

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ХАСАНОВ МАРДОН МУҲАММАДИКУЛОВИЧ

**ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА АСОРАТЛАНГАН СУПРАВЕЗИКАЛ
ОБСТРУКЦИЯНИ РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ
ТАНЛАШ**

14.00.31 – Урология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Хасанов Мардон Мухаммадикулович

Ҳомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкцияни рационал даволаш тактикасини танлаш 3

Хасанов Мардон Мухаммадикулович

Выбор рациональной лечебной тактики при осложненной суправезикальной обструкции у беременных 21

Khasanov Mardon Mukhammadikulovich

The choice of the rational treatment tactics for complicated supravvesical obstruction in pregnant women 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ХАСАНОВ МАРДОН МУҲАММАДИКУЛОВИЧ

**ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА АСОРАТЛАНГАН СУПРАВЕЗИКАЛ
ОБСТРУКЦИЯНИ РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ
ТАНЛАШ**

14.00.31 – Урология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.2.PhD/Tib703 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.rscs.uz) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Мухтаров Шухрат Турсунович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Гайбуллаев Асилбек Асадович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ахмедов Рустам Носирович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Гиссен ва Марбург университет клиникаси
(Германия)

Диссертация химояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (98-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2020 йил «___» _____ да тарқатилди.
(2020 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
академик

А.Х. Бабаджанов

Илмий даражалар берувчи илмий
кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятов

Илмий даражалар берувчи илмий
кенгаш қошидаги илмий семинар
раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа докторлик (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «ҳомиладорликнинг дастлабки муддатларидан бошлаб, соғлом аёлларнинг 80% да прогестерон таъсири билан боғлиқ ҳамда сийдик найлари тонусининг пасайиши ва гипокинезияси билан намоён бўлувчи сийдик йўлларида функционал ўзгаришлар юзага келади»¹. Бунинг фонида, одатда, ковуқ-сийдик найи рефлюкси ривожланади, жом ичи босими ортади, жом-буйрак рефлюкси юзага келади, оқибатда сийдик, микроб ва токсинлар буйрак тўқимасига кириб боради, бу ҳолат ўткир пиелонефритнинг ривожланишига мойиллик яратади. «Ушбу буйрак патологиясида ҳомиладорликнинг асоратли кечиши 82,3-89,0% ҳолларда учрайди»². Бундан ташқари, обструктив жараённинг оғир кечишига катталашган бачадон таъсирида эзилиши оқибатида юзага келувчи сийдик найи ва буйрак жомининг кенгайиши сабаб бўлади. Ҳомиладор аёлнинг юқори сийдик йўллари бироз кенгайиши физиологик ҳисобланади ва у деярли 90% ҳолларда кузатилади. Бундай ўзгаришлар кўп ҳолларда симптомларсиз кечади, туғруқдан сўнг бир неча ҳафта ўтгач ўз-ўзидан бартараф бўлади. Лекин сийдик йўллари инфекцияси фонида бу ҳолат пиелонефритнинг ва унинг оқибатида уросепсиснинг тез ривожланишига олиб келиши мумкин. Агар сийдик пассажиининг бузилиши сақланиб қолаётган бўлса, хатто энг кучли медикаментоз терапия ҳам самарасиз бўлиши мумкин. Шунинг учун, касалликнинг обструктив турларини даволашда буйрак жомини дренажлашнинг турли усулларини қўллаб, адекват уродинамикани тиклаш белгилловчи ҳолат бўлиб ҳисобланади. Юқорида таъкидланганидек, ҳомиладор аёлларда пиелонефрит ва юқори сийдик йўлларидаги ретенцион-обструктив шикастланишни комплекс даволаш тактикасини ишлаб чиқиш зарурати туғилади.

Жаҳон амалиётида ҳомиладорликдаги суправезикал обструкциянинг асоратли кечишига ва уни ҳомиланинг ривожланишига таъсир этувчи хавф омилларини ҳамда сабаб ва оқибат боғлиқликларини аниқлашга қаратилган бир қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, жумладан: ҳомиладорлик даврида сийдик йўллари инфекциясини қўшилиши ёки зўриқишига олиб келувчи омилларни аниқлашга, уродинамиканинг механик бузилиши, ковуқ-сийдик найи рефлюксининг ривожланиши, организмнинг химоявий кучларини сусайтирувчи физиологик транзитор иммуносупрессия ҳолатларини ўрганиш, бунда буйрак косача-жом тизими ва сийдик найлари дилатацияси ҳамда уларнинг тонуси ва перистальтикасини «физиологик» уретерогидронефрознинг шаклланишига таъсири, унинг оқибатида сийдик йўллари инфекциясининг тарқалашига ва аввалдан нефролитиази бўлган

¹Farr A., Ott J., Kueronya V., Margreiter M., Javadli E., Einig S., Husslein P. W., Bancher-Todesca D. The association between maternal hydronephrosis and acute flank pain during pregnancy: a prospective pilot-study // J Matern Fetal Neonatal Med. 2017. 28(12):2417-2421

²Tkaczyk M, Stanczyk M, Krzeszowski W, Wojtera J, Litwinska M, Fortecka-Piesterziewicz K, Talar T, Pawlowska B, Olejniczak D, Podgorski M, Swiechowski R, Krygier A, Wosiak A, Szaflik K. Neonatal survival and kidney function after prenatal interventions for obstructive uropathies. // Ginekol Pol. 2019;90(7):416-422.

хомиладорларда буйрак жомидаги тошни сийдик найига кўчиб ўтиши сабабли обструктив уропатияни ривожланишига шароит яратилишига қаратилган масалалар ўта долзарб ҳисобланиб, хомиладор аёлларнинг ушбу хавф омиллари билан тўғридан-тўғри боғлиқлиги билан белгиланади.

Соғлиқни сақлаш тизими ривожланишининг ҳозирги босқичида фертил ёшдаги аёлларда сурункали кечувчи касалликларни эрта ташхислаш ва даволаш тактикасини яхшилашга қаратилган кўплаб мақсадли чора-тадбирлар ўтказилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, хомиладорлардаги асоратланган суправезикал обструкцияни ташхислаш ва даволаш сифатини яхшилашда, самарали тиббий ёрдам кўрсатишда, асоратлар частотасини камайтиришда муайян ижобий натижаларга эришилган. Шу билан биргаликда, тиббий хизмат кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун хомиладорлардаги асоратланган суправезикал обструкция профилактикаси усулларининг самарадорлигини баҳолаш учун илмий асосланган натижаларни талаб этади. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, хомиладорлардаги асоратланган суправезикал обструкцияни ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилаш ва оптимал тактик ёндашувларни ишлаб чиқиш долзарб йўналишлардан бир бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш стратегияси тўғрисида»ги, 2017 йил 2 ноябрдаги ПФ-2650-сон «2016-2020 йилларда Ўзбекистонда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2017 йил 20 июндаги ПФ-3071-сон «2017-2021 йилларда аҳолига ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа муъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Уретерогидронефроз симптомокомплекси ва сийдик йўллари инфекциясининг тарқалиши билан намоён бўладиган хомиладорлардаги юқори сийдик йўллариининг ўткир обструкцияси етарлича ўрганилганлигига қарамасдан, ҳозиргача ушбу ҳолат замонавий тиббиётда жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. Обструкциянинг

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сонли Фармони, ЎзР Қонун Ҳужжатлари тўплами, 2017й.

сабабидан қатъий назар, буйрак ва сийдик йўллариининг суправезикал сегментида кечаётган патофизиологик жараёнлар бир-бирига жуда ўхшаш. Ма Z.⁴нинг фикрига кўра, «обструкциянинг сабаби, кўп ҳолларда, сийдик тош касаллигидир, бунда, деярли барча беморларда сийдик йўллариининг суправезикал сегментида уродинамиканинг бузилиши аниқланади». «Ушбу патологияда сиқилиш жараёни натижасида жом ичи босимининг кўтарилиши, микроциркуляциянинг бузилиши, буйрак паренхимасида шиш ҳосил бўлиши, қовузлокларда фильтрациянинг пасайиши кузатилади» (Reuter DG⁵). Denny E.⁶нинг фикрига кўра, «обструкциянинг сабаби ва унинг юқори сийдик йўллариининг қайси қисмида жойлашганидан қатъий назар, касалликнинг асосий симптомлари оғриқ синдроми, тана ҳароратининг кўтарилиши ва қондаги лейкоцитоздир. Натижада, улар интоксикация симптомларининг ошиб боришига, ҳаттоки инфекция-токсик шок ривожланишига олиб келади ва бу ҳолат она ва ҳомила ҳаётига жиддий хавф солади». Ўткир обструкция вақтида буйрак ва сийдик йўлларида кечаётган жараёнларнинг мураккаб механизми индивидуал хусусиятларга эга ва айниқса, ҳомиладорлик даврида, кўпгина сабабларга боғлиқ.

Европа миллий тавсияларига биноан (Crader M.F.⁷) «ҳомиладорлик даврида кечаётган барча сийдик йўллари инфекциялари асоратланган, деб ҳисобланиши зарур, чунки ҳомиладорлик иммунитетнинг пасайишига олиб келади, уродинамикани механик жихатдан тобора ёмонлаштиради, сийдик тош касаллигининг асоратланиш хавфини кўпайтиради». Ноҳсан М.В.⁸нинг фикрига кўра, «аҳтимол урологик ва нефрологик асоратлардан ташқари, она ва ҳомила орасидаги узвий боғлиқлик оқибатида сийдик йўллари инфекцияси ҳомиладорликнинг узилиш хавфи, ҳомиланинг беҳосдан тушиб қолиши, вақтидан олдин туғилиши, кам вазнли чақалоқнинг туғилиши каби акушерлик ва перинатал асоратларнинг ривожланишида етакчи рол ўйнаши мумкин». Сийдик йўллари инфекциясининг энг хавфли асорати – чақалоқда инфекция-яллиғланиш касаллигига сабаб бўлиши мумкин бўлган бачадон ичи инфекциясидир. Ҳомиладорлик даврида бачадон ичи инфекцияси аниқ ташхисланмайди. Masselli G.⁹нинг фикрига кўра, «унинг борлигини кўрсатувчи билвосита омиллар мавжуд, улар қаторида фетоплацентар етишмовчилик белгилари, ҳомиланинг ички аъзоларидаги визуал ўзгаришлар, ультратовуш текшируви маълумотларига биноан ҳомила атрофидаги суюқлик ва йўлдошнинг сифати, ҳомила вазн-бўй

⁴Ma Z, Lu D, Zhao W, Wang H. RBP and Alb in neonatal hydronephrosis and its association with IL-12 levels in pregnant women before delivery. // Exp Ther Med. 2019 Jul;18(1):497-502.

⁵Reuter DG, Law Y, Levy WC, Seslar SP, Zierler RE, Ferguson M, Chattra J, McQuinn T, Liu LL, Terry M, Coffey PS, Dimer JA, Hanevold C, Flynn JT, Stapleton FB. Can preeclampsia be considered a renal compartment syndrome? A hypothesis and analysis of the literature. // J Am Soc Hypertens. 2016 Nov;10(11):891-899.

⁶Denny E, Quinlan-Jones E, Bibia S, Kilby M. The experience of pregnant women with a diagnosis of fetal lower urinary tract obstruction (LUTO). // Midwifery. 2014 Jun;30(6):636-42.

⁷Crader MF, Leslie SW. Bacteruria. // StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-2019 Nov 7.

⁸Ноҳсан МВ, Екинчи М, Туңқиран А, Оксай Т, Ўзорак А, Ўзкардеҳ Н. Management of symptomatic ureteral calculi complicating pregnancy. // Urology. 2012 Nov;80(5):1011-4.

⁹Masselli G, Derme M, Laghi F, Poletini E, Brunelli R, Framarino ML, Gualdi G. Imaging of stone disease in pregnancy. // Abdom Imaging. 2013 Dec;38(6):1409-14.

кўрсаткичларининг бузилиши, сурункали бачадон ичи гипоксияси белгилари ажратилади». Бачадон ичи инфекциясини даволаш баъзи ҳолларда реанимацион чораларни қўллашни, юқори малакали тиббий ходимларни жалб қилишни, жиддий иқтисодий харажатларни талаб этади. Айнан шу сабабли, ҳомиладор аёлларда асимптоматик бактериурия ҳомиладор бўлмаган аёлларникидан фарқли ўларок, онада суправезикал обструкциянинг турли хил вариантлари мавжудлиги нуқтаи назаридан чуқур ўрганишни талаб этади.

Ўтказилган адабиётларнинг тахлили шуни кўрсатадики, ҳомиладорларда суправезикал обструкцияга олиб келувчи омилларнинг хилма-хиллиги, диагностик усуллар информативлигининг турли даражадалиги, уростаз белгиларини эрта аниқлаш ва уни даволаш тактикасини танлаш имкони борлиги, терапевтик даволашдан хирургик муолажага ўтиш зарурлиги бўйича яқуний қарор қабул қилишда тактик-техник нуқтаи назарни янада такомиллаштириш ва бемор аҳволини баҳоловчи унификациялаштирилган усулни ишлаб чиқиш ўзгача муҳим аҳамият касб этади.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот режаларининг ПЗ-201709076 «Замонавий каминвазив технологияларни қўллаб, кенг тарқалган урологик касалликлар диагностикаси ва даволашни оптималлаштириш» мавзусидаги амалий илмий лойиҳаси мавзуси доирасида бажарилган (2018-2020й.).

Тадқиқотнинг мақсади ҳомиладор аёлларда оптимал тактик ёндашувларни ишлаб чиқиш йўли билан асоратланган суправезикал обструкцияни ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ҳомиладор аёлларда юқори сийдик йўллариининг асоратланган обструкциясини текшириш усуллари самарадорлигини ва уларни амалга ошириш кетма-кетлиги ва қиёсий ташхислашни аниқлаш;

ҳомиладорликнинг асоратланган суправезикал обструкциясида дорилар билан даволашнинг самарали ва хавфсиз давомийлигини баҳолаш;

ҳомиладор аёлларда ўткир асоратланган суправезикал обструкцияда консерватив даволашдан фаол аралашувларга ўтиш зарурлигини аниқлашнинг мақбул усулини ишлаб чиқиш;

ҳомиладорлик фонида юқори сийдик йўллариининг обструкцияси бўлган аёлларни даволашда турли хил инвазив муолажаларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш;

юқори сийдик йўллари обструкцияси бўлган ҳомиладор аёлларни олиб боришнинг оптимал алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказида 2016 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда суправезикал обструкцияси билан даволанган 711 нафар ҳомиладор аёллар хизмат қилган.

Тадқиқотнинг предмети суправезикал обструкцияси бўлган ҳомиладор аёлларда анамнестик сабаб ва омиллар таҳлили, клиник-лаборатор, юқори сийдик йўллариининг ҳолати ва фаолиятини тавсифловчи инструментал текширувлар натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш мақсадида қуйидаги усуллар қўлланилди: умумий клиник (қон ва сийдик таҳлили), нур текширувлар (ультратовуш ва рентгенологик) ва статистик таҳлил усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ҳомиладор аёлларда лаборатор текширув усуллариининг ўзига хос кўрсаткичлари ва ультратовуш сканерлаш натижаларини конкретлаштирган ҳолда асоратланган суправезикал обструкцияни эрта ташхислаш мезонлари аниқланган;

ҳомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкция ривожланиши асосий хавф омилларини аниқлаш ва уларнинг аҳамиятини баҳолаш билан бирга касаллик жадаллашиб боришининг клиник-патогенетик хусусиятлари аниқлаштирилган;

консерватив даволашдан фаол хирургик аралашувга ўтиш зарурлиги мезонларини конкретлаштириш имконини берувчи ҳомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкция ривожланишини прогностлашнинг дискриминант модели ишлаб чиқилган;

асоратланган суправезикал обструкцияси бўлган ҳомиладор аёлларда касаллик кечишининг оғирлик даражаси, хирургик амалиёт инвазивлиги ва асоратлар ривожланиш хавфини ҳисобга олган ҳолда каминвазив хирургик даволашнинг самарадорлиги аниқланган;

патогенетик хусусиятларига қараб, ҳомиладор аёллардаги суправезикал обструкцияни стандарт ва асоратланган кечиши орасидаги чегарани аниқлашга ва рационал тактикани қўллаш имконини берувчи мезонлар конкретлаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ўтказилаётган консерватив давонинг самарадорлигини белгиловчи мезонлар даво бошлангандан сўнг 48-72 соат ўтгач касалликнинг клиник намоён бўлишидаги динамикаси, бажарилган лаборатор ва ультратовуш текширувлар маълумотлари эканлиги кўрсатилган;

ҳомиладорларда асоратланган суправезикал обструкция фонида ривожланган сийдик йўллари инфекциясини цефалоспоринлар гуруҳига мансуб бета-лактамаза ингибитори қўшилган антибиотиклар ёки фосфомицинни қўллаб эмпирик даволаш самарали бўлиб, консерватив даволаш сифатини аҳамиятли даражада яхшилаш имконини берган;

асоратланган суправезикал обструкцияси бўлган ҳомиладорларда тери орқали нефростомия билан сийдик деривациясини амалга ошириш энг самарали ва хавфсиз усул ҳисобланиши, сийдик найи ичи стентларини ўрнатиш технологиясини қўллаш эса баъзи ҳолларда асоратларнинг олдини олиш имконини бермаслиги исботланган;

касалликнинг оғирлик даражасини ишончли аниқлаш, консерватив даволашнинг оптимал тактикасини ва фаол хирургик даволашга ўтиш заруратини белгилаш имконини берувчи асоратланган суправезикал обструкцияси бўлган ҳомиладорларни олиб бориш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, амалиётда кенг қўлланиладиган клиник, лаборатор ва инструментал усулларни қўллаш орқали тасдиқланган. Барча олинган натижалар ва хулосалар далилий тиббиёт принципларига асосланган. Статистик ишлов бериш натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шунинг билан аниқланадики, олинган хулоса ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, асоратланган суправезикал обструкцияси бўлган ҳомиладорларни даволаш натижаларини яхшилашга катта ҳисса қўшади, шунингдек, патологик жараённи стандарт ва асоратланган кечишини аниқловчи мезонлар конкретлаштирилган, ушбу тоифадаги беморларни олиб бориш тактик жиҳатлари оптималлаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шунинг билан аниқланадики, ҳомиладор аёллардаги ўткир асоратланган суправезикал обструкциянинг патогенетик ўзига хос хусусиятларига боғлиқ ҳолда консерватив даволашдан фаол хирургик даволашга ўтишнинг чегараси аниқланган, шунингдек ушбу патологияни асоратли кечишига сабабчи анамнестик, клиник-лаборатор ва инструментал текширувлар орқали аниқланадиган хавф омиллари ёритилган, унинг асосида касаллик оғирлик даражасини аниқлашга ва даволаш натижаларини яхшилашга имкон берувчи ҳомиладорларни олиб бориш тактик алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ҳомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкцияни даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Ҳомиладор аёлларда суправезикал обструкцияси асоратлари кечишини прогнозлаш модели» услубий тавсияноси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 23 декабрдаги 8н-з/240-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар ҳомиладор аёллардаги асоратланган суправезикал обструкцияни даволаш сифатини касаллик жадаллашиб бориш хавф омилларни аниқлаштириш ва ҳар бир даволаш усулига кўрсатмаларни конкретлаштириш ҳисобига яхшилаш имконини берган;

ҳомиладорлардаги асоратланган суправезикал обструкцияни даволаш сифатини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, 1-сон Республика клиник шифохонаси ва Ибн Сино номли 1-сон шаҳар клиник шифохонасининг урология бўлимлари амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 23 декабрдаги 8н-з/240-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши асоратланган суправезикал обструкцияси бўлган ҳомиладор аёлларга ихтисослаштирилган юқори технологик тиббий ёрдам спектрини аҳамиятли даражада

кенгайтириш, асоратларни прогнозлаш аниқлигини ошириш, даволаш харажатларини қисқартириш, даволаш тактикасини танлашни оптималлаштириш ва беморларнинг касалхонда даволаниш муддатини камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 3 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 8 та мақола, улардан 6 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон этиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 108 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида илмий тадқиқот мавзусининг долзарблиги асосланади, муаммоларни ўрганиш даражаси, диссертациянинг илмий-тадқиқот ишларининг устувор тематик режаларига, ундан келиб чиқадиган мақсад ва вазифаларга, илмий янгиликка, тадқиқот натижаларининг назарий ва амалий аҳамиятига, диссертацияни дастлабки синовдан ўтказилишига, натижаларнинг нашр этилишига, диссертациянинг тузилиши ва ҳажмига эътибор қаратилади.

Диссертациянинг «**Ҳомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкцияни даволашда оқилона даволаш тактикасини танлаш**», деб номланган биринчи бобида республика Президентининг фармонлари ва фармонларида белгиланган соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишдан асосий мақсад соғлиқни сақлашни яхшилаш, аҳолига ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш ва ривожлантириш, профилактика, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари жорий этишдан иборат.

Ушбу бўлимда келтирилган адабиётлар шарҳи асоратланган суправезикал обструкциянинг тарқалиши бўйича замонавий маълумотларни таҳлил қилиш, диагностика усуллари ва бошқариш тактикасининг хусусиятлари, янги ташхислаш усуллари ишлаб чиқиш тенденциялари ва ўтган йил давомида асоратларнинг такрорланишини камайтиришга қаратилган асоратланган суправезикал обструкциясини (СВО) даволашнинг минимал инвазив усуллари ишлаб чиқишга бағишланган. Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, ҳомиладор аёллардаги асоратланган суправезикал обструкцияни ташхислаш ва даволашнинг бошқача ёндошуви ва муаммолари таъкидланган.

Диссертациянинг «Тадқиқот материаллари ва усуллари қўлланиладиган усулларнинг хусусиятлари», деб номланган иккинчи бобида беморларни текшириш ва жарроҳлик даволашнинг мақсади, усули, даволаш натижаларини баҳолаш ҳажми ва мезонлари батафсил баён қилинган.

Иш «Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази» давлат муассасаси базасида 2016 йил январ ойидан 2019 йил январигача амалга оширилди. Иш икки босқичдан: ретроспектив ва проспектив тадқиқотлардан иборат. 16 ёшдан 42 ёшгача бўлган беморларнинг умумий 711 та касаллик тарихи таҳлил қилинди.

Киритиш мезонлари:

- Юқори сийдик йўллари обструкцияси бўлган ҳомиладорлар.
- Бирламчи мурожат.

Истисно мезонлари:

- Суправизикал обструкцияси бўлмаган ҳомиладорлар.
- СВОга олиб келадиган сийдик йўлларининг бошқа патологиялари (ривожланиш аномалиялари ва бошқалар).

Киритиш ва истисно мезонларига кўра, ушбу тадқиқотда ўртача ёши $23,73 \pm 0,17$ йил бўлган 664 ҳомиладор аёлнинг касалликлар тарихи ўрганилди.

Демографик маълумотлар аниқланди: ёши, ҳомиладорлик муддати; лаборатория текширувлари: сийдик ва қоннинг умумий таҳлили, сийдик бактериологик экмаси, қонда мочевина ва креатинин миқдори, сийдик ва қонда лейкоцитлар миқдори, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ), интоксикациянинг лейкоцитар индекси (ИЛИ).

Бундан ташқари, гидронефроз даражаси ўрганилди, у ультратовуш текшируви (УТТ) маълумотлари бўйича баҳоланди: буйрак жомларининг олдинги ва орқа максимал диаметри (БЖМД) аниқланди. Даволанишдан олдин ва кейин оғриқнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун визуал аналог шкаласи (ВАШ) ишлатилган (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; 0 ва 10 балл - оғриқ йўқлиги ва унинг максимал даражаси, мос равишда).

Олинган маълумотлар, шунингдек, клиник курс ва даволаш тактикасини танлаш асосида ҳомиладор аёллар қуйидаги гуруҳларга бўлинди:

• **Назорат** (n=37) – СВО бўлган, аммо лаборатор кўрсаткичларида ўзгариш бўлмаган ҳомиладорлар.

• **Амбулатор беморлар** (n=418), уларнинг даволаш тактикаси қуйидагилар киради:

- Антибактериал даво билан (n=167);
- Антибактериал давосиз (n=251);

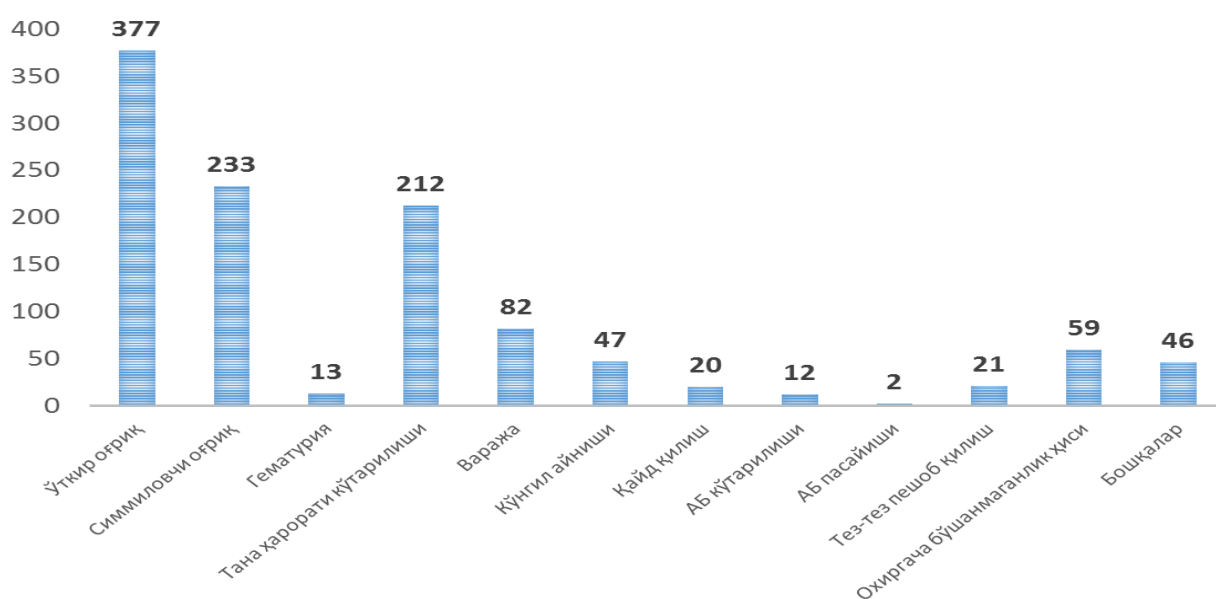
• **Касалхонадаги беморлар** (n=209), уларга ўтказилди:

- Консерватив даво (n=106);
- Жарроҳлик даво (n=103);

Диссертациянинг «Тадқиқотлар натижалари ва уларни таҳлил қилиш», деб номланган учинчи бобида ҳомиладор аёлларда асоратланган

обструкциянинг олиб келадиган омилларни баҳолаш натижалари тақдим этилган.

Физиологик текшириш ва анамнестик маълумотларни тўплаш СВО ташхисида муҳим аҳамиятга эга. Супервизикал обструкция билан оғриган ҳомиладор аёлларни ўрганаётганда, энг кўп учрайдиган шикоят оғриқ (377 ва 233, 1-расм) бўлиб, бу кўпинча зарарланган томон билан боғлиқ, тана ҳароратининг кўтарилиши танадаги юқумли ва яллиғланиш жараёнларининг кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади (1-расм). Шикастланган томонларига қараб, шикоятлар қуйидагича жойлаштирилган: 380 (60,9%) оғриқни ўнг томонда, икки томонлама 122 (19,5%) беморлар, чап томонда, эса 105 (16,8%) беморларда, 144 (23,1%) тана ҳароратини кўтарилишига, яъни 41 (6.6%) ва 27 (4.3%) беморлар мос равишда шикоят қилган.



1-расм. Шикоятлар тақсимооти (n=1124)

Тадқиқотимиз шуни кўрсатдики, ҳомиладор аёлнинг ёши ва ҳомиладорлик муддати асоратланган обструкциянинг ривожланишида муҳим аҳамиятга эга эмас. Барча кузатув гуруҳлари учун ушбу параметрларда статистик жиҳатдан сезиларли фарқ йўқ. (1-жадвал).

1-жадвал

Кузатиш гуруҳлари бўйича ҳомиладорлик муддати ва ҳомиладорлар ёшининг ўртача кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Кузатув гуруҳлари				
	Назорат	АБ сиз амбулатор	АБ билан амбулатор	Стац. консерватив	Жарроҳлик
Ҳомиладорлик (хафта)	25,2±1,4 (4 - 40)	25,3±0,42 (6 - 38)	26,1±0,56 (2 - 40)	24,0±0,62 (4 - 39)	25,7±0,63 (8 - 39)
Ёш	25,1±0,8 (18 - 40)	24,0±0,26 (17 - 42)	24,0±0,31 (18 - 40)	22,5±0,33 (17 - 36)	24,0±0,46 (16 - 41)

Шунингдек, ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида СВО билан оғриган беморларни истисно қилишнинг ҳожати йўқ, чунки бачадоннинг катталашishi ҳар доим ҳам юқори сийдик йўллариининг обструкциясига олиб келмайди, шунинг учун стационар даволаш гуруҳида ҳомиладор аёлларни ҳомиладорликнинг дастлабки муддатларида 4-8 ҳафтада кузатганмиз. Шулардан 3 нафар беморга перкутан (ПК) нефростомаси усули билан жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

Касалликнинг давомийлиги 15 кундан ортиқ бўлиб, юқоридаги шикоятлар билан, асоратланган суправезикал обструкция хавфини туғдиради, бу эса ўз навбатида асоратланган ҳолатларда буйракни олиб ташлаш ва/ёки ҳомиладорликни тўхтатишгача жарроҳлик аралашувини талаб қилади. Касаллик давомийлиги 15 кундан ортиқ бўлган жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган беморлар гуруҳи энг катта бўлиб чиқди ва 48 (46,6%) беморни ўз ичига олди.

Ҳомиладорлик пайтида сийдик йўлининг юқори қисмини текширишнинг асосий усулларида бири буйракларни ултратовуш текширишдир. Ҳомиладор аёлларда кузатилган буйрак бўшлиғининг кенгайиши баъзи ҳолларда асоратларга олиб келиши мумкин. Шу билан бирга, улар кўпинча ўнг буйракда ривожланади ва контралатерал буйрак ҳам жараёнга жалб қилиниши мумкин.

Бизнинг тадқиқотимизда, УТТ маълумотларига кўра, қабул қилиш вақтида буйрак бўшлиғининг кенгайиши ва сийдик бўшлиғининг кенглиги қуйидагиларни кўрсатди: СВО бўлган гуруҳда ўнг томондаги уретероҳидронефроз 408 (94,9%) беморда, 7 (1,6%) ва 15 та гидронефрозда (15). 3,5%) олдин дренаж қўйилди, пешобнинг кенглиги ўртача $5,6 \pm 0,12$ мм;

СВО бўлган гуруҳда чапда гидрокаликкоз 1 (1.0%) ва гидронефроз 6 (6.0%), 86 (86.0%) ва уретерогидронефрозис 86 (86.0%) ва 7 (7.0%) беморларда илгари дренаж бор эди, сийдик пуфагининг кенглиги ўртача $3,3 \pm 0,32$ мм, СВО гуруҳида икки томонлама гидронефроз 3 (2,3%), уретерогидронефроз 123 (95,3) ҳомиладор аёлларда ва олдиндан дренаж қилинганлар 3 (2,3%), сийдик найининг кенглиги ўртача $5,5 \pm 0,24$ мм, СВО гуруҳида битта буйрак ҳомиладор аёлларда 5 (100%) уретерогидронефроз аниқланган, сийдик найининг ўртача кенглиги $5,6 \pm 0,81$ мм.

Буйраклар бўшлиғининг кенгайишини тавсифловчи мезон буйрак жомининг максимал диаметри (БЖМД), сийдик йўллариининг кенглиги. БЖМД ва сийдик йўллариининг кенглиги таҳлили антибиотик билан даволанган ($p < 0.01$) ва жарроҳлик билан даволанган ($p < 0.001$) ҳамда АБсиз даволанган ($p < 0.05$) амбулатория гуруҳларида назорат гуруҳи билан таққослаганда статистик жиҳатдан сезиларли фарқни кўрсатди.

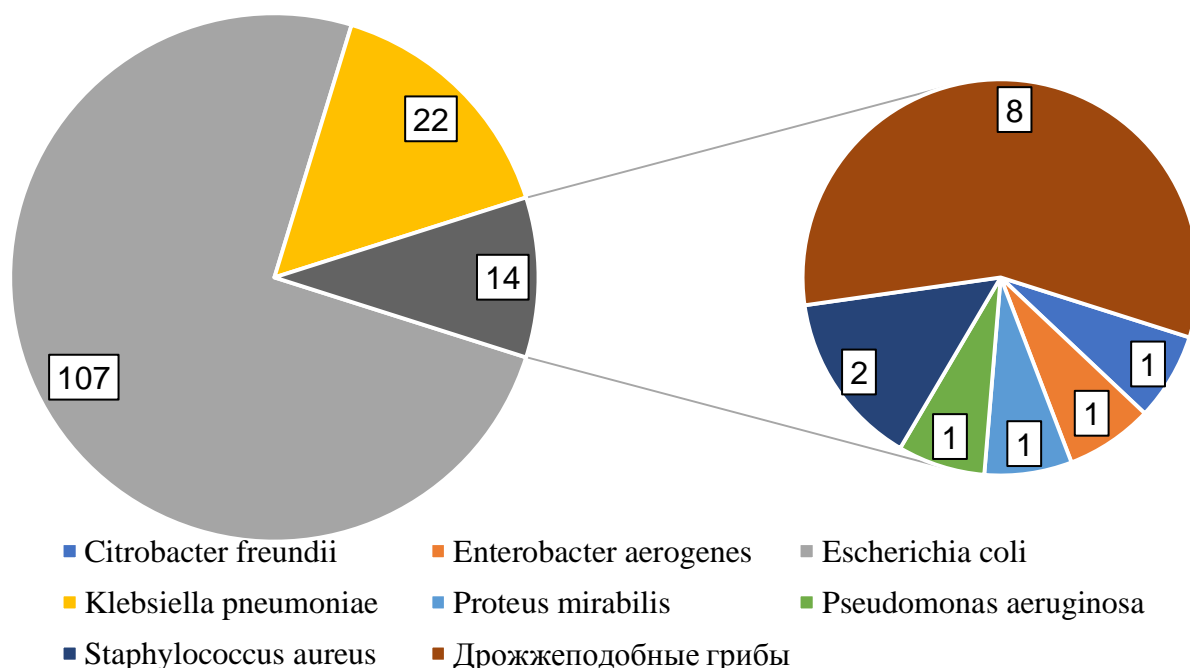
Буйраклар УТТ сийдик тош касаллигини ташхислашда юқори сезгирликка эга. Сийдик тош касаллиги 57 (8,8%) аёлда аниқланди. Буйрак тоши 28 та аёлда, сийдик йўллари тоши 29 та аёлда аниқланди, шулардан 2 аёлда ҳам сийдик қопи ҳам сийдик йўллари тоши аниқланди.

Рентгенологик текширишларнинг ионловчи таъсири бўлганлиги сабабли қўллаш мумкин эмас, бироқ бошқа усуллари қўллаб олинган натижалар

асосида қарор қабул қилиш имкони бўлмаганда бу усулдан фойдаланилади. Бизнинг илмий ишимизда 37 ҳомиладорларга 58 та рентгенологик текширишлар ўтказилди: вена ичи урографияси – 37 (36%), сийдик йўлларининг кўламли тасвири – 21 (64%). Вена ичи урографияси 37 та аёлда ўтказилди, улардан 33 (89,2%) тасида буйрак фаолияти ўртача бўлиб, контраст чиқиши $44,0 \pm 9,4$ дақиқа (7 дан 300 дақиқа)ни ташкил этди. 4 (10,8%) та аёлда буйрак фаолияти кузатилмаганлиги сабабли текширишлар 4-5 соатдан сўнг тўхтатилди. Кўламли урография 21 та аёлда ўтказилди, улардан 8 тасида позитив, 3 тасида негатив тош борлиги аниқланди, қолган 13 тасида тош аниқланмади.

Ҳомиладорлик давридаги сийдик йўллари инфекцияси кўп ҳолларда цистит, ўткир пиелонефрит, кам ҳолларда асорат - уросепсис ривожланади.

Бактериурия (n=331) бўлган барча беморларда бактериологик сийдик экмаси ўтказилди. Микрофлоранинг кўпайиши аниқланган бактериологик сийдик экмасига кўра, патоген микрофлора аниқлангандан сўнг (2-расм), турли хил антибиотикларга сезgirлиги бўйича синов ўтказилди. Сийдик йўллари инфекциясининг тез-тез учрайдиган кўзгатувчиси E. Coli 107 (74,8%), сўнг K. Pneumonia 22 (15,4%) бўлди.



2-расм. Сийдикнинг бактериологик экмаси натижлари асосида микроб манзарасининг ҳолати

Бактериологик экманинг 143 ижобий намуналарида турли гуруҳларнинг антибиотиклари учун жами 2611 та тест ўтказилди. Антибиотикларга сезgirлик қуйидагича эди: микроорганизм чидамлилиги - 1352 (51,8%), заиф сезgirлик - 319 (12,2%) ва 940 (36,0%) ҳолатларда сезgirлик аниқланди.

Антибиотикларга сезgirликни аниқлаш қуйидаги дорилар гуруҳлари энг самарали эканлигини кўрсатди: 45 (46,8%) беморларда

Цефопераzone+Сулбактамга, 41 (73,2%) да Цефепим+Тазобактамга, 62 (46,2%) да Амикацинга, Нитроксилинга 40 (53,3%) ва фосфомицинга 62 (71.3%) да.

Иккиламчи суправезикал обструкция билан оғриган ҳомиладор аёллар ўткир пиелонефрит, уросепсис ва жарроҳлик аралашув кўринишидаги асоратларнинг олдини олиш учун (нефрростомия дренажини ўрнатиш, уретерал стентинг, нефрит) кичик муддатларда яширин сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) ни даволаш учун касалхонага ётқизиш, чуқуррок текширув ва эътиборни талаб қилади.

Клиник, лаборатория ва инструментал маълумотлар бизга СВОнинг асоратли кечишини аниқлашга имкон беради. Бактериурия билан асоратли кечиши бўлганда, беморнинг сийдикда бактериал экма маълумотлари бўйича антибактериал терапия буюрилган ҳолда амбулатория шароитида даволаш мумкин.

Цефуроксим натрий ҳомиладорлик пайтида энг хавфсиз антибиотикдир, аммо микроорганизмларнинг ушбу антибиотикка нисбатан қаршилиги анча юқори бўлиб, 70% ни ташкил этди. Цефалоспорин-3 авлодлари ҳимояланган сулбактам билан биргаликда энг яхши самара берди, шу жумладан бошқа антибиотиклар гуруҳига нисбатан юқори сезувчан.

СВО билан оғриган ҳомиладор беморларда даволаш тактикасини танлашда физиологик кенгайиш ва патологик фарқни ажратиш жуда муҳимдир. Агар ўткир оғриқлар, уросепсис ва/ёки буйрак етишмовчилиги билан бирга бўлса, буйрак бўшлиғининг кенгайиши патологик ҳисобланади. Ҳомиладорлик пайтида СВОни даволаш усули ҳали ҳам аниқ эмас ва адабиётларга кўра, СВО билан оғриган ҳомиладор аёлларнинг тахминан 70-80 фоизи консерватив даволаниши мумкин. Қолган 20-30% учун кўшимча даволаш талаб этилади.

Касаллик кечишининг ёмонлашиши ҳолатларида касалхонага ётқизиш УТТ асосида ингичка игнали аспирацион биопсия (ИИАБ)ни ўтказиш ва эмпирик равишда танланган антибиотик тайинлаш, шунингдек, ПК нефростома қўйиш орқали буйрак бўшлиғини декомпрессия қилиш ёки сийдик найларини стентлаш талаб қилинади.

Буйракни ИИАБ инвазив усул бўлиб, буйрак паренхимаси яллиғланишининг цитологик манзарасини беради. Ташхисдан ташқари, у хусусан буйрак паренхимасини декомпрессия қилиш ва антибиотикни паранефрийга киритиб даволовчи аҳамиятга эга.

Консерватив давонинг самарасизлиги сабабли 103 (16,0%) беморда 156 турдаги аралашувдан ўтказилди. Шулардан: 53 (51,5%) да тери орқали нефрростомия, 28 (27,2%) да илгари ўрнатилган нефрростомия дренажини алмаштириш, 3 (2,9%) - 2 томонлама ПК нефрростомияси, 1 (0,9%) –икки томонлама нефрростомани алмаштириш, 7 (6,8%) - сийдик найини стентлаш, 3 (2,9%) - стентни ретроград алмаштириш, 12 (11,7%) - ковуқни катетеризация қилиш, 12 (11,7%) – антибиотиклар киритиш билан буйрак паренхимасини ИИАБ, 5 (4,9%) - тошларни эндоскопик усулда олиб ташлаш, 2 (1,9%) – анте-

ретроград пиелография, 6 та (5,8%) аъзони олиб ташлаш (нефректомия) операцияси ўтказилди.

Буйрак тош касаллигини даволаш ва/ёки ҳомиладор аёлларда буйрак коликасини енгиллаштиришда асосан консерватив даво қўлланилган. Аммо Буйрак тош касаллиги бўдган ҳомиладор аёлларнинг 20-30 фоизини даволаш учун жарроҳлик усулидан фойдаланилди. Ҳомиладорлик пайтида сийдик йўлининг обструкциясини минимал инвазив жарроҳлик даволаш уретерал стент қўйиш ёки нефростома дренажини ўрнатишни ўз ичига олади.

Илмий ишимизда 7 та беморда сийдик найини стентлаш амалга оширилган бўлса-да, 17 та ҳомиладор аёл режалаштирилган эди. Операция давомида 6 беморда сийдик найини стентлашда механик қийинчилик туғилганлиги сабабли тери орқали нефростома қўйилди, 4 тасида эса септик шок ривожланганлиги сабабли нефростома қўйиш жарроҳлиги билан яқунланди.

Агар дренаж ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қўйилган бўлса, нефростома дренажи ва/ёки сийдик найи стенти қўйиш билан боғлиқ сийдик йўллари инфекцияси, дискомфорт ва инкрустация каби баъзи омилларнинг мавжудлигини таъкидлаш лозим. Сийдик найларини стентлаш кўп ҳолларда сийдик ажралишининг ирритатив белгиларини, дискомфорт, дизурия белгиларини бартараф этиш учун яллиғланишга қарши ностериод воситалар (ЯҚНВ) ни қабул қилишга олиб келади.

Ҳомиладорлик даврида буйрак ва сийдик найларида физиологик уретрогидронефроз ривожланади, гидронефрознинг кучайишига ва натижада ҳомиладорларда сийдик найи стентининг силжишига олиб келади.

Ҳомиладорлик давридаги буйрак коликасини аниқ ташхислаш учун шубҳаликнинг юқори индекси шарт, чунки анатомик ўзгаришлар тонинг локализацияси ва оғриқ иррадициясини ўзгартириб, ташхислашни қийинлаштириши мумкин. Бундан ташқари сийдик йўллариининг ўткир тутилишидаги қорин оғриғини ҳомиладорлик давридаги физиологик гидронефроздан фарқлаш қийин. Сийдик йўллариининг чаноқ кирралари соҳасидан юқори ёки пастда сийдик найларининг нормал калибргача сиқилиши билан обструкцияси патологик обструкциядан дарак беради. Сийдик йўллариининг обструкцияси натижасидаги буйрак коликаси гипертония, презклампсия ёки муддатидан олдинги туғруқ бошланишига сабаб бўлиши мумкинлиги зудлик билан ташхислаш ва даволаш лозимлигини кўрсатади.

Амбулатор гуруҳдаги аёлларнинг ҳомиладорлиги оқибати номаълум, чунки улар туғруқдан сўнг қайта кўриқка келишмаган. 103 та жарроҳлик ўтказилган ҳомиладорларнинг 82 (79,6%) да физиологик туғруқ юз берган, 1 та ҳолатдаги физиологик туғруқдан сўнг чақалоқ 1 суткада нобуд бўлган, 18 (17,5%) да патологик туғруқ ва кесар кесиш кузатилган, 2 (1,9%) аёлда ҳомиланинг антенатал ўлими юз берган бўлиб, табиий туғруқ йуллари орқали туғдирилган.

Агар ҳомиладор аёл касалхонага сепсис билан келса, септик шок ривожланишининг олдини олиш учун сийдик деривациясини шифокор

бажара оладиган усулда ўтказилади. Сепсис клиникаси кучайиб, беморнинг аҳволи оғирлашса ва ўтказилган даво муолажалари самарасиз бўлса, арарланган томонда нефрэктомия қилинади.

Диссертациянинг «**Хомиладорларда суравезикал обструкциянинг асоратли кечишини башоратлаш модели**», деб номланган тўртинчи бобида СВОнинг асоратли кечиши предикторларини баҳолаш натижалари келтирилган.

СВОнинг асоратли кечишининг мустақил предикторларини аниқлаш учун нисбий хавфни, имкониятлар нисбатини, ишончлилик интервалини ҳисоблаш йўли билан омилларни статистик текшириш ўтказилди. ROC curve таҳлили шуни кўрсатдики, амбулатор шароитда АБ билан ва АБсиз даволанган аёлларда БЖМД кўрсаткичлари таҳлили 18 ва 21 мм мос ҳолда эканлигини кўрсатди, касалхонага ётқизилган ва жарроҳлик йўли билан даволанган аёллар гуруҳида эса, бу кўрсаткич 22 ва 25 мм мос ҳолда ташкил этди.

2-жадвалда келтирилган кўрсаткичлар СВО ривожланишига таъсир қилишда турлича солиштира ҳажмга эга бўлиб, уларни ўз навбатида СВО кечишини таснифлайдиган моделни тузиш учун ўзгарувчанлар сифатида қўллаш мумкин.

2-жадвал

Хавф гуруҳи ва таққослаш гуруҳларидаги барча ҳисоб кўрсаткичларнинг миқдорлари

Кўрсаткич	Хавф гуруҳидаги имкониятлар	Таққослаш гуруҳидаги имкониятлар	Имкониятлар нисбати	Нисбий хавф [95% ДИ]	Хавфнинг нисбий ортиши	Хавфнинг мутлақ ортиши (атрибутивхавф) [95% ДИ]	ДМБС
БЖМД	1,01	0,23	4,4	2,7 [2,3 – 3,2]	171,3%	31,7% ± 1,4% [29,0% - 34,4%]	3,15
Лейкоцитурия	1,05	0,78	2	1,01[0,9-1,5]	120,1	12,7% ± 0,8% [11,1% - 22,4%]	14,3
Бактерурия	1,38	0,41	4,8	2,9[1,6 – 3,3]	192,2	33,1% ± 1,6% [29,0% - 34,4%]	4,13
Қондаги лейкоцитоз	1,58	0,12	5,7	3,1[2,3 – 3,2]	169,9	33,5% ± 0,8% [29,0% - 34,4%]	2,82
Лейкоцитлар интоксикацияси индекси	1,12	0,17	4,1	2,6[2,3 – 3,2]	134,3%	33,1% ± 1,3% [29,0% - 34,4%]	4,92
Мочевина миқдори	1,03	0,87	1,2	0,3[0,1-0,5]	100,2%	12,5% ± 0,8% [8,3% - 22,8%]	3,5
Креатинин миқдори	1,03	0,92	1,3	0,4[0,2-0,9]	102,3%	23,8% ± 1,1% [14,4% - 28,1%]	3,9

Изоҳ: ИИ – ишончлилик интервали, ДМБС– даволанишга муҳтож беморлар сони.

Регрессив таҳлил ёрдамида натижаларни қадамли танлаш билан барча омиллар мавжудлигини кўрсатадиган асоратланган суправезикал обструкция ривожланиш хавфини баҳолашнинг статистик модели яратилди. Асоратланган суправезикал обструкция ривожланишини кўзғатадиган омила сифатидаги кўрсаткичлар аниқланди (жадвал 3).

СВО омилларининг таъсирини бир ўлчовли кадамли регрессион таҳлили натижалари.

Хавф омиллари	Омил градацияси	Интенсив кўрсаткич / эксцесс (медиана)	ИН	Нисбий хавф	95 % ИИ
Тана ҳарорати кўтарилиши	> 37,5	67,3	3,7	2,46	2,22-2,78
	< 37,5	32,7	0,8	1,04	0,77-1,13
Буйракда тош мавжудлиги	Бор	21,3	1,9	0,93	0,75-0,99
	Йуқ	78,7	0,8	0,61	0,19-0,78
Сийдик гайларида тош мавжудлиги	Бор	18,8	4,9	3,1	2,8-3,5
	Йуқ	81,2	0,9	0,7	0,45-0,93
Суправезикал обструкция томони	Ўнгда	61,3	0,9	1,6	1,45-1,82
	Чапда	15,8	2,2	2,7	2,11-2,96
	Икки томонлама	22,9	1,8	2,5	2,14-2,62
Касаллик давомийлиги		7,34	0,42	2,52	2,13-2,77
Сийдикдаги лейкоцитлар миқдори		11257,21	3,17	3,72	3,41-3,92
МБЖМД		0,8	6,31	4,61	4,42-4,77
Қондаги лейкоцитлар миқдори		11,51	7,32	4,82	4,36-4,95
ИЛИ		4,29	4,51	2,66	2,35-2,99
ЭЧТ		22,9	2,11	2,44	2,33-2,65
Мочевина миқдори (ммоль/л)		22,47	0,77	2,68	2,49-2,77
Креатинин миқдори (ммоль/л)		0,12	0,83	2,84	2,65-3,05

Изоҳ:Изоҳ: ИН - имкониятлар нисбати, ИИ – ишонлилик интервали, СЧЙ - сийдик чиқариш йўллари.

Логистик регрессиянинг бир ўлчовли таҳлили натижаларини қўллаб статистик аҳамиятга эга бўлган 12та танланган ўзгарувчанлар асосида Фишер кадамли дискриминант таҳлили ёрдамида СВО хавфини башоратлаш модели тузилди. 12та ўзгарувчанни поғонали-дискриминант таҳлил қуйидагича танлади: шикастланган томон (x1), касаллик давомийлиги (x2), тана ҳарорати (x3), сийдикдаги лейкоцитлар миқдоир (x4), қондаги лейкоцитлар миқдори (x5), ИЛИ (x6), ЭЧТ (x7), жомларнинг олд-орқа максимал диаметри (x8), буракдаги тошлар (x9), сийдик найидаги тошлар (x10), қон зардобидаги мочевина миқдори (x11) ва креатинин миқдори (x12) .

Якуний стандартлаштирилган дискриминант фаолияти қуйидаги тенглама билан ҳисобланди:

$$Z = 0,287 X1 + 0,283 X2 + 0,255 X3 + 0,464 X4 + 0,338 X5 + 0,309 X6 + 0,236 X7 + 0,422 X8 + 0,287 X9 + 0,319 X10 + 0,315 X11 + 0,364 X12$$

Сўнг ҳар бир субъект учун дискриминант фаолиятни Z_i ҳисоблаб чиқдик; агар $Z_i > 3,879$, аёлда СВО ривожланиш эҳтимоли юқори, агар $Z_i \leq 3.879$ бўлса, ҳолат норма деб баҳоланади.

Шундай қилиб, ҳомиладорлар асоратланган суправезикал обструкцияси қисқа вақт ичида ташхислаш ва мос давони ўтказиш муаммосини ечишни талаб қилади. ПТОСОБ модели юқори сезгирлик ва хусусийликка эгалиги билан тавсифланибгина қолмай балки, ҳомиладорлар суправезикал обструкциясининг асоратли кечишини ҳамда модел кўрсаткичлари натижасида даволаш тактикасини ҳам мниқлаш имконини беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Ҳомиладорларда юқори сийдик йўллари обструкциясининг асоратли кечишини ташхислашда ультратовуш текшириш 87,6%, лаборатор текшириш натижалари (қон ва сийдик таҳлили) 100% ҳолларда ташхис қўйиш имконини беради. Эксретор урографияконсерватив даволаш самара бермаган ҳолларда ваёки жарроҳлик йўли билан даволашдан олдин ўтказилиши лозим.

2. Ҳомиладорлик давридаги суправезикал обструкция билан асоратланган СЙИни эмпирик даволашда II-III-IV гуруҳ цефалоспоринларнинг самарадорлиги 18-27%ни ташкил қилди, шу билан бирга, бактериологик текширувлар натижаларига кўра, бета лактамаза ингибиторлари қўшилган цефалоспоринлар, фосфомицинни қўллаганда самарадорлик 47-73%гача ошди, бу ҳолат бошқа гуруҳ препаратларини қўллашга нисбатан аҳамиятли даражада юқори. Консерватив даво бошлангандан 48-72 соат ўтгандан сўнг беморнинг аҳволи, клиник, лаборатор ва ультратовуш текшириш натижалари яхшиланиши ўтказилган даво самарадорлигини баҳолаш мезони бўлиб ҳисобланади.

3. Ҳомиладорларда асоратланган суправезикал обструкцияни ажратиш мезони прогнозлаш модели натижаларига кўра, $Z > 3,97$ кўрсаткич бўлиб ҳисобланади. $Z > 9,55$ кўрсаткич консерватив даволашдан хирургик даволашга ўтиш мезони бўлиб ҳисобланади, бунда септик асоратлар ва УТТ бўйича БЖМД доминант ролни ўйнайди. Прогнозлаш моделига биноан даволаш чора-тадбирларини ўз вақтида амалга ошириш койко/кунлари сонини $3,95 \pm 0,54$ дан $3,15 \pm 0,1$ гача, дори воситаларига сарфланган маблағларни ва унга мувофиқ даволашнинг умумий ҳаражатларини 301186 сўмга қисқартиришга имкон беради.

4. Ҳомиладорлардаги асоратланган суправезикал обструкциясида сийдикни самарали ва хавфсиз деривация усули тери орқали нефростомия қилишдир. Сийдик найини стентлаш 7 (6,8%) та беморда ўтказилди, ҳолбуки, 17 (16,5%) та ҳомиладор аёлда режалаштирилган эди. Операцияни бажариш даврида сийдик найига стентни ўрнатиш жараёнида юзага келган техник қийинчиликлар сабабли 6 (35,3%) та беморга тери орқали нефростомияни амалга ошириш қарори қабул қилинди, 4 (23,5%) та беморда септик шок ривожланди, натижада муолажа нефростомани ўрнатиш билан яқунланди. Сийдик найи стентларини ўрнатиш технологиясининг ўзига хос хусусиятлари айрим ҳолларда асоратларни олдини олишга имкон бермайди.

5. Ишлаб чиқилган ҳомиладорларда юқори сийдик йўллари обструкциясининг асоратли кечишини олиб бориш алгоритмининг самарадорлиги 84,6% ни ташкил этади ва консерватив даволашнинг оптимал тактикасини ёки жарроҳлик усули билан даволаш лозимлигини аниқлаш имконини беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 ПРИ
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА ИТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ХАСАНОВ МАРДОН МУХАММАДИКУЛОВИЧ

**ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ
ОСЛОЖНЕННОЙ СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У
БЕРЕМЕННЫХ**

14.00.31 – Урология

**АВТОРЕФЕРАТДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2020

Тема докторской диссертации (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2018.2.PhD/Tib703.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.rscs.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный консультант: **Мухтаров Шухрат Турсунович**
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Гайбуллаев Асилбек Асадович**
доктор медицинских наук, профессор

Ахмедов Рустам Носирович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Университетская клиника Гиссена и Марбурга**
(Германия)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2020 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирован за №98). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2020 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2020 года).

Ф.Г. Назиров

Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор, академик

А.Х. Бабаджанов

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

А.В. Девятов

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «начиная с ранних сроков беременности, у 80% здоровых женщин возникают функциональные изменения мочевых путей, связанные с воздействием прогестерона и проявляющиеся снижением тонуса и гипокинезией мочеточников»¹. На этом фоне, как правило, развиваются пузырно-мочеточниковые рефлюксы, повышается внутрилоханочное давление, возникают лоханочно-почечные рефлюксы, приводящие к проникновению мочи, микробов, токсинов в ткань почки, что предрасполагает к развитию острого пиелонефрита. «Осложненное течение беременности при данной патологии почек встречается в 82,3-89,0%»². Помимо этого, усугублению течения обструктивных процессов способствует расширение почечной лоханки и мочеточника, происходящие в результате сдавления их под действием увеличенной матки. Небольшое расширение верхних мочевых путей у матери считается физиологическим и возникает почти у 90% беременных. Такие явления в большинстве случаев протекают бессимптомно, и разрешаются через несколько недель после родов, однако на фоне наличия инфекций мочевыводящих путей (ИМП), данное состояние может привести к молниеносному развитию пиелонефрита с последующим уросепсисом. При этом даже самая мощная медикаментозная терапия может оказаться неэффективной в том случае, если сохраняется нарушение пассажа мочи. Поэтому определяющим моментом при лечении обструктивных форм заболевания является восстановление адекватной уродинамики с использованием различных методов дренирования почечной лоханки. В связи с вышеизложенным, проблема разработки тактики комплексного лечения пиелонефрита и ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей у беременных, остается в разряде актуальных.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями остаются изучение факторов риска и причинно-следственных связей, способствующих развитию осложненной суправезикальной обструкции у беременных и ее влияния на развитие плода. Продолжаются исследования по выявлению факторов, обуславливающих присоединение, либо обострение инфекции мочевыводящих путей во время беременности, среди которых к наиболее существенным отнесены механические нарушения уродинамики, возникновение пузырно-мочеточникового рефлюкса, изменения коллоидно-осмотического состояния мочи, физиологическая транзиторная иммуносупрессия, снижающая защитные силы организма. В последние годы всё большее внимание

¹Farr A., Ott J., Kueronya V., Margreiter M., Javadli E., Einig S., Husslein P. W., Bancher-Todesca D. The association between maternal hydronephrosis and acute flank pain during pregnancy: a prospective pilot-study // J Matern Fetal Neonatal Med. 2017. T. 30, № 20. С. 2417-2421

²Ткаczyk М, Stanczyk М, Krzeszowski W, Wojtera J, Litwinska M, Fortecka-Piestrzeniewicz K, Talar T, Pawlowska B, Olejniczak D, Podgorski M, Swiechowski R, Krygier A, Wosiak A, Szaflik K. Neonatal survival and kidney function after prenatal interventions for obstructive uropathies. // Ginekol Pol. 2019;90(7):416-422.

привлекает вопрос о влиянии дилатации чашечно-лоханочной системы почек и мочеточников, а также изменения их тонуса и перистальтики на формирование «физиологического» уретерогидронефроза, что способствуют распространению ИМП и создает условия для миграции камней из лоханки в мочеточник с развитием обструктивной уропатии у беременных, исходно имеющих нефролитоаз.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение своевременной диагностики и тактики лечения хронических заболеваний среди женщин фертильного возраста. В этом направлении, в частности, в улучшении качества диагностики и лечения беременных с осложненной суправезикальной обструкцией, оказание эффективной медицинской помощи на современном уровне дает возможность оптимизировать лечение и уменьшить частоту осложнений. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности новых разработанных методов профилактики. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы включены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов диагностики и лечения суправезикальной обструкции с осложнённым течением у беременных путем разработки оптимальных тактических подходов, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 7 февраля 2017 года и Постановлениях Президента Республики Узбекистан за №ПП-№2650 от 2 ноября 2017 года «О мерах по усовершенствованию системы защиты материнства и детства в Узбекистане на период 2016-2020 гг» и ПП-№3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на период 2017-2021 гг», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Острая обструкция верхних мочевых путей у беременных, проявляющаяся симптомокомплексом уретерогидронефроза с распространением ИМП, несмотря на, казалось достаточную

³ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

изученность, до сих пор остается серьезной проблемой современной медицины. Независимо от причины обструкции патофизиологические процессы, протекающие в почке и суправезикальном сегменте мочевых путей, имеют большое сходство. Так, по мнению Ma Z⁴, «чаще всего причиной обструкции является мочекаменная болезнь, при которой практически у всех больных выявляются нарушения уродинамики в суправезикальном сегменте мочевых путей». «При этой патологии в результате спастических процессов происходит повышение внутрилоханочного давления, нарушение микроциркуляции и отек паренхимы почки с последующим уменьшением клубочковой фильтрации» (Reuter DG⁵). В исследованиях Denny E⁶ показано, что «независимо от причины обструкции и ее локализации в верхних отделах мочевого тракта, основными симптомами заболевания является болевой синдром, повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, что в последующем приводит к нарастанию симптомов интоксикации, вплоть до развития инфекционно-токсического шока, что представляет собой наибольший риск для жизни матери и плода». Сложный механизм процессов, происходящих в почке и в верхних мочевых путях при острой обструкции, имеет индивидуальные особенности и зависит от многих причин, особенно во время беременности.

Согласно европейским национальным рекомендациям Crader MF⁷ «любая инфекция мочевыводящих путей во время беременности должна считаться осложненной, так как беременность способствует снижению иммунитета, прогрессивно механически ухудшает уродинамику, повышает риск осложнений мочекаменной болезни». По мнению Hoşcan MB⁸, «помимо возможных урологических и нефрологических осложнений вследствие неразрывной связи матери и плода инфекция мочевыводящих путей может играть ведущую роль в развитии таких акушерских и перинатальных осложнений, как угроза прерывания беременности, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, рождение маловесных новорожденных». Самое грозное осложнение инфекций мочевыводящих путей – внутриутробные инфекции, которые могут стать причиной инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных. Внутриутробная инфекция во время беременности четко не диагностируется. По мнению Masselli G⁹ «существуют косвенные факторы, которые указывают на ее наличие, среди которых выделяют признаки фетоплацентарной недостаточности,

⁴Ma Z, Lu D, Zhao W, Wang H. RBP and Alb in neonatal hydronephrosis and its association with IL-12 levels in pregnant women before delivery. // *Exp Ther Med*. 2019 Jul;18(1):497-502.

⁵Reuter DG, Law Y, Levy WC, Seslar SP, Zierler RE, Ferguson M, Chattra J, McQuinn T, Liu LL, Terry M, Coffey PS, Dimer JA, Hanevold C, Flynn JT, Stapleton FB. Can preeclampsia be considered a renal compartment syndrome? A hypothesis and analysis of the literature. // *J Am Soc Hypertens*. 2016 Nov;10(11):891-899.

⁶Denny E, Quinlan-Jones E, Bibia S, Kilby M. The experience of pregnant women with a diagnosis of fetal lower urinary tract obstruction (LUTO). // *Midwifery*. 2014 Jun;30(6):636-42.

⁷Crader MF, Leslie SW. Bacteruria. // *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-2019 Nov 7.

⁸Hoşcan MB, Ekinçi M, Tunçkiran A, Oksay T, Özorak A, Özkardeş H. Management of symptomatic ureteral calculi complicating pregnancy. // *Urology*. 2012 Nov;80(5):1011-4.

⁹Masselli G, Derme M, Laghi F, Poletti E, Brunelli R, Framarino ML, Gualdi G. Imaging of stone disease in pregnancy. // *Abdom Imaging*. 2013 Dec;38(6):1409-14.

визуализация изменений внутренних органов у плода, качество околоплодных вод и плаценты по данным ультразвукового исследования (УЗИ), нарушение весоростовых параметров плода, признаки хронической внутриутробной гипоксии». Лечение внутриутробной инфекции в некоторых случаях требует проведения реанимационных мероприятий, привлечения высококвалифицированного медицинского персонала, серьезных экономических затрат. Именно в силу этих обстоятельств бессимптомная бактериурия у беременных, в отличие от таковой у небеременных женщин, требует углубленного изучения в плане наличия у матери различных вариантов суправезикальных обструкций.

Проведённый анализ литературы, свидетельствует о том, что, многообразии факторов приводящих к развитию суправезикальной обструкции у беременных, разная степень информативности диагностических методов, возможность ранней диагностики проявлений уростаза и выбора тактики его лечения, диктуют необходимость дальнейшего совершенствования тактико-технических аспектов и разработки унифицированного способа оценки состояния пациентки при принятии окончательного решения о переходе от терапевтического лечения к хирургическому вмешательству.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного научного проекта Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии за № ПЗ-201709076 по теме: «Оптимизация диагностики и лечения наиболее распространенных урологических заболеваний с использованием современных малоинвазивных технологий» (2018-2020гг).

Целью исследования является улучшение результатов диагностики и лечения суправезикальной обструкции с осложнённым течением у беременных путем разработки оптимальных тактических подходов.

Задачи исследования:

определить эффективность методов исследования и последовательность их выполнения для выявления и дифференциальной диагностики осложненной обструкции верхних мочевых путей у беременных;

оценить эффективную и безопасную продолжительность лекарственной терапии суправезикальной обструкции с осложненным течением обусловленной беременностью;

разработать оптимальный способ определения границы необходимости перехода от консервативного лечения к активному вмешательству при острой суправезикальной обструкции с осложненным течением у беременных;

оценить эффективность и безопасность различных видов инвазивного вмешательства в лечении беременных с обструкцией верхних мочевых путей с осложненным течением на фоне беременности;

разработать оптимальный алгоритм ведения беременных с обструкцией верхних мочевых путей с осложненным течением.

Объектом исследования явились 711 беременных женщин с суправезикальной обструкцией, пролеченных в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре урологии за период с 2016 по 2019 гг.

Предмет исследования составляет причинно-факторный анализ анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных, характеризующих состояние и функцию верхних мочевыводящих путей у беременных женщин с суправезикальной обструкцией.

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические (общий анализ крови и мочи), лучевые (ультразвуковое и рентгенологические исследования), и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

определены критерии ранней верификации осложненного течения суправезикальной обструкции у беременных с конкретизацией специфических показателей лабораторных методов исследования и данных ультразвукового сканирования;

уточнены клинико-патогенетические особенности прогрессирования суправезикальной обструкции у беременных с учетом идентификации основных факторов риска и их роли в развитии осложненного течения заболевания;

разработана дискриминантная модель прогнозирования развития суправезикальной обструкции с осложненным течением у беременных, позволяющая конкретизировать критерии необходимости перехода от консервативной терапии к активному хирургическому вмешательству;

определена эффективность малоинвазивной хирургии в лечении суправезикальной обструкции с осложненным течением у беременных с учетом тяжести течения заболевания, инвазивности оперативного вмешательства и риска развития осложнений;

конкретизированы критерии стандартного и осложненного течения суправезикальной обструкции у беременных, позволяющие четко определить границу между этими состояниями и применить рациональную тактику с учетом ее патогенетических особенностей.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

показано, что критерием эффективности проводимой консервативной терапии является динамика клинической картины заболевания, данные лабораторных и ультразвуковых исследований, выполненных через 48-72 часа после начала лечения;

установлена эффективность эмпирического лечения инфекций мочевыводящих путей на фоне осложненной суправезикальной обструкции у беременных с применением группы антибиотиков цефалоспоринового ряда в сочетании с ингибиторами бета-лактамаз, фосфомицином, что позволило значительно улучшить качество консервативной терапии;

доказано, что наиболее эффективным и безопасным методом деривации мочи у беременных с обструкцией верхних мочевых путей осложненным течением является наложение чрескожной нефростомии, тогда как технологии установки внутримочеточниковых стентов, в отдельных случаях, не позволяют избежать осложнений;

разработан алгоритм ведения беременных с осложненной обструкцией верхних мочевых путей, позволяющий достоверно верифицировать тяжесть проявления заболевания, определить оптимальную тактику консервативной терапии и необходимость перехода к активному хирургическому лечению.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике клиническими, лабораторными и инструментальными методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в улучшение результатов лечения беременных с осложненной суправезикальной обструкцией, также конкретизированы критерии верификации стандартного и осложненного течения патологического процесса, позволяющие оптимизировать тактические аспекты ведения этой категории больных.

Практическая ценность работы заключается в том, что в зависимости от патогенетических особенностей острой суправезикальной обструкции с осложненным течением у беременных определен предел перехода от консервативного лечения к активному оперативному вмешательству, также раскрыты анамнестические, клинико-лабораторные и инструментальные факторы риска, осложняющие течение этой патологии, на основании чего был разработан тактический алгоритм ведения беременных, позволяющий верифицировать тяжесть проявления заболевания и улучшить результаты лечения.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению лечения осложненной суправезикальной обструкции у беременных:

разработаны методические рекомендации «Модель прогнозирования течения осложнений суправезикальной обструкции у беременных» (справка Министерства здравоохранения №8н-з/240 от 23 декабря 2019 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество лечения за счет уточнения факторов риска прогрессирования заболевания и конкретизации показаний к каждому из лечебных методов коррекции осложненной суправезикальной обструкции у беременных;

разработана программа «Прогнозирование вероятности осложнений и исходов у беременных с осложненной суправезикальной обструкцией» (справка Министерства здравоохранения №8н-з/240 от 23 декабря 2019 года).

Применение предложенной программы позволило упростить расчетные процедуры при прогнозировании течения осложнений суправезикальной обструкции у беременных и соответственно улучшить качество ранней диагностики;

полученные научные результаты по улучшению качества лечения осложненной суправезикальной обструкции у беременных внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделения урологии Республиканской клинической больницы №1 и Городской клинической больницы №1 имени Ибн-Сино г. Ташкент (справка Министерства здравоохранения №8н-з/240 от 23 декабря 2019 года). На основе предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи беременным с осложненной суправезикальной обструкцией, что позволило повысить точность прогнозирования развития осложнений, сократить стоимость лечения, оптимизировать выбор лечебной тактики и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях в том числе на 3 международных и 1 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе 8 журнальных статей, 6 из которых в республиканских, 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 108 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность темы научного исследования, степень изученности проблемы, освещены соответствие диссертационной работы приоритетным тематическим планам научно-исследовательских работ, цель и вытекающие из нее задачи, научная новизна, теоретическая и практическая значимость результатов исследований, предварительные апробации диссертации, опубликованность результатов, структура и объем диссертации.

В первой главе диссертации **«Выбор рациональной лечебной тактики при осложненной суправезикальной обструкции у беременных»** освещен анализ современных данных о распространенности суправезикальной обструкции (СВО) с осложненным течением, особенностях методов диагностики и тактики ведения, тенденциях в разработке новых методов диагностики и малоинвазивных методов лечения этой патологии, направленных на снижение частоты осложнений.

Во второй главе «**Общая характеристика клинического материала и методов исследования**» подробно описаны объекты, материалы и методы обследования и оперативного лечения больных, объем и критерии оценки результатов лечения.

Научное исследование проведено на базе ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии» с января 2016 по январь 2019 года. Работа состояла из двух этапов, ретроспективного и проспективного исследований. Всего проанализировано 711 историй болезни пациенток в возрасте от 16 до 42 лет.

Критерии включения:

- Беременные с обструкцией верхних мочевыводящих путей.
- Первичное обращение.

Критерии исключения:

- Беременные женщины с отсутствием суправезикальной обструкции.
- Наличие иной патологии мочевыводящих путей (аномалии развития и т.д.) приводящей к СВО.

Согласно критериям включения и исключения, в данном исследовании были изучены материалы историй болезни 664 беременных женщин, средний возраст которых составил 23.73 ± 0.17 лет.

Определялись демографические данные: возраст, срок гестации; данные лабораторных исследований: общего анализа мочи и крови, бактериологического посева мочи, уровень мочевины и креатинина в крови, количество лейкоцитов в моче и в крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Кроме того, по данным ультразвукового сканирования (УЗС) оценивалась степень гидронефроза: определяли максимальный передний - задний диаметр почечной лоханки (МДПЛ). Для определения тяжести болей до и после лечения использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; 0 и 10 баллов – отсутствие боли и ее максимальная степень, соответственно).

Исходя из полученных данных, а также клинического течения и выбора тактики лечения беременные женщины были разделены на следующие группы:

• **Контрольная** (n=37) – беременные с СВО, без изменения в лабораторных показателях.

• **Амбулаторные больные** (n=418), лечебная тактика у которых включала:

- Антибактериальная терапия (n=167);
- Без антибактериальной терапии (n=251);
- **Стационарные больные** (n=209), которым проведена:
 - Консервативная терапия (n=106);
 - Хирургическое лечение (n=103);

В третьей главе «**Результаты исследований и их анализ**» были изучены результаты и проведен анализ исследований позволившие, в

последующем, построить модель прогнозирования риска развития осложнений при суправезикальной обструкции у беременных.

Физикальный осмотр и сбор анамнестических данных важен в диагностике СВО. При изучении данных беременных с суправезикальной обструкцией, выяснилось, что самой частой жалобой является боль (377 и 233 рис. 1), которая чаще бывает связана с стороной поражения, немаловажным также является повышение температуры тела как индикатора инфекционно-воспалительных процессов в организме (рис. 1). Согласно стороне поражения, жалобы расположились следующим образом: справа боль отметили 380 (60,9%), с 2х сторон 122 (19,5%) и слева 105 (16,8%) пациенток, повышение температуры тела отметили 144 (23,1%), 41 (6,6%) и 27 (4,3%) пациенток соответственно.

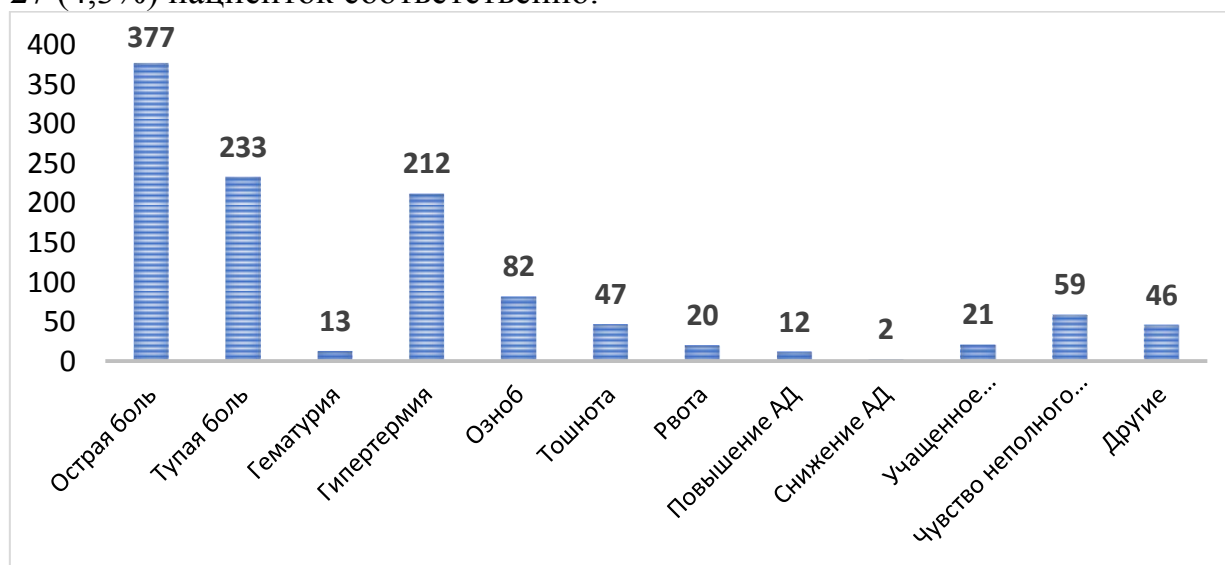


Рис. 1. Распределение жалоб (n=1124)

Наше исследование также показало, что возраст беременной и срок недели беременности в развитии осложненного течения суправезикальной обструкции значимой роли не имеет. По всем группам наблюдения не было статистической значимой разницы данных параметров. (табл. 1).

Не стоит также исключать пациенток с СВО на ранних сроках беременности, так как не всегда только увеличение матки приводит к обструкции верхних мочевых путей: так в группе стационарного лечения мы видим беременных на ранних сроках гестации 4-8 недель. Из них 3 пациенткам было проведено хирургическое вмешательство в виде установки чрескожной нефростомы.

Длительность заболевания свыше 15 дней, с вышеуказанными жалобами создает угрозу осложнения течения суправезикальной обструкции, что в свою очередь в запущенных случаях требует хирургического вмешательства вплоть до удаления почки и/или прерывания беременности. Группа пациенток, которым потребовалось хирургическое вмешательство при длительности заболевания свыше 15 дней, оказалась наибольшей и включала 48 (46,6%) пациенток.

Одним из основных диагностических методов исследования верхних мочевыводящих путей во время беременности является УЗС почек. Расширение полостей почек, наблюдающееся у беременных, в ряде случаев чревато осложнениями. При этом, они чаще развиваются в правой почке и в процесс, также, может вовлекаться контралатеральная почка.

В нашем исследовании, согласно данным УЗС, расширение полостей почек и ширина мочеточника во время поступления показало следующее: в группе с СВО, уретерогидронефроз справа имелся у 408 (94,9%) пациенток, гидронефроз у 7 (1,6%), и у 15 (3,5%) был ранее установлен дренаж, ширина мочеточника составила в среднем составила $5,6 \pm 0,12$ мм; в группе с СВО, слева, обнаружен гидрокаликоз у 1 (1,0%) и гидронефроз у 6 (6,0%), уретерогидронефроз у 86 (86,0%) и 7 (7,0%) пациенткам был ранее установлен дренаж, ширина мочеточника составила в среднем $3,3 \pm 0,32$ мм; в группе с СВО при двухстороннем поражении выявлен гидронефроз у 3 (2,3%), уретерогидронефроз имелся у 123 (95,3) беременных, и 3 (2,3%) были ранее установлены дренажи, ширина мочеточника составила в среднем $5,5 \pm 0,24$ мм; в группе с СВО при наличии единственной почки уретерогидронефроз обнаружен у 5 (100%) беременных, при ширине мочеточника в среднем $5,6 \pm 0,81$ мм.

Таблица 1

Средние величины срока беременности и возраста беременных по группам наблюдения

Параметры	Группы наблюдения				
	Контроль-ная	Амбулаторная без АБ	Амбулаторная с АБ	Стац. консервативная	Хирургическая
Беременность (недели)	$25,2 \pm 1,4$ (4 - 40)	$25,3 \pm 0,42$ (6 - 38)	$26,1 \pm 0,56$ (2 - 40)	$24,0 \pm 0,62$ (4 - 39)	$25,7 \pm 0,63$ (8 - 39)
Возраст	$25,1 \pm 0,8$ (18 - 40)	$24,0 \pm 0,26$ (17 - 42)	$24,0 \pm 0,31$ (18 - 40)	$22,5 \pm 0,33$ (17 - 36)	$24,0 \pm 0,46$ (16 - 41)

Примечание: АБ - антибактериальная

Параметром, характеризующим расширение полостей почек, является МДПЛ, ширина мочеточника. Анализ данных МДПЛ и ширины мочеточника показал статистически значимые различия в группах амбулаторных больных без АБ терапии ($p < 0.05$), с антибактериальной терапией ($p < 0.01$) и хирургическим лечением ($p < 0.001$) по сравнению с контрольной группой.

УЗС почек в диагностике мочекаменной болезни имеет существенную значимость. Мочекаменная болезнь была нами установлена у 57 (8,8%) пациенток. Камни почек были определены у 28 пациенток, а камни мочеточника у 29 пациенток, из них у 2 обнаружены камни почки и мочеточника.

Рентгенологические методы исследования ограничены, ввиду ионизирующего излучения и, следовательно, противопоказаны. Они могут быть использованы, только в случае если другие методы исследования не дали достаточных результатов для принятия решения. В нашем исследовании

произведено 37 беременным 58 рентгенологических исследований, а именно: внутривенная урография – 37 (36%), обзорный снимок мочевыводящих путей – 21 (64%). Внутривенная урография выполнена 37 пациенткам, из них у 33 (89,2%) была функция почки, среднее время выделения контраста составило $44,0 \pm 9,4$ мин (от 7 до 300 мин). У 4 (10,8%) пациенток в связи с отсутствием функции, исследование остановлено после 4-5 часов. Обзорная урография была проведена 21 пациентке, из них наличие камней было установлено: позитивных 8, негативных 3, у остальных 13 камней не выявлено.

Инфекция мочевых путей во время беременности, часто сопровождается циститами, острым пиелонефритом, и в редких случаях развитием грозного осложнения- уросепсиса.

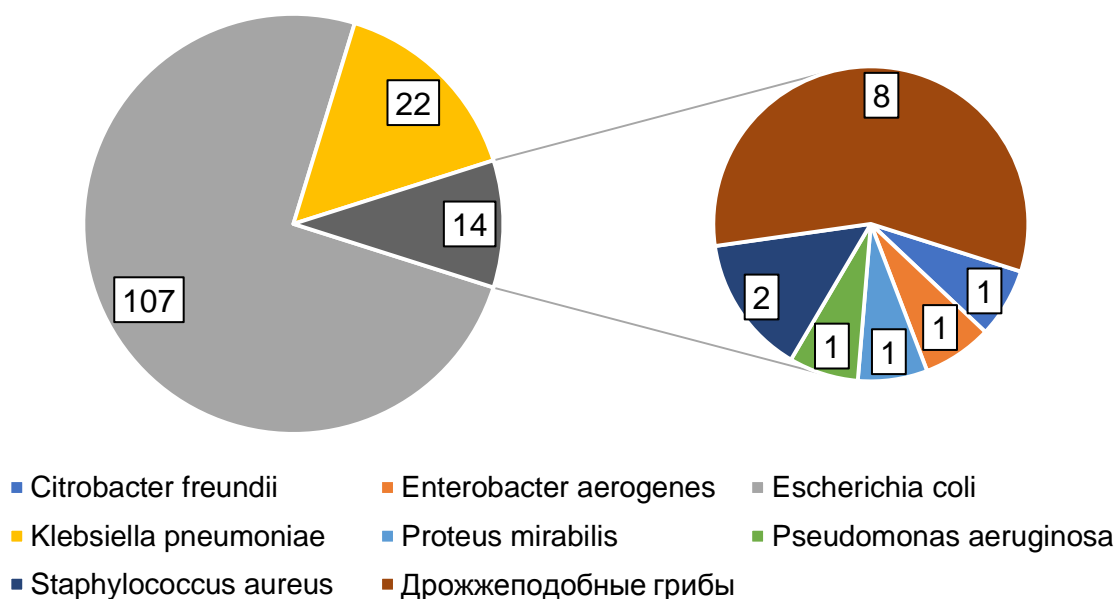


Рис. 2. Состояние микробного пейзажа согласно данным бактериологического посева мочи

У всех пациенток, имевших бактериурию (n=331) был выполнен бактериологический посев мочи. В 143 (43,2%) случаях наблюдался рост микрофлоры, а в 188 (56,8%) он отсутствовал (рис. 2). Наиболее чаще возбудителем инфекции мочевого тракта оказалась E.Coli 107 (74,8%), затем K. Pneumonia 22 (15,4%). В 143 положительных пробах бактериологического посева всего проведено 2611 тестов к антибиотикам различных групп. Чувствительность к антибиотикам была следующей: резистентные – 1352 (51,8%), слабо чувствительные – 319 (12,2%) и чувствительные 940 (36,0%).

Определение чувствительности к антибиотикам показало, что наиболее эффективными оказались следующие группы препаратов: Цефоперазон+Сульбактам у 45 (46,8%) пациенток, Цефепим+Тазобактам у 41 (73,2%), Амикацин у 62 (46,2%), Нитроксалин у 40 (53,3%) и Фосфомицин у 62 (71,3%).

Беременным с двухсторонней суправезикальной обструкцией требуется более тщательное, углубленное обследование и внимание, ранние сроки госпитализации для коррекции скрытой инфекции мочевых путей (ИМП), в целях предотвращения грозных осложнений в виде острого пиелонефрита,

уросепсиса и оперативного вмешательства (установка нефростомического дренажа, стентирование мочеточников, нефрэктомия).

Клинико-лабораторные и инструментальные данные позволяют установить осложненное течение СВО. В случае наличия симптоматики осложнённого течения и бактериурии на первом этапе ведение больной можно осуществлять в амбулаторных условиях с назначением антибактериальной терапии согласно данным бактериологического посева мочи.

Цефуроксим натрия является наиболее безопасным антибиотиком во время беременности, однако резистентность микроорганизмов к данному антибиотику оказалась довольно высокой, составив более 70%. Цефалоспорины 3 поколения в комбинации с защитой сульбактамом показали наилучшую эффективность, в том числе и высокую чувствительность по сравнению с другими группами антибиотиков. У беременных пациенток, с СВО, при выборе тактики лечения, очень важно различать физиологическое и патологическое расширение. Расширение полостей почек считается патологическим, если оно сопровождается острой болью, уросепсисом и/или почечной недостаточностью. Методы лечения СВО во время беременности все еще неясны и, согласно литературным данным, приблизительно 70-80% беременных женщин с СВО можно лечить консервативно. Для остальных 20-30%, требуется дополнительное лечение.

В случае ухудшения течения требуется госпитализация с назначением эмпирически подобранного антибиотика и проведением тонкоигольной аспирационной биопсии почки (ТИАБ) на основании УЗС, а также декомпрессия полостей почек путем установки чрескожной нефростомы или стентирования мочеточника.

ТИАБ почки, являясь инвазивным методом, дает четкую цитологическую картину характера воспаления почечной паренхимы. Кроме диагностической, она имеет лечебную ценность, в частности для декомпрессии почечной паренхимы и введения антибиотика в паранефрий.

Из-за неэффективности консервативной терапии 103 (16,0%) пациенткам выполнено 156 видов вмешательств. Из них: 53 (51,5%) выполнена перкутанная нефростомия, 28 (27,2%) произведена замена ранее установленного нефростомического дренажа, 3 (2,9%) - ПК нефростомия с 2х сторон, 1 (0,9%) - замена нефростом с 2х сторон, 7 (6,8%) - стентирование мочеточника, 3 (2,9%) - ретроградная замена стента, 12 (11,7%) - катетеризация мочевого пузыря, 12 (11,7%) - тонкоигольная аспирационная биопсия паренхимы почки с ведением антибиотика, 5 (4,9%) - эндоскопическое удаление камней, 2 (1,9%) - анте- ретроградная пиелография, 6 (5,8%) органуносящая (нефрэктомия) операция.

В лечении мочекаменной болезни и/или купирования почечной колики у беременных применялась, в основном, консервативная терапия. Однако хирургический подход требовался для лечения 20-30% беременных женщин при наличии мочекаменной болезни. Малоинвазивное хирургическое

лечение обструкции мочеточника во время беременности включает введение мочеточникового стента или установку нефростомического дренажа.

В нашем исследовании стентирование мочеточника было проведено в 7 случаях, хотя было запланировано 17 беременным. Во время операции 6 пациенткам из-за возникшей механической трудности установки мочеточникового стента, было решено установить чрескожную нефростому, а у 4 пациенток развился септический шок, что в итоге также закончилось установкой нефростомы.

Необходимо отметить наличие некоторых рисков, таких как инфекция мочевыводящих путей, дискомфорт и инкрустация, связанные с введением нефростомического дренажа и/или мочеточникового стента, если дренажи установлены на ранних стадиях беременности. Размещение мочеточниковых стентов часто вызывает ирритативные симптомы мочеиспускания, дискомфорт у пациентки, что требует назначения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) для снятия симптомов дизурии.

Более того, во время беременности почки и мочеточники подвергаются физиологическому уретерогидрофнерозу, который имеет тенденцию к нарастанию, что в итоге может привести к миграции стентов мочеточника у пациенток.

Высокий индекс подозрительности необходим для точной диагностики почечной колики во время беременности, так как анатомические изменения могут вызвать изменение локализации камня(ей) и иррадиации боли в животе, тем самым затрудняя диагностику. Кроме того, постановка диагноза боли в животе, вызванной острой непроходимостью мочеточника, также может быть трудно отличима от физиологического гидронефроза во время беременности. Обструкция мочеточника выше или ниже уровня краев таза с сужением мочеточника до нормального калибра свидетельствует о патологической обструкции. Срочная диагностика и лечение оправданы, так как почечная колика, обусловленная обструкцией мочеточника у беременных, может вызвать гипертонию, преэклампсию или начало преждевременных родов.

Информация о исходах беременностей амбулаторной группы пациентов не была изучена, так как они не являлись на повторные осмотры после родоразрешения. В 103 случаях у прооперированных пациенток, физиологические роды составили (79,6%) 82. В 1 случае, после физиологических родов, младенец скончался в первые сутки после рождения, патологические роды: кесарево сечения выполнено у 18 (17,5%), у 2 (1,9%) пациенток произошла антенатальная гибель плода, родоразрешение проходило через естественные родовые пути.

Если беременная поступает в клинику с симптомами сепсиса деривацию мочи производят тем методом, которым владеет врач, для избежание развития септического шока. В случае нарастания клиники сепсиса, ухудшения состояния больной и отсутствия эффекта проводимой терапии выполняется нефрэктомия на пораженной стороне.

В четвертой главе «**Модель прогнозирования осложнённого течения суправезикальной обструкции у беременных**» представлены результаты оценки предикторов осложненного течения СВО.

Для определения самостоятельных предикторов осложнённого течения СВО нами были проведены статистические исследования факторов путем расчета относительного риска, отношения шансов, доверительного интервала. ROC curve анализ показал, что значения отсечки МДПЛ для пациенток, лечившихся амбулаторно без и с АБ, составляли 18 и 21 мм соответственно, а в группах с госпитализацией и оперативным лечением уровни отсечки соответственно 22 и 25 мм.

Параметры, приведенные в таблице 2, имеют различный удельный вес влияния на развитие СВО, которые в свою очередь будут использованы в качестве переменных для построения модели классифицирующей течение СВО.

Таблица 2

Значения всех расчетных показателей в группе риска и сравнения

Показатель	Шансы в группе риска	Шансы в группе сравнения	Отношение шансов	Относительный риск [95% ДИ]	Относительное увеличение риска	Абсолютное увеличение риска (атрибутивный риск) [95% ДИ]	ЧБНЛ
МДПЛ	1,01	0,23	4,4	2,7 [2,3 – 3,2]	171,3%	31,7% ± 1,4% [29,0% - 34,4%]	3,15
Лейкоцитурия	1,05	0,78	2	1,01[0,9-1,5]	120,1	12,7% ± 0,8% [11,1% - 22,4%]	14,3
Бактериурия	1,38	0,41	4,8	2,9[1,6 – 3,3]	192,2	33,1% ± 1,6% [29,0% - 34,4%]	4,13
Лейкоцитоз крови	1,58	0,12	5,7	3,1[2,3 – 3,2]	169,9	33,5% ± 0,8% [29,0% - 34,4%]	2,82
Индекс интоксикации лейкоцитов	1,12	0,17	4,1	2,6[2,3 – 3,2]	134,3%	33,1% ± 1,3% [29,0% - 34,4%]	4,92
Уровень мочевины	1,03	0,87	1,2	0,3[0,1-0,5]	100,2%	12,5% ± 0,8% [8,3% - 22,8%]	3,5
Уровень креатинина	1,03	0,92	1,3	0,4[0,2-0,9]	102,3%	23,8% ± 1,1% [14,4% - 28,1%]	3,9

Примечание: ДИ – доверительный интервал, ЧБНЛ– число больных, нуждающихся в лечении.

С помощью регрессионного анализа с пошаговым отбором данных, получена статистическая модель оценки риска развития осложнений суправезикальной обструкции, которая учитывает наличие всех факторов. Определены показатели, как факторы, которые могут провоцировать развитие осложненной суправезикальной обструкции (табл. 3).

Используя результаты одномерного анализа логистической регрессии, модель прогнозирования риска СВО была построена с помощью пошагового дискриминантного анализа Фишера на основе отобранных 12 переменных, которые были статистически значимыми. Ступенчато-дискриминантный анализ отобрал 12 переменных следующим образом: сторона поражения (x1),

длительность заболевания (x2), температура тела(x3), уровень лейкоцитов в моче (x4), уровень лейкоцитов в крови (x5), ЛИИ (x6), СОЭ (x7), максимальный передне-задний диаметр лоханки (x8), камни почек (x9), камни мочеточника (x10) уровень мочевины (x11) и креатинина в сыворотке крови (x12).

Таблица 3

Результаты одномерного пошагового регрессионного анализа влияния факторов СВО

Факторы риска	Градация фактора	Интенсивный показатель / эксцесс (медиана)	ОШ	Относительный риск	95 % ДИ
Повышение температуры тела	> 37,5	67,3	3,7	2,46	2,22-2,78
	< 37,5	32,7	0,8	1,04	0,77-1,13
Наличие камней в почке	Есть	21,3	1,9	0,93	0,75-0,99
	Нет	78,7	0,8	0,61	0,19-0,78
Наличие камней в мочеточнике	Есть	18,8	4,9	3,1	2,8-3,5
	Нет	81,2	0,9	0,7	0,45-0,93
Сторона суправезикальной обструкции	Справа	61,3	0,9	1,6	1,45-1,82
	Слева	15,8	2,2	2,7	2,11-2,96
	С обеих сторон	22,9	1,8	2,5	2,14-2,62
Длительность заболевания		7,34	0,42	2,52	2,13-2,77
Уровень лейкоцитов в моче		11257,21	3,17	3,72	3,41-3,92
МДПЛ		0,8	6,31	4,61	4,42-4,77
Уровень лейкоцитов в крови		11,51	7,32	4,82	4,36-4,95
ЛИИ		4,29	4,51	2,66	2,35-2,99
СОЭ		22,9	2,11	2,44	2,33-2,65
Уровень мочевины (ммоль/л)		22,47	0,77	2,68	2,49-2,77
Креатинин (ммоль/л)		0,12	0,83	2,84	2,65-3,05

Примечание: ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал, МВП – мочевыводящие пути

Окончательная стандартизированная дискриминантная функция была рассчитана в соответствии со следующим уравнением:

$$Z = 0,287 X_1 + 0,283 X_2 + 0,255 X_3 + 0,464 X_4 + 0,338 X_5 + 0,309 X_6 + 0,236 X_7 + 0,422 X_8 + 0,287 X_9 + 0,319 X_{10} + 0,315 X_{11} + 0,364 X_{12}$$

Затем, мы вычислили значение дискриминантной функции Z_i для каждого субъекта; если $Z_i > 3,879$, у пациента весьма вероятно развитие СВО, а если $Z_i \leq 3,879$, ситуация оценивается как норма.

Таким образом, дискриминантная модель прогнозирования, основанная на таких факторах как сторона вовлечения, максимальный переднезадний диаметр почечной лоханки, наличие камней в почках и мочеточнике, продолжительность заболевания, температура тела, количество лейкоцитов в моче, бактериурия, количество лейкоцитов в крови, ЛИИ, СОЭ, уровень мочевины и креатинина в сыворотке может быть полезна в определении риска развития осложнённого течения СВО, так как обеспечивает достаточно точную и быструю оценку степени патологического процесса.

При использовании дискриминантной модели прогнозирования полученное значение Z выше 3,879 является точкой отсечки, которая

классифицирует беременных с СВО осложненным течением, а значение Z выше 9,55 является показанием необходимости хирургического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В диагностике осложненного течения обструкции верхних мочевых путей у беременных ультразвуковое эффективно в 87,6%, результаты лабораторных (анализ мочи и крови) данных позволяют верифицировать диагноз до 100% случаев. Выполнение экскреторной урографии необходимо в случае неэффективности консервативной терапии и/или перед выполнением хирургического вмешательства.

2. В эмпирическом лечении ИМТ при суправезикальной обструкции с осложненным течением на фоне беременности, эффективность цефалоспоринов II-III-IV поколения составила 18-27%, в то же время, по результатам бактериологических исследований, при использовании цефалоспоринов в сочетании с ингибиторами бета-лактамаз, фосфомицином эффективность увеличивается до 47-73%, что значительно больше чем при применении препаратов других групп. Улучшение состояния пациенток, результатов клинических, лабораторных и ультразвуковых исследований, выполненных через 48-72 часа после начала консервативного лечения, служат критерием оценки эффективности проводимой терапии.

3. Согласно результатам модели прогнозирования, критерием отсека осложненного течения суправезикальной обструкции у беременных явилось значение $Z > 3,97$. Значения $Z > 9,55$ служит критерием необходимости перехода от консервативной терапии к хирургическому вмешательству, доминирующую роль в котором играет наличие септических осложнений и МДПЛ по данным УЗС. Своевременное проведение лечебных мероприятий, согласно модели прогнозирования, позволит сократить количество койко-дней с $3,95 \pm 0,54$ до $3,15 \pm 0,1$, расход медикаментов и соответственно общую стоимость лечения на 301 186 сум.

4. Наиболее эффективным и безопасным методом деривации мочи у беременных с обструкцией верхних мочевых путей с осложненным течением является чрескожная нефростомия. Стентирование мочеточника было проведено 7 (6,8%) пациенткам, хотя было запланировано у 17 (16,5%) беременных. Во время операции, из-за возникшей технической трудности по установке мочеточникового стента, 6 (35,3%) пациенткам было решено выполнить чрескожную нефростому, у 4 (23,5%) пациенток развился септический шок, что в итоге, также закончилось установкой нефростомы. Особенности технологии установки стентов, в отдельных случаях, не позволяют избежать осложнений.

5. Разработанный алгоритм ведения беременных с осложненной обструкцией верхних мочевых путей показал свою эффективность в 84,6% случаев и позволяет верифицировать диагноз, определить оптимальную тактику консервативной терапии или необходимость проведения оперативного лечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL 27.06.2017.Tib.49.01 AT THE
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V. VAKHIDOV AND TASHKENT MEDICAL ACADEMY ON THE
ADMISSION OF SCIENTIFIC DEGREES**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

KHASANOV MARDON MUKHAMMADIKULOVICH

**THE CHOICE OF THE RATIONAL TREATMENT TACTICS FOR
COMPLICATED SUPRAVESICAL OBSTRUCTION IN PREGNANT
WOMEN**

14.00.31 – Urology

**ABSTRACT OF DISSERTTION (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2020

Subject of doctoral of philosophy (PhD) dissertation is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2018.2.PhD/Tib703.

The thesis was accomplished at the Tashkent Medical Academy.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.rscs.uz) and Informational and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific assistance: **Mukhtarov Shukhrat Tursunovich**
doctor of medical science, dotsent

Official opponents: **Gaybullaev Asilbek Asadovich**
doctor of medical science, professor

Akhmedov Rustam Nosirovich
doctor of medical science, professor

Leading organization: **University clinic Gissen and Marburg (Germany)**

The defense will be take place on «__» _____ 2020 at ____ o'clock at the meeting of Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vahidov and Tashkent Medical Academy, (Address: 100115, Tashkent city, Kichikhalkayoli str., 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vahidov; Phone.: (+99871) 277-69-10; fax: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The doctoral dissertaton is aviable in the Inofrmation Resource Centre of the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vahidov (Registertration number №98), (100115, Tashkent city, Kichikhalkayoli str., 10. Phone.: (+99871) 277-69-10; fax: (+99871) 277-26-42.

Abstract of the dissertation sent out on «__» _____ 2020 year.
(mailing report № __ of _____ 2020y.)

F.G. Nazyro

Chairman of Scientific council to award of scientific degrees, doctor of medical science, professor, academician

A.Kh. Babadjanov

Scientificsecretaryof Scientific council to award of scientific degrees, doctor of medical science

A.V. Devyatov

Chairman of Scientificseminar at the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research work is to improve the results of diagnosis and treatment of pregnant women with complicated course of supravescical obstruction by developing optimal approaches to management tactics.

Object of the research: includes 711 pregnant women with supravescical obstruction treated at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology between 2016 and 2019 yy.

The scientific novelty of the research consists of following:

criteria for early verification of the complicated course of supravescical obstruction in pregnant women were determined with the specification of specific indicators of laboratory research methods and ultrasound scan data;

clinical and pathogenetic features of the progression of supravescical obstruction in pregnant women were clarified, taking into account the identification of the main risk factors and their role in the development of the complicated course of the disease;

a discriminant model has been developed for predicting the development of supravescical obstruction with a complicated course in pregnant women, which makes it possible to specify the criteria for switch from conservative therapy to active surgical intervention;

the effectiveness of minimally invasive surgery in the treatment of supravescical obstruction with a complicated course in pregnant women was determined to take into account the severity of the disease, the invasiveness of surgical intervention and the risk of complications;

criteria for the basic and complicated course of supravescical obstruction in pregnant women are specified, allowing to clearly determine the border between these conditions and apply rational tactics taking into account its pathogenetic features.

Implementation of the research results. According to the results of a scientific study to improve the treatment of complicated supravescical obstruction in pregnant women:

methodological recommendations were developed “Model for predicting the complicated course of supravescical obstruction in pregnant women” (Ministry of Health certificate No. 8n-z / 240 dated December 23, 2019). The proposed recommendations allowed to improve the quality of treatment by clarifying the risk factors for disease progression and specifying indications for each of the therapeutic methods for the correction of complicated course of supravescical obstruction in pregnant women;

a program has been developed for predicting the likelihood of complications and outcomes in pregnant women with complicated supravescical obstruction (Ministry of Health certificate No. 8n-z / 240 of December 23, 2019). The application of the proposed program allowed us to simplify the calculation procedures in predicting the course of complications of supravescical obstruction in pregnant women and, accordingly, to improve the quality of early diagnosis;

The scientific results obtained to improve the quality of treatment of complicated supravescical obstruction in pregnant women have been implemented into the practice of healthcare, in particular, in the Department of Urology of the Republican Clinical Hospital No. 1 and the City Clinical Hospital No. 1 named after Ibn-Sino in Tashkent (Ministry of Health certificate No. 8n-z / 240 dated December 23, 2019). Based on the proposed results of the study, the range of specialized high-tech medical care for pregnant women with complicated course of supravescical obstruction was significantly expanded, which made it possible to increase the accuracy of predicting the development of complications, reduce the cost of treatment, optimize the choice of treatment tactics and shorten the length of stay patients in a hospital.

Structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, and a list of cited literature. The volume of the text material is 108 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Khasanov M.M. Supravesical obstruction in pregnancy: literature review. // European science review. №11-12, Vienna, 2017, стр. 87-91. (14.00.00; №19)
2. Khasanov M.M., Mukhtarov Sh.T. The model for predicting the risk of development of complications in pregnancy with supravesical obstruction // American journal of medicine and medical sciences. Vol9, N11. 2019, стр. 430-433. (14.00.00; №2)
3. Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Прогноз оптимального метода лечения беременных с осложненной суправезикальной обструкцией исходя из результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. №1, 2019, стр. 38-43. (14.00.00; №17)
4. Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Течение и прогноз осложненной суправезикальной обструкции у беременных в зависимости от стороны поражения верхних мочевыводящих путей. // Вестник ТМА. №3, 2018, стр. 151-155. (14.00.00; №13)
5. Хасанов М.М. Значение максимального диаметра почечной лоханки в выборе тактики лечения беременных с суправезикальной обструкцией. // Вестник ТМА. №3, 2019 стр. 137-141. (14.00.00; №13)
6. Хасанов М.М. Оценка применения модели прогнозирования осложненного течения суправезикальной обструкции у беременных при выборе тактики лечения. // Вестник ТМА. №4, 2019, стр. 134-137. (14.00.00; №13)
7. Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М., Абдуфаттаев У.А. Оценка удельного веса факторов риска осложненной суправезикальной обструкции у беременных с помощью статистических методов (ретроспективное исследование). // Вестник ТМА. №4, 2019, стр. 97-100. (14.00.00; №13)
8. Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Интегральная оценка факторов риска развития осложненной суправезикальной обструкции у беременных. // Ўзбекистон тиббиёт журнали. №4, 2019, стр. 19-22. (14.00.00; №8)

II. Бўлим (II часть; II part)

9. Хасанов М.М., Мухтаров Ш.Т. Прогнозирование вероятности осложнений и исходов у беременных с осложненной СВО. // Агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. 2019, DGU 05990.
10. Мухтаров Ш.Т., Мирхамидов Д.Х., Хасанов М.М., Абдуфаттаев У.А. Модель прогнозирования течения осложнений суправезикальной обструкции у беременных. // Методические рекомендации для врачей районных, областных медицинских объединений и республиканских клиник. 2019, 23 С.

11. Хасанов М.М. Роль эндоурологии при осложненной суправезикальной обструкции у беременных женщин. // Сборник Трудов VI Российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям с международным участием. (Санкт-Петербург, 2018), стр. 56-57.

12. Хасанов М.М., Рахимов Н.М., Солиев Т.Х. Оценка характера жалоб беременных с осложненной суправезикальной обструкцией. // Сборник публикаций посвященный V съезду урологов Узбекистана, Ташкент-2018, Раздел: Обструкция, тезис 3.

13. Хасанов М.М., Джамиллов Д.Д., Хасанов Р.Р. Тактика лечения беременных с осложненной суправезикальной обструкцией в условиях ГУ РСНПМЦУ. // Сборник публикаций посвященный V съезду урологов Узбекистана, Ташкент-2018, Раздел: Обструкция, тезис 1.

14. Khasanov M.M. The prognosis of optimal method treatment according clinical, instrumental and laboratory parameters in pregnant women with complicated supravescical obstruction. // XIV Международная / XXIII Всероссийская Пироговская научная медицинская конференция студентов и молодых ученых, Москва, 2019, стр. 111.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
тахририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги
матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Разрешено к печати: ___ января 2020 года
Объем – 2,44уч. изд. л. Тираж –00 . Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № 0СИГ-2020 . Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru