

## ОРФОУРЕТРОНЕФРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ВА ҲОМИЛАДОРЛИК: ТЕРАПЕВТИК ВА АКУШЕРЛИК АМАЛИЁТЛАР ТАКТИКАСИ

Қаландаров М.К., Мамасолиев Н.С., Тошматов Б.А., Қаландаров Д.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЎИМ АФ, Андижон.

✓ *Резюме,*

*Орфоуретронефрологик касалликлар ва ҳомиладорлик муносабатлари ҳақида клиник тавсиялар баён этилади ва муҳоҳидаланади. Терапевтик ва акушерлик амалиётлари асосланади, тавсия қилинади ва аниқ кўрсатилади.*

*Калит сўзлар: Орфоуретронефрологик касалликлар, ҳомиладорлик, терапевтик ва акушерлик амалиётлар.*

## ОРТОУРЕТРОНЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И АКУШЕРСКИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ТАКТИКИ

Каландаров М.К., Мамасолиев Н.С., Тошматов Б.А., Каландаров Д.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЎИМ АФ, Андижон.

✓ *Резюме,*

*Излагаются и обсуждаются вопросы о взаимоотношениях орфоуретронефрологических заболеваний и беременности. Обосновывается, утверждаются и рекомендуются терапевтические и акушерские тактики.*

*Ключевые слова: орфоуретронефрологические болезни, беременность, терапевтическая и акушерская тактика.*

## ORTHOURETHRONEPHROLOGICAL DISEASES AND PREGNANCY: THERAPEUTIC AND OBSTETRIC PRACTICAL TACTICS

Kalandarov M.K., Mamasoliev N.S., Toshmatov B.A., Kalandarov D.M.,

Andijon davlat tibbiyot institute wa RShTEIM AF, Andijon.

✓ *Resume,*

*Questions about the relationship between ortho-urethronephrological diseases and pregnancy are discussed and discussed. Therapeutic and obstetric tactics are substantiated, approved and recommended.*

*Key words: ortho-urethronephrological diseases, pregnancy, therapeutic and obstetric tactics.*

### Долзарблиги

Орфоуретронефрологик касалликлар қаторида сийдик йўллари ривожланши нуқсонлари (СҲА) айниқса бевосита ёки билвосита йўллар билан уро-ва гемодинамиканинг оғир бузилишларини келтириб чиқариб ҳомиладорлик даврида аксарият хавф туғдиришади. Мавжуд адабиётлар таҳлиллари (М.М.Шейхтман, Б.Д.Верховский, В.Л.Черников, Бун, Мухин Н.А. ва бошқалар) бу борада аниқ ҳаракатлар стратегиясини "қўриш", "фаолият учун қабул қилиш" ва "амалга ошириш" имкониятларини туғдиради.

Эслаб қолиш керак: 1) Битта буйраги туғма йўқ бўлиб туғилган аёл улғайиб туғиш ёшига етган бўлса, ҳомиладорликка рухсат берилиши мумкин-у, аммо ҳомиладорлик даврида уларда сийдик йўллари инфекцияси учраши кўплиги, ҳомланнинг перинатал ўлимни юқорилиги ва чала чақалоқ туғилиши хавфлари эътиборга олиниб даволаш-профилактика тадбирларини ўтказилиши лозимлиги эътиборга олиниши лозим; 2) буйрақлар аплазиясида ҳам туғруққа бориш мураккабликлар туғдирмайди, чунки ушбу эмбрионал бузилишлар оқибати бўлган касалликда (фаоллиги йўқолган орган бўлсада) ҳомиладорлик физиологик кечганда хавфсиз ўтади. Акушерлик кўрсатмалар бўлганда ёки буйрақларни эктопик жойлашуви сабаб бўлиб ҳомила номақбул жойлашиши натижа-

сида туғиш имконияти бўлмаганда Кесарча кесиш бажарилади. 3) Буйрақларнинг ўлчамларини туғма кичрайиши (буйрақ гипоплазияси) уч хил ифодаланиб учрайди: рудиментар буйрақ (склерозирланган ва функционал жиҳатдан ривожланмай қолган орган), пакана буйрақ (ўлчами кичрайган нормал буйрақ) ва диспластик шаклдаги пакана буйрақ (фиброз тўқимасини ортиқча кучли ривожланиши билан ифодаланади). 90% ҳолларда ушбу хасталик туғфайли у ёки бу хавфли асоратлар туғфайли (АГ, пиелонефрит, сурункали буйрақ етишмовчилиги, ўлик болани туғилиши) нефроэктомия ёки Кесарча кесишга зарурият туғилади. Айниқса унинг диспластик шакли ёмонсифатли АГ ва асоратли кечиш билан кечиш таҳдиди кучли бўлади. Шунинг учун исталган ҳомиладорлик бўлмаган тақдирда ҳомиладорликка рухсат этилмаса мақсадга мувофиқ бўлади деб ўйлаймиз. 4) Иккиланган буйрақлар билан ҳомиладорларда (буйрақ ҳажми катталашади, битта ёки иккала буйрақ ва барча унинг элементлари иккиланган бўлади) сил, гидронефроз, пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги кабилар кўп учрайди. Уларни ҳисобга олиб даволаш-профилактик дастурларини ўтказиш ва диспансерлик назоратини ташкил қилиш-ҳомиладорлик кечишига ва туғруқ ўтказишга ушбу нуқсоннинг салбий таъсирини йўқотади. Туғруққа рухсат бериш мумкин (албатта, индивидуал жиҳатларни ҳисобга олган ҳолда). 5) Буйрақлар дис-

топияси-бу, нонормал органли жойлашуви бўлиб, унинг бир неча шакллари учрайди: тозли жойлашуви, ёнбош соҳали жойлашуви, белли жойлашуви, торакал ва кесмали жойлашувлари ҳамда бир ёки икки томонламали дистопиялар фарқланади. Фақат тозли буйрақлар дистопиясида табиий йўллар билан, ҳомилани кўндаланг жойлашуви содир бўлиши сабабли, табиий йўл билан туғруқни ўтказишга монелик бўлади ва бундай ҳолларда, режали Кесарча кесиш бажарилади.

Гестацион даврда дистопирланган буйрақлар оқибати бўлиб қўшни аъзолар, томирлар, нерв толаларини эзилишлари билан боғлиқ ёки гидронефроз, пиелонефрит ва нефролитиаз каби асоратланишлар сабабли ургент ҳолатлар келиб чиқишлари мумкин. Уларни доимий кузатув остида (терапевт, уролог, УАШ) ҳомиладорлик ўтказилади.

Аксарият нефроптоз ва буйрақлар поликистози ҳомиладор аёлларда учрайди. Нефроптоз асосан такрорий ҳомиладорликлар ва туғруқлар билан боғлиқ ҳолда келиб чиқади (ёки туғма ҳам бўлади), буйрақни пастга тушиши ва ортиқча патологик силжувчанлиги билан ифодаланади, туғиш ёшида кўп қайд қилинади. У билан боғлиқ буйрақ санчиги, пиелонефрит, гидронефроз, артериал гипертензия (АГ), қон кетиш, гестоз, бола ташлаш хавфи ва гипотрофияли ҳомила каби асоратлар келиб чиқади. Ҳомила учун хавфли, туғруқни оғирлаштириши ёки асортали ўтишига олиб келиши мумкин. Акушерлик тактикаси: кузатув ўрнатилиб табиий йўллар билан туғруқ ўтказилади, асоратланишлар шиддатланиб туғруққа 2-чи ва 3-чи ҳатар даражаси пайдо бўлган тақдирда Кесарча кесиш амалга оширилади. Терапевтик тактика: прогностик, профилактик ва терапевтик консерватив амалиёт узлуксиз диспансерлик назоратини ўрнатиш орқали олиб борилади. Асоратлар умумқабул қилинган стандарт ёндашувлар билан фаол даволанади. Шундай амалиёт олиб борилганда 38,5% ҳомиладорларда туғруқ ўз вақтида нормал ўтади, 53,8% ҳолларда Кесарча кесишга мурожаат қилинади ва 50% болалар соғлом туғилишади.

Буйрақлар поликистози (аксарият икки томонлама ва ирсий келиб чиқишга мойил бўлади, буйрақлар паренхимаси бир бутунликда кўпсонли кисталар билан қопланган бўлади, 500 гипертоник криз (ГК) билан беморларнинг биттасида учрайди, бир вақтни ўзида бошқа ички аъзолар поликистозлари билан қўшилишиб учрайди ва аксарият сурункали буйрақ етишмовчилиги (СБЕ) нинг терминал босқичини келтириб чиқаради) ҳомиладорлик фонида биринчидан, шиддатланиб кеча бошлайди ва иккинчидан, деярли доимо СБЕни келтириб чиқаради ёки учинчидан, гестоз, камқонликни, пиелонефрит билан асоратланиб она ва ҳомилага хавф туғдиради, ёхуд туғилган болага ҳам ушбу касаллик ирсий йўл билан ўтади. Боз устига, ҳомила бўлган тақдирда ҳам, ҳомила қорнининг катталашиб кетиши сабаб бўлиб табиий туғиш мумкин бўлмайди ва Кесарча кесиш билан ҳомилани тўхтатиш зарурияти бўлади. Шу боисдан, аввало, нуқсон авлодга ўтиши мумкинлиги нуқтани назаридан аёлга ҳомиладорлик бўлиш тавсия этилмайди ва поликистоз, иккинчидан, ҳомиладорлик учун моне (ҳар учала унинг босқичларида ҳам-буйрақлар поликистози I босқичи (компенсирланган), II босқичи (субкомпенсирланган) ва III босқичи-(декомпенсирланган ёки буйрақлар фаолияти мутлоқ бузилиб, СБЕ келиб чиқ-

қан босқичи) ёки мутлоқ мумкин бўлмаган ҳолат деб баҳоланса мақсадга мувофиқ бўлади.

Бундан ёлғиз кистозли ҳосилалар (туғма ёки ортирилган табиатли) истисно: ҳомиладорлик, бу ҳосила йиринглаб асоратланмаган бўлса, аксарият нормал ўтади. Туғруқ табиий йўллар билан (асоратсиз кечганда) ёки Кесарча кесиш йўли билан (асоратланиб хавф туғдирганда) ўтказилади.

Эслаб қолиш керак: Сийдик пуфаги ва найларининг барча нуқсонлари (уретроцеле - най ички томонини даппасимон шишиб чиқиши, найлар эктопияси ёки нерв-мушакли дисплазияси, иккиланган сийдик пуфаги, сийдик пуфаги экстропияси ва дивертикули) уродинамика бузилишларига, пиелонефрит ва гидронефроз ҳамда буйрақ етишмовчилигини келиб чиқишига олиб келади. Улар бола ташлаш ва жинсий органларни чиқиб/тушиб қолиш хавфини туғдиради. Иккинчидан, ушбу нуқсонларни ҳомиладорлик даврида аниқлаш қийин кечади ва бу, давонинг салбий томонларини кучайтиради. Сабаби, хромоцистоскопия ва УЗИ-текширувдан ташқари (унинг ҳам маълумотчанлиги жуда паст), энг асосий ташхисий усуллар-экскретор рентген урография, пневторетроперитонеум, буйрақларни радиоизотопли сканирлашни қўллаш учун ҳомиладорлик монелик қилади.

Терапевтик тактика - келиб чиққан асоратларни даволаш ва ҳомиладорликни тўхтатишга тавсия беришдан иборат бўлади (жуда кам ҳолларда, индивидуал тарзда ва иккиламчи асоратлар бўлмаган исталган ҳомиладорликка рухсат бўлиши мумкин-у, лекин бари-бир хавфни олдини олиб туриш керак бўлади).

Акушерлик тактикаси - ҳомилани олдини олиш ёки у ривожланиб улгурган бўлса Кесарча кесиш йўли билан ҳомилани тўхтатиш ёки туғруқни ўтказишдан иборат бўлади.

Мақсадга мувофиқ терапевтик ва акушерлик амалиёти: 1. Сийдик йўллари аномалияси ҳомиладорликкача бўлган даврда аниқланган бўлса, ҳомиладорликка рухсат берилмайди: мувофиқлаштирувчи жаррохлик амалиёти билан нуқсонлар бартарафлаштирилиб, аёл умумий ҳолати мутлоқ соғломлаштирилганидан кейингина ҳомиладор бўлишга ва туғруқни ўтказишга рухсат бериш масаласи "терапевт-уролог-акушер-гинеколог" консилиуми ҳулосасида ҳал этилади. 2. Ҳомиладорлик маълум муддатга улғайиб етиш даврида нуқсон ташхисланган тақдирда ҳомиладорлик тўхтатилади, кўпинча Кесарча кесишдан фойдаланилади. 3. Асоратли ҳолат бўлиб, ҳомиладорлик давридаги нуқсон фонида, аниқланган ҳар қандай буйрақ касаллигида ҳомила барвақт, табиий туғруққа етказилмасдан бурун, тўхтатилади. 4. СИА қин ва бачадон туғма нуқсонлари (аплазия, эктопия, рудиментарли бачадон) билан қўшилишиб аниқланган аёлларда ҳомиладорликка рухсат берилмайди.

Муъаян клиник вазиятларда, туғиш ёшидаги аёлларда буйрақ томирларининг туғма нуқсонларига (қўшимча, иккиталанган ёки кўпсонли буйрақ артериялари, ноанъавий йўналган артериялар, қўшимча ёки атипик йўналган веналар, буйрақлар артериялари стенози-фибромускуляар гиперплазия хисобига) дуч келинади. Улар ангиография, аортография ёрдамида ташхисланади (ҳомиладорлик даврида ман этилади). Ҳомиладорлик даврида эса-ушбу нуқсонлар клиник манзарасига ва УЗИ-текширув ҳамда рентгенологик текширувга асосланиб аниқланилади. Уларнинг барчаси ҳомилани номақбул ривожланиши, туғруқни

хавфли ўтиши, ҳомиладор аёлга таҳдид солувчи асоратларни келтириб чиқарувчи учта негатив омилга сабаб бўлишади: 1)найлар эзилиб уродинамикани бузилиши, уродинамикани бузилиши ва гидронефроз, уролитиаз, пиелонефрит ва нефроген гипертензияни шаклланиши; 2)ренин-ангиотензин тизимни фаоллашувини чақиривади; 3)оғир гестозни ривожланиши, бола ташлаш хавфи, ўлик бола туғилиши ёки эрта бола ташлаш ҳолатлари.

Терапевтик тактика бундай ҳолатларда ушбу хасталикларни барвақт аниқлаш ва бартарафлашга тавсия беришдан ҳамда ҳомиладорликни тўхтатиш масаласини зудликда қўйишдан иборат бўлади.

Акушерлик тактикаси ягона битта йўлни танлашдан иборат бўлади: ҳомиладорликни тўхтатиш ва реноваскуляр гипертензияни жаррохлик йўли билан даволаш масаласини ҳал қилиш. Нуқсонлар жаррохлик йўли билан бартарафланганларидан кейин (резекция ёки буйрак артериялари пластикаси) ҳомиладорликка рухсат бериледи ёки бундан кейин ҳомиладорлик кечиши ва туғруқлар нормал ўтади (сабаби АГ ни мутлоқ бартарафланганлиги бўлади).

Нефросил, нефроуролитиаз ва гидронефроз билан ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришда терапевтик ҳамда акушерлик амалиётлари

Келтирилган статистик маълумотлардан маълум бўлди-ки, буйракларнинг сили-нефросил касаллиги ҳомиладорларда эмас, аҳолида анча кўп учраши (частотаси бўйича пиелонефрит ва сурункали тош касаллиги (СТК) дан кейин учинчи ўринни эгаллаб) билан характерланади. Ҳомиладорларда жуда кам сурьат билан учрайди-ю, лекин бир қатор хусусиятлари билан аёлга, ҳомилага, туғруқ жараёнига ва чақалоққа таҳдид солади.

Энг аввало унинг хавфи шундаки, кеч аниқланади, бирламчи комплекс ҳосил бўлиш давридаёқ буйрак зарарланиши рўй берса-да, ушбу сил ўчоғи узоқ вақт мобайнида "яшириниш" кўриниш бермайди. Йиллар ўтибгина у фаоллашади ва белгиларини кўрсатади. Иккинчи томондан, деярли барча экстрагенитал патология бўйича мутахассисларнинг тасдиқлашича (М.М.Шейхман, А.В.Айвазян, Ф.Ариас, А.И.Гоженко, В.Д.Грунд, Э.М. Дегтярева, Weil F.S. ва б.қ.), бошқа аъзоларда ёки ўпкада ривожланиб улгурган сил инфекцияси энг камида 5-15 йил вақт ўтганидан кейингина буйракларга тушади, асосан гематоген, камроқ-лимфоген, юқорига кўтарилиш (сийдик йўллари-дан) ва контактли йўллар билан.

Бундан ташқари, ушбу сил инфекцияси, буйракда ўрнашиб тобора хавфли асоратларни (баъзида буйракнинг тиклаб бўлмас структуравий ўзгаришлари келиб чиқади) бериб боришда давом этаётган бир пайтда, бошқа касалликларни таъсуротлатиб ифодаланади (пиелонефрит ва б.қ.) ёки камсимптомли кечиш билан ўтади.

Нефросил сийдик оқимини тўсувчи ва уродинамикали бузилишга олиб келувчи омиллар (уролитиаз, нефроптоз, СИА, жинсий аъзолар патологияси) сабаб бўлиб ривожланади. Худди шундай номақбул омил сифатида ҳомиладорлик ҳам рол ўйнайди: ҳомиладорлик нефросилни фаоллаштиради ва илк бора ҳомиладорлик даврида унинг симптомлари келиб чиқади ёки туғруқдан кейинги илк даврда ҳам сил ўчоғи биринчи бор кўриниш бериб кучаяди. Бунинг битта сабаби, олдинроқ айтиб ўтганимиздек, тасдиқлана-

ди: ҳомиладорлик буйракларнинг резистентлигини силга нисбатан пасайтиради.

Эслаб қолиш керак: 1.Силга нисбатан эпиданамнез маълумотлари ҳар бир ҳомиладорлик даврида кўп учрайдиган буйрак касалликларида ёки СИА да синчковлик билан баҳоланиши керак. Бу барвақт ташхис учун аҳамиятли бўлади.

2. Нефросил ҳомиладорлик даврида кўпинча носпецифик симптомлар билан ифодаланади ва айниқса, аксарият пиелонефрит каби тимсолланади.

3. Нефросил учун 100% кафолатли хос симптом бўлмайди, илк бошланишида, ҳаттоки, умуман асимптомли кечиш унга хос бўлади ва тасодифан текширувлар давомида у топилиб қолинади (шунинг учун ҳомиладорлик давридаги комплекс текширувларни албатта ўтказиш ва баҳолаш керак бўлади).

4. Нефросилни клиник кўринишларини икки гуруҳга ажратиш мумкин: 1) сил интоксикациясини умумий симптомлари (сабабсиз силла қуриши, қувватсизлик, бош оғриғи, тез чарчаб қолиш, меҳнат фаолиятини чегараланиши, иштаҳанинг ёмонлашуви); 2) маҳаллий симптомлари (бел бўғиқ оғриқлари, дизурия, пиурия, гелитурия; пиелонефритдан фарқлангивчи аломатлари-бактерияуриясиз лейкоцитурия ёки сийдикда йиринг бўлиши; сийдик реакциясини-кислоталилиги пиелонефритда-ишқорий бўлади; сийдишини тезлашуви асосан шунда бўлади; буйрак санчиги ҳеч қачон бўлмайди ва оғриқлар тизза-гирсак мажбурий вазиятида кўпинча тўхтайдди; 5. Нефросилда (НС) 20% ҳолларда субфебрилли иситмалаш бўлади ва умумий ҳолат кўпинча сезиларли ўзгармай қолади. Ҳомиладорлик давридаги нефросилни (ХНС) яна бир хусусияти-юқори иситма ва умумий ҳолатни ўта оғир даражага етиб оғирлашиши ёлғиз буйрак силида, сили пиелонефрозда ва икки томонлама буйрак силида кузатилади. 6. Гематурияни ташхисий қиммати кўпроқ бўлади, касаллик асосан ҳомиладорликнинг иккинчи-ва учинчи триместрида шикоятларни келтириб чиқаради ва пальпацияда-буйракларнинг хажмини катталашуви аниқланади (фақат ҳомиладорликни бошлангич босқичида холос, кейин катталашган ҳомиладорлик бачадон бунга тўсиқлик қилиб имкон бермайди).

Ҳомиладорлик даври нефросили (ХНС)га якуний ташхис сил микобактериясини аниқлашга, сийдик пуфагини цистоскопия ва рентгенологик текширувларда топилга хос ўзгаришларига асосланади. Бунинг учун сийдик чўкмаси Цилю-Нильсен бўйича бўялади, флотация усулидан даставвал фойдаланилиб сўнг бактериоскопия қилинади. Ёки сийдик махсус озуқали мухитларга (Левенфишу бўйича картофелли-тухумли ёки қонли мухитга Прейс-Школьников бўйича) экилиб сил таёқчаси аниқланади: а)Ижобий натижа 60%-га етади; б)жавоб 1-2 ой ўтиб (Левенфиш мухитига экилганда) ёки 2-4 хафтадан кейин (Прейс-Школьников усулида) олинади.

Бундан ташқари ХНС ташхисда биологик синамалар (денгиз чўчқасига сийдик чўкмаси эмланади) характерли бўлади, протеинурия (1 г/л дан ошмайди), сийдикда кўп миқдорда "фаол" лейкоцитларни ёки Штернгеймер-Мальбин хужайраларини пайдо бўлиши ва яна-эритроцитурия пиуриясиз ёки пиурия ва гематурияни бошқа ташхисий мезонларга қўшилишиб учраши муҳим ташхисий қимматга эга бўлишади.

ХНС учун замонавий яна бир хос нарса шуки, химиотерапия амалиётга ортиқча кенг қўламда кириб келгани сабаб бўлиб унинг "асептик пиурия"ли шак-

ли (сийдикда носпецифик флора бўлмайд-ю, йиринг бўлади) ҳам учрай бошлади. Ёхуд унга ташхис қўйишда эхографияни (касаликни босқичи ва шаклини тафовутлаб беради) УЗИ ни (каверна ва унинг таркибини кўрсатиб беради), хромоцистоскопияни (зарарланган томонда найлар орқали индигокарминли чиқиши йўқолади ёки кечикади), туберкулинли-иммунохимёвий синамани (сийдикда фаол ялигъланишни маркерлари аниқланади, сийдикда альбумин клиренси ва иммуноглобулин G ошади) ва туберкулинли-фармакоиндигокарминли синамани (лазикс туберкулин берилгунча ва берилгандан кейин вена ичига киритилиб полиурия қақрилади ва полиурия фониди сийдик орқали индигокарминнинг экскрецияланиши аниқланади) ёки лизоцимурияни роли (сийдикда лизоцим концентрацияси туберкулинни киритишдан олдин ва сўнг аниқланади, лизоцим экскрецияланиши 2 баробарга етиб ортиши ХНС учун хос бўлади) орти.

ХНС да терапевт тактикаси: 1. ХНС фаол даволанмаса, хомилани ўлиши, барвақт туғруқни келиши бола ташлаш, токсикозлар, туғруқ жараёнини ожизланиши, хомилани сил билан; инфицирланиши ёки гипертензияни ва буйрак етишмовчилигининг кучайиши оқибати бўлиб зарарланган буйракларни бужмайиши келиб чиқади. Шунинг учун антибактериал терапия (унга иккиламчи ялигъланиш касалликлари асорат сифатида қўшилганида, масалан, цистит ёки пиелонефрит ва б.қ. да) буюрилади ва фтизиатр билан келишиб фаол силга қарши дори воситалари қўлланилади: тубазид-5-6 мг/кг тана вазни ҳисобига, этамбутол-0,8-1,2 г суткасига ва ҳомиладорликнинг 2-чи триместридан бошлаб-бенемидин 0,4-0,6 г суткасига (стрептомицин, канамицинлар тератоген ва нефротоксик таъсирлари кучли бўлганликлари учун буюрмайди).

2. Туғишга рухсат берилди ва бу жараёни бевосита "уролог, акушер-гинеколог, УАШ" доираси ичида кузатиб борилди: а) НС битта буйракда жойлашиб ва унинг фаолиятини мутлақо йўқолишига олиб келган йирингли ёки бошқа асоратлар билан асоратланган бўлса-ю, иккинчи буйрак соғлом қолган тақдирда-ҳомиладорликни тўхтатиш ва нефрэктомия (иккинчи буйракни сақлаб қолиш учун) тавсия этилади (уролог охириги сўзни айтади); иккинчи буйрак соғлом қолган бўлса, нефрэктомиядан кейин 2-4 йил ўтиб ҳомиладорлик ва туғруққа рухсат берилди; б) ҳар икки буйракда бирдай жойлашиб ва АГ ёки гипертоник нефроангиосклероз ва СБЕ билан асоратланиб ХНС кеча бошлаганда, зудликда хомилани олиб ташлаш тавсия қилинади, акс ҳолда ҳомиладорликни ўзи сил интоксикациясини янада кучайишига олиб келади; в) сунъий абортдан кейин сийдик йўллари сили аксарият шиддатлашишади ва шунинг учун, бу тавсияга ўта кам ва чуқур асосга эга бўлган ҳолда бориш керак. Иложи борича силга қарши терапия фониди бундай маслаҳат жуда кам берилса мақсадга мувофиқ бўлади.

Акушер-гинеколог ва фтизиоуролог тактикаси:

1. Ташхис шубҳасизлигини тасдиқлаб бериш ва силга қарши терапия дастурини тузиш ҳамда мунтазам (ҳомиладорлик давригача 8-10 ой давомида шундай даво олинган тақдирда ҳам) тайинлаб бериш; 2. Ҳомилага ва туғилаётган болага сил инфекциясининг ўтишини бартарафлаш муолажа-тадбирларини таъминлаб бериш (чақалоқни 6 ҳафтагача ажратиш ва

сўнг болани БЦЖ билан эмлаш, кўкрак беришдан, фаол НС бўлса, ажратиш).

3. Ҳомиладор беморни туғруқ маслаҳатхонасида ва силга қарши диспансерда кузатилиб ва даволаниб борилишини ташкил этиш ҳамда таъминлаб бериш. 4. Илк ва кейинги ҳомиладорлик босқичларида ХНС билан беморни урологик марказда фаолият олиб борувчи малакали фтизиоурологга жўнатиш ва ушбу мутахассиснинг ҳам кузатувини назорат қилиб туриш. 5. Бундай беморлар бўлган тақдирда, олдиндан туғруқ уйи махсус ихтисослаштирилади ва касаллик кучайганда ёки асорат берганда, шу ерга аёл ётказилади, даволанади ёки мазкур шароитда туғруқ ўтказилади.

Демак, НС билан ҳомиладор аёлга оналик бахтини мушарраф этиш замонавий тиббиётда 100% даражада деярли таъминланган.

#### АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Доривор воситаларни қўллаш бўйича Федераль қўлланма. XVI нашри. А.Г.Чучалин ва В.В. Янесова тахрири остида.-Москва.- 2015.-Б. 536-541
2. Шейхтман М.М. Ҳомиладорларда экстрагенитал патологиялар бўйича қўлланма. Триада Х.- 2008. Б. 373-515.
3. Шабад А.Л., Ходырева Л.А., Игнашин Н.С., Лавринова Л.И. Пуфак-косачали рефлюксни хомилаларда ифодаланиши/оператив нефрология ва урологиянинг долзарб масалалари.-Л.- 1994.-Б. 98-101.
4. Репина М.А., Ветров В.В. Туғруқдан кейинги сепсис ривожиди сийдик йўллариининг инфекцияларини ахамияти// Акуш. ва гин.-1982.-№5. -Б. 7-10.
5. Памфиридов Ю.К., Кичикханов С.Ш. Буйраклар дистопияси ва генитал патология// Акуш. и гинеколог.-1991. №4. -Б. 61.
6. Малетин А.Г., Колесникова Е.В., Малетина Л.И. Сийдик пуфакнинг экстропиясида хомилаларлик ва туғруқлар// Акуш. и гин.-1988.-№9. -Б. 56.
7. Лопаткин Н.А., Шабад А.Л.Аёлларда урологик касалликлар/М.Мед.-1985.-Б.224-229
8. Кремлинг Х., Лутцайер В., Хайнц Р. Гинекологик урология ва нефрология// М., Медицина.-1985. -Б. 132-159.
9. Елисеев О.М., Шейхтман М.М. Ҳомиладорлик. буйраклар, томир ва юрак ка-салликларини аниқлаш ва даволаш//Ростов на Дону, Феникс.-1997.-Б.384-455
10. Грудн В.Д., Шабад А.Л., Шапиро Л.А. Сийдиктаносил тизими силни ташхисоти//Туберкулез мочеполовой системы.-М., -1993. -Б. 242-249.
11. Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М., Козловская Л.В. Буйрак касалликларини аниқлаш ва даволаш -М.: ГЭОТАР-Медиа-2008. -Б.274-384.
12. Мухин Н.А. Нефрология. Миллий қўлланма // Н.А.Мухин тахрири остида. -М.: ГЭОТАР- Медиа.- 2009 -Б. 694-720.
13. Качковский М.А., Мамасалиев Н.С. и др. Ички касалликлар. "Наманган нашриёти".- Наманган.- 2015.- Б. 414-447
14. Гринштейн Ю.И. Гипертонив Энцефалопатия: тарқалиши, ташхиси ва даволаш //Амалиёт шифокорлари учун маърузалар. -Москва. 2013.-Б.272-278.
15. Белобородова Н.В. Сепсис муаммолари: янги ечимлар излаш//Уша ерда.-Б. 396-405. Бун, Николас А. Девидсон бўйича ички касалликлар: Нефрология. Ревматология: Ўқув қўлланмаси. -М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. Б. 236-239.
16. Шилова Е.М. Нефрология: ўқув қўлланмаси / Е.М.Шилова тахрири остида. -М.: ГЭОТАР-Медиа. -2007. -Б. 587-685.
17. La Hanzi D.R., Cook W.A. Urinary calculi in pregnancy. // Obstet. And Gynec., 1980/ -v. 56. -№4. P. 465-469.
18. Chesson R.R., Gallup D.G., Gibbs R.L. Ultrasonographic diagnosis of asymptomatic cholelithiasis in pregnancy. //J. Reprod. Med. -1985. -vol. 30. №12.-P. 921.

Келиб тушган вақти 09.09.2020