

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

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Mamasaliyev Ne'matjon Soliyevich, Alimdjanov Ibrohim Inomovich

**BUYRAK KASALLIKLARI BILAN XOMILADORLARDA TERAPEVTIK VA
AKUSHERLIK AMALIYOTLARINI TASHKIL ETISH XAMDA OLIB BORISH
STANDARTLARI**

O'QUV USLUBIY QO'LLANMA

ANDIJON -2017 YIL

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

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

ADTI o'quv ishlari bo'yicha prorektor

_____ I.I.Alimdjanov

«_____» _____ 2017 yil

№ _____ bayonnoma

«KELISHILDI»

Terapiya fanlari bo'yicha

muammolar xay'ati raisi

_____ R.N.Yuldashev

«_____» _____ 2017 yil

№ _____ bayonnoma

**BUYRAK KASALLIKLARI BILAN XOMILADORLARDA TERAPEVTIK VA
AKUSHERLIK AMALIYOTLARINI TASHKIL ETISH XAMDA OLIB BORISH
STANDARTLARI**

O'QUV USLUBIY QO'LLANMA

ANDIJON -2017 YIL

Tuzuvchi:**Mamasoliev N.S.**

t.f.d., professor, AndDavTI VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası mudiri.,

Alimdjanov I.I.

t.f.d., professor, AndDavTI o'quv ishlari prorektori.,

Sayitjonov L.S.

VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası dotsenti,

Nazirova Z.A.

VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası assistenti,

Usmonov B.U.

VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası assistenti.

Retsenzentlar:**Saloxidinov Z.S.**

t.f.d., ADTI 2-UASHT kafedrası professori.

Mirsaydullaev M.M.
boshlig'i.

t.f.d., RSHTYoIMAF terapiya bo'limi

O'quv-uslubiy qo'llanma ADTIMarkaziy uslubiy xay'atida ko'rib chiqildi
va ma'qullandi.

“_____” _____ 2017 y. Bayonnoma №_____

O'quv-uslubiy qo'llanma ADTI ilmiy kengashi tomonidan tasdiqlandi.
“_____” _____ 2017 y. Bayonnoma №_____

Ilmiy kengash kotibi, dotsent**X.A.Xusanova**

Xomiladorlarda aksariyat uchraydigan glomerulyar kasalliklar va ularning zamonaviy tavsiflari

Terapevtlarning glomerulyar kasalliklar (GK) bilan xomiladorlarni kuzatuvda faol ishtirok etishi xozirgi davrda zaruriyatga aylangan va yana, shu bilan birga, akusher-shifokorlarning xam GK ga qiziqishlari xar davrdagilarga qiyosan keskin oshadi: 86% ga yetib xomiladorlarda ayrim GK lar kelib chiqadilar. Xususan, xomiladorlik davri kasalliklari qatorida quyidagi GK ko`pincha qayd etiladi: piyelonefrit, sistit, glomerulonefrit, siydik-tosh kasalligi, gidronefroz, buyraklar sili, nefroektomiyani boshidan o`tkazgan xomilador ayollar, siydik yo`llarini nuqsonli rivojlanishi, o`tkir buyrak yetishmovchiligi va bizning sharoitda xam qayd qilinmagan bo`lsada, dunyo ko`lamida e'tiborga tusha boshlagan-ko`chirib o`tkazilgan buyraklar bilan xomilador ayollar. Buning asosiy sababi shundan iboratki, gestasiya davrida ayolning siydik ajratish tizimi ancha shiddatlanish bilan faoliyat ko`rsata boshlaydi. Buyraklar organizmdan na faqat onaning metabolizmi maxsulotlarini, balki va yana, xomilanikini xam qo`shib

chiqaradilar: bu jarayon buyraklarning filtrasion xususiyatini kuchayishi bilan davom etadi, shunga qaramasdan kanalchalar reabsorbsiyasi deyarli o'zgarmasdan asli darajasida qoladi.

Epidemiologik zamonaviy vaziyat GK larning ayrim turlariga nisbatan, bir butun xolda, jiddiy va ayniqsa, xomiladorlik davrida, aniq tizimlashtirilgan profilaktik, prognostik, diagnostik, terapevtik va akusherlik strategiyalarni taqazo etadi.

Eslab qolish kerak: 1.O'tkir postinfeksionli glomerulonefrit (O'GF) eng ko'p 5-16 yoshli bolalarda, kamroq 40 yoshdan o'tkanlarda rivojlanadi. Ayollarga qaraganda erkaklar 2 barobarga yetib ko'proq xastalanishadi. 2.Uning rivojida yetakchi rolni (-gemolitik streptokokning A guruxini nefritogenli shtampi bilan chaqirilgan infeksiyadan, vaksinasiyalardan, tizimli qizil volchanka va gemorragik vaskulitlardan keyin kelib chiqadigan gumoral immunitetni buzilishi o'ynaydi. 3.O'GF bilan organizmni sovuq olinishi o'rtasida to'g'ridan to'g'ri aloqadorlik mavjud: uning kelib chiqishi faollashgan yashirin streptokokkli infeksiya oqibati bo'lib kuchayadi. 4.Ma'lum bir xolatlarda kasallik boshqa yuqumli agentlar bilan xam chaqirilishadi: bakteriyalar, viruslar, parazitlar va rikketsiyalar kabilar bilan. 5.Antigen→autoantigen va auotoantitela immun reaksiyasi tufayli koptokchalar uchoqli yoki diffuzli tarzda xastalanishadi: mikroba agentlari koptokchalarning bazal membranalarida joylashishadi va sirkulyasiyalanuvchi antitelalar bilan bog'lanish orqali komplementlarni faollashtiradi. 6.Glomerulonefrit bilan 0,1-0,2% xomiladorlar xastalanishadi, 80-90% xollarda etiologik omili aniqlanadi va surunkali glomerulonefritda (SGF) esa bir-yo'g'i 5-10% xomilador ayollardagina uning sababchisi aniqlanadi xolos, ya'ni 95-90% bemor xomiladorlarda SGF omili ochilmay qoladi. 7.Piyelonefrit xomiladorlarda eng ko'p uchraydigan va qiyosan katta xavf tug'diruvchi kasallik bo'lib xisoblanadi: a)12,2% ga yetib aniqlanadi; b)75% xollarda 40 yoshgacha ayollarda qayd qilinadi va asosan ularda reproduktiv funksiyani chegaralashga olib keladi yoki ushbu xastalik bilan bolalarni tug'ilishiga sababchi bo'ladi; v)o'tkir piyelonefrit barcha GKni 14%ni tashkil etib uchraydi (1/3 qismini yiringli shakllari 64%-tini o'tkir serozli shakli va 36%-tini

o`tkir yiringli piyelonefrit xosil qiladi); g)uning o`tkir turi o`smir va o`rta yosh ayollarda erkaklarga qaraganda 6 barobar ko`p uchraydi. **8.**Sistit ko`pincha piyelonefritga olib keladi yoki u kabi boshqa urologik kasalliklarning birinchi klinik ko`rinishi sifatida kelib chiqadi yoki siydik yo`llarining anatomik o`ziga xos xususiyatlari borligi sabab ayol-xomiladorlar sistit bilan ko`proq xastalanishadi.

9.Siydik toshlari eng ko`p tug`ish yoshida paydo bo`lishadi, 1-3% axolida aniqlanadi va 0,2/-0,8% xomiladorlarda urolitiaz (STK) kuzatiladi.

10.Gidronefroz chastotasi xomiladorlarda aniq qayd qilinib ko`rsatilmagan-u, lekin gidronefrotik buyrakni og`ir asoratlar berishi ahyon-ahyonda uchrab turadi: to`lg`oq yoki tug`ruq paytida gidronefrotik qopni yorilib ketishi ro`y beradi va tug`ruqni normal kechishi, birinchidan izdan chiqadi va, ikkinchidan, “ona-xomila-bola” uchun taxdid tug`iladi.

11.Buyraklar sili xomiladorlarda juda kam uchraydi: a)ayollar erkaklarga qaraganda ko`proq xastalanishadi; b)tuqqan ayollar tug`maganlarga qaraganda ushbu kasalga beriluvchanroq bo`lishadi; v)xomiladorlik davrida u siydik yo`llari infeksiyasining manzarasini beradi va ko`pincha xomiladorlar piyelonefrit “niqobi kiydirilib” kuzatiladi, oydin klinik ko`rinishi ilk bora tug`ruqdan keyin namoyon bo`ladi; g)noma'lum sababga ko`ra (fanda bu narsa ochilmagan) xomiladorlik paytida buyraklarning silga rezistentligi kamayadi; d) o`ng buyrak sili ayollarda erkaklarga qaraganda ko`proq qayd qilinadi: chap va o`ng buyrak sili xomiladormaslarda 1:1 nisbatda, xomiladorlar orasida bo`lsa- 1:1,5 nisbatda uchraydi.

12.Nefroektomiya ayollarda eng ko`p gidronefroz bilan (27,9%), piyelonefrit (20,3%) va STK (11,1%) tufayli, kam darajalarda boshqa kasalliklarda kuzatiladi: buyraklar sili (7,4%), nefroskleroz (5,6%), buyraklar o`smasi (9,3%), renovaskulyar gipertenziya (5,5%), buyraklar exinokokkozi (3,7%) va buyraklar kistasi (1,9%, 7,4% xollarda nefroektomiyaning sababi aniqlanmay qolinadi (Shextman M.M.).

13.Yolg`iz qolgan buyrak bilan xomiladorlarda aksariyat piyelonefrit rivojlanadi, o`ng tomonlama nefroektomiyada oqibat xomiladorlar uchun bir

muncha yaxshiroq bo'ladi (aynan o'ng burak va siydik naylari xomiladorlik paytida o'zgarishlarga ko'proq berilishadi). Nefroektomiyadan so'ng buyrak faoliyati saqlangan bo'lsa xomiladorlik va tug'ruq mumkin.

14. Siydik yo'llari anomaliyasi (SYA) 3 martaga yetib ko'proq 40 yoshdan o'tgan onalardan tug'ilgan bolalarda uchraydi, buraklarni nuqsonli rivojlanishi 12,9-40% jami tug'ma poroklarni tashkil etib uchraydi yoki boshqa tizim va a'zolar tug'ma poroklari orasida birinchi o'rinni egallaydi.

15. SYA xomilador ayollarda quyidagi chastotalar bilan uchraydi (A.YA.Abramyan va b.q., Creizel va M.M.Shextman): siydik pufagi va naychalarning rivojlanishi anomaliyalari-15,2%, buyraklar rivoji anomaliyalari-78,9%, buyrak tomirlari anomaliyasi-5,8%, ikkitalangan buyrak-28,1%, tug'ma bitta buyrak-11,1%, buyraklar gipoplaziyasi-4,1%, tug'ma gidronefroz-9,9%, buyraklar polikistozi-11,1%, buyraklarni solitarli kistasi-2,9%, po'kaksimon buyraklar-2,9%, bitib ketgan buyraklar-4,7% va buyraklar distopiyasi-4,1%. Urologik anomaliyalar orasida eng ko'p chastota bilan xomiladorlarda quyidagilar uchraydi: naylar strikturasi (53,8%) ikkatalangan nay (3,8%), megalouretr (7,7%), pufakli-naycha refleksi (7,7%) va siydik pufagining aplaziyasi, atoniyasi, rivojlanmay qolishi xamda ekstrofiyasi kabi anomaliyalari (26,9%).

16. Xomilador ayollarda o'tkir buyrak yetishmovchiligi (O'BE) eng ko'p 5 ta sababga ko'ra rivojlanadi: og'ir gestoz, turli sababli sepsis, bachadondan qon ketish, yo'ldoshni barvaqt ajralishi va gemotransfuzionli sabablar.

17. Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBE) nefronlar miqdori to 30%-gacha yetib o'lganlarida va koptokchalar filtrasiyasini faqat to 30-40 ml/daqiqagacha yetib kamayganidagina boshlanadi: mochevina, kreatinin va boshqa azot almashinuvi maxsulotlari organizmda ushlanib qolisha boshlashadi va ularning miqdorlari qon zardobida ortadi. Uning asosiy sabablari (xomiladorlarda): surunkali va nimo'tkir glomerulonefrit-40%, surunkali piyelonefrit-32% va bundan tashqari kamroq xollarda: buyraklar polikistozi va amiloidozi, dorili interstisial nefrit, nefrosil, septik endokardit, kollagenozlar, diabetik nefroskleroz, giperkortisizm, gipernefroma, gemolitik kamqonliklar va gemoblastozlar.

18.Transplantirlangan buyraklar bilan ayollarga 1-2 yil o'tib (agar u muvaffaqiyatli chiqqan bo'lsa) xomilador bo'lishlilik ruxsat beriladi: a)murda buyraklari transplantasiyasida yashovchanlik-87% va qarindosh-urug'lardan o'tkazilgan buyraklarida esa -98% (sit. M.M.Shextmandan); b)eng katta xavf shundan iborat bo'ladiki-xomiladorlik transplantatni ajralib ketishini (5,4-11,9% bemorlarda) chaqirishi mumkin. Lekin biz, ko'pchilik tadqiqotchilar fikriga qo'shilishib, bu borada yagona tavsiyamizni bildiramiz: ajralish sindromi bo'ladimi yoki yo'qmi, bari bir transplantirilgan buyraklar bilan yashayotgan ayollarga xomiladorlik man etilishi lozim.

So'ngi yillarda nefrologik amaliyotda yangi terminlar va talqinlar paydo bo'ldi, ular MKB-X da keng "joylarni egallab" axamiyat kasb eta boshlashadi yoxud ularni xam xomiladorlik davrida xisobga olish darkor.

1. Buyraklarni o'tkir zararlanishi (BO`Z).

BO`Z-etilogichsi va patogenezini turlicha bo'lgan buyraklarning ekskretor funksiyasini kamayishi bilan yoki kamaymasdan ifodalanuvchi, orqaga qaytishi mumkin bo'lgan buyraklar parenximasining o'tkir (soatlar, xaftalar) zararlanishidir. Uning uchun xarakterli xolatlar: 48 soat davomida qon zardobidagi kreatinini 0,3 mg/dl (26,5 mkmol/l) va undan ortiqqa oshishi; yoki ilk miqdoridan 1,5 martaga va undan ortiqqa oshishi (agarda ushbu ko'tarilish o'tgan 7 kun davomida bo'lganligiga ishonch xosil qilingan taqdirda); yoki 6 soat davomida siydik xajmini 0,5 ml/kg. soatdan kamayishi.

MKB-X bo'yicha: N17 O'tkir buyrak yetishmovchiligi

O'tkir buyrak yetishmovchiligi (O`BE) zardobdagi kreatinin va ajratilayotgan siydik miqdori bo'yicha 3 ta bosqichga ajratiladi (KDIGO 2011).

1. Bosqichlari (KDIGO klinik tavsiyalari):

Ko`rsatkichlar	1 bosqich	2 bosqich	3 bosqich
-----------------------	------------------	------------------	------------------

Zardob kreatinin	Ilk ko'rsatkichidan 1,5-1,9 martaga yuqori yoki 0,3 mg/dl (26,5 mkmolG`l) va undan yuqori;	2,0-2,9 marta va ortiqqa yetib ilk darajasiga qiyosan oshgan	3,0 martaga ilk ko'rsatkichga qiyosan boshchan yoki 4,0 mgG`dl ga oshgan (353,6 kmol/l) yoki ortiqqa; yoki to'ldiruvchi buyrak terapiyasi boshlangan yoki 18 yoshdan yoshlarda rSKF 35 mlG`dan 1,73 m2 dan pastga tushgan
Ajralayotgan siydik miqdori	0,5 mg/kg. soatdan kam 6-12 soat davomida	0,5 mg/kg. soatdan past 12 soat va undan uzoqroq vaqt davomida	0,3 ml/kg. soatga 24 soat va undan yuqori bo`lib pasaygan yoki anuriya 12 soat va undan ziyod vaqt davomida

Bosqichini aniqlash yuqoridagi 2 ta mezondan bittasini topilishi yetarli bo`ladi.

2. BO`Z shakllari: prerenal; renal, postrenal.
3. Etiologiyasi bo'yicha: gipovolemiya, shok, travma, infeksiyalar, sepsis, rabdomioliz, gemoliz, nefrotoksiklik, obstruksiya, buyrak kasalliklari va b.q. lar bilan chaqirilgan BO`Z.
4. Asoratlari: o`tkir yurak yetishmovchiligi, arterial gipertenziya, o`pka shishi, pnevmoniya, giperkaliyemiya, ensefalopatiya, kamqonlik, DVS-sindrom, qon ketish, ko`pa'zoli yetishmovchilik va b.q.lar.

2. Buyraklarning surunkali kasalligi (BSK)

BSK deb nozologik tashxisning turidan qat'iy nazar uch oy muddatdan ziyod vaqt mobaynida persistirlanib ifodalanib turuvchi xar qanday buyraklar zararlanishining markerlarini bo`lishiga ataladi.

MKB-X bo'yicha N18 kodi bilan ro'yxatga olingan, undan kelib chiqib 2007 yili o`zgartirish kiritilgan: "surunkali buyrak yetishmovchiligi" termini "buyraklar surunkali kasalligi" (BSK) terminiga almashtirilgan.

MKB-X kodlariga BSK bosqichlarini monandliklari (Rossiya milliy tavsiyalari, 2012 y.)

BSK bosqichlari	MKB-X kodlari	MKB-X tavsifi
S 1	N18.1	BSK 1-chi bosqichi, buyraklarni zararlanishi koptokchalarni qon aylanishi (SKF) normal yoki ortgan darajasi bilan (>90 ml/daq)
S 2	N18.2	BSK 2-chi bosqichi, buyraklarni zararlanishi SKF ni yengil kamayishi bilan (60-89 ml/daq)
S 3a S 3b	N18.3	BSK 3-chi bosqichi, buyraklarni zararlanishi o`rtacha darajada SKFni kamayishi bilan (30-59 ml/daq)
S 4	N18.4	BSK 4-chi bosqichi, buyraklarni zararlanishi SKFni kuchli pasayishi bilan (15-29 ml/daq)
S 5	N18.5	BSK 5-chi bosqichi, surunkali uremia, buyraklar kasalliklarining terminal bosqichi (o`rin bosuvchi terapiya xam kiradi (dializ va translantatsiyasi)

Ushbu tavsiyalarni amaliyotda qo`llash uchun quyidagilarni xisobga olish kerak: 1)BSK etiologiyasini ifodalash uchun kasalliklarning muvofiq kodlaridan foydalanish lozim; 2)BSK ning bosqichlariga aniqlik kiritilmagan xollarda N18.9 kodi bilan ko`rsatiladi; 3)Buyraklarning zararlanishi markerlari-xar qanday o`zgarishlar, qaysilarki buyraklar to`qimalaridagi patologik jarayonlar borligi bilan bog`liq bo`ladilar va klinik-laborator tekshiruvlarda aniqlanadilar; 4)BSK mezonlari, “muntazam mezonlari”ni uch oylik chegaralanishini sababi shuki, bu muddatda buyraklarning disfunktsiyalarini o`tkir variantlari odatda sog`lomlashish bilan yakunlanishadi yoki jarayonni xronizasiyalanishiga o`tganligini ko`rsatuvchi kliniko-morfologik alomatlarini paydo bo`lishiga olib keladi.

BSKni tasnifi SKF bo`yicha tasniflanadi va uning bosqichlari quyidagicha stratifikasiyalanadi (Rossiya milliy tavsiyalari, 2012 y.).

Belgilanishi	Buyraklar funktsiyalarini tavsifi	SKF darajasi
S 1	Yuqori va muqobil	90 dan yuqori

S 2	Engil kamaygan	60-89
S 3a	O'rtacha kamaygan	45-59
S 3b	Sezilarli kamaygan	30-44
S 4	Keskin kamaygan	15-29
S 5	Terminal buyrak yetishmovchiligi	15 dan kam

BSK ni xar bir bosqichi albuminuriya/proteinuriya ifodalanishlari darajasiga bog'liq xolda infeksirlanishadi; o'rinbosuvchi buyrak terapiyasi xolatlari uchun esa uning shaklini ko'rsatish lozim-dializ (D) yoki transplantasiya (T). Albuminuriya/proteinuriya gradasiyalari KDIGO (Levey A.S. va xammualif; 2010) tomonidan taklif etilgan tavsiyalar bo'yicha albuminning siydikli ekskresiyasi bosqichlarini e'tiborga olib ajratiladi.

**Albuminuriya/proteinuriyani bosqichlari (milliy tavsiyalar, 2012;
Rossiya nefrologlari ilmiy jamiyati tavsiyalari)**

Bosqichlari	Tavsifi	Chegaralari (albumin, mgG`kreatinin, g)
A 0	Muvofiq	10 dan kam
A 1	Ko'tarilgan	10-29
A 2	Yuqori	30-299
A 3	Juda yuqori	300-1999
A 4	Nefrotik	2000 va undan yuqori

Xisobga olish kerak bo'ladi-ki, doimiy peritoneal dializ yoki doimiy gemodializ bilan davolanuvchi bemorlarda albuminuriya/proteinuriyani indeksasiyalashga zaruriyat o'z-o'zidan yo'qoladi. Va yana bir muxim amaliy tavsiyani e'tiborga olish kerak-ki, BSK ni bo'lishi kardiovaskulyar kasalliklarini rivojlanishi va shiddatlanishuvining muxim xatar omili bo'lib xisoblanadi yoki shunday e'tirof etiladi. Chunonchi, BSK S1-S2 va albuminuriya A 1 bilan mijozlar o'rta xatar guruxiga kiritilishadi. BSK S1-S2 va albuminuriya A2-A3 yoki BSK S3a bilan mijozlar, albuminuriya/proteinuriya darajasi qanday bo'lishiga qaramasdan (uni etiborga olmasdan), yuqori xatar guruxiga kiritiladi. BSK S3b-S5

bilan mijozlar bo'lsa, albuminuriya/proteinuriya darajasiga bog'liq bo'lmagan xolda, o'ta yuqori xavf guruxiga kiritiladi.

3. Glomerulonefritlarni (GN) xalqaro miqyosda qo'llaniladigan tasnifiga tavsifli-chizgilar

GN-gurux kasalliklari bo'lib, buyraklar koptokchalarida ustuvorlik qilib ifodalanuvchi yallig'lanishli o'zgarishlar bilan va ular bilan bog'liq klinik alomatlar (proteinuriya, gematuriya, natriy va tuz retensiyasi, shishlar, arterial gipertenziya, buyraklar funksiyalarini kamayishi, bilan tavsiflanadi.

3.1. MKB-X bo'yicha tasnifi:

1-gurux. Glomerulyarni kasalliklar (N00-N08).

N00 –O'tkir nefritik sindromlar.

N01 –Tez shiddatlanuvchi nefritik sindrom.

N02 –Residivlanuvchi va turg'un gematuriya.

N03 –Surunkali nefritik sindrom.

N04 –Nefrotik sindrom.

N05 –Aniqlanmagan nefritik sindrom.

N06–Izolirlangan proteinuriya morfologik xastalanishga aniqlik kiritilish bilan.

N07 –Irsiy nefropatiya, boshqa rubrikalarda tavsiflanmagan turlari.

N08–Boshqa rubrikada tasniflangan kasalliklardagi glomerulyar zararlanishlar.

- **O'tkir nefritik sindrom (o'tkir glomerulonefrit) –“N00” turlari:**

N01 Tez shiddatlanuvchi nefritik sindrom

N02 Aniqlik kiritilmagan nefritik sindrom

N10 O'tkir tubulointerstisial nefrit

Punksiyali biopsiya natijalari bo'yicha (shunday imkoniyat bo'lganda) O'GF ni 3 ta morfologik turi ajratiladi: -mezengial-proliferativli turi: a)JgC-mezengial

nefrit, b)JgM-mezengial nefrit; v)-membranozli glomerulonefrit;- membranozli – proliferativli glomerulonefrit.

Morfologik tashxis mezonlariga amal qilish imkoniyati bo`lmaganda O`GFni quyidagi klinik shakllarga ajratib tashxisotda foydalanish mumkin:

- monosimptomli shakli (siydik sindromi) -86%;
- kuchli ifodalanib o`tuvchi shakli (keng ko`rinish beruvchi shakli) -6%;
- nefrotik sindrom ustuvorligi shakli -8%.

•**Surunkali glomerulonefrit (SGF)** –davomli (bir yildan ziyod) kasallik, buyraklarni ikki tomonlama immun-vositali diffuz zararlanishi bilan kechadi, renal va ekstrarenal sindrom/simptomlar bilan ifodalanadi, koptokchalarni shiddatlanuvchi sklerozi va surunkali buyrak yetishmovchiligini rivojlanishi bilan davom etadi.

MKB-X bo`yicha 6 ta kod bilan ro`yxatlanadi:

N02 –Residivlanuvchi va turg`un gematuriya.

N03 –Surunkali nefritik sindrom.

N04 –Nefrotik sindrom.

N07 –Irsiy nefropatiya, boshqa rubrikada tasniflanmagan turi.

N11 –Surunkali tubulointerstisial nefrit.

N12–Tubulointerstisial nefrit, o`tkir va surunkaliligi aniqlashtirilmagan turi.

SGF mutloq mezoni bo`lib morfologik tekshiruv natijalari xisoblanadi (buyraklarni punksiyali biopsiyasi), uning yordamida quyidagi asosiy variantlarini tashxislash mumkin bo`ladi:

- Nefrit minimal o`zgarishlar bilan.
- Membranozli .
- Proliferativ-intrakapillyarli.
- Proliferativ-ekstrakapillyarli.
- Membranoz-proliferativli.
- Lobulyarli.
- Fibroplastik.

SGF ni morfologik variantlarini identifikatsiya qilish iloji yoki imkoniyati yo`q bo`lsa, quyidagi asosiy klinik shakllari ajratiladi:

1. Latentli SGF (asosiy siydik sindromi bilan ifodalanadi-kuchsiz proteinuriya, gematuriya, silindruriya). Kasallik boshlanganidan 15-18 yil o`tib surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBE) asorat sifatida rivojlanadi.
2. Nefrotik SGF-(massiv proteinuriya, to 20-50 g/sut; gipoproteinemiya, disproteinemiya, giperxolesterinemiya; anasarka darajasigacha yetib boruvchi shishlar va b.q. lar). Kasallikni kechishi to`lqinsimon yoki faqat avjlanib boruvchi shaklda ifodalanadi, 3-5 yildan so`ng terminal SBE kelib chiqadi.
3. Gipertonik varinatsi-arteril gipertenziyani (AG) siydik sindromi bilan qo`shilishib uchrashi. Oqibati -3-8 yildan keyin SBE.
4. Gematurik glomerulonefrit (Berje kasalligi). Uning asosiy belgilari-doimiy yoki epizodik gematuriya, proteinuriya (1soat/sutkadan oshmagan xolda) o`tkirnefritik sindrom mavjud emasligida, shishlar bo`lmaganda va AG aniqlanmaganda.
5. Aralash shakli-nefrotik va gipertenziv sindromlarni qo`shilishib uchrashi. Oqibati -3-8 yil o`tib SBE kelib chiqadi.

3.2. Glomerulonefritlar kelib chiqishiga ko`ra aksariyat ikkita katta guruxga ajratilishadi:

1. Birlamchi (idiopatik) GN-klinik ko`rinishlari faqat buyraklar patologiyasi bilan chegaralanishadi.
2. Ikkilamchi GN-tizimli kasallikni bir qismi bo`lib ifodalanadi (tizimli qizil volchanka yoki vaskulitning bir qismi bo`lib ko`proq uchraydi).

3.2.1. Birlamchi GNni tasnifi (Shilov YE.M., 2010):

1. Proliferativli shakllari:

- o`tkir diffuzli proliferativli GN;
- ekstrakapillyarli GN –immunli cho`kishlar bilan (antitelli-anti-BMK, immunokompleksli) va kichik immunli;

- mezangioproliferativli GN (MPGN);
- JgA-nefropatiya;
- Mezangio-kapillyarli (membranoproliferativli).

2. Noproliferativli shakllari:

- minimal o`zgarishlar;
- fakal-segmentarli glomeruloskleroz;
- membranozli GN.

GN kechishida qaytalanish va remissiyalar kuzatiladi. Ularni ajratib olishda turli mezonlardan foydalaniladi. Nisbatan ma'qul deb topilgan mezonlar S.I.Ryabov tomonidan ishlab chiqilgan va amaliyotga tavsiya etilgan.

GN larning qaytalanishi va remissiyasini klinik mezonlari (Ryabov S.I., 2000):

1. Qaytalanishi.

- Siydik yolg`iz o`zgarishlarida:
 - Siydikning bir martalik analizlarida proteinuriya va eritrosituriyani 8-10 marta oshishi;
 - Siydik bilan oqsilning sutkalik yo`qotish darajasini 1 g dan ziyodga ortishi;
- Ekstrarenal ko`rinishlarida: -nefrotik sindromni paydo bo`lishi; -ABni keskin va turg`un oshishi -bir martalik siydik analizida proteinuriya va eritrosituriyalarning darajasini 10 barobarga ortishi.

2. Remissiya.

Remissiya alomatlari:

- nefrotik sindromni yo`qolib ketishi, AB ni me'yorlashuvi yoki odatgi raqamlariga yetib pasayishi;
- proteinuriya va eritrosituriyani odatdagi darajasiga qaytishi.

To`liq remissiya belgilari: nefrotik sindrom regressiyasi, sutkalik proteinuriyani to 0,3 g gacha kamayishi, bir martalik siydik porsiyasida eritrosituriya darajasi 8-10 marta yetib kamayadi.

4. Piyelonefritni amaliyot uchun umuman va xomiladorlik davrida xususan tavsiya etilgan tasniflari, tashxisiy mezonlari va ularga sharxlar

Piyelonefrit (PNF) –kosacha-jomini, interstisial to`qimani va buyraklar kanalchalarini ustuvorlikda zararlanishi bilan ifodalanuvchi va keyinroq koptokchalar va buyraklar tomirlarini xam zararlab kechuvchi buyraklarning nospesifik-yuqumli kasalligidir.

4.1. MKB-10 bo`yicha PNF tavsifi:

N10 O`tkir tubulo-interstisial nefrit

N11 Surunkali tubulointerstisial nefrit

N11.0 Noobstruktivli surunkali piyelonefrit, reflyuks bilan bog`langan

N11.1 Surunkali obstruktiv piyelonefrit

N11.8 Boshqa surunkali tubulointerstisial nefritlar

N11.9 Surunkali tubulointerstisial nefrit tabiati ochilmagan

N12Tubulointerstisial nefrit, o`tkir yoki surunkaliligi aniqlashtiril-magan

4.2. Rossiya va MXD ko`lamida keng tarqalgan PNF tasnifi (N.A.Laptev va V.YE.Rodomanu bo`yicha, 1974):

- I. Xastalanish xususiyati bo`yicha –bir tomonlama va ikkitomonlama:
 - a)birlamchi, b)ikkilamchi.
- II. Kasallikni kechishi bo`yicha:
 - 1) O`tkir serozli, yiringli, apostematozli, buyraklar karbunkuli, nekrotik papillit;

2) Surunkali piyelonefrit faol latentli yallig'lanish va remissiya bosqichlarida.

Terapevtik amaliyotda kasallikni kechishi bo'yicha surunkali piyelonefritni (SPN) quyidagi variantlari ajratiladi: residivlanuvchi, latentli, piyelonefritik bujmaygan buyrak.

Rivojlanish sharoitiga (patogenezi) ko'ra yana tafovutlanadi: obstruktiv (ikkilamchi), noobstruktivli (birlamchi) PNF.

Asoratlanishiga qarab: asoratlanmagan va asoratlangan turlari ajratiladi.

Asoratlari bo'yicha: kamqonlik, renal AG, buyraklar absessi, karbunkul, paranefrit, gidronefrit, poddiafragmal abscess, sepsis, peritonit, O`BE bilan o'tuvchi buyraklar so'rg'ichlari nekrozi, BSK.

Buyraklar faoliyatiga ko'ra: buyraklar funksiyasini buzilmay qolishi bilan kechuvchi PN, buyraklar funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi PN; BSK.

5. Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBE)

SBE-xar qanday buyraklar kasalligining shiddatlanishi natijasi bo'lib nefronlarni sekin-asta o'limi oqibatida kelib chiquvchi xolat, gemostatik faoliyatlarni buzilishi, azotemiyani, kamqonlikni, osteopatiyani, AGni, kislota ishkori muvozanatini buzilishi va boshqalar bilan o'tadi/xarakterlanadi.

5.1. MKB-10 bo'yicha tavsifi:

MKB-10:

N18 Surunkali buyrak yetishmovchiligi

N18.0 Buyraklarning zararlanishini terminal bosqichi

N18.8 Surunkali buyrak yetishmovchiligini boshqa ko'rinishlari

N18.9 Anilastirilmagan surunkali buyrak yetishmovchiligi

N19 Buyrak yetishmovchiligini aniqlastirilmagan

5.2. SBE ni ishchi tasnifi

Bosqich	Klinik mezonlari
---------	------------------

I LATENTLI	Shikoyatlar mavjud emas; Diurez me'yorda; O'tkinchi ko'tarilishlar: qondagi qoldiq azotni to 0,62 g/l gacha; qondagi kreatininni 176,8 mkmol/l dan oshmagan xolda Koptokchalar filtratsiyasini keragidan to 50% ga yetib yoni undan kam bo'lmasdan o'zgarishi (45-60 ml/daqqa): Kanalchalar reabsorbtsiyasi: 0,8-99% dan kam. qon elektrolitlari kontsentratsiyasi (natriyni, kaliyni, magniyni, xloridlarni) me'yorda siydikning nisbiy zichligi 1.018 dan oshmaydi qon gemoglobini kontsentratsiyasi 110 g/l dan yuqori
III UREMIK	Uremiyaning klinik sindromlari: astenik, intoksikatsiyali, dispeptik, gemorragik, anemik, metabolik atsidozni, elektrolit buzilishlarni va b.q.larni Turqun izogiposteinuriya (siydikning nisbiy zichligi 1.010 dan oshmaydi). qonda giperazotemiyaning ortishi: qoldiq azot 1,0 g/l dan yuqori; Kreatinin 884,0 mkmol/l dan yuqori; SKF-keragidan 20%-ga yetib kamaygan (30 ml/daqqa); Giponatriemiya, gipokaliemiya, gipokaltsiemiya qonda gemoglobin kontsentratsiyasi 90-100 g/l Qonda gemoglobin kontsentratsiyasi 90-100 g/l
II AZOTEMIK	Klinik simptomlarni paydo bo'lishi: dispepsiya, shilliq qavatlarni quruqshashi, tez charchab qolish va b.q. Poliuriya; Polidipsiya; Giperazotemiya: qoldiq azot -0,6-0,8 g/l darajalarda; Kreatinin -176,9-884,0 mkmol/l. SKF -49-20% ga etib keragidan kamaygan (31-44 ml/da); Giponatriemiya. Siydikning nisbiy zichligini sutka davomida 1.011-1.017 darajalarda tebranib turishi, nikturiyani ustuvorligi. qondagi gemoglobin kontsentratsiyasi 100-110 g/l

Eslatma tarzida: amaliy maqsadlar uchun SBEni bosqichlarini ajratishda qon plazmasidagi kreatinin darajasiga va SKF miqdoriga mo'ljalni qaratish to'la yetarli bo'ladi.

6. Buyraklar amiloidozi (BAZ)

BAZ-kasalliklar guruxi (shakli), ularga umumiy bo'lgan belgi bo'lib a'zolar va to'qimalarda aloxida β -fibrillarli strukturaga ega bo'lgan oqsillarni cho'kib qolishi xisoblanadi.

6.1. MKB-X bo'yicha kodi:

YE 85 buyraklar amiloidozi.

6.2. Immunologik jamiyatning xalqaro soyuzining nomenklatura qo'mitasi bo'yicha buyraklar amiloidozini

TASNIFI (BJSST, 1993):

- 1. AL-amiloidoz-birlamchi**, doimo V-xujayrali o'smalar, miyelom kasalligi va monoklonal gammopatiyalar bilar bog'liq xolda kelib chiqadi.
- 2. AA-amiloidoz-ikkilamchi** amiloidoz surunkali yallig'lanish kasalliklari (osteomiyelit, sil, bronxoektatik kasallik, piyelonefrit, Moxov va b.q.) fonida xamda o'rtayerdengiz isitmasida (davriy kasallikda), Makla-Uelsa sindromida (oilaviy nefropatiya) eshak yemi va karlik bilan), TRAPS-sindromida, o'smalarda va b.q.larda kelib chiqadi.
- 3. ATTR-amiloidoz-irsiy-oilaviy amiloidoz** (oilaviy amiloidli polineyropatiya, kardiopatiya, nefropatiya) va qariyalikdagi tizimli amiloidoz.
- 4. AV2 M-amiloidoz** -rejali gemodializda bo'lgan bemorlar amiloidozi (dializli).

6.3. BAZni klinik tasnifi:

- Tizimli BAZ (tarqoqlashgan).
- Maxalliy BAZ (yurakni zararlash bilan ifodalanuvchi amiloidoz, oshqozon osti bezi orolchalari amiloidozi, terining amiloidli o'smalari,

nazofaringeal xududni va siydik pufagini amiloidli o'smalari, Alsgeymer kasalligi, Kreytifelt-Yakob kasalligi va b.q.).

6.4. Bosqichlari bo'yicha klinik tasnif (Muxin N.A.):

1. Latenti, yoki doklinik bosqichi (amiloidni buyraklarda o'tirishi, lekin siydik analizida o'zgarishlar bo'lmaydi, bosqich 3-5 yil, ba'zida 10-13 yilgacha davom etadi).
2. Proteinurik bosqich (proteinuriya boshlanishida minimal, so'ngra oshadi; mikrogematuriya bo'lishi mumkin, aseptik leykosituriya, eritrositlar cho'kish tezligini ortishi; bosqichning davomiyligi 3-4 yilni, ba'zida 10-13 yil tashkil qiladi).
3. Nefrotik bosqich (nefrotik sindrom-massiv proteinuriya, gipo-va disproteinemiya, dislipidemiya; davomiyligi-to 6 yilgacha).
4. Azotemik bosqich –SBE bosqichi.

Glomerulyar kasalliklarda tashxis qo'yish qoidalari:

1. Qandli diabet 2 tip. Diabetik nefropatiya. Buyraklar surunkali kasalligi S2A2.
2. Surunkali glomerulonefrit. Buyraklar surunkali kasalligi S2A2.
3. Gipertoniya kasalligi, III bosqichi, 2 darajasi. Xatar 4. Gipertenzion nefroskleroz. Buyraklar surunkali kasalligi S3aA1.
4. JgA-nefropatiya. Izolirlangan siydik sindromi. Buyraklar surunkali yetishmovchiligi S1A3.
5. Membranoproliferativli glomerulonefrit. Buyraklar surunkali kasalligi 5D (doimiy gemodializ 27.05.2015 yildan).
6. Qarindosh donordan o'tkazilgan buyraklar allotransplantasiyasi 20.04.2014 yildan. Buyraklar surunkali kasalligi S3aA3T.

.....“Buyraklarni o'tkir zararlanishi” tashxisida asosiy kasallikning ko'rinishlari va nozologik shakllari bayonidan so'ng uning shakli, bosqichlari va asoratlari ko'rsatilib qo'yilishi kerak.

7. Yurak ishemik kasalligi: Q-miokard infarkti, o'tkir bosqich, oldingi-orqangi, to'liq atrioventrikulyar qamal, surunkali yurak yetishmovchiligi IIb (IVFS NYNA bo'yicha). Buyraklarni o'tkir zararlanishi, prerenal shakli, bosqich 2.
8. Qandli diabet, 2 tip, insulinga bog'liq. Diabetik nefropatiya. Buyraklar surunkali kasalligi S2A2. Gipoglikemik koma. Buyraklarni o'tkir zararlanishi, prerenal shakli, 1 bosqich.
9. Buyraklar rivojlanishi anomaliyasi: o'ng buyrak jomchasini qisman ikkitalanishi. Buyraklar surunkali kasalligi S1A0. Buyraklarni o'tkir zararlanishi, renal shakli, kontrast-indusirlangan, 1 bosqich.

..... “Buyraklar surunkali kasalligi” termini tashxisda asosiy buyrak kasalligining ko'rinishlari va nozologik shakli bayonidan keyin ko'rsatilishi kerak.

10. Buyraklar rivojlanishining anomaliyasi: chap buyrakning jomini qisman ikkitalanishi. Buyraklar surunkali kasalligi S1A0.
11. Qandli diabet, 2 tip. Diabetik nefropatiya. Buyraklar surunkali kasalligi S2A2.
12. Gipertoniya kasalligi, III bosqichi, arterial gipertoniyani 2 darajasi. Xatar 3. Gipertenzion nefroskleroz. Buyraklar surunkali yetishmovchiligi S3aA1.
13. Fokal-segmentarli glomeruloskleroz. Nefrotik sindrom. Buyraklar surunkali kasalligi S3aA3.
14. JgA-nefropatiya. Nefrotik sindrom. Buyraklar surunkali kasalligi S1A3.
15. Membranoproliferativli glomerulonefrit. Buyraklar surunkali kasalligi 5D (doimiy gemodializ) 12.08.2015 yildan.

..... Glomerulonefrit tashxisida uning morfologik tipi, faolligi oldinda, keyin esa klinik sindromlari va asoratlari ko'rsatiladilar.

16. O'tkir diffuzli proliferativli poststreptokokkli glomerulonefrit, ekssudativli-proliferativ bosqich. O'tkir nefritik sindrom. Buyraklarni o'tkir zararlanishi, renal shakli, 2 bosqich.
17. JgA-nefropatiya, qaytalanish. Izolirlangan siydik sindromi. Buyraklar surunkali kasalligi S2A3.
18. Mezangiproliferativli glomerulonefrit, qaytalanish. Nefritik sindrom. Buyraklar surunkali kasalligi S2A3.
19. Minimal o'zgarishlar kasalligi, qaytalanish. Nefrotik sindrom. Nefrotik kriz. Buyraklar surunkali kasalligi S1A3.
20. Minimal o'zgarishlar kasalligi, remissiya. Buyraklar surunkali kasalligi S1A2.

.....PN lar tashxisotini shakllantirishda xam deyarli ana shunday yondoshuvlarga amal qilinadi, eng asosiysi-zamonaviy va amaliyot uchun tavsiya qilingan tasnifdan foydalaniladi.

21. Siydik-tosh kasalligi, chap buyrak konkrementi. Ikkala buyraklarning ko'p sonli kistalari. Surunkali latentli piyelonefrit. Simptomatik arterial gipertenziya. Buyraklar surunkali kasalligi S1A0.
22. Prostata bezining yaxshi sifatli giperplaziyasi, II-bosqichi. Surunkali ikkitomonlama residivlanuvchi piyelonefrit, remissiya bosqichi. Buyraklar surunkali kasalligi S2A0.
23. O'ng siydik nayi strikturasi. Surunkali o'ng tomonlama tez-tez residivlanuvchi piyelonefrit, remissiya bosqichi. Buyraklar surunkali kasalligi S4A1.

.....Amiloidozning zamonaviy tasnifi asosiga asosiy fibrillyar oqsil-amiloidning spesifikligi prinsipi solingan. Bu, albatta, tashxisda o'z aksini topishi kerak bo'ladi.

24. Buyraklarni, terini idiopatik amiloidozi. Buyraklar surunkali kasalligi S3aA2.
25. Seronegativli revmatoidli artrit, ASSPQ, tizzatovon bo'g'imlarini ustuvorlik bilan zararlovchi poliartrit, sekinlikda shiddatlanish bilan

kechishi, ikkinchi rentgenologik bosqich, remissiya. NF II-bosqichi. Ikkilamchi amiloidoz, proteinurik bosqich. Buyraklar surunkali kasalligi S4A4.

E'tibor qilish kerak bo'ladi, glomerulyar kasalliklarning tashxisini to'liqliligi, birinchidan, ularning etiologiyasi va rivojlanishi yo'lini ko'rsatib turadi va ikkinchidan, na faqat shoshilinch, balki davomli, rejali patogenetik davolash dasturini ko'zguga solib beradi.

Xomiladorlikni olib borish GKlarning turidan fon kasalliklaridan va xomiladorlardan kelib chiqib, albatta, klinik simptomlarni e'tiborga olib belgilanadi yoki unga oid xulosalar qilinadi.

Ko'chirib o'tkazilgan buyrak bilan ayollarda xomiladorlikni ta'siri, kechishi va tug'ruqni o'tkazish taktikasi

Transplantirilgan buyrak (TrSB) bilan ayolda xomiladorlik bo'lsa, u transplantatni ajralib ketishini chaqiradi, gipertenziyani avjlantiradi va bunday xolatlarda, ayolda ikki xil gurux klinik simptomlar kuchayadi: birinchisi, o'tqazilgan buyrakni ajralishi bilan bog'liq xavfli alomatlar (tan xaroratini ko'tarilishi, diurezni kamayishi, koptokchalar filtrasiyasini kamayishi va buyrak qon oqishini pasayishi, mochevina va kreatinin miqdorini qonda ortishi, proteinuriya, natriy konsentrasiyasini siydikda kamayishi, repogramma va buyraklar ssintigrammalarni yomonlashuvi (M.M.Shextman) va ikkinchidan, siydik yo'llari infeksiyasini bosh ko'tarilishi, gestozni qo'shilishi va bachadon-plasentar tizimni funksiyasini yomonlashuvi ro'y berib, bola tushib ketishi, o'likbola tug'ilishi va xomilani sitomegaloviruslar xamda gepatit viruslari bilan infisirlanishi sodir bo'ladi. Tug'ruq muddatidan oldin boshlanadi va yuqoridagi xavflar avjlanishadi.

Tezkorlik bilan qaror qabul qilinadi: (xomilani olib tashlash zudlik bilan tug'ruqni o'tkazish; (paralel immun mexanizmlarni pasaytirib va bartaraflab turish uchun azatiaprin (150 mg/sut) va prednizolon (12,5-15 mg/sut) berib turiladi

(taxdidli asoratlar berishiga qaramasdan); (epiziotomiya yordami bilan tabiiy yo`llar orqali tug`ruqni o`tkazisha ruxsat beriladi, extiyoj bilan kesarcha kesish amalga oshiriladi (bu, usul maqbulroq); ( Chet ellarda, transplantasiyadan keyin 6 oy o`tib ovulyator va menstrual funksiyani tiklanishi mumkinligi va 1-2 yil o`tib, ayolda buyrak yetishmovchiligi alomatlari yoki ajralishi belgilari bo`lmasa xomiladorlikka ruxsat berishlilik mumkinligi ko`rsatiladi.

Biz, bu boradagi fikrimizni yuqorida bayon etganimizdek bildiramiz, ya'ni xomiladorlik bunday mijozlarga man etiladi yoki xomiladorlik, qaysi muddatda bo`lishidan qat'iy nazar, to`xtatiladi.

Xomiladorlik, surunkali buyrak yetishmovchiligi va tug`ruq jarayoni

SBE, xomiladorlik davrida, 4 gurux tekshiruv usullari va simptomlari xamda sindromlarga ustuvorlik berishi bilan tashxislanadi: 1)Yetakchi klinik sindromlarga, 2)Majburiy tekshiruvlarga, 3)Maxsus tekshiruvlarga, 4)Qo`shimcha tekshiruvlarga.

SBEga xos 9ta sindrom ajratiladi: suv va elektrolit muvozanatini buzilishi, ketoasidoz, AG, anemik sindrom, uremik osteodistrofiya, infeksiyon asoratlar sindromi, kardial sindrom, o`pka sindromi va me'da-ichak traktini zararlanishi sindromi.

Ushbu xos va mos alomatlarini aniqlash xamda tashxislashda 7ta yo`nalishda bajariladigan **majburiy tekshiruvlar** axamiyat kasb etishadi: siydik umumiy analizi, qon umumiy analizi, Zimmiskiy bo`yicha siydikni tekshirish, Reberg sinamasi, qonda kreatinin va mochevina xamda kaliyning miqdorini aniqlash, qonda kalsiy va natriy, xloridalar, magniy, fosfor xamda siydik kislotasini aniqlash, koagulogramma.

Maxsus tekshiruvlarga quyidagilar kiradi: qonda “uremik toksinlar”ning miqdorini aniqlash (insulin, glyukagon, paratgormon, natriyuretik gormon), instrumental tekshiruv usullari, buyraklar UZIsi, qorin bo`shlig`i a'zolari UZIsi, ssintigrafiya, nukli renografiya, exokardiografiya, EKG, nafas a'zolari rentgenografiyasi.

**Qo`shimcha tekshiruvlar** quyidagilardan iborat bo`ladi (ko`rsatma bo`lganda buyuriladi): bakteriuriyaga siydikni tekshirish, Preys-Shkolo'shkova bo`yicha siydikni ekish, kompyuterli tomografiya, buyraklarni punktsion biopsiyasi, tor mutaxassislar maslaxatini olish (urolog, onkolog, okulist va b.q.).

Eslab qolish kerak: 1.Kreatinin va mochevina uremik intoksikatsiyani chaqirishmaydi, “uremik toksin”lar bo`lib organizmda gormonal boshqaruvchi ta'minlovchi barcha polipeptidlar (molekulyar massasi-500-5000 daltonga teng bo`lgan), vitamin V12 , jumladan, qonda kaliy ionining konsentratsiyasini va b.q.larni oshishi kabilar xisoblanishadi. 2.Xar qanday xolatda xam, SBE deyarli taraqqiyotning yakuniy fazasi bo`lib va faoliyatdagi nefronlarni kamayishi ko`plab kasalliklarning buyraklarni ekskretorli va inkretorli gipofunksiyasi sifatidagi oqibati xisoblanadi. Demak, xomiladorlik ushbu jarayonlarni, shubxasiz, og`irlashtiradi va shuning uchun doimo xomiladorlikka ruxsat bermaslik masalasini ko`rish maqsadga muvofiq tavsiyadir. 3.Xomiladorlikda qayd etilgan tekshiruvlarni barchasini xam qo`llash mumkin emas (yuqoriga qarang). Bu SBE ni o`z vaqtida aniqlanmaslikka olib kelib, uning taxdidini ayol, xomila, tug`ruq jarayoni va bolaga oshirishga olib keladi. 4.Istalgan xomiladorlik bo`lsa, xomiladorlikni to`xtatishga mutlaqo qarshilik bo`lgan taqdirda, uni saqlab qolish va tug`ruqqa olib borishning ozgina foiz imkoniyati qidiriladi va foydalaniladi: SBE xavfi darajasidan kelib chiqib shartli tarzda 3 bosqichga ajratiladi: **I bosqichi** –doklinik buyrak (latentli) yetishmovchiligi bosqichi. Uzoq davom etadi, nefronlar o`lmagan-u, lekin noto`liqlik xususiyatiga ega bo`lishadi xomiladorlik sababli SBE kuchayadi va oqibatda bola tashlash va barvaqt tug`ruqni boshlanishi 50%-ga yetib ko`payadi, aksariyat xomila gipotrofiyasi kuzatiladi va perinatal o`lim chastotasi 200% gacha ortadi (aniqroq ifodalanadigan bo`lsa –II xavf darajasi vujudga keladi). 20%-ga yetib tug`ruqdan keyin SBE keskinlashib kuchayadi va og`ir asoratlar kelib chiqishi mumkin.

Kuchli davolash dasturi bilan va doimiy nazoratda, agarda istalgan xomiladorlik bo`lsa tug`ruqni oxiriga davom etdirish mumkin. Istalmagan xomiladorlik bo`lsa, ya'ni oilada farzand bo`lguday bo`lsa uni to`xtatish darkor; (

II bosqichi- kompensirlangan SBE deb ataladi. U 1 yildan uzoq davom etmaydi, xomila, ayol, tug`ruq jarayoni va bola uchun yuqori – III chi xavf guruxini keltirib chiqaradi: tug`ruq mobodo o`tkazilgan taqdirda xam o`tkir buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqarish darajasiga yetib buyraklarning faoliyatini to`liq yo`qolishiga olib keladi. Shuning uchun bunday ayol-xomiladorlarga xomiladorlik man etiladi yoki xomila olib tashlanib xomiladorlik to`xtatiladi (tabiiy yo`l bilan yoki kesarcha kesish usulida); **III –bosqichi-dekompensirlangan SBE** -beomor xayotiga taxdid solib ifodalanuvchi simptomlar paydo bo`ladi: yurak yetishmovchiligi, o`ta yuqori AG, o`pka shishi, miya shishi, uremik perikardit, uremik koma. Bu bosqichga xomiladorlik yetib borgan bo`lsa-darhol to`xtatiladi yoki bu bosqich bilan bemorlarga xomilador bo`lish man etiladi (aslida esa, bunday xolatda xomila olishni o`zi bo`lmaydi).

SBE ni konservativ bosqichida davolash- bemorlar abortdan yoki xomiladorlikning oxirgi bosqichlarida uni to`xtatishdan bosh tortishganida o`tkaziladi:

1. Asosiy kasallikni davolash.

Qator xollarda asosiy kasallikni muqobil terapiyasi buyuriladi, ayniqsa surunkali piyelonefritda, bu bilan SBEning klinik ko`rinishlarini sezilarli darajada kamaytirish mumkin.

2. Rejim.

Sovuqda qolish va jismoniy zo`riqishdan “qochib yashash” kerak, shu sharoiti va maishiy xolati-muqobillashtirilishi darkor.

3. Davoli ozuqalanish

Umuman, SBE da quyidagilar buyuriladi (dramatik xolatlarda xomiladorda va xomilador bo`lmagan bemor ayolda “chegara chizig`i” o`z-o`zidan yo`qoladi, SBE ning 1-chi bosqichida bir oz farq qiladi-quyiga qarang): **a)** kreatinin darajasi to 0,35 mmol/l va mochevinaniki to 16,7 mmol/l gacha bo`lgan taqdirda (SKF~40 ml/daq-oqsilni sutkalik miqdori 50-60 g kuniga) oqsil 40 g ga yetib go`sht, paranda muxsulotlari va tuxum tarkibida kuniga beriladi. Ko`p miqdorda sut va baliq tavsiya qilinmaydi (ularning tarkibida fosfatlar ko`p miqdorda bo`lganligi bois);

b)qon zardobi kreatinini 0,35-0,53 mmol/l, mochevina 16,7-20 mmol/l, SKF 20-30 ml/daq bo`lganda kunlik oqsil 40 grammgacha miqdor bilan chegaralanadi (0,5-0,6 g/kg vaznga). 30-40 g to`liqli oqsil sutkasiga-bu, ijobiy azotiyli muvozanatni ushlab turish uchun zarur bo`lgan oqsilning minimal miqdoridir. Non, bo`tqa, kartoshka va boshqa poliz maxsulotlariga kunlik oqsilning 10 grammi to`g`ri kelishi lozim. Kuchli ifodalangan proteinuriya vaziyatlarida unga monand xolda ozuqadagi oqsil miqdori oshiradi (bitta tuxum-5-6 g oqsil); **v)**ozuqa asosiy tarkibiga uglevodlar, yog`lar va miqdorlangan oqsillar kirishi kerak. Sutkalik kaloriylik -2000-2500 kkal ni tashkil etishi kerak. Xar bir maxsulotni va oqsil miqdorining energetik qimmatiligi maxsus jadvaldan foydalanib xisoblab turiladi; **g)**keng qo`llanish uchun kartofelli va kartofel-tuxumli taomnoma tavsiya etiladi. Yuqori kaloriyali maxsulotlar sifatida asal, shirin mevalar (oqsilga va kaliyga kambag`al bo`lgan), o`simlik yog`lari, cho`chka yog`i-salo (shish va gipertenziya bo`lmaganda) tavsiya qilinadi. Alkogolli nefrit bo`lmagan tqdirda (ko`proq erkaklarga bizning sharoitimizda, xoriждан farqli o`laroq, ta`luqli) alkogol iste'moli man etilmaydi; **d)**kuchli azotemiyali va giperkaliyemiyali og`ir xolatlarda Borst taomnomasidan foydalaniladi. 200g shakar, 200g shirmoy (yoki slivkali qaymoq ma'nosida) va 12 g kartofelli kraxmal o`zaro aralashtiriladi, didga qarab limonli kislota qo`shiladi-aralashmaga suyuq kisel konsistensiyasi xolati ta'minlanadi va u zond orqali oshqozonga kiritiladi.

Xomiladorlik paytidagi taomnoma bir oz SBE bilan ayollarda tafovutlanadi (uning I va II –chi bosqichlari uchungina bu taaluqli): (bolani xisobga olib ayol to 80-100 g ga yetib oqsil sutkasiga olishi kerak; (oqsil faqat o`simlik manbalaridan emas, balki xayvon maxsulotlaridan xam (go`sht, pishloq) olinishi mumkin; (yog`lar va uglevodlar chegaralanmaydi; ( kardiovaskulyar xatarni (lipidlar almashinuvi buzilishini SBE da shiddatlanishi tufayli) oldini olib turish uchun kamoqsilchan taomnoma yarimto`yinmagan yog` kislotalari (o`simlik yog`i, dengiz maxsulotlari, baliq yog`i) bilan boyitilib turiladi, kaloriylilik 2100-2200 kkal/sut dan ortmasligi darkor; (tuzning sutkalik miqdori 5grammdan oshirilmaydi, asidoz va gipernatriyemiya avjlansa-kaliytutuvchi maxsulotlar (o`rik,

yongʻoq, meva sharbatlari) xam taomnomaga qoʻshiladi, buyrakni siydik ajratish faoliyati saqlanib qolayotgan boʻlsa-ichilayotgan suyuqlik miqdori 2 litr/sutkasiga miqdorga yetkazilib oshiriladi (kompotlar, sharbatlar va mineral suvlar xisobidan).

4. Suv muvozanatining buzilishini muvofiqlashtirish

Qabul qilinayotgan suv miqdori sutkalik diurezni 2,5-3 litrga yetib ta'minlab turishi kerak va shunda, koptokchalar filtrasiyasi yaxshilanadi, qoldik maxsulotlar chiqarilishi kuchayadi. Xujayra regidratasiyasi rivojlanganda (qayd qilish, ich ketishi va b.q.) –glyukozaning 5%-li eritmasi, xujayradan tashqi regidratasiyasida boʻlsa-natriy xloridning izotonik eritmasi vena ichiga kiritiladi.

5. Elektrolitlar muvozanatining buzilishlarini muvofiqlashtirish.

Osh tuzini, mijoz-xomilador SBE bilan, agarda unda shish sindromi va AG boʻlmasa, chegaralamasdan qabul qilishi mumkin va 10-15 g/sutkasigacha yetkazilishi mumkin (bunday xavf boʻlsa, yuqorida aytganimizdek 5 g/sutkadan oshirilmaydi!). uzoq vaqt mobaynida tuzni chegaralash degidratasiya gipovolemiyaga va buyraklar faoliyatini yomonlashuviga olib keladi. SBE ning poliurik bosqichida giponatriyemiya va gipokaliyemiya rivojlanishi mumkin.

Aloxida terapevtik amaliyotlarga urgʻu berildi: 1)Natriy xloridning bemor uchun bir sutkada kerakli/zarur miqdori aniq xisoblab chiqilishi darkor. Buning uchun, maxsus formula tavsiya qilingan: bir sutka davomida (soatda) siydik bilan chiqarilgan natriy miqdori $\times 2,54$. Amaliy jixatdan 1 litr chiqarilgan siydikni xisobga olib ozuqagacha 5-6 gramm osh tuzi qoʻshiladi; 2)SBEning poliurik bosqichida kerakli kaliy xlorid miqdori (sutkalik) quyidagi formuladan foydalanib xisoblab chiqariladi: sutka davomida siydik bilan chiqarilgan kaliy miqdori (soatda) $\times 1,191$. Gipokaliyemiyada mevalar (quritilgan oʻrik, bodom yoki pistalar, bananlar, apelsinlar va b.q.), sabzavotlar (kartofel, pomidorlar) va kofe (1 choy qoshiq/sutkasiga) tavsiya etiladi. Zaruriyat boʻlganda-kaliy xlorid ichish uchun 10%-li eritma shaklida buyuriladi (10%-li kaliy xlorid eritmasini 10 ml 13,4 mol kaliyni yoki 524 mg kaliyni tutadi (1 mmol kaliy q39,1 mg); 3)oʻrtacha kuchli giperkalemiyada (6-6,5 mmol/l) kaliy tutuvchi maxsulotlarni berish kamaytiriladi

va ionlashtiruvchi smolalar buyuriladi (rezonium 10 g dan kuniga 3 maxal 100 ml suvga qo`shib). Kuchli ifodalangan giperkaliyemiyada (6,5-7 mmol/l)- glyukoza insulin bilan vena ichiga kiritiladi (8 YED insulin 500 ml 5%-li glyukoza eritmasiga qo`shilib); 4) Keskin giperkaliyemiyada (>7 mmol/l) “kaliyli o`lim” taxdidi paydo bo`ladi (asistoliya, atrioventrikulyar qamal, ekstrasistoliya). Davoga qo`shimcha -10%-li kalsiy glyukonat eritmasi 20-30 ml vena ichiga kiritiladi, samara yetarlicha bo`lmasa –gemodializ buyuriladi.

6. Azotemiya bilan kurashish

- **Oqsili kamaytirilib tayorlangan taomnoma.**

Parxezli taomnomaga ammiak sorbentlari va boshqa toksik vositalarni qo`shib buyurish mumkin. Samaraligi yuqori bo`lganlar qatoriga kiradilar-enterodez, karbolen 5 g dan 100 mg suv bilan kuniga 3 maxal rer os ovqatdan so`ng 2 soat o`tib. Ichish uchun enterosorbentlar keng ko`lamda foydalaniladi-faollashtirilgan ko`mirning turli shakllari (IGI, SKNP-1, SENP-2 suvda 6 soat sutkasiga). Ular najas bilan azotli toksinlar chiqarilishini kuchaytiradi, qon zardobida mochevina konsentrasiyasini kamaytiradi.

- **Ichakni yuvish, ichakli dializ.**

Azotemiyada ichakka bir sutka davomida to 70 g gacha mochevina, 2,9 kreatinin, 2g fosfatlar, 2,5 g siydik kislotasi ajraladi. Shuning uchun xam ichakni yuvish, ichakli dializ samarasi yuqori bo`ladi. Yanganing giperosmolyarli eritmasidan foydalanib forsirlangan boshqariladigan diareya usulini qo`llash mumkin. Bunda 3 soat ichida 7 litr issiq eritma ichiladi (xar 5 daqiqada 1 stakandan). Diareya (ich ketish) 45 daqiqa o`tib boshlanadi va 25 daqiqadan so`ng tugaydi (ichish to`xtatilganidan keyin). Muolaja xaftasiga 2-3 marta takrorlanadi. Xar bir muolajadan so`ng qonda mochevina miqdori 37,6%-ga, kaliy-0,7 mmol/l ga kamayadi, bikarbonatlar darajasi oshadi, kreatinin konsentrasiyasi-kamaymaydi. Davolash kursini davomiyligi -1,5 oydan to 16 oygacha.

- **Me'da lavaji (dializ).**

Mochevina miqdori oshqozon maxsulotida uning qondagi miqdoridan past boʻlgan taqdirda bajariladi. Oshqozonga natriy gidrokarbonatning 2%-li eritmasidan 1 litr kiritiladi, soʻngra shimirilib olinadi (ertalab va kechqurin). 1 muolaja-seansda 3-4 g mochevina olib tashlanadi.

- **Azotemiyaga qarshi vositalar:**

- Xofitol –ampulada 5-10 ml dan chiqariladi, vena ichiga va muskul/mushak orasiga kiritiladi. Davolash kursi -12 ta in'yeksiya.

- Lespenefril -1-2 choy qoshiqdan kuniga 2 maxal ichiladi. Extiyoj va zaruriyat boʻlganda miqdori 2-3 choy qoshiqdan to 6 choy qoshiqqacha kuniga yetkazilib oshiriladi. Quvvatlovchi miqdori $\frac{1}{2}$ -1 choy qoshiq preparat kun aro ichiladi. Preparatni vena ichiga 4 ampuladan kuniga kiritish mumkin.

- **Asidozni muvofiqlashtirish**

Shoshilinch vaziyatlarda –gidrokarbonat natriy (soda) ichishga 3-9 g/sutkasiga miqdorda buyuriladi. 4-8g sutkalik miqdorda natriy sitrat beriladi. Kuchli asidozda natriy gidrokarbonat vena ichiga kiritiladi: 4,2%-li eritmasi 4 ml/kg miqdorda. Eritmani 150 ml dan ortiq (sodani) quyish xavfi, chunki yurak yetishmovchiligini keltirib chiqarishi mumkin. SBE da kalsiyni qonda pasayib ketishi va tirishishni kelib chiqish extimoli yuqori boʻladi, uni oldini olib turish uchun kalsiy glyukonatning 10%-li eritmasi 10 ml vena ichiga kiritiladi.

Koʻpincha kuchli asidozda trisamindan foydalaniladi, u xujayraichki rN ni muvofiqlashtiradi. Buyraklarning chiqaruv faoliyati kuchli buzilganda uni berish mumkin emas.

- **Arterial gipertonyani muvofiqlashtirish.**

Gipertoniya kasalligi bilan bemorlarni davolash prinsipi, buyrak chiqaruv faoliyati va gemodinamika turi xisobga olinib, boʻyicha oʻtkaziladi. Kombinasional antigipertenziv terapiyada asosan samaraga erishiladi (furosemidQAPF ingibitori; saluretiklarQβ-adrenoblokatorlar va b.q.).

- **Anemik sindromi muvofiqlashtirish:**

1. Temir preparatlari bilan davolash-Feropleks 1-2 daraje kuniga 3 maxal ovqatdan so`ng; Ferroseron-2 tabletkadan kuniga 3 maxal; Konferon-2 tabletkadan 3 maxal kuniga va b.q.
2. Davoni kichik miqdoridan (100 mg sutkasiga) boshlash kerak va yaxshi qabul qilinganda miqdori to maksimal miqdorigacha ko`tariladi (300-400 mg/sut). Davolashni davom etishi -2-3 oydan kam bo`lmagan muddatda. Gemoglobin miqdorini 120 g/l ga yetkazilishga erishilganidan so`ng temir preparatlarini qabul qilish yana 1,5-2 oy davomida mijozlar tomonidan davom etdiriladi va keyin quvvatlovchi miqdorga o`tkaziladi.

- **Rekormon bilan davolash**

Rekombinantli eritropoetin (1 ampula 100 ME ni tutadi) faqat teri ostiga kiritiladi. Boshlang`ich miqdori 20 ME/kg 3 maxal xaftasiga. Yetarlicha samara bo`lmaganda in'yeksiyalar soni xar 3-oyda oshirilib boriladi. Maksimal miqdori - 720 YED/kg xaftasiga. Quvvatlovchi miqdori yetgan miqdorning yarmini tashkil qiladi (bunda gematokritni 30-35% ga ortishiga erishilgan bo`ladi) va preparat 1-2 xaftalik tanaffuslar bilan kiritiladi. Eritropoetin bugunda SBE bilan bemorlarda kamqonlikni davolash uchun eng samarali preparat bo`lib xisoblanadi.

Eritrositlar massani quyish faqat kamqonlikning og`ir darajasida o`tkaziladi (gemoglobin <50-60 g/l).

Polivitaminoterapiya. Polivitamin preparatlarini berish maqsadga muvofiq bo`ladi va u muqobil mikroelementlar tarkibi bilan uyg`unlashtirilgan bo`lishliligi mumkin.

7. Uremik osteodistrofiyani davolash

Qonda kalsiy va fosfor miqdorini ta'minlab turish. Kalsiy miqdorini ko`tarish uchun kalsiy karbonat sutkasiga 3g miqdorda (SKF 10-20 ml/daq ga teng bo`lganda) va 5 g/sutkasiga (SKF 10 ml/daq va undan kam bo`lganda) buyuriladi. Fosfatlar miqdorini pasaytirish uchun (qonda) almagel 10 ml dan kuniga 4 maxal buyuriladi (fosfor bilan birlashib erimaydigan va ichakda so`rilmaydigan birikmalar xosil qiladi).

- **Qalqonsimon oldi bezi faolligini so`ndirish.**

Kalsiy preparatlarini qabul qilish (kalsiy karbonat), vitamin D3 (oksidevit) 0,5-1,0 mkg/sut miqdorda (kapsula tarzida) beriladi yoki taxistan 10-20 tomchidan 0,1%-li yog`li eritmasi kuniga 3 maxal, ichish uchun beriladi.

- **Infeksionli asoratlarni davolash**

Nefrotoksik va teratogen ta'siri bo`lmagan antibiotiklardan foydalaniladi (penisillin, oksasillin va eritromisin to`liq miqdor bilan foydalaniladi, ampisillin-yarim miqdorda buyuriladi; kanamisin, monomisin, kolimisin, polimiksin man etiladi; gentamisin va sefalosporinlarga-ilojsizlik xolatlarida murojaat qilinadi; giperkaliyemiya yoki unga xavf bo`lganda, xususan, oligoanuriyada kristalli penisilinni kiritish mumkin emas-kaliyni unda ko`pligi xisobidan). Tetrasiklinlar azotemiya va asidozni oshiradi.

Surunkali buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichida xomilador bemor ayolni davolashning asosiy prinsiplari

Muvaffaqiyat beruvchi omillar bo`lib, SBEning terminal bosqichida, quyidagilar xisoblanadilar: maksimal darajada yumshoqlashtirilgan xarakat rejimi, davoli taomnoma (oqsil to 0,25-0,3 g/kg 20-25 g oqsil sutkasiga) yetib chegaralanadi; o`rnini bosib bo`lmaydigan aminokislotalar buyurilsa maqsadga muvofiq bo`ladi (ayniqsa gistidin va tirozinni). Ushbu taomnoma samarasi unga sorbentlar qo`shilganda yanada oshadi (oksisellyuloza ilk miqdori 40 g va keyin to 100 mg/sutkasigacha oshirilib; kraxmal 35g dan xar kuni 3 hafta davomida; polialdegid "poliakromen" 40-60 g/sut; karbolen 30 g/sut; ko`mirli sorbentlar).

Berilayotgan suyuqlik miqdori sutkalik diurezga qarab belgilanadi (oxirgi bir sutka davomida ajratilgan siydik miqdoriga 300-500 ml qo`shiladi).

SBE ni faol davolash usullari:

1) Konservativ terapiya samara bo`lmaganda buyuriladi; 2) Bu maqsadda gemodializ qo`llaniladi; 3) Gemodializ SBEning terminal bosqichida buyuriladi va uning uchun ko`rsatmalar quyidagilardan iborat bo`ladi: xatarli giperkalemiya (>7 mmol/l), asidoz ($rN < 7,28$), mochevina-50 mmol/l, kreatinin -1400 mkmol/l;

4)Gemodializ SBE da qo'llanilmaydi, chunki xomiladorlikda u juda kuchli ifodalanmagan bo'ladi. Qachon-ki, SBE dan o'tkir buyrak yetishmovchiligi kelib chiqqan vaziyatdagina qo'llaniladi; 5)SBE bilan xomiladorlarda enterosorbsiya usuli xam qo'llanilmaydi.

Umuman, xar bir davolash usuli, xomiladorlik davridagi preparatlarning farmakodinamik va farmakinetik xususiyalaridan qat'iyon kelib chiqib foydalanishliklari darkor (buning-uchun manba –“Dori vositalaridan foydalanish” bo'yicha Federal qo'llanma. XVI nashri.-2015. Moskva). Biz yuqorida bayon etganlarimizda, kritik klinik vaziyatlar (ona xayotini saqlab qolish bosh vazifa bo'lib qolgan paytlar!) ko'pincha ko'zda tutilgan.

Eslab qolish kerak: 1.Medikamentoqli terapiya qon elektrolitlarini majburan nazorati ostida o'tkazilishi kerak. 2.Anabolik gormonlarni qo'llash mumkin emas, magniy sulfat AGni davolash uchun berilmaydi (SBE fonida va gipermagniyemiya xavfi bo'ladi); 3.Dopegit va klofelinlarni saluretiklar bilan birgalikda foydalanish AGni davolashda muqobil taktika xisoblanadi. 4.Yurak glikozidlari umumiy terapevtik miqdoridan 50-70% ga yetib kamaytirilib va extiyotlik choralari ko'rib beriladi (glikozidlar intoksikatsiyasi xavfi ularning chiqarilishi pasayishi xisobiga kuchayadi) yoki kuchli gipokaliyemiya bo'lsa qo'llanilmaydi. 5.Qonni tez-tez quyish xam salbiy ta'sir etadi: qon yaratilishini susaytiradi va shuning uchun u hafta bir marta borishi bilan chegaralanadi. 6.Antikoagulyantlarni qo'llash man etiladi, katta qon ketishlar bo'lsa-kalsiy va vitamin K preparatlardan fibrinoliz ingibitori-aminokapronli kislotadan foydalaniladi (10%-li eritmasi 300 ml vena ichiga tomchilanadi yoki 2 g dan kuniga 4-6 maxal per os buyuriladi). 7.SBE ilk bosqichi bilan bemor ayollar bachadon ichki kontraseptiv vositalari bilan xomiladorlikdan saqlanib yurishliliklari darkor yoki shunda taktika buyuriladi. 8.Davolash va kuzatib borish ishlarining barchasiga mutaxassis-nefrolog jalb qilinadi va uning ishtiroki muntazam ta'minlanadi. 9.SBE remissiya bosqichida, xomiladorlik to'xtatilganidan so'ng UASH ning va vaqti-vaqti bilan, zaruriyatga qarab, nefrolog maslaxati olinib, ayolda doimiy (umrbod) kuzatuvi o'rnatiladi.

O`BEning kelib chiqishi bilan terapevtik va akusherlik taktikasi o`zgaradi:

- ilgari o`tkazilgan O`BE xomilador bo`lish uchun monelik xisoblanmaydi, lekin bu masalani aniq yechish nefrolog va akusher-ginekolog ishtiroki bilan, infivdual xolda xamda albatta buyraklarning funksional xolatini o`rganib turib, xal qilinadi (O`BEni o`tkazilgan muddat 2 yildan o`tgan bo`lishi kerak, buyrak faoliyati buzilishlari mutlaqo aniqlanmasliklari darkor);
- O`BE ning organik shakli kelib chiqquniga qadar reanimasiya bo`limida faol terapiya o`tkazilishi mumkin, so`ng esa, agar diurez tiklanmay turishda davom etsa, xar qanday farmakoterapiya istiqbolsiz deb baxolanadi va bemor-xomilador “sun'iy buyrak” apparati bilan jixozlangan ixtisoslashtirilgan nefrologik bo`limga davolashni davom etdirish uchun o`tkaziladi;
- O`BE bilan bog`liq gemodinamik buzilishlarni turg`unlashtirish uchun 6 yo`nalishda muolaja va davo tadbirlari o`tkaziladi: 1)antibiotikoterapiya fonida (ayniqsa, genital sepsisda) infeksiya o`chog`ini olib tashlash, 2)steroidli gormonlarni qo`llash (gidrokortizon sutkasiga 2 g gacha yetib), 2-3 kun va shok jarayoni bartaraflanganidan so`ng mutlaqo to`xtatiladi; 3)sirkulyasiyalanuvchi qon xajmini oshiruvchi va mikrosirkulyasiyani yaxshilovchi preparatlarni buyurish: poliglyukin, reopoliglyukin, konsentrlangan plazma 1:3 nisbatli eritilgan xolda (to 300-500 ml gacha), 100-200 ml, 20%-li albumin eritmasi, glkoza-novokainli aralashma (10%-li glyukoza eritmasi 250ml 0,25%-li novokain eritmasi 250 ml va 5 YED insulin). Qo`yilayotgan suyulik midori arterial va markaziy venoz bosim ko`rsatkichlaridan kelib chiqib belgilanadi va to 2-3 litrgacha birinchi sutkada yetkaziladi; 4)bir guruxli yangi qonni 200-400 ml miqdorda quyish; 5)yurak dori vositalarini kiritish (0,25 ml 0,05%-li strofantin eritmasini yoki 0,5 ml 0,06%-li korglikon eritmasini 2 marta sutkasiga), antigistamin preparatlarini (2 ml 1%-li dimedrol eritmasi 2-3 marta sutkasiga), narkotiklarni (1 ml 2%-li promedolni 2 marta sutkasiga), 5%-li askorbin kislotasini to 20 ml sutkasiga miqdorda buyurish; 6)4%-li natriy gidrokarbonat eritmasini to 1500-2000 ml gacha yetib quyish (faqat tomir ichi gemolizi belgilari bo`lganda qo`llaniladi!).

Ayrim klinik vaziyatlarda, asosan shifoxonadan tashariga abort sababli, genital sepsis (bakteriyemik va gemolitik shok) bilan bemorlarda O`BE kelib chiqadi (40% bemorlar kasalxonaga uning alomatlari bilan tushishadi-isitmalash to 38-400S gacha, qorin quyi xududlarida og`riq va qindan qonli aralashmani ajralishi va b.q.). Bunda terapevtik va akusherlik taktikasi o`zgacha tashkil etiladi:

1. Xisobga olish kerak bo`ladi-ki, genital sepsis na faqat kriminal abort natijasi, balki shifoxona sharoitida xam xomiladorlikning kechki muddatlarida nozamonaviy sun'iy xomilani to`xtatish usullaridan foydalanish sabab bo`lib kelib chiqadi (natriy xlorid yoki glyukoza eritmalarini intraamniyal kiritish va b.q.).
2. Genital infeksiya o`chog`ini bartaraflash asosiy vazifa bo`lib xisoblanadi, bunda quyidagicha yangi tavsiyalarga amal qilinishi zarur: a)bu maqsadda bachadonni ekstirpasiyasi amaliyoti qilinmaydi (M.M.Shexman); b)faqat bachadonni tozalash (vo'skablivaniye) yo`li bilan chegaralansa yetarli bo`ladi; v) lekin tozalash muolajasidan keyin yoki uning davomida muvofiq antibakterial terapiya olib borilishi kerak. Bu maqsadda quyidagilardan foydalaniladi: penisillin to 10-12 mln. YED sutkasiga, oksasillin yoki ampisillin 3-6 g sutkasiga, sefalosporinlar to 6 g gacha sutkasiga (aminoglikozid nefrotoksik ta'sirga ega bo`lishadi-kanamisin, gentamisin, tobramisin va b.q., 22% gacha yetib O`BEni keltirib chiqaradi; shuning uchun ularni berish man etiladi).
3. Bachadon ekstirpasiyasi (olib tashlash) naylari bilan faqat uning perforasiyasida yoki diffuz yiringli peritonit kelib chiqqanda laparotomiya yo`li bilan amalga oshiriladi.
4. Bemor axvoli o`ta og`irlashgan xolatda qolayotgan bo`lsa, qin ustki bachadon amputasiyasi kolpotomiya qilish bilan (qorin bo`shlig`ini yaxshi drenirlanishi uchun) bajariladi.
5. Kriminal abort sababli kelib chiqan O`BE ning oligoanuriya bosqichida "dramatik kurash" uremiya va sepsisga qaratiladi (bu so`zni qo`llashni to`g`ri deb bilamiz: agarda O`BEni orqaga qaytarish mumkin bo`lsa, na

faqat birinchi tug`ruq bilan yosh qiz xayoti salanib qolinadi, balki 2 yil o`tib u onalik baxtiga xam musharraf bo`lib qolishi mumkin bo`ladi yoki aksincha!!): a)antibakterial terapiya qatorida dasturaviy gemodializ qo`llaniladi (og`ir azotemiyani, giperkaliyemiyani, kislota-ishqor muxitini buzilishlarini qaytaradi va uremik intoksikasiya ko`rinishlarini yo`qotadi); b)ekstrakorporal detoksikasiya akusherlik sepsisi xolatida qo`llaniladi (plazmaferoz, gemofiltrasiya, enterosorbsiyalar): maxsus sorbentlar orqali biologik suyuqliklar (qon, zardob, limfalar) o`tkazilib detoksikasiyalanadi va samara olinadi. Sorbsiya toksik moddalarning kritik konsentrsiyalarini (massasi 500 dan to 1000 daltongacha bo`lgan) bartarafash imkoniyatini beradi, izdan chiqqan energetik jarayonlarni tiklanishi ta'minlanadi, lizosomal fermentlarning negativ ta'sirlari kesiladi va oqibatda xayotiy muxim jamiki ichki a'zolari qaytarib bo`lmas organik o`zgarishlarga kirib qolishdan saqlab qolinadi.

6. Ilgari keng qo`llanilgan Vishnevskiy bo`yicha paranefral novokainli blokada xozirdagi O`BE ning davolash usullaridan chiqarilgan. Sababi-kattalashgan va shishgan buyrak to`qimasiga novokain eritmasini kiritish, bosimni oshirib uning yorilib ketishiga xamda xajmli qon ketishga (buyraklar parenximasidan) olib kelishi mumkin. Uning o`rniga extiyoj bo`lganda glyukoza-novokain aralashmasi qo`llaniladi.
7. Gestozlar fonida deyarli ikkinchi xomilador ayolda atonik bachadon ketishi tug`ruq va tug`ruqdan keyingi davrda kelib chiqadi, O`BE bilan asoratlanadi va bunda qon ketish quyidagiga to`xtatiladi: a) an'anaviy akusherlik prinsiplari qo`llaniladi; b) tezlikda va to`liq tarzda qon yo`qotishni to`ldirish; v) tomir toraytiruvchi vositalarni qo`llash (mezaton yoki noradrenalinni) mumkin emas, ular o`tkir jigar buyrak yetishmovchiligini kuchaytirishadi (chetki qarshilik oshadi, qon aylanishini buzilishi parenximatoz a'zolarida yanada kuchayadi); v) konservativ terapiya cho`zilib ketmasligi kerak, samara bo`lmasa vaqtida

jarroxiya amaliyoti o'tkaziladi (Kesarcha kesish, bachadon ekstirpasiyasi).

8. Og'ir kamqonlik u yoki bu darajada O`BE “xamroxi bo`lib” xavfni oshiradi. Shu bois O`BE kompleks davo dasturida aloxida o`rin qon quyishga ajratiladi: a)O`BE bilan bemor xomiladorlarda buyrakdan tashqariga qonni tozalashning uchta turi qo`llaniladi-almashtirib qon quyish, peritoneal dializ va gemodializ; b)qonni almashtirib quyish quyidagicha bajariladi:
 - u yurak vositalari bilan poliglyukin yoki reopoliglyukinni doimiy tomchilab quyilishi jarayonida xamda bir vaqtda antigistamin preparatlari va narkotiklar qo`llanilib turib bajariladi;
 - AB nazorati ostida (sistolik AB 20 mm sim. ustunidan oshiqqa tushib ketmasligi kerak) 400-600 ml qon bir vaqtda olib tashlanadi;
 - so`ngra bolyus xolida 600-800 ml yangi mos guruxli qon quyiladi;
 - Muolaja 3-4 marta qaytariladi, umumiy quyilgan qon miqdori 2500-3000 ml dan kam bo`lmasligi darkor; quyilgan donorlik qonining xar 500 ml ga xisobidan kalsiy xloridning 10%-li eritmasidan 10 ml quyulib turiladi (limonli natriyni neytrallash uchun);
 - v)peritoneal dializ-diffuz peritonitda qo`llaniladi:
 - boshida, qorin bo`shlig`iga bir sutka davomida (to tiniq eritma olinguncha) uzluksiz 30 litr dializlovchi suyuqlik quyulib va chiqarilib turiladi (oqavali usul);
 - keyin fraksiyali usulga o`tiladi-qorin bo`shlig`iga 10-15 daqiqa davomida 2 litr atrofida dializlovchi suyuqlik kiritiladi va u yerda ushbu suyuqlik 45-90 daqiqaga qoldiriladi, so`ngra chiqarib tashlanadi; muaolaja 1-2 sutka davomida bir necha marotaba takrorlanadi.
9. Umumiy ko`rsatmalar paydo bo`lganda (yuqoriga qarang) gemodializ o'tkaziladi (“sun'iy buyrak” bo`limida). Bu usul na faqat uremiya bilan kurashish uchun, balki bemor xomilador uchun xavfli asoratlarni oldini olish uchun xam qo`llanishliligi kerak. Ayrim klinik vaziyatlarda (gipotenziya, yurak yetishmovchligi) u umumiy xolatni yanada og'irlashtirishi mumkin va shuning uchun uning modifikasiyalashtirilgan

usullariga (mutaxassis-nefrolog maslaxati bilan) xam murojaat qilinadi (masalan, gemodializni venoarterial olib borishni M.M.Shextman, B.D. Verxovskiy va V.L. Chernikov usuli qo'llaniladi).

Siydik yo'llarini rivojlanishi nuqsonlari va xomiladorlik: terapevtik xamda akusherlik amaliyotlari.

SYA, yuqorida ta'kidlanganidek, birinchidan, o'zlari yuqori chastotalar bilan ayollarda uchrab va ikkinchidan, boshqa ikkinchi bir qator kasalliklarni keltirib chiqarib, ular vositasi ila uro-va gemodinamikaning og'ir buzilishlarini keltirib chiqarib xomiladorlik davrida aksariyat xavf tug'dirishadi.

Eslab olish kerak: 1)Bitta buyragi tug'ma yo'q bo'lib tug'ilgan ayol ulg'ayib tug'ish yoshiga yetgan bo'lsa, xomiladorlikka ruxsat berilishi mumkin-u, ammo xomiladorlik davrida ularda siydik yo'llari infeksiyasiga berilishni ko'pligi, perinatal o'limni yuqoriligi va chala chaqaloq tug'ilishi xavflari e'tiborga olinib davolash-profilaktika tadbirlarini o'tkazilishi lozimligi e'tiborga olinishi lozim; 2)buyraklar aplaziyasida xam tug'ruqqa borish murakkabliklar tug'dirmaydi, chunki ushbu embrional buzilishlar oqibati bo'lgan kasallikda (faolligi yo'qolgan organ bo'lsada) xomiladorlik fiziologik kechganda xavfsiz o'tadi. Akusherlik ko'rsatmalar bo'lganda yoki buyraklarni ektopik joylashuvi sabab bo'lib xomila nomaqbul joylashishi natijasida tug'ish imkoniyati bo'lmaganda Kesarcha kesish bajariladi. 3)Buyraklarning o'lchamlarini tug'ma kichrayishi (buyrak gipoplaziyasi) uch xil ifodalanib uchraydi: rudimentarli buyrak (sklerozirlangan va funksional jixatdan rivojlanmay qolgan organ), pakana buyrak (o'lchami kichraygan normal buyrak) va displastik shakldagi pakana buyrak (fibroz to'qimasini ortiqcha kuchli rivojlanishi bilan ifodalanadi). 90% xollarda ushbu xastalik tufayli u yoki bu xavfli asoratlar tufayli (AG, piyelonefrit, surunkali buyrak yetishmovchiligi, o'lik bolani tug'ilishi) nefroektomiya yoki kesarcha kesishga zaruriyat tug'iladi. Ayniqsa uning displastik shakli yomonsifatli AG va kechish bilan kechib taxdidi kuchli bo'ladi. Shuning uchun istalgan xomiladorlik bo'lmagan taqdirda xomiladorlikka ruxsat etilmasa maqsadga muvofiq bo'ladi

deb o'ylaymiz. 4) Ikkilangan buyraklar bilan xomiladorlarda (buyrak xajmi kattalashadi, bitta yoki ikkala buyrak va barcha uning elementlari ikkilangan bo'ladi) sil, gidronefroz, piyelonefrit, siydik-tosh kasalligi kabilar ko'p uchraydilar. Ularni xisobga olib, davolash-profilaktik dasturlarini o'tkazish va dispanserlik nazoratini tashkil qilish-xomiladorlik kechishiga va tug'ruq o'tkazishga ushbu nuqsonning salbiy ta'sirini yo'qotadi. Tug'ruqqa ruxsat berish mumkin (albatta, individual jixatlarni xisobga olgan xolda). 5) Buyraklar distopiyasi-bu, nonormal organli joylashuvi bo'lib, uning bir necha shakllari uchraydi: tozli joylashuvi, yonbosh soxali joylashuvi (podvzdoshno'y), belli joylashuvi, torakal va kesmali joylashuvlari xamda bir yoki ikkitomonlamali distopiyalar farqlanadi. Faqat tozli buyraklar distopiyasida tabiiy yo'llar bilan, xomilani ko'ndalang joylashuvi sodir bo'lishi sababli, tabiiy yo'l bilan tug'ruqni o'tkazishga monelik bo'ladi va bunday xollarda, rejali kesarcha kesish bajariladi.

Gestasion davrda distopirlangan buyraklar oqibati bo'lib qo'shni a'zolar, tomirlar, nerv tolalarini ezilishlari bilan bog'liq yoki gidronefroz, piyelonefrit va nefrolitiaz kabi asoratlanishlar sababli urgent xolatlar kelib chiqishlari mumkin. Ularni doimiy kuzatuv ostida (terapevt, urolog, UASH) xomiladorlik o'tkaziladi.

Aksariyat nefroptoz va buyraklar polikistozi xomilador ayollarda uchraydi. Nefroptoz asosan takroriy xomiladorliklar va tug'ruqlar bilan bog'liq xolda kelib chiqadi (yoki tug'maxam bo'ladi), buyrakni pastga tushishi va ortiqcha patologik siljuvchanligi bilan ifodalanadi, to 15 martaga yetib tug'ish yoshida ko'p qayd qilinadi. U bilan bog'liq buyrak sanchig'i, piyelonefrit, gidronefroz, AG, qon ketish gestoz, bola tashlash xavfi va gipotrofiyali xomila kabi asoratlar kelib chiqadi. Xomila uchun xavfli, tug'ruqni og'irlashtirishi yoki asortali o'tishiga olib kelishi mumkin. Akusherlik taktikasi: kuzatuv o'rnatilib tabiiy yo'llar bilan tug'ruq o'tkaziladi, asoratlanishlar shiddatlanib tug'ruqqa 2-chi va 3-chi xatar darajasi paydo bo'lgan taqdirda kesarcha kesish amalga oshiriladi. Terapevtik taktika: prognostik, profilaktik va terapevtik konservativ amaliyot uzluksiz dispanserlik nazoratini o'rnatish orqali olib boradi. Asoratlar umumqabul qilingan standart yondashuvlar bilan faol davolanadi. Shunday amaliyot olib borilganda 38,5%

xomiladorlarda tug`ruq o`z vaqtida normal o`tadi, 53,8% xollarda kesarcha kesishga murojaat qilinadi va 50% bolalar sog`lom tug`ilishadi.

Buyraklar polikistozi (aksariyat ikkitomonlama va irsiy kelib chiqishga moyil bo`ladi, buyraklar parenximasi bir butunlikda ko`psonli kistalar bilan qoplangan bo`ladi, 500 GK bilan bemorlarning bittasida uchraydi, bir vaqtni o`zida boshqa ichki a'zolar polikistozlari bilan qo`shilishib uchraydi va aksariyat SBE ning terminal bosqichini keltirib chiqaradi) xomiladorlik fonida birinchidan, shiddatlanib kecha boshlaydi va ikkinchidan, deyarli doimo SBEni keltirib chiqaradi yoki uchinchidan, gestoz, kamqonlikni, piyelonefrit bilan asoratlanib ona va xomilaga xavf tug`diradi yoxud tug`ilgan bolaga xam ushbu kasallik irsiy yo`l bilan o`tadi. Boz ustiga xomila bo`lgan taqdirda xam, xomila qornining kattalashib ketishi sabab bo`lib tabiiy tug`ish mumkin bo`lmaydi va kesarcha kesish bilan xomilani to`xtatish zaruriyati bo`ladi. Shu boisdan, avvalo, nuqson avlodga o`tishi mumkinligi nuqtai nazaridan ayolga xomiladorlik bo`lish tavsiya etilmaydi va polikistoz, ikkinchidan, xomiladorlik uchun mone (xar uchala uning bosqichlarida xam-buyraklar polikistozi I bosqichi /kompensirlangan, II bosqichi (subkompensirlangan) va III bosqichi-dekompensirlangan yoki buyraklar faoliyati mutloq buzilib SBE kelib chiqqan bosqichi) yoki mutloq mumkin bo`lmagan xolat deb baxolansa maqsadga muvofiq bo`ladi.

Bundan yolg`izli kistozli xosilalar (tug`ma yoki ortirilgan tabiatli) istisno: xomiladorlik, u yiringlanib asoratlanmagan bo`lsa, aksariyat normal o`tadi. Tug`urq tabiiy yo`llar bilan (asoratsiz kechganda) yoki kesarcha kesish yo`li bilan (asoratlanib xavf tug`dirganda) o`tkaziladi.

Eslab qolish kerak: Siydik pufagi va naylarining barcha nuqsonlari (uretrosele-nay ichki tomonini dappasimon shishib chiqishi, naylar ektopiyasi yoki nerv-mushakli displaziyasi, ikkilangan siydik pufagi, siydik pufagi ekstrofiyasi va divertikuli) urodinamika buzilishlariga, piyelonefrit va gidronefroz xamda buyrak yetishmovchiligini kelib chiqishiga olib keladi. Ular bola tashlash va jinsiy organlarni chiqib/tushib qolish xavfini tug`diradi. Ikkinchidan, ushbu nuqsonlarni xomiladorlik davrida aniqlash qiyin kechadi va bu, davoning salbiy tomonlarini

kuchaytiradi. Sababi, xromosistoskopiya va UZI-tekshiruvdan tashqari (uning xam ma'lumotchanligi juda past), eng asosiy tashxisiy usullar-ekskretorli urografiya, pnevtoretroperitoneum, buyraklarni radioizotopli skanirlashni qo'llash uchun xomiladorlik monelik qiladi.

Terapevtik taktika –kelib chiqqan asoratlarni davolash va xomiladorlikni to'xtatishga tavsiya berishdan iborat bo'ladi (juda kam xollarda, individual tarzda va ikkilamchi asoratlarni bo'lmagan istalgan xomiladorlikka ruxsat bo'lishi mumkin-u, lekin bari-bir xavfni oldini olib turish kerak bo'ladi).

Akusherlik taktikasi –xomilani oldini olish yoki u rivojlanib ulgurgan bo'lsa kesarcha kesish yo'li bilan xomilani to'xtatish yoki tug'ruqni o'tkazishdan iborat bo'ladi.

Maqsadga muvofiq terapevtik va akusherlik amaliyoti: 1.Siydik yo'llari anomaliyasi xomiladorlikkacha bo'lgan davrda aniqlangan bo'lsa, xomiladorlikka ruxsat berilmaydi: muvofiqlashtiruvchi jarroxiya amaliyoti bilan nuqsonlar bartaraflashtirilib, ayol umumiy xolati mutloq sog'lomlashtirilganidan so'ng xomilador bo'lishga va tug'ruqni o'tkazishga ruxsat berish masalasi "terapevt-urolog-akusher-ginekolog" konsiliumi xulosasida xal etiladi. 2. Xomiladorlik ma'lum muddatga ulg'ayib yetish davrida nuqson tashxislangan taqdirda xomiladorlik to'xtatiladi,ko'pincha kesarcha kesishdan foydalaniladi. 3. Asoratli xolat bo'lib, xomiladorlik davridagi nuqson fonida, aniqlangan xar qanday buyrak kasalligida xomila barvaqt, tabiiy tug'ruqqa yetkazilmasdan burun, to'xtatiladi. 4. SYA qin va bachadon tug'ma nuqsonlari (aplaziya, ektopiya, rudimentarli bachadon) bilan qo'shilishib aniqlangan ayollarda xomiladorlikka ruxsat berilmaydi.

Mu'ayan klinik vaziyatlarda, tug'ish yoshidagi ayollarda buyrak tomirlarining tug'ma nuqsonlariga (qo'shimcha, ikkitalangan yoki ko'psonli buyrak arteriyalari, noan'aviy yo'nalgan arteriyalar, qo'shimcha yoki atipik yo'nalgan venalar, buyraklar arteriyalari stenozi-fibromuskulyar giperplaziya xisobiga) duch kelinadi. Ular angiografiya, aortografiya yordamida tashxislanadi (xomiladorlik davrida man etiladi). Xomiladorlik davrida esa-ushbu nuqsonlar

klirik manzarasiga va UZI-tekshiruv xamda rentgenologik tekshiruvga asoslanib aniqlaniladi. Ularning barchasi xomilani nomaqbul rivojlanishi, tug`ruqni xavfli o`tishi, xomilador ayolga taxdid soluvchi asoratlarni keltirib chiqaruvchi uchta negativ omilga sabab bo`lishadi: 1) naylar ezilib urokinamikani buzilishi, urokinamikani buzilishi va gidronefroz, urolitiaz, piyelonefrit va nefrogen gipertenziyani shakllanishi; 2) renin-angiotenzin tizimni faollashuvini chaqirishadi; 3) og`ir gestozni rivojlanishi, bola tashlash xavfi, o`lik bola tug`ilishi yoki erta bola tashlash xolatlari.

Terapevtik taktika bunday xolatlarda ushbu xastaliklarni barvaqt aniqlash va bartaraflashga tavsiya berishdan xamda xomiladorlikni to`xtatish masalasini zudlikda qo`yishdan iborat bo`ladi.

Akusherlik taktikasi yagona bitta yo`lni tanlashdan iborat bo`ladi: xomiladorlikni to`xtatish va renovaskulyar gipertenziyani jarroxiya yo`li bilan davolash masalasini xal qilish. Nuqsonlar jarroxiya yo`li bilan bartaraflanganlaridan keyin (rezeksiya yoki buyrak arteriyalari plastikasi) xomiladorlikka ruxsat beriladi yoki bundan keyin xomiladorlik kechishi va tug`ruqlar normal o`tadi (sababi AG ni mutloq bartaraflanganligi bo`ladi).

Nefrosil, nefrourolitiaz va gidronefroz bilan xomiladorlik va tug`ruqni olib borishda terapevtik xamda akusherlik amaliyotlari

Oldinda keltirilgan statistik ma'lumotlardan ko`ringan ediki, buyraklarning sili nefrosit kasalligi xomilador emas axolida ancha ko`p uchrashi (chastotasi bo`yicha PN va STK dan keyin uchinchi o`rinni egallab) bilan xarakterlanadi. Xomiladorlarda juda kam sur'at bilan uchraydi-yu, lekin bir qator xususiyatlari bilan ayolga, xomilaga, tug`ruq jarayoniga va chaqaloqqa taxdid soladi.

Eng avvalo uning xavfi shundaki, kech aniqlanadi, birlamchi kompleks xosil bo`lish davridayoq buyrak zararlanishi ro`y bersa-da, ushbu sil o`chog`i uzoq vaqt mobaynida "yashirinib" ko`rinish bermaydi. Yillar o`tibgina u faollashadi va belgilarini ko`rsatadi. Ikkinchi tomondan, deyarli barcha ekstragenital patologiya bo`yicha mutaxassislarning tasdiqlashicha (M.M.Shextman, A.V.Ayvazyan, F.Arias, A.I.Gojenko, V.D.Grund, E.M. Degtyareva, Weil F.S. va b.q.), boshqa

a'zolarida yoki o'pkada rivojlanib ulgurgan sil infeksiyasi eng kamida 5-15 yil vaqt o'tkanidan keyingina buyraklarga tushadi, asosan gematogen, kamroq-limfogen, yuqoriga ko'tarilish (siydik yo'llaridan) va kontaktli yo'llar bilan.

Bundan tashqari, ushbu sil infeksiyasi, buyrakda o'rnatilib tobora xavfli asoratlarni (ba'zida buyrakning tiklab bo'lmas strukturaviy o'zgarishlari kelib chiqadi) berib borishda davom etayotgan bir paytda, boshqa kasalliklarni ta'surotlatib ifodalanadi (piyelonefrit va b.q.) yoki kamsimptomli kechish bilan o'tadi.

Nefrosil siydik oqimini to'suvchi va urokinamikali buzilishiga olib keluvchi omillar (urolitiaz, nefroptoz, SYA, jinsiy a'zolar patologiyasi) sabab bo'lib rivojlanadi. Xuddi shunday nomaqbul omil sifatida xomiladorlik xam rol o'ynaydi: xomiladorlik nefrosilni faollashtiradi va ilk bora xomiladorlik davrida uning simptomlari kelib chiqadi yoki tug'ruqdan keyingi ilk davrda xam sil uchog'i birinchi bor ko'rinish berib kuchayadi. Buning bitta sababi, oldinroq aytib o'tkanimizdek, tasdiqlanadi: xomiladorlik buyraklarning rezistentligini silga nisbatan pasaytiradi.

Eslab qolish kerak: 1.Silga nisbatan epidanamnez ma'lumotlari xar bir xomiladorlik davrida ko'p uchraydigan buyrak kasalliklarida yoki SYA da sinchkovlik bilan baxolanishi kerak. Bu barvaqt tashxis uchun ahamiyatli bo'ladi. 2.Nefrosil xomiladorlik davrida ko'pincha nospesifik simptomlar bilan ifodalanadi va ayniqsa, aksariyat piyelonefrit kabi timsollanadi. 3.Nefrosil uchun 100% kafolatli xos simptom bo'lmaydi, ilk boshlanishida, xattoki, umuman asimptomli kechish unga xos bo'ladi va tasodifan tekshiruvlar davomida u topilib qolinadi (shuning uchun xomiladorlik davridagi kompleks tekshiruvlarni albatta o'tkazish va baxolash kerak bo'ladi). 4.Nefrosilni klinik ko'rinishlarini ikki guruxga ajratish mumkin: 1)sil intoksikatsiyasini umumiy simptomlari (sababsiz silla qurishi, quvvatsizlik, bosh og'rig'i, tez charchab qolish, mexnat faoliyatini chegaralanishi, ishtaxaning yomonlashuvi); 2)maxalliy simptomlari (bel bo'g'i og'riqlari, dizuriya, piuriya, gelituriya; piyelonefritdan farqlantiruvchi alomatlari-bakteriyaurosiz leykosituriya yoki siydikda yiring bo'lishi; siydik reaksiyasini-

kislotaliligi piyelonefritda-ishqoriy bo`ladi; siyishini tezlashuvi asosan shunda bo`ladi; buyrak sanchig`i xech qachon bo`lmaydi va og`riqlar tizza-tirsak majburiy vaziyatida ko`pincha to`xtaydi; 5.Nefrosilda 20% xollarda subfebrilli isitmalash bo`ladi va umumiy xolat ko`pincha sezilarli o`zgarmay qoladi. Xomiladorlik davridagi nefrosilni (XNS) yana bir xususiyati-yuqori isitma va umumiy xolatni o`ta og`ir darajaga yetib og`irlashishi yolg`iz buyrak silida, silli piyelonefroзда va ikki tomonlama buyrak silida kuzatiladi. 6. Gematuriyanı tashxisiy qimmatı ko`proq bo`ladi, kasallik asosan xomiladorlikning ikkinchi-va uchinchi trimestrida shikoyatlarni keltirib chiqaradi va palpasiyada-buyraklarning xajmini kattalashuvi aniqlanadi (faqat xomiladorlikni boshlang`ich bosqichida xolos, keyin kattalashgan xomilali bachadon bunga to`siqlik qilib imkon bermaydi).

XNS ga yakuniy tashxis sil mikobakteriyasini aniqlashga, siydik pufagini sistoskopiya va rentgenologik tekshiruvlarda topilga xos o`zgarishlariga asoslanadi. Buning uchun siydik cho`kmasi Silyu-Nilsen bo`yicha bo`yaladi, flotasiya usulidan dastavval foydalanilib so`ng bakterioskopiya qilinadi. Yoki siydik maxsus ozuqali muxitlarga (Levenfishu bo`yicha kartofelli-tuxumli yoki qonli muxitga Preys-Shkolnikov bo`yicha) ekilib sil tayoqchasi aniqlanadi: a)Ijobiy natija 60%-ga yetadi; b)javob 1-2 oy o`tib (Levenfish muxitiga ekilganda) yoki 2-4 xaftadan keyin (Preys-Shkolnikov usulida) olinadi.

Bundan tashqari XNS tashxisida biologik sinamalar (dengiz cho`chqasiga siydik cho`kmasi emlanadi) xarakterli bo`ladi, proteinuriya (1 g/l dan oshmaydi), siydikda ko`p miqdorda “faol” leykositlarni yoki Shterngeymer-Malbin xujayralarini paydo bo`lishi va yana-eritrosituriya piuriyasiz yoki piuriya va gematuriyanı boshqa tashxisiy mezonlarga qo`shilishib uchrashi muxim tashxisiy qimmatga ega bo`lishadi.

XNS uchun zamonaviy yana bir xos narsa shuki, ximioterapiya amaliyotiga ortiqcha keng ko`lamda kirib kelgani sabab bo`lib uning “aseptik piuriya”li shakli (siydikda nospesifik flora bo`lmaydi-yu, yiring bo`ladi) xam uchray boshladi. Yoxud unga tashxis qo`yishda exografiyani (kasallikni bosqichi va shaklini tafovutlab beradi) UZI ni (kaverna va uning tarkibini ko`rsatib beradi)

xromosistoskopiyanı (zararlangan tomonda naylar orqali indigokarminli chiqishi yo`qoladi yoki kechikadi), tuberkulinli-immunokimyoviy sinamani (siydikda faol yallig`lanishni markerlari aniqlanadi, siydikda albumin klirensi va immunoglobulin G oshadi) va tuberkulinli-farmakoindigokarminli sinamani (laziks tuberkulin berilguncha va berilgandan keyin vena ichiga kiritilib poliuriya chaqiriladi va poliuriya fonida siydik orqali indigokarminning ekskresiyalanishi aniqlanadi) yoki lizosimuriyani roli (siydikda lizosim konsentrasiyasi tuberkulinni kiritishdan oldin va so`ng aniqlanadi, lizosim ekskresiyalanishini 2 barobarga yetib ortishi XNS uchun xos bo`ladi) ortti.

XNS da terapevt taktikasi: 1.XNS faol davolanmasa, xomilani o`lishi, barvaqt tug`ruqni kelishi bola tashlash, toksikozlar, tug`ruq jarayonini ojizlanishi, xomilani sil bilan; infisirlanishi yoki gipertenziyani va buyrak yetishmovchiligining kuchayishi oqibati bo`lib zararlangan buyraklarni bujmayishi kelib chiqadi. Shuning uchun antibakterial terapiya (unga ikkilamchi yallig`lanish kasalliklari asorat sifatida qo`shilganida, masalan, sistit yoki piyelonefrit va b.q. da) buyuriladi va ftiziatr bilan kelishib faol silga qarshi dori vositalari qo`llaniladi: tubazid-5-6 mg/kg tana vazni xisobiga, etambutol-0,8-1,2 g sutkasiga va xomiladorlikning 2-chi trimestridan boshlab-benemisin 0,4-0,6 g sutkasiga (streptomisin, kanamisinlar teratogen va nefrotoksik ta`sirlari kuchli bo`lganliklari uchun buyurmaydi). 2.Tug`ishga ruxsat beriladi va bu jarayonni bevosita “urolog, akusher-ginekolog, UASH” doirasi ichida kuzatib boradi: a) NS bitta buyrakda joylashib va uning faoliyatini mutlaqo yo`qolishiga olib kelgan yiringli yoki boshqa asoratlarni bilan asoratlangan bo`lsa-yu, ikkinchi buyrak sog`lom qolgan taqdirda-xomiladorlikni to`xtatish va nefrektomiya (ikkinchi buyrakni saqlab qolish uchun) tavsiya etiladi (urolog oxirgi so`zni aytadi); ikkinchi buyrak sog`lom qolgan bo`lsa, nefrektomiyadan keyin 2-4 yil o`tib xomiladorlik va tug`ruqqa ruxsat beriladi; b)xar ikki buyrakda birday joylashib va AG yoki gipertonik nefroangioskleroz va SBE bilan asoratlanib XNS kecha boshlaganda, zudlikda xomilani olib tashlash tavsiya qilinadi, aks xolda xomiladorlikni o`zi sil intoksikatsiyasini yanada kuchayishiga olib keladi; v) sun'iy abortdan keyin siydik

yo'llari sili aksariyat shiddatlashishadi va shuning uchun, bu tavsiyaga o'ta kam va chuqur asosga ega bo'lgan xolda borish kerak. Iloji boricha silga qarshi terapiya fonida bunday maslaxat juda kam berilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

Akusher-ginekolog va ftiziurolog taktikasi:

1.Tashxis shubxasizligini tasdiqlab berish va silga qarshi terapiya dasturini tuzish xamda muntazam (xomiladorlik davrigacha 8-10 oy davomida shunday davolangan taqdirda xam) tayinlab berish; 2.Xomilaga va tug'ilayotgan bolaga sil infeksiyasining o'tishini bartaraflash muolaja-tadbirlarini ta'minlab berish (chaqaloqni 6 xaftagacha ajratish va so'ng bolani BSJ bilan emlash, ko'krak berishdan, faol NS bo'lsa, ajratish). 3.Xomilador bemorni tug'ruq maslaxatxonasida va silga qarshi dispanserda kuzatilib va davolanib borilishini tashkil etish xamda ta'minlab berish. 4.Ilk va keyingi xomiladorlik bosqichlarida XNS bilan bemorni urologik markazda faoliyat olib boruvchi malakali ftiziurologga jo'natish va ushbu mutaxassisning xam xam kuzatuvini nazorat qilib turish. 5. Bunday bemorlar bo'lgan taqdirda, oldindan tug'ruq uyi maxsus ixtisoslashtiriladi va kasallik kuchayganda yoki asorat berganda, shu yerga ayol yotkaziladi, davolanadi yoki mazkur sharoitda tug'ruq o'tkaziladi.

Demak, NS bilan xomilador ayolga onalik baxtini musharraf etish zamonaviy tibbiyotda 100% darajada deyarli ta'minlangan.

Urologik kasalliklar orasida xomilador uchun xavf soladigan xastaliklardan yana biri, bu –nephrouretrolitiaz-siydik-tosh kasalligidir (STK).

STK xomiladorlik davrida kelib chimaydi, lekin ilgaridan mavjud bo'lsa, tosh xajmining o'sishi tezlashadi yoki xomiladorlik tufayli yuz bergan siydik yo'llarining fiziologik o'zgarishlari toshni kattalashtiradi va siydik yo'llariga infeksiya tushib qolishini osonlashtiradi. Siydikda kolloidlar bo'ladi va ular xomiladorlik boshlanishi bilan xomila ancha o'ssa, shunga muvofiq bo'lib shuncha qo'payggandan-ko'payib boradi. Buning natijasida, siydikning kolloidal faolligi kuchayadi va buning evazi-tosh xosil bo'lishiga xomiladorlik davrida ximoyalovchi kolloidlar tomonidan yo'l qo'yilmaydi: nechta xomiladorlik bo'lsa

shuncha STK kamayib boradi yoki xomiladorlik jarayoni ushbu xastalikning bevosita xatar omili emas. Xar qalay ko'pchilik ilmiy manbalar va amaliy kuzatuvlar ana shunday xulosani berishgan.

Bu yerda ikkinchi bir narsani e'tiborga olish kerak. STKni oldingi xomiladorlik davrida bo'lib o'tgan siydik yo'llari infeksiyasi (piyelonefrit) bilan aloqadorligi so'zsiz bo'ladi va uning klinik alomatlari yashirin yoki sust ifodalanayotgan bo'lsa, xomiladorlik tufayli yaqqollashish va jadallashish tusiga kirib boradi (boisi-tosh kattalashadi, siydik yo'llarining nerv-mushak tonusi sustlashadi). Xomilador ayollarda tosh xosil bo'lishiga-modda almashinuvini buzilishlari emas, balki infeksiya yoki infeksiyon buyrak kasalliklari asosan xissa qo'shishadi va shuning uchun xam ko'proq siydikdagi mochevinani parchalovchi bakteriyalar ila chairiladigan fosfatli toshlar xosil bo'ladi.

Ko'pchilik klinik vaziyatlarda STK xomiladorlarda ajralib o'ziga xos namoyon bo'ladi. Bu xosliklarga quyidagilarni kiritish mumkin: asosan buyrak va naylar toshlari buyrak sanchig'i xurujini beradi yoki shifoxonaga tushishga olib keladi, tug'ruqqa yaqin qolinganda to'lg'oq bu xurujga o'xshab ifodalanishi mumkin yoki to'lg'oni o'zi STK xurujini chaqirishi mumkin bo'ladi, gematuriya 90% STK bilan xomilador ayolda kuzatiladi yoki goxida gematuriya tosh mavjudligini ko'rsatuvchi yagona alomat bo'lib ifodalanadi, ya'ni STK ning boshqa xech qanday ko'rinishi kuzatilmaydi; aksariyat xurujdan keyin tosh o'z-o'zidan tushib ketadi, yoxud ayrim xomiladorlarda STK xech qanday simptomlarsiz o'tadi, shikoyatlar bo'lmaydi va faqat, jismoniy zo'rqishdan so'ng ularda mikrogematuriya paydo bo'ladi (toshni tasodifan rentgenologik tekshiruvda topiladi); siydik pufagi toshi ayollarda juda kam uchraydi (ularda uretrani qisqa va keng bo'lishi ularni siyish paytida tushib ketishiga olib keladi).

STKni an'anaviy klinik manzarasi umuman quyidagicha namoyon bo'ladi: buyrak sanchig'iQgematuriyaQpiuriyaQsiydik bilan toshni tushishi. Og'riq kuchli ifodalanadi-ki xomilador ayol "o'ziga joy topa olmay" to'lg'onadi (chunki siydik dimlanadi, nay yoki buyraklardagi toshlar bilan jomchalar qitiqlanib); bel soxasida xurujsimon bo'ladi, katta jinsiy lablarga irradiasiyalanadi (tosh naychani quyida

joylashganida) yoki og`riq siyish oxirida qobug` soxasida joylashadi (nayni intramural xududa tosh bo`lganda), siydik tomchilanib tushadi yoki umuman tushmaydi, goxida og`riq soncha, chov soxasiga va tashqi jinsiy a'zolarga irradiyasiyalanadi (tosh siydik traktini yuqori xududlarida joylashganda), ba'zida bel og`rig`i bo`g`iq-nimtik bo`ladi (jomcha toshlarida). Bundan tashqari, xuruj davomida bezgak, isitmani ko`tarilishi, ko`ngil aynishi va qayd qilishi, qorinni dam bo`lishi, siyishga ko`p moyillik va siydikni og`rili bo`lishi, Pasternaskiyni ijobiy simptomi kabilar aniqlanadi.

Tashxis ushbu klinik-ko`rinish va anamnezga xamda sitstoskopiya (tosh va “uning yurishi”, “tug`ilayotganligi” topiladi), exografiyaga (toshlar 1,5 mm-0,5 sm ga teng bo`lganlar) va laborator tekshiruvlarga asoslanib qo`yiladi. Rentgenologik tekshiruv xomiladorlik paytida mumkin emas. Siydik analiziga qarab STKni taxmin qilish va xatto-ki tosh turini aytib berish mumkin: a) promens mirabilis siydik ekuvchi aniqlansa-bu, ammoniyli va fosfatli tosh belgisi, giperkalsiuriya (sutkalik siydikda kalsiyni 0,25 g/kunigadan ko`p bo`lishi-kalsiy okalatli toshli tashxisga asos bo`ladi, giperurikemiya (sutkalik siydikda siydik kislotasining miqdorini 0,8 g dan ortiq bo`lishi)-siydik kislotasidan xosil bo`lgan tosh, giperkalsiyemiya-giperparatireoz belgisi va giprexloremiya-buyrak kanalchalari asidozini belgisi.

STK da terapevt taktikasi: 1.Ayol ilgari mavjud bo`lgan STK bilan xomiladorlikka kelgan bo`lsa, e'tiborga olishi va shunga monand profilaktik, tashxisiy va davolash jarayonini ta'minlab berishi kerak bo`ladi-ki, sanchiq Xuruji xavfi eng yuqori xomiladorlikning birinchi 4oyda va oxirgi 4 xaftasida bo`ladi. 2.Sanchiqni takrorlanishlari va septik isitma aborotga olib keladi, xurujlararo davrda asorat sifatida rivojlangan piyelonefrit qo`zg`olib ifodalanadi yoki asorat berib taxdid soladi.Ushbularga “to`siq” -mo`ljalli va bexavf farmakoterapiya dasturlari muntazam amalga oshiriladi. 2.Tug`ruqqa yaqinlashish sari toshni o`z-o`zidan tushib ketishi extimoli deyarli yo`qolib boradi va tug`ruqdan bo`shanish bilanoq, nay ezilishini yo`qolishi va uning tonusini yana qaytadan tiklanishi sabab bo`lib-qo`qqisdan tosh tushishlar epizodlari ko`payadi. Bunga mos antibakterial va

patogenetik terapiya yoki profilaktik muolajalar mutaxassis-urolog xulosasiga tayanib tashkil etiladi.

3.STK tufayli ilgarigi piyelonefrit og'irlashib kechishi tusiga o'tishi mumkin, toshli ikkilamchi piyelonefrit og'ir asoratlarini keltirib chiqarishi taxdidini xisobga olib xomiladorlik davrida yoki tug'ruqdan keyinoq jarroxiya amaliyoti tavsiya etiladi (kech qolish fojiaiy xolatlarni keltirib chiqarishi mumkin).

4.Xomiladorlik STK da man etilmaydi, kalkulezli piyelonefrit nefropatiya (15% xollarda kelib chiqishi mumkin) yoki boshqa infeksiyonli jarayonlar bilan asoratlansa chala bola tug'ish xavfi yoki perinatal o'lim xavfi keskin oshadi. Shuning uchun, bu xolatda buyrak yetishmovchiligi unga qo'shilgan taqdirda ayniqsa, yoki xomiladorlikning ikkinchi yarmiga og'ir gestoz qo'shilganda xam xomiladorlikni to'xtatish masalasi tavsiya etiladi.

Akusher-ginekolog va urolog taktikasi: **1.**STK asoratsiz kechganda ayollar maslaxatxonasi sharoitida terapevt va urolog maslaxatlariga yetakchi urg'u berilib kuztiladi va to tug'ruqgacha davolab beriladi. **2.**Asoratlar berib STK qaytalanishida shifoxonaga yotqaziladi: a) og'riq xuruji spazmolitiklar va narkotiklar buyurilib bartaraflanadi; b)tug'ruq vaqtidan o'tib cho'zilib ketsa akusherlik-hipsalari, vakuum-ekstraktorlar qo'llaniladi; v)juda kam xollarda, asosan siydik pufagining yong'oqdan katta o'lchamli toshlarida, tug'ruq o'tishi kechikadi va xatto-ki, tug'ruq jarayoni to'xtab qolishi mumkin. Shuning uchun bunday klinik vaziyatda abdominal kesarcha kesishga murojaat qilinadi. **3.**Og'riq xuruji to'xtamasa, konservativ terapiya samara bermayotgan bo'lsa urolog jalb qilinadi va urologik muolajalar yoki jarroxiya amaliyotlari bajariladi: **1).**bachadonning aylanma bog'lamini novokainli blokadasi o'tkaziladi-uning chetki qismiga (chov kanali tashqi teshigi orqali chiqish joyi) 0,5%-li novokain eritmasidan 30-40 ml kiritiladi; **2).** nay (xromasistoskopiya qilinib turilib) kateterizasiyalanadi –bu bilan, buzilgan siydik oqimi tiklanadi va buyrak sanchig'i xuruji to'xtaydi; **3).**nayni kateterizasiya qilish imkoni bo'lmasa yoki u muvaffaqiyatsiz chiqsa-jarroxiya yo'li bilan davolash usuli qo'llaniladi; **4).**Iloji

boricha jarroxiya amaliyoti xomiladorlikni boshlang'ich bosqichida, ko'rsatmalar bemor xomiladorda kelib chiqqanda va xomilani qanday xolatda bo'lishiga qaramasdan, bajarilsa maqsadga muvofiq bo'ladi (xavf bunda-shunga ko'p-onaga, xomilaga va tug'ruqqa kamayadi);

5. Birinchi trimestrda, avval sun'iy abort qilinadi va so'ngra urologiya bo'limiga o'tkazilib jarroxiya amaliyoti (toshni olib tashlash, nefrektomiya) individual tarzda tanlanadi va amalga oshiriladi: a) jarroxiya yo'li bilan davolash anuriyada (tosh bilan siydik yo'lini to'silishi va uni konservativ davoga berilmasligi), kalkulezli piyelonefrit sabab bo'lib chiqqan septik xolatda, pionefrozda, bir necha bor takrorlangan buyrak sanchig'ida, -agarda-ki, siydikni o'z-o'zidan tushib ketishi extimoli bo'lmasa, bajariladi; b) profilaktik maqsadda jarroxiya usuli o'tkazilmaydi (asosan septik toshlar nazarda tutilyapti, chunki ular PN bilan asorotalanishmaydi), zarur bo'lganda xam konservativ terapiya ishlatiladi va jarroxiya amaliyoti tug'ruqdan keyingi davrga suriladi; v) buyrak parenximasi toshlarida jarroxiya amaliyoti tezlikda o'tkazilishi lozim, bu bilan buyrak sog'lom xamda saqlanib qolinadi va ikkinchidan, xomila o'lishi bartaraflanadi (aks xolda ichki bosim sanchiq tufayli ortishi sabab bo'lib buyrak faoliyati juda tezda ishdan chiqadi); g) tosh nayning toz xududa joylashib, xomiladorlik oxirgi muddatlarida jarroxiyani zudlik bilan o'tkazilishga ko'rsatmalar paydo bo'lganda, operatsiya qilinmaydi va nefrostomiya qo'yiladi, toshni olib tashlash jarroxiya amaliyoti tug'ruqdan keyingi davrga qoldiriladi.

STK ni xomiladorlik davrida konservativ davolashlar xam aloxida jixatlar bilan tafovutlanadi. Parxezli taomnoma mineral almashinuvining buzilishi e'tiborga olinib tanlanadi va buyuriladi [siydik kislotali diatezda, fosforkislotali diatezda yoki oksaluriyada tafovutlanadi]. Xuruj paytida og'risizlantiriladi va katta miqdorda suyuqlik kiritiladi. Tosh tushib ketganidan keyin esa-siydikni jadal chiqib turishini ta'minlash uchun 2,5 l/sutkasidan ko'proq yetib suyuqlik ichishga tayinlanadi.

Davo ikki yo'nalishga yo'naltiriladi-iloji boricha og'riq xurujini to'xtatishga va siydik yo'llaridagi infeksiya o'choqlarini bartaraflashga.

Eslab olish kerak: 1.Xomiladorlarda buyrak sanchig`i xurujini iloji boricha spazmolitiklar bilan to`xtatishga urinish kerak; qachon-ki bunday urinishdan naf bo`lmas ekan, shundagina go`yoki noilojlik xolati sifatida narkotik buyuriladi-morfin gidrokloridning 1%-li eritmasi 1 ml teri ostiga yoki promedolning 1-2%-li eritmasidan 1 ml teri ostiga (sababi-narkotiklar xavfli ta`sirlarga ega: promedol-bachadon mushaklari qisqarishini kuchaytiradi va tonusini oshiradi, morfin bo`lsa-xomilaning nafas markazini falajlaydi). 2.Xar ikkala davo muolajasidan keyin xam xuruj davom etaversa-yo bachadonning aylanma bog`lamini novokainli blokadas, yo bo`lmasa, naylarni kateterizasiyasi qo`llaniladi. 3.Bunda xam og`riq xuruj pasaymasdan, aksincha shiddatlanib kuchayib borsa operatsiya yo`li-urologik sharoitida tutiladi.

Konservativ davolashda, xuruj davri va xurujlararo davrda, yana kuyidagicha batartiblik bo`lsa, farmakoterapiya xavfsizlanadi, samara oshadi va jarroxiya amaliyotiga zaruriyat kam bo`ladi. Xurujlararo davrda asosiy konservativ davolashning elementi-bu, parhezli taomnomani to`g`ri berishdir (yuqorida bayon etilgan). Xuruj davridagi davolar: a) spazmolitiklar-papaverin gidrokloridni 2%-li eritmasi 2 ml teri ostiga, no-shpa-2 ml teri ostiga, platifillin gidrotartratni 0,2%-li eritmasi-1-2 ml teri ostiga, boralgin-5 ml vena ichiga bolyus xolida (xar 6-8 soatda berish mumkin) yoki baralgin mushak ichiga kiritish uchun. Ulardan birin-ketin to og`ri o`tib ketguncha foydalaniladi. Atropinni og`riq qoldirish xususiyati ularnikidan kuchliroq ifodalanadi.

Xurujni to`xtatishda, yuqorida ko`rsatilganidek, narkotiklar “najot preparatlari” qatorida ishlatiladi. Shu bilan birga-naylar silliq mushaklarni tanlab bo`shashtiruvchi spazmolitik dori vositalaridan xam foydalaniladi. Ular ba'zan xurujni tez va to`liq to`xtatishadi: a) **sistenal** (faqat buyrak sanchig`ida) 20 tomchidan bir marta bitta oq qandga tomizilib shimiladi yoki til ostiga quyiladi; xuruj takrorlanib davom etib tursa 10 tomchidan kuniga uch maxal ovqatdan oldin yoki ovqatdan keyin ichiladi; b) Avisan 0,1 dan (2 ta tabletka) ovqatdan keyin yoki 0,05-0,1 g dan (1-2 tabletka) 3-4 maxal kuniga ichiladi. (Yengilroq og`riq

bo'lganda 3-10 tomchidan sistenal kuniga 3 maxal 1-3 xafta davomida ichish uchun buyuriladi, xam og'riqni va xam yallig'lanishni bartaraflaydi).

Spazmolitiklar fonida va infuziyalash 2 litrga yetib quyilganda kasallik simptomlari bartaraflana boshlaydi xamda xar ikkinchi xomilador bemor toshlar o'z-o'zidan tusha boshlashadi. Shu maqsadda xomiladorlarda issiq vanna va grelkalardan buyrak soxasiga qo'yib foydalanish man etiladi.

Gidronefroz va xomiladorlik mavzusi xam shifokorlik amaliyotida, yuqorida qayd etilganidek, dolzarb masalalardan biri bo'lib xisoblanadi.

Gidronefroz-siydik oqimining buzilishi oqibatida buyraklar jomchalarini kengayishi, unda siydikni to'planib borishi va buyraklarning parenximasini atrofiyasi bilan ifodalanadigan kasallik bo'lib xisoblanadi.

Uni keltirib chiqaruvchi sabablari-uretra va siydik qobug'i kasalliklari, tez soxasi va qorinlarda orqa kletchatkasining yallig'lanish kasalliklari, siydik yo'llarining funksional buzilishlari (naylar va jomchalar atoniyasi natijasida) va xomiladorlikdir. Xomiladorlikda xomila naylarni bosadi, nayning egilishi va bukriligi, tomirlar bilan bosilishi natijasida jomchalar kengayadi va gidronefroz kelib chiqadi. Bu jarayonlar xomilador chalqancha yotganda kuchayadi va tizzatirsak vaziyatida aksincha kamayadi.

Gidronefroz tug'ma va orttirilgan, organik yoki funksional, bir yoki ikkitomonlama bo'lishi mumkin. "Xomiladorlik gidronefrozii funksional va o'tkinchi xolat bo'lib asorat qoldirmay tug'ruqdan so'ng o'tib ketadi.

Tashxisotida o'ta xos simptomlari bo'lmasada, xomiladorlik davrida uning uchun muxim alomat va xolatlar namoyon bo'ladi: • asimptomli yashirin kechadi, xomiladorlik uchun zarur tekshiruvlar davomida tasodifan aniqlanadi; • bel soxasida og'riq turlicha ifodalanib turadi: aksariyat bo'g'i, tortuvchi xarakterli bo'lib son va chovga tarqaladi, ba'zi xollarda o'ta kuchli, xurujsimon xamda ko'ngil aynishi, qayd qilish va qorinni dam bo'lishi bilan qo'shilishib ifodalanadi va buyrak sanchig'ini eslatadi. Xuruj davomida siydik ajralishi kamayadi, to'xtayotgan paytda esa aksincha ko'payadi va yana, xuruj uzoq davom etadi, o'tib

ketgandan keyin xam doimiy saqlanib turuvchi bo`g`iq bel og`riqlari bezovta qilib turdai.

Eslab qolish kerak: 1.Gidronefroz oldindan, xomiladorlikgacha davrda mavjud bo`lgan bo`lsa u xavf tug`diradi sababi u infisirlangan bo`ladi va buyraklar faoliyatini ma`lum darajada izdan chiqarib ulguradi. Vaqtida xomiladorlikni to`xtatish taktikasini qo`llashga tayyorgarlik ko`rib turish kerak. 2.Og`riqlar tashxisni chalg`itadi: ular ko`pincha gidronefroz deb emas, balki barvaqt boshlangan to`lg`oqni tug`ruq yoki taxdid qilayotgan abort deb qabul qilinadi. 3.Xomiladorlik o`tganidan keyin, gidronefroz yana o`z belgilarini yashirib. Kechishga o`tadi: asimptomli bo`ladi va faqat juda kam xollardagina, unda xam tug`ruqdan keyingi birinchi kunlarda xolos, bachadon involyusiyasida naylar ezilishi sabab bo`lib og`riq kuchayishi mumkin (M.M.Shextman). 4.Uning uchun xos katta va kichik fizik, instrumental va laborator-funksional belgilar xomiladorlik davrida, tug`ruq jarayonida va keyin go`yoki “yonib, xiralanib va o`chib” turadi, ularni baxolab turish katta ahamiyat kasb etadi: a) xomiladorlikni birinchi trimestrida va ikkinchi trimestrini boshlanishida gidronefrozli kattalashgan buyrak paypaslanadi; b) kattalashgan va dimlangan (chunonchi, venozli dimlanish) buyrak faoliyatini buzilishlari goxida makro-yoki mikrogematuriya, buyrak sanchig`i, dam-badamgi isitmalash, piuriya, bakteriuriya, neytrofilli leykositoz, eritrositlar cho`kimi tezligini (ECHT) oshishi nefrolitiaz va piyelonefrit kabilar bilan alomatlanadi. 5.“Tashxisiy ahamiyatli so`z” aslida instrumental tekshiruvda aytiladi:• rentgenologik tekshiruvda gidronefroz uchun xarakterli alomatlar bo`lib buyraklarni kattalashuvi va uning morfologik o`zgarishlari xisoblanadi-yu, lekin xomiladorlik paytida bu tekshiruv mumkin emas. Sharoitdan chiqishni birdan-bir yo`li: “Xomiladorlikgacha davrda qilingan rentgenogrammalarni so`rash, taxlil qilib chiqish va baxolash” lozim bo`ladi; •xuddi shunday qoida ekskretorli urografiya va retrogradli piyelografiyaga xam taallukli bo`ladi; •UZI-tashxisotida-piyeloektaziya (jomchalar xajmini 3 sm dan ziyodga kengayishi), ovol shaklidagi bo`shliq tarzida jomcha-kosacha tizimini kengayishi yoki skanogrammada gidronefrozning terminal bosqichiga yetib borishida-buyraklar umuman ko`zga

ko`rinmaydi yoki katta xajmli kislotalarni yoxudli suyuqlikli xosilani (o`zaro ko`plab to`siqlar bilan ajralib turadigan) shakliga kiradi; • Xromosistoskopiya naylarni kateterizasiya qilish bilan (aseptik sharoitda va antibiotiklar fonida o`tkazilmasa infisirlanish xavfi kuchayadi) buyraklar parenximasining sekretor va motor funksiyalarining buzilishi darajalari aniqlanadi. **6.** Piyelonefrit gidronefroзда (infisirlanish oqibati bo`lib) go`yoki “soya kabi” doimo “ta`qib qilib boradi” va shuning doimo gematuriya, piuriya va bakteriyemiya yoki uning boshqa belgilari deyarli xomiladorlik davrida aniqlanadi.

Gidronefroзда muvofiq terapevtik taktikani aniqlash va o`tkazishni ta'minlovchi omillar quyidagilardan iborat bo`ladi:

1. Unutmaslik kerak-ki, xomiladorlarda rentgenologik tekshiruvlar mumkin emasligi tufayli aksariyat ilgari ular o`tkazilmagan bo`ladi va gidronefroz xomiladorlarda aniqlanmay qolinadi. Ushbu tashxis o`rnida piyelonefrit ko`pincha yuradi va bu tashxiosiy chalg`ishlikka xar bir xomilador ayolda e'tibor qilinmasa va chek qo`yilmasa-gidronefroz xomiladorni, xomilani va chaqaloqni nobud qilishgacha yetib fojialarga sabab bo`lishi mumkin yoki tug`ruq jarayonini taxdidlashtirilish sodir bo`ladi.
2. Ushbu xolatdan chiqish uchun ultratovushli tekshiruv usullaridan keng foydalanish darkor ular asosan gidronefroz tashxisini ta'minlaydi.
3. “Gidronefrotik ulkanlashgan buyrak” doimo tug`ruq jarayonini nosog`lomlashtiradi va xatarlashtiradi. Istalgan xomiladorlik bo`lmasa tug`rudan saqlanishga yoki xomiladorlik davrida aniqlangan bo`lsa faol terapevtik davo fonida uni to`xtatish tavsiyasi akusher-ginekolog va mutaxassis-urologga kiritilishi lozim.
4. Siydik analizini taxlil qilishda, naydan kateterizasiya qilinib olingan porsiyalariga asosan tayanish va ishonish darkor: u xar aysi buyrakni o`zaro ajratib siydik orqali faoliyatlarini baxolash imkoniyatini berib va xomiladorlik davrida tug`ruqqa borish va bormaslik masalasini yechishda beqiyos qimmat kasb etadi.

5. Bir tomonlama gidronefroz terapiya fonida va dispanserlik-terapevtik nazoratda xomilador ayol uchun va tug`ruq jarayoniga xatar keltirmaydi. Lekin uning ikkala buyraklarda tasdiqlanishida, piyelonefrit orqali pionefrozga va buyraklarning faoliyatlarini (5 ta turini barvariga) buzilishiga olib keladi. Konservativ davo bu jarayonni to`xtatib yoki xavfsizlantirib berolmay. Xomiladorlik to`xtatilishiga tavsiya kiritiladi.
6. Bir tomonlama gidronefroz azotemiya yoki davoga chidamli piyelonefrit tug`ish yoshidagi ayolda davom etayotgan bo`lganda xam xomilador bo`lishlilik man etiladi yoki sog`lomlashtirilgandan keyin bu masala xal etiladi.
7. Buyrak bitta bo`lsa-yu va unda xam gidronefroz tasdiqlansa xomiladorlik man etilishi lozim (istalgan xomiladorlik bo`lsa istisno tarzida invidiual qaror qabul qilinadi), chunki u katta xavf bilan tug`ruqqa borish jarayoniga taxdid tug`diradi. Bundan aksariyat ayol bosh tortadi va xomilador bo`lishni talab etadi. Terapevtni vazifasi uning ruxiy xolatini o`zgartirish va vaziyatni bexavfli ayol ongiga / qarindosh yaqinlariga singdirish xisoblanadi.

Akusher-ginekolog va urolog taktikasi:

1. Xomiladorlik mumkin emasligi masalasi mutaxassislar uchligi (terapevtAkusher-ginekologUrolog) ishtiroki bilan, shifoxonaga yotazilib va buyrak funksiyalari xolatini xamda ularda infeksiya bor-yo`qligini o`rganib turib xal etiladi.
2. Xomiladorlik davrida paydo bo`lgan gidronefroзда xomiladorlik to`xtatilmaydi, lekin xomiladorlikgacha bo`lgan ikkitomonlama gidronefroзда xomiladorlik to`xtatiladi.
3. Quyidagi xollarda xomiladorlardagi gidronefroz jarroxiya yo`li bilan davolanadi: a) konservativ davoni samarasizligi; b) piyelonefritni takroriy residivlari septik xolat bilan; v) tez-tez takrorlanuvchi buyrak sanchiqlari; g) buyrak parenximasi funksiyasi saqlanib qolgan taqdirda, uni olib tashlamasdan jomga-nay bo`g`izi soxasida biron-bir plastik jarroxiya

amaliyoti bilan chegaralanadi; v) nefrektomiya-buyraklarni bittasida gidronefroz tufayli parenxima atrofiyalangan va funksiyasi yoʻqotilgan taqdirda qilinadi, agarda ikkinchisida xam ushbudek oʻzgarishlar qayd qilinsa-bajarilmaydi; g)infisirlangan kalkulezli gidronefroзда iloji boricha barvaqtroq infeksiya oʻchogʻi urolog ishtiroki bilan bartaraflanishi kerak. Buning uchun siydik passaji nefrostomiya yoki nefrektomiya yoʻli bilan tezroq tiklanadi, aks xolda xomiladorlik davrida yoki tugʻruq paytida kuch kelib qorin ichki bosimi, jomchalar ichki va buyraklar ichi bosimi oshib ketadi-ki, oqibatda infeksiya bir buyrakdan ikkinchi sogʻlom buyrakka oʻtadi yoki butun organizm tarqab ketadi va tugʻruqdan keyingi sepsisni keltirib chiqaradi; d)xomiladorlikning kechki muddatlarida va ayol xomilani saqlab qolishni talab qilish xollarida –u yoki bu jarroxiya amaliyoti jarroxiya amaliyotidan boshqa tavsiya qilinmaydi. Lekin jarroxiya amaliyotidan keyingi davrda aksariyat barvaqtlangan tugʻruq yuz beradi va shuning uchun xam bunday bemorlarga iloji boricha xomiladorlikni saqlab qolish tadbirlari koʻrilishi darkor (Lopatkin N.YA., M.M.Shextman va b.q.).

4. Xomiladorlikda gidronefrozli konservativ davolash faqat uning yengil shaklida samara berishi mumkin: a) Vitamin V, 5%-li eritmasi 1 ml mushak ichiga berishi yoki buyrak soxasiga diatermiya yoki induktotermiya quyish (siydik yoʻllari yuqori qavatining tonusini oshiradi va siydik stazini bartaraflaydi); b) ich qotishga qarshi muolajalarni muntazam oʻtkazish [qora non, karamli shoʻrva, qizilcha, polizli qatiq suvi (okroshka), koʻy goʻshti, yangi baliq, kunlik ozuqada iloji boricha poliz maxsulotlarini koʻpaytirish, grechkali boʻtqa] va kletchatkaga boy shu kabi yana boshqa taomnomalarni buyurish [tuxum, pishloq, qaymoq, qatiq, kompotlar, mevalar, asal; oʻsimlikdan olingan surgı vositalar]; g)gidronefrosga doimo qardosh piyelonefrit boʻlgani uchun-unga qarshi jamiki davolash kurslarini aynan oʻtkazish (quyiga qarang).

Piyelonefrit, xomiladorlik va tugʻruq jarayoni

Piyelonefrit (PN), ilgariroq qayd etilganidek, xomiladorlikning **ko`p uchraydigan, ko`p xavf** tug`diradigan, **ko`p** tashxisiy **izlanish** talab etiladigan, **ko`p o`ylanib** va **tafakkurlab davo** dasturini o`tkazishni **talab** qiladigan va **ko`p mutaxassislar ishtiroki** bilan kuzatiladigan kasallik xisoblanadi. Bu degani, aynan shunday ko`pqirrali yondashuv ta'minlanmas ekan xomiladorlik eng kamida 18,7%-ga yetib (54,2% o`z o`zidan bolani tushib ketishi shaklida, 45,8% tibbiy ko`rsatmalar tufayli) barvaqtlangan tug`ruq bilan yoki 12,2% xollarda bola tashlash sabab bo`lib (o`z-o`zidan -34,7% va tibbiy ko`rsatma bilan -65,3%) asoratlanish yakunlanadi (M.M.Shextman va b.q.).

Buning bosh sababi, xomiladorlik davrida PN ko`psonli etiologik omillar va patogenetik mexanizmlar ishtiroki ila kelib chiqadi, xomilani rivojida, xomiladorlikni kechishida, xomilador ayol organizmida, tug`ruq va tug`ruqdan keyingi davrda o`zining aksariyat negativ ta'siri bilan akslanib turadi. O`z navbatida xomiladorlik mavjud PN ga nomaqbul, uni shiddatlanib kechishini chaqirib ta'sir ko`rsatadi.

Ushbu “xalqani” ijobiylashtirish ustuvor terapevtik, akusher-ginekologik va urologik amaliyot bo`lib xisoblanadi.

PN ni xomiladorlik davrida kelib chiqishi yoki qaytalanib avjlanishi-xissalari tengmateng ikkita asosiy omillar bo`yicha sodir bo`ladi: birinchisi, organizmdagi infeksiya o`choqlari va agentlari (entoyadrobakteriylar, enterokokklar, stafilokokklar, yashilsimon tayoqchalar, E.coli, gramm “-” va gramm “+” mikroorganizmlar, bakteriyalarning £-shakllari va b.q.) va ikkinchisi, yuqorigi siydik yo`llarining urodinamikasini buzilishidir.

1-chi faktor bo`lsa-yu, ikkinchisi bo`lmasa-xomiladorda PN rivojlanmaydi. Ikkinchisi bo`lsa-yu, lekin birinchi gurux omillar bo`lmagan taqdirda xam-xomiladorda PN kelib chiqmaydi. Bu, zamovaniy fanda aytilgan va tasdiqlangan fakat PN ga oid profilaktik, diagnostik va terapevtik munosabatlarni “ildizidan” o`zgartiradi. “Kimda-dur infeksiyon porlashishlar” epizodi takror-takror bo`ladi-yu, lekin PN kelib chiqmaydi yoki kimdir yillab prostatit yoki urodinamika buzilishlariga olib keladigan (erkaklarda misol uchun) boshqa kasalliklar davom

etadi-yu, PN juda kam rivojlanadi”, nima uchun? Deb qo'yilgan savollarga o'z-o'zidan javob topiladi.

Buyraklarga infeksiyani kelib tushish yo'llari: gematogenli (eng ko'p), urinogenli va limfogenli. Ular ayol organizmining xar qanday xududida joylashgan yiringli-yallig'lanish jarayonlaridan buyraklar tomon yo'naladi: eng ko'p genitaliy va siydik tizimi a'zolaridan, kovak tishlardan va furunkulalardan va b.q.

Eslatib qo'yish kerak: 1. Eng ko'p uchraydigan PN uchun patogenitik yo'l urinogenli yo'l bo'lib unda buyraklarga infeksiyani ko'tarilish bilan kirib borishi pufak- naychali va piyelorenal/piyelovenozli reflyukslar orqali sodir bo'ladi. Bunda infeksiya agenti qon umumiy oqimiga kiradi. 2. Shunday paytda, mikroorganizmlar gipoksiya o'choqlari bo'lgan buyrak xududlariga ayniqsa tushgan chog'da yiringli yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Xomilador ayolda bakteriyemiya rivojlanadi va bu, kuchli bezgaksimon titroq tutish bilan ifodalanadi. 3. PN serozli tusda boshlanadi, yiringli shaklga o'tadi va kuchayib borib yiringchali nefrit (apostematozli), solitarli buyrak absesi va karbunkuli bosqichiga boradi, yallig'lanish oxirida interstisiyada chandiqli to'qima o'sadi va qoladi. 4. Interstisial nefrit avvalroq rivojlanadi, unga infeksiyani qo'shilishi piyelonefritni keyinroq keltirib chiqaradi va PN interstisial nefritga qaraganda, go'yoki mazkur xastalik oqibati bo'lib, og'ir o'tadi va albatta, kelib chiqib ulgurgan buyraklar funksiyasi fonida davom etadi. 5. Yuqori siydik yo'llarining urodinamikasi va gemodinamikasini buzilishlariga, jomchali- kasali gepertenziya va kasachali-buyrakli reflyukslariga quyidagi yetakchi omillar olib kelishadi: a) mexanik (naychalarni o'tkir va surunkali• kklyuziyalariga olib keladigan) omillar; b) jinsiy garmonlar (estrogenlar, progesteronlar va b.q); v) xomiladorlikning turli davrlarida gormonal muvozanatni (gormonlar miqdorini ortishi va ularning o'zaro mutanosilibliklarining o'zgarishlari) buzilishi sodir bo'ladi. Xomiladorlikni 5-6-chi xaftasiga borib estron va estradiol konsentrasiyasi nisbatan me'yorga qiyosan yengil oo'adi, xomiladorlikni 7-13-chi xaftasiga borib bu ortish 19 martaga yetib kuchayadi; progesteron miqdori xomiladorlikning 11-13-chi xaftasiga borib keskin oshadi. Xomiladorlikning ikkinchi trimestrini oxiridan boshlab qonda

kortikosteroidlar miqdori keskin oshadi; 2) progesteron (β -reseptorlar faolligini oshiradi) va estradiol (L-reseptorlar faolligini kamaytiradi siydik yo'llarining) L- va β reseptorlarining faolliklarining kuchaytiradi, bu buyraklar va naychalarning kosacha- jom tizimlarini gipotoniya va diskineziyasiga olib keladi-ki, ayniqsa gestasiya davrida ushbu jarayon shiddatlashadi. L-va β -reseptorlar faolligidagi muvozanatni buzilishi, xususan, gestasiya davrida kuchayadi, ya'ni urodinamikani buzadi,; d) «prednizolon sinamasi» tabiiy xolda kelib chiqadi: siydik yo'llarining yuqori xududlarida urodinamika buzilishlarining keskin buzilishlari fonida, unga muvofiq xolda xomiladorlarning qon zardobida kortikosteroidlarning konsentrasiyasi kuchli oshib boradi (bu bilan u yashirin o'tayotgan SF ni aniqlash imkoniyatini beradi yoki gestasiya davrida birlamchi piyelonefritni kelib chiqishi moyillik yaratadi); i) ushbu garmonli nomutanosibliklar siydik pufagida xam o'zgarishlarga sabab bo'ladi: uning tonusi kamayib, xajmi to 1-1,5l gacha xajmlanib kengayadi, pufak-nayga reflyuksini paydo qiladi va bu xam, o'z navbatida PN ni kelib chiqishiga yoki shiddatlanib kechishiga olib keladi; k) yuqoridagi o'zgarishlarga zanjirsimon bog'lanib kelgusi, PN uchun nomaqbul sharoitlarni kelib chiqishi davom etadi: siydikni dimlanishi → kasachaichki bosimni ortishi → kosacha-buyrakli reflyuksni paydo bo'lishi → PN kelib chiqishi yoki yanada avjlanishi → reflyuks sabab bo'lib kosachalarga gumbazini yorilishi → buyrak interstisial to'qimasini siydikli infiltrasiyasi > buyrakni qon bilan ta'minlanishi o'tkir buzilishi → buyrakni gipoksiyasi → aynan shu bo'g'inda piyeloventozli reflyukslar sabab bo'lib siydik yo'llarini yuqori xududlari infeksiyalarini chaqiruvchilarini qon oqimiga bevosita kiritish → gematogen yo'l bilan «sharoit pishgan» gipoksiya xududiga infeksiya agentini tushishi → PN ni yanada xomiladorlik fonida kuchayib xatarli tus olishi

PN ning patogenetik yo'lini ochilishi va davom etishida asosiy rolni pufak-kosachali reflyuks o'ynaydi: xomiladorlikning I trimestrida, urodinalik buzilishlar avjiga chiqqan bir paytda, u (gormonal buzilishlar oqibati) buyrak kosachasini va xam buyrakning o'zini ko'tarilgan infeksiya bilan infisirlanishiga olib keladi. II-trimestrda ushbu omil ojizlanadi, kompressiya omili ishga tushadi: okklyuziya

naylarda kuchaygandan kuchayadi va kasachalarda siydikni dimlanishi rivojlanadi xamda patogen mikroflaranim to`xtovsiz ko`payishi kelib chiqadi. “Eng qizig`i”, aslida patogenetik davoni mo`ljallashtirishi lozim bo`lgan urgent xolat, shundaki, tobora shiddatlanib borayotgan kompressiya bosimi kritik darajadan o`tgandan keyin (bundan keyin buni iloji bo`ladi) siydik passaji tabiiy yo`lida ochiladi. Ushbu ochilishi, o`tkir gestasion PN ning xurujini darhol so`nishiga olib keladi (ma'lum vaqt go`yoki umumiy xolat yaxshilangan bo`ladi-yu, lekin PFY ni “fojiaviy yurishi” xomilador uchun yanada kuchaygan bo`ladi!). Shu davrda pufak-kosacha reflyuksi yana qaytadan paydo bo`ladi va qaytgandan xam shiddatlanib, yanada katta chastotalar bilan ifodalanadi (sababi-naytlarni rezidual dilatasiyasi va siydik yo`llarida saqlanib qolgan yuqumli- yallig`lanish o`zgarishlar ). PN ni qaytalanishi xavfi yoki rivojlanishi ro`y beradi, o`tkir tug`ruqdan keyingi piyelonefrit kelib chiqib og`ir asoratlar bilan o`tishi mumkin- nefraskleroz yoki nefrolitioz yoki AG yoki SBE bilan.

Yuqoridagi patogenetik omillarni uzoq bartaraflanmay turishi sabab bo`lib, ya'ni katta kuch bosimi ostida bo`lgan uretraning sfinkteri faoliyatsizlanish xolatiga tushib qoladi (xomiladorlikning oxirgi oylarida bu asosan ko`zga tushadi) va bu xam ko`tarilib boruvchi infeksiyani tarkalishiga olib keladi, ba'zida ayolda siydik tutolmay qolish asoratini keltirib chiqaradi. Infisirlanishni xomiladorlik paytida xavfi oshishini yana bir sababi, so`zsiz, bu anotomik xolatni ayollardagi xususiyati bo`ladi: siydik chiqarish kanalini ayollarda erkaklarga nisbatan qisqaligi (4-5sm) va kengligi (1sm) xamda deyarli to`g`ri chiziqli yo`nalganligidir.

Bachadon bilan, qattiq qorin devori bilan (birinchi tug`ruqlarda), tor mos, ko`pxomila yoki yirik xomila bilan xomiladorlikning oxirgi bosqichlarida siydik yo`llarini bosimini yoki mexanik omilni ortishi xam PN kelib chiqishida bosh rollardan birini o`ynaydi.

PN kelib chiqishida, xomiladorlik davriga bog`liq bo`lib, yana quyidagi omillar salbiy ta'sir ko`rsatishadi: tuxumdonlar venasining kengayishi va varikozli o`zgarishi, adaptasion mexanizmlarni birinchi tug`ruqda xomiladorlikka muvofiq

darajada yetarli emasligi, jinsiy aloqani tartibsizligi (60-80% ga yetib), jinsiy partnerni tez-tez o'zgartirilishi, jinsiy gigiyena va shaxsiy gigiyenaga amal qilmaslik, ko'p sonli xomiladorlik yoki tug'ruqlar, anogenital xudud infeksiyalari va irsiy tabiatli immunli disbalans xolati kabilar siydik yo'llarida xamda keyinroq buyraklarda yallig'lanish jarayonlarini, asosan PN tarzida kelib chiqaradilar.

PN tashxisoti xomiladorlik davrida 4 ta renal (intoksikasionli, kollakiuriya siydikli va og'riqli sindromlar) va 2 ta ekstrarenal sindromlarni (anemik va arterial gipertenziya sindromlari) aniqlashga va kuzatishga asoslanadi. Buning uchun 5 ta majburiy tekshiruvlar, 5 ta maxsus tekshiruvlar va 4 ta qo'shimcha tekshiruvlar (jami 14 ta, xomiladorlik muddatlari xisobga olinib individual tarzda tanlanishadi) o'tkazilishi kerak (ilgari bayon etilgan va ilovalarda xam asosan keltirilgan).

Xar qanday xolatda PN xomiladorlik kechishiga salbiy ta'sir etadi va bu xavfni bartaraflash aniqlik bilan terapevtik, akusher-ginekologik va urologik taktikalarni belgilash xamda amalga oshirishga bevosita bog'liq bo'ladi.

Terapevt quyidagilarni bilishi va undan kelib chiqib xomilador bemor ayolni PN bilan tug'ruqqa olib borish, tug'ruqni o'tkazish va tug'ruqdan keyingi davrda **kuzatib borish taktikasini rejalashtirishi va amalga oshirishi** kerak bo'ladi:

1. PN o'tkir klinik shaklda (O'PN) aksariyat xomiladorlik davrida ilk bor kelib chiqadi, surunkali PN esa kamroq $\frac{1}{3}$ bemorlarda gestasiya davrida qaytalanish bilan ifodalanadi.
2. PNni qaytalanishi darajasi xomiladorlik muddati oshib borishi bilan to 8,2 barobarga yetib oshadi, eng ko'p II-chi (78,3%) va III-chi trimestrlarda (43%), to 19,2% ga yetib tug'ruqdan keyingi davrda va eng past ko'rsatkich bilan (9,6%) I-chi trimestrda uchraydi.
3. Agarda-ki PN biron bir tug'ma yoki ortirilgan nuqson fonida (nefrolitiaz, buyrak nuqsonlari, nefroskleroz, gidronefroz) kelib chiqayotgan bo'lsa, uning kelib chiqishi I-trimestrdan boshlaboq to 2 barobarga yetib kuchayadi.

4. Ushbu PN sur'atlarini o'zgarib borishida, xususan, uning klinik belgilarini xurujsimon tarzda avjlanishini xomiladorlikning 22-28 xaftalariga kelib kuchayishida, "gormonal disbalans" konsepsiyasi (yuqoriga qarang) va GKS larni qonda ortib borishi bilan kelib chiqqan urodinamika buzilishlarini roli e'tiborga olinishi kerak. Patogenetik fiziologik tadbir yoki medikamentozli terapiya aynan shu yoki boshqa, jumladan, xomiladorlik bilan qo'shilishib avjlanayotgan immunodepressiyalar va x.k.ni xisobga olib yoki ulardan kelib chiqib o'tkaziladi.
5. O'tkazilayotgan terapevtik tadbirlar, xususan, antimikrobli terapiya tug'urqdan keyingi 4-chi, 6-chi 9-chi va 12-chi kunlari kuchaytiriladi yoki bemor kuzatuvi kompleks tashkil etiladi. Chunki, bu darda xomiladorlik tufayli keltirib chiqarilgan yuqorigi siydik yo'llarini kengayishi va gipodinamiyasi xali-beri saqlanib qolgan bo'ladi, biron bir infeksiya o'chog'i ayol organizmida bo'lguday bo'lsa, tug'uvchi piyelonefriti yoki tug'ruqdan so'ngi-endometrit, metroflebit va boshqa kasalliklar rivojlanadi. Va yana, tug'ruqdan keyingi 1-3 sutkalarda yoki jarroxiya yo'li bilan tug'ruq yakunlangandan keyingi 1-2 kunlarda xam mana shunday faol terapevtik amaliyotga zaruriyat bo'ladi. Boisi, qoldiq siydikni va demak, u bilan birga bir vaqtda mikroorganizmlarning miqdorini ko'payishi xamda infeksiya xavfini tug'ruqdan keyingi ilk sutkalarda oshishi xisoblanadi: SPN ni qaytalanishi va og'ir o'tib tug'ruqdan keyingi sepsisni (1-3 chi tug'ruqdan keyingi sutkalar) keltirib chiqarish xavfi bo'ladi.
6. Surunkali piyelonefrit terminini ishlatish chegaralangan (sababi-autopsiya ma'lumotlari bo'yicha uning deyarli uchramasligini tasdiqlanishi-0,2% xolos!) yoki undan voz kechilgan (sababi-BJSST tomonidan MKB-10 da SPN ga aloxida ro'yxat/kod berilmaganligi yoki uni tubulointerstisial piyelonefritlar guruxiga kiritilganligi). Shuning uchun, gestasiya davrida qaytalangan xar qaysi surunkali piyelonefritni

o`tkir piyelonefrit deb qabul qilinishini va O`PN ga qarshi tashxisiy, terapevtik va akusher-ginekologik xamda urologik amaliyotlarni faol o`tkazilishini maqsadga muvofiq deb tavsiya etamiz.

7. O`PN xomiladorlik davrida ba'zan tashxisiy qiyinchiliklar tug`diradi va ushbu xolatni e'tiborga terapevt tomonidan to`g`ri talqin etilmasligi og`ir oqibatlariga olib keladi: a)xomiladorlik paytida jami tashxisiy sinovlarni, masalan, rentgenologik tekshirish usullarini, qo`llash imkoniyati yo`qligi uchun-gestasion PNni aniqlashda yetakchi bo`lib klinik-tekshiruvlar, laboratorli, ultratovushli va endoskopik tekshiruvlar xisoblanishadi yoki ulardan juda talabchanlik bilan foydalanish kerak; b) xomiladorlik davrida siydik tarkibini o`zgarishlari katta tashxisiy ahamiyatga ega bo`ladi. Buning asosiy sharti-siydikni taxlil uchun to`g`ri olish bo`ladi: ( tashqi jinsiy a'zolar sinchkovlik bilan tozalangandan so`ng siydikning o`rtanchi porsiyasi /qismi olinadi; ( aloxida ko`rsatmalar bo`lmasa siydik pufagini kateterizasiya qilmaslik kerak (bu va boshqa siydikni chiqaruvchi muolajalar ayniqsa jarroxiya amaliyotidan keyin, "infeksiyalarni olib kiruvchi darvoza" rolini o`ynashlari mumkin); (ilk siydik analizida patologik elementlar topilgan chog`da, tekshiruv yana ikki marta qaytariladi: tekshiruv birinchi va ikkinchi siydik porsiyalarida o`tkaziladi, qiyoslanib baxolanadi. Birinchi porsiyada leykosituriyani bo`lishi-yallig`lanishni uretra yoki jinsiy a'zolarida joylashganini, birinchi va ikkinchi porsiyalarda xam leykosituriya tasdiqlanishi esa-yallig`lanishi siydik pufagi yoki siydik yo`llarining yuqori xududlarida joylashganligini ko`rsatadi; ( bunday xolat aniqlanganda naychali katetr bilan siydik buyraklardan olinib yallig`lanish joyini aniqlash uchun qo`shimcha tekshiruv o`tkaziladi; (tekshiruv usullari orasida yana, xomilador ayollarda va tuqqan ayollarda, Negiporenko usuliga ustuvorlik beriladi (4×10^9 dan 1 ml siydikda leykositlar miqdorini ko`p bo`lish patologik jarayondan darak beradi, eritrositlarni ko`payishi leykositlardan kamroq bo`ladi); ("faol" leykositlarni siydikda topilishi endilikda faqat PN uchun

xos alomat deb qabul qilinmaydi, u ko`plab siydik chiqarish tizimini turli xududlarida joylashib o`tayotgan yiringi-yallig`lanish jarayonlarida xam kuzatiladi; •siydikni bakteriologik tekshiruvi tashxisiy qimmatga ega bo`ladi/ ammo u yallig`lanish kelib chiqqunga qadar xam tez o`tib ketishi mumkin): bakteriyalar miqdori 1 ml siydikda 105 mikroblar tanasiga teng yoki ko`p bo`ladi (bu bakteriuriya deb qabul qilinadi).

8. Siydik yo`llari yuqori xududlaridan siydik passaji buzilishining darajasini aniqlab borishga doimo zaruriyat bo`ladi-buning uchun, urolog ishtiroki bilan (gestasion PN extimol qilinganda buyuriladi)-xomiladorlik davrida xromosistoskopiya, xomiladorlikdan keyingi davrda esa-ekskretorli urografiya, o`ng`ay va samarali bo`lganligi uchun, bajariladi.
9. PN xomiladorlik davrida avval umumiy va keyin esa maxalliy simptomlar bilan ifodalanadi, serozli va o`tkir yiringli turlarida kuzatiladi. Ularni taxlil qilishda ayrim klinik vaziyatlarni e'tiborga olish lozim: a)yiringli jarayon buyraklarning oldingi yuzasida joylashib o`tayotgan bo`lsa-peritoneal simptomlar ustuvorlik qilib o`tkir xolesistit yoki appendisitni manzaralaydi (xavfliligi shunda-ki, kasallikni boshlanish bosqichlarida siydikda bo`ladigan unga xos patologik o`zgarishlar bo`lmasliklari mumkin bo`ladi!); •Pasternaskiy simptomi doimo xam kuzatilmaydi; •Bimanual palpasiyada, kasallik tomonida, qorin mushagining taranglanishi va og`riqliligini aniqlash imkonini beradi yoki nuqtali og`riq xududlari paydo bo`ladi: orqa tomondan-XII qoburg`ani belning uzun mushaklari bilan kesishgan joyida va oldingi tomondan-yuqorigi “naychali” nuqtada: kindikdan uch barmoq kundalangiga masofada joylashgan, kindikning chap va o`ng tomonidagi xududlar; ( PN da piuriya bo`lmasligi mumkinligini biz yuqorida qayd etib o`tdik, bunday paytlarda xomiladorlik yo`q bo`lganda, PN ni tasdiqlash yoki farqlashda pirogenli va prednizolonli sinamadan foydalaniladi. Xomiladorlik paytida bo`lsa ularning noxush asoratlari ko`p bo`lganligi uchun (pirogenli sinovda qo`llaniladigan pireksal isitma,

bezgak va dispeptik simptomlarni beradi; prednizolonli sinovni bo'lsa xomiladorlik davrida mantiqan keragi yo`q-xomiladorlik davrida busiz xam GKS sekresiyasi oshgan bo'ladi yoki boz ustiga, ushbu sinama 50% xollarda noto`g`ri ko`rsatkich berib tashxisni chigallashtiradi).

10. PN ning taxdidini bartaraflash uchun terapevt tomonidan PN bilan xomilador ayolda xavf darajalari aniqlanadi, unga qarab kuzatib borish, davolash va tug`ruqqa munosabat bildirish faoliyati olib boriladi. Xavf darajasi AG, azotemiya va PNni kelib chiqish sharoiti kabilarni bor yoki yo`qligi, ularning ifodalanganligi xolatidan kelib ajratiladi. M.M.Shextmann bo'yicha PNning xomiladorlikka va tug`ruqqa xavfini 3 ta darajasi ajratiladi (buni bizning sharoitda ekstragenital kasalliklarni xususiyatini e'tiborga olsak-amaliyot juda o`ng`ay va qulay faoliyat deb tavsiya etamiz):

I xavf darajasi – xomiladorlik paytida kelib chiqqan, asoratlanmagan piyelonefrit. Xomiladorlikni davom etdirish va tug`ruqni o`tkazish mumkin.

II xavf darajasi –xomiladorlikkacha xam bo`lgan piyelonefrit. Kuzatuv va to`liq tashxisiy-davo muolaja standartlarini ta'minlab xomiladorlikni davom etdirish va tug`ruqni o`tkazish mumkin.

III xavf darajasi –gipertenziya yoki azotemiya bilan ifodalanuvchi surunkali piyelonefrit, yolg`iz buyrak piyelonefriti. Bunday xomilador bemor ayolda xomiladorlik oxiri yetguniga qadar eng kamida 3 martagacha yetib SPN og`ir residivlanadi, konservativ davo naf bermay jarroxiya usullari qo`llaniladi. Xomilador va xomila uchun na faqat salomatlikka, balki xayotlari uchun jiddiy taxdid soladi. Shuning uchun bu guruxdagilarga xomiladorlik man etiladi.

PN bilan xomiladorlarda akusher-ginekolog va urolog faoliyatini simbiozligi (uyg`unlashuvi), “terapevt ssenariysini” to`ldirib, quvatlab yoki unga aksariyat yetakchilik rolini ta'minlab ushbu amaliyotni o`tkazish ayniqsa katta ahamiyat kasb etadi. Bunda quyidagilarga e'tibor berish kerak: 1.Terapevt tasdiqlab bergan PN bilan xomilador ayolda doimo

piyelonefrit va unga xamoxang gestozni qaytalanishi alomatlarini barvaqt aniqlash monitoringi tashkil qilinadi. Bu ish akusher-ginekolog va urolog tomonidan, ayollar maslaxatxonasida o'tkaziladi.

2. Kasallik qaytalanishida esa –davolash faqat shifoxonada (ekstragenital bo'limlarda, tug'ruq uyida yoki urologik bo'lim sharoitida – PN ning ifodalanishidan kelib chiqib) amalga oshiriladi.

3. Yiring-destrukti PN bilan xomiladorlarda xomiladorlikni to'xtatishga tez qaror qabul qilish (bunday amaliyotdan keyin yiringli destruksiya yanada shiddatli tus oladi) va teri orqali punksiyonli nefrostomiyani (TOPNS) ko'p xamda yoppasiga qo'llash maqsadga muvofiq emas: • septik buyrakdan o'z vaqtida va muvofiq xolda oqavani tiklab qo'yish-eng asosiy va doimiy qilinishi kerak bo'lgan muolaja xisoblanadi, boshqa barcha davo tadbirlarini bu oshirib-yiringli piyelonefrit bilan xomiladorlarda “shox tadbir” rolini (ta'bir joiz bo'lsa) o'ynaydi; •bunday yiringli klinik vaziyatga yaqqol aniqlik kiritish uchun (jarroxiya kerakmi yoki yo'qmi?, “kerak bo'lsa, qaysi jarroxiya usuli qo'llanilishi kerak”? va x.k. savollarga javob topish maqsadida) faqat lyumbotomiyadan foydalaniladi; •juda zaruriyat paydo bo'lganda, ba'zida buyraklarni dekapsulyasiyalash bilan jarroxiya amaliyoti qo'llaniladi (bu bilan zararlangan buyrakni funksiyasi saqlanib qolinadi); • yiringli-gestasion PN ni jarroxiya usuli bilan davolashga to'li ko'rsatma bo'lganda 4 xil usuldan foydalaniladi: nefrostomiya, lyumbotomiya, buyraklar dekapsulyasiyasi, buyrak to'qimalarining yiringli-nekrotik xududlarini kesish.

4. Xomiladorning xar ikki buyragida yiringli-destruktiv PN bo'lganda jarroxiya taktikasini tanlash nixoyatda nozik masalaga aylanadi:

a) buyraklarni ikki bosqichli jarroxiya yo'li bilan davolash taktikasi amalga oshiriladi: kuchli zararlangan buyrakda destruksiya o'chog'ining sanasiyasi radikal jarroxiya amaliyotini nefrostomiya bilan qo'shib qo'llab bajariladi (birinchi bosqich), ikkinchi buyrakni iloji boricha saqlab olib, unga jarroxiya usuli qo'llanmasdan, faqat antibakterial terapiyaning natijaviyligi ta'minlanib

PN davolanadi (ikkinchi bosqich); b)Qachon-ki, xar ikkala buyrakda bu jarayon simmetrik va birday shiddatli-asoratli ifodalangan bo'lsa, ikkinchi bu buyrakda xam radikal jarroxiya amaliyoti bajariladi; v)Iloji boricha a'zosaqlab qoluvchi jarroxiya amaliyoti xirurglarga xos “mo'ljalli” va o'rinli usullarga asoslangan antibakterial terapiyaga qo'shilib olib borilishi lozim yoki plazmaferozga murojaat qilishlik darkor: shunda xayotiy xavfli asoratlar bartaraflanadi xomiladorlik muddatida va tabiiy yo'llar bilan asoratsiz o'tadi; g)Shu bilan birga xushyorlik talab qiladigan yana bir klinik vaziyat ba'zida kelib chiqadi: a'zolari saqlab qoluvchi jarroxiy tadbirlarni ortiqcha bo'rttirish (ular faqat buyraklardagi yiringli-destruktiv o'zgarishlar 1-2 segmentlar doirasida saqlanib qolib chegaralanishlari xollaridagina qo'llanishlari kerak, asossiz tarzda nefrektomiya kerak joyda nefrostomiyaga ko'rsatmalar doirasini kengaytirish (masalan, o'tib ketgan va butun buyrakni egallab olib uni faoliyatini yo'qotirgan darajadagi xastalanish) o'ta xavfli: yakuni-albatta fojiaiy-kurabelli septik asoratlar (septik endometrit fibrinolitik bachadondan qon ketish va b.k.) kelib chiqadi.

5. Quyidagi klinik vaziyatlarda PN bilan xomilador ayollar terapiya, ekstragenital yoki maxsus akusherlik-ginekologiya bo'limlarida ushlab turilmaydilar, davolash uchun urologiya bo'limlariga o'tkazilishadi va shu bosqichdan boshlab “bosh so'z” urologlarga qoladi (sit. M.M.Shextman):

1. Xar qanday konservativ muolajaga, naychalar kateterizasiyasi fonida xam xattoki, torpidlikni PN bilan xomilador ayolda kelib chiqishi.
2. PNni takror-takror residivlanishi.
3. Qayta-qayta kateterizasiyalashlardan foyda bo'lmasligi.
- 4.Polipatiya fonida, eng avvalo qandli diabet, buyraklar polikistozi va nefroangioskleroz bilan qo'shilishib kelib chiqqann O'PNning jami turlari.
5. Isitmalash bilan davom etuvchi, bartaraflanmayotgan buyrak sanchig'i.
6. Makrogematuriyani barcha turi, xattoki asimptomli bo'lgan taqdirda xam.
7. UZI da buyraklarda xajmiy kasalliklarni (o'sma, katta kista) PN ga qo'shilib aniqlanishi.

6. Operasiya soʻzsiz bajarilishi kerak boʻlgan xolat boʻlib yiringli-destruktiv PN da gepato-renal sindromni (toksik hepatit belgilari) kelib chiqishi xisoblanadi

7. Nefrostomiyaga mutlo koʻrsatma uchta ekanligini yana bir bora eslatib oʻtamiz: apostematozli nefrit, buyrak karbunkuli yoki absessi.

8. Yolgʻiz buyrakni yiringli-destruktiv piyelonefrit.

9. Operasiyadan keyin xomilador ayol urologik boʻlimida toʻgʻruqgacha davolanadi yoki urologik boʻlimdan tugʻishga olib kelinadi. Operasiyadan (nefrostomiya, nefrektomiya) keyin esa-akusher-ginekolog va urolog-mutaxassislar tomonidan nazoratlanishadi.

Xomiladorlarda piyelonefritni davolashda va dispanserlik kuzatuvini taʼminlashda terapevt, akusher-ginekolog va urolog “oʻzaro bogʻlanilib” ishtirok etiladi.

Davolash algoritmi aloxida xususiyatlarga ega boʻladi.

Davolash jarayoni PN turidan, kechishi darajasidan kelib chiqib nomedikamentozli, buyraklardan siydik oqimini va u orqali urodinamikani davolash vositalari (naylarni kateterizatsiyasi, oʻzini-oʻzi ushlab turuvchi katetr-stentlar yordami bilan yuqorigi siydik yoʻllarini ichki drenirlash, teri orqali punktsionli nefrostomiya, ochi operatsiya-buyrakni dekapsulyatsiyasi, nefrostomiya bilan yiringli destruksiya oʻchoqlarini sanatsiyasi; asosan OʻPN, bakteriostatik shokda qoʻllaniladi), antibakterial terapiya, dezintoksikatsion terapiya, antigistaminli terapiya, zaruriyat bilan antiasidotik, antianemik va nospesifik ximoya omillarini oshirish terapiyalari, antimikozli terapiya (nistatin 500000 YED kuniga 3 maxal, antibiotiklarni berish muddati uzayib ketganida), vitaminoterapiya (vitaminlarni V1, V2, V6, S, RR va b.q. guruxlari), antibakterial terapiya (asimptomli bakteriuriyada: ampicillin 250 mg 4 maxal kuniga, amoksisillin 250 mg 3 maxal kuniga, sefalekssin 250 mg 4 maxal kuniga, furagin 0,1 g 4 maxal kuniga), fizioterapevtik muolajalar (remissiya davrida-DMV, UVCH elektrik maydoni, SMU “Amplipuls”, buyraklar soxasining galvanizatsiyasi, ultratovush, akupunktura), plazmoferez, autoeritrositlarni ultravioletli nurlantirish, operativ

davolash usullari (batafsil yuqorida ko`rsatilganidek) va profilaktika-dispanserizatsiya xamda kontrasepsiya usullari xomiladorlikni xisobga olib, ularning xomilaga tug`ruqqa va ona-bolaga ta'sirlarini xavfsizlantirib, qo`llaniladi.

Eslab olish kerak: 1.Xomiladorlikdan tashqarida profilaktik maqsadda antibiotiklarni va antibakterial terapiya o`tkazish mumkin emas. Uzoq muddatli bunday davolashlar (masalan, boshqa a'zolar kasalliklarida residivga qarshi maqsadda) xomilaga noxush ta'sir ko`rsatadi. 2.Dispanserlik kuzatuvning asosiy maqsadi antenatal rivoj oluvchi nuqsonlarni barvaqt aniqlab borishdan iborat bo`ladi: a)xomiladorlik davrida bu maqsadda faqat buyraklarni ultratovushli tekshiruv usullaridan foydalaniladi; b)tug`ruqdan keyin 3 oy o`tib esa xomila ayollarga, xomiladorlik piyelonefritini boshidan o`tkazganlarga, gestasiya davrida piyelonefritni kelib chiqishiga moyillik yaratuvchi sabablarni aniqlash uchun buyraklarni obzorli rentgenologik tekshiruvi va ekskretorli urografiya o`tkaziladi; v)keyin esa bemor ayol urolog kuzatuvida nazoratlanadi, 8-12 oy davomida reabilitatsiya kursini o`tadi (SPN ga gestasion nefritni o`tmasligi uchun), oyning xar birinchi 7-10 kunida antibakterial preparatlar bilan davolash kursi (sezgirligini xisobga olib) biron bir fito uroseptiklar bilan qo`shib buyuriladi (bedali mors va x.k.) va xar oyda ular almashtirilib boriladi, simptomatik davo (gipotenziv va b.q.) zaruriyat bo`yicha o`tkaziladi.; g)PN bilan xasta ayollar bachadon ichki kontrasepsiyasi bilan xomiladorlikdan saqlanib yuriladi (u kasallikni qaytalanishiga olib kelmaydi); d)PN bilan ayollarda oyida ikki marta siydik analizi o`tkaziladi, xomiladorlikning 20-28 chi xaftasidan boshlab esa xar xaftada bajariladi, ko`rsatmalar bo`lganda Nechiporenko sinovi, siydikni ekib o`rganish va buyraklar UZIsi buyuriladi.

Nomedikamentozli terapiya tarkibi quyidagilardan iborat bo`ladi: • O`PN da, 4-8 kunlik ko`rpa-to`shak rejimi (isitma davrida); • pozisionli terapiya, isitmadan so`ng va siydik oqimini yuqori siydik yo`llaridan yaxshilash uchun, buyuriladi: 4-5 daqiqadan bir kunda 2-3 marta bemor tizza-tirsak vaziyatini egallab turish mashqini bajarishadi; xomilador o`ng biqinida ko`proq yotsa (uxlagan chog`ida) xam siydik oqimi yaxshilanadi; • qabziyatga moyillikda o`simlikli ich

suruvchi vositalardan yoki preparatlardan foydalaniladi; • suyuqlik chegaralanmaydi, O'PN davrida uning miqdori 3 litr sutkasigacha yetib ko'paytirilishi mumkin; • bedanali mors (glisin enzima bilan-jigarda gippur kislotasiga aylanib buyrak to'qimalarida bakteriasid ta'sir qiladi) ichiladi va tuz chegaralanmaydi (suqyulikni ichish faqat gestozda chegaralanadi); • muvofiq ozuqalanish yetarlicha ta'minlamagan taqdirda parenteralli ovqatlantirishdan xam foydalanish mumkin (alvezin, albutin, aminon va b.q.), ular dezintoksikasiya terapiya samarasini oshiradi.

Konservativ terapiyaning asosini antibiotiklar davolash yotadi yoki antibiotikoterapiyani keng qo'llanilishi sabab bo'lib PN da perinatal o'lim darajasi-300% ga kamaygan.

Antibiotikoterapiyaning muvaffaqiyatini ta'minlash yo'llariga, xomiladorlik davrida ayniqsa, quyidagilar kiradi: 1)terapiya gestasiya bosqichlarini (trimestrini) xisobga olib va buyraklarning funksional xolatidan kelib chiqib belgilanadi. Xususan, siydik jinsligi 1018-1020 bo'lganda antibiotiklar to'liq miqdori beriladi, giposteinuriyada esa miqdori 4 barobargacha yetib kamaytiriladi (bo'lmasa, kumulyasiyalanib noxush ta'sirini, beradi) yoki bo'lmasa kreatinin klirensi 50-60 ml/daq dan kam bo'lganda xam uning miqdori kamaytiriladi; 2)laktasiya davrida ko'pchilik antibiotiklar sut tarkibiga kiradilar va shuning uchun extiyotkorlik ko'rib buyuriladi; 3)antibakterial terapiya umumiy qoidalariga amal qilinib va preparatlarni ko'tara olish darajasi e'tiborga olinib antibiotiklar 4-6 xaftadan kam bo'lmagan muddat buyuriladi; 4)klinik muvofiqlik bo'lib isitma tushgandan keyin 72 soat vaqt o'tishi bilan antibiotikoterapiya to'xtatiladi; 5)antibiotikka rezistentlik bo'lganda 10-14 kundan keyingina almashtiriladi va siydik mikroflorasining sezuvchanligini o'rganib turib amalga oshiriladi; 6)Xomiladorlikni I-chi trimestrida faqat penisillin guruxi (tabiiy va yarim sintetik shakllari) qo'llaniladi, boshqa antibiotiklar yoki yallig'lanishga qarshi preparatlar embrio-va organogenezga negativ ta'sirlari bo'lganligi uchun qo'llanilmaydi: a)ular ichishga yoki mushak orasiga yoki og'ir va o'rtacha darajali infeksiyalarda vena ichiga buyuriladi; b)13 turli bu guruxga kiritilgan antibiotiklar bo'ladi, davolash kursi 8-

10 kun (misol uchun: benzil-penisillin 2,5 ml YED mushak ichiga bir martalik miqdori, 8-10 mln YED mushak ichiga sutkalik miqdori yoki oksasillin-natriy 1 g bir martalik miqdori, 3-4 mln YED sutkalik miqdori mushak ichiga yoki vena ichiga beriladi); v)ushbu preparatlarni bitta-kamchiligi-mikroorganizmlarning β -laktamaz (penisillinazalar) ta'siriga berilib faolligini yo`qotib qo'yishida bo`ladi va shuning uchun ularga qo`shib  $\beta$ -laktmaz ingibitorlari (sulbaktam, klavulan kislotasi, tazobaktam) beriladi yoki ana shunday kombinirlangan preparatlar yaratilgan, ularni xomiladorlarda extiyotkorlik choralari ko`rib berish mumkin.

Xomilani organogenezi yakuniga yetgan va yo`ldosh funksiyasini boshlagan davridan boshlab (xomiladorlikni ikkinchi va uchinchi trimestri) berilayotgan antibiotiklar ko`lami kengaytiriladi: sefalosporinlarning 4 avlodi beriladi, berish yo`li-mushak orasiga, vena ichiga yoki ichishga, muddati 6-10 kun. Ushbu gurux antibiotiklarga rezistentlik bo`lsa, ikkinchi va uchinchi trimestrlarda aminoglikozidlarni III-chi avlodi (tobramisin, amikain, netilmisin va b.q.) buyurilishlari mumkin. Streptomisin mumkin emas, gentamisin-chegaranish bilan (stotoksik va nefrotoksik ta'siri bo`lganligi tufayli) buyuriladi. Kokkli floralar siydik ekuvida aniqlansa (streptokokk, stafilokokklar) makrolidlar, asosan eritromisin 10 kunlik davolash kursi bilan beriladi.

Eslab qolish kerak: 1.Og`ir infeksiyalarda bir necha antibiotiklar kombinirlanib beriladi. 2.Tetrasiklin, levomisetin va streptomisin guruxi preparatlarini berish man etiladi. 3.Antibiotiklardan tashqari, xomiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida, antibakterial preparatlar (5-NOK, nevigramon, furagin, urosulfan) qo`llaniladi: a)tug`ruq oldindan nevigramonni berish to`xtatiladi (xomila bosh ichki bosimini oshiradi va dispeptik simptomlar chaqiradi); b)sulfanilamid preparatlardan urosulfan (1,5-2 g/sut., ichishga) va etazol beriladi, tug`ruqdan 10-14 kun oldin to`xtatiladi; v)madtribon va sulfapiridazinlarni qo`llash man etiladi; g) ftorxinolonlar tug`ruqdan keyingi davrda buyuriladi.

Umuman ta'kidlash lozimki, konservativ-antimikrobli terapiya o'z vaqtida tiklangan siydik oqimi va kompleks terapiya fonida, shubxasiz, davolash samarasini yoki imkoniyatlarini ishonchli oshiradi.

Glomerulonefritlar va xomiladorlikni olib borish xamda tug'ruqni o'tkazish taktikasi

Glomerulonefritlar xomiladorlik davrida xomiladorlikni va tug'ruqni asoratli o'tishiga xamda xomilani nosog'lom rivojlanishiga olib keladi. Turli mualliflarning kuzatuvlari bo'yicha AG-siz va AG-li GN da muddati bilan o'tuvchi tug'ruqlar 71,3% va 28,2% ni tashkil etadi, ya'ni 2,5 barobarga farqlanib aniqlanadi, barvaqt tug'ruqlar jami GN fonida 28,3% (o'z-o'zidan bolani tushib ketishi) va 73,6% (tibbiy ko'rsatma bo'yicha qilingan abortlar) chastota bilan aniqlanadi.

Yana jiddiy xavf shunda-ki, GN bilan 29,4% xollardagina sog'lom bola tug'iladi xolos yoki 70,6%-ga yetib tug'ilgan bolalarda mu'ayan patologik xolat aniqlanadi (F.Arias, Karaseva A.N., Shextman M.M. va b.q.). Perinatal o'lim 107,2% ni, postnatal o'lim-38,4%, intranatal o'lim -35,7% va antenatal o'lim -35,7% ni tashkil etadi, gipoksiya bilan tug'uluvchi bolalar 19,2%-ni, gipotrofiya bilan 25,6%ni va chala rivojlangan bolalar tug'ilishi 25,6%-ni tashkil etib GN bilan ayollarda tug'iladi.

Buning asosiy sabablari-gestozni rivojlanishi, bachadonli-yo'ldosh qon aylanishini buzilishi va buyraklar gemodinamikasining kuchli buzilishlari xamda buning oqibatida umumiy qon aylanishidagi jiddiy patologik siljuvlar kabilardir.

GNning xavfi (omiladorlikka, tug'ruqqa, onaga, xomilaga, oqibatga, davolash taktikasiga) M.M.Shextman bo'yicha III ta darajaga ajratiladi:

- ✓ **I xavf darajasi** -eng past xavf darajasidagi GN bilan xomilador ayol. Asoratlarni kelib chiqishi 20% dan oshmaydi yoki xomiladorlik GN kechishini yomonlashtirishi sur'ati ayolda 20%-dan oshmaydi.
- ✓ **II xavf darajasi** -kuchli ifodalangan xavf darajasi. Kasallanish sababi bo'lib xomiladorlikni gestoz bilan asoratlanishi 20% dan to 50%-gacha

yetib kelib chiqadi yoki xuddi shunday chastotalar bilan o`z-o`zidan sodir bo`lgan abortlar, xomila gipotrofiyasi kelib chiqadi yoxud perinatal o`lim sur'ati 200%-gacha yetib ko`payadi. Xomiladorlikning xavfi tusga o`tib kechishi tufayli, birinchidan, GN ni o`zi xomiladorlik davrida yoki tug`ruqdan keyin 20%-dan ortiq bemorlarda shiddatlashadi.

- ✓ **III xavf darajasi** –o`ta kuchli xavf bor xolat: xomiladorlikni asoratlanishi 50% dan oshadi, sog`lom bolani tug`ilishi juda kam kuzatiladi, perinatal o`lim sur'ati 200%-dan ortiq bo`ladi, xomiladorlik bemor ayol sixatiga a xayotiga taxdid soladi.

Eslab qolish kerak: 1.SGF ni latentli shakli va o`choqli GN aniqlansa, I xavf darajasiga kiritiladi; 2.SGFning nefrotik shakli II xavf darajasini keltirib chiqaradi; 3.O`GN, SGFning gipertonik va aralash turi xamda GN ning azotemiya bilan ifodalanuvchi xar qanday shakli III xavf guruxiga kiritiladi. 4.SGF ni gipertenziya bilan kechishi (DAB ni 100 mm. ust. dan yuqori bo`lishida) yoki aralash shaklida deyarli xar bir xomiladorda xomiladorlikning asorati kelib chiqadi yoki “buyraklarni to`liq ishdan chiqishi”, yo`ldoshni barvaqt ajralishi, miyaga qon quyilishi (AG azotemiyaga qiyosan kuchliroq xavf tug`diradi!) va xomilani o`lishi rivojlanadi. 5.Xomiladorlik asortalari 28-chi xaftalar atrofida aksariyat ko`payadi, arterial bosimni me'yordan turg`un oshib turishini buyrak faoliyatini buzilishi ko`rinishlari bilan qo`shilishib davom etishi xomila va chaqaloqni yo`qotish xamda akusherlik asoratlarning xavfini 10 barobargacha oshiradi, xuddi shunday xavf proteinuriyani tez va shiddatlanib (3,5 g/sut va ortiq bo`lib) ortib borishida xam bo`ladi (sekin asta oshib boruvchi va uzoq turib qolgan proteinuriyani xavfi past bo`ladi) va shuning uchun AG va proteinuriyadan-gestozni barvaqt tashxislashda mezon sifatida foydalanish mumkin: ularni tobora o`sib borayotganligi gestozni qo`shilganligini xabarchisidir. 6.GNning fonida og`irlashib borayotgan gestozning kritik ko`rinishlari bosqichi tafovutlanadi, uning belgilari/darakchilari: AGQshiddatli proteinuriya, eklampsiya, HELLP-sindrom, o`tkir buyrak yetishmovchiligi, DVS-sindrom, yo`ldoshni barvaqt ajralishi, xomilani o`lishi kabilar bo`ladi.

GN bilan xomiladorlarda terapevt taktikasi quyidagilarga qaratiladi:

a)majburiy (6 ta), maxsus (ular xam 6 ta), instrumental (yetakchilari 6 ta) va qo`shimcha tekshiruvlar (13 ta) dan foydalanib GN ga tashxisni aniq qo`yishi, o`tkir va surunkali turini ajratish, klinik variantlarni ko`rsatish, xomiladorlik va tug`ruqqa xavf darajasini tasdiqlab berish, xomiladorlikni va tug`ruqni to`xtatish yoki davom etdirish masalasini xal qilib berish, tug`ruqni o`tkazish usuli/yo`llari bo`yicha tavsiyani akusher-ginekologlarga kiritish, urgent va rejali davolash dasturini, dispanserizasiya rejalarini tuzish va amalga oshirish xamda jami faoliyatini nazorat qilib turish; b)davolash kompleks xolda o`tkaziladi (yuqorida keltirilgan) va xomiladorlik davrigacha xususiyatlari e'tiborga olinadi (quyida qayd etilgan); v)O`GF gipertenziya va proteinuriya bilan kechganda xomiladorlikni to`xtatish tavsiyasi beriladi, O`GF gipertenziyasiz va azotemiyasiz kechsa-xomiladorlik va tug`ruqqa ruxsat beriladi; g)nimo`tkir GNda tug`ruqqa ruxsat etilmaydi va uzog`i bilan 1,5 yildan bemor ayolni o`limiga olib keladi; d)nefrotik shaklli GN da xam kuzatuv asosida xomiladorlikni davom etdirishga tavsiya beriladi, aralash shaklida esa oqibat deyarli yomon bo`lganligi uchun xomiladorlikka ruxsat berilmasa maqsadga muvofiq bo`ladi; o`choqli GN va latent kechuvchi GN da xomiladorlik va tug`ruqqa nomuvofiq salbiy ta'sir kam bo`ladi va oqibat ko`pincha yaxshi tugaydi, tug`ishga bunday ayollarda ruxsat beriladi; ye)xomilador, GN bilan xasta ayol I-va II-xavf darajalarda bo`lsa tug`ish mumkin deb III xavf guruxida, tasdiqlangan taqdirda esa xomiladorlik mumkin emas deb tavsiya etiladi. GN simptomlari emas, xomiladorlikka monelikni aniqlashda uning shakli va buyraklar funksiyasini ko`rsatkichlari muxim rol o`ynashadi va buni prognozlashda e'tiborga olish kerak bo`ladi. Va yana, biopsiyaga asoslangan tasnifdan emas, balki GNni klinik tasnifidan foydalanib prognozlash amaliyoti bajariladi; j)GN bilan ayollar xomiladorlikning birinchi 12 xaftasida to`liq tekshirilib va albatta shifoxona sharoitida kuzatilib xomiladorlikni saqlash masalasi yechiladi; z)GN latent shakli ayollar maslaxatxonasida kuzatib borilishi mumkin-u, lekin nefrotik, gipertonik va aralash shakllari qancha kerak bo`lsa shuncha shifoxonaga yotqiziladi va shu yerda davolanadi; k)GN nefrotik, aralash va

gipertonik shakllarini xomiladorlikka xavfi yuqoriligini va xar qanday paytda muddatidan oldin tug`ruq bo`lishi extimoli borligini xisobga olib xomiladorlikning 36-37 xaftalik muddatlarida, oldindan shifoxonaga yotqiziladi yoki AB ko`tarilishi bilan ifodalangan GN bilan bemor ayollar xam tug`ruqdan bir necha xafta burun yotkiziladi va davolanadi.

Akusher-ginekolog taktikasi GN bilan xomiladorlarda terapevt tavsiyalarini xisobga olib tashkil etiladi: • 70% GN bilan xomiladorlarda xomiladorlikka taziq kuchli bo`lmaydi va normal AB, SKFni 60 ml/daq.dan yuqoriligi, siydik nisbiy zichligini 1023 dan baland bo`lishini ta'minlab, shishlar yo`q bo`lsa, ko`z tubida o`zgarishlar aniqlanmasa, yengil gematuriya va proteinuriya 5g/sutkadan kam bo`lsa-xomiladorlik o`z vaqtida va tabiiy yo`llar orqali o`tkaziladi yoki bunday xolatlarda GN bilan xomilador ayollarda oqibati yaxshi bo`ladi; • O`GN bilan ba'zi xollarda xomiladorlik to tug`ruqning muddatigacha yetkaziladi, bunda jadal davo uzoq muddatda olib borilishi taqozo etiladi. Lekin umuman, istalgan xomiladorlik bo`lmagan chog`da, O`GN va SGN ning qaytalanishi III xavf guruxiga kiritilib xomiladorlikka ruxsat berilmaydi yoki u muddatidan oldin to`xtatiladi; •SGN bilan xomiladorlarni tekshirishni (birinchi 12 xaftalik muddatida) to`liqqonli bo`lishliligini ta'minlash uchun ular tug`ruq uylariga emas, (chunki yetarlicha tashxisiy imkoniyatlarga ega bo`lishmaydi) balki terapiya bo`limlariga yoki ixtisoslashtirilgan nefrologik shifoxonaga yotqizilishadi; •xomiladorlik davrida GN ni davolash xomiladorlik yo`qligi paytdagi GN ni davolashdan tubdan farq qiladi va shuning uchun, terapiyani xomilaga, onaga, tug`ruqqa va chaqaloqqa salbiy ta'sirini bartaraflab borish asosiy vazifa qilinib belgilanishi lozim: bunga akusher-ginekolog va terapevtning uyg`unli davolash dasturini ta'minlash va amalga oshirish orqali erishiladi; •jarroxiya yo`li bilan tug`ruqni o`tkazish akusherlik ko`rsatmalari bilan (xomila asfiksiya,-tug`ruqni ikkilamchi ojizligi va x.k.) va GN ni piyelonefritga qo`shilishib kechganida ayniqsa individual tarzda belgilanadi.

GN larni xomiladorlik davrida davolash xususiyati eng avvalo shundan iborat bo`ladi-ki, u xomilani yashashiga muvofiq sharoitni ta'minlab berishi kerak va uning rivojlanishini buzmasligi darkor.

Davolash vositalari: nomedikamentozli usullar (muvofiq ish rejimi-sovuq va uzoq vaqt tik turib qolishdan extiyot bo`lish, chunki ular buyraklarda qon oqimini kamaytiradi, proteinuriyani kuchaytiradi; ko`proq o`tirib ishlash va kunduz kunlari yotib dam olish-kunduzgi dam sharoitini ta'minlash; parxezli taomnoma-tuzni va suyuqlikni chegaralash to 3 g sutkasigacha miqdorda va b.q.), medikamentozli usullar, fizikaviy usullar va simptomatik usullar kabilardan iborat bo`ladi.

Eslab qolish kerak: 1.Etiologik (streptokokkli) terapiya o`tkazilmaydi, O`GN xomiladorlik paytida juda kam uchrashi bunga sabab bo`ladi. 2.An'anaviy farmakoterapiya orasidan xomiladorlik davrida GN ni davolash uchun faqat uchta preparat qo`llaniladi xolos: antiagregantlar, geparin va aspirin. Boshqa patogenetik terapiya vositalarini xomiladorlik davrida qo`llash man etiladi va ular qatoriga quyidagilar kiradi: aminoxinolinlar, dipiridamol, fenilin, indometasin, brufen, sitostatiklar, xattoki glyukokortikosteroidlarni (lekin ularni ma'lum klinik vaziyatlarda extiyotkorlik bilan qo`llash mumkin) xam, plazmaferez, antilimfositarli zardob kabilar. Ular embrio-va fetotoksik ta'sir ko`rsatishadi. 3.Mu'ayan klinik vaziyatlarda, GNlarning ba'zi shakllarida va ayniqsa, immunologik jarayonlar ustuvorligi bilan o`tadigan turlarida M.M.Shextman prednizoloni qo`llash mumkin deb tasiya etadi: kichik miqdorlar bilan 20 mg dan (birinchi trimestrda) boshlab to 30 mg gacha (ikkinchi trimestrda) buyuriladi. Katta miqdorlari man etiladi, chunki unda qator-xomila gipotrofiyasi, gemolitik reaksiyalar, Kushinga sindromi, gipokortisizm, qattiq tanglay bitmay qolishi, gipoglikemiya va aqliy orqada qolish kabi noxush ta'sirlar kelib chiqadi. 4.Nefrogen AG sindromini davolashda kalsiy antagonistlari, (-adrenoblokatorlar, diuretiklar, α -adrenoblokatorlar qo`llaniladi va ularga qo`shimcha "yoqa" xududi galvanizatsiyasi yoki endonazal elektroforez (nevrotik reaksiyalarni muvofiqlashtirishadi, bosh miya gemodinamikasini yaxshilaydi), mikroto`lqinli, ultratovushli terapiya (buyrak soxalariga) va elektroanalgeziya (nevrotrop ta'sirini

ko`rsatishadi) usullari keng qo`llaniladi. **5.**Gipoproteinemiya-quruq plazma 200-300 ml vena ichiga tomchilab 2-3 marta xaftasiga quyiladi yoki 20%-li albumin eritmasi 100-200 ml yoki protein 200-300 ml dan quyuladi (poliglyukin, reopoliglyukin kabi oqsilmas preparatlarni berish mantiqsiz bo`ladi, boisi oqsil taqchilligini yo`qotisha olmaydi va buning ustiga xavfli asoratlarni chaqirishlari ximomoli xam ko`p bo`ladi). **6.**Nefrogen kamqonlikda muvofiq feroterapiya yoki vitaminli terapiya o`tkazilishiga qaramasdan kam naflil bo`ladi. Qon yoki eritrositlar massani quyish naflil bo`ladi-yu, lekin bu xavfli: organizm immunizasiyalanishini (donor qoni antigeni bilan) chaqirib o`lik bola tug`ilishiga yoki bepustlikka olib keladi. **7.**Streptokokkili infeksiyadan saqlash tadbirlari xomiladorlarda olib boriladi: •profilaktik tonzillektomiya; (faqat SGN boshlang`ich bosqichlarida amalga oshiriladi, xomiladorlik davrida shart emas); •shamollash kasalliklari kelib chiqqanda benzilpenisillin va eritromisidan foydalaniladi. **8.** Azotemiya oshib borganda natriy gidrokarbonat (3-5%-li eritmasi 100-150 ml vena ichiga tomchilab yoki xuqna qilib xar kuni yoki kun aro to xaxiraviy ishqoriylik ko`tarilguniga qadar), lespenefril vena ichiga tomchilab (30 mg 100 ml fiziologik eritma bilan) yoki ichish uchun 10 ml dan berilib foydalaniladi. **9.**Xomiladorlarda fitoterapiyadan keng foydalanish tavsiya etiladi va endotelial-trombositarli buzilishlarni bachadon va yo`ldosh arteriyalarida bartaraflash xamda oldini olish uchun (profilaktik maqsadda-gestoz va boshqa ekstragenital kasalliklarni asosan) kurantil 150-225 mg/sutkasiga xomiladorlikni ikkinchi trimestridan boshlab to tug`ruqqacha bo`lgan davrda beriladi. Bu maqsadda asosan aspirinni qo`llash aksariyat tavsiya etiladi: • klinik vaziyat turidan kelib chiqib aspirin 6 xil miqdorda buyuriladi: 45, 60, 75, 100, 125 mg/sutkasiga, 45 mg/kg dan; • aspirin muntazam emas, xomiladorlikni mu'ayan muddatlaridagina buyuriladi: • xomiladorlikning 23-chi xaftasidan 38-chi xaftasigacha; tug`ruqqacha 12-chi xaftadan 19-chi xaftagacha; tug`ruqqacha 28-xaftadan boshlab.

1. B.I.Shulutko, S.V.Makarenko Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash standartlari. 4-chi nashri. "ELBI-SPB".-Sankt-Peterburg.- 2007.- B. 385-450.
2. Smirnov A.V., Dobronravov V.A., Kayukov I.G. Kardiorenalnqy kontinuum: patogeneticheskiye osnovo' preventivnoy nefrologii/Nefrologiya. -2005.-T. 9; №3 –B. 8-9.
3. Shulutko B.I., Makarenko S.V. Surunkali piyelonefrit-u bormi yoki u yo`qmi?//Nefrologiya. -2006.-T. 10.-№ 3. –B. 115-117.
4. V.P.Pomerasev, YU.I. Skipuri Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash bo`yicha qo`llanma. –Tula. -1994. B. 143-162.
5. S.YU.Tursunov, N.S.Mamasaliyev Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash.I va II-qismlari. "Andijon"nashriyoti. -1997.-B. 170-197.
6. Djon Nobel Umumshifokorlik amaliyoti.-Moskva.- "PRAKTIKA".- 2005.-B. 1273-1320.
7. A.L.Vertkin Tez yordam bo`yicha milliy qo`llanma. –Moskva. "Eksmo" nashriyoti.-2012.-B. 452-474.
8. Dorivor vositalarni qo`llash bo`yicha Federal qo`llanma. XVI nashri. A.G.Chuchalin va V.V. Yanessova taxriri ostida.-Moskva.- 2015.-B. 536-541
9. M.M.Shextman Xomiladorlarda ekstragenital patologiyalar bo`yicha qo`llanma. Triada X.- 2008. B. 373-515.
10. Shabad A.L., Xodo'reva L.A., Ignashin N.S., Lavrinova L.I. Pufak-kosachali reflyuksni xomiladorlarda ifodalanishi//operativ nefrlogiya va urologiyaning dolzarb masalalari.-L.- 1994.-B. 98-101.
11. Tiktinskiy O.L. Urolitiaz //L.Medisina. -1980.-B. 180-187
12. Tiktinskiy O.L., Kalinina S.N. Piyelonefrit.// SPB, Media Press.-1996. B. 64-89.
13. Tareyeva I.YE., Rogov V.A. Nefrit va xomiladorlik// Novo'e med. Jurnal, 1996-№1- B. 20-27.
14. Stepanova R.N. Xomiladorlik va autoimmunli kasalliklar//Vestnik Ros. assosiasii akush.-gin. -1997. -№1.- B. 52.

15. Ro'ss YE.S., Rumyansev A.SH., Senchik R.V., Kisina A.A. Takroriy xomiladorlik va tug`ruqlarda surunkali glomerulonefritni asorat bermay kechishi xolatlari// Ter. Arxiv. -1991. №10.- B. 85-86.
16. Nikiforova O.V. Xomiladorlikning asoratlari glomerulonefrit va gipertoniya kasalliklarida profilaktika qilishda asetilsilat kislotasi va kurantilni qo`llash// Ter. arxiv. -1993-№6 –B. 66-67.
17. Repina M.A., Vetrov V.V. Tug`ruqdan keyingi sepsis rivojida siydik yo`llarining infeksiyalarini ahamiyati// Akush. va gin. -1982.-№5. –B. 7-10.
18. Ratner M.YA. Surunkali buyrak yetishmovchiligida konservativ terapiya// Klin. Med. -1992.- №5-6. –B 76.
19. Po'tel YU.A., Loran O.B. O`tkir gestasion piyelonefrit// Rossiya urologlari jamiyati pravleniyasining plenumi. –M.- 1996. –B. 230-232.
20. Pogosyan A.M., Shevsova YE.V. Xomiladorlik siydik-tosh kasalligini xatar omili xisoblanadimi? // Kazan. Med. Jurnal. -1991. №1. –B. 58.
21. Pamfamirov YU.K., Kichikxanov S.SH. Buyraklar distopiyasi va genital patologiya// Akush. i ginek.-1991. №4. –B. 61.
22. Maletin A.G., Kolesnikova YE.V., Maletina L.I. Siydik pufagining ekstrofiyasida xomiladorlik va tug`ruqlar// Akush. i gin. -1988.-№9. –B. 56.
23. Lopatkin N.A., Shabad A.L. Ayollarda urologik kasalliklar// M.Medisina. - 1985. –B. 224-229.
24. Kremling X., Lutsayer V., Xaynts R. Ginekologik urologiya va nefrologiya// M., Medicina. -1985. –B. 132-159.
25. Yermolenko V.M. O`tkir buyrak yetishmoqchiligi: patogenez, tashxisot va davolash// Ter. Arxiv. -1986. -№8. –B 124-137.
26. Yemelyanova A.I., Krasilnikova A.YA., Kurbanova D.D. Yolg`iz buyraklarda gestasion davrni kechishi xususiyatlari // Akush. va gin., 1989. - №8. –B.37.
27. Yelisseyev O.M., Shextman M.M. Xomiladorlik. buyraklar, tomir va yurak kasalliklarini aniqlash va davolash// Rostov na Donu, Feniks. -1997.- B. 384-455.

28. Dyado'k A.I., Vasilenko I.V., Bagriy E.A. Glomerulonefrit va xomiladorlik// Ter. arx. -1989. -№10. –B. 64-80.
29. Davlyatyan A.A. Xomiladorlarda o`tkir piyelonefritni davolash// Akush. va gin., 1993.- №4. –B 19-21.
30. Davlyatyan A.A., Morozov D.V. Xomiladorlarning o`tkir yiringli-destruktiv piyelonefritini jarroxiya yo`li bilan davolash// Urologiya va nefrologiya. - 1996. -№6. –B 20-22.
31. Darenkov A.F., Balchiy –ool A.A., Shemetov V.D. Piyelonefritni kompleks davolashda akupunkturani qo`llash// Urol. Va nefrol. -1993. №2 –B. 8-11.
32. Grund V.D., Shabad A.L., Shapiro L.A. Siydiktanosil tizimi silini tashxisoti//Tuberkulez mochepolovoy sistemo'- M., -1993. –B 242-249.
33. Muxin N.A., Tareyeva I.YE., Shilov YE.M., Kozlovskaya L.V. Buyrak kasalliklarini aniqlash va davolash. –M.: GEOTAR- Media. -2008. –B. 274-384.
34. Nefrologiya. Milliy qo`llanma// N.A.Muxin taxriri ostida. –M.: GEOTAR-Media.- 2009 –B. 694-720.
35. M.A.Kachkovskiy, N.S.Mamasaliyev i dr. Ichki kasalliklar. “Namangan nashriyoti”.- Namangan.- 2015.- B. 414-447.
36. Ichki kasalliklarni tasnifi. Tashxisini shakllantirishning uslubiy yondoshuvlari. NijGmA nashriyoti. -2015. –B. 236-245.
37. Grinshteyn YU.I. Gipertenziv Ensefalopatiya: tarqalishi, tashxisi va davolash// Amaliyot shifokorlari uchun ma'ruzalar. –Moskva. 2013. –B. 272-278.
38. Beloborodova N.V. Sepsis muammolari: yangi yechimlar izlash//. O`sha yerda. –B. 396-405.
39. Orlova S.N. Uchastka terapevti faoliyatida streptokokkli infeksiyalar. Zamonaviy tashxislash va davolash usullari//Amaliyot shifokorlari uchun ma'ruzalar. –Moskva. 2012 –B. 536-551.

- 40.Kokolina V.F. Bolalar va o`smirlarda urogenital infeksiyalarni davolash va profilaktikasi// Amaliyot shifokoralri uchun ma'ruzalar. –Moskva. -2014. –B. 578-591.
- 41.Bun, Nikolas A. Davidson bo`yicha ichki kasalliklar: Nefrologiya. Revmatologiya: O`quv qo`llanmasi. –M.: GEOTAR-Media. 2010. B. 236-239.
- 42.Nefrologiya: o`quv qo`llanmasi// YE.M.Shilova taxriri ostida. –M.: GEOTAR-Media. -2007. –B. 587-685.
- 43.Tarida S., Rida H. et al. and all. JnFluences of pregnancy on the natural course of chronic glomerulonefritis with impaired renal function//Nippon Jinzo Gakkaishi, 1991. v. 33, №8, P. 807-809.
- 44.LaHanzi D.R., Cook W.A. Urinary calculi in pregnancy.// Obstet. And Gynec., 1980/ -v. 56.-№4. P. 465-469.
- 45.Chessen R.R., Gallup D.G., Gibbs R.L. Uetrasonographic diagnosis of asymptomatic cholelithiasis in pregnancy.//J. Reprod. Med. -1985. –vol. 30. №12.-P. 921.