www.wordlyknowledge.uz Volume: 3, Issue: 1, 2023

ЯГОНА БУЙРАКЛИ АЁЛЛАРДА ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИ

Хамраева Л.Қ

Аликулова М

Олимова Г

Сафаралиева Г

Самарқанд давлат тиббиёт университети. Ўзбекистон

Аннотация. Ягона буйрак- бу туғма битта буйракнинг бўлмаслиги ёки буйракнинг бошқа касалликлари натижасида бир буйракнинг функциясининг бутунлай йўқолиши. Туғма ягона буйрак, шунингдек, бир томонлама деб номланувчи буйрак агенезияси, тахминан 1:1000 нисбатда кузатилиб, кўпинча эркак ва аёлларда бир хил учрайди. Орттирилган ягона буйрак турли хил нисбатларда учрайди. Ушбу мақолада ягона буйрак бўлган хомиладорларда хомиладорлик даврининг ўзига хос кечиши, кузатилиши мумкин бўлган асоратлар ёритилган.

Калит сўзлар: ягона буйрак, хомиладорликнинг кечиши, асоратлар.

Аннотация. Единственная почка - это полная потеря функции одной почки в результате отсутствия одной почки от рождения или других заболеваний почек. Врожденная единственная почка, также известная как односторонняя почечная агенезия, наблюдается в соотношении примерно 1:1000, часто встречающемся одинаково как у мужчин, так и у женщин. Приобретенная единственная почка встречается в разных пропорциях. В этой статье рассматриваются особенности течения внутриутробного периода, наблюдаемые осложнения у плодов с единственной почкой.

Ключевые слова: единственная почка, течение беременности, осложнения.

Annotation. A single kidney is a complete loss of the function of one kidney as a result of the absence of one kidney from birth or other diseases of the kidney. Congenital single kidney, also known as unilateral renal agenesis, has been observed in a ratio of about 1: 1000, often occurring the same in both men and women. The acquired single kidney occurs in different proportions. This article covers the specific course of the fetal period, observable complications, in fetuses with a single kidney.

Keywords: the only kidney, the course of pregnancy, complications.

Ҳомиладорлик даврида ҳомиладор аёлнинг буйрагига зўриқиш тушганлиги сабабли ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги давр оғир кечиши билан характерланади. Ҳомиладорлик даврида касалликнинг прогрессивланиши ҳомиладорликнинг асоратли кечишига сабабчи бўлади [1]. Ягона буйракда ҳомиладорликнинг ўзига хос кечиши 43-80% холларда иккиламчи касалликлар қўшилиши натижасида ҳомиладорлик давриниг кечишининг оғирлашишига олиб келади. Ягона буйрак буйрак анмалияси натижасида бўлса пиелонефрит 42%, сурункали пиелонерит 72-81% холларда кузатилади. Ягона буйракда буйрак поликистози 1:500 учраб, сурункали буйрак етишмовчилиги учинчи ўринни эгаллайди [3,5].

Буйрак анормалияларида аниқ устун локализацияли тури ҳақида аниқ маълумот йўқ. Турли маълумотларга кўра, ўнг томондаги буйрак аномалиялари 34,8-35,9% беморларда, чап томонда — 33,2-58,6% да, икки томонлама аномалиялар-32% да бўлади [2,4]. Ҳомиладорлик бошланиши билан аёл организмида ўзгарган шароитда она организмининг гомеостазини сақлаш ва ҳомиланинг нормал ривожланишини таъминлашга қаратилган бир қатор адаптив ўзгаришлар содир бўлади [6]. Гомеостазни (айниқса волемик) тартибга

www.wordlyknowledge.uz Volume: 3, Issue: 1, 2023

солишда буйракларнинг асосий ролини ҳисобга олсак, тизимли ва махаллий қон оқимининг ўзгариши уларнинг фаолиятига таъсир қилади. Нормал ҳомиладорлик буйрак ва сийдик йўлларининг функционал ва анатомик ўзгаришлари билан характерланади, косача-жом тизими, сийдик чиқарув йўлларининг гипотензияси ва гипокинезияси ва уларнинг кенгайиши билан намоён бўлади [2].

Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларидан бошлаб буйрак қон оқими 25-35% га ошиб, ҳомиладорликнинг биринчи ярмида 810 мл / мин га етади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида бу кўрсаткич бироз камайиб, 695 мл / мин ни ташкил қилади. Буйрак қон оқимининг кўпайиши сабаби номаълум, лекин юрак зарб хажмининг ортиши ва буйрак паренхимасида қон томир қаршилигининг пасайиши туфайли кўпайиши мумкин. Юқори сийдик йўлларининг буйрак томирлари билан яқин нейроген боғланиши туфайли келиб чиқадиган гемодинамик бузилишлар буйракда гемодинамик ўзгаришларга олиб келади [3,7].

Текширув мақсади: Солитар буйракли аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни бошқариш учун оптимал акушерлик тактикасини ишлаб чиқиш.

Текширув материали ва услублари: Самарқанд 3-сонли туғруқхонага мурожаат қилган 2021-2023- йилларда бўлимда ягона буйрак ташхиси билан даволанган 15 нафар ҳомиладор беморлар ва ҳомиладорлик даври нормал кечган 15 нафар ҳомиладор аёллар ўрганилди. Улар анамнестик, умумий клиник текширишлардан ўтказилди.

Натижалар: ягона аёлларнинг ўртача ёши 29±1,7 ёшни ташкил қилди. Ҳомиладор аёлларнинг оилавий холати ўрганилганда 100% 1-турмуш холати қайд қилиниб, такрор турмуш қайд қилинмади. Асосий ва солиштирма гурухдаги 10 нафар (66,7%) беморларда наслий анамнезида қуйидагилар аниқланди:

-ота-онасида артериал гипертензия 4 нафар (она-3 нафар, ота-1 нафар)

-қандли диабет- 3 нафар (она-2 нафар, ота-1 нафар)

-туғма буйрак нуқсони- 2 нафар (она-2 нафар)

Ҳомиладор аёлларнинг бошидан кечирган инфекцион касалликлари ўрганилганда асосий гурухдаги беморларда энг кўп вирусли касалликлар кузатилган. Иккала гурух беморлар ўрганилганда касалликнинг асоратланиши кўпроқ 26 ёшдан кейин кузатилиб, хомиладор аёлларнинг ёши ошган сари ва ҳомиладорлик сони кўпайгани сари касалликнинг учраши ва асоратланиши ошиб борган.

Ҳомиладорлик даври асоратланишига кўра 1- гурух: ҳомила тушиш хавфи билан- 10 нафар (66,7%), ҳомиладорлик токсикози- 7 нафар (46,7%), кўп сувлилик- 4 нафар (26,7%), кам сувлилик- 6 нафар (%), фетоплацентар етишмовчилик- 5 нафар (33,3%), сурункали пиелонефрит- 10 нафар (66,7%), преэклампсия- 8 нафар (53,3%), қоғоноқ сувларининг туғруққача кетиши- 3 нафар (20%), гестацион гипертензия- 7 нафар (46,7%), нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши- 4 нафар (26,7%), семизлик- 2 нафар (13,3%)ни ташкил қилди. Таққослаш гурухида хомиладорлик токсикоз фонида кечган.

Ҳомиладорликнинг учинчи триместрида бачадон, плацентар ва ҳомила ўртасида қон айланиши рангли допплер текшируви ва импулсли допплерометрия ёрдамида бачадон артерияси, киндик артерияси, аортанинг кўкрак қисми, бош мия ўрта артерияси, ҳомилани буйрак артерияси, ўрганилиб, систолик ва диастолик қон айланишининг максимал тезлиги аниқланди. Қон айланишининг энг юқори тезлиги қон- томир қаршилиги, систолодиастолик нисбат, пулсацион индекс, резистентлик индекси плацентар ва ҳомила қон томир қаршилигини аниқлашга қаратилган. Ҳомила- плацентар қон айланишини аниқлашда киндик артериясининг ва ҳомиланинг қорин қисмидан чиққан қисми умумий допплерометрик текшируви ёрдамида бахоланди.

www.wordlyknowledge.uz Volume: 3, Issue: 1, 2023

Беморларнинг асосий қисми уй бекалари бўлиб, ўрта таълим даражасига эга эди. Барча беморларда хайз функциясида ўзгаришлар кузатилмади. Асоратланган ҳомиладорликда туғруқ асоан оператив йўл билан олиб борилган бўлиб, туғруқ вақтидаги асоратлар кузатилмаган. Беморларда ҳомиладорлик даври асоратланиш билан кечган.
Асосий ва солиштирма гурух беморлари ўрганилди. Ҳомиладорларнинг рентгеноконтраст текширув усули ёрдамида текширилганда болаликда (6 бемор), ўсмирлик (8 бемор) ёки балоғатга (1 аёллар) да буйрак ривожланиш нуқсони аниқланган эди. Кўп ҳолларда урологик текширув учун кўрсатма ўткир пиелонефрит бўлиб, 2 аёлларда гипертензия, иккиланган буйрак, гидронефроз аниқланди. Буйрак ривожланиш нуқсони ушбу ҳомиладорлик даврида 2 та аёлга ташхис қўйилди. Буйрак малформациялари ултратовуш текшируви ёрдамида аниқланди. УТТ текшируви патологик сийдик синдроми ёки артериал гипертензияга шубха қилинган беморларнинг барчасига қўлланилди.

Асоратли кечган ҳомиладорликда муддатдан олдинги кесарча кесишга акушерлик томонидан кўрсатма: ҳомиланинг чаноқ билан ётиши, киндик тизимчасига ўралиши, туғруқ кучларининг иккиламчи сустлиги, йирик ҳомила, клиник тор чаноқ.

Асосий гурух беморда ҳомиланинг антенатал ўлими 1 нафар кузатилди. Ҳомиладаги буйрак ривожланиш нуқсони бўлганлиги сабабли 1 нафар, гидроцефалия 2 нафар кузатилганлиги сабабли ҳомиладорлик мос равишда 28 ва 31 хафталикда тўхтатилди. Таққослаш гурухида ушбу асоратлар кузатилмади. Ҳомиладорларда туғруқнинг биринчи даврида Солитар буйракда ҳомила холатини, буйракларни функциясини ва асоратларни аниқлаш мақсадида УТТ текшируви ўтказилди. Солитар буйракда ҳомиладорларда туғруқнинг хусусияти асосий гурухда 100% оператив бўлиб, муддатдан олдинги- 8 та 53,3%, муддатдаги- 7 та 46,7% ни ташкил қилди.

Солиштирма гурухда табиий туғруқ- 15 та 100%, муддатдаги- 15 та 100% ни ташкил қилди.. Асосий гурухдаги туғруқ оператив олиб борилиб, операцияга кўрсатмалар: НЖЙМОК, гипертензив холат, преэклампсия, ҳомила пуфагининг муддатдан олдин кетиши, ҳомиланинг ноаниқ холати.

Туғруқдан кейинги давр асосий гурухда юқори асоратли кечди. Ҳомиладорлик муддати ва туғруқни якунлаш усулига қарамасдан гематометра- 10 та (66,7%), лохиометра- 8 та (53,3%) кузатилди. Эрта неонатал давр барча туғилган чақалоқларда асоратсиз кечди. 3-триместрда ФПС текширилганда та ҳомилада ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми аниқланди.
Хулоса: Солитар буйракли ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик анемия ва гестацион пиелонефрит ривожланиш учун юқори хавф гуруҳи сифатида қараш лозим. Ушбу гуруҳ аёлларида камқонликнинг олдини олиш учун темир танқислиги ёки оқсил танқислигини ҳисобга олган ҳолда ҳомиладорлик даврида амалга оширилиши керак. Буйрак аномалияси бўлган ҳомиладор аёлларда сийдикни бактериологик текшириш гестацион пиелонефрит бўлганда самарали антибактериал терапияни ўз вақтида бошлаш имконини беради. Эмпирик терапия зарур бўлса, нафақат типик патогенларга, балки касалхона ичи инфекцияларига қарши самарали бўлган дорилар ҳам буюрилади. Буйрак ривожланишининг аномалиялари бўлган оналардан янги туғилган чақалоқлар сийдик тизимининг патологияси ривожланиши учун юқори хавф гуруҳига киргизиш керак. Бу болалар ҳаётнинг биринчи йилида нефрологнинг диспансер назоратида туриши лозим.

www.wordlyknowledge.uz Volume: 3, Issue: 1, 2023

Адабиётлар:

1. Alfaadhel T., Hladunewich M. A. Pregnancy in a Woman Approaching End-Stage Kidney Disease //Pediatric Dialysis Case Studies. – Springer, Cham, 2017. – С. 249-255.
2. Gammill H. S., Jeyabalan A. Acute renal failure in pregnancy //Critical care medicine. – 2005. – Т. 33. – №. 10. – С. S372-S384.
3. Gandotra U. et al. Management of Renal Colic during Pregnancy //JK Science. – 2019. – Т. 21. – №. 1. – С. 42-47.
4. Heinonen P. K. Gestational hypertension and preeclampsia associated with unilateral renal agenesis in women with uterine malformations //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2004. – Т. 114. – №. 1. – С. 39-43.
5. Hiraoka M. et al. Renal aplasia is the predominant cause of congenital solitary kidneys //Kidney international. – 2002. – Т. 61. – №. 5. – С. 1840-1844.
6. Kendrick J. et al. Association of unilateral renal agenesis with adverse outcomes in pregnancy: A matched cohort study //American Journal of Kidney Diseases. – 2017. – Т. 70. – №. 4. – С. 506-511.
7. Khattak I. et al. Aetiology and Maternal Outcome in Pregnancies complicated by Acute Kidney Injury; A Tertiary Care Single Centre Experience //Journal of the Society of Obstetrics and Gynaecologists of Pakistan. – 2020. – Т. 10. – №. 1. – С. 17-21.