: tienam (tarkibida imipenem/celastatin mavjud) va meronem (tarkibida meropenem). Bular keng spektrli antibiotiklar, shu jumladan anaerob va anaerob bakteriyalarning asosiy klinik ahamiyatli shtammlari hisoblanadi. Antibakterial faollik spektriga ko'ra, ushbu guruhdagi har bir dori sefalosporin + aminoglikozid + metronidazol kombinatsiyasiga mos keladi.

Karbapenemlar og'ir, og'ir sharoitlarda qo'llaniladi. nozokomial infeksiyalarni

davolash uchun turish. Ularni ambulatoriya amaliyotida qo'llash qabul qilinishi mumkin emas. Kasalxonada, klinik yoki mikrobiologik holatlarda karbapinemlarning eng oqlangan retseptian'anaviy dori vositalarining mantiqiy qobiliyatsizligi: yo'q bo'lgandata'sir; yuqumli jarayonning rivojlanishi; biriktirilganUshbu holatda yoki davolashning oldingi bosqichlarida allaqachon davolangan bemorda yuqumli asoratlarning rivojlanishiuchinchi avlod sefalosporinlari va aminoglikozidlarini oldi; ajratishfaqat karbapinemlarga selektiv sezgir bo'lgan ko'p dori-darmonlarga chidamli patogenni tadqiq qilish. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni davolashda karbapinemlar qo'llanilsa-da, ularning homilaga ta'siri etarli darajada o'rganilmagan, shuning uchun ularni bolani emizishdan oldin ajratgan tug'ilishni davolashda va homilador ayollarda - sog'liq uchun foydalanish yaxshiroqdir.

Tienam preparatlari tomir ichiga yoki tomir ichiga yuborish uchun mavjudmushak in'ektsiyasi (chalkashmaslik kerak!); har 6-12 soatda 250-1000 mg buyiriladi.Meronem har 8 soatda vena ichiga 500-1000 mg dozada yuboriladi. Antibiotiklardan tashqari, homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrларidaty antibakterial preparatlar muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Terapevtik ta'simi kuchaytirish uchun ular ko'pincha antibiotiklar bilan birlashtiriladi. Ushbu dorilarga 5-NOC, nevigramon, furagin, urosulfan kiradi. 5-NOC - nitrooksixinolin - siydik yo'llari infeksiyalari patogenlariga (grammusbat va gramm-manfiy) tanlab ta'sir qiluvchi dori. Yon ta'siri oldindanparath, qoida tariqasida, ko'rsatmaydi. Negram, nevigramon - nalidiksik kislota preparatlari, egayut yuqori kimyoterapevtik ta'sirga ega. Preparatlar Escherichia coli, Proteus, Klebsiella o'sishini inhibe qiladi. Shu bilan birga, zo'ravonlik qilmaslikmon boshqa antibakterial birikmalarning ta'siriga ta'sir qilmaydi. Ba'zida dori ko'ngil aynishi va qichishishga olib keladi. Tug'ilishdan oldin, preparatni bekor qilish tavsiya etiladi, chunki. homilada intrakranial bosimning oshishiga olib kelishi mumkin. Buyraklar va jigar faoliyatining sezilarli darajada pasayishi bilan bu kimyoterapiya preparati mumkin emas.

Homiladorlik davrida nitrofuran seriyasining vositalaridan furagin eng maqbul hisoblanadi, bu deyarli hech qanday nojo'ya ta'sirga ega emas. Furagin

gram-musbat va gramm-manfiy mikroblarga qarshi samarali, antibiotiklar va sulfanilamidlarga chidamli mikroorganizmlarga ta'sir qiladi. Homilador ayollarda pielonefritni davolashda eng katta ta'sirga erishish uchun furaginni tayinlash bilan davolashni boshlash tavsiya etiladi, chunki nitrofu preparatlari, yaralar seriyasi buyraklar va limfa interstitsial to'qimalarida maksimal miqdorda aniqlanadi. Buyrak etishmovchiligi mavjudligida nitrofuranlar bilan uzoq muddatli davolanish polinev bilan murakkablashishi mumkin. Nitrofuranlar va nitroksalinning keng qo'llanilishiga qaramay, pielonefrit bilan og'rigan bemorlarning siydik florasining ularga nisbatan sezgirligi o'n yil avvalgi darajada deyarli saqlanib qolmoqda. Shu munosabat bilan ular surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlarni uzoq muddatli davolash sxemalarida etakchi o'rinni egalladi. Kasallikning o'tkir davrida, odatda, ularga ko'proq faol mikroblarga qarshi vositalar qo'shiladi.

Homiladorlik davrida sulfa preparatlaridan urosulfan, etazoldan foydalanishingiz mumkin. Ular stafilokokk va kolibaksilyar infeksiyalarda eng faol bo'lib, ichak traktidan tez so'riladi, qonda yuqori konsentratsiyani hosil qiladi. Siz organizmdan asosan buyraklar tomonidan ajratiladi, bu patogenga nisbatan yuqori antibakterial ta'sirga yordam beradi. Ila siydik yo'llari infeksiyalari. Doridarmonlar past toksiklikka ega, ammo ularni muddatidan 10-14 kun oldin bekor qilish yaxshiroqdir, chunki, ular yangi tug'ilgan chaqaloqda kernikterusga olib kelishi mumkin. Sulfa nilamidlar prolonfaol ta'sir (madribon, sulfapiridazin va boshqalar). homilador ayollar uchun ko'rsatiladi, chunki bola agranular bilan tug'ilishi mumkin. sitoz, miya to'qimalarining bilirubin singdirilishi, yadro sariqligi, asab va yurak-qon tomir tizimining deformatsiyalari. M. Vudli, A. Uilan (1995) sulfanilamidlarni (shuningdek, aminoglikozidlarni) boshqa preparatlar bilan almashtirishni tavsiya qiladi.

Antibakterial dorilarning dozalari 5-jadvalda ko'rsatilgan.

5-jadval. Antibakterial preparatlar

Tayyorgarlik	Doza (g)		Boshqaruv usuli
	bir marta	har kuni	
5-NOC	0.1	0.4	ichida
Nevigramon	bitta	to'rtta	ichida
Furagin	0.1	0.4	ichida
Furadonin	0.1	0.4	ichida
Urosulfan	0,5	1,5-2	ichida
Ftorxinolonlar			
Ofloksatsin (tarivid)	0,2-0,4	0,4-0,8	ichida
perfloksatsin (aboktal)	0.2	0.4	i/v
Siprofloksatsin (kiprobay)	0.4	0.8	ichida
	0,25	bitta	i/v

Ftorxinolonlarning antibakterial spektriga gram-manfiy mikroblar, deyarli barcha enterobakteriyalar, *Pseudomonas aeruginosa* va ko'plab gramm-musbat mikroorganizmlar, aeroblar va anaeroblar, hujayra ichidagi mikroorganizmlar, shu jumladan mikoplazmalar va xlamidiyalar kiradi. Ular boshqa antibiotiklarga chidamli shtammlarga qarshi faoldir. Og'iz orqali yuborilgandan so'ng, siydikda, buyraklar va jinsiy a'zolar to'qimalarida dorilarning konsentratsiyasi normadan oshadi. Amaliyotga nisbatan minimal inhibitiv konsentratsiyali niqoblargenitouriya tizimi kasalliklarining barcha patogenlari Bu obez patogenni infeksiya o'chog'idan yuqori darajada olib tashlashni tushuniladi. Ko'pgina hollarda ftorxinolonlar pielonefrit uchun og'iz orqali qo'llaniladi. Ftorxinolonlarning homilaga ta'siri yaxshi tushunilmaganligi sababli ,ba'zida ularni tug'ruqdan keyingi davrda qo'llash tavsiya etilganda, bolaning emizishdan ajratilishi choralarini ko'riladi.

Har bir holatda terapiyani tanlashda, unga antibiotikogramma va ma'lumotlarga asoslanib, qat'iy individual yondashish kerak. Shuni ham unutmaslik kerakki, mikroflora Bu har doim ham buyraklardagi yallig'lanish kasalligining haqiqiy qo'zg'atuvchisi emas, ayniqsa, bir tomonlama jarayon bilan bo'lganda.

Shuning uchun, olingan antibiotik siydik orqali o'zgarimasdan chiqib ketadigani qo'llanilsa maqbul bo'lar edi. Buyraklardagi yallig'lanish jarayonining haqiqiy qo'zg'atuvchisini aniqlash uchun ular siydikni tanlab o'rganishga murojaat qilishadi, ikki tomonlama ureteral kateterizatsiya yordamida olinsa, bu nafaqat

diagnostik, balki terapevtik ahamiyatga ega (siydik chiqishi buzilishini bartaraf etish).

Puerperasdagi pyelonefritni davolash bir xil antibiotik bilan amalga oshiriladimi va antibakterial preparatlar, homiladorlik davrida bo'lgani kabi. Laktatsiya davrida davolashda, ehtimollik haqida eslash kerak yangi tug'ilgan chaqaloqqa ona suti orqali antibiotiklarning o'tishi, uning holatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin (organizm sensibilizatsiyasi). Aniqlanishicha, eritromitsin ona sutida yuqori konsentratsiyada (50-100%), penitsillinlar esa 5-15% dan oshmaydi, kanamitsin va nitrofurantar esa sutda faqat oz miqdorda uchraydi. Agar sut bilan chiqariladigan mablag'larni buyurish kerak bo'lsa, bolaga vaqtincha sutdan ajratiladi va sut sog'ib olib beriladi.

Har qanday yallig'lanish kabi, homiladorlik pyelonefrit ham belgilarga sabab bo'laditananing sezilarli intoksikatsiyasi. Avvalo, gipoproteinemiya rivojlanadi. Shuning uchun pielonefritning kompleks terapiyasidaalbumin, quruq qon plazmasini quyish orqali oqsil etishmovchiligini to'ldirishni ta'minlash kerak. Saluretiklar buyrak to'qimalaridan yallig'langan to'qimalarni evakuatsiya qilishga yordam beraditana detriti. Saluretiklarni fraksiyonel qabul qilish "passiv" ni yaratadi. Gimnastika nefron, bu esa o'z navbatida terapevtik ta'sirni kuchaytiradi ishlatiladigan dorilarning klinik ta'sirini kuchaytiradi.

Detoksifikatsiya qilish maqsadida bunday bemorlar tomir ichiga tomchilab quyi molekulyar og'irlikdagi eritmalarni kiritish tavsiya etiladi. Bu dorilar boryut qobiliyati buyraklar orqali toksinlarning chiqarilishini yaxshilash,retikuloendotelial tizimni ta'mirlash, to'g'ridan-to'g'ri amalga oshirish toksinlarni o'ziga bog'lab detoksikatsiya qilishdir. Odatda bo'lgan eritrotsitlarning turg'unligini yo'q qilis hamma intoksikatsiya bilan mavjud bo'lgan bu dorilar organlar va to'qimalarning gipoksiyasini kamaytiradi, buyraklar faoliyatini yaxshilaydi va diurezni oshiradi. Bundan tashqari, ular hujayradan tashqari suyuqlikning tomirlarga o'tishiga hissa qo'shadilar.bir xil kanal, bu esa o'z navbatida aylanish hajmining oshishiga olib keladiqon oqimi va gemodinamikani yaxshilaydi. Ko'p komponentli infuzion-transfuzion terapiya normasiqonning reologik xususiyatlarini parchalaydi,

detoksifikatsiya qiluvchi ta'sirga ega, suv, elektrolitlar, oqsillar, gemoglobin va aylanma qon hajmining etishmasligini to'ldiradi. AOK qilingan suyuqliklarning umumiy hajmi kuniga 2,5-3 l ni tashkil qiladi. Og'ir intoksikatsiya, sepsis, kateter orqali eritmalar va qonning kechayu kunduz sekin kiritilishi bilan klavikulyar vena. Plazmaferez va qonning ultrabinafsha nurlanishi bakteriuriya va intoksikatsiyani yo'q qiladi.

Detoksikatsiya terapiyasidan tashqari desensibilizatsiya qiluvchi terapiya (0,05 g difengidramin, 0,025 g suprastin, 0,025 g pipolfen, 0,05 g diazolin, kuniga 2-3 marta 1 stol), shuningdek keng miqyosda o'tkazish kerak. ulu uchun antispazmatiklardan foydalaning siydik chiqarishni ko'paytirish (baralgin 5 ml mushak ichiga, 0,05 g Avisan, 3-4 tomchi sistenal, 2 ml no-shpy mushak ichiga, 2 ml 2% li eritma papaverin mushak ichiga). Kuchli atsidoz mavjud bo'lganda, bikarbonat yoki natriy sitrat kuniga 3-4 marta 2 g dan buyurilishi kerak.

Piyelonefritda immun javob jarayonlarini modulyatsiya qilish uchun levamisol haftasiga 3 marta 150 mg dozada qo'llaniladi. Leykotsitlarning o'ziga xos bo'lmagan himoya omillari faolligini oshirish uchun antibiotiklar bilan bir qatorda metiluratsil kuniga 4 marta 0,5 g dan, qalam bilan buyuriladi. kuniga 3 marta 0,2 g kuchlar oqimi, vitamin C. Pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda anemiyaning xususiyati torpid kurs, davom etayotgan terapiyaga qarshilik. Pielonefrit temir tanqisligi kamqonligi bilan birlashganda (homilador ayollarda tez-tez uchraydi), hatto massiv antianemik terapiya ham yordam bermaydi. buyrak kasalligining remissiyasiga erishilmasa, muvaffaqiyatli bo'ladi. patogen Bu holda anemiyaning tipik terapiyasi pielonefritni davolashdir. Bu holatda vitamin terapiyasi, foliyadan foydalanish depodan temirning chiqarilishini rag'batlantirish vositasi sifatida qichqirayotgan kislota samarali bo'lishi mumkin. Jele preparatlarining katta dozalari temir tanqisligining laboratoriya belgilari mavjud bo'lganda ko'rsatiladi.

Qoida tariqasida, ayollarda o'tkir va surunkali pielonefrit terapiyasi homilador ayollar va tug'ruqdan keyingi davrda davom ettirish uchun intervalgacha kurslarda o'tkaziladi o'rtacha 2-3 hafta davom etadi. Jarayonning kuchayishi paytida va oraliqda uchun antibakterial preparatlar bilan davolash kurslari orasidagi miller

Bemorning ahvoriga va laboratoriya ma'lumotlariga qarab, u ko'rsatiladigan simlik diuretiklarni, antiseptiklarni, antikonvulsanlarni o'zgartirish uchun vositalari. Faol bosqichda Aniq yallig'lanish uchun ayiq, adaçayı, tikanlar, Seynt Jonning go'shti, qichitqi o'ti, romashka, otquloq va boshqalardan foydalanish tavsiya etiladi. AvTori, masalan, quyidagi to'plamni taklif qiladi: adaçayı (barglar) 1 choy qoshiq, bearberry (barglari) 2 choy qoshiq, otquloq (o't) 1 choy qoshiq, romashka (gullar) 2 choy qoshiq. Aralashiring, 30 daqiqaga qoldiring. 400 ml qaynoq suvda, suziladi. 2 oylik kurslarda ovqatdan oldin kuniga 3 marta 100 ml issiq iching.

Remissiya davrida mualliflar dorivor poygalarni tavsiya qiladilar regeneratsiya jarayonlariga aniq ta'sir ko'rsatadigan teniya. Masalan: karahindiba (ildiz) 1 choy qoshiq, qayin (kurtaklari) 1 choy qoshiq, romashka (gullar) 1 choy qoshiq, qichitqi o'ti (barglari) 1 choy qoshiq, lingonberry (barglari) 2 choy qoshiq. Aralashiring, 30 daqiqaga qoldiring. 350 ml qaynoq suvda, suziladi. 2 oy davomida ovqatdan 1/2 soat oldin kuniga 3 marta issiq 100 ml iching. ikki haftalik tanaffus bilan.

Uzoq muddatli antibiotiklar bilan davolashda qo'ziqorinlarga qarshi nistatin preparatini (kuniga 3 marta 500 000 IU), shuningdek vitaminlarni (B1, B2, B6, C, PP va boshqalar) buyurish kerak.

Homiladorlik davrida alohida e'tibor berilishi kerak asimptomatik bakteriuriyani to'kib tashlang. Ko'pgina klinik kuzatishlar va laboratoriya tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki, hozirgi vaqtda takroriy siydik sinovlarida bakteriuriyani aniqlash uchun majburiy antibiotik terapiyasi talab etiladi.

Surunkali pielonefritni davolash uchun fizioterapevtik usullardan foydalanish mumkin. Remissiya bosqichida buyrak hududiga past issiqlik quvvatining detcimetrli to'lqinlari (UHF) qo'llaniladi; ular bilan juxtamedullar qon oqimini oshirish va venoz kamaytirish uchun harakat buyrakda turg'unlik yo'q, yuqori siydik yo'llarida yallig'lanish faolligining pasayishi. UHF elektr maydoni ham xuddi shunday ta'sir qiladi buyraklarning proektsiyasi. Sinusoidal uzoq masofali modulyatsiyalangan oqimlar (SMT "Amplipulse") yuqori siydik yo'llarida yallig'lanish jarayonining faolligini yumshatish, diurezni oshirish va gipotenziya paytida yuqori siydik yo'llarining ohangini oshirish uchun ishlatiladi (bu siydikning

o'tishini yaxshilaydi) . Fazadan qat'i nazar, to'g'ridan-to'g'ri oqim va ultratovush qo'llanilishi mumkin.pielonefritda yonish. Buyrak hududining galvanizatsiyasi doimiy diuretik ta'sirga olib keladi, yallig'lanish jarayonidan ta'sirlangan drenaj.

Ultratovushda anti-buyraklarga yallig'lanish ta'siri.

Ehtimol, homilador ayollarda davolanish uchun akupunkturdan foydalanish pielonefritda mumkin bo'lsa. Bu usul dori miqdorini kamaytirish imkonini beradi boshqa vositalar (faqat antibiotiklar va uroseptiklarni saqlang), rad etishXia og'riq qoldiruvchi vositalardan, antispazmodik, restorativ preparatlardankalamushlar, bu bemorlarning allergiyasini kamaytiradi va kamayishiga to'sqinlik qiladitananing immunitet himoyasi.

O'tkir homiladorlik pyelosi bilan og'rigan bemorlarni davolash samaradorliginefrit, yuqorida aytib o'tilganidek, ko'p jihatdan siydikning buzilgan chiqishini o'z vaqtida tiklashga bog'liq. Shu munosabat bilan, siydik yo'llarining kateterizatsiyasiga ehtiyoj bor, chunki boshqa barcha usullarsevimli mashg'ulotlari (tana holatidagi o'zgarishlar, o'simliklardan foydalanishkimyogonal va antiseptik vositalar) ehtiyojga erishishga imkon bermaydiyangi natija. Uretral kateterizatsiya faol antibiotik terapiyasidan oldin bo'lishi kerak.

Qoida tariqasida, siydik yo'llarining kateterizatsiyasi davom etayotgan antibakterial va detoksifikatsiya terapiyasi bilan birga ijobiy natija beradi.ta'sir. Biroq, har doim emas. Vaqtida bunday bo'lmaganda1-2 kun (kuchli harorat, titroq, terlash, og'riqleykotsitoz, intoksikatsiya, qusish, rangparlik, quruq til, patologik eyforiya yoki letargiya bilan namoyon bo'ladi.Tew), jarrohlik aralashuvi masalasini ko'tarish kerak.Buyrakdagi yiringli fokusni yo'q qilish uchun homiladorlikni to'xtatishning maqsadga muvofiqligi haqidagi fikr tanqidiy baholash va qayta ko'rib chiqilishi kerak. Abortdan keyin ham buyraklardagi yiringli-yallig'lanish jarayonirivojlanadi va bir xil kompyuterdan foydalanishni talab qiladiHomiladorlik davrida bo'lgani kabi terapevtik chora-tadbirlar Lexa. Shuning uchun homiladorlik faqat pielonefrit uchun ratsional terapiya bilan cheklangan bo'lishi kerak. Uzilish bo'lsin faol yiringli pyelonefrit fonida homiladorlik bo'lishi mumkin- Yallig'lanish jarayonini engish, sepsis va septik bachadon qon ketishining rivojlanishini

qo'zg'atadi, bu qayd etilgan. O'tkir pielonefrit fonida histerektomiya qilingan homilador ayollarda mualliflar bu holatni kuzatishgan.

Quyida o'tkir yiringni jarrohlik yo'li bilan davolashning taktikasi va texnikasi keltirilgan homiladorlik pyelonefriti xaqida fikr yuririlgan.

Gestatsion pielonefrit ikki tomonlama kasallikdir. Qovuq ichida sog'lom buyrakda pielonefrit yashirincha davom etadi va qoida tariqasida antibiotik terapiyasi ta'sirida davolanadi. Homilador ayollarda o'tkir pielonefritni etarli darajada davolashga buyrakdagi destruktiv o'zgarishlarning rivojlanishiga va og'ir, hayot uchun xavfli asoratlarning rivojlanishiga olib keladi. Dastlabki operatsiyani ko'rsatish blokning to'liq drenajlanishini ta'minlaydigan foyda ta'sirlangan buyrakning va antibiotik terapiyasining samaradorligi, osteoartritning fokal yiringli shakllarini kompleks davolashning asosiy vazifasi hisoblanadi.

O'z vaqtida va etarli darajada tiklangan septik buyrakdan sekin chiqib ketishi ajralmas holatdir boshqa barcha muolajalarning samaradorligini ta'minlash uchun zaruryiringli pielonefritli homilador ayollarda chora-tadbirlar o'tkazish kerak bo'ladi. Homilador ayollarda yiringli-destruktiv pielonefritni davolashda perkutan punksiyonli nefrostomani keng qo'llash amaliy emas va hatto xavflidir. Faqat lumbotomiya ruxsat beradi buyrak va retroperitoneal bo'shliqni to'liq qayta ko'rib chiqish, buyraklardagi makroskopik o'zgarishlarning og'irligini baholash uchun-parenxima, operatsiyaning kerakli hajmini aniqlash kerak. Yaralanganda ko'pgina hollarda, bu jarrohlik aralashuvi davomida buyrakni dekapulyatsiya qilish bilan nefrostomiya qilish mumkin. Bu operatsiya amalga oshirishda ta'sirlangan buyrak funksiyasini saqlab qolishga yordam beradi. Yiringli-destruktiv homiladorlik pielonefritini jarrohlik davolashning asosiy usuli lumbotomiya, buyrakni dekapulyatsiya qilish, buyrak to'qimalarining yiringli-nekrotik joylarini tozalash va nefrostomiya quyish asosiy vazifadir.

Ikkala buyrakning fokal-yiringli yallig'lanishi bo'lgan homilador ayollarda ratsional jarrohlik taktikasini tanlash eng qiyin, asosan ikki tomonlama lumbostomiyaga ehtiyoj bor. Shuning uchun, keling, ikki tomonlama yiringli destruktivni batafsil klinik ko'rinishi holatlarida terapevtik taktikaning

xususiyatlariga to'xtalib o'tamiz. Homilador ayollarning pielonefriti ikki bosqichli jarrohlik davolashning afzal qilingan taktikasi buyraklardagi o'choqlarining radikal jarrohlik sanatsiyasini o'tkazish, efrostomiya bilan birgalikda ko'proq ta'sirlangan buyrak yallig'lanishning natijasiga sezilarli ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Kollateral buyrakdagi jarayon shuning uchun, ba'zi homilador ayollarda boshqa, operatsiya qilinmagan buyrakdagi jarayon faqat antibiotik terapiyasi natijasida davolanishi mumkin. Xuddi shu holatlarda, yiringli-destruktiv pielonefrit nosimmetrik joylashganda har ikki tomonda va bir tomonlama nefrostomani ta'minlashga qodir emas umumiy kasallikning kech barqaror remissiyasiga erishish uchun jarrohlik tashrixiga ehtiyoj bo'ladi va qarama-qarshi buyrakda ham ko'prik bo'lib tekshiriladi.

Ikki tomonlama buyrak yallig'lagan homilador ayollarda boshqa organlardan og'ir septik asoratlar kuzatiladi, bu holda kasallikni davolash qiyin va uzoq muddatli murakkab stasionar davolanishni talab qiladi. Yiringli pielonefritning asoratlari jigar va buyrak etishmovchiligi, pnevmoniya, metroendometritis (septik bachadon) bilan zaharli hepatit shaklida asoratlar va ayrim homilador ayollarda entsefalopatiya og'ir belgilari bilan ko'p organ etishmovchiligi aniqlanadi.

Doimiy ravishda organlarni saqlash operatsiyalari bajarildi buyraklar ratsional ravishda olib borilgan antibakterial terapiya bilan birgalikda plazmaferez nafaqat hosil bo'lgan hayotiylikni yo'q qiladi balki xavfli asoratlar, shuningdek, fiziologik muddatlarga va organizmni tozalash usullariga erishishga imkon beradi.

Buyrakdagi yiringli-destruktiv o'zgarishlar cheklangan (1-2 segment ichida) tarqalgan hollarda organni saqlovchi aralashuvlar mos keladi. Mantiqsiz kengayish buyrak shikastlanishining rivojlangan va keng tarqalgan shakllarida nefrektomiya o'miga nefrostomaga ko'rsatmalar asosida davolash qiyin bo'lgan septik asoratlar rivojlanishi bilan (septiendometrit, fibrinolitik uterin qon ketishi va boshqalar) asoratlanadi. Shunga o'xshash tarzda samarasiz nefrostomadan keyin ikkilamchi nefrektomiya o'tkazilishi ham mumkin. Ba'zi hollarda, homilador ayolning umumiy ahvolidan og'irligi, homila va ko'p a'zolar etishmovchiligi tufayli takroriy

operatsiyalar va behushlik xavfi keskin oshganida, hayotiy ko'rsatkichlarga ko'ra amalga oshirish kerak.

O'tkir yiringli pyelonefritni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun homilador ayollarni urologik bo'limga o'tkazish kerak.

Homilador ayollarni urologiya bo'limiga o'tkazish uchun ko'rsatmalar quyidagilar:

1. O'tkir pielonefritning torpid oqim shakllari bo'lgan homilador ayollarda, antibakterial va detoksifikatsiya qiluvchi terapiyaga chidamli, ayniqsa ureteral kateterizatsiya fonida amalga oshiriladi;
2. O'tkir pielonefritning takroriy kursi, qachon, keyin uzoq muddatli klinik remissiya, isitma yana paydo bo'ladigan yallig'lanish jarayoni;
3. Majburiy takroriy siydik yo'llari kateterizatsiyasi, majburiy emas o'tkir pielonefritning doimiy qo'zg'lishi,
4. Qandli diabet fonida rivojlangan o'tkir pielonefritning barcha shakllari oyoq qandli diabet, polikistoz buyrak kasalligi va shimgichli buyrak,
5. To'xtovsiz buyrak kolikasi, ayniqsa murakkab isitma;
6. Yalpi gematuriyaning barcha turlari, shu jumladan asimptomatik;
7. Buyrakdagi volumetrik shakllanishni ultratovush yordamida aniqlash (o'simta, katta kista).

Jarrohlik davolash uchun mutlaq ko'rsatkich buyrakdagi anatomik o'zgarishlarning qaytarilmasligini aks ettiruvchi gepatorenal sindromning rivojlanishi hisoblanadi.

Yiringli-destruktiv pielonefrit bilan hosil bo'ladigan samarasiz konservativ terapiya fonida ritit va pigment, ferment buzilishi bilan toksik hepatitning ko'rinishida namoyon bo'ladi. Jigarning faol va detoksifikatsiya funksiyalari buzilishi: sklera va terining sarg'ayishi, kuchayishi jigar kasalligi, giperbilirubinemiya, transamina zalarining ko'payishi kuzatiladi.

Ko'pincha homilador ayollarda nefrostomya o'tkaziladi. Nefrostoma operatsiyasiga ko'rsatmalar quyidagilar:

- apostematoz nefrit,

- Ta'sir qilingan hududda karbunkul yoki buyrak xo'ppozi ikki segment bilan cheklangan va klinik yo'q yiringli-septik intoksikatsiyaning namoyon bo'lishi va asoratlari;

- Yagona buyrakning yiringli-destruktiv pielonefriti

Jarayonning klinik bosqichidan

Ikki tomonlama buyrak shikastlanishi bo'lsa, jarrohlik davolash 2 bosqichda amalga oshiriladi. Dastlab, lumbotomiya va nefrostomiya osteoartritning yanada aniq klinik ko'rinishlari tomonida amalga oshiriladi, buyrakda yallig'lanish o'zgarishlar.

Fedorovga ko'ra, eng kam shikastli va eng qulay kesma XII qovurg'aga parallel ravishda mushaklarning 3 qatlami qatlamlarda kesiladi va amalga oshiriladi. Ehtiyotkorlik bilan gemostaz. Qorin pardasi medial qismga bo'linadi va dokali katta salfetka bilan izolyatsiya qiling. Gerotaning retrorenal fastsiyasi ochilgandan so'ng, buyrak ochiladi. Taxminan murakkab anatomik va topografik munosabatlar tufayli jarrohlik aralashuv bosqichlarini bajarish, kesish organlari (jigar, o'n ikki barmoqli ichak, pastki venaning ko'rinishi va boshqalar), homiladorlik tufayli, ayniqsa uzoq muddatda, texnik qiyinchiliklar bilan bog'liq. Homilador bachadon jarrohlik maydonini sezilarli darajada toraytiradi, bu esa sharoitlarda ifodalanadi retroperi toneal bo'shliqning varikoz tomirlari buyrak va buyrak tos bo'shlig'ini ajratishni sezilarli darajada murakkablashtiradi. Yaxshilash uchun mikrosirkulyatsiya xalqalari, shuningdek, buyrakni qayta ko'rib chiqish, tolali kapsulani ehtiyotkorlik bilan ajratib oling va uni butun bo'ylab olib tashlang. Sizga kerak bo'linib, barcha uchta buyrak segmentlarini tekshiring karbunkullar faqat yuqori segmentda hosil bo'lishi mumkin va shuning uchun ko'rinmas bo'lib qoladi. Kapsulaning kichik bir qismi atrof-muhitda saqlanishi kerak nefrostoma daraxtini keyingi fiksatsiya qilish uchun buyrak segmenti bosish aniq interstitsial shish tufayli buyrak, qoida tariqasida, hajm kattalashadi;

dekapsulyatsiya paytida uning yuzasidan kuchli qon ketadi. Karbunkullar ajratiladi va iloji bo'lsa, to'liq Tew kesiladi, to'qima detriti Volkman qoshig'i bilan chiqariladi. Xo'ppozlar ochiladi, bo'shliqlar ostida bo'lgan yiringli tarkibdan tozalanadi bakterio logik tekshiruv o'tkaziladi. Operatsiya vaqtida yiringli jarayon

o'choqlari xalqi organ ni saqlaydigan operatsiya beradi ionlar radikal xarakterga ega bo'lib, bu samara dorlikni oshirishga yordam beradi antibakterial terapiya va buyrak to'qimalarining tiklanishini yaxshilash. Buyrak to'qimalarining yallig'lanish joyi Luer kortsangi bilan tishlab olinadi va gistologik tekshiruvga yuboriladi.

Buyrak jomcha bo'shlig'ining orqa devorini izolyatsiya qilishni osonlashtirish uchun bu kerak. Buyrakning pastki segmentini yuqoriga ko'taring va uni medial qabul qiling. Jomcha joylashuvining intrarenal turi bilan qiyinchiliklar paydo bo'ladiki, bunday hollarda buyrak labini ko'taradigan ko'z qopqog'ini ko'taruvchi vositalar yordamida jomcha ochiladi. Jomcha bo'shlig'ining devorlari ketgut tikuvlari bilan tikiladi, ularni tortadi, ular buyrak jomchasining chekasini ochadi. Jomcha bo'shlig'i devorining parchalanishiga ishonch hosil qilish kerak to'liq va asbob jomcha bo'shli g'iga erkin kirib boradi. DA jomchaga Satinskiy qon tomir qisqichi yuboriladi, uning yordamida buyrak parenximasi o'rta segmentda teshiladi vasilikon naychanning oxiri. Nefrostomiya trubkasi jomcha bo'shlig'i devoridagi kesma orqali o'tkaziladi va jarrohlik jarohatiga chiqariladi. Naychanning uchi qiyshiq kesiladi va yon teshik kesiladi. Naychanning tashqi uchini tortib, ichki qismi buyrak jomchaning ichiga joylashtiriladi. Uronaychanning jomcha bo'shlig'idagi joylashuvi ikkinchisini furatsillin eritmasi bilan yuvishda tekshiriladi. Naycha orqali buyrak jomcha bo'shlig'iga kiritilgan suyuqlik orqaga erkin oqishi kerak. Nefrostomiya trubkasi xrom-katgut bilan tolali kapsulaga mahkamlanadi va teriga qarshi teshik orqali chiqariladi. Jomcha devori uzilgan ketgut choklari bilan tikiladi. Jarrohlik jarohati ikkita silikon bilan drenajlanadi naychalari va lavsan iplari bilan qatlamlarga tikiladi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki 3-5 kun ichida nefrostomiya drenajini maxsus ehtiyojlarsiz yuvish mumkin emas. Kelajakda kolba har kuni novokainning 0,25% iliq eritmasi, 3% borik kislota yoki asetilsalitsil kislota bilan yuvilishi kerak. Qaytadan qochish uchun jomcha bo'shlig'ining cho'zilishi, tos-buyrak reflyuks larining paydo bo'lishi, nefrostomiya naychasini yuvish juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak. Lekin suyuqlikni pistonsiz shprits orqali quyish (passiv ravishda) har biri 10 ml. Antibuyrakni yuvish uchun ishlatiladigan septik

suyuqlik hanky issiq bo'lishi kerak. Naychani almashtirish kerak 3-4 haftada kesib oling. Yangi trubka oldingi diametriga mos kelishi kerak. Nefrostomiya naychasining buyrak uchi darajasini ultratovush yordamida kuzatish kerak.

Homiladorlikda buyrak jomchasining drenajlash muddati o'tkir pielonefrit bilan turli xil bo'lishi mumkin va kasallikning xususiyatlariga bog'liq. Aksariyat hollarda tug'ilish davrigacha nefrostomiya drenaji yordamida siydikning to'siqsiz chiqishini ta'minlashning hojati yo'q degan fikr bor edi.

Tug'ruqxonada bir tomonlama buyrak oqmasi va uning yaxshi ishlashi bilan kasallangan homilador ayollar davolanishni davom ettirmoqda. Ikki tomonlama keyin ulardan ko'pincha og'ir jigar-buyrak etishmovchiligi, torpid oqim pielonefrit tufayli buyraklarga jarrohlik aralashuvlar ritit va septik jarayonning qayta faollashishi xavfi, davolash kerak ammo urologik bo'limda tug'ilish davriga qadar amalga oshiriladi. Operatsiyadan o'tgan homilador ayollar (nefrostomiya, nefrektomiya) ikkita mutaxassis tomonidan kuzatilishi kerak:sher-ginekolog va urolog.

Bir tomonlama amalga oshirilgan operatsiyalarning muvofiqligi to'g'ri sidaYiringli vayron qiluvchi jarayonni operatsiya qilingan buyrak (glomerulyar filtr) funksional parametrlarining yaxshilanishi bilan baholash mumkin.Rehberg testi bo'yicha rentgenogramma, Zimnitskiy testi bo'yicha konsentratsiya qobiliyati), klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlarni normallashtirish qon (karbamid, kreatinin, bilirubin), siydik cho'kindisining hujayrali tarkibi va homiladorlik jarayonining tinch yo'nali shi ta'sirlangan organni saqlab qolish faqat yiringli-septik intoksikatsiyaning o'rtacha namoyon bo'lishida, buyrakdagi halokatli o'zgarishlarning tabiati nefro stomiyadan keyin yallig'lanish jarayonining pasayishiga ishonishga imkon berganda oqlanadi. Boshqacha qilib aytganda, buyrakni dekapsulyatsiya qilish,nekrotik to'qimalarni kesish,xo'ppozlarni ochish va nefrostomiya faqat halokat o'choqlarida mustaqil reparativ jarayonlarni kutish mumkin bo'lgan homilador ayollarda amalga oshirilishi mumkin.

Yiringli-destruktiv pielonefritning og'irligini va uning asoratlarini etarlicha baholamaslik jarrohlik amaliyotini o'tkazishning asosiy sababidir. Shuning uchun

ba'zi bemorlarda nefrektomiya uchun ko'rsatmalar ravshan kengaytirish. Ilova uchun homilador ayollarda yiringli-destruktiv pielonefritning murakkab va davolash qiyin bo'lgan shakllarini davolashda jarrohlik operatsiyalaridan foydalanish operatsiyadan keyingi o'limni deyarli to'liq bartaraf etishga yordam beradi. Yiringli-septik buyrakni olib tashlash takrorlangan holda amalga oshirilishi mumkin ilgari qo'llaniladigan nefrostomiya fonida antibiotik terapiyasi samarasiz bo'lgan operatsiyalar.

Nefrektomiya operatsiyasiga ko'rsatmalar quyidagilar:

- Buyrak parenximasining yiringli birikmasining xo'ppoz shakllanishi bilan buyrakning karbunkullar bilan to'liq mag'lubiyati;
- O'tkir yiringli pielonefritning og'ir septik asoratlari
- homilador ayol va homilaning hayotiga tahdid soladigan;
- Bakteriotoksik shokning dastlabki belgilari;
- Shakar fonida rivojlangan yiringli pyelonefrit bilan ikkinchisining dekompensatsiyasi bilan abeta.
- Agar oldingi nefrostoma muvaffaqiyatsiz bo'lsa, qachon, buyrak drenaj va kuchli an foydalanish qaramay tibakterial va detoksifikatsiya terapiyasi (plazmaferez), qayd etish yallig'lanish jarayonining rivojlanishi va uning dahshatli, hayot uchun xavfli ba'zi xavfli asoratlari.
- Agar qarama-qarshi buyrakning anatomik va funktsional holati qoniqarli bo'lsa, zararlangan buyrakni olib tashlash mumkin.

Fedorovga ko'ra, lumbotomiya amalga oshiriladi, shu bilan birga qorin bo'shlig'i mushaklarining massasini tejash kerak. Qorin pardasi medial tomonga tortiladi va Gerotaning fastsiyasi ochiladi. Buyrakning mobilizatsiyasi retroperitoneal varikoz tomirlarining shikastlanishi bilan to'lastva. Uzoq vaqt davomida ayniqsa ehtiyot bo'lish kerak. kah homiladorlik va perinefrik to'qimalarda yallig'lanish o'zgarishlar bo'lgan hollarda. Homiladorlik tufayli o'ng buyrakda jarrohlik aralashuvlar paytida vena kava va o'n ikki barmoqli ichakning yatrogenik shikastlanishi xavfi ortadi. Siydik chiqarish kanali bog'langan va buyrakning barcha bo'limlarini safarbar qilish va qayta ko'rib chiqishdan so'ng, buyara ichiga chiqib

ketish ehtimoli. Buyrakning qon tomir pedikulasini yog 'to'qimalaridan ehtiyotkorlik bilan ajratib olish va katgut yokigatura. Bu sizga buyrak pedikulini yig'ish va uning ustiga joylashtirish imkonini beradi.Fedorovning matbuoti ko'p qiyinchiliksiz. Buyrak tomirlari yana qisqich ostida bog'lanadi, shundan so'ng buyrak chiqariladi. Perirenal yog 'to'qimasini to'liq olib tashlash kerak. Ishda qoldirish infektsiyalangan yog 'to'qimalarining yarasi flegmonoz yallig'lanish bilan murakkablashishi mumkin, bu ikkinchi operatsiyani va retroperitoneal bo'shliqni rehabilitatsiya qilishni talab qiladi.

Fedorov qisqichini olishdan oldin, buyrak pedikulining tomirlari qo'shimcha ravishda katgut bilan bog'lanadi. Jarrohlik yarasi ikkita silikon naycha bilan drenajlanadi va qatlamlarga tikiladi.

Nefrektomiya qilingan homilador ayollarda yakka buyrak funksiyasining yaxshi kompensatsion qobiliyati ekskretsiya bilan aniqlangan.azotli chiqindilarni yo'q qilish, butun homiladorlik davrida kislotaz-baz muvozanatini saqlash. Og'ir va qaytarib bo'lmaydigan bemorlarda yiringli zaharlanish manbasini tubdan yo'q qilishbuyrakdagi morfologik o'zgarishlar asosiy ahamiyatga egahomilador ayolning hayotini saqlab qolish va homilaning to'g'ri rivojlanishi uchun muhim shart. O'z vaqtida bajarilgan nefrektomiya, shu jumladan ikkilamchi (samarasiz nefrostomiyadan keyin) ko'p hollarda qarama-qarshi buyrakda yiringli-destruktiv pielonefrit rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Biroq, ayrim hollarda yiringli-destruktiv yallig'lanis hanti bakterial ta'sirga mos kelmaydigan bitta buyrakning infektsion jarayoni antibakterial terapiya, jarrohlik davolashga ehtiyoj bor. Qoida tariqasida, yiringli pielonefritli ayollarda homiladorlik kursi bitta buyrak bo'lsa ayniqsa og'ir. Uzoq muddatli intoksikatsiya, buyraklardagi takroriy jarrohlik aralashuvlar homilaning rivojlanishi va hayotiyligiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Shu sababli, buyraklarda ikki tomonlama yiringli-destruktiv jarayoni bo'lgan ayollarda, ayniqsa, bitta buyrakning nefrektomiyasi va nefrostomiyasidan so'ng, bu juda kam uchraydi.Abortlar, hayotga qodir bo'lmagan yoki o'lik homila bilan erta tug'ilish sodir bo'lganda, shu sababli, shoshilinch ravishda erta ehtiyoj borva etarli jarrohlik aralashuvi faqatgina bu dahshatli septik va akusherlik asoratlarning oldini oladi.

Tug'ruqdan keyingi davrda buyrakning o'tkir nospesifik yallig'lanishi homilador ayollarning davolanmagan pyelonefritining natijasi bo'lib, agressiv kursga ega bo'lishi mumkin. Jarrohlik taktikasi va operatsiya usulini tanlash o'tkir pielonefrit va klinik shakli bilan belgilanadi asoratlarni bashorat qiluvchi omil. Agar buyrakda makroskopik jihatdan o'zgarmagan buyrak to'qimasidan chegara chizig'i bilan aniq ajratilgan xo'ppoz aniqlangan bo'lsa, organni rezektsiya qilish mumkin. Buyrakning tomir pedikulasiga Satinskiy qisqichi qo'llaniladi, yoki qon oqimi rezina turniket bilan bloklanadi. Rezektsiya qilinadigan buyrak segmenti to'liq kapsuladan ozod qilinadi. Xo'ppoz bo'shlig'i keng lumenli igna (Dufu) va yiring bilan teshiladi va tarkibi butunlay evakuatsiya qilinadi.

Ekssudat bakteriyaga duchor bo'ladi aniqlangan bakterial shtammlarning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash bilan bakteriologik o'rganish o'tkaziladi. Teshilgandan keyin xo'ppoz devori rezektsiya qilinadi. Qon tomir qisqichini ochish orqali, oshkor qilish qon ketish joylari mavjud bo'lib, ular darhol katgut ip bilan atravmatik igna bilan tikiladi. Gemostaz etarli bo'lmagan hollarda, u shaklidagi matlar bilan rezektsiya tekisligi ostidagi buyrakni tikish amalga oshiriladi.

Buyrakning rezektsiya qilingan qirrasi aylana bo'ylab qoplangan buyrakning to'liq kapsulasini ushlab bilan burama katgut tikuv amalga oshiriladi. Qon tomir qisqichi chiqariladi, buyrak fiziologik holatga keltiriladi va 5-10 daqiqada ishlashning to'liqligi kuzatiladi. Jarrohlik yarasi ikkita bilan ehtiyotkorlik bilan drenajlanadi silikon naychalari va ketgut yoki lavsan bilan qatlamlarga tikiladi.

Buyrak operatsiyasini o'tkazgan homilador ayollarni operatsiyadan keyingi davolash o'ziga xos xususiyatlarga ega.

Operatsiyadan keyingi davrda antibakterial terapiya davom ettirilishi kerak ratsion davri. Kombinatsiyalangan etiotrop terapiyaga afzallik beriladi. Terapiya, mikroskopiya uchun siydik va buyrak to'qimalarining tekshiruv natijalarini hisobga olgan holda mustahkam flora aniqlanadi. Adekvat drenaj fonida optimal tanlangan antibakterial preparatlar va infuzion-detoksifikatsion terapiya buyraklar yallig'lanish jarayonining tez tushishini ta'minlaydi.

Operatsiyadan keyingi davrda funktsional etishmovchilik mavjud operatsiya

qilingan buyrakning aniqligi. Biroq, jarrohlarning samaradorligi bilan operatsiyadan keyingi 5-7 kun ichida tibbiy va konservativ davoni nefrostomiya bo'ylab kunlik diurezda aniq o'sish bor, ortib boradi glomerulyar filtratsiya tezligining pasayishi, suvning quvurli reabsorbtsiyasi. Shu bilan birga, ob'ektiv klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari: tana harorati, gemogramma, qon karbamid va kreatinin ortadi.

O'tkir yiringli homiladorlik pielonefritining murakkab shakllarini davolashda plazmaferez katta ahamiyatga ega. Plazmaferez, boshqa detoksifikatsiya usullaridan farqli o'laroq, texnikasi oddiy, protsedura davomida bemorlar tomonidan yaxshi muhosaba qilinadi. Oqsil va elektrolitlar buzilishini tuzatish imkoniyati mavjud. Homiladorlik pielonefritini davolash bilan bog'liq holda, ushbu usulga qarshi ko'rsatmalarning yo'qligi ayniqsa qimmatlidir. Akusherlik amaliyotida gestoz va endogen intoksikatsiya bilan kechadigan boshqa sharoitlarni davolashda qo'llaniladi. Bakteriyalarni, ularning metabolik mahsulotlarini mexanik ravishda olib tashlashdan tashqarima, krioglobulinlar, patologik immun komplekslar, otoantikorlar va intoksikatsiya darajasini aniqlaydigan boshqa moddalar, plazmaferez hujayra va gumoral etishmovchilikni bartaraf etishga yordam beradi. Immunitet, yangi plazma ishlab chiqarishni rag'batlantiradi va uni qon oqimiga olib keladi. Oxirgi ta'sir endotok sikoza qarshi kurashish uchun tananing o'z to'qimalarini safarbar qilishga yordam beradi.

O'tkir pielonefritli homilador ayollarda plazmaferez uchun ko'rsatmalar hajmi quyidagicha:

- O'tkir pielonefritning barcha torpid oqim shakllari homilador surunkali intoksikatsiya bilan birga va ayniqsa ikki tomonlama nefrozlar bilan ;
- O'tkir pielonefritning murakkab va og'ir shakllari (toksik jigar va buyrak etishmovchiligi belgilari bilan surunkali hepatit, septik pnevmoniya, ensefalopatiya, metroendometrit va boshqalar);
- Yagona buyrakning o'tkir pielonefriti;
- Qandli diabet bilan bog'liq o'tkir pielonefrit polikistoz buyrak kasalligi. Plazmaferez yordamida diskret usulda amalga oshiriladi plastik idishlar "Gemicon 500" va RS-6 va CLP 3-3,5 sovutgichli santrifuj. Davolash muolajalarining chastotasi

asoratlarning tabiati va og'irligi va terapiya samaradorligini baham ko'radi, o'rtacha 3-5 seans. Plazmaferezning 1 seansi uchun uni olib tashlashga ruxsat beriladi nie 600-900 ml plazma, davolash kursi uchun - 2000- 3000 ml. BCC etishmovchiligi sho'r suv quyish, gemodez va katta hajmdagi plazma, gipoproteinemiya va elektrolitlar buzilishini olib tashlashda – yangi muzlatilgan plazma quyish bilan qoplanadi. Biz, oqsil (albumin, oqsil) va sho'r eritmalar quyish tavsiya etiladi.

Tug'ilgandan so'ng, plazmaferezdan tashqari, puerperalning 1 kg tana vazniga 2 ml nurlanish tezligida autoeritrositlarning ultrabinafsha nurlanishi. "Izol" apparati qo'llaniladi. Plazmaferez va ultrabinafsha bilan birgalikda davolash bilan- Yuqori nurlanish bilan ta'sir tezroq sodir bo'ladi, odatda har kuni o'tkaziladigan 1-3 seansdan keyin.

Terapevtik plazmaferezdan ham foydalanish mumkin o'tkir yiringli pielonefritli homilador ayollarni operativ tayyorlash. Bunday hollarda buyraklardagi jarrohlik aralashuvlar hajmi a'zolarni saqlaydigan xususiyatga ega (nefrostomiya, buyrak parenximasini yo'q qilish o'choqlarining radikal kesilishi) va operatsiyalarning o'zi va operatsiyadan keyingi davr sezilarli asoratlarsiz davom etadi.

Kompleks detoksifikatsiya va antibakterial terapiyada terapevtik plazmaferezdan foydalanish ko'rsatmalarni kengaytirish imkonini beradi. Bakterial toksinlarning zararlangan buyrak to'qimalariga zararli ta'sirini kamaytirish hisobiga buyrakni saqlaydigan jarrohlik aralashuvlar (nefrostomiya, dekapsulyatsiya) uchun. Plazma ferez akusherlik asoratlari sonini kamaytiradi (metroendometrit, etkazib berishning zaifligi), sezaryen, amputatsiya yoki histerektomiya zarurati). Parenteral oqsillarni oziqlantirishdan oqilona foydalanish (alvezin, aminon, albumin), suv va elektro litlarni tuzatishbuzilishlar, eritrotsitlar etishmovchiligini to'ldirish (yuvilgan eritrotsitlar) faol detoksifikatsiya terapiyasi samaradorligini oshirishga yordam beradi, to'qimalarni reparativ jarayonlarning hayotiyiligini ta'minlaydi va natijada operatsiyadan keyingi asoratsiz kursni ta'minlaydi. Birgalikda bu chora-tadbirlar ko'pchilikka imkon beradi fiziologlarga erishish uchun pielonefritning og'ir namoyon bo'lishi bilan etkazib berish shartlari va usullari. Plazmaferez og'ir

anemiya, gipoproteinemiya, past qon bosimi va virusli hepatit mavjud bo'lganda mumkin emas. Homiladorlik pielonefritini davolash mezonlari bu kasallikka xos bo'lgan klinik belgilarning yo'qolishi va uni uch marta o'rganish paytida siydik sinovlarida patologik o'zgarishlarning yo'qligi hisoblanadi. O'z vaqtida va to'g'ri o'tkazilgan terapiya normal holatga yordam eradi homiladorlik davrining kichik kursi va sog'lom bolaning tug'ilishi.

O'tkir homiladorlik pielonefriti bilan og'rikan ayollar, shuningdek surunkali pielonefrit bilan og'rikan ayollar dispanserga muhtoj, kasallikning kuchayishini oldini olish uchun homiladorlik davrida oltingugurt monitoringi. Ular akusher-ginekolog tomonidan kuzatilishi kerak, terapevt va agar kerak bo'lsa, urolog bilan maslahatlashing. Ushbu ayollarni kuzatishning o'ziga xos xususiyati siydikni oyiga kamida 2 marta, 20-28 haftalik homiladorlik davrida esa haftada bir marta tekshirishdir.

Siydikdagi leykotsitlar sonining biroz ko'payishi yoki tarkibining o'zgarishi haqida shikoyatlar paydo bo'lishi bilan ta'sirlar, pastki bel og'rig'i, subfebril holat, Nechiporenko testi, siydik tahlillari, buyrak ultratovushini o'tkazish kerak. Agar pielonefritning kuchayishi shubha qilingan bo'lsa, bemorni kasalxonaga yotqizish kerak.

Tekshiruv, qo'shimcha ravishda, ko'pincha shunga bog'liq bo'lgan preeklampsiyani o'z vaqtida tashxislash uchun qon bosimi, tana vazni darajasini tizimli monitoring qilishdan iborat.

O'tkir pielonefritning oldini olish uchun homilador ayolda mavjud infeksiya o'choqlarini davolashdir: kariyoz tishlari, sinusit, kolpit va boshqalar.

Profilaktik uzoq muddatli davolanish homiladorlikdan tashqari amalga oshiriladi antibiotiklar va antibakterial preparatlar bilan davolash uchun mumkin bo'lgan salbiy ta'sirlar tufayli homilador ayollar uchun qarshi ko'rsatmadir. Himioterapiya preparatlari faqat o'tkir pielonefrit yoki ikkalasi uchun qo'llaniladi. Ammo o'simlik dori-darmonlari keng qo'llanilishi mumkin: kizilcha sharbati yoki ilgari aytib o'tilgan o'tlarning damlamalari. Ularning antiseptiklari kimyoviy, yallig'lanishga qarshi, diuretik ta'sir nafaqat kasallikning o'tkir bosqichida, balki remissiya davrida ham foydalidir.

Profilaktik vosita bilan Lyu akupunkturdan foydalanishi mumkin. Foydali kundalik oldindan 5-8 daqiqa davomida kuniga 3-4 marta tizza-tirsak holatida bo'lish.

Dispanser kuzatuvi, shuningdek, homilaning holatini diqqat bilan kuzatishni, shu jumladan ultratovush tekshiruvini ham ta'minlaydi. Uning buyraklari, ba'zi hollarda ante tashxisini qo'yish imkonini beradi tug'ma rivojlanish anomaliyalari yoki nuqsonlarini aniqlashga imkon beradi.

3 oydan keyin tug'lgandan keyin pielonefrit bilan kasallangan barcha ayollarga-homiladorlik davrida pielonefritning paydo bo'lishiga yordam bergan sabablarni aniqlash uchun homilador ayollarning anamnezi bilan buyraklarning rentgeno grammasini va ekskretor urografiyaning o'tkazish tavsiya etiladi. Kelajakda homiladorlik pyelonefritiga chalingan ayollar urologning nazorati ostida bo'lishi kerak. Mualliflar bu ayollarga rehabilitatsiya tizimini tavsiya qiladilar. Surunkali pielonefrit shakllanishining oldini olish uchun 8-12 oy davomida terapiya o'tkazish va nazorat qilish. Birinchi 7-10 kun davomida ambulatoriyaoyda antibakterial dorilar kurslari (mikrofloraning ularga nisbatan sezgirligini hisobga olgan holda) ulardan biri bilan birgalikda buyuriladi. Antibiotik kursini tugatgandan so'ng o'simlik uroseptiklarini qabul qilish (ayiq, lingonberry qaynatmalari), barg, qayin kurtaklari, klyukva sharbati va boshqalar) bilan bemorlaroy oxirigacha va yangi oying boshlanishi bilan ular kimyopreparat va uroseptikni almashtiradilar. Bundan tashqari, bemorlarga vitaminlar buyuriladi, ko'rsatmalarga ko'ra - antihipertenziv dorilar, buyrak bandaji kiyish.

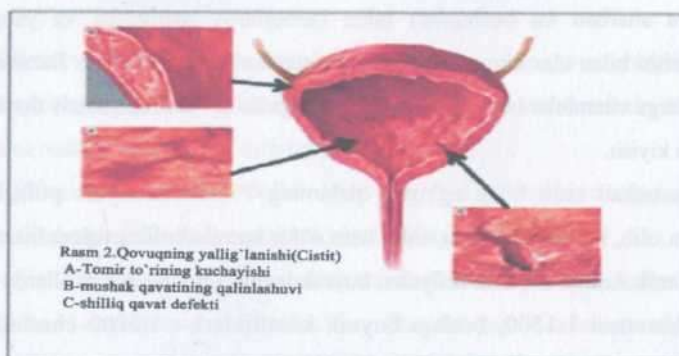
Surunkali sistit bilan og'riq qizlarning 75 foizida siydik pufagi borligini hisobga olib, homiladorlikdan oldin ham o'tkir homiladorlik pyelonefritning oldini olish kerak. Ammo ureteral reflyuks, buyrak toshlari homilador ayollarda uchraydinyh chastotasi 1:1500, boshqa buyrak kasalliklari - 1:3000 chastotasi bilan; deyarli har ikkinchi ayol o'tkir homiladorlik borlonefrit oldingi doimiy bakteriuriya fonida rivojlanadi. Jigar paydo bo'lishiga moyillikni aniqlas homilalarning pielonefriti homiladorlikning ushbu asoratini oldini olish yo'llarini ochib beradi va ayollar uchun homiladorlikni rejalashtirishda ultratovushdan foydalanishning maqsadga muvofiqligini asoslaydi. Buyraklarni vogoskanerlash va

siydikni bakteriologik tekshirish amalga oshiriladi.

Pielonefrit bilan og'rigan ayollar uchun afzalroq dirintrauterin kontratsepsiyani o'zgartirish, chunki u kasallikning kuchayishiga sabab bo'lmaydi kasallikning kuchayishi.

TSISTIT

Tsistit - siydik pufagi shilliq qavatining yallig'lanishi doimiy kasallik siydik yo'llari va genital organlarning turli patologik sharoitlariga hamroh bo'ladi. Sistit pielonefrit, urolitiazning birinchi klinik ko'rinishi bo'lishi mumkin va boshqa urologik kasalliklar. Siydik chiqarish kanalining anatomik xususiyatlari va yuqoriga ko'tarilish imkoniyatlari tufayli ayollarda sistit bilan kasallanish ehtimoli ko'proq. Pyelonefrit bo'limida batafsilroq muhokama qilinganidek, infeksiyalar siydik to'plash uchun kateterizatsiya qilinganida, infeksiya siydik pufagiga kiritilishi mumkin. Quvichni kateterizatsiya qilish ayniqsa xavflidir. Ayollarda siydik pufagi o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri limfa aloqasi mavjud va jinsiy a'zolar, shuning uchun ulardagi yallig'lanish jarayonlari (endometrit, salpingooforit, parametrit va boshqalar) bilan infeksiya siydik pufagiga limfogen yo'l bilan kirib borishi mumkin. Ushbu organda gematogen infeksiya ham rivojlanishi mumkin..



O'tkir tsistit klinikasi isitma (subfebril, kamroq - febril), zaiflik, mehnat qobiliyatining pasayishi va oylar bilan tavsiflanadi. shubhaga olib keladigan o'ziga xos alomatlar va ko'p hollarda aniq tashxis qo'ying. Bunga quyidagilar kiradi: og'riqli siyish qo'yib yuborish (siydik chiqarish oxirida kesish); tez-tez siyish

(pollakiuriya - har 30-60 daqiqada); suprapubik mintaqada og'riq, palpatsiya paytida bo'rtib, qovuqni to'ldirish; imperativ kunning vaqtiga, harakatga yoki dam olishga bog'liq bo'lmagan siyish; bitta siyish bilan siydik miqdori 20 ml dan oshmaydi. Qon testida leykotsitoz leykotsitlar formulasining chapga siljishi bilan namoyon bo'ladi, ESR oshishi mumkin. Siydikni tahlil qilishda leykotsituriya (odatda neytrofil) e'tibor beradi; mikro - kamroq tez-tez makrogematuriya (ko'pincha terminal: siyish oxirida bir necha tomchi qonning chiqishi); proteinuriya (0,1 g/l); bakteriuriya. O'tkir sistitda sistoskopiya odatda jarayonning kuchayishiga yo'l qo'ymaslik uchun amalga oshirilmaydi. Surunkali sistitda klinik ko'rinishi o'tkirdan yomonroq bo'lgan sistoskopiya shish, giperemiya, qon ketish, qalinlashgan joylar tufayli shilliq qavatning notekisligi, fibrinoz-yiringli plyonkalar bilan qoplangan joylar, yaralar aniqlanadi.

O'tkir sistit 7-10 kun davom etadi, agar u davom etsa, buyraklarni tekshirish kerak.

Tsistit og'iz orqali antibiotiklar bilan davolanadi. mi degani: ampitsillin, amoksitsillin, nitrofuranlar, nalidiksik kislota preparatlari, nitroksolin, sefalekssin, sefuroksim, sefaklor. Davolash kursi 5-7 kun. Ushbu dorilar haqida ko'proq ma'lumot olish uchun "Pyelonefrit va homiladorlik" bo'limiga qarang.

GLOMERULONEFRIT

Glomerulonefrit - bu buyraklarning immuno-yallig'lanish kasalligi bo'lib, u asosan glomeruliyaga ta'sir qiladi, ammo u ham o'z ichiga oladi. nalts va interstitsial (interstitsial) to'qimalar. Glomerulonefrit homilador ayollarning 0,1-0,2 foizini tashkil qiladi. Aholi va homilador ayollar orasida ushbu kasallikning chastotasi ko'paymaydi. Yigirma yil oldin, glomerulonefritli ayollarda homiladorlikni saqlab qolish mumkinligi shubha ostiga olindi va ko'pchilik hatto shifokorlarim tomonidan rad etilgan. Pessimistik prognozning asosi yuqori perinatal o'lim, tez-tez abort qilish edi homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davrda buyrak etishmovchiligining rivojlanishi. Keyinchalik ehtiyotkorlik bilan klinik kuzatish homilador ayollarda patologik sharoitlarning heterojenligini aniqladi. buyrak kasalliklari,

"glomerulonefrit" tashxisi ostida birlashtirilgan. Ushbu kasallikning shakllarining xilma-xilligi ko'p jihatdan kursni belgilaydi homiladorlik davrida, akusherlik asoratlarning chastotasi va shuning uchun prognoz. Glomerulonefrit va homiladorlikning kombinatsiyasi muammosi hali hal qilinmagan bo'lsa-da, bu kasallikning ayrim shakllarida prognozni qulay deb hisoblash mumkin va bunday hollarda homiladorlik maqbul, kasallikning boshqa shakllarida esa bu mumkin emas. Homiladorlik ayol va homila uchun xavf tug'diradi.

Glomerulonefrit yuqumli-allergik kasallikdir. Kasallikning qo'zg'atuvchisi ko'p hollarda 12 yoki 49 turdagi gemolitik streptokokklar guruhi A. Bular streptokokkning nefrogen shtammlari deb ataladi, ko'pincha o'tkir nefritli bemorlarning tomog'idan ekilgan. Glomerulonefritning rivojlanishi odatda bog'liqo'tgan streptokokk kasalliklari bilan (tonzillit, surunkali tonzillit). Ko'pincha streptokokk teri kasalliklari (pyoderma, qizilo'ngach) ham infeksiya manbai hisoblanadi. Skarlailgari streptokokk o'choqlari orasida etakchi o'rinni egallagan loyyig'layotgan infeksiya, endi fonga o'tdi. Erta qo'zg'alishni penitsillin bilan tez-tez davolash soatni sezilarli darajada qisqartirdi bu kasallikdan keyin glomerulonefrit paydo bo'lishiga to'sqinlik qiladi.

Immunologik tadqiqot natijalari glomerulonefritning streptokokk etiologiyasini tasdiqlash bo'lib xizmat qiladi. O'tkir glomerulonefritli bemorlarning yarmidan ko'pida qonda streptokokk antigenlari topiladi. O'tkir nefrit bilan og'rigan barcha bemorlarda streptokokk antigeniga antikorlar topilgan. Anti-O-streptolizin, antigialuronidaza va antistreptokinaza titrlarining balandligi buyraklardagi o'tkir yallig'lanish jarayonining ko'rsatkichidir. Bemorlarning kichik bir qismidakasallikning qo'zg'atuvchisi gemolitik streptokokk emas, balki staphylococcus aureus, pnevmokokk, difteriya tayoqchasi, streptokokk viridans, meningokokk, salmonellalar, gepatit B virusi, o'tkir respirator viruslaryirtiqli kasalliklar va boshqalar. Vaksinalar yoki sarumlar oqsili antigen rolini o'ynaganda, emlash, sarum glomerulonefritining paydo bo'lishi ham mumkin. O'tkir glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarning 80-90 foizida va surunkali glomerulonefritli bemorlarning 5-10 foizida etiologik omilni aniqlash mumkin. Boshqa bemorlarda sababkasallik noma'lumligicha qolmoqda.

Glomerulonefrit rivojlanishida bevosita emas, balki muhim ahamiyatga ega mikroorganizmning buyrak to'qimalari bilan bevosita aloqasi va organizmning infeksiyaga immuno-allergik reaksiyasidir. Infektsion kasallikdan glomerulonefritga xos bo'lgan yashirin davrgacha nefritning klinik belgilari boshlanishidan oldin leviatsiyakterizuetsya organizmning qarshiligining pasayishi, uning reaktivligining o'zgarishi, qondagi mikroblar va komplekslarga antitelolarning shakllanishi buyraklarga zarar etkazuvchi antigen-antitelolar yoki autoantitelolar (kompoqsillar bilan endogen antitelolarning lekslari - glomerulyar antigenlar), nefrit rivojlanishiga olib keladi. Immunobiologik jarayon gematuriya, proteinuriya, shish va gipertoniya rivojlanishidan oldin 2-3 hafta davom etadi. Kasallikning klinik belgilarining paydo bo'lish vaqti antigen-antitelo komplekslarining cho'kish tezligiga, o'zaro bo'linadi komplement bilan ta'sir qiluvchi, epiteliyal hujayralari ostidagi glomerulyar kapillyarlarning bazal membranasining tashqi yuzasida joylashadi.

Immunitet jarayonini amalga oshirish uchun immunitet reaksiyasining kuchi katta ahamiyatga ega. Glomerulonefrit immunologik kasalliklarga chalingan odamlarda rivojlanadi bartaraf etishning mumkin emasligi deb tushuniladigan ba'zi bir etishmovchilik antigen yoki B-limfotsitlar funksiyasini tartibga soluvchi T-limfotsitlar etishmovchiligini yoki komplement etishmovchiligini aniqlash mumkin.

O'tkir glomerulonefrit rivojlanishiga moyillik tananing farovonligi. Yagona buyrak o'tkir sovutish, sovuqda odatdagidan ko'ra ko'p paydo bo'lishi uchun muhimroqdir. Sovutish nafaqat infeksiyani faollashtirishga yordam beradi, balki mumkin sensibillashgan organizmda hal qiluvchi omil rolini o'ynaydi. Sovutish ta'sirida tananing oqsillari tomonidan antijenik xususiyatlarga ega bo'lish ehtimoli istisno qilinmaydi. Sovutish buyrakdagi normal qon oqimini buzadi, uni sezilarli darajada kamaytiradi.

Usul makroorganizmning reaktivlik xususiyatlariga bog'liq antitelolarning shakllanishi. Bu kam uchraydigan holatni tushuntiradi. 30 yoshgacha bo'lgan ayollarda glomerulonefrit, erkaklardan farqli o'laroqbir xil yoshdagi darajalar, garchi streptokokk kasalliklari ikkalasida ham bir xil chastotada uchraydi.

Buyraklarning punksiyon biopsiyasi bilan tasdiqlangan kuzatuvlar mavjud, bu

ba'zi ayollarda glomerulonefrit birinchi marta oldingi nefropatiyadan keyin paydo bo'lganligini ko'rsatadi. Glomerulonefritning asosiy belgilarining patogenezi murakkab. PyeloNefritda shishning aylanishi ko'plab mexanizmlarni o'z ichiga oladi. Buyraklar tomonidan glomerulining shikastlanishi glomerulyar filtratsiyaning pasayishiga olib keladi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, glomerulonefritli homilador ayollarda glomerulyar filtratsiya sog'lom ayollarga nisbatan 40% ga kamayadi. Buyrak uchida o'zgaruvchan va o'rtacha (nefritning barcha shakllari uchun). 81,4 ml / min., ikkinchisida - 68,8, uchinchisida - 64,6, homiladorlikning oxirida nisbiy - 61,1 ml / min. Shish bilan kechadigan glomerulonefrit shakllarida glomerulyar filtratsiya yanada hastalikni kamaytiradi. U, shuning uchun natriy va suv tanada saqlanadi. Tubulyar reabsorbtsiya sezilarli darajada o'zgarmaydi, garchi u homiladorlikdan tashqarida yuqori bo'lsa Nefrotik shish paydo bo'lishida buyrak kanalchalarida natriy reabsorbtsiyasining pasayishi muhim rol o'ynaydi. Naychali reabsorbtsiyani tartibga solish asosan aldosteron tomonidan amalga oshiriladi va homilador ayollarda glomerulonefritda aldosteronning chiqarilishi sog'lom odamlar ga nisbatan kamayadi. Shunday qilib, agar sog'lom homilador ayollarda aldosteronning chiqarilishi kuniga 20 mkg dan ohsa birinchi trimestrda ikkinchisida 37,2 gacha, uchinchisida 60,4 gacha va kuniga 81,5 mkg gacha, homiladorlikning oxiriga kelib, keyin Glomerulonefritli ayollarda ikkinchi trimestrda aldosteronning chiqarilishi kuniga atigi 25 mkg, uchinchisida - 27,6 va homiladorlikning oxiriga kelib - kuniga 39,6 mkg ga etadi.

Shish patogenezida ka o'tkazuvchanligining oshishifaollik kuchayganligi sababli suyuqlik va oqsil uchun tabletkalar oqsilli polisakkarid bo'laklarini depolimerizatsiya qiluvchi gialuronidaza hujayralararo moddaning komplekslari. Qon tomir devorining g'ovakligi shishgan suyuqlikda oqsil mavjudligi bilan baholanishi mumkin. Nefrit bilan max 1% gacha proteinni o'z ichiga oladi, yurak shishi bilan - 0,3-0,5% gacha. Bu shuni anglatadiki, nefrit bilan kapillyar membrana boshqa kelib chiqishi shishiga qaraganda ko'proq ta'sir qiladi. Nozik dispers oqsil fraksiyalarining interstitsial bo'shliqqa chiqishi kamayadi Qon plazmasining onkotik bosimi mavjud bo'lib, bu to'qimalarda suvni ushlab

turishga yordam beradi. Shish shakllanishining bu mexanizmi ikkinchi darajali-homilador bo'lmagan ayollarda glomerulonefritda muhim ahamiyatga ega, ammo uning roli homiladorlik davrida, hatto fiziologik sharoitlarda ham kapillyar devorning g'ovakliligi ortishi kuzatiladi.

To'qimalarning hidratsiyasi ulardagi ari tarkibining ko'payishi bilan ta'minlanadi.to'qimalarda metabolizmning o'zgarishi va filtratsiyaning pasayishi tufayli motik faol moddalar (tuzlar, karbamid va boshqalar).buyraklar qobiliyati. O'tkir nefritda shish paydo bo'lishiammo gipervolemiya bilan; surunkali nefritda gipervolemiya kuzatilmaydi, va gipodisproteinemiya katta ahamiyatga ega.

Nefrotik shishning patogenezi boshqacha. Patologiyaning asosiy bo'g'inibazal membrana va ca epiteliya qatlamining zararlanishi emasbuyrak glomeruli, natijada massiv proteinuriya. Bu gipoproteinemiyaga, ayniqsa hipoalbuminemiyaga va kamayishiga olib keladikolloid osmotik bosim, bu Starling muvozanatini buzadi va gipovolemiya rivojlanishi bilan qon oqimidan suyuqlikning interstitsial bo'shliqqa harakatlanishiga yordam beradi. Transsu to'qimalarda suyuqlikning cho'kishi, shuningdek, gialuronidaza faollashishi va giperkaltsiuriyadan kelib chiqqan gipokalsemiya tufayli qon tomir o'tkazuvchanligining oshishi tufayli yuzaga keladi. Gipovolemiya refleksi timash xususiyatimaxsus retseptorlarni bosadi va aldosteron sekretsiasini rag'batlantiradi. Aldosteron natriyning buyraklar tomonidan chiqarilishini kechiktiradi, buyrak kanalchalarida uning reabsorbtsiasini oshiradi. Natriy aloqalarni saqlashga yordam beradi bilan olingan suv. Natriyni ikkilamchi ushlab turish, osmoreseptorlarning reaksiyasi orqali ADH sekretsiasining ko'payishiga olib keladi, bu esa distal kanalchalarda suvning qayta so'rilishini va shish paydo bo'lishi bilan organizmda suyuqlik to'planishini keltirib chiqaradi. Glomerulyar filtratsiyaning pasayishi kamroq ahamiyatga ega.

Homiladorlik paytida glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda shish homiladorlikdan tashqari tez-tez paydo bo'ladi va bu kasallikning kuchayishi bilan bog'liq emas. Glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayollarda shish paydo bo'lishiga glomerulonefrit bilan shish paydo bo'lishiga olib keladigan va homiladorlikka xos bo'lgan bir qator mexanizmlarning umumiyiligi yordam beradi.

Bularga gematoto'qima to'sig'ining o'tkazuvchanligi oshishi va to'qima kolloidlarining gidrofilligi, gialuron kislotasi - gialuronidaza tizimining faolligi oshishi kiradi. Homiladorlik paytida kuzatilgan kapillarlarda gidrostatik bosimning oshishi ham shish paydo bo'lishiga yordam beradi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida buyraklarning glomerulyar filtratsiyasining pasayishi glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda buyraklarning filtratsiya funksiyasini yanada yomonlashtiradi va tanadagi suyuqlikni ushlab turishga olib keladi.

O'tkir glomerulonefritda arterial gipertenziya patogenezini glomerulyar filtratsiyaning pasayishi va natriy va suvning tutilishi tufayli aylanma qon hajmining oshishi bilan bog'liq. Yurakka qon oqimining ko'payishi natijasida qonning bir daqiqali hajmi oshadi, qon oqimiga periferik qarshilik kamayadi.

Surunkali glomerulonefritda gipertenziyaning gemodinamik mexanizmlari boshqacha. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, qon aylanishining Eukinetik (normal yurak chiqishi bilan) yoki gipokinetik (qon hajmining pasayishi bilan) turi rivojlanadi. Qon oqimiga periferik qarshilik kuchayadi. Agar sog'lom homilador ayollarda homiladorlik paytida o'ziga xos periferik qarshilik asta-sekin pasayib ketsa, surunkali glomerulonefritning gipertonik yoki aralash shakllari bo'lgan homilador ayollarda bu ko'rsatkich sezilarli darajada oshadi.

O'zgarishlarga olib keladigan tartibga solish mexanizmlari orasidabuyrak gipertenziasida modal dinamika eng muhim o'rinni egallaydi renin-angiotensin-aldosteron tizimi va natriyni ushlab turish.

Homiladorlikdan tashqari, glomerulonefritga xos bo'lgan buyrak qon oqimining pasayishi renin ishlab chiqarishning juxta glomerulaga-buyraklarning apparati tomonidan ko'payishiga olib keladi. Renin ta'sirida A2-globulin (angiotensinogen) angiotensin I ga aylanadi, bu esa o'z navbatida konvertatsiya qiluvchi fermentning ta'siri ostida angiotensin II ga o'tadi. Ikkinchisi kuchli vazokonstriktor bo'lib, qon tomirlari devorlariga to'g'ridan-to'g'ri yoki prongivat miyaning simpatik-adrenergik markazlari orqali ta'sir qiladi. Bunday holda, pressor ta'siri yurak ishlab chiqarishining ko'payishi bilan emas, balki arteriolalarning torayishi tufayli qon oqimining periferik qarshilining oshishi bilan bog'liq. Angiotensin

buyrak naychalarining epiteliysiga ta'sir qilib, tanadagi natriyni ushlab turadi. Angiotensinning elektrolitlar muvozanatiga ta'sirining yana bir va muhim usuli bu Supra-chechenlar tomonidan angiotensin tomonidan aldosteron sekretsiyasini rag'batlantirishdir. Aldosteron buyrak ka-nalts bilan natriyning chiqarilishini kechiktiradi; natriy va unga teng miqdordagi suv nipelda to'planadi. Bundan tashqari, hujayra ichidagi natriy tarkibining ko'payishi vazoaktiv moddalarga qon tomirlarining sezgirligini oshiradi: katekolaminlar, angiotensin va boshqalar. Homiladorlik paytida vazoaktiv moddalar nafaqat buyraklar, balki platsenta tomonidan ham sintezlanadi. Progesteron inhibe qiladi va estrogenlar prostaglandinlarning sinteziga yordam beradi. Homilador ayollarda prostaglandinlar ona va homila qon aylanish tizimini yangi yashash sharoitlariga moslashtirishda ishtirok etadi. Homiladorlik paytida glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda buyrak oqimi kamayadi. Glomerulonefritning gipertonik va aralash shakllarida (qon bosimining ko'tarilishi bilan birga) u birinchi trimestrda 820 ml/min, ikkinchisida - 780 ml/min, uchinchisida - 720 ml/min., sog'lom homilador ayollarda esa bu ko'rsatkich mos ravishda 1460, 1150 va 1045 ml/min. Bunday sezilarli darajada buyrak qon oqimining pasayishi renin va aldosteronning sekretsiyasi va faollashuvining keskin o'sishini kutishi mumkin. Glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayollarda gipertenziya bilan renin faolligi fiziologik homiladorlikka qaraganda past bo'ladi. Shunday qilib, homiladorlikdan tashqari gipertenziya bilan kuzatilganlarga to'g'ridan-to'g'ri qarama-qarshi o'zgarishlar yuz beradi. Buni quyidagicha tushuntirish mumkin. Homiladorlik paytida renin nafaqat buyrakning juxtaglomerulyar apparati, balki platsenta tomonidan ham chiqariladi. Platsentada qon aylanishini buzadigan arterial gipertenziya renin sekretsiyasini va shuning uchun angiotensin va aldosteron hosil bo'lishini kamaytiradi, uning asosiy stimulyatori angiotensindir. Homiladorlik paytida " nisbiy giper - aldosteronizm " mavjud emas, chunki progesteron-antagonist aldosteron etishmovchiligi buyrak tubulalari tomonidan natriyning chiqarilishiga ta'sir qiladi. Biz shuni ko'rsatdikki, homiladorlik paytida qondagi progesteron miqdori glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda 10 baravar ko'payadi, ya'ni, deyarli sog'lom homilador ayollar bilan bir

xil darajada (9,3 baravar), aldosteronning chiqarilishi esa orqada qolmoqda.

Ushbu ma'lumotlar homilador ayollarda arterial gipertenziya patogenezida renin - angiotensin - aldosteron tizimining rolini istisno etmaydi, chunki homilador ayollarda gipertenziyada renin faolligi va aldosteronning chiqarilishi miqdori homilador bo'lmaganlarga qaraganda ancha yuqori. Bundan tashqari, adabiyotlarga ko'ra, homilador ayollarda gipertenziya bilan angiotensinni inaktiv qiluvchi angiotensinaz fermentlarining faolligi pasayadi va qon tomirlarining angiotensinga sezgirligi oshadi. Ikkinchisi, shuningdek, homilador ayollarning gipertenziyasida hujayra ichidagi natriy tarkibining ko'payishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, bu qon tomir devorining qalinlashishiga va pressor moddalar ta'siriga aniqroq reaksiyaga olib keladi.

So'nggi yillarda homilador ayollarda arterial gipertenziya genezisida depressant moddalarning roli, xususan, a va e kininlar va prostaglandinlar etishmovchiligining ahamiyati haqida xabarlar paydo bo'ldi, ammo buyrak kasalligi bo'lgan homilador ayollarda depressant omillarning roli deyarli o'rganilmagan. Biz glomerulonefrit bilan kasallangan homilador ayollarning 35 foizida arterial gipertenziyani kuzatdik. Surunkali glomerulonefritning o'tkir nefriti, gipertonik va aralash shakllarida qon bosimi ko'tarildi.

Ma'lumki, proteinuriya glomerulyar kapilyarlarning epiteliya hujayralarining podotsitlari ta'sirlanganda paydo bo'ladi. Siydik bilan chiqarilgan oqsil miqdori glomerulalarning shikastlanish darajasiga bog'liq. Ushbu kelib chiqadigan proteinuriya qayta tiklanadi va davolanish ta'siri ostida yo'qolishi mumkin. Endotelial va bazal membrananing shikastlanishi kasallikning uzoq davom etishi bilan kuzatiladi. Bunday hollarda proteinuriya odatda yo'qolmaydi.

Buyrak filtri asosan zichligi 70 000 dan kam bo'lgan past molekulyar og'irlikdagi qon oqsillarini (albuminlar) o'tkazadi. Buyraklarning chuqurroq shikastlanishi bilan siydikda yuqori molekulyar og'irlikdagi oqsillar-globulinlar paydo bo'ladi. So'nggi yillarda selektiv proteinuriyani o'rganish keng tarqalmoqda, ya'ni shikastlangan glomerulyar filtrning turli xil nisbiy molekulyar og'irlikdagi oqsillarni o'tkazish qobiliyati. Selektiv proteinuriyani o'rganish uchun siydik

oqsillarini elektroforez qilish usuli qo'llaniladi. Glomerulonefrit bilan qon zardobining deyarli barcha tarkibiy qismlari siydikka tushishi aniqlandi va uroproteinogramma nefrit yoki sarum deb ataladi. Nefrotik sindrom bilan siydikda ko'p miqdordagi albuminlar, A1 va b-globulinlar aniqlanadi. A2 va b - globulinlarning tarkibi qon zardobida ko'payadi, ammo siydikda yo'q. Ushbu turdagi uroproteya-nogram nefrotik deb ataladi.

Biz 0,033 g/l dan 30 g/l gacha bo'lgan proteinuriyani glomerulonefrit bilan og'rigan barcha bemorlarda kuzatdik; surunkali glomerulonefritning nefrotik shaklida proteinuriya ayniqsa yuqori.

Ko'pgina mualliflar homiladorlik paytida proteinuriyaning ko'payishini ta'kidlashadi, ba'zida u massiv bo'lib qoladi. Tug'ruqdan keyingi davrda Proteinuriya odatda boshlang'ich darajasiga tushadi. Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda proteinuriyaning ko'payishi buyrak patologiyasining kuchayishi, homiladorlik natijasida yuzaga keladigan fiziologik mexanizmlarning ta'siri (glomerulyar apparatda filtrlangan oqsil miqdorining ko'payishi va uning reabsorbtsiya jarayonlarining kuchlanishi, post-Raleigh mexanizmlari, buyrak tomirlarida bosimning oshishi) bilan izohlanadi. Biz jinsiy aloqada bo'lamiz, aksariyat hollarda gipertenziv holatning qo'shilishi sabab bo'ladi, bu homiladorlikning ushbu asoratining boshqa belgilarining paydo bo'lishi va tug'ruqdan keyin proteinuriyani tezda yo'q qilish bilan tasdiqlanadi.

Anemiya buyrak patologiyasining tez-tez uchraydigan ko'rinishlaridan biridir. Buyraklar gematopoez jarayonida ishtirok etadi. Ularda eritropoetin hosil bo'ladi-eritropoezni tartibga soluvchi gumoral omil. Eritropoe-tin suyak iligi gemotsitoblastlarining eritroblastlarga qarab farqlanishini rag'batlantiradi. Bundan tashqari, eritropoetin gemogloblin sintezini oshiradi. Buyrak patologiyasidagi anemiya ular tomonidan eritropoetin ishlab chiqarishning kamayishi bilan bog'liq. Suyak iligining funktsional faoliyatining buzilishi kasallikning dastlabki bosqichlarida allaqachon qayd etilgan. Bu buyrak funktsiyasi saqlanib qolgan surunkali glo-merulonefrit bilan og'rigan bemorlarning 30 foizida va hatto pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda kamqonlikning rivojlanishi bilan bog'liq.

Nefrogen anemiya bilan depoda temirning yuqori miqdori va retikuloendotelial tizim hujayralaridan zaxira temirning gem sintezi uchun etarli darajada ishlatilmasligi buzilishi qayd etiladi.

Buyrak kasalliklarida anemiya normoxromik, kamroq gipoxromik. Shunday qilib, buyrak kasalliklarida o'ziga xos shafqatsiz tsikl rivojlanadi: buyraklarning eritropoetik funksiyasining buzilishi anemiya rivojlanishiga olib keladi va buyraklar gipoksiyaga juda sezgir; gemoglobin miqdorining pasayishi tubulalar faoliyatining buzilishi bilan birga keladi, bu esa asosiy kasallikning borishini kuchaytiradi.

O'tkir glomerulonefritda anemiya, eritropoez buzilishidan tashqari, gipervolemiya va birinchi navbatda gidremiya tufayli qonning suyultirilishi bilan ham bog'liq. Qon hajmining birligida eritrotsitlar va Ge-moglobin konsentratsiyasining pasayishi normal homiladorlik paytida ham sodir bo'ladi, chunki ikkinchi trimestrdan boshlab plazma hajmining ko'payishi eritrotsitlar sonining ko'payishidan oldinda, gematokrit ko'rsatkichi esa pasayadi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, fiziologik homiladorlik paytida plazma hajmi 42% ga, eritrotsitlar hajmi esa atigi 20% ga oshadi. Shu munosabat bilan gematokrit ko'rsatkichi 11% ga kamayadi, o'rtacha gidremiya rivojlanadi. Qizil qon hujayralari soni $3,5 \times 10$ ga kamayadi¹². Gemoglobin miqdori 116 g/l gacha kamayadi. ushbu holat glomerulonefri-tom bilan og'rigan bemorlarda qizil qon miqdorini tahlil qilishda hisobga olinishi kerak. Gipervolemiya surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayollarda ham rivojlanadi, ammo sog'lom homilador ayollarda bo'lgani kabi sezilarli emas: plazma hajmi 26% ga, qizil qon tanachalari hajmi 11% ga oshadi. Qonda gemoglobin miqdori 110 g/l dan kam va gematokrit ko'rsatkichi 33% dan kam bo'lsa, haqiqiy anemiya haqida gapirish mumkin.

Anemiya buyrak etishmovchiligi bosqichida surunkali nefrit bilan tabiiy ravishda kuzatiladi. Buyrakning azot ajratish funksiyasi saqlanib qolganda, anemiya tez - tez uchraydi, chunki eritropoetin ishlab chiqarishning buzilishi uremiyadan oldin qayd etilgan. Homiladorlikdan tashqari, buyrakning etarli azotli funksiyasi bo'lgan surunkali glomerulonefritdagi anemiya bemorlarning 30-40

foizida uchraydi. Biz glomerulonefrit bilan kasallangan homilador ayollarning 26 foizida kamqonlikni kuzatdik.

Klinik kursga ko'ra o'tkir va surunkali glomerulonefrit ajralib turadi.

O'tkir glomerulonefrit ko'pincha tsiklik shaklga ega, asiklik shakli kamroq uchraydi. O'tkir glomerulonefritning tsiklik shakli o'rtacha 10 kundan keyin (1 dan 3 haftagacha) sodir bo'ladi. Streptokokk kasalligi yoki emlashdan keyin. Kasallikning boshlanishi o'tkir: bosh og'rig'i, bel og'rig'i, nafas qisilishi, yuzida shish paydo bo'ladi, oliguriya ko'pincha qayd etiladi; qon bosimi ko'tariladi; bemorlarning 1/3 qismida isitma paydo bo'ladi. Kasallikning boshidanoq siydikdagi o'zgarishlar aniq: ko'plab bemorlarda makrogematuriyaga xos bo'lgan jigarrang-qizil rang osongina seziladi. Mikrogematuriya deyarli barcha ayollarda, shuningdek proteinuriya va silindruriyada aniqlanadi. Siydik cho'kmasida eritrotsitlar va qon tsilindrlarining mavjudligi o'tkir glomerulonefrit tashxisini tasdiqlaydi. (Cho'kindilarda yog ' tomchilari, epiteliya tsilindrlari va ikki marta sinadigan yog'larning mavjudligi surunkali buyrak kasalligi mavjudligini ko'rsatadi). Leykotsituriya ko'pincha aniqlanishi mumkin, ammo siydik cho'kmasini miqdoriy tekshirishda unda qizil qon tanachalari ustunlik qiladi. O'rtacha azotemiya ko'pincha kuzatiladi. Kasallikning buyrak va ekstrarenal belgilari bir necha kundan 2-3 haftagacha davom etadi. Keyin siydik miqdori asta-sekin va ba'zan juda tez ko'payadi, qon bosimi pasayadi, shish va yurak etishmovchiligi belgilari yo'qoladi. Siydikdagi o'zgarishlar uzoq vaqt davom etadi. Gematuriya va proteinuriya bir necha oy davomida, kasallikning to'liq tiklanishigacha yoki surunkali holatga o'tguncha kuzatiladi. O'tkir glomerulonefritning tsiklik shakli ko'pincha bolalar va o'spirinlarda rivojlanadi.

Kattalar nefritning o'chirilgan, asiklik shakli bilan ko'proq ajralib turadi, shuning uchun kattalardagi o'tkir glomerulonefrit tashxisini ehtiyotkorlik bilan qo'yish kerak, bu surunkali nefritning kuchayishi ehtimolini istisno qiladi. O'tkir glomerulonefritning asiklik shakli tez, sezilmasdan boshlanadi, oyoqlarda engil shish, zaiflik, ozgina nafas qisilishi va siydikda tasodifan aniqlangan xiyonat bilan namoyon bo'ladi: proteinuriya yoki gematuriya. Agar anemiyada yaqinda

o'tkazilgan streptokokk kasalligi haqida ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, kasallikni aniqlash mumkin. Bunday hollarda streptokokklarga qarshi antikorlarning titrlari odatda ko'tariladi. O'tkir glomerulonefritning asiklik shakli tsiklik shaklga qaraganda tez-tez surunkali kursga ega bo'ladi. Kattalardagi holatlarning taxminan yarmida o'tkir post-streptokokk glomerulonefrit surunkali holatga o'tadi.

Homiladorlik paytida o'tkir glomerulonefrit keng tarqalgan emas. Buning sababi shundaki, kasallik odatda bolalik va o'smirlilik davrida paydo bo'ladi. Bundan tashqari, homiladorlikka xos bo'lgan glyukokor tikoidlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi o'tkir glomerulonefritning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Shu bilan birga, tashxisni morfologik tasdiqlashning yo'qligi (homilador ayollar uchun buyrak biopsiyasi kamdan-kam hollarda amalga oshiriladi) va tug'ruqxonalarda o'tkazilgan diagnostika testlarining kamligi, shubhasiz, ba'zi hollarda o'tkir glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda homilador ayollarning nefropati noto'g'ri tashxis qo'yilganiga yordam beradi.

O'tkir glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda homiladorlik kamdan-kam hollarda xavfsiz tarzda amalga oshiriladi. Aksariyat ayollarda homila bachadonda o'ladi yoki kasallik homiladorlikning erta boshlanishiga olib keladi. Ushbu ikkala asorat glomerulonefrit arterial gipertenziya yoki azotemiya bilan kechadimi-yo'qmi bilan chambarchas bog'liq. Gipertenziya va azotemiyasiz o'tkir glomerulonefritda prognoz yanada qulaydir.

O'tkir glomerulonefrit, agar homiladorlikning ikkinchi yarmida paydo bo'lsa, gestoz bilan yanglishishi mumkin. Bu kasallikning tsiklik va undan ham ko'proq asiklik shakliga tegishli. Ushbu holatlarni farqlash uchun siydik cho'kmasini mikro-skopik tekshirish katta ahamiyatga ega. Gematuriya, qon tsilindrlari glomerulonefritga xosdir va homilador ayollarning nefropatiasida uchramaydi. Anti-o-streptolizinning yuqori titri ham o'tkir glomerulonefritga xosdir. Ammo shuni yodda tutish kerakki, o'tkir glomerulonefrit streptokokk bo'lmagan etiologiya bo'lishi mumkin, keyin anti-o-streptolizin titri past bo'lib qoladi.

Bundan bir yil yoki undan ko'proq oldin o'tkazilgan o'tkir glomerulonefrit, muvaffaqiyatli davolanishdan so'ng, odatda gestozning rivojlanishiga ishonmaydi,

homila rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi va buyrakning keyingi faoliyatiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Boshqacha qilib aytganda, davolangan o'tkir nefrit homiladorlik jarayoniga, homila va ayolning holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. O'tkir glomerulonefritning o'tkir bosqichi 3-haftada, to'liq davolash 9-15 oyda tugaydi. Qayta tiklash bolalarning 80-95 foizida va kattalarning 50-70 foizida sodir bo'ladi. Kattalardagi nefrotik sindromning anuriya bilan kombinatsiyasi buyrak etishmovchiligining tez rivojlanishiga olib keladi.

Bir yil ichida davolanmagan o'tkir glomerulonefrit surunkali nefritga o'tgan deb hisoblanadi.

Surunkali glomerulonefritning quyidagi asosiy klinik shakllari mavjud: 1) yomon sifatli (subakut, tez rivojlanuvchi); 2) aralash; 3) nefrotik; 4) gipertonik; 5) yashirin; 6) terminal.

0,5-1,5 yil ichida bemorning o'limiga olib keladigan subakut yomon sifatli diffuz glomerulonefrit homilador ayollarda juda kam uchraydi.

Surunkali diffuz glomerulonefritning gipertonik shakli qon bosimining oshishi va siydikdagi kichik o'zgarishlar bilan tavsiflanadi: proteinuriya, tsilindruriya, kichik va o'zgaruvchan gematuriya. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli uzoq sekin rivojlanishi bilan ajralib turadi (20-30 yil). Ko'pincha atsiklik yashirin o'tkir glomerulonefritdan keyin yoki homilador ayollarning gipertenziv sindromi natijasida paydo bo'ladi. Bemorlar ozgina shikoyat qiladilar va uzoq vaqt davomida ish qobiliyatini saqlab qoladilar. Gipertenziv sindromning rivojlanishi gipertenziyaning boshlanish shakliga o'xshaydi: qon bosimi uzoq vaqt beqaror, keyin barqaror bo'ladi. Ko'pincha sistolik bosim ko'proq ko'tariladi, u kun davomida o'zgarib turadi va odatda havfli xususiyatga ega bo'lmaydi, ya'ni u asta-sekin o'sib boradi va juda yuqori ko'rsatkichlarga erishmaydi: sistolik kamdan-kam hollarda 200 mm dan oshadi va diastolik-120 mm simob ustuni. Gipertenziv inqirozlar buyrak gipertenziyasiga xos emas. Yurakning chap qorinchasining kattaligi asta-sekin o'sib boradi, aortaga II tonning akcenti beriladi. Fundusni tekshirishda tomirlarning torayishi aniqlanadi, retinada chuqurroq o'zgarishlar kam uchraydi va kech paydo bo'ladi. Shish yo'q. Proteinuriya kamdan-kam hollarda 1

g/l dan oshadi. Gematuriya deyarli doimiy, qizil qon tanachalari soni har xil, ammo ahamiyatli emas. Surunkali glomerulonefritli homilador ayollarda siydikda glomerulyar kelib chiqadigan eritrotsitlar miqdori yuqori. Ular urolitiyaz, infektsiya, papillomalar va boshqalar bilan siydik yo'llarining pastki qismlaridan kelib chiqqan qizil qon hujayralaridan farqli o'laroq, xarakterli morfologik prizmalar bilan belgilanadi. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shaklining sekin rivojlanishi buyrak tubulalariga ozgina zarar etkazishi bilan izohlanadi. Buyrak etishmovchiligi yallig'lanish jarayoni ko'p miqdordagi nefronlarning distrofiyasiga olib kelganda paydo bo'ladi. Azotemiya asta-sekin rivojlanadi.

Surunkali diffuz glomerulonefritning nefrotik shakli (eski nomi "nefrozonefrit") simptomlarning tetradasi bilan tavsiflanadi: massiv shish, og'ir proteinuriya, gipoproteinemiya va giperholesterolemiya. Proteinuriya 30 g/l yoki undan ko'pga etishi mumkin, kuniga 5 g dan ortiq protein chiqariladi. Natijada 50-40 g/l gacha bo'lgan gipoproteinemiya rivojlanadi. Mushaklar atrofiyasi, bemorlar progressiv zaiflikdan shikoyat qiladilar. Gipoproteinemik shish oyoqlarda paydo bo'ladi, keyin yuzda, qorinda astsit paydo bo'ladi; eng og'ir holatlarda o'pka shishi, konvulsiyalar bilan miya va ko'rlik bilan retinaning shishishi kuzatiladi. Bemorlar ko'ngil aynish, ishtahaning etishmasligidan shikoyat qiladilar. Ushbu hodisalar oshqozon shilliq qavatining shishishi bilan bog'liq. Diurez keskin kamayadi.

Asosan albuminlar, α_1 va β -globulinlar qondan siydikka o'tadi. Siydik cho'kmasida gialin va donador silindrlar topiladi. Disproteinemiya α_2 va β -globulinlar fraktsiyalarining ko'payishida namoyon bo'ladi. Qonda xolesterin miqdori 7,8-15,6-26,0 mmol / l. qon bosimi normal bo'lib qoladi.

Surunkali diffuz glomerulonefritning nefrotik shakli, distrofik o'zgarishlarga qo'shimcha ravishda, buyrakning yallig'lanish shikastlanishining belgilari bilan ham ajralib turadi, ular kam gematuriyada va glomerulyar filtratsiyaning pasayishida namoyon bo'ladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik shakli bo'lgan bemorlarda buyrak etishmovchiligi aniqligi butun nefronning, ayniqsa tubulalarning jiddiy shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Qonda azotli moddalarning ko'payishi buyraklar faoliyati 50% yoki undan ko'pga kamaygan

hollarda paydo bo'ladi.

Homiladorlik paytida nefrotik sindromning odatiy kechishi qulaydir. Adabiyotda 70 dan ortiq bemor tasvirlangan, biz 5 bemorni kuzatdi. Tadqiqotchilarning ushbu bemorlarga nisbatan fikri bir ovozdan: homiladorlik kasallikning rivojlanishiga yoki kuchayishiga hissa qo'shmaydi. Aksincha, homiladorlik paytida endogen oksikortikosteroidlarning ko'payishi ta'siri ostida bemorlarning ahvoli biroz yaxshilanadi. Tug'ruqdan keyingi davrda vaziyat yomonlashmaydi. Ba'zi homilador ayollarda kuzatilgan proteinuriyaning ko'payishi va shish paydo bo'lishining ko'payishi terapevtik choralar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Proteinuriya qiymati emas, hatto juda baland bo'lsa ham, balki gipertenziya yoki azotemiya paydo bo'lishi nefrotik sindromli homilador ayol uchun noqulay prognozni belgilaydi. Biroq, homiladorlik paytida bu sindromlar odatda rivojlanmaydi. Nefrotik sindromga xos bo'lgan selektiv proteinuriya bilan immunoglobulinlar G va g-globulinlar qon oqimini tark etadi, ularning qondagi darajasi pasayadi. Ehtimol, bu yuqumli asoratlarning paydo bo'lishida, xususan, bemorlarning 18 foizida kuzatiladigan siydik yo'llari infeksiyasida ma'lum ahamiyatga ega. Shish paydo bo'lishi, plazma hajmining pasayishi va giperlipidemiya tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda tromboemboliya rivojlanish xavfini oshiradi degan fikr mavjud. Garchi biz homilador ayollarda, tug'ruq paytida va tug'ruqdan so'ng glomerulonefritning nefrotik shaklida infeksiya va tromboflebitik asoratlarni kuzatmagan bo'lsak ham shunga o'xshash ko'rsatmalarni yodda tutish kerak.

Surunkali diffuz glomerulonefritning aralash shaklida yallig'lanish - qon tomir o'zgarishlari ham, ular bilan bog'liq gipertenziya ham, distrofik o'zgarishlar ham, Proteinuriya, gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya va shish ham namoyon bo'ladi. Qon bosimi odatda o'rtacha darajada ko'tariladi, ammo fundus o'zgarishi, yurakning chap qorinchasining gipertrofiyasi, aorta ustidagi II ohang aksenti kuzatilishi mumkin. Shish kichik va doimiy emas. Proteinuriya izlardan 6 g/l gacha, siydik cho'kmasida turli xil silindrlar, qizil qon tanachalari va kamdan-kam hollarda oq qon hujayralari topiladi. Surunkali glomerulonefritning aralash shakli

bilan, ba'zi hollarda, gipertonik nefritga xos bo'lgan belgilar, boshqalarda - nefrotik uchun ustunlik qilishi mumkin. Kasallikning ushbu shakli bilan eklampsi tutilishlariga o'xshash tutilish xurujlari kuzatilishi mumkin. Glomerulonefritning aralash shakli bo'lgan bemorlarning umr ko'rish davomiyligi o'rtacha 5 yil.

Surunkali diffuz glomerulonefritning yashirin shakli faqat siydik sindromi bilan tavsiflanadi (kichik Proteinuriya, vaqt-vaqti bilan kuniga 2 g ga etadi.). Siydikdagi silindrlar va qizil qon tanachalari kam uchraydi. Siydik cho'kmasining xususiyatlarini aniqlashtirish uchun uni Nechiporenkoga ko'ra o'rganish katta ahamiyatga ega. Kasallikning ushbu shaklida shish va gipertenziya yo'q. Ta'sirlanganlar odatda o'zlarini yaxshi his qilishadi va uzoq vaqt davomida kasal ekanliklarini bilmasliklari mumkin. Surunkali nefritning yashirin shakli 10-20 yil yoki undan ko'proq davom etishi yoki gipertonik yoki nefrotik shakllarga o'tishi yoki darhol buyrak etishmovchiligining rivojlanishi bilan yakunlanishi mumkin. Izolyatsiya qilingan proteinuriya bilan prognoz yaxshiroq, proteinuriya qizil qon tanachalari bilan birlashganda yomonroq. Kasallikning yashirin shakli homiladorlikning tashqarisida ham, paytida ham glomerulonefritning boshqa shakllariga qaraganda tez-tez uchraydi. Glomerulonefritning yashirin shakli gematurik nefritni o'z ichiga oladi, bu doimiy gematuriya, mayda proteinuriya va kasallikning ekstraler belgilari yo'qligi bilan tavsiflanadi. Glomerulonefritning bu shakli buyrak va siydik yo'llarining urologik kasalliklaridan ehtiyotkorlik bilan ajralib turishi kerak. Gematurik nefrit bilan, gematuriya bilan kechadigan urologik kasalliklardan farqli o'laroq, siydikda deformatsiyalangan eritrotsitlar va boshqa eritrotsitlar kasalliklari, normoxromik anemiya, eritrotsitozga moyillik, proteinuriya miqdori va glomerulyar filtratsiya darajasi bilan bog'liq emas, shish va qon ivishi bilan bog'liq emas. Surunkali diffuz glomerulonefritning terminal shakli nefritning oxirgi bosqichidir (surunkali uremiya). Surunkali glomerulonefritning barcha shakllari oxir-oqibat terminga aylanadi. Homiladorlik paytida kasallikning bu shakli kamdan-kam hollarda kuzatiladi, chunki buyrak parenximasining sezilarli darajada shikastlanishi bilan reproduktiv funktsiya keskin pasayadi. Uremiyani faol davolash usullari buzilgan urug'lantirish qobiliyatini tiklashga olib kelishi

mumkin. Shu bilan birga, gemodializ bilan davolash paytida yuzaga kelgan homiladorlik kamdan-kam hollarda muvaffaqiyatli yakunlanadi va onaning ahvoli yomonlashishiga olib keladi.

Homilador ayollarda surunkali nefritning turli shakllarining chastotasi homiladorlikdan tashqarida bo'lganlarga to'g'ri kelmaydi. Biz kuzatgan bermeneye, surunkali glomerulonefrit bilan og'rig'an bemorlar kasallik shakllari bo'yicha quyidagicha taqsimlandi: yashirin - ayollarning 63 foizida, aralash - 25 foizida, gipertonik - 7 foizida, nefrotik - 5 foizida. Homilador ayollarning aksariyati kasallikning eng engil shaklidan aziyat chekishgan.

Surunkali glomerulonefritning kuchayishi paytida o'tkir nefritga o'xshash klinik ko'rinish rivojlanadi yoki faqat kasallikning asosiy ko'rinishlarining og'irligi oshadi: shish kuchayadi, proteinuriya yoki gematuriya kuchayadi, qon bosimi ko'tariladi, streptokokklarga qarshi antikorlarning titrlari oshadi. Homiladorlik paytida surunkali glomerulonefritning kuchayishi kamdan-kam hollarda qayd etiladi.

Kamdan kam hollarda homiladorlik paytida kasallikning fokal glomerulonefrit kabi shakli paydo bo'ladi. U yuqumli kasallikdan keyin emas, balki uning davomida rivojlanadi. Bunday holda, to'g'ridan-to'g'ri toksik-ko-bakterial ta'sir qilish natijasida nefronlarning faqat bir qismi ta'sirlanadi. Fokal nefritning qo'zg'atuvchilari turli xil mikroorganizmlar bo'lishi mumkin. Kasallik tug'ish yoshida (20-30 yosh) tez-tez uchraydi. Klinik ko'rinish har qanday yuqumli kasallik paytida siydikda o'zgarishlar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi (gripp, o'tkir respirator kasallik, tonzillit, pnevmoniya, appenditsit, terining pustular shikastlanishi va boshqalar). Gematuriya eng keng tarqalgan alomatdir. Bu kichik proteinuriya, vaqti-vaqti bilan silindruriya bilan birga bo'lishi mumkin. Umumiy simptomlar (shish, gipertenziya, gipoproteinemiya, azotemiya, glomerulyar filtratsiya) odatda kuzatilmaydi. Pastki beldagi og'riqlar kam va sustdir. Jarayonning og'irligi fokal nefrit bilan emas, balki asosiy infeksiyon kasallik yoki yuqumli bo'lmagan intoksikatsiya (masalan, dori) bilan belgilanadi.

Fokal glomerulonefrit 2-3 oygacha davom etishi mumkin va keyin to'liq

davolanadi. Kamroq tez-tez qaytalanadigan shakllar rivojlanadi, bunda gematuriya takroriy infeksiyon kasalliklari yoki tananing sovuqqotishi bilan yana paydo bo'ladi.

Fokal nefritni diffuz surunkali glomerulonefritning yashirin shaklidan anamnezga ko'ra ajratish mumkin (nefrit boshlanishining infeksiya yoki intoksikatsiya bilan mos kelishini ko'rsatadi). Bundan tashqari, surunkali glomerulonefritning yashirin shakli bilan ba'zida minimal ekstrarenal namoyishlar kuzatiladi: ko'z ostidagi mayda shish, qon bosimining qisqa muddatli ko'tarilishi, glomerulyar filtratsiya va filtratsiya fraktsiyasi kamayadi.

Fokal nefrit uchun prognoz ijobiy. Hatto relaps shakllari ham odatda to'liq davolanadi va surunkali diffuz glomerulonefritga o'tmaydi. Fokal nefrit bilan og'rigan ayollarda homiladorlik odatda gestozning qo'shilishi, erta tug'ilish yoki perinatal o'limning ko'payishi bilan murakkablashmaydi. Shuning uchun homiladorlik paytida rivojlangan fokal nefrit uni to'xtatish uchun ko'rsatma emas.

Glomerulonefrit homiladorlik jarayoniga va ayniqsa homila holatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Gipertenziv holatlar glomerulonefrit bilan kasallangan bemorlarning deyarli yarmida rivojlanadi. Homiladorlikning bu asoratlari ko'pincha odatdagi muddatlardan oldin (28 hafta). Gipertenziv holatlar boshqa asoratlar singari (erta tug'ilish, homilaning etukligi) glomerulonefritning yuqori yoki normal qon bosimi bilan kechishiga bevosita bog'liq. Oddiy qon bosimi bo'lgan bemorlarda akusherlik asoratlari va homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning yo'qolishi gipertenziya bilan og'rigan bemorlarga qaraganda 4-10 baravar kam. Agar glomerulonefrit arterial gipertenziya va buyrak faoliyati buzilgan bo'lsa, homiladorlik asoratlari xavfi 3,5-10 baravar yuqori. Proteinuriya kamroq xavflidir, hatto uzoq vaqt davom etadigan yuqori proteinuriya, shu jumladan nefrotik daraja (kuniga 3,5 g. va boshqalar), garchi yuqori proteinuriya bilan, qoida tariqasida, tarkibidagi albumin miqdori kamayishi bilan belgilanadi va ko'pincha homila rivojlanishida kechikish aniqlanadi. Glomerulonefrit va gipertenziya bilan og'rigan bemorlarda gipertenziv holatlarning yuqori darajasi shubha ostiga olinadi. Ularning fikriga ko'ra, yuqori qon bosimi va proteinuriya, shuningdek ularning

mutlaq darajasi ishonchli ko'rsatmalar bo'lishi mumkin emas. Gipertenziv holatlarning qo'shilishi, ularning fikriga ko'ra, tez o'sib boruvchi proteinuriyaning yuqori darajaga ko'tarilishi bilan tavsiflanadi, ko'pincha gipertenziyaning kuchayishi yoki paydo bo'lishi va etkazib berishdan keyin bu o'zgarishlarning tez teskari rivojlanishi bilan birlashtiriladi. Bunday bemorlarda gestozni o'z vaqtida aniqlash uchun nafaqat qon bosimini muntazam ravishda qayd etish, balki proteinuriya darajasini dinamik baholash ham zarur. Glomerulonefrit bilan homiladorlik jarayonini tahlil qilib, biz ayollarning 35 foizida gipertenziv sindrom, shu jumladan 27 foizida nefropatiyani, 8 foizida preeklampsiyani aniqladi. Odatda joylashgan platsentaning erta ajralishi ayollarning 2 foizida kuzatilgan. Agar kasallik arterial gipertenziya bilan kechadigan bo'lsa, ayol va homila uchun homiladorlik va tug'ilishning asoratlari tez-tez uchraydi. (6 va 7-jadvallar).

Glomerulonefritda uteroplsental qon aylanishining buzilishi homila o'sishining kechikishiga olib keladi. O'sishning kechikishi buyrak kasalligi normal qon bosimi bo'lgan ayollarda 10% va surunkali buyrak kasalligi va gipertoniya bilan og'rikan homilador ayollarda 35% hollarda kuzatiladi. Xomilaning o'sishining kechikishi bachadon tubining balandligi va ultratovush belgilarining kechikishi bilan baholanadi: boshning biparietal kattaligi va bosh va qorin atrofi nisbati.

Jadval 6. Glomerulonefrit bilan kasallangan ayollarda homiladorlik natijalari (%da)

Nefrit bilan bemor ayollar	O'z vaqtida	Erta tug'ish			Bola tashlash		
		jami	O'z-o'zidan	Tibbiy ko'rsatma показани ям	jami	O'z-o'zidan	Tibbiy ko'rsatma показани м
1. Gipertenziya bilan	28,2	30,4	28,5	71,4	41,3	26,3	73,6
2. gipertenziy asiz	71,3	6,8	20,0	80,0	21,9	18,7	81,2
jami 119	54,6	15,9	26,3	73,6	29,4	22,8	77,2

Jadval 7. Glomerulonefrit bilan og'rigan ayollarda homila va yangi tug'ilgan chaqaloq uchun tug'ilish natijalari (%)

Ko'rsatkich	nefrit	gipertenziyasiz	hamma
28 haftadan keyin	58,7	78,0	70,5
Tirik bolalar tug'ildi			
Jami	77,7	100,0	92,8
Sog'lom	-	40,3	29,4
Gipoksiya bilan	19,0	19,3	19,2
Gipotrofiya bilan	28,5	24,5	25,6
Erta tug'ilgan chaqaloqlar	52,3	15,7	25,6
Perinatal tarzda vafot etdi			
Antenatal	111,1	-	35,7
Intranatal	111,1	-	35,7
Tug'ruqdan keyingi	142,8	-	38,4
Perinatal o'lim	333,3	-	107,2

Glomerulonefrit bilan kasallangan ayollarda tug'ilgan bolalarda ko'pincha buyrak patologiyasi topiladi.

Gipertenziv holatlarning rivojlanishida, shubhasiz, buyrak qon aylanishining buzilishi rol o'ynaydi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, glomerulonefritning yashirin shakli bo'lgan bemorlarda homilador ayollarning nefropatiyasi kasallikning og'ir shakllariga qaraganda kamroq rivojlanadi. Bu buyraklarning kamroq shikastlanishi va, xususan, glomerulonefritning yashirin shaklida buyrak gemodinamikasining kamroq aniq buzilishi bilan bog'liq. Glomerulonefritning yashirin shakli bilan antenatal o'lim faqat gipertenziv holatlar qo'shilgan taqdirda qayd etiladi.

Glomerulonefritning gipertonik va aralash shakllarida, mahalliy buyrak qon aylanishining chuqur buzilishidan tashqari, umumiy qon aylanish tizimida aniq patologik o'zgarishlar kuzatiladi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, bu yashirin shaklga qaraganda 6 baravar tez-tez gestozning rivojlanishiga, uteroplasantar qon aylanishining buzilishiga, platsentaning erta ajralishiga va perinatal o'limning 10 baravar yuqori bo'lishiga olib keladi. Glomerulonefritning ushbu shakllari bilan homiladorlikning davom etishi nomutanosibdir.

Surunkali glomerulonefritning nefrotik shakli bilan, bemorni ehtiyotkorlik bilan davolash va uzoq muddatli statsionar davolanish uchun sharoitlar mavjud

bo'lsa, homiladorlikga yo'l qo'yilishi mumkin. Gipertenziya surunkali oqsil etishmovchiligiga qaraganda ayol va intrauterin homila uchun prognozni ko'proq tortadi. Bu homilaning antenatal o'limiga olib keladigan asosiy omil gipertenziya bo'ladi. Protein etishmovchiligi, homila etishmovchiligining rivojlanishiga yordam beradigan bo'lsa-da, bolaning hayoti uchun gipertenziya kabi xavfli emas. Glomerulonefritning nefrotik shakli bo'lgan bemorlarda biz umumiy qon oqsilining eng past miqdorini qayd etdik - 46 g/l gacha ammo surunkali glomerulonefritning nefrotik shakli bo'lgan barcha ayollar tirik bolalarni tug'dilar va tug'ilgandan keyin bir necha yil davomida ayollarni kuzatish homiladorlik natijasida buyrak kasalligining yomonlashishini aniqlanmadi. Bu boshqa mualliflarning glomerulonefritning nefrotik shaklidagi ona va homilaning holati nisbatan xavfsiz ekanligi va homiladorlikdan keyin kasallikning yomonlashishi kuzatilmaligi haqidagi qarashlariga mos keladi.

Ona va homila uchun homiladorlik va tug'ilishning noqulay natijalarini aniqlaydigan va prognoz va terapevtik taktikaga nisbatan shifokorni yo'naltiradigan 3 ta xavf darajasi mavjud.

Xavfning I darajasi minimaldir. Homiladorlikning asoratlari ayollarning 20 foizidan ko'p emas hollarda kuzatiladi. Homiladorlik kamdan-kam hollarda kasallik bilan asoratlanadi - bemorlarning 20% dan kamrog'ida.

Xavfning II darajasi aniq. Ekstragenital kasalliklar ko'pincha (20 dan 50% gacha) gestoz bilan homiladorlikning asoratlarini keltirib chiqaradi, o'z-o'zidan abort qilish, erta tug'ilish; ko'pincha xomilalik gipotrofiya rivojlansa perinatal o'lim darajasi oshadi (200‰ gacha). Homiladorlik paytida kasallikning borishi yomonlashishi mumkin homiladorlik yoki tug'ruqdan keyin bemorlarning 20% dan ko'prog'ida.

III xavf darajasi - maksimal. Ekstragenital kasalliklar bilan kasallangan ayollarning aksariyatida - homiladorlikning asoratlarini keltirib chiqaradi (50% dan ortiq), kamdan-kam hollarda to'laqonli bolalar qoniqarli tarzda tug'iladi.

Holati; perinatal o'lim darajasi yuqori (200‰dan ortiq). Homiladorlik quyidagilar uchun xavf tug'diradi.

Surunkali glomerulonefrit bilan og'riq homilador ayollarda xavf darajasi kasallikning shakliga bog'liq: I xavf darajasi - yashirin shakl; II xavf darajasi - nefrotik shakl; III xavf darajasi - gipertonik va aralash shakllar, nefritning har qanday shakli uchun azotemiya, shuningdek o'tkir glomerulonefrit va surunkali kasallikning kuchayishi.

Fokal glomerulonefrit ham xavfning birinchi darajasiga tegishli. 8-jadvalda glomerulonefritning turli shakllarida homiladorlikning asoratlari darajasi ko'rsatilgan.

Jadval 8. Surunkali glomerulonefrit shakliga qarab homiladorlikning asoratlari (foiz sifatida).

Glomerulonefrit turi	Homiladorlik asorati				Havf darajasi
	gestoz	Erta tug'ish	Plats.ko'chi shi	Antenatal o'limъна	
Nefrotik	16	20	-	-	II
gipertonik	20	28	-	28	III
aralash	43	24	8	24	III
O'rtacha	52	13	2	13	

Jadval ma'lumotlaridan ko'rinib turibdiki, kasallikning yashirin va nefrotik shakllari bilan homiladorlikning asoratlari nisbatan kam uchraydi. Glomerulonefritning gipertonik va aralash shakllarida deyarli har bir bemorda asoratlar paydo bo'ladi. II va III darajali xavfli bemorlarning barcha bolalari to'yib ovqatlanmaslik holatida tug'iladi. III darajali xavf yuqori qon bosimi bo'lgan bemorlarda tanovlendir. Gipertenziya odatda yomon prognozni oldindan belgilaydi. 100 mm HG dan yuqori diastolik bosim darajasida homiladorlikning asoratlari har doim rivojlanadi. Gipertenziya bilan og'riq homilador ayollarda intrakranial qon ketish, platsentaning muddatidan oldin ajralishi yoki "buyraklarning yopilishi" tufayli o'limga olib kelishi mumkin. Xomilaning o'limi platsenta qon oqimining

pasayishi, yo'ldoshning erta ajralishi yoki intranatal gipoksiya natijasida ham sodir bo'lishi mumkin. Gipertenziya azotemiyaga qaraganda xavfli belgidir. Buyrak funksiyasi sezilarli darajada cheklangan ko'plab ayollar (kreatinin klirensi 20 dan 30 ml/min gacha, sarum kreatinin darajasi 200-300 mkmol/l), agar gipertenziya bo'lmasa, homiladorlikni keltirib chiqarishi mumkin. Shunga qara may, biz azotemiya bilan har qanday shakldagi glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarni III darajali xavf deb tasniflaymiz. Buyrak etishmovchiligi bo'lgan ayollarda xomila o'lik tug'ilish darajasi juda yuqori. Homiladorlik, qoida tariqasida, jiddiy gipertenziv sindrom bilan birga keladi. Uzoq muddatli natijalarni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, agar surunkali buyrak etishmovchiligi homiladorlik paytida bo'lsa, u tug'ruqdan keyin kuchayadi. Homiladorlik paytida yoki tug'ruqdan ko'p o'tmay buyrak shikastlanishi ning rivojlanishi va buyrak etishmovchiligining rivojlanishi xavfi, kontseptsiya vaqtida kreatinin darajasi 180 mkmol/l dan yuqori bo'lganida, ayniqsa aniq arteriya gipertenziviyasi bilan birgalikda ko'payadi. Xavfning III darajasida glomerulonefrit bilan og'rigan ayollar uchun homiladorlik nomutanosibdir.

Shuni ta'kidlash kerakki, kasallikning individual belgilari emas, balki glomerulo nefrit shakli prognozni belgilaydi, ammo buyrak funksiyasining ba'zi ko'rsatkich lari muhim ahamiyatga ega. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, agar bemorda qon bosimi normal bo'lsa, glomerulyar filtratsiya 60 ml/min dan yuqori bo'lsa, siydik ning nisbiy zichligi 1023 dan yuqori bo'lsa, shish yo'q, proteinuriya kuniga 5 g dan kam bo'lsa, engil gematuriya bo'lsa, fundusda o'zgarishlar bo'lmaydi. Surunkali glomerulonefritning proteinuriya ko'payishi, gipertensiya qo'shilishi yoki rivojlanishi va buyrak etishmovchiligi ko'rinishidagi homiladorlik asoratlari bemorlarning 30-35 foizida, homilador ayollarning 2/3-3/4 qismida esa o'zgarishlar tiklanadi va yo'qoladi yetkazib berishdan keyin. Shu bilan birga, bemor larning 65 foizida homiladorlik surunkali kasallikning rivojlanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Homilador ayol va homila uchun prognoz nafaqat yashirin, balki ko'pincha nefro tik shaklda ham qulaydir, ya'ni bemorlarning taxminan 70 foizida.

Buyrak punksiyon biopsiyasi mamlakatimizda faqat cheklangan miqdordagi ilmiy nefrologik muassasalarda qo'llaniladi va bere-menniya ushbu invaziv tadqiqot usuli taqiqlanadi. Ko'rinishidan, siz bundan afsuslanmasligingiz kerak, chunki birin chidan, glomerulonefritning turli xil morfologik shakllarida kasallikning kechishi va homiladorlik natijalari to'g'risidagi adabiyotlarda mavjud bo'lgan ma'lumotlar qarama-qarshi, ikkinchidan, tug'ruqdan keyin qilingan punksiyon biopsiyasi prognozni osonlashtirmaydi va bemorni boshqarish taktikasiga ta'sir qilmaydi.

O'tkir glomerulonefrit bilan og'rikan bemorlar ba'zi hollarda homiladorlikni etkazib berish muddatidan oldin etkazishlari mumkin. Ammo o'tkir glomerulonefrit va su runkali nefritning kuchayishi bilan homilaning intrauterin o'limi va erta tug'ilish tez-tez uchraydi. Kasallik uzoq muddatli intensiv davolanishni talab qiladi, bu ba'zi hollarda homila va homiladorlikning keyingi rivojlanishiga befarq emas. Shu bilan birga, past darajadagi davolanish kasallikning surunkali holatga o'tishiga yordam beradi. Shuning uchun biz o'tkir glomerulonefrit va surunkali nefritning kuchayishi III darajali xavf deb hisoblaymiz, homiladorlik uchun kontrendikatsiya bo'lib, mud datidan qat'i nazar, uni to'xtatishni talab qiladi. Shuni esda tutish kerakki, surunkali nefritning kuchayishi tashxisi, ayniqsa homiladorlik paytida qiyin. Tashxisdagi xa to homiladorlikning asossiz tugatilishiga olib kelishi mumkin (keraksiz davola nish haqida gapirmasa ham bo'ladi). Bemorning har bir yomonlashishi, shuningdek, bir yoki bir nechta alomatlarining kuchayishi kasallikning kuchayishi emas. Ko'p hollar da gestoz belgilarining paydo bo'lishi glomerulonefritning kuchayishi bilan yang lishishi mumkin. Shuning uchun, homiladorlikning o'zi nefritning kuchayishiga hissa qo'shmasligini e'tiborsiz qoldirmasdan, kasallikning kuchayishiga (sovutish, streptokokk kasalliklari va boshqalar) olib kelishi mumkin bo'lgan omillar mav judligini hisobga olish kerak. Nefrit uchun allergik jarayonning streptokokk kelib chiqishini hisobga olgan holda, ba'zi hollarda anti-o-streptolizin va C-reaktiv oqsilning titrini aniqlash muhim differentsial ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan ayollarni dastlabki 12 haftada tekshirish kerak. Kasallikning shaklini aniqlash va homiladorlikni saqlab qolish masalasini hal qilish uchun homiladorlik. Bu kasalxonada eng to'liq amalga oshirilishi mumkin. Tug'ruqxonada buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarni tekshirish uchun diagnostika imkoniyatlari kam bo'lganligi sababli, terapevtik yoki ixtisoslashtirilgan nefrologik kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiqdir.

Glomerulonefritning yashirin shakli aniqlangan bemorlar surunkali glomerulonefrit yoki gestoizning kuchayishining dastlabki belgilarini o'z vaqtida tashxislash uchun antenatal klinikada kuzatilishi mumkin.

Ushbu patologik holatlarni kasalxonada davolash kerak, chunki ambulatoriya sharoitida davolanish ko'pincha samarasiz bo'lib, og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Agar glomerulonefrit va gestoizning kuchayishi bo'lmasa, unda ayollar qayta kasalxonaga yotqizilishi shart emas. Glomerulonefritning nefrotik shakli bo'lgan bemorlar ko'p marta kasalxonaga yotqizilishi va ularning ahvoli talab qila digan vaqt davomida kasalxonada bo'lishi kerak (ba'zan bir necha oy, tug'ilgunga qadar).

Agar kasallikning gipertonik va aralash shakllari bo'lgan bemorlar homiladorlikni to'xtatishdan bosh tortsa, ular nefrotik shaklda tavsiya etilgan taktikalarga duch kelishadi. Ushbu bemorlarni ambulator sharoitida davolash samarasiz, bundan tashqari, bu hatto xavflidir, chunki kundalik tibbiy kuzatuv bo'lmasa, glomerulonefrit yoki tez rivojlanayotgan gipertenziv holat tufayli eklampsi xurujini o'z vaqtida tashxislash mumkin emas.

Glomerulonefritning yashirin shakli bilan ayollar o'z vaqtida tug'ishi mumkin va maxsus akusherlik yordamiga muhtoj emas. Kasallikning nefrotik, aralash va gipertonik shakllari bo'lgan bemorlarda ko'pincha xomilalik gipotrofiya rivojlanadi va eng muhimi, uning erta intrauterin o'limi xavfi mavjud. Shuning uchun etkazib berish uchun homiladorlikning tugashini kutish har doim ham tavsiya etilmaydi. Xomilaning manfaati uchun mehnatning erta qo'zg'alishi ko'rsatiladi, ayniqsa homilaning holatini nazorat qilish barcha mavjud usullar bilan muntazam ravishda amalga oshirilsa (homilaning yurak urishini tinglash,

homilaning elektrofonokardiografiyasi, estriolning siydik bilan chiqarilishini va qondagi termostabil ishqoriy fosfataza darajasini aniqlash, ultratovush tekshiruvi, Doppler ultratovush tekshiruvi va boshqalar)., homilaning intrauterin azoblanishini ko'rsatishni boshlaydi yoki fetoplasental kompleks funksiyasining buzilishi. Kesar kesish kamdan-kam hollarda, odatda akusherlik ko'rsatkichlari bo'yicha qo'llaniladi.

Surunkali glomerulonefritning nefrotik, aralash va gipertonik shakllari bo'lgan bemorlarda erta tug'ilishga ehtiyoj paydo bo'lishi mumkinligi sababli, bunday ayollar noto'g'ri kasalxonaga yotqizilishi kerak (homiladorlik davri 36-37 hafta.). Yuqori qon bosimi (aralash, gipertonik) bilan kechadigan kasallik shakllarida tug'ilishdan bir necha hafta oldin kasalxonaga yotqizish nafaqat homila uchun xavf, balki ayolning holati bilan ham belgilanadi, chunki homiladorlikning so'nggi haftalarida qon bosimi ko'pincha ko'tariladi, bu esa tegishli terapiyani talab qiladi.

Glomerulonefrit bilan kasallangan homilador ayollarni davolash.

Glomerulonefrit bilan kasallangan homilador ayollarni davolash juda kam rivojlangan. Ayni paytda, u homilador bo'lmaganlarni davolashni nusxa ko'chira olmaydi. Xomilaning mavjudligi, bir tomondan, uning intrauterin mavjudligi uchun maqbul sharoitlarni ta'minlash talabini ilgari suradi, boshqa tomondan, uning rivojlanishini buzmaslik kerak. Bu zarur tibbiy muolajalarni amalga oshirishni sezilarli darajada cheklaydi. Homiladorlik paytida ayollar asosan undan tashqarida bo'lgan rejimga rioya qilishadi. Agar ular sovutish bilan bog'liq bo'lmasa, ular odatdagi ishlab chiqarish faoliyati bilan shug'ullanishlari mumkin: sovuq ob-havo glomerulonefritning kuchayishiga olib keladi. Kunduzgi ta'tilni yotoqda o'tkazishga imkon beradigan ishning bunday tabiati juda dangasa. Uzoq vaqt davomida tik turish buyraklar faoliyatini yomonlashtiradi (buyrak qon oqimi, glomerulyar filtratsiya, diurez kamayadi, proteinuriya ko'payadi). Ish joyiga afzallik beriladi. Agar kasallikning kuchayishi yoki uning individual belgilarining rivojlanishi bo'lmasa, yotoqda dam olish zarurati yo'qoladi. Jismoniy tarbiya, homilador ayollar uchun tavsiya etilgan kompleksdan tashqari, to'xtatilishi kerak.

Yuqorida aytilganlar dengiz cho'milishlariga ham tegishli. Glomerulonefritni davolashda dietaga katta rol beriladi. Asosiy talab osh tuzi va suyuqlikni cheklash dir. Tuzni iste'mol qilishning ruxsat etilgan miqdori kasallikning shakliga bog'liq. O'tkir nefrit bilan oziq-ovqat tarkibidagi osh tuzi kuniga 3 g dan oshmasligi kerak (deyarli tuzsiz parhez). Shishlar bartaraf etilgach, tuz iste'molini biroz oshirish mumkin. Agar sezilarli gipertenziya saqlanib qolsa, osh tuzining ko'payishi muhim bo'lmasligi kerak, giponatriy dietaga bo'lgan ehtiyoj saqlanib qoladi. Oliguriya bilan kechadigan o'tkir glomerulonefritda mast bo'lgan va parenteral yuborilgan suyuqlik miqdori bir kun oldin chiqarilgan diurezga, shuningdek, ekstrarenal yo'l bilan yo'qolgan 700 ml suyuqlikka teng bo'lishi kerak.

Azotemiyasiz surunkali glomerulonefritda, agar kasallik shish va gipertenziya bilan kechadigan bo'lsa, osh tuzini iste'mol qilish ham kesiladi.

Nefritning nefrotik shaklidagi tuz miqdori kuniga 4-5 g gacha kamayadi, ichilgan suyuqlik hajmi 800 ml gacha kamayadi. surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli bilan faqat osh tuzini kuniga 5 g gacha cheklash kerak, aralash shaklda tuzni 5 g gacha, suyuqlikni esa 800-1000 ml gacha kamaytirish kerak, tuz va suyuqlikni cheklash juda katta bo'lmasligi kerak. I. E. Tareeva, V. A. Rogov (1996) bemor o'zining tuz iste'moli va chanqoqlik tuy g'usiga e'tibor qaratishi kerak deb hisoblaydi. U og'riqli hislarni boshdan kechir masligi kerak, garchi, albatta, tuz va suyuqlikni suiiste'mol qilmaslik kerak.

Surunkali glomerulonefritning yashirin shakli bilan dietada normal miqdordagi osh tuzi va suv bo'lishi mumkin.

Buyrak etishmovchiligi belgilarisiz yuzaga keladigan glomerulonefrit bilan og'riqan bemorlarning ratsionidagi oqsil miqdori masalasi murakkab va munozarali. O'tkir nefrit bilan oqsilni cheklash tavsiya etiladi: kasallikning birinchi haftasida kuniga 30 g va kelajakda 50-60 g. Proteinli dietaning bunday kamayishi kasallikning barcha asosiy belgilarining og'irligini kamaytirishga yordam beradi, chunki kam proteinli parhez buyraklar faoliyatini va Antikor ishlab chiqarishni kamaytiradi. O'tkir glomerulonefritli ayollarda homiladorlik to'xtatilishi kerakligi sababli, ovqatlanish printsipi homiladorlikdan tashqari ushbu kasallik bilan bir xil

bo'lib qoladi.

Surunkali glomerulonefritni azotemiyasiz davolashda dietadagi oqsil miqdori bo' yicha uchta nuqtai nazar mavjud, ularning har biri juda asosli. Kam proteinli dietada (0,5 g/kg) shish va qon bosimi tezroq pasayadi, proteinuriya kamayadi. Yuqori proteinli parhez (2 g/kg va undan ko'p) barcha plastik xarajatlarni qoplash uchun oqsilga bo'lgan ehtiyojni ta'minlaydi, gipoproteinemiyaning kamaytiradi. Oziq-ovqat tarkibidagi oqsilning fiziologik normalari (1 g/kg) - o'rtacha protein dietasi eng oson toqat qilinadi, siydik tarkibini yaxshilaydi.

Homiladorlik paytida kam proteinli dietani noto'g'ri deb hisoblash kerak, chunki homilaning o'sishi va rivojlanishi uchun ko'p miqdordagi plastik moddalar talab qilinadi. Shu nuqtai nazardan, ko'p miqdordagi oqsilni o'z ichiga olgan parhez (kuniga 120-160 g) ko'proq oqlanadi. Bu glomerulonefritning nefrotik shakli, siydik va gipoproteinemiya bilan oqsilning katta yo'qotilishi bilan ko'rsatiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, bir hafta ichida oziq-ovqat tarkibidagi oqsil mahsulotlarining ko'pligi ishtahani pasaytiradi, proteinuriyani kuchaytiradi, bu ba'zi hollarda homilador ayollarning gipertenziv holatining qo'shilishi sifatida noto'g'ri qabul qilinishi mumkin. Glomerulonefritning gipertonik va aralash shakllarida o'rtacha protein miqdori (kuniga 70 g) bo'lgan parhez tavsiya etiladi va siydikda ko'proq protein yo'qotilishi bilan uning etishmasligi oqsil o'z ichiga olgan suyuqliklarning parenteral infuziyalari bilan qoplanadi. Kasallikning yashirin shakli bo'lgan parhez sifat va miqdoriy tarkibda hech qanday xususiyatlarga ega emas.

Dorivor moddalar glomerulonefrit terapiyasining asosidir. Ammo homiladorlik paytida faqat simptomatik davolash kerak. Etiologik (streptokokkga qarshi) terapiya zarur emas, chunki homiladorlik paytida o'tkir glomerulonefrit kam uch raydi. Homiladorlikdan tashqari patogenetik terapiya quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) asosiy ta'siri immunitet depressiyasi bilan belgilanadigan usullar (glyukokorti koidlar, sitostatiklar, plazmaferez, limfotsitlarga qarshi sarum, ko'krak limfa kanali ni drenajlash); 2) asosan yallig'lanishga qarshi vositalar (aspirin,

indometazin, bru fen); 3) to'g'ridan-to'g'ri (geparin) va bilvosita (fenilin) antikoagulyantlar va anti trombositlar (dipiridamol); 4) aminokinolinlar. Homiladorlik paytida ushbu ro'y xatdan faqat aspy-rin, geparin va antitrombositlardan foydalanish mumkin. Qolgan dorilar embrion va fetotoksik ta'sirlari tufayli nomutanosibdir.

Alkillovchi birikmalar (siklofosfamid, xlorambusil, tio-tef, miyelosan, dopan, embixin) homilada mitti, mik-rosefali, tug'ma katarakt, qattiq tanglayning bo'li nishi va jinsiy bezlarning kam rivojlanishiga olib keladi. Antimetabolitlar (azatiap rin, ametopterin, 6-merkaptopurin) Markaziy asab tizimi, ko'rish organlari, jinsiy bezlar, oyoq-qo'llar, tanglay, gidrosefali, gemopoezning bostirilishi, to'qima nekrozi, homilaning o'limi va rezorbsiyasini keltirib chiqaradi. Aminokinolin seriyasidagi dorilar (delagil, Plaquenil, rezoxin va boshqalar) homilada spina bifida, tug'ma gidronefroz, buyrak atreziyasi, Markaziy asab tizimining anomaliyalari, trombositopeniya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Metindol (indometazin, inteban) suyak iligi gematopoezini inhibe qiladi. Kortikosteroid gormonlari (prednizolon, triamsinolon va boshqalar) katta dozalarda samarali bo'ladi: 2 hafta davomida kuniga 50-70 mg prednizolon., keyin doz kamayadi.

Ba'zi tadqiqotchilar homilador ayollar uchun bunday yuqori dozali steroid dorilarni buyurish joiz deb hisoblashadi. Ammo, biz homiladorlik paytida glyukokorti koidlarning katta dozalari homila gipotrofiyasining rivojlanishi, gemolitik reaktsiyalar va Kushing sindromi, gipokortitsizm, qattiq tanglayning parchalanishi, gipoglikemiya va aqliy zaiflik tufayli kontrendikedir deb hisoblaymiz. Birinchi trimestrda 20 mg gacha va homiladorlikning ikkinchi trimestridan 30 mg gacha bo'lgan dozalarda prednizoloni aniqlash joizdir. Agar kerak bo'lsa, yuqori dozalar ni qo'llang homiladorlik nomutanosib. Glomerulonefritning engil, yashirin kursi bilan homilador ayollar umuman dori terapiyasiga muhtoj emaslar.

Buyrak simptomatik gipertenziyasini dori bilan davolash birinchi navbatda kaltsiy antagonistlari, β -blokerlar, diuretiklar va ablokerlar tomonidan amalga oshiriladi. Markaziy ta'sir mexanizmining preparatlari (rauwolfia, Klonidin)

yordamchi ahamiyatga ega.

Kaltsiy antagonistlari antihipertenzivdan tashqari nefroprotektiv ta'sirga ega. Qon bosimining pasayishi asta-sekin bo'lishi kerak; ko'tarilgan bosimning bir vaqtning o'zida maksimal pasayishi boshlang'ich darajasining 25% dan oshmasligi kerak. Qon bosimi darajasini to'liq normalashtirishga intilish kerak. Glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayollarda gipertenziyani davolashda fizioterapiya dorilar bilan bir qatorda qo'llanilishi mumkin. Vegetativ markazlar faoliyatini normalashtirish uchun terapevtik chora-tadbirlar majmuasiga "yoqa" zonasini galvanizatsiya lashni kiritish tavsiya etiladi (hissiy beqarorligi bo'lgan bemorlarda).

Buyraklar hududida joylashgan santimetr va detsimetr diapazonidagi mikroto'lqinlar ta'sir zonasida vazodilatatsiyani, qon oqimining tezlashishini va qon aylanishining ko'payishini (shu jumladan kapillyarni), kapillyarlarning o'tkazuvchanligining oshishini keltirib chiqaradi, bu esa to'qimalarda metabolik jarayonlarning kuchayishiga yordam beradi, shu jumladan oksidlanish-qaytarilish jara yonlari. Avtonom asab tizimining parasempatik bo'limi funksiyasini faollashtirish ma'lum bir ijobiy rol o'ynaydi. Mikroto'lqinli terapiya buyrak tomirlarining qon oqimi miga chidamliligini pasaytiradi, buyrak qon oqimini oshiradi va shu bilan gipertenziyaning renal mexanizmining ta'sirini cheklaydi. Induktotermiya kamroq samaralidir (UHF magnit maydoni shaklida).

Impulsli nurlanish rejimida buyraklar sohasidagi ultratovush aniq vazotropik ta'sirga ega (qon tomirlarining kengayishi, qon oqimining o'zgarishi, qon aylana nishining faollashishi), yallig'lanishga qarshi, desensitizatsiya qiluvchi ta'sirga ega.

Elektroanaljeziya aniq neyrotrop ta'sirga ega va buzilgan kortikal-subkortikal o'zaro ta'sirlarni tartibga solishga, yuqori vegetativ markazlarning, shu jumladan vazomotorning funktsional holatini normalashtirishga yordam beradi. Markaziy asab tizimining homiladorlik paytida unga ta'sir qiluvchi stimullarning kuchiga moslashish qobiliyatini oshirish ma'lum ahamiyatga ega.

Jismoniy davolash usullari gipo-tensiv dorilarning dozalarini cheklashi mumkin.

Bu homiladorlik paytida ayniqsa muhimdir, chunki dorilarning homilaga salbiy ta'siri bo'lishi mumkin.

Glomerulonefritli homilador ayollarda, prteinuriyaga qaramay, odatda gipovolemia mavjud emas. Bunday bemorlarda homilador ayollarning nefropati va o'ziga xos gipovolemia belgilari bo'lmasa, shishishni davolash uchun diuretik preparatlardan foydalanish mumkin. Gipoproteinemiyaning davolash oqsil suyuqliklarini quyishdan iborat quruq plazma bidistillangan suv bilan 1:3 nisbatda suyul tirilganda, haftasiga 2-3 marta tomir ichiga 200-300 ml tomiziladi. Xuddi shu maqsadda 100-200 ml dan 20% albumin eritmasi yoki 200-300 ml dan protein tomir ichiga yuboriladi. protein bo'lmagan tabiiy plazmoz o'rni bosuvchi suyuqliklar (poliglyukin, reopoliglyukin) oqsil etishmovchiligini kamaytirmaydi va buning uchun ulardan foydalanish mantiqiy emas.

Semptomatik terapiya glomerulonefrit bilan anemiyani davolashni o'z ichiga oladi. Temir, B12 vitamini, foliy kislota va boshqa dorilarni buyurish ko'pincha samara siz. Qon yoki eritrotsitlar massasini quyish yanada ishonchli, bu homiladorlik payti da tanani donorning qon antijeni bilan immunizatsiya qilmaslik, so'ngra o'lik tug'lish, bepushtlik. Bundan tashqari, HBsAg infeksiyasi ham mumkin.

Antibiotiklar surunkali Glomerulonefrit kechishiga ta'sir qilmaydi, shuningdek infeksiyon o'chog'ni olib tashlash (surunkali tonzillit) nefritni davolay olmaydi. Tonsillektomiya kasallikning boshida amalga oshirilsa va surunkali glomerulonefrit bo'lsa, homiladorlik paytida bodomsimon bezlarni olib tashlashning hojati bo'lmasa, muhim profilaktik ahamiyatga ega. Sovuqlar, ayniqsa streptokokklar, kasallar uchun antibiotiklar bilan davolash ko'rsatiladi va eng kam nefrotoksik ta'sirga ega bo'lganlar. Bularga streptokokk florasining "o'ziga qaramligi" rivojlan maydigan benzilpenitsillin, shuningdek eritromitsin kiradi. Tetratsiklin antibiotiklari nafaqat nefrotoksik ta'sirga ega, balki homilaga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Sulfanilamid preparatlari nefrotoksikdir, ularni buyurish glomerulonefrit uchun ayniqsa tavsiya etilmagan.

Homiladorlikdan tashqari, glomerulonefritga xos bo'lgan buyrak qon

oqimining pasayishi buyraklarning juxtaglomerulyar apparati tomonidan renin ishlab chiqarishni ko'payishiga olib keladi. Renin ta'sirida α 2-globulin (angiotensinogen) angiotenzin I ga aylanadi, bu esa o'z navbatida ta'siri ostida bo'ladi. konvertatsiya qiluvchi ferment angiotenzin II ga aylanadi. Keyin qon - tomirlarning devorlariga ta'sir qiluvchi kuchli vazokonstriktor to'g'ridan-to'g'ri yoki simpatik-adrenergik markazlar orqali ta'sir etadi. Bu holda pressor ta'siri yurak chiqishining ko'payishi bilan emas, balki periferik qarshilikning oshishi bilan bog'liq. arteriolalarning torayishi tufayli qon oqimining tiveniya. epiteliyga ta'sir qiladibuyrak kanalchalari, angiotenzin organizmda natriyni saqlaydi.

Angiotensinning elektrolitlar muvozanatiga ta'sir qilishining yana bir va muhim usuli bu aldosteron sekretsiasini angiotensin stimulyatsiyasidir. chechenlar. Aldosteron natriyning buyraklar tomonidan chiqarilishini inhibe qiladinaqd pul; natriy va unga teng miqdorda suv tomir devorida to'planadi, uni qattiq qiladi, tomirning lümenini kamaytiradi va qon oqimiga periferik qarshilikni oshiradi. Bundan tashqari, oshirishhujayra ichidagi natriy tarkibini pasaytirish qon tomirlarining vazoaktiv moddalarga sezgirligini oshiradi: katekolaminlar, angiotenzin va boshqalar Homiladorlik davrida vazoaktiv moddalar nafaqat sintezlanadi. buyraklar, balki platsenta ham. Progesteron va estrogenlarni bostiradi- prostaglandinlar sintezini rag'batlantirish. Homilador ayollarda prostaglandinlar- ona va homilaning qon aylanish tizimini yangi yashash sharoitlariga moslashtirishda ishtirok etadilar. Homiladorlik davrida glomerulonefrit bilan og'riqan bemorlarda buyrak qon oqimi kamayadi. Gipertenziv va aralash shakllar bilanmaksimal glomerulonefrit (arteriyaning ko'payishi bilan birga). bosim) birinchi trimestrda 820 ml/min, ikkinchi trimestrda 780 ml/min, uchinchisida 720 ml/min, sog'lom homilador ayollarda esa mos ravishda 1460, 1150 va 1045 ml/min ni tashkil qiladi. Buyrak qon oqimining bunday sezilarli darajada pasayishi bilan renin va aldosteronning sekretsiasini va faollashuvining keskin oshishi kutiladi. Glomerulonefritli homilador ayollarda gipertenziya bilan renin faolligi past bo'ladigik homiladorlik. Shunday qilib, o'zgarishlar yuz bermoqda- homiladorlikdan tashqari gipertoniyada kuzatilganimga qarama-qarshi. Buni

quyidagicha tushuntirish mumkin. Homiladorlik davrida renin nafaqat buyraklarning jukstaglomerulyar apparati, balki platsenta tomonidan ham chiqariladi. Arterial gipertenziya, naruplatsentada shaya qon aylanishi, renin sekretsiyasini kamaytiradi va keyinbinobarin, angiotensin va aldosteron hosil bo'ladi, ularning asosiy stimulyatori angiotensindir.

Homiladorlik davrida progesteron etishmovchiligi tufayli "nisbiy giperaldosteronizm" yo'q - chumolialdosteron gonisti natriyning buyrak kanalchalari tomonidan chiqarilishiga ta'siri. Glomerulonefrit bilan og'riqan bemorlarda homiladorlik davrida qondagi progesteron miqdori 10 barobar, ya'ni sog'lom ayollardagi kabi deyarli bir xil miqyosda ko'payishini ko'rsatdik.- o'zgaruvchan (9,3 marta), aldosteronning chiqarilishi esa orqada qoladi.

Ushbu ma'lumotlar homilador ayollarda arterial gipertenziya patogenezisida renin-angiotensin-aldosteron tizimining rolini istisno etmaydi, chunki homilador ayollarda renin faolligi va gipertenziyadagi aldosteronning chiqarilishi homilador bo'lmagan ayollarga qaraganda aniq yuqori. Bundan tashqari, adabiyotlarga ko'ra, homilador ayollarda gipertenziya bilan angiotensinni inaktiv qiladigan angiotensinaz fermentlarining faolligi pasayadi va angiotenzinga qon tomirlarining qarshiligini oshirish. Ikkinchisi, shuningdek, homiladorlik davrida gipertenziyada hujayra ichidagi natriy miqdorining oshishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, bu qon tomir devorining qalinlashishiga va pressor moddalar ta'siriga yanada aniq reaksiyaga olib keladi.

So'nggi yillarda homilador ayollarda arterial gipertenziya genezisida depressant moddalarning roli, xususan, kininlar va prostaglandinlar A va E etishmovchiligining ahamiyati haqida xabarlar mavjud. Biroq, homilador ayollarda depressant omillarning roli. buyrak kasalligi bilan o'rganilmagan.Glomerulonefritli homilador ayollarning 35 foizida arterial gipertenziyani kuzatdik. Qon bosimi ko'tarildiSheno o'tkir nefrit, surunkali glomerulonefritning gipertonik va aralash shakllari.

Ma'lumki, epiteliya podotsitlari zararlanganda proteinuriya paydo bo'ladi.- glomerulyar kapillyarlarning lial hujayralari. Moydan ajratilgan miqdorchoi oqsili glomerullarning shikastlanish darajasiga bog'liq. Ushbu kelib chiqadigan proteinuriya

qaytariladi va davolanish ta'sirida yo'qolishi mumkin. Kasallikning uzoq davom etishi bilan endoteliy va bazal membrananing shikastlanishi kuzatiladi. Bunday hollarda proteinuriya odatda yo'qolmaydi.

Buyrak filtri asosan past molekulyar og'irlikdan o'tadizichligi 70 000 dan kam bo'lgan qon oqsillari (albuminlar). Buyraklarning chuqurroq shikastlanishi bilan siydikda yuqori molekulyar oqsillar - globulinlar ham paydo bo'ladi. So'nggi yillarda u mashhurlikka erishdiselektiv proteinuriya, ya'ni shikastlangan glomerulyar filtrning turli nisbiy mol oqsillarini o'tkazish qobiliyati, kul massasi. Selektiv proteinuriyani o'rganish uchun siydik oqsili elektroforez usuli qo'llaniladi. Glomerulonefrit bilan qon zardobining deyarli barcha tarkibiy qismlari siydikga kirishi aniqlandi va uroproteinogramma nefritik yoki sarum deb ataladi. Siydikdagi nefrotik sindrom bilan, ko'p miqdordaalbumin, α 1- va β -globulinlar. α 2- va β -globulinlarning tarkibi qon zardobida ko'paygan, ammo siydikda emas. Ushbu turdagi uroproteinogramma nefrotik deb ataladi.

Hammasi bo'lib 0,033 g/l dan 30 g/l gacha proteinuriya kuzatildi erkaklar, glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlar; surunkali glomerulonefritning nefrotik shaklida proteinuriya ayniqsa yuqori.

Ko'p mualliflar homiladorlik paytida proteinuriyaning ko'payishini qayd etadilar, ba'zida u massiv bo'ladi. Tug'ruqdan keyingi davrda proteinuriya odatda boshlang'ich darajaga tushadi. Proteinuriyaning kuchayishi surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarning kuchayishi bilan izohlanadi buyrak patologiyasi, fiziologik mexanizmlarning ta'siri, homiladorlikdan ta'sirlanganlar (glomerulyar apparatdagi filtrlangan oqsil miqdorining ko'payishi va uning reabsorbtsiya jarayonlarining stressi, postural mexanizmlar, buyrak tomirlarida bosimning oshishi). Biz ishonamizki, ko'p hollarda sabab gipertonik davlatning qo'shilishi hisoblanadi, bu asoratning boshqa belgilarining paydo bo'lishidan dalolat beradi - homiladorlik va tug'ruqdan keyin proteinuriyani tezda yo'q qilish.

Kamqonlik buyrak patologiyasining eng keng tarqalgan ko'rinishlaridan biridir. Buyraklar gematopoez jarayonida ishtirok etadi. Ular eritropoetik hosil qiladi etin - eritropoezni tartibga soluvchi gumoral omil. Eritropoetin suyak iligi

gemositoblastlarining eritroblastlarga nisbatan farqlanishini rag'batlantiradi. Bundan tashqari, eritropoetin gemoglobin sintezini oshiradi. Buyrak patologiyasidagi anemiya ularning eritropoetin ishlab chiqarishining kamayishi bilan bog'liq. Funktsional faollikning buzilishisuyak iligi sti allaqachon kasallikning dastlabki bosqichlarida qayd etilgan. Bu buyrak funksiyasi saqlanib qolgan surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarning 30 foizida va hatto pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda kamqonlikning rivojlanishi bilan bog'liq. Nefrogen anemiya bilan depoda temirning yuqori miqdori va zahiraning chiqarilishining buzilishi mavjud.retikuloendotelial tizim hujayralaridan gem sintezi uchun etarli darajada foydalanilmaganda.

Buyrak kasalligida anemiya normoxromli, tez-tez gipoxromli. Shunday qilib, buyrak kasalliklarida bir turdagi nuqson rivojlanadi: buyraklarning eritropoetik funksiyasining buzilishi rivojlanishga olib keladi anemiya va buyraklar gipoksiyaga juda sezgir; coli kamayishi gemoglobin sifati kanal faoliyatining buzilishi bilan birga keladi , bu asosiy kasallikning kechishini kuchaytiradi.

O'tkir glomerulonefritda anemiya, eritropoetinning buzilishidan tashqari, gipervolemiya va ayniqsa gidremiya tufayli qonni suyultirish bilan ham bog'liq. Eritrositlar konsentratsiyasining pasayishi vaqon hajmi birligi uchun moglobin ham normal proteo bilan sodir bo'ladi homiladorlikdan tavba qilish, chunki allaqachon ikkinchi trimestrdan boshlab plazma hajmining pasayishi eritrositlar sonining ko'payishidan oshib ketadi, gematokrit esa kamayadi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, fiziologik homiladorlik davrida plazma hajmi 42% ga oshadi, qizil qon hujayralari hajmi esa atigi 20% ga oshadi. Shu munosabat bilan gematokrit indeksi 11% ga kamayadi, mo"tadil hidremiya rivojlanadi. Eritrositlar soni $3,5 \times 10^{12}$ gacha kamayadi. Gemoglobin 116 g/l gacha kamayadi. Bu holatni hisobga olish kerak glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda qizil qon ko'rsatkichlarini tahlil qilish orqali tahlil qilinadi. Gipervolemiya surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayollarda ham rivojlanadi, ammo sog'lom ayollarda bo'lgani kabi sezilarli darajada emas.o'zgarish: plazma hajmi 26% ga, eritrositlar hajmi - 11% ga oshadi. Qondagi gemoglobin miqdori 110 g / l dan kam bo'lsa va gematokrit 33% dan kam bo'lsa, haqiqiy

kamqonlik haqida gapirish mumkin.

Surunkali nefritda anemiya tabiiy ravishda yuzta kuzatiladida buyrak etishmovchiligi. Buyraklarning azot chiqaradigan funktsiyasi saqlanib qolganda, anemiya tez-tez uchraydigan hodisadir, chunki eritropoetin ishlab chiqarishning buzilishi uremiyadan oldinroq qayd etilgan. Homiladorlikdan tashqari surunkali glomerulonefritda buyraklar tomonidan etarli miqdorda azot ajralishi bilan anemiya bemorlarning 30-40% da uchraydi. Glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayollarning 26 foizida kamqonlikni kuzatdik.

Klinik kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali glomerulonefrit ajratiladi. O'tkir glomerulonefrit ko'proq tsikliki oladishaxsiy shakl, asiklik shakli kamroq tarqalgan. O'tkir glomerulonefritning tsikliki shakli tashqi muhitda sodir bo'ladistreptokokk kasalligidan keyin 10 kun (1 dan 3 haftagacha). Kasallikning boshlanishi o'tkirdir: bosh og'rig'i, bel og'rig'i, nafas qisilishi, yuzida shish paydo bo'ladi, oliguriya ko'pincha qayd etiladi; qon bosimi ko'tariladi; Bemorlarning 1/3 qismida isitma paydo bo'ladi. Kasallikning boshidanoq siydikdagi o'zgarishlar namoyon bo'ladi: ko'p bemorlarda uning jigarrang-qizil rangi, yalpi gematuriyaga xos bo'lganligi osonlik bilan seziladi. Mikrogematuriya deyarli barcha xotinlarda aniqlanadiiyagi, shuningdek, proteinuriya va silindruriya. Cho'kmada siydik mavjudligi eritrotsitlar va qon tsilindrlari o'tkir glomerulonefrit tashxisini tasdiqlaydi (cho'kindi, epiteliyda yog' tomchilarining mavjudligial tsilindrlari va ikki sinuvchan yog'lar ko'rsatadi-surunkali buyrak kasalligiga ega). Leykotsituriya tez-tez aniqlanishi mumkin, ammo siydik cho'kindisida miqdoriy jihatdan eritrotsitlar ustunlik qiladi. Ko'pincha o'rtacha azot mavjud. Kasallikning buyrak va ekstrarenal belgilari bir necha kundan 2-3 haftagacha davom etadi. Keyin asta-sekin, ba'zan esa juda tez siydik miqdori ortadi, arterial bosim pasayadi, leniya, shish va yurak etishmovchiligi belgilari yo'qoladi. Xiyonatniya siydik uzoq vaqt davom etadi. Gematuriya va proteinuriya bir necha oy davomida, to'liq tiklanish yoki kasallikning surunkali shaklga o'tishigacha kuzatiladi. Tsikliki shakl osttug'yonga ketgan glomerulonefrit ko'pincha bolalar va o'smirlarda rivojlanadi.

Kattalardagi nefritning o'chirilgan, asiklik shakliga ega bo'lish ehtimoli ko'proq,

shuning uchun surunkali nefritning kuchayishi ehtimolini istisno qilgan holda, kattalarda o'tkir glomerulonefrit tashxisini ehtiyotkorlik bilan qo'yish kerak. Bu o'tkir glomerulonefritning asiklik shakli keyin boshlanadiko'pikli, sezilmaydigan, oyoqlarda engil shish, zaiflik, engil nafas qisilishi va tasodifan aniqlangan o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. siydikda niemi: proteinuriya yoki gematuriya. Kasallik aniqlangananamnezda yaqinda streptokokk kasalligi belgilari mavjud bo'lsa, davolang. Bunday hollarda antistreptokokk antikorlarining titrlari odatda ko'tariladi. O'tkir glomening asiklik shaklirollefrit siklikdan ko'ra tez-tez surunkali kursga ega bo'ladi. Kattalardagi holatlarning qariyb yarmida o'tkir post-streptokokk glomerulonefrit surunkali holga keladi.

Homiladorlik davrida o'tkir glomerulonefrit paydo bo'lmayditez-tez. Bu kasallik odatda bolalik davrida sodir bo'lishi bilan bog'liq.koma va o'smirlik. Bundan tashqari, homiladorlik uchun xarakterli bo'lgan glyukokortikoidlarning yuqori ishlab chiqarilishi, aftidan, o'tkir glomerulonefrit rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Biroq, morfoloning yo'qligitashxisning mantiqiy tasdiqlanishi (homilador ayollar uchun buyrak ponksiyon biopsiyasi kamdan-kam hollarda amalga oshiriladi) va tug'ruqxonalarda mavjud bo'lgan diagnostik testlarning kamligi bunga yordam beradi.shubhali ba'zi hollarda o'tkir glomerulonefrit osha bemorlarda-homilador ayollarda nefropatiyaning lateral diagnostikasi.

O'tkir glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda homiladorlik kam uchraydi-baxtli tugaydi. Ko'pgina ayollarda homila bachadonda o'ladi yoki kasallik homiladorlikning muddatidan oldin tugashiga olib keladi. Bu ikkala asoratlar ham bir-biri bilan chambarchas bog'liqglomerulonefrit arterial gipertenziya yoki azotemiya bilan kechishiga qarab. Gipertenziya va azotemiyasiz o'tkir glomerulonefritda prognoz qulayroqdir.

O'tkir glomerulonefrit, agar u homiladorlikning ikkinchi yarmida sodir bo'lsa, preeklampsiya uchun xato bo'lishi mumkin. Bu kasallikning tsiklik va ko'proq darajada asiklik shakliga taalluqlidir. Bu holatlarni farqlash uchun mikrosiydik cho'kmasining skopik tekshiruvi. Gematuriya, qon hujayralariyadrolari glomerulonefritga xos bo'lib, nefropatiyali homilador ayollarda paydo bo'lmaydi.

Anti-O-streptolizinning yuqori titri ham xarakterli o'tkir glomerulonefrit uchun ren. Biroq, o'tkir glomerulonefrit streptokokk bo'lmagan etiologiya bo'lishi mumkinligini yodda tutish kerak. Keyin anti-O-streptolizinning titri past bo'lib qoladi.

O'tkir glomerulonefrit, homiladorlikdan bir yil oldin yoki undan ko'proq vaqt davomida og'riq, muvaffaqiyatli davolanishdan keyin odatda moyil emas. Preeklampsiya rivojlanishiga ishonadi, buyrak funksiyasi rivojlanishga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Homila, keyingi funksiyaga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Boshqacha qilib aytganda, davolangan o'tkir nefrit homiladorlikning borishiga, homilaning va ayolning holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. O'tkir glomerulonefritning o'tkir bosqichi 3-haftada, to'liq davolash - 9-15 oyda tugaydi. Qayta tiklash 80-95% da sodir bo'ladi, bolalar va kattalarning 50-70%. Kattalardagi nefrotik sindromning anuriya bilan kombinatsiyasi buyrak etishmovchiligining tez rivojlanishiga olib keladi.

Surunkali diffuz glomerulonefritning gipertenziv shaklida qon bosimining oshishi bilan tavsiflanadi. Vasiyadagi o'zgarishlar: proteinuriya, silindruriya, gematuriya kichik va mos kelmaydigan. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli uzoq sekin rivojlanish bilan tavsiflanadi (20-30 yil). U tez-tez asiklik yashirin o'tkir glomerulonefritdan keyin paydo bo'ladi nefrit yoki homilador ayollarning gipertenziv sindromi natijasidir. Og'riq bir nechta shikoyat qiladilar va uzoq vaqt davomida mehnatni saqlaydilar qobiliyat. Gipertenziv sindromning rivojlanishi gipertenziyaning yaxshi shakliga o'xshaydi: arterial bosim uzoq vaqt davomida beqaror, keyin barqaror bo'ladi. Ko'pincha sistolik bosim ko'proq darajada oshadi, u o'zgarib turadigan davomida va odatda yomon xarakterga ega bo'lmaydi RA, ya'ni u asta-sekin o'sib boradi va juda yuqori raqamlarga etib bormaydi: sistolik kamdan-kam hollarda 200 mm dan oshadi va diastolik - 120 mm Hg. Art. Gipertenziv inqirozlar buyrak gipertenziyasiga xos emas. Yurakning chap qorinchasi hajmi asta-sekin o'sib boradi, aortada II ton aksenti paydo bo'ladi. Fundusni tekshirganda, sizarteriyalarning torayishi, chuqurroq retinal o'zgarishlar kamdan-kam uchraydi va kech paydo bo'ladi. Shishlar yo'q. Proteinuriya kamdan-kam hollarda 1 g / l dan

oshadi. Tsilindr kichik. Gematuriya deyarli doimiy, eritrit sonirositlar farq qiladi, lekin ahamiyatli emas. Surunkali glomerulonefritli homilador ayollarda yuqori-glomerulyar kelib chiqishi eritrotsitlarining siydikida ba'zi tarkib. Ular siydik yo'llari, infeksiya, papillomalar va boshqalar bilan pastki siydik yo'llaridan kelib chiqqan eritrotsitlardan farqli o'laroq, aniqlaydilar. fazali kontrastli mikroskop yordamida xarakterli morfologik belgilar bilan aniqlanadi. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shaklining sekin rivojlanishi buyrak kanalchalarining engil shikastlanishi bilan izohlanadi. Buyrak etishmovchiligi yallig'lanish jarayoni ko'p sonli nefronlarning degeneratsiyasiga olib kelganda paydo bo'ladi. Azotemiya asta-sekin, sekin rivojlanadi.

Surunkali diffuz glomerulonefritning aralash shaklida ham yallig'lanish, ham qon tomir o'zgarishlar, ular bilan bog'liq gipertenziya va distrofik o'zgarishlar, proteinuriya, gipoproteinemiya, giperkolesterolemiya va shish paydo bo'ladi. Arterial bosim odatda o'rtacha ko'tariladi, shu bilan birga, tubida o'zgarishlar, yurak chap qorincha gipertrofiyasi, aorta ustida II ton aksent bo'lishi mumkin. Shish kichik va mos kelmaydigan. Proteinuriya COizlardan 6 g/l gacha bo'lgan diapazonda, siydik cho'kmasida turli xil gipslar, eritrotsitlar, kamroq tez-tez leykotsitlar topiladi. Surunkali aralash shakli bilanba'zi hollarda glomerulonefrit, tanib olish ustunlik qilishi mumkinki gipertonik nefritga xos, boshqalarda - nefrotik uchun. Kasallikning bu shakli bilan, su hujumlariyo'llar, masalan, eklampsi xurujlari. Glomerulonefritning aralash shakli bilan og'rigan bemorlarning umr ko'rish davomiyligi o'rtacha 5 yil.

Surunkali diffuz glomerulonefritning latent shakli harakterizuetsya faqat yomon siydik sindromi (kichik proteinuriya, vaqti-vaqti bilan 2 g / kun etib.). Siydikdagi gips va eritrotsitlar kam uchraydi. Nechiporenkoga ko'ra siydik cho'kmasining xususiyatlarini aniqlash uchun uni o'rganish katta ahamiyatga ega. Otekasallikning bu shaklida cov va gipertoniya emas. Bemorlar odatda o'zlarini yaxshi his qiladilar va uzoq vaqt davomida kasal ekanligini bilmaydilar. Surunkali nefritning yashirin shakli 10-20 yil va undan ko'proq davom etishi va gipertonik yoki nefrotik shakllarga aylanishi yoki darhol buyrak etishmovchiligining rivojlanishi bilan yakunlanishi mumkin. Prognoz izolyatsiya qilingan proteinuriya bilan yaxshiroq, eritrotsituriya bilan proteinuriya

kombinatsiyasi bilan yomonroq. Kasallikning yashirin shakli ko'proq uchraydi-glomerulonefritning ba'zi shakllari tashqarida ham, homiladorlik paytida ham. Glomerulonefritning yashirin shakliga gematurik nefrit kiradi, u doimiy gematuriya, engil proteinuriya va kasallikning buyrakdan tashqari belgilarining yo'qligi bilan tavsiflanadi. Glomerulonefritning bu shaklini buyraklar va siydik yo'llarining urologik kasalliklaridan ehtiyotkorlik bilan ajratish kerak. Gematurik nefritda gematuriya, deformatsiyalangan eritrotsitlar va boshqa eritrotsitlar kasalliklari bilan kechadigan urologik kasalliklardan farqli o'laroq, siydikda normoxrom anemiya, eritrotsitozga moyillik aniqlanadi, bu proteinuriya miqdori va glomer filtratsiyasi darajasiga bog'liq emas. shish va qon ivishi bilan bog'liq.

Surunkali diffuz glomerulonefritning terminal shaklirita - nefritning oxirgi bosqichi (surunkali uremiya). Surunkali glomerulonefritning barcha shakllari oxir-oqibatda termiga aylanadi. naqd pul. Homiladorlik davrida kasallikning bu shakli kamdan-kam hollarda kuzatiladi, chunki tug'ish funksiyasi sezilarli darajada kamayadi. buyrak parenximasining jiddiy shikastlanishi. Uremiyani davolashning faol usullari buzilgan qobiliyatni tiklashga olib kelishi mumkinurug'lantirish. Biroq, davolanish fonida sodir bo'lgan homiladorlikgemodializ dasturi bilan davolash kamdan-kam hollarda muvaffaqiyatli tugaydi va onaning ahvolidning yomonlashishiga olib keladi.

Homilador ayollarda surunkali nefritning turli shakllarining chastotasi homiladorlikdan tashqariga to'g'ri kelmaydi. Biz tomonimizdan kuzatilgan surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan erkaklar kasallikning shakllari bo'yicha quyidagicha taqsimlangan: latent - ayollarning 63% da, aralash - 25%, gipertonik - 7%, nefrotik - 5%. Ko'pchilik homilador ayollar kasallikning eng engil shaklidan aziyat chekdilar.

Surunkali glomerulonefritning kuchayishi paytida o'tkir nefritga o'xshash klinik ko'rinish rivojlanadi yoki faqat kuchayadi. kasallikning asosiy ko'rinishlarining zo'ravonligi ortadi:ki, ortib borayotgan proteinuriya yoki gematuriya, arteriyalarning ko'payishinal bosimi, antistreptokokk antikorlarining titri ortadi.

Homiladorlik davrida surunkali glomerulonefritning kuchayishi kam uchraydi.

Homiladorlik davrida kasallikning bu shakli kamdan-kam uchraydi, fokal

glomerulonefrit kabi. Infektsiyadan keyin u rivojlanmaydith kasallik, lekin uning davomida. Shu bilan birga, to'g'ridan-to'g'ri toksik-bakterial ta'sir natijasida nefronlarning faqat bir qismi ta'sirlanadi. JSSVfokal nefritning stimulyatorlari turli xil mikroorganizmlar bo'lishi mumkinnizmlar. Kasallik tug'ish yoshida (20-30 yosh) ko'proq uchraydi. Klinik ko'rinish har qanday yuqumli kasallik (gripp, o'tkir nafas olish) paytida siydikda o'zgarishlarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi.- kasallik, tonzillit, pnevmoniya, appenditsit, pustular teri lezyonlari va boshqalar). Gematuriya eng keng tarqalgan alomatdir. Uengil proteinuriya, ba'zan silindruriya bilan birga bo'lishi mumkin. Umumiy simptomlar (shish, gipertoniya, gipoproteinemiya, azotemiya, glomerulyar filtratsiya tezligining pasayishi) odatda kuzatilmaydi. Kamar og'rig'iNitse kamdan-kam va zaif. Jarayonning jiddiyligi asosiy bilan belgilanadiyuqumli kasallik yoki yuqumli bo'lmagan intoksikatsiya (masalan,chora-tadbirlar, dori) va fokal nefrit emas.

Homila va homiladorlikning keyingi rivojlanishiga befarq emas. Shu bilan birga, past darajadagi davolanish kasallikning surunkali holatga o'tishiga yordam beradi. Shuning uchun biz o'tkir glomerulonefrit va surunkali nefritning kuchayishi III darajali xavf deb hisoblaymiz, homiladorlik uchun kontrendikatsiya bo'lib, muddatidan qat'i nazar, uni to'xtatishni talab qiladi. Shuni esda tutish kerakki, surunkali nefritning kuchayishi tashxisi, ayniqsa homiladorlik paytida qiyin. Tashxisdagi xato homiladorlikning asossiz tugatilishiga olib kelishi mumkin (keraksiz davolanish haqida gapimasa ham bo'ladi). Bemorning har bir yomonlashishi, shuningdek, bir yoki bir nechta alomatlarining kuchayishi kasallikning kuchayishi emas. Ko'p hollarda gestoz belgilarining paydo bo'lishi glomerulonefritning kuchayishi bilan yanglishishi mumkin. Shuning uchun, homiladorlikning o'zi nefritning kuchayishiga hissa qo'shmasligini e'tiborsiz qoldirmasdan, kasallikning kuchayishiga (sovtish, streptokokk kasalliklari va boshqalar) olib kelishi mumkin bo'lgan omillar mavjudligini hisobga olish kerak. Nefrit uchun allergik jarayonning streptokokk kelib chiqishini hisobga olgan holda, ba'zi sluchoylarda anti-o-streptolizin va C-reaktiv oqsilning titrini aniqlash muhim differentsial ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan ayollarni dastlabki 12 haftada tekshirish

kerak. kasallikning shaklini aniqlash va homiladorlikni saqlab qolish masalasini hal qilish uchun homiladorlik. Bu kasalxonada eng to'liq amalga oshirilishi mumkin. Tug'ruqxonada buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarni tekshirish uchun diagnostika imkoniyatlari kam bo'lganligi sababli, terapevtik yoki ixtisoslashtirilgan nefrologik kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiqdir.

Glomerulonefritning yashirin shakli aniqlangan bemorlar surunkali glomerulonefrit yoki gestozning kuchayishining dastlabki belgilarini o'z vaqtida tashxislash uchun antenatal klinikada kuzatilishi mumkin. Ushbu patologik holatlarni kasalxonada davolash kerak, chunki ambulatoriya sharoitida davolanish ko'pincha samarasiz bo'lib, og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Agar glomerulonefrit va gestozning kuchayishi bo'lmasa, unda ayollar qayta kasalxonaga yotqizilishi shart emas. Glomerulonefritning nefrotik shakli bo'lgan bemorlar ko'p marta kasalxonaga yotqizilishi va ularning ahvoli talab qiladigan vaqt davomida kasalxonada bo'lishi kerak (ba'zan bir necha oy, tug'ilgunga qadar).

Agar kasallikning gipertonik va aralash shakllari bo'lgan bemorlar homiladorlikni to'xtatishdan bosh tortsa, ular nefrotik shaklda tavsiya etilgan taktikalarga duch kelishadi. Ushbu bemorlarni ambulatoriya sharoitida davolash samarasiz, bundan tashqari, bu hatto xavflidir, chunki kundalik tibbiy kuzatuv bo'lmasa, glomerulonefrit yoki tez rivojlanayotgan gipertenziv holat tufayli eklampsi xurujini o'z vaqtida tashxislash mumkin emas. Glomerulonefritning yashirin shakli bilan ayollar o'z vaqtida tug'ishi mumkin va maxsus akusherlik yordamiga muhtoj emas. Kasallikning nefrotik, aralash va gipertonik shakllari bo'lgan bemorlarda ko'pincha xomilalik gipotrofiya rivojlanadi va eng muhimi, uning erta intrauterin o'limi xavfi mavjud. Shuning uchun etkazib berish uchun homiladorlikning tugashini kutish har doim ham tavsiya etilmaydi.

Xomilaning manfaati uchun mehnatning erta qo'zg'alishi ko'rsatiladi, ayniqsa homilaning holatini nazorat qilish barcha mavjud usullar bilan muntazam ravishda amalga oshirilsa (homilaning yurak urishini tinglash, homilaning elektrofonokardiografiyasi, estriolning siydik bilan chiqarilishini va qondagi termostabil ishqoriy fos-fataza darajasini aniqlash, ultratovush tekshiruvi, Doppler

ultratovush tekshiruv va boshqalar), homilaning intrauterin azoblanishini ko'rsatishni boshlaydi yoki fetoplazental kompleks funksiyasining buzilishi. Sezaryen kamdan-kam hollarda, odatda akusherlik ko'rsatkichlari bo'yicha qo'llaniladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik, aralash va gipertonik shakllari bo'lgan bemorlarda erta tug'ilishga ehtiyoj paydo bo'lishi mumkinligi sababli, bunday ayollar noto'g'ri kasalxonaga yotqizilishi kerak (homiladorlik davri 36-37 hafta.). Yuqori qon bosimi (aralash, gipertonik) bilan kechadigan kasallik shakllarida tug'ilishdan bir necha hafta oldin kasalxonaga yotqizish nafaqat homila uchun xavf, balki ayolning holati bilan ham belgilanadi, chunki homiladorlikning so'nggi haftalarida qon bosimi ko'pincha ko'tariladi, bu esa tegishli terapiyani talab qiladi.

Glomerulonefrit bilan kasallangan homilador ayollarni davolash.

Glomerulonefrit bilan kasallangan homilador ayollarni davolash juda kam rivojlangan. Ayni paytda, u homilador bo'lmaganlarni davolashni nusxa ko'chira olmaydi. Xomilaning mavjudligi, bir tomondan, uning intrauterin mavjudligi uchun maqbul sharoitlarni ta'minlash talabini ilgari suradi, boshqa tomondan, uning rivojlanishini buzmaslik kerak. Bu zarur terapevtik tadbirlarni amalga oshirishni sezilarli darajada cheklaydi. Homiladorlik paytida ayollar asosan undan tashqarida bo'lgan rejimga rioya qilishadi. Agar ular sovutish bilan bog'liq bo'lmasa, ular odatdagi ishlab chiqarish faoliyati bilan shug'ullanishlari mumkin: shamollash glomerulonefritning kuchayishiga olib keladi. Kunduzgi dam olishni yotoqda o'tkazishga imkon beradigan ishning tabiati juda maqbuldir.

Uzoq vaqt davomida tik turish buyraklar faoliyatini yomonlashtiradi (buyrak qon oqimi, glomerulyar filtratsiya, diurez kamayadi, proteinuriya ko'payadi). Ish joyiga afzallik beriladi. Agar kasallikning kuchayishi yoki uning individual belgilarining rivojlanishi bo'lmasa, yotoqda dam olish zarurati yo'qoladi. Jismoniy tarbiya, homilador ayollar uchun tavsiya etilgan kompleksdan tashqari, to'xtatilishi kerak. Yuqorida aytilganlar dengiz cho'milishlariga ham tegishli.

Glomerulonefritni davolashda dietaga katta rol beriladi. Asosiy talab osh tuzi va suyuqlikni cheklashdir. Tuzni iste'mol qilishning ruxsat etilgan miqdori

kasallikning shakliga bog'liq. O'tkir nefrit bilan oziq-ovqat tarkibidagi osh tuzi kuniga 3 g dan oshmasligi kerak (deyarli tuzsiz parhez). Shishlar bartaraf etilgach, tuz iste'molini biroz oshirish mumkin. Agar sezilarli gipertenziya saqlanib qolsa, osh tuzining ko'payishi muhim bo'lmasligi kerak, giponatriy dietaga bo'lgan ehtiyoj saqlanib qoladi.

Oliguriya bilan kechadigan o'tkir glomerulonefritda mast bo'lgan va parenteral yuborilgan suyuqlik miqdori bir kun oldin chiqarilgan diurezga, shuningdek, ekstrarenal yo'l bilan yo'qolgan 700 ml suyuqlikka teng bo'lishi kerak.

Azotemiyasiz surunkali glomerulonefritda, agar kasallik shish va gipertenziya bilan kechadigan bo'lsa, osh tuzini iste'mol qilish ham kesiladi. Nefritning nefrotik shaklidagi tuz miqdori kuniga 4-5 g gacha kamayadi, ichilgan suyuqlik hajmi 800 ml gacha kamayadi. surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli bilan faqat osh tuzini kuniga 5 g gacha cheklash kerak, aralash shaklda tuzni 5 g gacha, suyuqlikni esa 800-1000 ml gacha kamaytirish kerak. tuz va suyuqlikni cheklash juda katta bo'lmasligi kerak. qattiq. I. E. Tareeva, V. A. Rogov (1996) bemor o'zining tuz ishtahasi va chanqoqlik tuyg'usiga e'tibor qaratishi kerak deb hisoblaydi. U og'riqli hislarni boshdan kechirmasligi kerak, garchi, albatta, tuz va suyuqlikni siiiiste'mol qilmaslik kerak. Surunkali glomerulonefritning yashirin shakli bilan dietada normal miqdordagi osh tuzi va suv bo'lishi mumkin.

Buyrak etishmovchiligi belgilarisiz yuzaga keladigan glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarning ratsionidagi oqsil miqdori masalasi murakkab va munozarali. O'tkir nefrit bilan oqsilni cheklash tavsiya etiladi: kasallikning birinchi haftasida kuniga 30 g va kelajakda 50-60 g. Proteinli dietaning bunday kamayishi kasallikning barcha asosiy belgilarining og'irligini kamaytirishga yordam beradi, chunki kam proteinli parhez buyraklar faoliyatini va Antikor ishlab chiqarishni kamaytiradi. O'tkir glomerulonefritli ayollarda homiladorlik to'xtatilishi kerakligi sababli, ovqatlanish printsipi homiladorlikdan tashqari ushbu kasallik bilan bir xil bo'lib qoladi.

Surunkali glomerulonefritni azotemiyasiz davolashda dietadagi oqsil miqdori bo'yicha uchta nuqta nazar mavjud, ularning har biri juda asosli. Kam proteinli

dietada (0,5 g/kg) shish va qon bosimi tezroq pasayadi, proteinuriya kamayadi. Yuqori proteinli parhez (2 g/kg va undan ko'p) barcha plastik xarajatlarni qoplash uchun oqsilga bo'lgan ehtiyojni ta'minlaydi, gipoproteinemiya kamaytiradi. Oziq - ovqat tarkibidagi oqsilning fiziologik normalari (1 g/kg) - o'rtacha protein dietasi eng oson toqat qilinadi, siydik tarkibini yaxshilaydi.

Homiladorlik paytida kam proteinli dietani noto'g'ri deb hisoblash kerak, chunki homilaning o'sishi va rivojlanishi uchun ko'p miqdordagi plastik moddalar talab qilinadi. Shu nuqtai nazardan, ko'p miqdordagi oqsilni o'z ichiga olgan parhez (kuniga 120-160 g) ko'proq oqlanadi. Bu glomerulonefritning nefrotik shakli, siydik va gipoproteinemiya bilan oqsilning katta yo'qotilishi bilan ko'rsatiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, bir hafta ichida oziq-ovqat tarkibidagi oqsil mahsulotlarining ko'pligi ishtahani pasaytiradi, proteinuriyani kuchaytiradi, bu ba'zi hollarda homilador ayollarning gipertenziv holatining qo'shilishi sifatida noto'g'ri qabul qilinishi mumkin. Glomerulonefritning gipertonik va aralash shakllarida o'rtacha protein miqdori (kuniga 70 g) bo'lgan parhez tavsiya etiladi va siydikda ko'proq protein yo'qotilishi bilan uning etishmasligi oqsil o'z ichiga olgan suyuqliklarning parenteral infuziyalari bilan qoplanadi. Kasallikning yashirin shakli bo'lgan parhez sifat va miqdoriy tarkibda hech qanday xususiyatlarga ega emas.

Dorivor moddalar glomerulonefrit terapiyasining asosidir. Ammo homiladorlik paytida faqat simptomatik davolash kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, bir hafta ichida oziq-ovqat tarkibidagi oqsil mahsulotlarining ko'pligi ishtahani pasaytiradi, proteinuriyani kuchaytiradi, bu ba'zi hollarda homilador ayollarning gipertenziv holatining qo'shilishi sifatida noto'g'ri qabul qilinishi mumkin. Glomerulonefritning gipertonik va aralash shakllarida o'rtacha protein miqdori (kuniga 70 g) bo'lgan parhez tavsiya etiladi va siydikda ko'proq protein yo'qotilishi bilan uning etishmasligi oqsil o'z ichiga olgan suyuqliklarning parenteral infuziyalari bilan qoplanadi. Kasallikning yashirin shakli bo'lganda parhez sifat va miqdoriy tarkibda hech qanday xususiyatlarga ega emas.

Etiologik (streptokokkka qarshi) terapiya zarur emas, chunki homiladorlik paytida o'tkir glomerulonefrit kam uchraydi. Homiladorlikdan tashqari patogenetik

terapiya quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) asosiy ta'siri immunitet depressiyasi bilan belgilanadigan usullar (glyukokortikoidlar, sitostatiklar, plazmaferez, limfotsitlarga qarshi sarum, ko'krak limfa kanalini drenajlash); 2) asosan yallig'lanishga qarshi vositalar (aspirin, indometazin, brufen); 3) to'g'ridan-to'g'ri (geparin) va bilvosita (fenilin) antikoagulyantlar va antitrombotsitlar (dipiridamol); 4) aminokolinlar. Homiladorlik paytida ushbu ro'yxatdan faqat aspirin, geparin va antitrombotsitlardan foydalanish mumkin. Qolgan dorilar embrion va fetotoksik ta'sirlari tufayli qo'llash mumkin emas.

Alkillovchi birikmalar (siklofosamid, xlorambusil, tio-tef, miyelosan, dopan, embixin) homilada mitti, mik-rosefali, tug'ma katarakt, qattiq tanglayning bo'linishi va jinsiy bezlarning kam rivojlanishiga olib keladi. Antimetabolitlar (azatiaprin, ametopterin, 6-merkaptopurin) Markaziy asab tizimi, ko'rish organlari, jinsiy bezlar, oyoq-qo'llar, tanglay, gidrosefali, gemopoezning bostirilishi, to'qima nekrozi, homilaning o'limi va rezorbsiyasini keltirib chiqaradi. Aminohinolin seriyasidagi dorilar (delagil, Plaquenil, rezoxin va boshqalar) homilada spina bifida, tug'ma gidronefroz, buyrak atreziyasi, Markaziy asab tizimining anormalliklari, trombotsitopeniya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Metindol (indometazin, inteban) suyak iligi gematopoezini rivojlanishini tormozlaydi. Kortikosteroid gormonlari (prednizolon, triamsinolon va boshqalar) katta dozalarda samarali bo'ladi: 2 hafta davomida kuniga 50-70 mg prednizolon., keyin doz kamayadi. Ba'zi tadqiqotchilar homilador ayollar uchun bunday yuqori dozali steroid dorilarni buyurish joiz deb hisoblashadi. Ammo, biz homiladorlik paytida glyukokortikoidlarning katta dozalari homila gipotrofiyasining rivojlanishi, gemolitik reaksiyalar va Kushing sindromi, gipokortitsizm, qattiq tanglayning parchalanishi, gipoglikemiya va aqliy zaiflik tufayli kontrendikedir deb hisoblaymiz. Birinchi trimestrda 20 mg gacha va homiladorlikning ikkinchi trimestridan 30 mg gacha bo'lgan dozalarda prednizolonni aniqlash joizdir. Agar kerak bo'lsa, yuqori dozalarni qo'llang homiladorlik kontrendikedir.

Glomerulonefritning engil, yashirin kursi bilan homilador ayollar umuman dori terapiyasiga muhtoj emaslar.

Buyrak simptomatik gipertenziyasini dori bilan davolash birinchi navbatda kaltsiy antagonistlari, b-blokerlar, diuretiklar va a-blokerlar tomonidan amalga oshiriladi. Markaziy ta'sir mexanizmining preparatlari (rauwolfia, Klonidin) yordamchi ahamiyatga ega.

Kaltsiy antagonistlari antihipertenzivdan tashqari nefroprotektiv ta'sirga ega. Qon bosimining pasayishi asta-sekin bo'lishi kerak; ko'tarilgan bosimning bir vaqtning o'zida maksimal pasayishi boshlang'ich darajasining 25% dan oshmasligi kerak. Qon bosimi darajasini to'liq normallashtirishga intilish kerak. Glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayollarda gipertenziyani davolashda fizioterapiya dorilar bilan bir qatorda qo'llanilishi mumkin. Vegetativ markazlar faoliyatini normallashtirish uchun terapevtik chora-tadbirlar majmuasiga "yoqa" zonasini galvanizatsiya qilish (hissiy beqarorlik, asabiylashish, nevroitik reaksiyalar kuchaygan bemorlarda) yoki endonazal elektroforezni kiritish tavsiya etiladi. Ikkala usul ham tinchlantiruvchi ta'sirga ega va "yoqa" zonasini galvanizatsiya qilish miya gemodinamikasini yaxshilashga yordam beradi.

Buyraklar hududida joylashgan santimetr va dekimetr diapazonidagi mikroto'lqinlar ta'sir zonasida vazodilatatsiyani, qon oqimining tezlashishini va qon aylanishining ko'payishini (shu jumladan kapillyarni), kapillyarlarning o'tkazuvchanligining oshishini keltirib chiqaradi, bu esa to'qimalarda metabolik jarayonlarning kuchayishiga yordam beradi, shu jumladan oksidlanish-qaytarilish jarayonlari. Avtonom asab tizimining parasempatik bo'limi funksiyasini faollashtirish ma'lum bir ijobiy rol o'ynaydi. Mikroto'lqinli terapiya buyrak tomirlarining qon oqimiga chidamliligini pasaytiradi, buyrak qon oqimini oshiradi va shu bilan gipertenziyaning renal mexanizmining ta'sirini cheklaydi.

Induktotermiya kamroq samaralidir (UHF magnit maydoni shaklida).

Impulsi nurlanish rejimida buyraklar sohasidagi ultratovush aniq vazotropik ta'sirga ega (qon tomirlarining kengayishi, qon oqimining o'zgarishi, qon aylanishining faollashishi), yallig'lanishga qarshi, desensitizatsiya qiluvchi ta'sirga ega.

Elektroanaljeziya aniq neyrotrop ta'sirga ega va buzilgan kortikal-subkortikal o'zaro ta'sirlarni tartibga solishga, yuqori vegetativ markazlarning, shu jumladan vazomotorning funksional holatini normallashtirishga yordam beradi. Markaziy asab tizimining homiladorlik paytida unga ta'sir qiluvchi stimullarning kuchiga moslashish qobiliyatini oshirish ma'lum ahamiyatga ega.

Jismoniy davolash usullari gipo-tensiv dorilarning dozalarini cheklashi mumkin. Bu homiladorlik paytida ayniqsa muhimdir, chunki dorilarning homilaga salbiy ta'siri bo'lishi mumkin.

Glomerulonefritli homilador ayollarda, prteinuriyaga qaramay, odatda gipovolemiya mavjud emas. Bunday bemorlarda homilador ayollarning nefropati va o'ziga xos gipovolemiya belgilari bo'lmasa, shishishni davolash uchun diuretik preparatlardan foydalanish mumkin. Gipoproteinemiyaning davolash oqsil suyuqliklarini quyishdan iborat quruq Plazma bidistillangan suv bilan 1:3 nisbatda suyultirilganda, haftasiga 2-3 marta tomir ichiga 200-300 ml tomiziladi. Xuddi shu maqsadda 100-200 ml dan 20% albumin eritmasi yoki 200-300 ml dan protein tomir ichiga yuboriladi. protein bo'lmagan tabiat plazmoz o'rnini bosuvchi suyuqliklar (poliglyukin, reopoliglyukin) oqsil etishmovchiligini kamaytirmaydi va buning uchun ulardan foydalanish mantiqiy emas.

Simptomatik terapiya glomerulonefrit bilan anemiyani davolashni o'z ichiga oladi. Temir, B12 vitamini, foliy kislotasi va boshqa dorilarni buyurish ko'pincha samarasiz. Qon yoki eritrotsitlar massasini quyish yanada ishonchli, bu homiladorlik paytida tanani donorning qon antijeni bilan immunizatsiya qilmaslik, so'ngra o'lik tug'ilish, bepushtlik. Bundan tashqari, HBsAg infeksiyasi ham yuqishi mumkin.

Antibiotiklar surunkali Glomerulonefrit kursiga ta'sir qilmaydi, shuningdek yuqumli fokusni olib tashlash (surunkali tonzillit) nefritni davolay olmaydi. Tonsillektomiya kasallikning boshida amalga oshirilsa va surunkali glomerulonefrit bo'lsa, homiladorlik paytida bodomsimon bezlarni olib tashlashning hojati bo'lmasa, muhim profilaktik ahamiyatga ega. Sovuqlar, ayniqsa streptokokklar, kasallar uchun antibiotiklar bilan davolash ko'rsatiladi va eng kam nefrotoksik ta'sirga ega bo'lganlar. Bularga streptokokk florasining "o'ziga qaramligi" rivojlanmaydigan

benzil-penitsillin, shuningdek eritromitsin kiradi. Tetratsiklin antibiotiklari nafaqat nefrotoksik ta'sirga ega, balki homilaga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Sulfanilamid preparatlari nefrotoksikdir, ularni buyurish glomerulonefrit uchun ayniqsa istalmagan.

Surunkali glomerulonefritni davolash antitrombotsitlarni tayinlashni ham o'z ichiga oladi: kuniga 3 marta 0,15 g teonikol, kuniga 3 marta 0,1 g trental, kuniga 4 marta 0,05 g kurantil yoki kuniga 3 marta 1 tabletka nikoshpan. Geparinni teri ostiga kuniga 20000 u dan foydalanish mumkin. Bilvosita antikoagulyantlar (fenilin, sinkumar va boshqalar) homilador ayollar va tug'ruqxonalarda kontrendikedir, chunki ular homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gemorragik sindrom, protrombin darajasining pasayishi va o'limga olib kelishi mumkin.

Agar bemorda qonda azotli toksinlar miqdori ko'payib ketsa va atsidoz bo'lsa, yo'q qilish gastritining rivojlanishi tufayli og'iz orqali dori-darmonlarni Pa-rentgen bilan almashtirish tavsiya etiladi.

Bunday holatda, 100-150 ml 3-5% natriy vodorod karbonat eritmasini tomir ichiga tomchilab yoki klizmada har kuni yoki har kuni zaxira ishqoriyligi oshguncha yuborish ko'rsatiladi. Lespenefrilni tomir ichiga tomizish (100 ml fiziologik eritmada 30 mg) yoki 10 ml dan og'iz orqali ham qo'llash mumkin. Siz uni 10-12 kun davomida 200 ml gemodezni tomir ichiga yuborish bilan almashtirishingiz mumkin.

Homilador ayollarda o'simlik dori-darmonlaridan keng foydalanish tavsiya etiladi. Biz ularning retseptlaridan birini beramiz. Ip (o't) 1 osh qoshiq, uch rangli binafsha (Ivan da Marya) 1 osh qoshiq. l., dulavratotu (ildiz) 1 osh qoshiq., Yarrow (o't) 1 osh qoshiq., qora smorodina (barglar) 1 osh qoshiq., qulupnay (barglar) 2 osh qoshiq., ayiq (barglar) 2 osh qoshiq. L., qayin (buyrak) 1 osh qoshiq. aralashtiring, 500 ml suvda 7 daqiqa qaynatib oling, to'kib tashlang. 2 oylik kurslarda ovqatdan 1/2 soat oldin kuniga 3 marta 100 ml issiq iching. ikki haftalik tanaffuslar bilan.

Fokal nefritni davolash birinchi navbatda asosiy kasallikni antibiotiklar bilan davolashni, stol tuzini (kuniga 5 g gacha) cheklaydigan parhezni va oson hazm bo'ladigan uglevodlarni, shuningdek C va P vitaminlarini tayinlashni o'z ichiga oladi. gematuriyani yo'q qilish uchun askorbin kislotasi kuniga 3 marta 0,3 g, kuniga

3 marta 0,04 g rutin va kaliy xlorid buyuriladi kuniga 3 marta 1 g.

So'nggi yillarda homiladorlik asoratlarning oldini olish, xususan gestozi, ba'zi ekstragenital kasalliklar uchun asetilsalitsik kislota (aspirin) ning kichik dozalarini buyurish orqali homilaning intrauterin rivojlanishining buzilishi tobora keng tan olinmoqda: buyrak kasalliklari, gipertoniya, tizimli qizil yuguruk va boshqalar. surunkali glomerulonefritda nefrologik va akusherlik asoratlarni rivojlanishida muhim ahamiyatga ega. uteroplasental gemodinamikaning buzilishi rol o'ynaydi. Platsenta qon aylanish etishmovchiligining morfologik belgilari ushbu kasallikka chalingan homilador ayollarning yarmidan ko'pida uchraydi, Fokal nefritni davolash birinchi navbatda asosiy kasallikni antibiotiklar bilan davolashni, stol tuzi cheklangan dietani (kuniga 5 g gacha) va oson hazm bo'ladigan uglevodlarni, shuningdek C va P vitaminlarini buyurishni o'z ichiga oladi. gematuriyani yo'q qilish uchun askorbin kislotasi kuniga 3 marta 0,3 g, kuniga 3 marta 0,04 g rutin va kaliy xlorid buyuriladi kuniga 3 marta 1 g.

So'nggi yillarda homilaning intrauterin rivojlanishidagi buzilishlar homiladorlik asoratlarning oldini olish, xususan gestozi, ba'zi ekstragenital kasalliklarda Asetilsalitsil kislotasining (aspirin) kichik dozalarini buyurish orqali tobora keng tan olinmoqda: buyrak kasalliklari, gipertoniya, tizimli qizil yuguruk va boshqalar. surunkali glomerulonefritda nefrologik va akusherlik asoratlarni rivojlanishida muhim ahamiyatga ega. Uteroplasental gemodinamikaning buzilishi rol o'ynaydi. Platsenta qon aylanishining etishmovchiligining morfologik belgilari ushbu kasallikka chalingan homilador ayollarning mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Aspirinni qo'llashning ma'nosi trombositlar tomonidan ishlab chiqarilgan tromboksanni platsentada va qonda inhibe qilish va shu tufayli uning antagonisti - prostatsiklin - qon tomir devorining mahsulotidir. Tromboksan vazokonstriksiyaga, trombositlarning faollashishiga, uteroplasental qon oqimining pasayishiga yordam beradi va prostatsiklin vazodilatatsiyani ta'minlaydi, trombositlar agregatsiyasi va yopishishini kamaytiradi va uteroplasental qon oqimini oshiradi. Ular kurantildan foydalanishni taklif qilishadi (kuniga 150-225 mg. homiladorlikning ikkinchi trimestridan to tug'ilgunga qadar) qon tomir devori tomonidan prostatsiklin ishlab

chiqarishni ko'paytirishi va/yoki o'pkada metabolizmni sekinlashtirishi mumkin.

UROLITIYAZ

Urolitiyaz keng tarqalgan kasallik bo'lib, homilador ayollarning taxminan 0,2-0,8 foizida uchraydi. Adabiyotlarga ko'ra, dunyoda urolitiyazning tarqalishi o'sib, 1-3% ga etadi. Bunga zamonaviy hayot sharoitlari yordam beradi: fosfor-kaltsiy metabolizmining buzilishiga olib keladigan jismoniy harakatsizlik, oziq-ovqat tarkibidagi purinlarning ko'pligi, natijada giperurikemiya va giperurikuriya.

Siydik toshlari ko'pincha tug'ish yoshida hosil bo'ladi: 25-40 yosh. Siydik chiqarish yo'llarida tosh hosil bo'lish mexanizmi murakkab, bir xil va hali yaxshi tushunilmagan. Siydik bo'lgan ortiqcha to'yingan eritmadan Kris-Tall tuzlarining yo'qolishi muhim ahamiyatga ega. Ammo, bu eritma qanchalik to'yingan bo'lmasin, kristallar hammasi ham hosil bo'lmaydi-GDA, chunki siydik murakkab biologik suyuqlik bo'lib, unda mineral tarkibiy qismlar bilan bir qatorda organik va xususan, himoya qiluvchi gidrofil kolloidlar mavjud bo'lib, ular cho'kmaydi va tuzlarning kristallanishiga va eritmalardan tushishiga yo'l qo'ymaydi. Himoya kolloidlari-bu xondroitinse va gialuron kislotalari, keratosulfat va boshqalarni o'z ichiga olgan mukopolisakkaridlar.bundan tashqari, siydikda hidrofobik kolloidlar (mukoproteinlar) mavjud bo'lib, ular osongina cho'kadi va kristallarning bir-biriga yopishishiga yordam beradi. Shunday qilib, yuqori sirt tarangligiga ega bo'lgan va kristallar va beqaror kolloidlarning tortishish markazi bo'lgan kelajakdagi toshning yadrosi hosil bo'ladi. Toshning yadrosi fibrin phtisi, hujayra detriti va bakteriyalar bo'lishi mumkin. Epiteliya ostidagi buyrak piramidalarini papillalarining tepalarida oz miqdordagi kristalli kaltsiy ko'pincha blyashka shaklida to'planadi.

Ushbu plakatlar epiteliyaga shikast etkazadi va tosh hosil bo'lishining yadrosi bo'lib xizmat qilishi mumkin. Agar buyrakdan limfa chiqishi buzilmasa, unda kaltsiy mikrolitlari limfa bilan olib boriladi va toshlar hosil bo'lmaydi.

Himoya kolloidlarining etarli miqdori siydik bilan ko'p miqdordagi turli xil tosh hosil qiluvchi tuzlar chiqarilganda ham toshlarning shakllanishiga to'sqinlik qiladi: oksalat (kuniga 0,7 mg/kg dan ortiq.), uratov (kuniga 11 mg/kg dan ortiq.), fosfatlar (kuniga 0,4-1,3 g.). Ba'zi pasologik holatlar qalqonsimon kolloidlarning

barqarorlashtiruvchi ta'sirini susaytirishi mumkin. Bularga mineral, qisman, kaltsiy, metabolik kasalliklar kiradi (siydik bilan kuniga 4 mg/kg dan ortiq chiqarilishi.) giperparatireoz, infeksiya, ayniqsa siydik yo'llari va jinsiy a'zolaridagi yuqumli va yallig'lanish jarayonlari bilan; siydik chiqarish dinining o'zgarishi, siydik chiqarishning kechikishi; buyrak qon va limfa aylanishining buzilishi; asosan a vitaminiga kam bo'lgan kaltsiy va fosfor nisbati bo'lgan ishqoriy parhez. buyrak qon va limfa aylanishining buzilishi; a vitaminiga kam bo'lgan kaltsiy va fosforing noto'g'ri nisbati bo'lgan asosan ishqoriy parhez.

Siydik toshlarining kelib chiqishida katta rol buyrakning interstitsial to'qimalarida (pielonefrit bilan) lokalizatsiya qilinishi mumkin bo'lgan infeksiyaga tegishli. Infeksiya toshlarning paydo bo'lishiga yordam beradi va toshlar siydik yo'llariga shikast etkazadi va urodinamikani buzadi, infeksiyaning tarqalishini va pielonefrit rivojlanishini osonlashtiradi. Pielonefrit (mukus, yiring, epiteliya hujayralari) uchun yallig'lanish mahsulotlari kristallar yotqizilgan buyrak toshining yadrosini shakllantirishda ishtirok etadi. Turg'un infeksiyalangan siydikda tuzlarning cho'kishi juda kuchli va bu toshlarning paydo bo'lishini tezlashtiradi. Surunkali pielonefrit bemorlarning 85 foizida nefrolitiaz bilan murakkablashadi va infeksiya bemorlarning 60-80 foizida nefrolitiazga qo'shiladi. Siydik kislotasi tuzlaridan toshlarning paydo bo'lishi siydik pH qiymatini kislotali tomonga o'tkazishda siydikning siydik bilan aniqlanishi bilan bog'liq. Siydikning kislotaliligining oshishiga buyrakning ammiak hosil qilish qobiliyatining yo'qolishi yoki pasayishi sabab bo'lishi mumkin.

Sistin konkretiyalari buyrak tubulalarining tug'ma etishmovchiligi natijasida yuzaga keladi. Bunday hollarda organizm sistinuriyada sistinni etarli darajada rezorbsiya qila olmaydi.

Homiladorlik paytida tosh shakllanishi uchun boshlang'ich material bo'lib xizmat qilishi mumkin bo'lgan tuzlarning ko'payishi kuzatilmaydi. Homilador ayollarning siydigida iz elementlarning tarkibi: mis, temir, rux, qo'rg'oshin, marganets, molibden, alyuminiy, kobalt, lityum, nikel, titan homilador bo'lmaganlar bilan bir xil. Faqat kremniy miqdori oshiriladi; uning birikmalari kolloidlarning

xususiyatiga ega bo'lib, kristalloidlarni erigan holatda ushlab turishga yordam beradi.

Homiladorlik kolloid faol siydikning ko'payishi bilan birga keladi, bu urolitiazning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Homiladorlik o'sib borishi bilan siydikning kolloid faolligi, ya'ni himoya kolloidlari soni ortadi. Shu sababli, homiladorlik paytida litogeniyani keltirib chiqaradigan barcha asosiy omillar mavjudligiga qaramay, toshlar hosil bo'lmaydi: infeksiya va mineral almashinuvdagi o'zgarishlar bilan birgalikda siydik stazasi. Homiladorlik urolitiaz uchun xavf omili emas: homiladorlik sonining ko'payishi bilan urolitiaz bilan kasallanish ko'paymaydi. Urolitiaz odatda homiladorlik paytida ro'y bermaydi, ammo agar kasallik ilgari yashirin bo'lsa, uning klinik belgilari aniq namoyon bo'lishi mumkin. Bunga siydik tizimining fiziologik xususiyatlari tufayli homiladorlik paytida toshlarning tez o'sishi, toshning siydik pufagiga o'tishi uchun qulay sharoitlar va infeksiyani biriktirishning qiyosiy qulayligi yordam beradi. Homilador ayollarda tosh shakllanishining kamligi ayol va homila tanasining kaltsiy va fosfor tuzlariga bo'lgan ehtiyojining oshishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Homiladorlik paytida buyrak toshlarining paydo bo'lishi mumkin va urolitiazning pielonefrit bilan murakkablashgan oldingi homiladorlik bilan bog'liqligi shubhasizdir.

Homiladorlik, ayolning organidagi fiziologik jarayonlarning yo'nalishini va qorin bo'shlig'i a'zolari va retroperitoneal bo'shliqning anatomik munosabatlarini o'zgartirib, siydik yo'llarining bo'shatilishiga ta'sir qiladi, ularning asab-mushak tonusini keskin pasaytiradi. Bu, shuningdek, yashirin joriy urolitiazni aniqlashga moyildir. Ichki sekretiya bezlari va avtonom asab tizimining faoliyati ma'lum darajada buzilgan. Homiladorlik paytida gipofizning oldingi qismi gipertrofiyalanadi, uning massasi icga nisbatan 3 baravar ko'payadi (homiladorlikdan oldin). Gipofiz bezi fosfor almashinuviga ta'sir qiladi, gipofiz bezini olib tashlash siydikda fosfatlarning yo'qolishiga olib keladi.

Bir qator mualliflar ayollarda buyrak toshlari paydo bo'lishining o'ziga xos xususiyatlarini ta'kidlaydilar. Siydik infeksiyasi, pielonefrit va metabolik kasalliklar

erkaklarinikiga qaraganda katta rol o'ynaydi. Natijada, ayollarda toshlarning tarkibi o'ziga xosdir: ko'pincha siydik karbamidni parchalaydigan bakteriyalar sabab bo'lgan fosfat toshlari hosil bo'ladi. Urolitiyazning klinik ko'rinishi buyrak kolikasi, gematuriya, pyuriya va siydikdagi toshlarning chiqib ketishidan iborat. Lomber mintaqadagi og'riqlar (buyrak kolikasi) jomcha yoki siydik pufagining tosh bilan timash xususiyati va bu sohada ularning spazmlari tufayli siydikning normal chiqib ketishiga to'sqinlik qiladi. Og'riq o'tkir, paroksizmal xarakterga ega. Ular pastki orqa qismida yoki siydik pufagi bo'ylab sezilishi mumkin. Og'riq juda kuchli, bemor zaiflashadigan pozitsiyani topishga harakat qiladi va "o'zi uchun joy topmaydi". Ureterning pastki qismida tosh lokalizatsiya qilinganida, og'riq katta labiyaga tarqaladi, siydik tomchilab oqadi yoki umuman chiqmaydi. Siydik chiqarish traktining yuqori qismlarida hisob-kitoblarni lokalizatsiya qilish bilan og'riqlar son, inguinal mintaq va tashqi jinsiy a'zolarga tarqaladi.

Siydik chiqarish kanalining intramural qismida tosh bo'lsa, siyish harakati oxirida siydik pufagi sohasida og'riq paydo bo'ladi. Buyrak kolikasi titroq, tana haroratining ko'tarilishi, ko'ngil aynishi yoki qayt qilish, meteorizm bilan birga bo'lishi mumkin. Siydik chiqarish paytida tez-tez siyish va og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Buyrak kolikasi odatda siydik pufagiga tushadigan mayda toshlardan kelib chiqadi. Jomchada joylashgan katta toshlar, ayniqsa marjon toshlari deb ataladigan toshlar pastki orqa qismida zerikarli og'riqlarga olib keladi. Katta o'lchamlari tufayli bunday toshlar siydik yo'llarining bo'shliqlarida harakatlanmaydi.

Ginekologik kasalliklar buyrak kolikasiga xos bo'lgan og'riqni labiyaga xarakterli nurlanish bilan taqlid qilishi mumkin, bu siydik va jinsiy a'zolarining innervatsiyasi bilan izohlanadi.

Buyrak va siydik chiqarish toshlari homilador ayollarni davlat tomonidan oziqlanadigan kuchli qorin og'rig'ining eng keng tarqalgan sababidir. Homiladorlikning oxirida buyrak toshlari tug'ilish qisqarishini taqlid qilishi, shuningdek ularning haqiqiy ko'rinishini qo'zg'atishi mumkin. Gematuriya toshning o'tkir qirralari bilan siydik chiqarish yo'llarining shilliq qavatining shikastlanishidan

kelib chiqadi. Oksalatlardan tashkil topgan toshlar silliq fosfat toshlariga qaraganda epiteliyga ko'proq zarar etkazadi. Bunday bemorlarda mikrogematuriya ustunlik qiladi. Makrogematuriya buyrak kolikasi hujumining oxirida sodir bo'ladi. Jismoniy faoliyatdan so'ng gematuriya kuchayadi va dam olgandan keyin kamayadi. Ba'zi bemorlarda bu deyarli doimiy ravishda kuzatiladi. Gematuriyaning u yoki bu darajasi urolitiaz bilan kasallangan bemorlarning 90 foizida kuzatiladi. Ba'zida gematuriya tosh borligining yagona namoyonidir, ayol esa hech qanday og'riq sezmaydi. Bunday hollarda buyrak shishi yoki sil kasalligi ehtimolini istisno qilish kerak. Yukdan keyin paydo bo'lgan gematuriya, leykotsituriyasiz, pielonefrit emas, balki toshning dalilidir.

Pyuriya siydik chiqarish yo'llarida yallig'lanish o'zgarishlarining natijasidir. Pielonefrit ko'pincha urolitiazga qo'shiladi, garchi ba'zi bemorlarda u bundan oldin ham bo'lishi mumkin. Kalkulyoz pielonefrit bilan bemorlar vaqti-vaqti bilan pastki orqa qismida zerikarli og'riqni his qilishadi va siydik pufagi tosh bilan tiqilib qolganda, odatdagi buyrak kolikasi paydo bo'ladi. Kasallik isitma, ba'zida titroq, bosh og'rig'i bilan birga keladi. Ba'zi hollarda buyrak kolikasi xurujidan keyin toshlar siydik bilan o'z-o'zidan chiqib ketadi.

Ba'zi ayollarda urolitiaz asemptomatikdir. Bemorlar hech qanday shikoyat qilmaydilar. Faqat jismoniy faoliyatdan keyin ular mikrogematuriyaga ega. Qorin bo'shlig'i organlarining rentgenologik tekshiruvida, boshqa sabab bilan, siydik yo'llari sohasidagi toshlarning soyalari tasodifan topiladi. Asemptomatik urolitiaz kamdan-kam hollarda pielonefrit bilan murakkablashadi.

Jiddiy kasallik buyrak etishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Biroq, biz o'zimiz kuzatmadik va adabiyotda urolitiazli homilador ayollarda azotemiya haqida xabarlarini uchratmadik. Ayollarda siydik pufagi toshlari kam uchraydi, chunki qisqa va keng uretra siydik chiqarganda ularning o'tishiga yordam beradi. Agar tosh yumaloq shaklga ega bo'lsa va o'z-o'zidan ajralib turolmasa, u gematuriya, siyish paytida reaktivning uzilishi va siydikning og'riqli chiqishi bilan o'zini namoyon qiladi.

Homiladorlik paytida urolitiazning kechishi o'ziga xos xususiyatlarga ega. Jomcha va siydik yo'llarining kengayishi va atoniyasi kaltsiyning siydik yo'llarining pastki qismlariga o'tishiga moyil bo'ladi. Shuning uchun homiladorlik paytida buyrak kolikasi va gematuriya xurujlari homiladorlikdan oldin tez-tez kuzatiladi. Ushbu kasallik belgilari ayollarning 4/5 qismida qayd etilgan. Toshlarning jomchadan siydik pufagiga o'tishi homiladorlik paytida ureterolitiaz tashxisining oldingisiga qaraganda yuqori chastotasini tushuntiradi. Homilador ayollarda og'riq va gematuriyaning intensivligi kamroq seziladi. Buyrak kolikasi odatda katta kuchga ega emas, makrogematuriya kam uchraydi. Agar tosh siydik pufagida bo'lsa, unda buyrak kolikasi kasallikning eng muhim namoyonidir, agar u jomchada bo'lsa, unda og'riq kuchsizroq bo'ladi. Kolik asosan dastlabki 4 oyda qayd etiladi. va homiladorlikning so'nggi 4 haftasida. Ushbu davrlar orasida alomatlar xarakterli emas, pielonefrit hodisalari ustunlik qiladi. Takroriy Kolik va septik isitma ba'zida abortni keltirib chiqaradi. Tokolitik dorilarni qo'llashda ular Kolik tipidagi buyrak mintaqasida og'riqlarga olib kelishi mumkinligini yodda tutish kerak.

Homiladorlik paytida toshlarning o'z-o'zidan o'tishi tez-tez uchraydi. Bu siydik yo'llarining kengayishi va siydik yo'llarining mushak devorining giperplaziyasi bilan bog'liq. 34 haftadan keyin. toshlar kamdan-kam hollarda chiqariladi, ehtimol siydikning atoniyasi va kattalashgan bachadon yoki homilaning oldingi qismi tomonidan siqilishi tufayli, bu kaltsiyning rivojlanishini qiyinlashtiradi. Tug'ruqdan keyingi davrda siydik yo'llarining siqilishi yo'qoladi va ularning ohanglari oshadi. Shu munosabat bilan toshlarning o'z-o'zidan chiqishi yana tez-tez uchraydi.

Homiladorlikning rivojlanishiga xos bo'lgan va siydik yo'llarining diskineziyasiga olib keladigan anatomik va neyroxumoral o'zgarishlar urogenital infeksiyani rivojlanishiga olib keladi. Jomcha yoki siydik pufagida tosh borligi pielonefritning bu ehtimolini yanada aniqroq qiladi.

Urolitiazli homilador ayollarda pielonefrit birinchi trimestrda, siydik pufagining kengayishi hali ham ahamiyatsiz bo'lganda rivojlanadi. Shu bilan birga, birlamchi pielonefrit (kalkulyatsion emas) odatda homiladorlikning ikkinchi trimestrida urodinamikadagi aniq o'zgarishlar fonida yuzaga keladi. Siydik yo'li

infektsiyasining namoyon bo'lishi sifatida pyuriya urolitiaz bilan kasallangan homilador ayollarning 2/3 qismida uchraydi. Ko'pgina bemorlarda pielonefritning boshqa belgilari mavjud: bakteriuriya, pastki orqa qismida zerikarli og'riq, isitma. Urolitiaz bilan surunkali pielonefrit tez-tez uchraydi, shu bilan birga yanada qulay kurs bilan ajralib turadi va nisbatan kechroq eng og'ir asoratlarga olib keladi: nefrogen arterial gipertenziya va surunkali buyrak etishmovchiligi (Lopatkin N. A., 1980) ehtimol, bu ichak guruhining ozgina virusli infeksiyasiga ega bo'lish bilan bog'liq (*E. coli*) va kamdan-kam hollarda pyogen mikroorganizmlar mavjud: stafilokokk, streptokokk. Koroid nefrolitiaz kam simptomatik bo'lib, kamdan-kam hollarda buyrak kolikasi bilan birga keladi, ammo toshni jarrohlik yo'li bilan olib tashlaganidan keyin qaytalanishga moyil bo'lgan doimiy surunkali pielonefrit bilan ajralib turadi; u asta-sekin, ammo barqaror ravishda buyrakdagi morfologik o'zgarishlarga va ikki tomonlama koroid urolitiazda og'ir surunkali buyrak etishmovchiligiga olib keladi.

Shunday qilib, bemorlarning 30-40 foizida homiladorlik paytida urolitiaz kursi yomonlashadi. Ushbu yomonlashuv buyrak kolikasi xurujlarining paydo bo'lishi yoki ko'payishi, ilgari mavjud bo'lgan pielonefritning qo'shilishi yoki kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda kalkulyoz pielonefrit shu qadar og'ir yo'lni egallaydiki, homiladorlik paytida yoki tug'ruqdan ko'p o'tmay jarrohlik muolajalariga murojaat qilish kerak.

Shu bilan birga, ko'plab ayollarda urolitiazning asemptomatik kursi homiladorlik paytida o'z xarakterini o'zgartirmaydi.

Homilador ayollarda urolitiazni tashxislashda anamnezga katta e'tibor beriladi (buyrak kolikasi xurujlari, siyish paytida toshlarning chiqishi). Siydik chiqarishning buzilishi tosh siydik yo'lining pastki qismlarida: siydik pufagi va siydik chiqarish kanalida joylashganda paydo bo'ladi. Keyin terminal gematuriya paydo bo'ladi. Siydik chiqarish harakati bilan bog'liq bo'lmagan gematuriya siydik chiqarish yo'llari va jomhadagi kaltsiylarning lokalizatsiyasi bilan kuzatiladi.

Ureterning pastki qismidagi toshlarni ba'zida vaginal tekshiruvda tonozdagi zich tugunlar sifatida palpatsiya qilish mumkin (palpatsiya og'riqli).

Sistoskopiya siydik pufagi toshini va "tug'ilgan" siydik chiqarish toshini aniqlaydi. Xromotsistoskopiya bilan, agar indigokarmin bir tomondan chiqarilmasa, u holda yukdan keyin gematuriyaning kuchayishi bilan birgalikda bu siydik yo'lining qisman yoki to'liq okklyuziyasini keltirib chiqaradigan ureter toshining mavjudligini ko'rsatadi (Kremling X. va boshq., 1985). Ammo shuni yodda tutish kerakki, homiladorlikning ikkinchi trimestridan boshlab siydik yo'llarining atoniyasi tufayli siydik yo'lining og'zidan indigokarmin paydo bo'lishi 12 daqiqagacha kechiktirilishi mumkin va boshqalar. Agar buyraklarning ultratovush tekshiruvini o'tkazish mumkin bo'lsa, invaziv aralashuv bilan siydik yo'llari infeksiyasini oldini olish uchun xromotsistoskopiya dan voz kechish yaxshiroqdir.

Echografiya homiladorlik paytida qimmatli diagnostika usuli hisoblanadi. Diametri 0,5 sm dan katta toshlarni aniqlash qiyin emas. Toshlar, odatda, chashkatos tizimida joylashgan, aniq konturlangan, echo-zitiv shakllanishlar sifatida aniqlanadi. Katta mercan shaklidagi toshlar eng oson aniqlanadi. Diametri 1,5-2 mm bo'lgan kichik toshlarni ham topish mumkin (Demidov V. N. va boshq., 1989). Ultratovush tekshiruvi rentgen-musbat va rentgen-manfiy toshlarni aniqlashga imkon beradi.

Homiladorlik paytida rentgen tekshiruvi qarshi ko'rsatiladi. Siydik chiqarish yo'llarining rentgenogrammasi homiladorlikning ikkinchi oyidan keyin faqat buyrak kolikasining tez-tez xurujlari va tashxisga shubha tug'ilganda, masalan, urolitiyazni jarrohlik yo'li bilan davolash kerak bo'lsa, amalga oshirilishi mumkin. Tekshiruv rentgenografiyasida toshlarning taxminan 80% aniqlanishi mumkin. Istisno-bu o'rtacha kontrastli sistin toshlari va rentgen-manfiy urat toshlari. Urografiya nisbatan ko'proq ehtiyot bo'lish kerak, bunda faqat bitta rentgenografiya o'tkazilishi kerak. Shuning uchun tashxisni aniqlashtirish uchun homiladorlikdan oldin olingan va bemorning qo'lida bo'lgan yoki boshqa tibbiy muassasalardan so'ralganda olinishi mumkin bo'lgan rentgenogrammalardan foydalanish tavsiya etiladi.

Tashxisni aniqlashtirish laboratoriya diagnostikasi, 10-jadvalda keltirilgan tekshirish usullari bilan osonlashadi.

Jadval 9. Buyrak jomjalari bilan homilador ayollarda laboratoriya tadqiqotlari

Tekshiruv usullari	Olingan ma'lumot	Tashhis
Siydik ekmasi	Proteusmirabilis	Magniy va ammoniy
Siydikda kalciiy	Giperkalciiyuriya(1 kunda	tuzlaridan aralash toshlar
Siydikda sutkalik-mochevina	>0,25 g.dan ko'p)	Kalciiy oksalat tuzl.toshlar
Siydik pHi	Giperurikuriya1 kunda >0,8	Siydik kislotasi toshlari
Qonda kalciiy	g.dan ko'p)	Siydik kislotasi toshlari
Qonda siydik kislotasi	pHni kislotaliga o'tishi	Magniy va ammoniy
Qon plazmasida xloridlar	pHni ishqoriyga o'tishi	tuzlaridan aralash toshlar
	Giperkalciiyemiya	Giperparatireoz
	Giperurikemiya	Siydik kislotasi toshlari
	Giperxloremiya	Buyrak naychalari acidozi

Urolitiyaz ko'pincha siydik yo'llari infeksiyasining qo'shilishi bilan murakkablashganligi sababli, bunday bemorlarga pielonefrit bilan bog'liq barcha diagnostika choralari ko'rsatiladi.

Urolitiyaz in-najas bilan murakkablashmasa, urolitiyaz homiladorlikning rivojlanishiga va homila holatiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Homilador ayollarning nefropati asosan kalkulyoz pielonefrit bilan og'riq ayollarda uchraydi va urolitiyaz bilan og'riq bemorlarning 15 foizida uchraydi. Spontan abortlar kamdan-kam uchraydi, ammo siydik yo'li infeksiyasi yoki azotemiya qo'shilishi homiladorlikning uzilishiga olib kelishi mumkin. Nefropatiya bilan murakkablashgan kalkulyoz pielonefritli ayollarning 15 foizida erta tug'ilish sodir bo'ladi. Perinatal o'lim darajasi ko'tarilib, 48%ga etadi. Pielonefrit yoki nefropatiya bilan asoratlanmagan urolitiyaz homiladorlik va homila rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Urolitiyaz odatda homiladorlikni davom ettirish uchun kontrendikatsiya emas. Homiladorlik faqat buyrak etishmovchiligi bo'lgan taqdirda kontrendikedir, bu homiladorlik davrida kam uchraydi. Homiladorlikning tugashi haqidagi savol uning ikkinchi yarmida og'ir, davolab bo'lmaydigan gestoz qo'shilganda paydo bo'lishi mumkin.

Urolitiyaz bilan og'riq homilador ayollarni kuzatish antenatal klinikada yoki

klirikada akusher va terapevt tomonidan birgalikda amalga oshiriladi. Urolog bilan maslahatlashish maqsadga muvofiqdir. Kuzatish jarayonida kasallikning kuchayishi, pielonefritning qo'shilishi yoki faollashishi, homilador ayollarning nefropati va erta tug'ilish xavfi o'z vaqtida aniqlanadi.

Bunday hollarda, homiladorlik davridan qat'i nazar, kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi. Agar kasallik tashxisi aniq bo'lsa va urolitiaz minimal alomatlar bilan davom etsa va homiladorlikning normal rivojlanishi buzilmasa, antenatal klinikada ambulatoriya nazorati tug'ilgunga qadar davom etishi mumkin.

Mehnat jarayoni odatda hech qanday xususiyatni anglatmaydi. Buyrak kolikasining xurujlari kamdan-kam uchraydi va antispazmatik va dorivor moddalar bilan yaxshi bartaraf etiladi. Uzoq muddatli tug'ruq paytida akusherlik forsepslari, vakuum ekstraktori qo'llaniladi. Yong'oqdan kattaroq siydik pufagi toshlari mehnat jarayonini kechiktiradi va mehnatning to'xtashiga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda qorin bo'shlig'i sezaryen ko'rsatiladi.

Homiladorlik paytida urolitiazni konservativ davolash afzalroqdir, ammo ba'zi hollarda jarrohlik aralashuvisiz buni amalga oshirish mumkin emas.

Ratsion mineral metabolizm buzilishining xususiyatiga bog'liq. Siydik kislotasi diatezi bilan siydik bilan urat tuzlari chiqarilganda va ulardan siydik yo'llarida toshlar hosil bo'lganda, purinlarga kam bo'lgan parhez buyuriladi. Purin asoslari qovurilgan go'sht, miya, go'shtli bulonda ko'p miqdorda mavjud. Oziq-ovqat sutli, siydikni gidroksidi va atsidozni kamaytirishi kerak. Sutli oziq-ovqat hayvon oqsillarining etishmasligini qoplaydi va o'simlik ovqatlarida vitaminlar va kislotalar mavjud bo'lib, ular organizmda karbonat angidrid tuzlariga aylanib, siydikni gidroksidi qiladi. Sabzavot va mevalardan baklagiller, yong'oqlar, otquloq, kakao, shokolad, qora choyni iste'mol qilish mumkin emas. Bemorlar har 2-3 kunda bir marta qaynatilgan baliq yoki yog'li bo'lmagan go'sht iste'mol qilishlari kerak. Sabzavotli sho'rvalar, sabzavotlar va mevalar, sutli idishlardan cheksiz foydalanish mumkin. Ko'p miqdorda ichish (kuniga kamida 2 litr siydik chiqarish) siydikdagi urat konsentratsiyasini pasaytiradi. Bunday parhez homiladorlik paytida parhez talablariga to'liq javob beradi. Siydikni pH 6,5-7 gacha alkalizatsiya qilish asosiy

eritmalmi, masalan, kuniga 2-3 marta 20 ml dan 20 ml eritma (1 meq NaHCO_3/ml) olish orqali amalga oshiriladi.

Fosfat diatezi siydikning ishqoriy reaksiyasi bilan davom etadi, siydik cho'kmasida asosan fosfor emas, balki kaltsiy tuzlari mavjud. Ratsionda kaltsiy tuzlari kam bo'lishi kerak (kuniga 500 mg gacha), uning maqsadi siydikning ishqoriy reaksiyasini kislotali holatga o'tkazishga yordam beradi. Ko'p miqdorda kaltsiyni o'z ichiga olgan mahsulotlar kontrendikedir: tuxum, sut mahsulotlari. Yashil sabzavotlar, kartoshka, no'xat, loviya iste'molini cheklash tavsiya etiladi, chunki ular tarkibida kaltsiy ham ko'p. Siydik kislotasidan farqli o'laroq, fosfat diatezida go'shtli oziq-ovqat ko'rsatiladi (kuniga 1 g/kg gacha.), siz qovurilgan go'sht, shirinliklar, turli xil donli idishlar, mevalar (olma, uzum, nok) iste'mol qilishingiz mumkin. A vitaminini o'z ichiga olgan mahsulotlarni buyurish kerak: sariyog', jigar, sabzi, atirgul bulyoni, baliq yog'i. Ichish cheklangan, chunki ko'p miqdordagi diurez siydikning kislotaliligini pasaytiradi (alkaloz rivojlanadi) va himoya kolloidlar miqdorini kamaytiradi va bu o'z navbatida fosfor va karbonat toshlarining paydo bo'lishini osonlashtiradi. Kuniga 10 g dan ko'p bo'lmagan osh tuzini iste'mol qilish kerak.

Kaltsiy va fosfor tuzlari, sut va yangi, vitaminlarga boy meva va sabzavotlarga, shuningdek, ohakdan tashqari boshqa mineral tuzlarni o'z ichiga olgan oziq-ovqat mahsulotlariga muhtoj bo'lgan homilador ayollar uchun diatezli fosforli bemorlarning dietasi etarli darajada fiziologikdir. tuzlar, xususan kaliy tuzlari. Shuning uchun, urolitiaz uchun zarur bo'lgan tavsiyalarga qat'iy rioya qilgan holda, homila rivojlanishi buzilishi mumkin.

Oksalat kislotasi diatezi uchun parhez fosfaturiya va uraturiya bilan og'rigan bemorlarda ishlatiladigan parhezlarning xususiyatlarini birlashtiradi. Oziq-ovqat tarkibida oksalat hosil bo'lishiga yordam beradigan mahsulotlar bo'lmasligi kerak. Shuning uchun sut, tuxum, baklagiller, yong'oqlar, otquloq, qora choy dietadan chiqarib tashlanadi; kuchli go'shtli bulyonlar, miyalar, pomidor, kartoshka, kakao cheklangan. Siydikni ishqorlashtiradigan mahsulotlar buyuriladi: olma, nok, o'rik, shaftoli, behi, tarvuz, qora smorodina va atirgul infuzioni. Siz qaynatilgan go'sht va

baliqni haftasiga 2-3 marta, un va donli idishlar, sut mahsulotlari, har qanday yog'lar, karam, qovoq, bodring, qovun iste'mol qilishingiz mumkin. Ko'p miqdorda ichish foydalidir.

Oksaluriya uchun tavsiya etilgan parhez fosfor-nokislomli diatezga qaraganda kengroq va homilador ayolning ehtiyojlariga ko'proq mos keladi.

Kasallikning o'tkir davrida behushlik amalga oshiriladi va ko'p miqdordagi suyuqlik yuboriladi. Toshni bo'shatgandan so'ng, davolashning asosiy usuli siydikning intensiv chiqarilishini ta'minlash uchun ko'p miqdorda ichishdir (kuniga 2,5 l dan ortiq.).

Urolitiyaz bilan og'rig'an homilador ayollarni dori-darmon bilan davolash og'riqni yo'qotish va siydik yo'llari infeksiyasini yo'q qilishga qaratilgan. Homilador ayollarda buyrak kolikasi bilan og'riqlar har doim ham katta kuchga ega emasligi sababli, siz spazmolitik vositalar bilan hujumni to'xtatishga harakat qilishingiz mumkin: papaverin gidro-xloridning 2% eritmasi - teri ostiga 2 ml, ammo - shpa-2 ml teri ostiga, 0,2% PLA-tifillin gidrotartrat eritmasi-1-2 ml teri ostiga, baralgin-5 ml ichkarida (qayta yuborish 6-8 soatdan keyin mumkin); baralgin mushak ichiga o'zgarishi mumkin, keyin uning ta'siri 20-30 daqiqadan so'ng boshlanadi. Atropin yuqoridagi dorilarga qaraganda siydik yo'llarining silliq mushaklariga aniqroq antispazmodik ta'sir ko'rsatadi. Agar antispazmodik vositalar yordamida buyrak kolikasini to'xtatish imkoni bo'lmasa, siz dorivor moddalarga murojaat qilishingiz kerak (1 ml 1-2% promedol eritmasi teri ostiga, 1 ml 1% morfin gidroxlorid eritmasi teri ostiga). Homiladorlik paytida dorivor moddalarni iste'mol qilish xavflidir, chunki promedol o'ngan oshiradi va bachadon mushaklarining qisqarishini kuchaytiradi va morfin homilaning nafas olish markazini inhibe qiladi. Ba'zi hollarda buyrak kolikasining hujumini antispazmodik vositalar bilan to'xtatish mumkin, ular siydik yo'llarining silliq mushaklarini (sistenal yoki avisan) tanlab bo'shashtiradi. Buyrak kolikasi xuruji uchun sistenal bir marta 20 tomchi (bir parcha shakar yoki til ostida), takroriy hujumlar uchun esa kuniga 3 marta ovqat paytida yoki undan keyin 10 tomchi buyuriladi. Avisan ovqatdan keyin 0,1 g (2 tabletk) yoki kuniga 3-4 marta 0,05-0,1 g (1-2 tabletk) dan olinadi. Xuddi shu dozalarda (3 hafta davomida kuniga 3-4 marta 0,05 g) avisan,

shuningdek, Kolik xususiyatiga ega bo'lmagan engil og'riqlar uchun buyuriladi. Shu maqsadda sistenal 1-3 hafta davomida kuniga 3 marta 3-10 tomchi olinadi. Avisan va sistenal nafaqat antispazmodik, balki yallig'lanishga qarshi ta'sirga ham ega.

Bemorlarning 50% dan ko'prog'ida toshlar o'z-o'zidan chiqib ketadi; kasallikning belgilari antispazmodik vositalarni buyurgandan va ovqatdan suyuqlik iste'mol qilishni ko'paytirgandan so'ng yoki kuniga 2 litr ichida tomir ichiga yuborish shaklida yo'qoladi. Homiladorlik paytida buyrak kolikasi uchun ishlatiladigan buyraklar sohasidagi iliq vannalar va isitgichlar kontrendikedir.

Agar antispazmodik va dorivorlik vositalari buyrak kolikasining stupasini to'xtatmasa, bachadonning dumaloq ligamentlarining novokain blokadasi yoki siydik yo'lini kateterizatsiya qilish kerak. Blokada qilish uchun dumaloq boylamlarni periferik qismiga 30-40 ml 0,5% novokain eritmasi yuborib chov kanalining tashqi teshigi orqali yuboriladi.

Ureter kateterizatsiyasi (dastlabki xromotsistoskopiya dan so'ng) siydikning buzilgan oqimini tiklaydi va Kolik xuruji to'xtaydi. Ushbu manipulyatsiya maxsus mahoratni talab qiladi va urolog tomonidan amalga oshirilishi kerak. Ba'zi hollarda siydik pufagini kateterizatsiya qilish muvaffaqiyatsiz bo'ladi, chunki kateter spastik qisqargan siydik yo'li bilan mahkam yopilgan toshdan o'tib keta olmaydi. Bunday hollarda jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar mavjud.

Agar urolitiyaz pielonefrit bilan birlashtirilgan bo'lsa, tegishli antibakterial davolanishni buyurish juda muhimdir, chunki eng og'ir asoratlar pielonefritda (nefropatiya, septik holat, azotemiya va boshqalar) paydo bo'ladi. Toshlar mavjud bo'lganda o'tkir pielonefrit ko'pincha buyrak blokadasi bartaraf etilguncha va siydikning buzilgan chiqishi tiklanmaguncha to'xtatilmaydi. Bunday hollarda siydik yo'lini kateterizatsiya qilish juda samarali. Kateter 2-3 kun davomida siydik pufagida qoldirilishi mumkin.

Homiladorlikdan tashqari urolitiyani davolashda jarrohlik muolajalar muhim o'rin tutadi. Homilador ayollarda buyrak yoki siydik pufagidagi toshlarni olib tashlash va hatto nefrektomiyani olib tashlash uchun operatsiya qilish zarurati tez-tez uchraydi, ammo operatsiya uchun ko'rsatmalar yanada qat'iy bo'lishi kerak,

chunki homiladorlik paytida har qanday operatsiya og'irroq bo'ladi va uning asoratlari homila holatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Jarrohlik siydik yo'lini tosh bilan to'sib qo'yishi natijasida kelib chiqqan va davolanishga javob bermaydigan anuriya uchun ko'rsatiladi; kalkulyoz pielonefrit bilan kasallangan septik holat bilan; pionefroz bilan; buyrak kolikasining tez-tez takrorlanadigan xurujlari bilan, agar toshlarning o'z-o'zidan chiqib ketish tendentsiyasi bo'lmasa.

Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida katta aseptik toshlarni profilaktik ravishda olib tashlash zarur deb hisoblamaymiz, chunki ular har doim ham pielonefrit bilan murakkablashmaydi. Agar bu sodir bo'lsa, ko'pincha homiladorlik paytida pielonefritning tarqalishini to'xtatish va operatsiyani tug'ruqdan keyingi davrga qoldirish mumkin.

Agar operatsiya uchun ko'rsatmalar homiladorlikning kech davrida paydo bo'lsa, ayolni muddatidan oldin etkazib berish va keyin operatsiya qilish yaxshiroqdir. Homiladorlikning oldingi bosqichlarida, agar ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, bemorlar homilaning holatini hisobga olmasdan operatsiya qilinishi kerak, chunki aralashuv bilan kechikish ko'pincha ayolning hayotiga tahdid soladi. Homiladorlikning birinchi trimestrda siz avval sun'iy abort qilishingiz kerak, so'ngra bemorni operatsiya uchun urologiya bo'limiga o'tkazishingiz kerak.

Yuqori joylashtirilgan toshlar bilan buyrak parenximasi past joylashganlarga qaraganda erta va og'irroq shikastlanadi. Buyrak jomcha bosimining keskin ko'tarilishi tufayli buyrak funksiyasi tezda pasayadi. Zudlik bilan operatsiya qilish orqali buyrakni saqlab qolish va homilaning intrauterin o'limini oldini olish mumkin. Agar homiladorlikning oxirida siydik chiqarish kanalining jomcha qismida tosh ustida ishlash kerak bo'lsa, unda nefrostomiyani qo'llash tavsiya etiladi. Tosh faqat tug'ilgandan keyin qoldiriladi va olib tashlanadi. Buyrak samarali ravishda tushiriladi, qorin bo'shlig'i funksiyasi saqlanib qoladi, bu yaqinlashib kelayotgan tug'ilish uchun muhimdir. Homiladorlik paytida siydik yo'llarining pastdagi toshlarini qin orqali ham olib tashlash mumkin (H. Kremling va boshq., 1985).

Muammoning eng yaxshi echimi urolitiyazni jarrohlik yo'li bilan davolash va homiladorlikdan oldin siydik yo'llarini tozalashdir.

Gidronefroz

Gidronefroz-bu kasallik bo'lib, uning asosiy xususiyatlari buyrak jomchasining kengayishi, undagi siydikning turg'unligi va siydik oqimiga to'sqinlik qilish natijasida buyrak Pa-renximasining atrofiyasi. Homilador ayollarda gidronefrozning chastotasi noma'lum.

Siydik oqimining buzilishiga olib keladigan sabablar siydik yo'llari ichida ham, undan tashqarida ham atrofdagi to'qimalarda bo'lishi mumkin. Uretra yoki siydik pufagidagi patologik o'zgarishlar (chandiqlar, shilliq qavatning burmalari, rivojlanish anomaliyalari), chanoq va retroperitoneal sohalardagi yallig'lanish jarayonlari ikki tomonlama gidronefrozga olib kelishi mumkin. Homiladorlik paytida tez-tez kuzatiladigan siydik yo'llarining egriligi va burishishi, ularning burishishi, buyrakning pastki segmentiga boradigan qon tomirlari yoki homiladorlik paytida kengayib boradigan o'ng siydik pufagi va tomir uchun bitta to'shak hosil qiluvchi biriktiruvchi to'qima qutisi bilan siqilishi ham gidronefrozni keltirib chiqaradi. Siydikning chiqib ketishiga to'sqinlik qilish toshlar, jomcha yoki siydik yo'llarining divertikulalari, siydik yo'lining chandiq to'qimasi bilan torayishi bilan yuzaga kelishi mumkin. Jomcha atoniyasi va o'tkir siydik bilan ifodalangan siydik yo'llarining funksional buzilishlari ham gidronefrozning rivojlanishiga yordam beradi. Gidronefroz tug'ma va orttirilgan, organik yoki funksionaldir. Ikkinchisi homiladorlik paytida, siydik yo'llarining gipotenzivasi kuchayganda paydo bo'lishi mumkin.

Gidronefroz faqat odamlarda va tik maymunlarda rivojlanadi. Homiladorlik paytida to'rt oyoqli hayvonlarda gidronefroz paydo bo'lmaydi, chunki bachadon siydik yo'llarini siqmaydi. Xuddi shu sababga ko'ra yuqori siydik yo'llarining kengayishi ayolning orqa tomonidagi holatida eng aniq namoyon bo'ladi; tizza-tirsak holatida bu kengayish yo'qoladi. Jarayon bir tomonlama (tez-tez) va ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

Siydik oqimining buzilishiga nima sabab bo'lishidan qat'i nazar, bu jomchalarning kengayishiga olib keladi. Piyeloektaziya - gidronefrozning dastlabki shakli. Jomchadagi bosim kuchayadi, intrarenal qon aylanishi buziladi va

buyrakning glomerulyar-tubulali apparati atrofiyasi rivojlanadi. Buyrakdagi tobora ko'payib borayotgan bo'shliqning devorlari tekislanadi. Ishlaydigan nefronlarning kamayishi buyrak etishmovchiligini keltirib chiqaradi. Buyrakning chiqarish qobiliyati pasayadi.

Homiladorlik paytida gidronefrozga homilaning siydik pufagiga bosimi sabab bo'lishi mumkin. Homilador ayollarning gidronefrozi siydik tizimidagi funktsional o'zgarishlardan kelib chiqadi va vaqtinchalik. "Homilador ayollarning gidronefrozi" ni boshdan kechirgan ayollarni tug'ruqdan keyingi davrda tekshirish ularning patologiyasini aniqlamaydi.

Katta gidronefrotik buyrak normal tug'ilishga xalaqit berishi mumkin. Tug'ruq paytida ingichka devorli gidronefrotik sumkaning yorilishi holatlari tasvirlangan.

Agar gidronefroz homiladorlikdan oldin mavjud bo'lgan bo'lsa, unda odatda u yuqtiriladi, ko'pincha buyrak funksiyasi pasayadi. Shuning uchun homiladorlikni to'xtatish kerak bo'lishi mumkin.

Gidronefroz uchun patognomonik alomatlar mavjud emas. Uzoq vaqt davomida og'riq yashirin, asemptomatik va tasodifan tashxis qo'yilishi mumkin. Ko'pincha bemorlar bel sohasidagi og'riqlardan shikoyat qiladilar. Og'riq odatda to'mtoq, tortish, inguinal mintaqaga va songa tarqaladi. Buyrak kolikasi kabi og'riqlar kamroq uchraydi: paroksizmal, juda kuchli, ko'pincha ko'ngil aynish, qusish, shishiradi. Og'riq paytida siyish kechiktirilishi mumkin va ularning oxirida siydik ko'p miqdorda chiqariladi. Buyrak kolikasi vaqti-vaqti bilan zerikarli, deyarli doimiy og'riqlar fonida paydo bo'lishi mumkin. Uzoq davom etadigan jarayon bilan buyrak kolikasi yo'qoladi va faqat lomber mintaqada doimiy tortishish og'rig'i va og'irlik hissi qoladi. Homiladorlik paytida birinchi marta paydo bo'lgan va rivojlangan gidronefroz tufayli kelib chiqqan bel og'rig'i tahdid soluvchi abort yoki erta tug'ilish bilan yanglishishi mumkin.

Tug'ruqdan keyingi davrda gidronefroz yana asemptomatikdir, garchi ba'zida tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda bachadon involyutsiyasi paytida siydik yo'lining siqilishi tufayli og'riq kuchayishi mumkin.

Ba'zida kattalashgan gidronefrotik buyrak homilador bachadon nisbatan past bo'lganida (birinchi trimestrda va homiladorlikning ikkinchi trimestrining boshida) seziladi.

Ko'pincha gidronefrozning alomati makro - yoki mikroge-maturiya. Gematuriya buyrakdagi venoz staz bilan izohlanadi.

Gidronefroz nefrolitiaz va pielonefrit bilan murakkablashadi. Keyin, buyrak kolikasi xurujlaridan tashqari, vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan isitma, pyuriya, bakteriuriya, qonning neytrofil leykotsitozi va esming ko'payishini aniqlash mumkin.

Gidronefrozning ishonchli diagnostikasi rentgenologik tekshirish usullari yordamida mumkin. Ekskretor urografiya va retrograd pyelografiya ayniqsa qimmatlidir. Rentgenografiya yordamida buyrakning kattalashishini, uning morfologik o'zgarishini va gidronefrozning boshqa bilvosita belgilarini (psoas mushaklarining konturlari yo'qligi, skolyoz va boshqalar) aniqlash mumkin. Ammo homilador ayollar uchun buyrakni tekshirishning ushbu usullari kontrendikedir, shuning uchun homiladorlikdan oldin olingan rasmlarni hisobga olish kerak.

Ureteral kateter buyrak jomchaga qadar kiritiladi. Jomcha tug'ilib, keyin indigo karmin tomir ichiga yuboriladi. Buyrakning saqlanib qolgan funksiyasi va ureterning motor faolligi buzilgan holda, indigo karmin o'z vaqtida chiqariladi. Agar buyrak parenximasining sekretor funksiyasi buzilgan bo'lsa, bo'yoq sekretsiyasi kechiktiriladi. An'anaviy xromotsistoskopiya va siydik chiqarish kateterizatsiyasidan keyin o'tkazilgan tekshiruv natijalarini taqqoslashda sekretor va motor funksiyalarining buzilish darajasini alohida baholash mumkin. Ureterlarni kateterizatsiya qilish infeksiyaning tarqalishiga yordam beradi. Shuning uchun uni antibiotiklar bilan davolash fonida aseptik sharoitda qat'iy bajarish kerak.

Ureterlarni kateterizatsiya qilish ureterning o'tishi va to'siqning lokalizatsiyasini baholashga imkon beradi, shuningdek har bir buyrakdan alohida tekshirish uchun siydik olish imkonini beradi. Har bir buyrakdan alohida olingan siydikni tekshirishda lezyon tomonini, shuningdek gematuriya, pyuriya va bakteriuriya manbasini aniqlash mumkin. Siydik yo'li infeksiyasi (pielonefrit)

gidronefroz bilan kasallangan deyarli barcha homilador ayollarda, homiladorlikdan oldin yoki homiladorlik paytida paydo bo'lganligidan qat'iy nazar uchraydi. Gidronefrozga xos bo'lgan siydik oqimining buzilishi in-fektsiyaning rivojlanishiga yordam beradi. Organik yoki funktsional gidronefroz homilador ayollarda tashxis qo'yilganidan ko'ra tez-tez uchraydi. Rentgen tekshiruviga qarshi ko'rsatmalar mavjudligi sababli, homilador ayollarda gidronefroz aniqlanmadi va kasallik pielonefrit tashxisi ostida paydo bo'ldi. So'nggi yillarda ultratovush tadqiqot usulidan foydalanish ushbu tashxisni tez-tez aniqlandi.

Agar gidronefroz bir tomonlama va aseptik bo'lsa, prognoz nisbatan qulaydir. Kasallik ko'p yillar davomida ayolning sog'lig'iga sezilarli ta'sir ko'rsatmasdan davom etishi mumkin, chunki kasal buyraklarning asta-sekin yo'qolgan funktsiyasi sog'lom bilan qoplanadi. Ikki tomonlama gidronefrozda, ayniqsa pielonefrit bilan murakkablashganda, prognoz sezilarli darajada yomonlashadi, chunki gidronefroz pionefrozga o'tishi mumkin va buyrakning funktsional etishmovchiligi uremiyaga olib keladi.

Gidronefroz bilan homiladorlikning maqbulligi masalasi kasalxonada tekshiruvdan so'ng, shu jumladan buyraklar faoliyati va ularda infeksiya mavjudligini o'rganish uchun hal qilinishi kerak.

Homiladorlik paytida paydo bo'lgan gidronefroz odatda uni to'xtatish uchun ko'rsatma emas. Homiladorlikning tugashi homiladorlikdan oldin rivojlangan ikki tomonlama gidronefrozda ko'rsatiladi; azotemiya yoki pielonefrit bilan kechadigan bir tomonlama gidronefrozda, davolanishga yaxshi javob bermaydi. Bitta buyrakning gidronefrozi bilan, uning funktsiyasi saqlanib qolsa ham, homiladorlik jiddiy xavf tug'diradi va uni saqlash masalasi alohida hal qilinadi.

Ko'p ayollar, buning uchun ko'rsatmalar mavjudligiga qaramay, homiladorlikni to'xtatishdan bosh tortishadi. Bizning amaliyotimiz (barcha ayollar tirik) shuni ko'rsatadiki, bemorlar xaq ekan.

Biroq, aslida, ayollarning hayoti uchun xavf katta va bizning kuzatuvlarimiz soni homiladorlikni davom ettirish xavfsizligiga ishonch hosil qilish uchun etarli emas.

Homiladorlik paytida gidronefrozni konservativ davolash faqat kasallikning engil shakli bilan samarali bo'lishi mumkin. Homilador ayollarda ushbu shakl ustunlik qilganligi sababli, konservativ leचेchy urinishlarini e'tiborsiz qoldirmaslik kerak.

Yuqori siydik yo'llarining ohangini oshirish va siydik staziga qarshi kurashish uchun mushak ichiga 1 ml 5% vitamin B1 eritmasi buyuriladi. Xuddi shu maqsadda ilgari buyrak mintaqasining diatermiyasi ishlatilgan. Diatermiya apparatlari hozirda to'xtatilgan, bu protsedura boshqa fizioterapevtik davolash usuli bilan almashtirilishi mumkin, masalan, buyrak sohasi induktotermiya bilan.

Kabizhgin oldini olish va davolashga jiddiy e'tibor berilishi kerak. Tolaga boy parhez ko'rsatiladi: jigarrang non, karam sho'rva, borscht, lavlagi, okroshka, yashil karam sho'rva, mol go'shti, yangi baliq, sabzavotlarning ratsioniga maksimal darajada qo'shilishi, qovurilgan donli karabuğday pyuresi, tuxum, pishloq, smetana, tvorog, yogurt, kompotlar, rezavorlar, mevalar, asal, o'rik. O'simlik laksatiflari keng qo'llaniladi. Agar gidronefroz siydik yo'llari infeksiyasi bilan birga bo'lsa, pielonefrit bilan bir xil davolanishni buyurish kerak.

Konservativ davoning ta'siri bo'lmasa, jarrohlik aralashuvda beparvolik paydo bo'ladi. Jarrohlik uchun ko'rsatma-bu doimiy taniqli kasallikka chalingan homilador ayollarning pielonefritining tez-tez qaytalanishi, buyrak kolikasining takroriy xurujlari, davolanishga javob bermaydi. Operatsiyaga tayyorgarlik ehtiyotkorlik bilan rentgenologik tekshiruvni talab qiladi, shuning uchun iloji bo'lsa, tug'ruqdan keyingi davrda operatsiyani boshlash yoki homilador ayolni muddatidan oldin etkazib berish tavsiya etiladi.

Agar buyrak parenximasining funksiyasi saqlanib qolsa va gidronefrozni keltirib chiqargan sababni jarrohlik yo'li bilan bartaraf etish mumkin bo'lsa, tos-siydik yo'llari sohasidagi plastik operatsiyalardan biri ko'rsatiladi. Ba'zi bemorlarda gidronefroz bir tomonlama bo'lganda nefrektomiya qilinadi, ammo parenxima atrofiyasi aniq namoyon bo'ladi va buyrak funksiyasi jiddiy buziladi. Agar ikkinchi buyrakka gidronefroz yoki boshqa kasallik ta'sir qilsa, nefrektomiya kontrendikedir.

Kalkulyoz bilan kasallangan gidronefroz bilan kasallangan homilador ayollarni davolash katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Ushbu kasallik bilan bemorning sog'lig'i, homiladorlik davri, shuningdek tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning muvaffaqiyatli natijalari xavf ostida. Homiladorlik paytida qorin bo'shlig'i bosimining oshishi, shuning uchun homiladorlik paytida, ayniqsa tug'ruq paytida, intraperitoneal va buyrak bosimining oshishi infektsiyaning umumlashishiga, sog'lom buyrakning shikastlanishiga va ba'zan butun organizmga yordam berishi mumkin; bu tug'ruqdan keyingi sepsisga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ba'zi mualliflar tanadagi yuqumli fokusni o'z vaqtida yo'q qilishni eng maqbul deb hisoblashadi, ya'ni siydikning buzilgan o'tishini nefrostomiya bilan tiklash yoki nefrektomiya qilish. Homiladorlikning kech davrida va ayolning uni saqlab qolish istagi bilan, bu yoki boshqa turdagi jarrohlik aralashuvi foydasiga hal qilinadi. Ammo operatsiyadan keyingi davrda erta tug'ilish ehtimoli istisno qilinmaydi. Shuning uchun bunday bemorlar homiladorlikning saqlanishini ta'minlaydigan barcha choralarni ko'rishlari kerak.

SIYDIK CHIQARISH YO'LLARINING RIVOJLANISHIDAGI

NUQSONLAR

Siydik chiqarish yo'llarining rivojlanishidagi anomaliyalar buyraklar, siydik yo'llari, siydik pufagi va buyrak tomirlarining anormalliklarini anglatadi. Ushbu patologiya juda keng tarqalgan, har holda, buyrak rivojlanishidagi anomaliyalar turli organlar va tizimlarning tug'ma nuqsonlari orasida birinchi o'rinni egallaydi, bu barcha tug'ma nuqsonlarning 12,9-40 foizini tashkil qiladi. Ayollarda buyrak anormalliklari erkaklarnikiga qaraganda tez-tez uchraydi. Anomaliyalar 40 yoshdan oshgan ayollarda tug'ilgan bolalarda onalari 30 yoshdan kichik bo'lgan bolalarga qaraganda 3 baravar ko'proq tashxis qilinadi. Buyrak rivojlanishidagi anomaliyalarning klinik ahamiyati shundan iboratki, ular bilan 43-80% hollarda oddiy tuzilishdagi buyraklarga qaraganda og'irroq bo'lgan ikkilamchi kasalliklarning qo'shilishi uchun sharoitlar yaratiladi. Buyrak rivojlanishidagi anomaliyalar bilan surunkali pielonefrit 72-81% hollarda rivojlanadi va u doimiy kursga ega, qon bosimi tez-tez ko'tariladi va buyrak etishmovchiligi tez rivojlanadi.

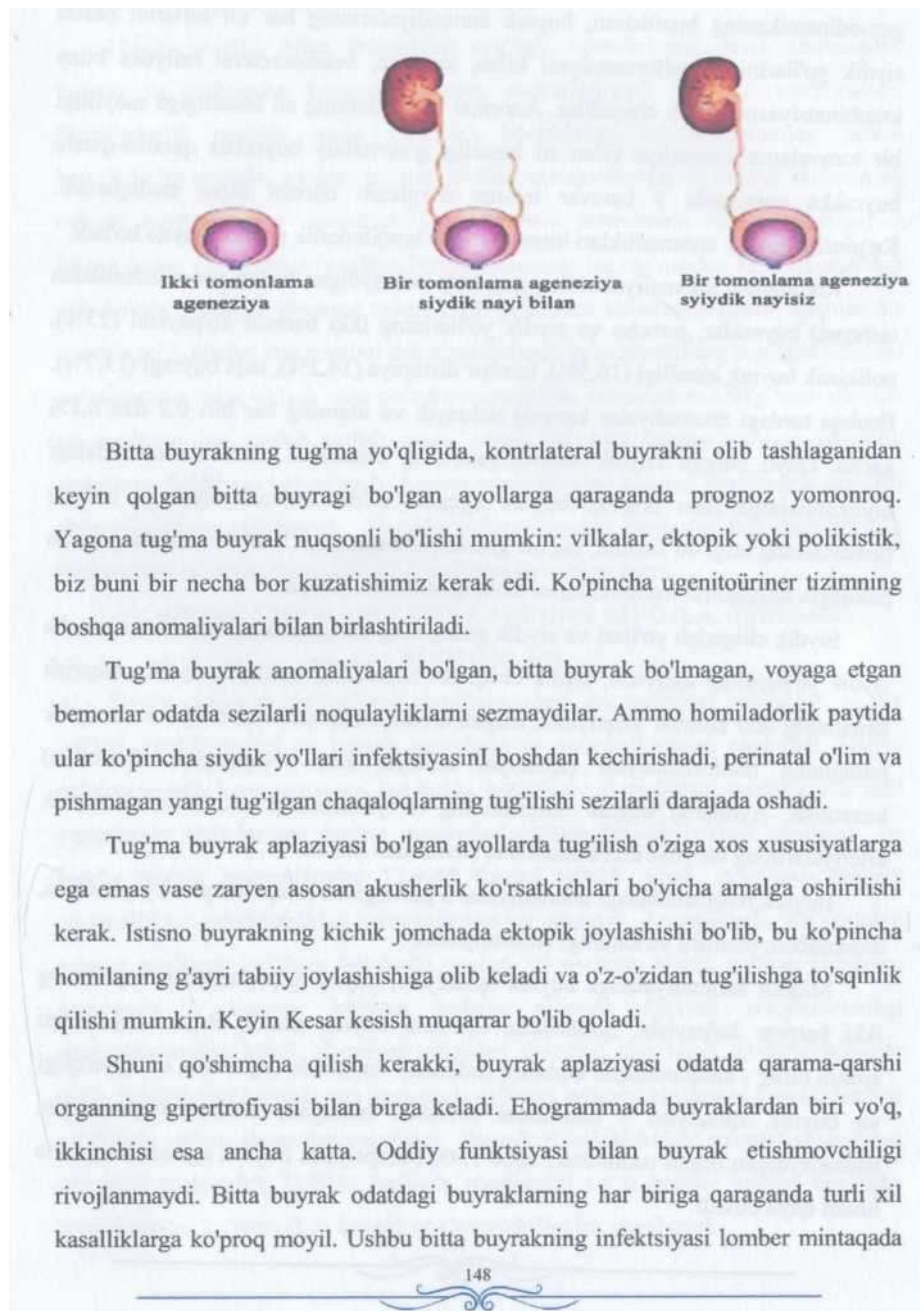
Buyrak anomaliyalari bilan pielonefritning tez - tez paydo bo'lishining sababi, aksariyat mualliflar buyraklarning tug'ma etishmovchiligini yoki uro-va gemodinamikaning buzilishini, buyrak anomaliyalarining har xil turlarini pastki siydik yo'llarining malformatsiyasi bilan, xususan, vesikoureteral reflyuks bilan kombinatsiyasini ko'rib chiqadilar. Anormal buyraklarning sil kasalligiga moyilligi bir tomonlama anomaliya bilan sil kasalligi g'ayritabiiy buyrakda qarama-qarshi buyrakka qaraganda 5 baravar tez-tez rivojlanib borishi bilan tasdiqlanadi. Ko'pincha buyrak anormalliklari birinchi marta homiladorlik paytida paydo bo'ladi.

Rivojlanish anomaliyalarining eng ko'p uchraydigan turlari (homiladorlikdan tashqari) buyraklar, jomcha va siydik yo'llarining ikki baravar ko'payishi (23%), polikistik buyrak kasalligi (16,5%), lomber distopiya (14,2%), taqa buyragi (13,7%). Boshqa turdagi anomaliyalar kamroq uchraydi va ularning har biri 0,2 dan 8,1% gacha. Qayd etilgan buyrak anomaliyalarining chastotasi ularni tashxislashdagi qiyinchiliklarga ham bog'liq. buyrak agenezi ushbu anomaliyaga ega bo'lgan bemorlarning atigi 40 foizida, tug'ma gidronefroz esa atigi 5 foizida aniqlangan, bu patologik tadqiqotlar ma'lumotlarini tahlil qilishda aniqlangan.

Siydik chiqarish yo'llari va siydik pufagining anormalliklari orasida ko'pincha siydik yo'llarining torayishi, siydik chiqarish kanalining burilishi, siydik chiqarish kanalining ikki baravar ko'payishi, megaloureter, vesikoureteral reflyuks va siydik pufagining malformatsiyasi (aplaziya, atoniya, kam rivojlangan, ekstrofiya) kuzatiladi. Ayollarda buyrak tomirlarining rivojlanishidagi anomaliyalar buyrak arteriyalarining bir yoki ikki tomonlama stenozidan iborat.

Buyrak rivojlanishidagi anomaliyalar 5 guruhga bo'linadi: miqdori, joylashishi, munosabati, tuzilishi va kattaligi anomaliyalari.

Miqdor anomaliyalariga buyrak aplaziyasi, buyrak gipoplaziyasi, buyrakning ikki baravar ko'payishi, qo'shimcha uchinchi buyrak kiradi. Buyrak agenezini ajratib oling - aniqlanmagan embrion rudimenti natijasida organning to'liq yo'qligi va buyrak aplaziyasi - embrional ravishda buzilgan, ammo aniqlanmagan ishlaydigan organ rudimenti. 1000-1500 autopsiyada buyrak agenezining bitta holati qayd etiladi.



Bitta buyrakning tug'ma yo'qligida, kontrlateral buyrakni olib tashlaganidan keyin qolgan bitta buyragi bo'lgan ayollarga qaraganda prognoz yomonroq. Yagona tug'ma buyrak nuqsonli bo'lishi mumkin: vilkalar, ektopik yoki polikistik, biz buni bir necha bor kuzatishimiz kerak edi. Ko'pincha ugenitoüriner tizimning boshqa anomaliyalari bilan birlashtiriladi.

Tug'ma buyrak anomaliyalari bo'lgan, bitta buyrak bo'lmagan, voyaga etgan bemorlar odatda sezilarli noqulayliklarni sezmaydilar. Ammo homiladorlik paytida ular ko'pincha siydik yo'llari infeksiyasini boshdan kechirishadi, perinatal o'lim va pishmagan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilishi sezilarli darajada oshadi.

Tug'ma buyrak aplaziyasi bo'lgan ayollarda tug'ilish o'ziga xos xususiyatlarga ega emas vase zaryen asosan akusherlik ko'rsatkichlari bo'yicha amalga oshirilishi kerak. Istisno buyrakning kichik jomchada ektopik joylashishi bo'lib, bu ko'pincha homilaning g'ayri tabiiy joylashishiga olib keladi va o'z-o'zidan tug'ilishga to'sqinlik qilishi mumkin. Keyin Kesar kesish muqarrar bo'lib qoladi.

Shuni qo'shimcha qilish kerakki, buyrak aplaziyasi odatda qarama-qarshi organning gipertrofiyasi bilan birga keladi. Ehogrammada buyraklardan biri yo'q, ikkinchisi esa ancha katta. Oddiy funktsiyasi bilan buyrak etishmovchiligi rivojlanmaydi. Bitta buyrak odatdagi buyraklarning har biriga qaraganda turli xil kasalliklarga ko'proq moyil. Ushbu bitta buyrakning infeksiyasi lomber mintaqada

og'riq, isitma, pyuriya, gematuriya, anuriya bilan namoyon bo'ladi. Buyrak etishmovchiligi bitta tug'ma buyragi bo'lgan bemorlarning 25-63 foizida rivojlanadi. Bitta buyrakning lumbosakral distopiyasi bilan homiladorlik kamdan-kam uchraydi. Tos distopiyasida vaginal operatsiyalar (forseps, vakuum ekstraktori) kontrendikedir. O'z-o'zidan tug'ilishni rag'batlantirmaslik kerak, qorin bo'shlig'ida Kesar kesish qilish tavsiya etiladi.

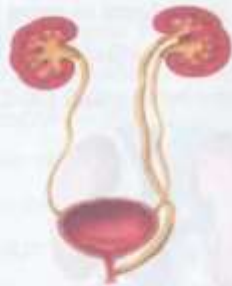
Gipoplaziya-buyrak hajmining tug'ma pasayishi. Buyrak ibtidoiy va mitti bo'lishi mumkin. Vestigial buyrak sklerozli, kichik, strukturaviy va funksional jihatdan rivojlanmagan organdir. Mitti buyrak-hajmi kamaygan normal buyrak. Mitti buyrakning displastik shakli parenximal zararga tolali to'qimalarning ortiqcha rivojlanishi bilan tavsiflanadi; bunday anomaliya ko'pincha nefrogen gipertenziya bilan birga keladi, ko'pincha malign. Buyrak gipoplaziyasini tashxislash qiyin, chunki uni yallig'lanish jarayoni ta'siri ostida hosil bo'lgan qisqargan buyrak bilan adashtirish mumkin. Buyrak gipoplaziyasi bilan ekogrammada o'lchamlari kamayadi, uning konturlari bir tekis bo'ladi, buyrak parenximasi va uning chashkatos tizimining nisbati o'zgarmaydi. Nefrosklerozda renal kortikal indeks har doim 50% dan yuqori, buyrak gipoplaziyasi bilan esa normal bo'lib qoladi (20-22%).



Buyraklarning gipoplaziyasi

Buyrakning ikki baravar ko'payishi tez-tez uchraydigan anomalliyadir. Katta lashgan buyrakda jomcha, qon tomirlari yoki siydik chiqarish yo'llari ikki baravar ko'payishi mumkin; barcha elementlarning birvaqtning o'zida ikki baravar ko'payishi bo'lishi mumkin – buyrakning to'liq ikki baravar ko'payishi. Buyraklardan birining yoki ikkalasining ikki baravar ko'payishi kuzatiladi. Ikki baravar buyrakning har bir yarmi mustaqil organ bo'lib, patologik jarayon odat daulardan biriga ta'sir qiladi. Bu gidronefroz, pielonefrit, urolitiaz, sil kasalligi bo'lishi mumkin (5 marta tez) sil kasalligi ikki baravar buyrakning yuqori qismiga ta'sir qiladi. Ikki baravar ko'paygan buyrakning ushbu kasalliklarining sababi ko'pincha vesikoureteral reflyuks bo'lib, unga ko'ra ba'zi bemorlar operatsiya qilinadi. Qo'shimcha siydik yo'lining ektopiyasi bilan vagina yoki bachadon bo'yni qismida ixtiyorsiz siyish kuzatiladi.

Buyrakni ikkilanishi



Buyrakning ikki baravar ko'payishi

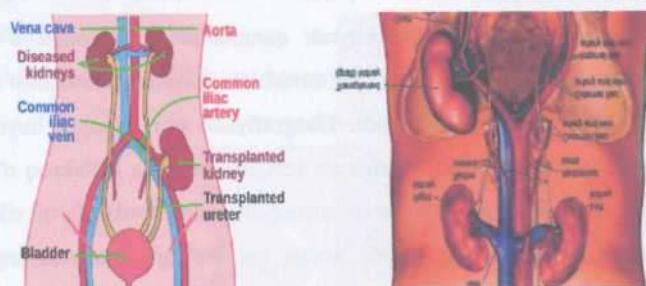
Ikki baravar ko'paygan buyrak bilan ekografiya sizga ushbu patologiyaning mavjudligi to'g'risida faqat Orien-tiraj g'oyasini olishga imkon beradi: buyrak uzunligining sezilarli darajada oshishi va unda ikkita alohida joylashgan chashka tuzilmalarining mavjudligi (oxirgi belgi har doim ham aniqlanmaydi. Homilador ayollar uchun kontrendikedir bo'lgan rentgen-kontrastli tadqiqotlar yanada ishonchli.

Odatda, ikki baravar ko'paygan buyrak homiladorlik va tug'ish nuqtai nazaridan rivojlanish anomaliyalarining jiddiy variantidir. Bizning tadqiqotlarimiz shuni

ko'rsatadiki, bu umuman to'g'ri emas. Homiladorlik paytida ikki baravar ko'paygan buyrak pielonefrit rivojlanishiga moyil bo'lib, kasallikning doimiy kechishi mumkin. Ko'pincha ikki baravar buyrak nefrogen gipertenziya bilan birga keladi, bu homiladorlik va homila rivojlanishiga salbiy ta'sir qiladi.

Qo'shimcha uchinchi buyrak - kamdan-kam uchraydigan anomaliya, tashxis qo'yish qiyin, faqat gidronefroz, pielonefrit, saraton kasalligiga chalinganida o'zini namoyon qiladi. Homilador ayollarda, odatda, ayolni boshqa sabab bilan tekshirganda, bu tasodifiy topilma.

Qo'shimcha uchinchi buyrak

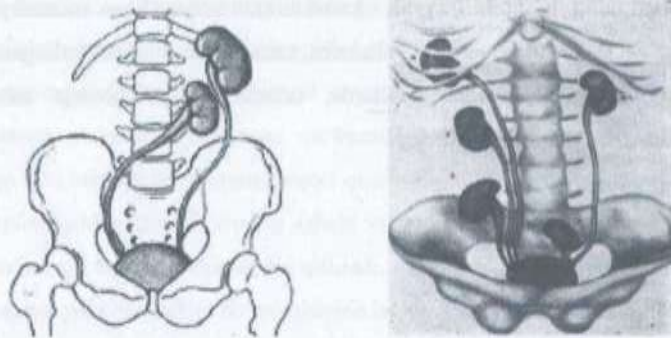


Qo'shimcha uchinchi buyrak

Vaziyat anomaliyasi yoki distopiya jomcha, substansiya, lumber, torakal va o'zaro faoliyat, bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Tos distopiyasi-bu buyrakning tos bo'shlig'ida, bachadon va to'g'ri ichak o'rtasida joylashganligi. Qinning orqa kamariga qo'shni bo'lgan bimanual tekshiruvda zich, silliq massa aniqlanadi. Buyrak distopiyasi bilan yonbosh chuqurchasida og'riq paydo bo'lishi mumkin, ko'pincha hayz paytida. Palpatsiya paytida buyrak tuxumdon kistasi bilan yanglishishi mumkin. Jomcha va sakral buyrak distopiyasi har 10000-12000 ayoldan

bittasida uchraydi lomber-distopik buyrak hipokondriyumda seziladi. Torakal distopiya juda kam uchraydigan anomaliya - flyuroskopiya paytida tasodifiy topilma bo'ladi.

Buyrak distopiyasi



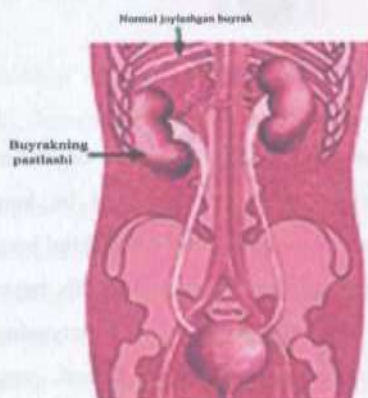
Buyrak distopiyasi

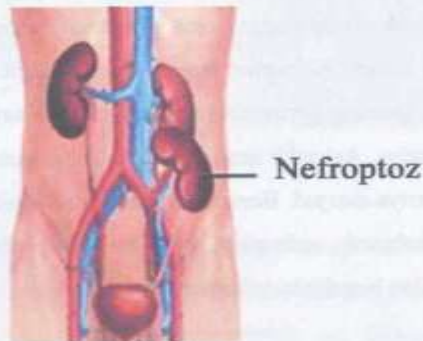
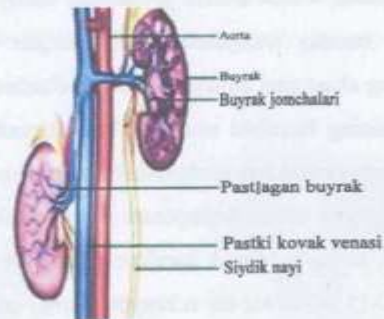
Almashgan distopiya bilan buyrak qarama-qarshi tomonga o'tib qoladi. Distopik buyrak qo'shni organlarni, qon tomirlarini, asab magistrallarini siqib ezishi mumkin. Keyin og'riq qayd etiladi. Ehografiyada esa distopik buyrak normal joylashgandan ko'ra yumaloq shaklga va sezilarli darajada kichikroq o'lchamlarga ega. Buyrak distopiyasining o'ziga xos xususiyati, nefroptozdan farqli o'laroq, qisqa siydik pufagi tufayli uning siljishi ancha oz. Nefroptoz buyrakning normaga nisbatan ko'proq harakatchanligi bilan tavsiflanadi. Homiladorlik paytida distopik buyraklar, agar ular gidronefroz, pielonefrit, nefrolitiaz bilan og'rigan bo'lsa, qorin og'rig'i bilan o'zini namoyon qilishi mumkin va distopiya qancha past bo'lsa, ikkilamchi buyrak kasalligi shunchalik tez-tez uchraydi. Buyrak distopiyasi bo'lgan bemorlarda ichak faoliyati buzilishi mumkin.

Kuzatuvlarning taxminan 10-15% holatidagi anomaliyalar mehnatni buzadi. Homiladorlik va tug'ish jomchadan tashqari buyrak distopiyasining barcha variantlarida o'ziga xos xususiyatlarga ega emas. Bunday holda, homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq holati tez-tez uchraydi. Agar distopik buyrak noma'lum chiziqdan lateral yoki yuqorida joylashgan bo'lsa, o'z-o'zidan tug'ilish mumkin.

Buyrakning jomchada, burun oldida joylashishi tabiiy etkazib berishga to'sqinlik qilishi mumkin; bunday vaziyatda rejalashtirilgan sezaryen ko'rsatiladi. Tos distopiyasida uning chastotasi 28% ga etadi. O'z-o'zidan tug'lgandan so'ng, distopik buyrak funksiyasining buzilishi mumkin. Parenximasining yorilishi xavfi tufayli forseps yoki vakuum ekstraktori yordamida etkazib berish mumkin emas.

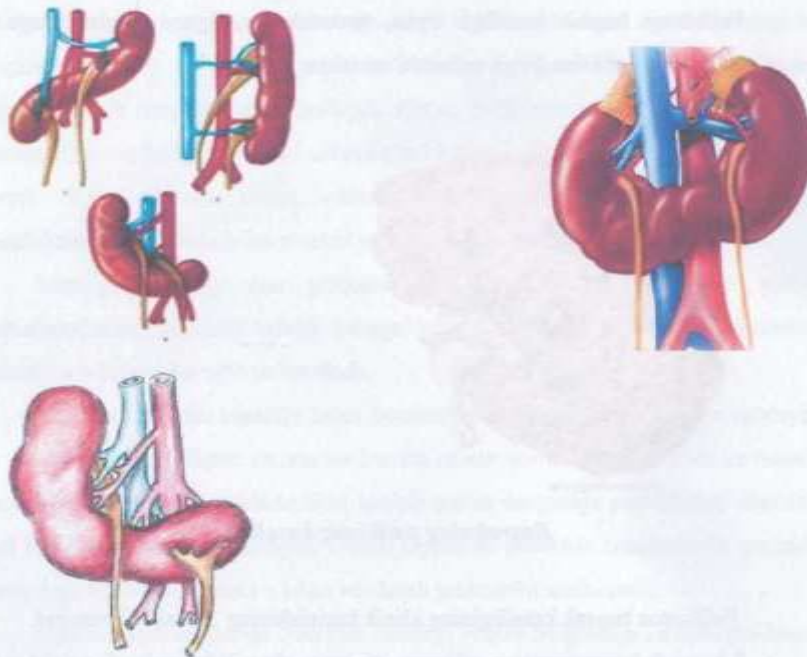
Buyrak distopiyasi uchun nefroptozni olish mumkin-hayot davomida olingan buyrak prolapsasi, uning patologik harakatchanligi. Nefroptoz ayollarda va asosan tug'ish yoshida 10-15 marta tez-tez uchraydi, chunki uning kelib chiqishi ko'pincha homiladorlik va tug'ish bilan bog'liq. Kuchli nefroptoz uro-va gemodinamikaning buzilishiga, buyrak ishemiyasiga, vena gipertenziyasiga, buyrakdagi yallig'lanish jarayoniga olib keladi. Nefroptoz buyrak distopiyasiga qaraganda aniqroq klinik ko'rinishga ega: tananing gorizontol holatida o'tadigan buyrak kolikasi, proteinuriya, gematuriya, pyuriya. Asoratlarda orasida pielonefrit, gidronefroz, formikal qon ketish, arterial gipertenziya mavjud. Bemorning gorizontol va vertikal holatida o'tkazilgan ultratovush tekshiruvi nefroptoz va distopiyani farqlashga imkon beradi. Homiladorlik bilan birgalikda nefroptoz yomonroq.





Buyrak nefroptoz

Buyrak munosabatlaridagi anomaliyalar-bu buyraklarning bir-biri bilan birlashishi. Buyrak sintezining turli xil variantlari bu konglomeratga galet, S shaklidagi, L shaklidagi va taqa shaklidagi buyrak shaklini beradi. Bunday buyraklar yallig'lanish jarayoniga, gidronefrozga juda moyil bo'lib, buyrak gipertenziasining manbai bo'lishi mumkin. Bu holda arterial gipertenziyaning sabablari surunkali pielonefrit, qo'llanma-ronefroz, anormal qon ta'minoti, yuqori intrarenal gipertensiya. Kichkina jomchada juda past joylashgan galetaga o'xshash birlashtirilgan buyraklar normal etkazib berishga to'sqinlik qilishi mumkin. O'zaro munosabatlar anomaliyalarini ultratovush usuli bilan aniqlash qiyin, siz homiladorlikdan oldin olingan rentgenografiyalarga e'tibor qaratishingiz kerak. O'zaro munosabatlardagi anomaliyalar bilan, agar buyrak etishmovchiligi bo'lmasa, homiladorlik joizdir.



Buyrak bitishmalari

Buyrak tuzilishidagi anomaliyalarga **polikistoz** va buyrakning multikistozi (spongiform buyrak), dermoid va yakka kist, jomcha divertikuli va periosteal buyrak kistasi kiradi.

Polikistoz buyrak kasalligi-bu ikki tomonlama rivojlanishning jiddiy anomaliyasi. Kasallik merosning dominant turiga ega. Buyrak-bu parenxima deyarli butunlay turli o'lchamdagi ko'p qirrali kistalar bilan almashtirilgan organ. Polikistik buyrak kasalligi bo'lgan bolalarning taxminan 70% o'lik holda tug'iladi. Ta'sir qilingan nefronlarning oz miqdori bilan bolalar hayotiydir, ammo buyrak etishmovchiligi infeksiya qo'shilganda va pielonefrit rivojlanganda paydo bo'ladi. AQSh buyrak transplantatsiyasi qo'mitasi ma'lumotlariga ko'ra, polikistoz buyrak kasalligi buyrak kasalligi bilan kasallangan har 500 kishidan bittasida uchraydi va surunkali buyrak etishmovchiligining so'nggi bosqichi sababi sifatida uchinchi o'rinda turadi.

Polikistoz buyrak kasalligi o'pka, tuxumdonlar, jigar, oshqozon osti bezi polikistoz kasalligi bilan birga uchrashi mumkin.



pedurology.ru

Buyrakning polikistoz kasalligi

Polikistoz buyrak kasalligining klinik kurinishining 3 bosqichi mavjud.

I bosqich-kompensatsiya qilingan, ob-havo sharoitida zerikarli og'riqlar bilan namoyon bo'ladi

buyrak loblari, umumiy buzuqlik, kichik funktsiyalar mahalliy kasalliklar;

II bosqich-bu og'riq bilan tavsiflangan subkompensatsiyalangan pastki orqa, quruq og'iz, chanqoqlik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynish bilan bog'liq buyrak etishmovchiligi va arterial gipertenziya bilan;

III bosqich-dekompensatsiyalangan surunkali buyrak etishmovchiligi bilan ifodalanib, buyraklar funktsional holati keskin tushib ketadi. Bu buyraklar filtratsiyasining tushishi bilan ifodalanadi. Buyraklar konsentratsiya qobiliyati, azotli qoldiqlarning chiqarishi buzilib tanadagi toksinlar ortib ketadi va toksik anemiya rivojlanadi.

Buyraklar, odatda, buyrak o'smalaridan farqli o'laroq, har doim ikki tomonlama bo'lgan katta tuberoz massalar sifatida seziladi. Bemorlar bel og'rig'idan shikoyat qilishni erta boshlaydilar. Gematuriya bemorlarning yarmida paydo bo'ladi.

Ekogrammalarda buyraklarning ko'payishi va ularda turli shakl va o'lchamdagi bir nechta ekonegativ zonalarning paydo bo'lishi qayd etilgan. Ba'zida kistalar deyarli barcha buyrak parenximasini egallaydi. Qattiq polikistoz kasallik bilan ko'pincha diametri 3-6 sm bo'lgan bir yoki uchta katta kistalar va ko'plab kichik kistalar ajralib turadi. Kubok-jomcha tizimi odatda ingl. Homilador ayollarda polikistoz kasallikning rivojlanishi bilan arterial gipertenziya birinchi o'ringa chiqadi.

Anemiya takroriy qon yo'qotish yoki buyrak etishmovchiligi tufayli gematopoezning buzilishi tufayli yuzaga kelishi mumkin. Gestozning chastotasi oshadi va u ko'pincha og'ir yo'lni oladi.

Polikistoz buyrak kasalligi bilan homiladorlik haqida xabarlar kam uchraydi, bu kasallikning og'irligini va ona va homila uchun homiladorlik xavfini ko'rsatadi. Buyrak polikistozida homiladorlikni saqlab qolish maqsadga muvofiqligi masalasi hali ham muhokama qilinmoqda. Ushbu bemorlar guruhida homiladorlik mumkin emas degan fikr bor, chunki u bilan surunkali pielonefrit kuchayadi.

Ushbu nuqsonni naslga o'tkazish ehtimoli yuqori bo'lganligi sababli, polikistoz buyrak kasalligi bilan og'rigan ayollarga homiladorlikni tavsiya etmaslik kerak, chunki bunday bemorlarda surunkali buyrak etishmovchiligi erta rivojlanadi, bu homiladorlik holati va surunkali pielonefrit bilan kuchayadi, bu ko'pincha polikistoz kasallikni murakkablashtiradi.

Ushbu ma'lumotlarni va kasallikning irsiy xususiyatini hisobga olgan holda, po-buyrak likistozi homiladorlik uchun kontrendikatsiya deb hisoblanishi kerak.

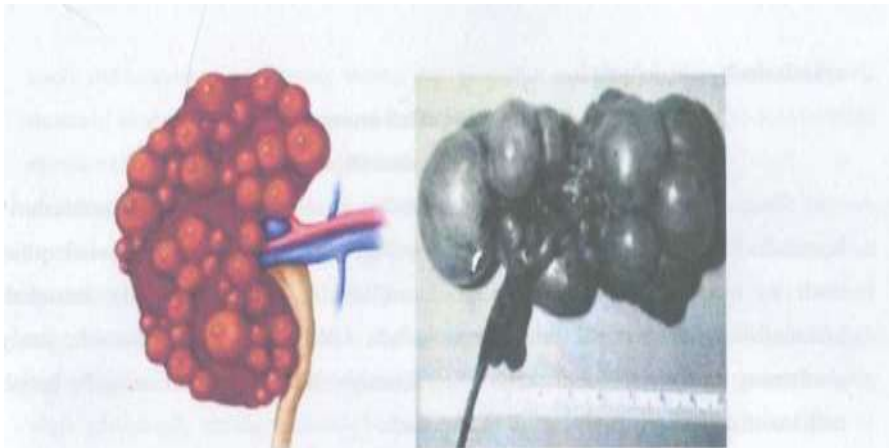
Ultratovush tekshiruvi polikistik kasallikni nafaqat ayolda, balki uning homilasida ham aniqlashga imkon beradi. Kasallikning irsiy xususiyatini hisobga olgan holda, bu homiladorlikni davom ettirishning maqsadga muvofiqligi nuqtai nazaridan ham, etkazib berish usulini tanlash nuqtai nazaridan ham amalga oshirilishi kerak: homilada qorin kattalashishi tufayli o'z-o'zidan tug'ilish mumkin emas. Buyrakning yakka kistasi-bitta kist shakllanishi. Kist tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin. Ushbu anomaliya irsiy xususiyatga ega emas va bir tomonlama. Kist hajmining oshishi buyrak parenximasining atrofiyasiga, buyrakdagi gemodinamikaning buzilishiga va arterial gipertenziya rivojlanishiga olib keladi.

Bemorlar pastki orqa qismida zerikarli og'riqdan shikoyat qiladilar. Kattalashgan buyrak paypaslanadi. Pyuriya yoki gematuriya kuzatiladi. Kistalar siz uchun oson-ekografiya bilan. Ular ichki ekostrukturalardan mahrum bo'lgan yumaloq yoki tasvirlar shaklidagi tekis ichki konturlari bilan aniq belgilangan ekonegativ shakllanish shakliga ega. Buyrak gipertenziyasi bo'lmasa ham homiladorlik mumkin emas.

Spongiform buyrak (buyrakning multikistozi) - buyrak piramidalarida ko'plab kistalar hosil bo'ladigan anormallik. Kasallik ikki tomonlama bo'lib, gematuriya, pyuriya, bel sohasidagi og'riqlar bilan namoyon bo'ladi. Buyrak etishmovchiligi odatda rivojlanmaydi. Ekografik jihatdan shimgichli buyrak hajmi va shakli sog'lom buyrakdan farq qilmaydi. Yagona ekografik xususiyat buyrakning butun yuzasi bo'ylab joylashgan kichik o'lchamdagi bir nechta aniq ekopozitiv tuzilmalardir. Ushbu buyrak anomaliyasi bilan homiladorlik mumkin emas. Homiladorlik paytida pielonefritning kuchayishiga qaramay, homiladorlik va tug'ish xavfsiz bo'lgan 5 bemorni kuzatdik.



Buyrakning soliter kistasi



Multikistoz buyrak kasalligi

Buyrakning dermoid kistasi, jomcha divertikuli va jomchaoldi kistasi juda kam uchraydigan rivojlanish anomaliyalaridir.

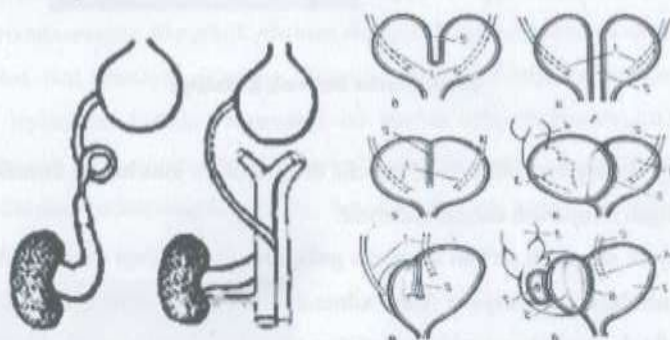
Siydik chiqarish yo'llari va siydik pufagi rivojlanishidagi anomaliyalar buyrak rivojlanishidagi anomaliyalar kabi xilma-xildir. Buyrak aplaziyasining ajralmas qismi sifatida jomcha va siydik yo'llarining aplaziyasi, jomcha va siydik yo'llarining ikki baravar ko'payishi, ba'zida buyrakning to'liq ikki baravar ko'payishi kuzatiladi. Ureterosele-ureterning intramural qismining intravezikulyar churraga o'xshash chiqishi. Ureterosele yuqori siydik yo'llari, pielonefrit, urolitiazning kengayishiga sabab bo'lishi mumkin. Siydik chiqarish kanalining ektopiyasi-siydik chiqarish kanalining orqa qismida, vagina kamarida, tashqi jinsiy a'zolar yoki to'g'ri ichakda siydik chiqarish kanalining g'ayritabiiy joylashishi. Ushbu anormallik bitta siydik pufagidan siydik chiqarmaslik bilan buziladi (ko'pincha faqat homiladorlik yoki tug'ish paytida, ayniqsa forseps qo'llanilgandan yoki homilaning vakuum ekstraktsiyasidan keyin). Ikkinchi siydik pufagidan siydik siydik pufagiga kiradi, u vaqti-vaqti bilan tabiiy ravishda bo'shatiladi. Ureter nerv-mushak displazi (megaloureter)-siydik chiqarish kanalining tug'ma torayishi va pastki sistodning nerv-mushak displazi kombinatsiyasi. Ureterning ustki qismlari kengayib, cho'zilib, megaloureter hosil qiladi. Ureter kinetikasi keskin buziladi, qisqarish qobiliyat

sekinlashadi yoki yo'qoladi.

Siydik chiqarish anomaliyalari

Qovuq anomaliyalari

Shuni ta'kidlash kerakki, siydik organlari kasalliklari paytida yomonlashuv-homiladorlik paytida bo'linish va siydik pufagi anomaliyalari uchun ro-hal qilish usuli va muddatini tanlash qiyinligi. Homiladorlik, qoida tariqasida, surunkali pielonefritning kuchayishi bilan birga keladi. Ushbu bemorlarda tushish, jinsiy a'zolarning yo'qolishi xavfi katta. Sterilizatsiya bilan sezaryen etkazib berish taktikasini aniqlashda tanlov usuli hisoblanadi.



Siydik chiqarish yo'llarining anomaliyalari

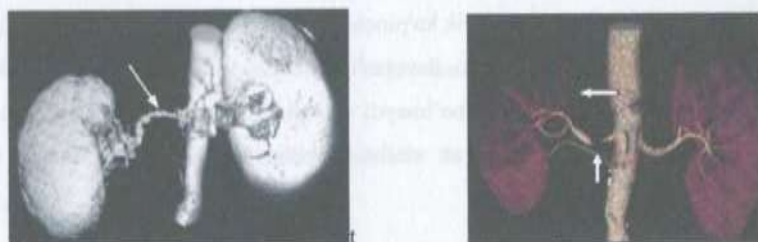
Siydik chiqarish yo'llari va siydik pufagi rivojlanishida nuqsonlari bo'lgan ayollarda tug'ilish jarayonini kuzatish juda oz, homiladorlik va tug'ish taktikasi ishlab chiqilmagan. Ko'pgina hollarda, har bir bemor homiladorlikni saqlab qolish imkoniyati, etkazib berish muddati va usuli to'g'risida alohida qaror qabul qilishi kerak. Agar pielonefrit surunkali buyrak etishmovchiligi bilan birga bo'lsa, homiladorlik albatta mumkin emas.

Buyrak rivojlanishidagi anomaliyalarning diagnostikasi xromotsistokopiya, ultratovush tekshiruvi, ekskretor urografiya, pnevmoretroperitoneum, buyraklarni radioizotop skanerlash ma'lumotlariga asoslanadi. Homiladorlik paytida faqat dastlabki ikkita usuldan foydalanish joizdir. Ureteral anomaliya bilan ultratovush

usuli ma'lumotsizdir, shuning uchun homiladorlik paytida ularni aniqlash deyarli mumkin emas; tashxis homiladorlikdan oldin yoki tug'ruqdan keyingi tekshiruvda retrospektiv ravishda amalga oshiriladi.

Buyraklar va siydik yo'llarining anormalliklaridan tashqari, buyrak tomirlarining rivojlanishidagi anomaliyalar mavjud bo'lib, ular buyraklar faoliyati va ayolning sog'lig'iga ta'sir qiladi, ya'ni ular homiladorlik jarayoniga ta'sir qilishi mumkin. Qo'shimcha, ikki yoki undan ortiq buyrak arteriyalari, atipik yo'nalishga ega arteriyalar, shuningdek qo'shimcha yoki atipik yo'naltirilgan tomirlar ureterlarni siqib chiqaradi, urokinamikani buzadi va gidronefroz, urolitiaz, pielonefrit va nefrogen gipertenziya shakllanishiga yordam beradi. Buyrak tomirlarining rivojlanishidagi anormalliklarga homiladorlik paytida qabul qilinishi mumkin bo'lmagan angiografiya, aortografiya usullari bilan tashxis qo'yish mumkin. Shuning uchun tashxis odatda homiladorlikdan oldin amalga oshiriladi. Homilador ayollarda faqat ultratovush tekshiruvi ba'zi hollarda tashxis qo'yishga yordam beradi. Tashxisni rentgenologik usullar yordamida tasdiqlash, qoida tariqasida, tug'ruqdan yoki abortdan keyin amalga oshiriladi.

Buyrak tomirlari rivojlanishidagi anomaliyalar.



Buyrak tomirlarining rivojlanishidagi anomaliyalar

Volfiya kanallarining noto'g'ri embrional rivojlanishi ureter va butun renal tizimning g'ayritabiiy shakllanishiga olib keladi. Tug'ma buyrak aplaziyasi va jinsiy a'zolar deformatsiyalari o'rtasidagi bog'liqlik juda keng tarqalgan. Haqiqat shundaki, volfov kanali Myuller kanaliga qaraganda bir oz oldinroq rivojlanadi va volfov

kanalining nuqsoni yoki yo'qligi Myuller kanalining pastga qarab o'sishini kechiktiradi. Natijada bachadon naychalari, bachadon va qin to'g'ri rivojlanmaydi. Bu shuni anglatadiki, buyrak rivojlanmagan bo'lsa, bachadon va fallop naychalarining anormalliklari ko'pincha bir tomonda kuzatiladi. Bachadondagi peregorodka-homilada kech (11-17 xaftada) paydo bo'ladigan nuqson kamdan-kam hollarda buyrak deformatsiyalari bilan birga keladi. Bitta shoxli bachadon yoki bachadon shoxidagi biron bir nuqson homila rivojlanishining dastlabki bosqichida kechikishini aks ettiradi (5-7 hafta.) va ko'pincha Volfiya kanalining nuqsoni, so'ngra buyrakning deformatsiyasi bilan birga keladi. Uro-genital tizimning anormalliklari odatda 33-kunga kelib paydo bo'ladi.

Kombinatsiyalangan patologiya homilador ayolni ovqatlantiradigan akusher-ginekolog uchun yangi vazifalarni qo'yadi, homiladorlik va tug'ish taktikasini o'zgartiradi, kasallikning natijasini bashorat qilishga ta'sir qiladi, shuning uchun vaziyatni aniqlashtirish katta ahamiyatga ega. Homiladorlik paytida, aksariyat hollarda, bu mumkin emasligi sababli, homiladorlikdan oldin, boshqa sabablarga ko'ra antenatal klinikada ayollarni kuzatish paytida amalga oshirilishi kerak.

Ba'zi buyrak rivojlanish nuqsonlari irsiy kelib chiqishga ega, shuning uchun homilani, ayniqsa uning buyraklarini ultratovush tekshiruvini zarur. Onada polikistoz buyrak kasalligi bilan bu kasallik ko'pincha homilada aniqlangan. Siydik yo'llarining rivojlanishidagi anomalialarni davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi. Homiladorlik paytida u paydo bo'lmaydi. Homilador ayollarda davolash pielonefrit, arterial gipertenziya va buyrak etishmovchiligi kabi asoratlari uchun amalga oshiriladi.

TEST SAVOLLARI

1. Homiladorlik paytida pielonefrit holatlarining aksariyati

- 1) asimptomatik bakteriuriya;
- 2) homiladorlik pielonefrit;
- 3) faol kurs bosqichida surunkali pielonefrit;
- 4) yashirin kurs bosqichida surunkali pielonefrit.

2. Pielonefritdagi og'riq tarqalishi mumkin

- 1) kestirib;
- 2) inguinal mintaqaga;
- 3) chap hipokondrium;
- 4) siydik chiqarish yo'llari bo'ylab;

3. Pielonefrit bilan og'riq tabiatda

- 1) pichoqlash;
- 2) o'tkir;
- 3) paroksizmal;
- 4) soqov.

4. Pielonefrit bilan og'riq kuchayadi

- 1) oshqozoningizda yotgan holda;
- 2) yotgan holatda;
- 3) zaraming qarama - qarshi tomonidagi holatda;
- 4) chuqur nafas olish bilan;

5. Homiladorlik piyelonefriti uchun umumiy qon testida quyidagilar aniqlanadi

- 1) leykopeniya;
- 2) leykotsitoz;
- 3) leykotsitlar formulasining neytrofil siljishi chap yadro shakllarini ko'paytirish orqali;
- 4) gematokritning pasayishi.

6. Homilador ayollarning ekstragenital kasalliklari orasida etakchi o'rinni egallaydi

- 1) mushak-skelet tizimining patologiyasi;
- 2) jigar patologiyasi;
- 3) buyrak patologiyasi;
- 4) yurak patologiyasi.

7. Homiladorlik paytida siydik yo'llarini drenajlash usulini tanlash quyidagi omillarga bog'liq

1) davolash-profilaktika muassasasida tegishli sharoitlar va jihozlarning mavjudligi;

- 2) urolog va bemorning afzalliklari;
- 3) urodinamikaning buzilishining sabablari;
- 4) homila holati;.

8. Homiladorlik pielonefritining tashxisi quyidagilar asosida aniqlanadi

- 1) rentgen tekshiruvining ushbu usullari;
- 2) shikoyatlar va anamnez ma'lumotlari;
- 3) klinik alomatlar;
- 4) yallig'lanishning laboratoriya belgilari;

9. Homiladorlik pielonefritining differentsial diagnostikasi va surunkali pielonefritning kuchayishi quyidagilarga asoslanadi

- 1) anamnestik ma'lumotlar;
- 2) bemorni instrumental tekshirish natijalari;
- 3) bemorni laboratoriya tekshiruvi natijalari;
- 4) bemorni fizik tekshiruvi natijalari.

10. Homiladorlik pielonefritining klassik kursi quyidagilar bilan tavsiflanadi

- 1) bel sohasidagi og'riq;
- 2) bosh og'rig'i;
- 3) o'tkir yallig'lanish belgilari;
- 4) chalkashlik.

11. Kuchli pielonefrit bilan septik shokning klinik ko'rinishi quyidagilar bilan tavsiflanadi

- 1) arterial gipertenziya;
- 2) arterial gipotenziya;
- 3) bradikardiya;
- 4) oligoanuriya;

12. Pielonefrit fizik tekshiruv paytida aniqlangan quyidagi o'zgarishlar bilan tavsiflanadi

- 1) terining oqarishi;
- 2) terining giperemiyasi;
- 3) yurak urish tezligining oshishi;
- 4) siyanoz.

13. Homiladorlik paytida iyidik yo'li infeksiyasi (MVP) ko'p yillar davomida u bilan bog'liq dolzarb muammo bo'lib qolmoqda.

- 1) mikroorganizmlarning antibiotik terapiyasiga yuqori qarshiligi;
- 2) ekstragenital patologiyaning ko'payishi;
- 3) homilador ayolda terapevtik tadbirlar majmuasini tanlash qiyinligi bilan;
- 4) homilador ayolda diagnostika algoritmini shakllantirish qiyinligi bilan.

14. Surunkali pielonefrit yallig'lanishining laboratoriya belgilari qonda quyidagi o'tkir fazali oqsillarni aniqlashni o'z ichiga oladi

- 1) A1 - globulinlar;
- 2) C-reaktiv oqsil;
- 3) interleykin-1b;
- 4) o'simta nekrozi omili.

15. Siydik chiqarish yo'llarining ichki stentlashining afzalliklari quyidagilardan iborat

- 1) Nazokomial drenaj infeksiyasining kamroq xavfi;
- 2) tashqi drenaj naychalari va siydik yo'llarining yo'qligi, bu homilador ayolning hayot sifatini yaxshilaydi va tug'ruq paytida qulay prognozni oshiradi;
- 3) vesikoureteral refluyksiya xavfi yo'q;

4) ureteral shikastlanish xavfi yo'q

16. Homiladorlik uchun antibakterial terapiya va surunkali pielonefritning kuchayishi uchun tanlangan dorilarga quyidagilar kiradi

- 1) amoksitsillin / klavulanat;
- 2) Sefotaksim;
- 3) seftibuten;
- 4) seftriakson.

17. Erta - 48-72 soatdan keyin - pyelonefrit uchun antibiotik terapiyasining samaradorligi mezonlariga quyidagilar kiradi

- 1) og'riqni yo'qotish;
- 2) leykotsituriyaning yo'qligi;
- 3) sovuqni to'xtatish va isitmani kamaytirish;
- 4) qon testlarini yaxshilash;

18. O'tkir yoki surunkali pielonefritning kuchayishi bilan diabetik nefropati bo'lgan homilador ayollarda Diabetes mellitus dekompensatsiyasining klinik ko'rinishlari

- 1) epigastral sohada og'riq;
- 2) diareya;
- 3) takroriy qusish;
- 4) enterit yoki enterokolit belgilari;

19. Pielonefritning og'ir, progressiv kursining mezoni gemodinamik beqarorlik bo'lib, rivojlanish xavfini ko'rsatadi

- 1) ishemik shok;
- 2) kardiogen shok;
- 3) neyrogen shok;
- 4) septik shok.

20. O'tkir yoki surunkali pielonefritning kuchayishi bilan diabetik nefropati bo'lgan homilador ayollarda Diabetes mellitus dekompensatsiyasining laboratoriya ko'rsatkichlari

- 1) glisemik profilning kutilmagan yomonlashishi;

- 2) albumin yoki proteinuriyaning paydo bo'lishi yoki tez o'sishi;
- 3) alkalozning rivojlanishi;
- 4) ketoatsidozning rivojlanishi;

21. Leykotsituriya / pyuriya tadqiqotda tasdiqlangan

- 1) Zimnitskiy bo'yicha siydik tahlili;
- 2) Nechiporenkoga ko'ra siydikni tahlil qilish;
- 3) kunlik diurez;
- 4) uch stakan namuna.

22. Homilador ayollarda urodinamikaning buzilishini kuchaytiradigan mahalliy omillar

- 1) katta meva;
- 2) kam suv;
- 3) polihidramnioz;
- 4) ko'p homiladorlik;

23. Siydik sindromi quyidagi belgilar bilan tavsiflanadi

- 1) bakteriuriya;
- 2) leykotsituriya / pyuriya;
- 3) makrogematuriya;
- 4) mikrogematuriya;

24. Odatda homiladorlik pielonefritining rivojlanishidan oldin

- 1) o'tkir vaginit;
- 2) o'tkir proktit;
- 3) o'tkir servitsit;
- 4) o'tkir sistit.

25. Pielonefritni keltirib chiqaradigan opportunistik mikroorganizmlarning asosiy guruhlar

- 1) ichak guruhining bakteriyalari;
- 2) mikobakteriyalar;
- 3) Proteus jinsining mikroorganizmlari;
- 4) enterobakteriyalar.

26. Homiladorlik pielonefritining klinik ko'rinishining xususiyatlari quyidagilarga bog'liq

- 1) patogenning virulentligi;
- 2) siydik o'tishi buzilishining mavjudligi va zo'ravonligi;
- 3) ratsionning xususiyatlari;
- 4) infeksiyaning tarqalish darajasi, homiladorlik davri.

27. Patogenning gematogen tarqalishi natijasida kelib chiqqan o'tkir pielonefrit ko'pincha bemorlarda kuzatiladi

- 1) bronxial astma;
- 2) gipertenziya;
- 3) toshbaqa kasalligi;
- 4) qandli diabet.

28. O'tkir pielonefritda leykotsituriyaning yo'qligi quyidagilar bilan yuzaga kelishi mumkin

- 1) diabetik nefropatiya;
- 2) siydik yo'llarining minimal ishtiroki;
- 3) buyrakning yiringli-vayron qiluvchi shikastlanishining mavjudligi (karbunkul, xo'ppoz);
- 4) jarayonning surunkali kursi.

29. Surunkali pielonefrit bilan asta-sekin rivojlanishi mumkin

- 1) giperxrom anemiya;
- 2) gipoplastik anemiya;
- 3) gipoxromik anemiya;
- 4) normoxromik anemiya.

30. Siydikni tekshirishda homiladorlik pielonefriti uchun quyidagi o'zgarishlar xarakterlidir

- 1) bakteriuriya;
- 2) gematuriya;
- 3) glyukozuriya;
- 4) leykotsituriya;

QO'LLANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Abdullaeva M.A. Beremennost i zabolevanie pochek, mochevivodyashix putey.//Uchebnoe posobie dla magistrov. 2021 g.151 b.
2. Sistoskopiyadan o'tgan kattalardagi siydik yo'llari infeksiyasining oldini olish uchun antimikrobiyal vositalar. Zeng S, Chang Z., Bay Y., Sun Y., Xu C. Kokrayn kutubxonasi 2019 y.248 b.
3. Ayollarda siydik yo'llarining antibiotik terapiyasi. J.: Sog'lom ayollarning tibbiy jihatlari / 2(137). 2021 yil, 76-81b.
4. Siydik chiqarish tizimining yallig'lanish kasalliklari. Rasner P.I., Vasilev A.O., Evdokimova A.I. 2015 yil. 245 b.
5. Siydik chiqarish yo'llari infeksiyalari: muammoni hal qilish yo'llari. E.V. Suprun. J.: Ratsional farmakoterapiya. 2017, 54-59.
6. Trimestrlar bo'yicha homiladorlik kursi va boshqaruvi. I.S. Sidorova., I.O. Makarov. Tibbiy axborot agentligi. 2007 yil, 243 b.
7. Favqulodda vaziyatlarda amaliy akusherlik. VC. Lixachev. Shifokorlar uchun qo'llanma. Tibbiy axborot agentligi. Moskva, 2010 yil, 176 b.
8. Ayollarda jinsiy infeksiyalar. S.A. Xvorostuxina. M.AST.2008 y. 365 b.
9. Ayollarda urogenital infeksiyalar -Prilepskaya V.N.,Mezhevitinova E.A., Bayramova G.R., Abakarova P.R., Bykovskaya O.V. 2006 y.
10. Akusherlik va ginekologiyada ambulator yordam bo'yicha qo'llanma. IN VA. Kulakov, V.N. Prilepskaya, V.E. V.E. Radzinskiy V.E. Nashriyot uyi "Geotar-Media" guruhi. 2007 yil. 176 b.
11. Akusherlik va ginekologiyada ratsional farmakoterapiya. Amaliyotchilar uchun qo'llanma. V.I. Kulakovning umumiy tahriri ostida. V.N. Serov. Moskva. "Adabiyot" nashriyoti. 2005 yil. 342 b.
12. Homilador ayollarda ekstragenital patologiya bo'yicha ko'rsatmalar. M. M. Shextman. Uchinchi nashr."TRIADA" NASHRIYOT UYI-X" Moskva, 2005 yil.345 b.
13. "Akusherlik" milliy rahbariyati.Ed. E.K. Ailamazyan, V.I. Kulakova, V.E. Radzinskiy, G.M. Savelyeva. 2009 yil.453 b.

14. Preeklampsiya, eklampsi, HELP sindromi. YEMOQ. Shifman, Petrozavodsk. "IntelTech" nashriyoti. 2003 yil. 455 b.

15. E. K. Ailamazyan akusherlik. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari uchun darslik. 2-nashr, tuzatilgan. Sankt-Peterburg. Maxsus Lit. 2003. 58 b.

O'QUV QO'LLANMA

**SIYDIK YOLLARI INFEKTSIYALARINING
XOMILADORLIK
DAVRIDA SALBIY TA'SIRI**

ABDULLAEVA MALIKA AZIMOVNA

magistratura va klinik ordinatura rezidentlari, akusher-ginekologlar,
yuqori kurs talabalari uchun

Akusherlik va ginekologiya

АДТИ КИТОБ ДУКОНИ
Телеграм: @kitoblarkerakmi
Тел: +99890 060 10 58



Andijon 2022