

Ўзбекистон Республикаси
Солини салаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН УРОЛОГИЯ ИЛМИЙ-
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ХОМИЛАДОРЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ
ИНФЕКЦИЯЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

«КЕЛИШИЛДИ»
Ўзбекистон Республикаси Ихтисослаштирилган
урология илмий-амалий тиббиёт
маркази директори
Ш.Т. Мухтаров
“ ” “ ” 2025 йил



**«ХОМИЛАДОРЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

МУНДАРИЖА

1. Ҳомиладор аёлларда сийдик йўллари инфекцияларини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник протоколлар.....5
2. Ҳомиладор аёлларда сийдик йўллари инфекцияларини тиббий муолажалар бўйича миллий клиник протоколлар.....26
3. Ҳомиладор аёлларда сийдик йўллари инфекцияларининг профилактикаси ва реабилитацияси бўйича миллий клиник протоколи.....34

**ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ
ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

1. Кириш қисми

Ушбу клиник протоколлар Республика ихтисослашган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ), "Ўзбекистон урологлар илмий жамияти", "Ўзбекистон болалар урологлари жамияти" ва Тошкент тиббиёт академияси мутахассислари томонидан Европа Урологлар Жамияти (ЕУЖ) кўрсатмалари, тавсиялари ва маълумотлари асосида ишлаб чиқилган. Муаллифлар гуруҳи халқаро экспертларнинг фикрларини тўлиқ қўллаб-қувватлайди ва клиник протоколлар нашр этилган пайтда энг тўғри ва малакали мутахассислар учун энг осон тушуниладиган маълумотларни тақдим этишини таъкидлашни зарур деб ҳисоблайди. Улар алоҳида беморларни даволаш тактикаси бўйича клиник тажрибани алмаштира олмайди, лекин беморнинг хусусиятлари ва афзалликларини инобатга олган ҳолда танлов қилишга ёрдам беради. Миллий клиник протоколлар ҳомиладор аёлларда сийдик чиқариш йўлларининг инфекцияларини (Халқаро касалликлар таснифи: ХКТ-10 коди – О23 ва ХКТ-11 коди – JA62) ташхислаш, реабилитация қилиш ва профилактика қилиш учун қўлланма ҳисобланади ва урологлар томонидан фойдаланилиши мумкин. Ушбу клиник протоколлар Республика ихтисослашган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ, Тошкент тиббиёт академияси, "Ўзбекистон урологлар илмий жамияти" ва "Ўзбекистон болалар урологлари жамияти" мутахассислари томонидан Европа Урологлар Жамияти (ЕУЖ) кўрсатмалари, тавсиялари ва маълумотлари асосида ишлаб чиқилган. Муаллифлар гуруҳи халқаро экспертларнинг фикрларини тўлиқ қўллаб-қувватлайди ва клиник протоколлар нашр этилган пайтда энг тўғри ва малакали мутахассислар учун энг осон тушуниладиган маълумотларни тақдим этишини таъкидлашни зарур деб ҳисоблайди. Улар алоҳида беморларни даволаш тактикаси бўйича клиник тажрибани алмаштира олмайди, лекин беморнинг хусусиятлари ва афзалликларини инобатга олган ҳолда танлов қилишга ёрдам беради. Миллий клиник протоколлар ҳомиладор аёлларда сийдик чиқариш йўлларининг инфекцияларини (ХКТ -10 коди – О23 ва ХКТ -11 коди – JA62) ташхислаш, реабилитация қилиш ва профилактика қилиш учун қўлланма ҳисобланади ва урологлар томонидан фойдаланилиши мумкин.

Халқаро касалликлар таснифи шифрлари - ХКТ -10/11

ХКТ-10	
Код	Номланиши
O23	Ҳомиладорлик даврида сийдик https://icd.who.int/browse10/2019/en#/O23
O23.0	Ҳомиладорлик даврида буйрак инфекцияси https://icd.who.int/browse10/2019/en#/O23.0
O23.1	Ҳомиладорлик даврида сийдик пуфаги инфекцияси https://icd.who.int/browse10/2019/en#/O23.1
O23.2	Ҳомиладорлик даврида уретра инфекцияси https://icd.who.int/browse10/2019/en#/O23.2

O23.3	Ҳомиладорлик даврида сийдик йўлларида бошқа қисмларининг инфекцияси https://icd.who.int/browse10/2019/en#/O23.3
O23.4	Ҳомиладорлик даврида аниқланмаган сийдик йўллари инфекцияси https://icd.who.int/browse10/2019/en#/O23.4

ХКТ -11	
Код	Номланиши
JA62	Ҳомиладорлик даврида сийдик https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#2046208198
JA62.0	Ҳомиладорлик даврида буйрак инфекцияси https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1922038628
JA62.1	Ҳомиладорлик даврида сийдик пуфаги инфекцияси https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#398735090
JA62.2	Ҳомиладорлик даврида уретра инфекцияси https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1667851791
JA62.3	Ҳомиладорлик даврида сийдик йўлларида бошқа қисмларининг инфекцияси https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#102935451

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқилган ва қайта кўриб чиқиш муддати

Миллий клиник протокол 2025 йилда ишлаб чиқилган. Протоколни қайта кўриб чиқиш ҳар 5 йилда бир марта ёки диагностика, даволаш, реабилитация ва профилактиканинг далилий асослари ўзгарганда амалга оширилади.

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул ташкилот:

Республика ихтисослашган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ).

Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

Мухтаров Шухрат Турсунович – Республика ихтисослашган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Акилов Фарход Атауллаевич – Тошкент тиббиёт академиясининг урология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Ғайбуллаев Асилбек Асадович – «European Medical University» хусусий тиббиёт университети ректори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Кариев Саидахрор Саидасланович – Тиббиёт ходимлари малакасини ошириш маркази хирургия факультети декани, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Ағзамхўжаев Саиданвар Талатович – Тошкент педиатрия тиббиёт институти урология ва болалар урологияси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори.

Рахматуллаев Акмал Абадбекович – Тошкент педиатрия тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович – Республика ихтисослашган илмий-амалий онкология ва радиология маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Ахмедов Рустам Носирович – Республика шошилинч тиббий ёрдам маркази урология бўлими раҳбари, тиббиёт фанлари доктори.

Рахматов Махсуд Мирзаевич – Республика ихтисослашган илмий-амалий фтизиатрия ва пульмонология маркази етакчи мутахассиси, фтизиоуролог.

Умаров Азиз Рустамович – Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг туғруқ бўлими бош шифокор ўринбосари.

Тоиров Бобур Акбарович – Республика ихтисослашган илмий-амалий дерматология ва косметология маркази дерматокосметология бўлими мудир, тиббиёт фанлари доктори.

Кариев Сарвар Собиржонович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология маркази етакчи мутахассиси, нефролог, тиббиёт фанлари номзоди.

Субботин Марк Борисович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология маркази реанимация ва интенсив терапия бўлими мудир.

Фозилов Абдуқодир Абдуқаххорович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология маркази етакчи мутахассиси, андролог-сексопатолог.

Адилхўжаев Аскар Анварович – Республика ихтисослашган илмий-амалий онкология ва радиология маркази илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори.

Иноятгов Умид Нуриллаевич – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология марказининг етакчи мутахассиси, патологанатом.

Абдуфаттаев Улуғбек Авазжонович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология марказининг етакчи мутахассиси, ультратовуш диагностика шифокори.

Абдукаримов Боходир Хошимович – Республика ихтисослашган илмий-амалий суд-тиббий экспертиза маркази директор ўринбосари.

Тўхиров Алишер Обидович – Тошкент шаҳар Олмазор тумани марказий кўп тармоқли поликлиникаси бош шифокор ўринбосари

Ишчи гуруҳ аъзолари ва муаллифлар:

Гиясов Шухрат Искандарович – Тошкент тиббий академияси урология кафедраси профессори, т.ф.д., профессор.

Жамилов Жалол Жамалович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказининг биринчи урология бўлими мудир.

Хасанов Мардон Мухаммадикулович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий-тадқиқот лабораторияси мудир, т.ф.д.

Тақризчилар:

Перепанова Тамара Сергеевна – Н.А.Лопаткина номидаги урология ва интервенцион радиология ИТИ профессори т.ф.д., ЕУЖ урологияда инфекциялар секцияси бошқаруви аъзоси, Россия Федерацияси.

Юлдашев Файзулла Юлдашевич – урология курси мудир, Фарғона жамоат саломатлиги институтининг хирургия кафедраси илмий ходими, т.ф.д.

Миллий клиник протокол лойиҳасининг муҳокамаси.

Миллий клиник протоколи Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгашининг 2025 йил 6 сентябрь 3 -сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:

Кариев Саидахроп Саитасланович –Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази урология кафедраси доценти, т.ф.д.

Агзамходжаев Саиданвар Талатович – Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг урология ва болалар урологияси кафедраси мудир, т.ф.д.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассислари томонидан миллий клиник протоколлари ва стандартларини эксперт баҳолаш:

Ушбу клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги мутахассисларининг ташкилий-услубий кўмагида, вазир ўринбосари, т.ф.д. Ф.Шарипов, Тиббий суғурта бўлими бошлиғи Ш.Алмарданова, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи Ш.Нуримова, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Г. Жумаевлар раҳбарлигида ишлаб чиқилган.

Қисқартирмалар рўйхати

ЕУЖ – Европа урологлар жамияти
СЙИ – Сийдик йўллари инфекцияси;
КТ – Компьютер томографияси
ЯҚНД – Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари
УҚТ – Умумий қон таҳлили
УСТ – Умумий сийдик таҳлили
ИД – Исботланганлик даражаси
УТТ – Ультратовушли текширув
ТД – Тавсиялар даражаси
КЖТ - Косача-жом тизими

Баённома фойдаланувчилари:

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, марказнинг юридик мақомга эга филиаллари, марказнинг Вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказлари негизидаги филиаллари, олий таълим муассасалари негизидаги урология бўлимлари, вилоят кўп тармоқли тиббиёт поликлиникалари, туман/шаҳар кўп тармоқли тиббиёт поликлиникаларининг уролог шифокорлари ва оилавий врачлари.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси.

Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси билан касалланган ҳомиладор аёллар.

Далилларга асосланган тиббиётда исботланганлик даражаси шкаласи.

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи

Далилларнинг ишончлилиқ даражалари	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Фақат таъсир механизми асосномаси ёки экспертлар фикри мавжуд

Профилактика, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далилларнинг ишончлилиқ даражаларини баҳолаш шкаласи

Далилларнинг ишончлилиқ даражалари	
1	Алоҳида РКИ ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, мета-таҳлилдан фойдаланилган РКИ бундан мустасно
2	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
3	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар церийаси тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқотлари
4	Фақат аралашувнинг таъсир механизмининг асосномаси (клиникагача тадқиқотлар) ёки экспертлар фикри мавжуд
5	Мета-таҳлилдан фойдаланилган тизимли РКИ шарҳи

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган

самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган.

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

2.1. Кириш.

Сийдик чиқариш йўллариининг анатомияси ҳомиладорлик даврида сезиларли ўзгаришларга учрайди, гормонал ва механик омиллар сийдик йўллариининг кенгайишига, буйрак косачаларининг кенгайишига ва сийдикнинг туриб қолишига сабаб бўлади, буларнинг барчаси ҳомиладор беморларни сийдик йўллари инфекцияларига (СЙИ) мойил қилади. Прогестерон силлиқ мушакларни бўшаштиради ва ҳомиладор бачадон сийдик пуфагини сиқиб, унинг ҳажмини камайтиради. Пуфак-сийдик йўли рефлюкси, сийдик пуфагида қолдиқ сийдикнинг кўпайиши ва сийдикнинг турғунлиги пайдо бўлиши мумкин. Ушбу ўзгаришларнинг ҳар бири ҳомиладорлик пайтида СЙИ хавфини оширади.

Одатда, ҳомиладорлик даврида СЙИ, агар даволанмаса, симптомсиз бактериуриядан бошлаб, олдиндан маълум табиий сценарий бўйича кечади, цистит ёки пиелонефрит каби симптомли инфекциягача кучайиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида СЙИнинг тарқалиши кўпинча пастки сийдик чиқариш йўллариининг кўтарилишидан инфекцияни ўз ичига олади, унга ҳомиладорлик давридаги ўзгаришлар туфайли сийдик пуфаги тонусининг пасайиши ва сийдик пуфаги динамикасининг ўзгариши сабаб бўлади. Ушбу жиҳатларни тушуниш тиббий ходимлар учун ҳомиладорлик даврида СЙИни самарали аниқлаш, ташхис қўйиш ва даволаш, шу билан асоратларнинг олдини олиш ва она ва ҳомила учун мақбул натижаларни таъминлаш учун жуда муҳимдир.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) баҳоларига кўра, ҳомиладорлик давридаги инфекциялар дунё бўйлаб ҳомиладорлик билан боғлиқ оналар ўлимининг 10,7% ни ташкил қилади. Сўнгги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ушбу инфекцияларнинг аксарияти, деярли 28%, сийдик чиқариш йўллариининг жойлашади. Ҳомиладорлик даврида аёлларни цистит ва пиелонефритга мойил қиладиган энг муҳим омил симптомсиз бактериурия бўлиши мумкин. Симptomсиз бактериурия симптомсиз бемордан олинган тоза сийдик намунасида >100 000 организм/мл даражасида аниқланади [2]. Агар ҳомиладорлик пайтида симптомсиз бактериурия даволанмаса, кейинчалик СЙИ билан касалланиш даражаси тахминан 25% ни ташкил қилади [3].

Ҳомиладор бўлмаган аёлларда симптомсиз бактериуриянинг частотаси 5% дан 6% гачани ташкил қилади, бу ҳомиладорлик давридаги ҳисобланган 2% дан 10% гача кўрсаткичлар билан тенгдир [4, 5]. Симptomсиз бактериурия кўпроқ туғган аёлларда ва ижтимоий-иқтисодий мақоми паст аёлларда учрайди. Ўроқсимон хужайрали белгининг ташувчиси бўлган аёлларда ҳам симптомсиз бактериурия кўпроқ учрайди [3].

Пиелонефритнинг юқори частотаси ва потенциал жиддийлиги сабабли, туғруқдан олдин парвариш қилиш бўйича кўпгина кўрсатмалар ҳар бир ҳомиладор аёлни туғруқдан олдин парвариш қилиш даврида, биринчи ёки иккинчи триместрда, симптомсиз бактериурия учун скринингдан ўтказиш тавсия қилинади. Бу кўпинча тоза сийдик экмаси ёрдамида амалга оширилади. Илгари симптомсиз бактериурияни даволаш клиник инфекцияни 3-4% гача камайтиради,

деб ҳисобланган [4]. Қизиғи шундаки, яқинда ўтказилган тадқиқотлар ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериурияни даволаш эрта туғилиш ва кам вазнли туғилиш ҳолатларини камайтириши ҳақида далиллар келтирмайди. Ушбу соҳада кўшимча тадқиқотлар талаб этилади [6].

Цистит ҳомиладор аёлларнинг 1-2 %да учрайди [4, 5]. Пиелонефрит ҳам ҳомиладор аёлларнинг 1-2 %да, кўпинча иккинчи триместрда учрайди. Пиелонефрит ҳомиладор беморларда жиддий инфекцияларнинг, шу жумладан септик шокнинг кенг тарқалган сабабидир. У ҳомиладорлик даврида шифохонага ётқизишнинг аксарият ҳолатлари учун сабаб бўлади [5]. Бир тадқиқотда туғруқдан олдин шифохонага ётқизиш ҳолатларининг 3,5 фоизи СҶИИ билан боғлиқ эди [7]. Ҳомиладорлик даврида пиелонефритнинг хавф омиллари семизлик, паст ижтимоий-иқтисодий мақом, ёшлиги, анамнезда туғруқнинг йўқлиги, диабет, чекиш ва қайталанувчи СҶИИни ўз ичига олади [7]. Симptomсиз бактериурия ҳолати бўлгани каби, баъзи беморлар инфекцияга мойил бўлиши мумкин ва аввалда симптомсиз бактериурия, цистит ёки пиелонефритни бошидан кечирганлари ҳақида хабар беришлари мумкин. Пиелонефрит кўпинча ўнг томонлама, аммо 25% ҳолларда икки томонлама бўлиши мумкин.

2.2. Умумий таърифи.

Ҳомиладорларда симптомсиз бактериурия – бу сийдик чиқариш йўллари инфекциясининг белгилари ёки симптомлари бўлмаган ҳомиладор аёлнинг тўғри тўпланган сийдигида бактериялар мавжудлигидир. Симptomсиз бактериурия билан ҳасталанган ҳомиладор аёлларни даволаш кераклиги ҳақида етарли далиллар мавжуд [8-10]. Симptomсиз бактериурия симптомсиз бемордан олинган тоза сийдик намунасида $>100\ 000$ организм/мл даражасида аниқланади [2].

Ҳомиладор аёлларда ўткир цистит - бу бактериял инфекциядан келиб чиққан сийдик пуфаги ички қобиғининг яллиғланишидир.

Ҳомиладор аёлларда ўткир пиелонефрит - бу интерстициал тўқималар ва буйрак жомини зарарловчи бактериял табиатли юқумли ва яллиғланиш касаллигидир. Ўтказиб юборилган босқичда у буйракда йирингли ўчоқларнинг шаклланиши (карбункуллар, хўппозлар) ва сепсис ривожланиши билан бирга кечиши мумкин.

Этиологияси. Ҳомиладорлик даврида СҶИИ турли, биринчи навбатда, ҳомиладорлик даврида юзага келадиган анатомик ва физиологик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган сабабларга кўра юзага келиши мумкин. Муҳим омиллардан бири бу гормонал ўзгаришлар, хусусан прогестерон даражасининг ошиши бўлиб, бу сийдик чиқариш йўллари ва сийдик пуфагини ўз ичига олган силлиқ мушак тўқималарининг бўшашишига олиб келади. Бу бўшашиш сийдик пуфагининг оҳангини пасайтиради ва сийдик пуфаги динамикасини ўзгартиради, сийдик турғунлигини рағбатлантиради ва бактерияларнинг уретрадан сийдик пуфагига ва потенциал равишда буйракларга кўтарилишини осонлаштиради [11].

Бундан ташқари, катталашадиган бачадон сийдик йўллари ва сийдик чиқаришни механик равишда тўсиб қўйиши мумкин, бу ҳомиладор аёлларни СҶИИга янада мойил қилади. Гормонал ўзгаришлар вагинал флорага ҳам таъсир қилади, бу эса уропатогенларнинг колонизациясини кучайтириши мумкин.

Бундан ташқари, ҳомиладорлик даврида иммунитет тизимидаги физиологик ўзгаришлар, масалан, хужайра иммунитетининг пасайиши тананинг бактериал инфекцияларга қарши самарали курашиш қобилиятини бузиши мумкин. Бу омиллар биргалликда ҳомиладорлик даврида СҲИ ривожланиши учун қулай муҳит яратади ва она ва ҳомила соғлиғини ҳимоя қилиш учун ушбу инфекцияларнинг олдини олиш ва даволаш бўйича фаол чоралар муҳимлигини таъкидлайди [11].

Ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериуриянинг этиологияси охиригача аниқланмаган. Симптоматик бактериурия аёлларда эркактарникига қараганда тез-тез учрайди, эҳтимол, бу аёл уретрасининг қисқароқлиги туфайли бўлиши мумкин, бу эса бактериялар учун уретра тешигидан ва човдан қовиққача анча қисқа масофани таъминлайдиган. Деярли, кўпчилик аёлларда жинсий алоқадан кейин транзитор (вақтинчалик) бактериурия кузатилади, аммо бу кам сонли аёлларда симптоматик инфекциялар ривожланади, чунки тананинг нормал ҳимоя механизмлари кўп ҳолларда симптоматик инфекцияни олдини олади [11].

2.3. Таснифи.

Ҳомиладорлик вақтида СҲИ таснифи қуйидагиларни ўз ичига олади: [5]

1. Пастки сийдик чиқариш йўллари инфекциялари
 - а. Симptomсиз бактериурия
 - б. Цистит
 - с. Уретрит
2. **Юқори сийдик чиқариш йўллари инфекциялари**
 - а. Пиелонефрит

3. ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ, ЁНДАШУВЛАРИ ВА МУОЛАЖАЛАРИ

3.1. Шикоятлар, анамнез.

Ҳомиладор аёлларда симптомларсиз бактериурия ҳеч қандай симптомлар йўқлиги билан тавсифланади. Ўткир цистит ва уретрит юқори эҳтимоллик билан сийишнинг ирритатив симптомлари (дизурия, тез-тез сийиш ва ургентлик) мавжудлиги ва вагинал оқинди ёки тирнаш хусусияти йўқлиги асосида ташхис қўйиш мумкин [1, 2]. Ҳомиладор аёлларда сийдик таносил тизим томонидан симптомлар ҳар доим ҳам цистит билан боғлиқ эмас [2, 3]. Ўткир цистит диагностикасида ўткир цистит симптомларини баҳолаш шкаласи - АССS дан фойдаланиш мумкин [4].

Ўткир пиелонефрит билан ҳасталанган ҳомиладор аёллар учун тана ҳароратининг 38°C дан юқори бўлиши, бел ва ёнбошда оғриқ, совуқ қотиб титраш, терлаш, бўшашиш ва умумий интоксикация белгилари намоён бўлади.

Ўткир уретрит, цистит ва пиелонефрит билан ҳасталанган ҳомиладор аёллар алоҳида эътибор талаб қиладилар, чунки сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) нафақат анемия, буйрак ва нафас олиш етишмовчилиги бўлган аёлларга, балки ҳомилага ҳам салбий таъсир кўрсатиши ва эрта туғилишнинг кўпайишига олиб келиши мумкин [2].

3.2. Сийдик йўллари инфекцияси бўлган ҳомиладор аёлларни объектив кўздан кечирish ва унинг диагностикаси.

Ҳомиладор аёлларда муҳим СЙИ клиник белгилари бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олган қуйидаги симптомлар ҳисобланади:

- симптомсиз бактериурия учун объектив симптомларнинг мавжудлиги хос эмас;
- ўткир уретрит учун уретрада оғриқ мавжудлиги;
- ўткир цистит учун пайпаслашда қовуқусти соҳасида оғриқликнинг мавжудлиги;
- ўткир пиелонефрит учун бел соҳасидаги қовурға-вертебрал бурчакда уриб кўрилганда оғриқлик мавжудлиги хос.

3.3. Диагностиканинг асосий ва ёрдамчи лаборатория усуллари.

Ташхис қўйиш учун лейкоцитлар, эритроцитлар ва нитратлар миқдорини аниқлаш учун сийдик таҳлилини ўтказиш тавсия этилади [3; ИД:2; ТД:А].

Бунда, чегара бирликларидан юқори бўлган лейкоцитурия, эритроцитурия кузатилади. Бундан ташқари, циститнинг барча ҳолатларида (айниқса, қайталанувчи шакллар) антибактериал препаратларга сезувчанликни аниқлаш учун сийдик экмасини ўтказиш керак.

Ҳомиладор аёлларда ўткир пиелонефрит ташхиси УҚТни талаб қилади (лейкоцитоз, прокалцитонин даражасининг ошиши, лейкоцитар формуланинг силжиши), УТД (буйрак паренхимасининг қалинлашиши. Пирамидал нақшларнинг мавжудлиги, КЖТ нинг кенгайиши).

3.4. Диагностиканинг асосий ва қўшимча инструментал усуллари.

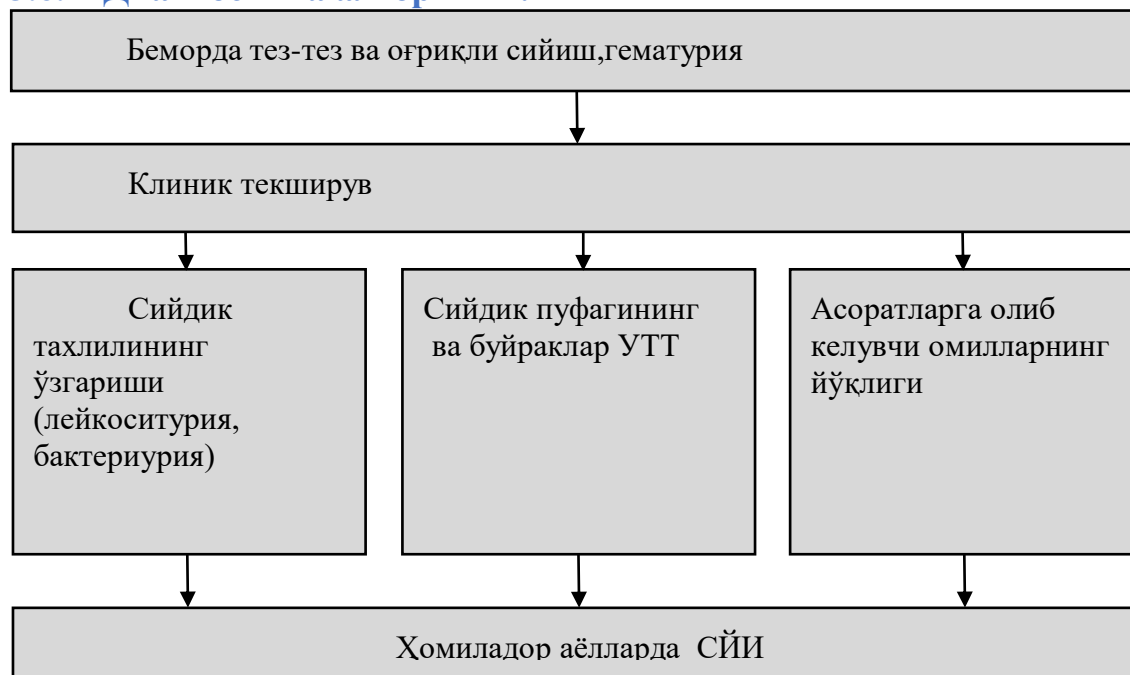
Сийдик чиқиш йўллари обструкциясини ёки сийдик тош касаллигини истисно қилиш учун қовиқнинг УТТни ўтказиш ва обструктив симптомлар мавжуд бўлганда, қолдиқ сийдик мавжудлигини баҳолаш керак [4; ИД:2; ТД:А].

Беморда тана ҳарорати гектик ошиши даволаш бошлангандан 72 соат ва унда кўп даврда яхшиланмаса ёки салбий тарафга силжиса, қўшимча экскретор урография текшируви ўтказиш тавсия этилади [12]. Асоратланган вазиятларда ҳомиладорларда нурланишни олидини олиш мақсадида УТТ ёки МРТ ўтказиш тавсия этилади [13].

3.5. Бошқа мутахассислар маслаҳати.

Кўпгина ҳолларда ҳомиладорларда сийдик йўллари инфекцияларини ташхислаш ва даволашда бошқа мутахассисларнинг маслаҳатлатидан ўтиш талаб этилмайди. Аммо, агар ўткир пиелонефритга шубҳа бўлса ва ҳомиладорлик, иммунитет танқислиги ҳолати ёки сурункали касалликлар каби махсус клиник ёки эпидемиологик омиллар мавжуд бўлса, кейинчалик ташхисни аниқлаштириш ва индивидуаллаштирилган даволаш режасини ишлаб чиқиш учун бошқа мутахассислар, шу жумладан урологлар, акушер-гинекологлар, инфекционистлар ёки нефрологлар маслаҳатидан ўтиш зарур бўлиши мумкин. Бундан ташқари, беморни парваришланинг энг сифатини ва натижалар билан таъминлаш учун асоратлар, ғайриоддий клиник белгилар ёки стандарт терапиянинг самарасизлиги аниқланганда, бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашиш зарур бўлиши мумкин.

3.6. Диагностика алгоритми.



3.7. Дифференциал ташхис ва қўшимча тадқиқотларни асослаш.

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Ташхис	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
СТК. Сийдик йўлининг пастки учдан бир қисмидаги тош, қовикдаги тош.	Кескин оғриқли дизурия, қовусти соҳасида оғриқ.	УСТ, буйрак ва қовик УТТ	Буйрак санчиғи кўпинча ўзига хос хусусиятга эга, дизуриядан ташқари у биқин ва ёнбош соҳада ўткир оғриқлар билан бирга кечади, УТТда буйракни косача-жом тизими кенгайган, УСТда пиурия ўрнига эритроцитурия устунлик қилади.
Қовуқ ўсмаси	Сийдикнинг қон билан тўсатдан бўялиши, дизуриянинг пайдо бўлиши.	УСТ, УТТ	Қовуқнинг УТТда ўсимтанинг мавжудлиги аниқланади, кўпинча гематурия оғриқсиз, УСТда оғир гематурия;
Гипер актив қовуқ	Тез-тез сийиш ва императив сийдик тутолмаслик	УСТ, сийиш кундалиги.	УСТда яллиғланиш ва бактериурия белгилари йўқ.

4. АМБУЛАТОР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ.

4.1. Ҳомиладорликда дори воситаларсиз (номедикаментоз) даволаш.

Суюқлик ичиш режими. Диурезни рағбатлантириш ва сийдик чиқариш йўлларидадан микроорганизмларни чиқариб ташлаш учун суюқликни истеъмол қилишни кўпайтириш тавсия этилади. Сувни мунтазам истеъмол қилиш сийдикни суюлтиришга ва қайталанишнинг олдини олишга, касалликнинг зўрайиши хавфини камайтиришга ёрдам беради.

Тинчлик ҳолати. Беморларга тикланиш учун мақбул шароитларни таъминлаш учун симптомларнинг кучайиши даврида аёвчи режимга риоя қилиш тавсия этилади.

Қўзғатувчи моддаларни истеъмол қилмаслик. Спиртли ичимликлар, аччиқ ва нордон маҳсулотлар, кофеин ва симптомларни кучайтирувчи ва сийдик йўллари шиллик қаватларини ачиштирувчи бошқа қўзғатувчи моддалардан воз кечиш тавсия этилади.

Такрорий инфекциялар профилактикаси. Сийдик чиқариш йўллари инфекцияларининг қайталанишини олдини олиш учун гигиена қоидаларига риоя қилиш, мунтазам равишда ички кийимларни алмаштириш ва юмшоқ, пахтали матолардан фойдаланиш муҳимдир.

4.2. Ҳомиладорликда дори воситалари билан (медикаментоз) даволаш.

Антибактериал терапия тавсия этилади, чунки антибиотикларни қабул қилган аёлларда клиник самарадорлик платсебо билан солиштирганда анча юқори [9]. Антибактериал терапияни танлашда сиз қуйидагиларга амал қилишингиз керак [10]:

- СЙИ қўзғатувчи уропатогенларнинг спектри ва сезувчанлиги;
- махсус кўрсаткичларда клиник тадқиқотлар самарадорлиги;
- бардошлилик ва ножўя таъсирлар;
- номақбул экологик таъсири;
- нарх;
- мавжудлиги.

Ушбу тамойилларга ва кўплаб мамлакатларда антибиотикларга сезувчанликнинг мавжуд хусусиятларига мувофиқ, биринчи қатор терапияси бўлиб, агар мавжуд бўлса, фосфомицин трометамол (бир марталик, 3 г дозада), пивметсиллин (3-5 кун давомида кунига 3 марта 400 мг) ва макрокристаллар/нитрофурантоин моногидрати (5 кун давомида 100 мг дан кунига 2 марта) ҳисобланади [11].

Альтернатив сифатида триметоприм (ТМП) монотерапия режими ёки сулфаниламидлар билан биргаликда ишлатилиши мумкин. Ко-тримоксазолни кунига 2 марта 160/800 мгдан 3 кун давомида ёки ТМПни кунига 200 мгдан 2 марта 5 кун давомида, биринчи қатор терапияси сифатида E.Coli бактрияларига резистентлиги <20% бўлган ҳолда қўлланилиши мумкин [9,10]. Бир қатор мамлакатларда фторхинолонларга резистентликнинг паст кўрсаткичларига қарамасдан, улар ножўя таъсирлари, шу жумладан номақбул экологик таъсири ва резистентликнинг кучайиши сабабли биринчи қатор дори препаратлари деб ҳисобланмайди.

Аминопенициллинлар бутун дунё бўйлаб E.coli резистентлигини ҳисобга олган ҳолда энди эмпирик даволаш учун ишлатилмайди. Аминопенициллинлар, масалан, ампициллин/сулбактам ёки амоксициллин/клавулан кислотаси ва перорал (оғиз орқали) цефалоспоринлар каби бета-лактамаза ингибитори билан биргаликда умуман олганда қисқа муддатли фойдаланиш учун ўхшаш самарадорликка эга эмас ва кесишган экологик таъсирга кўра эмпирик даволаш учун тавсия этилмайди, аммо уларни алоҳида ҳолатларда қўлланилиши мумкин [6, 7].

Асосий дори воситалари рўйхати

Фармакотерапев тик гуруҳ	Даволаш учун дори препаратлари	Қўллаш усули	Исботланган лик даражаси
Пенициллинлар	Пиперациллин + тазобактам 4,5 г	13,5 мг/сут	1b
	Ампициллин + сулбактам 1,5 г	кунига 3 марта 7 кун давомида	1b

	<u>Амоксициллин / клавулан кислотаси 625 мг</u>	3 г/сут	1b
Цефалоспоринлар	<u>Цефуроксим 1,0 г</u>	кунига 2 марта 7 кун давомида	1b
	<u>Цефотаксим 1,0 г</u>	1875 мг/сут	1b
	<u>Цефоперазон 1,0 г</u>	кунига 3 марта 7 кун давомида	1b
	<u>Цефтриаксон 1,0 г</u>	2,0 г/сут	1b
	<u>Цефтазидим 1,0 г</u>	кунига 2 марта 7 кун давомида	1b
	<u>Цефоперазон + сулбактам 1,0 г + 0,5 г или 1,0 г</u>	2,0 г/сут	1b
	<u>Цефепим 1,0 г</u>	кунига 2 марта 7 кун давомида	1b
	<u>Цефепим + тазобактам 1,125 г</u>	2,0 г/сут	1b
Наркотик бўлмаган аналгетиклар	<u>Метамизол натрия</u>	кунига 2 марта 7 кун давомида	1b
	<u>Парацетамол</u>	2,0 г/сут	1b
Яллиғланишга қарши ностреоид воситалар	<u>Диклофенак</u>	кунига 2 марта 7 кун давомида	1b
	<u>Ибупрофен</u>	2,0 г/сут	1b

Эслатма: Ҳомиладор аёлларда ўткир пиелонефритда қўлланиладиган дори препаратларининг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

4.3. Жарроҳлик аралашуви.

Ҳомиладор аёлларда ўткир пиелонефритни жарроҳлик даволаш шифохонада амалга оширилади. Даволашнинг биринчи босқичи — бу сийдик йўллари орқали нормал сийдик оқишини тиклаш. Ҳомиладорлик давомида сийдик йўллари дренажлаш усулини танлаш қуйидаги омилларга боғлиқ:

сийдик йўлларидаги бузилиш сабабларига (бўйрак тошлари, сийдик йўллари тонусининг пасайиши, бачадоннинг сиқилиши, рефлюкс);

ҳомиладорлик муддати;

пиелонефритнинг босқичи (серозли, йирингли).

Ушбу мақсад учун қуйидаги манипуляциялар тавсия этилади:

Стент қўйиш, иложи борича қопламали стент, бу сийдик йўлларида узок вақт (4-6 ой) бўлиши мумкин. Сийдик йўллари стентлаш сийдик чиқаришнинг

тез-тез бўлишини, сийдикни сийдик пуфагидан сийдик йўлларига қайтиб кетишининг олдини олиш учун, ҳар ойлик ультратовуш текшируви ва стентларни ўз вақтида алмаштиришни талаб қилади. Стентлаш амалга оширилган ҳомиладор беморлар шифокор назорати остида бўлиши керак ва туғруқни сийдик йўллари стентлаш ҳолатида амалга оширилади; стент туғруқдан 4-6 ҳафта ўтгач олиб ташланади.

Тери орқали нефростомия, асосий кўрсатма бу ультратовуш ёрдамида сийдик йўлларининг юқори қисмида сийдик оқшининг бузилиши ва бошқа усуллар билан юқори сийдик йўллари стентлашнинг имконсизлиги.

Анъанавий амалиётлар. Анъанавий жарроҳлик амалиётлар, масалан, буйрак капсуласини олиб ташлаш, карбункулларни кесиш ёки олиб ташлаш, буйрак ва орқа қорин бўшлиғида абсцесларни очиш ва дренаж қилиш, сийдик йўллари обструкцияси фонида буйракда сезиларли йирингли-деструктив ўзгаришлар мавжуд бўлса, амалга оширилади.

4.4. ЖАРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

Беморлар, симптомлар даволаш тугагандан сўнг ёки симптомлар икки ҳафта ичида қайтиб келган ҳолларда, сийдикни бактериологик текшириш зарур. Бу ҳолатда, қўлланилаётган антибиотикни қўллаган даврда патоген сезгир эмаслиги эҳтимоли мавжуд, шунинг учун 7 кун давомида бошқа препарат билан даволашни такрорлаш зарур.

4.5. ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ ВА УСУЛЛАРНИНГ ХАВФСИЗЛИГИ ИНДИКАТОРЛАРИ.

Ҳомиладор аёлларда ўткир асоратланмаган циститни даволаш самарадорлиги қуйидаги мезонлар асосида баҳоланади:

Клиник симптомларнинг яхшиланиши. Оғриқнинг камайиши, дизурия ва оғриқли сийишнинг камайиши, шунингдек, беморнинг умумий аҳволининг яхшиланиши.

Лаборатория кўрсаткичларининг нормаллашиши. Терапия бошланганидан кейин 72 соат ўтгач, сийдикда лейкоцитлар ва бактериуриянинг 3 баробар камайиши ёки йўқолиши.

Асоратларнинг йўқлиги. Ўткир пиелонефрит, гематурия каби асоратлар ривожланишининг мавжуд эмаслиги.

Амбулатор даволаш усуллари стентнинг хавфсизлиги қуйидаги омиллар асосида аниқланади:

Жиддий ножўя таъсирлар мавжуд эмас. Дори воситаларига аллергик реакциялар ёки даволашга тузатиш киритишни талаб қиладиган бошқа салбий кўринишлар каби жиддий ножўя таъсирларнинг пайдо бўлишини баҳолаш.

Тавсиялар ва даволаш режимида риоя қилиш. Беморнинг даволаниш самарадорлиги ва хавфсизлигига сезиларли таъсир кўрсатадиган дори-дармонларни қабул қилиш, овқатланиш ва суюқлик ичиш режими бўйича шифокор тавсияларига риоя қилиш даражасини назорат қилиш.

Ушбу индикаторлар ўткир асоратланмаган цистит бўйича амбулатор шароитда даволанаётган беморларни даволаш натижаларини баҳолашга ёрдам беради ва уларнинг хавфсизлигини таъминлайди.

5. Беморни шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар

5.1. Шошилиш ҳолатида ётқизиш учун кўрсатмалари

Ҳомиладор аёлларда сийдик йўллари инфекцияларини (СЙИ) даволашда, агар она ва боланинг ҳаёти ва соғлиғига таҳдид солувчи асоратлар юзага келса, фавқулодда касалхонага ётқизиш талаб қилинади. Бундай инфекциялар жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин, масалан, пиелонефрит, ўткир буйрак етишмовчилиги, эрта туғиш ёки интоксикация, шунинг учун ёрдамни ўз вақтида кўрсатиш жуда муҳимдир.

Пиелонефритнинг оғир кечишида

Пиелонефрит – бу сийдик чиқариш тизими инфекцияси туфайли буйракларнинг яллиғланиши бўлиб, бу дарҳол касалхонага ётқизишни талаб қилади:

- Юқори тана ҳарорати (38°C дан юқори), пастламайди.
- Бел соҳасида оғриқлар, айниқса, буйраклар ҳудудига босим ўтказилганда.
- Совуқ терлаш, иситма, умумий заифлик ва интоксикация аломатлари (бош оғриғи, қориндаги оғриқ, қайт қилиш).
- Қайт қилиш, бу антибиотикларни оғиз орқали қабул қилишни қийинлаштиради.

• Сийдик чиқаришдаги бузилишлар (оғриқли чакирувлар, сийдикда қон).

Токсик шок ёки оғир интоксикация белгилари.

Агар инфекция оғир кечса, токсик шок ривожланиши мумкин, бу фавқулодда касалхонага ётқизишни талаб қилади:

- Умумий ҳолатнинг кескин ёмонлашиши, заифлик, бош айланиши.
- Гипотензия (қуйилган артериал босим).
- Нафас қисилиши, тахикардия (юрак уришининг тезлашиши).
- Сийдик ажратишнинг камайиши ёки йўқлиги.
- Умумий интоксикация аломатларининг кучайиши (мушаклардаги оғриқлар, қоринда оғриқ, қайт қилиш).

Буйрак етишмовчилиги белгилари.

СЙИ ва пиелонефрит натижасида ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин:

- Кретинин ва сийдик кислота даражасининг ошиши.
- Шишлар (айниқса юзда, қўлларда).
- Сийдик миқдорининг камайиши ёки унинг йўқлиги (анурия).
- Сув-туз балансининг бузилиши.

Бундай ҳолларда, буйрак фаолиятини назорат қилиш ва ҳолатни тузатиш учун фавқулодда касалхонага ётқизиш талаб қилинади.

Мураккабликлар хавфи юқори ҳомиладорлик.

• Сурункали касалликлари бўлган аёллар (масалан, диабет, гипертензия, буйрак касалликлари) СЙИ ни оғир кечишига юқори хавф туғдиради, шунинг учун уларни янада эҳтиёткорлик билан назорат қилиш учун касалхонага ётқизиш керак.

• Кўп ҳомиладорликда инфекциялар эрта туғишга олиб келиши мумкин, шунинг учун махсус диққат талаб этилади.

- Эрта туғиш ёки унинг бошланиши хавфи мавжуд бўлса.

Эрта туғиш белгилари СЙИ, айниқса пиелонефрит, бачадон қисқаришларига ва эрта туғишга олиб келиши мумкин:

- Бачадон қисқаришлари, оғриқли туйғулар.
- Генитал йўллардан ажралмалар (қонли ёки шилимшиқ ажралмалар).
- Пастки қорин ёки белдаги оғриқлар.

Гестацион диабет ёки ҳомиладорликдаги бошқа асоратлар Гестацион диабетда СЙИ янада оғир кечиши мумкин, шунингдек, бактериурия ривожланиши мумкин, бу пиелонефритни олдини олиш учун касалхонага ётқизишни талаб қилади.

Бактериурия ва тизимли яллиғланиш аломатлари.

Агар сийдикда бактериялар (бактериурия) аниқланса ва ҳомиладор аёлда тизимли яллиғланиш аломатлари (иситма, такикардия, лейкоцитлар даражасининг ошиши) пайдо бўлса, касалхонага ётқизиш талаб қилинади.

Амбулатор даволанишнинг самарасизлиги.

Агар амбулатор даволанишдан сўнг СЙИ аломатлари камаймаса ва инфекция давом этса, интенсиф терапия учун, шу жумладан, венадаги антибиотикларни киритиш учун ҳомиладор аёлни касалхонага ётқизиш керак.

5.2. Режалаштирилган касалхонага ётқизиш кўрсатмалари

Ҳомиладор аёлларда СЙИни режалаштирилган тарзда даволаш, асоратлар хавфи мавжуд бўлса ва ҳолатни яхшилаш ёки кузатиш учун зарур бўлса амалга оширилади. Фавқулодда касалхонага ётқизишдан фарқли ўлароқ, режалаштирилган даволаш кўпинча камроқ оғир ҳолатларда, инфекция узоқ вақт давом этиши ёки даволашни талаб қилиши ҳолатларида амалга оширилади.

1. СЙИ оғир кечиши, сепсис белгилари йўқ.

Агар ҳомиладор аёлда СЙИнинг аниқ аломатлари (масалан, қорин пастида оғриқ, оғриқли сийдик чиқариш чақирувлари, иситма) мавжуд бўлса, лекин ҳолати оғир эмас ва асоратлар кузатилмаса, вена орқали антибиотик воситаларини юбориб даволаш ва эҳтиёткорлик билан кузатиш учун касалхонага ётқизиш мумкин.

2. Симптомсиз бактериурия (симптомлар бўлмаган бактериурия)

Ҳомиладор аёлларда бактериялар мавжуд бўлган ҳолда симптомсиз бактериурия кўп учрайди. Агар бу ташхис қўйилган бўлса, лекин инфекциянинг ривожланиши хавфи мавжуд бўлса (масалан, диабет, кўп ҳомиладорлик ёки бошқа асоратлар мавжуд бўлса), пиелонефрит каби асоратларни олдини олиш учун режалаштирилган касалхонага ётқизиш талаб қилинади.

3. Инфекциянинг оғир кечиш хавфини оширадиган ёндош касалликлар. Қантли диабет ёки бошқа эндокрин касалликлар, гипертензия, буйрак ва юрак касалликлари СЙИнинг оғир асоратларини ривожлантириш хавфини оширади. Агар инфекция амбулатор даволашга жавоб бермаса ёки аломатлар кучайиб борса, ҳомиладор аёлни касалхонага ётқизиш талаб қилинади.

4. Амбулатор даволашнинг самарасизлиги.

Агар амбулатор даволашдан сўнг СЙИ аломатлари камаймаса ёки такрорланса, касалхонага режалаштирилган тарзда ётқизиш ва антибиотикларни вена орқали юбориш билан даволашни давом эттириш керак.

5. Башпоратланган мураккаб хомиладорлик.

Кўп хомиладорлик. Кўп хомиладорлик, 35 ёшдан ошган аёллар, бачадон бўйин қисми муаммолари ёки бир неча марта хомиладорлик тушиб қолиши бўлган аёлларда СЙИ кўпроқ хавф туғдиради. Бундай ҳолларда, она ва бола ҳолатини янада яхшироқ назорат қилиш учун касалхонага ётқизиш керак.

6. Инвазив процедуралар талаб қилиниши.

Баъзи ҳолларда СЙИ сийдик йўлларидаги муаммоларни аниқлаш учун инвазив диагностик процедураларни талаб қилади, масалан, цистоскопия ёки уретра текширувлари. Агар бундай процедура талаб қилинса, уни фақат касалхонада амалга ошириш мумкин.

7. Пиелонефрит ривожланиши хавфи юқори бўлган хомиладор аёллар. Агар аёлда буйрак касалликлари, СЙИни такрорлаш ёки пиелонефрит ривожланиш хавфи бўлса, инфекцияларни олдини олиш учун касалхонага ётқизиш талаб қилинади.

8. Хомиладорликни кечки давридаги кузатув ва даволаш.

Агар хомиладорликнинг кечки даврида СЙИ аломатлари аниқланса, айниқса, буйраклар ҳолати, юрак ва қон босими кузатилса, пиелонефритни олдини олиш учун касалхонага ётқизиш керак.

9. СЙИнинг такрорланиши.

Агар СЙИ тез-тез қайтиб келаётган бўлса, комплекс текширувларни ўтказиш (масалан, сийдик маданиятини, буйрак ультратовушини, жинсий ёлла юқумли касалликларни текшириш) ва узоқ муддатли антибиотик даволаш учун касалхонага ётқизиш мумкин.

6. СТАЦИОНАР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ.

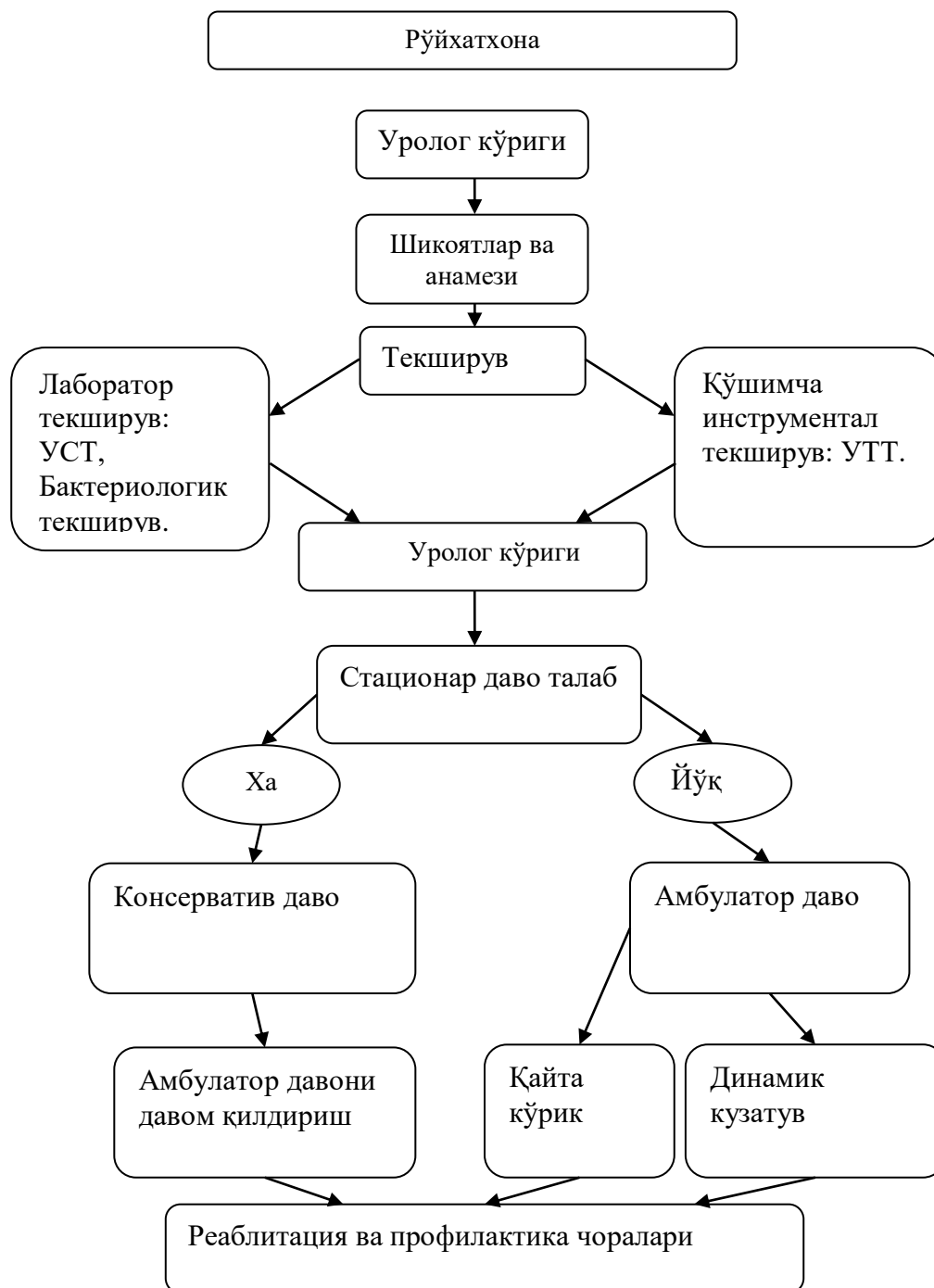
6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни йўналтириш.

6.1.1. Беморни кузатиш картаси:

- *Шахсий маълумотлар:* беморнинг исми, ёши, алоқа маълумотлари.
- *Касаллик тарихи ҳақида маълумот:* олдинги кечирган касалликлари, мавжуд ёндош касалликлар, жарроҳлик аралашувлари, аллергия ва бошқа тиббий хусусиятлар.
- *Кечаётган жорий симптомларнинг тавсифи:* дизурия ва оғриқли сийиш (мавжудлиги, частотаси), оғриқ ва унинг жойлашуви, характери, узатилиши, тана хароратини ошиши, характери, кўнгил айнаш, бош айаниши, умумий холсизлик.
- *Лаборатория текширувлари натижалари:* умумий сийдик таҳлили (лейкоцитлар, бактериялар, нитратлар, оксил), қон таҳлили (норма ёки лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласида чапга силжиш, ЭЧТ нинг ошиши, чизимли яллиғланишга жавоб реакциясига хос ўғаришлар).
- *Инструментал текширувлар натижалари:* УТТ да обструкция белгилари, СТК ва ўсимталарга хос натижалар, экскретор урографияда буйрак фаолиятини пасайиши ёки аниқланмаслиги).
- *Терапия:* буюрилган дори воситалари (дозировкаси, қабул қилиш частотаси).
- *Антибиотикотерапияга тузатиш киритиш учун микробиологик текширувлар натижаси.*
- *Бемор ҳолатининг динамикаси:* симптомларнинг динамикада ўзгариши, лаборатор ва инструментал кўрсаткичлар динамикаси, терапия самарадорлиги.
- *Бошқа фикрлар ва тавсиялар:* даволашга тузатиш киритиш зарурлиги, кейинги тадбирлар режаси.

6.1.2. Беморни йўналтириш (1-расмга қаралсин):

Беморни йўналтириш - ҳар бир ҳолатнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ўткир асоратланган пиелонефритни самарали ва комплекс даволашни таъминлашга қаратилган ҳаракатларнинг изчил режаси.



Расм 1. Беморнинг ҳаракатланиш картаси

6.2. Номедикаментоз даволаш.

Номедикаментоз даволаш чоралари амбулатор даволаш бўлимида тавсифланган.

6.3. Медикаментоз даволаш.

Медикаментоз даволаш амбулатор даволаш бўлимида тавсифланган.

6.4. Жарроҳлик аралашуви.

Ҳомиладор аёлларда ўткир пиелонефритни жарроҳлик даволаш фақат шифохонада амалга оширилади. Биринчи босқич даволаш сийдик йўлларида нормал ўтишини тиклашни ўз ичига олади. Ҳомиладорлик даврида сийдик йўллари дренаж қилиш усулини танлаш қуйидаги омилларга боғлиқ:

сийдик йўллари динамикасининг бузилиши сабаблари (сиқилиш тошлари, сийдик йўлларида тонусининг пасайиши, бачадоннинг сиқилиши, рефлюкс);

ҳомиладорликнинг муддати;

пиелонефритнинг босқичи (сероз, йирингли).

Бунинг учун қуйидаги манипуляциялар тавсия этилади:

Стентлаш. Идеал ҳолда қопламали стентлар, уларнинг сийдик йўлларида 4-6 ой давомида сақланиши мумкин. Сийдик йўлларида стентлаш мунтазам сийдик чиқариш тартибини қатъий риоя қилишни талаб қилади, бу эса пуфакчали сийдик йўллари рефлюксининг олдини олишга ёрдам беради. Ҳар ойда буйракларни ультратовуш ёрдамида текшириш ва стентларни ўзгартириш талаб қилинади. Сийдик йўлларида стентлашда ҳомиладор беморлар туғилгунга қадар уролог томонидан динамик назорат остида бўлишлари керак. Туғилишдан сўнг стентни олиб ташлаш 4-6 ҳафта ичида амалга оширилади.

ПС нефростомия, асосан юқори сийдик йўлларида сийдик оқшининг аниқ бузилиши ва сийдик йўлларида стентлашни амалга оширишнинг имкони бўлмаган ҳолатларда кўрсатилади.

Бужирлаш нефростомик йўли. Буйракка кириш жойи перкутанга металл телескопик пункциялар, битта (босқичма-босқич) дилататорлар ёки баллонли дилататорлар ёрдамида кенгайтирилади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, нефростомик йўлнинг битта босқичли дилатацияси бошқа усулларга нисбатан самарали бўлиб чиқади, аммо натижалардаги фарқлар кўпроқ жарроҳ тажрибасига боғлиқдир, фойдаланилаётган техникадан кўра.

Анъанавий операциялар. Анъанавий операция, капсуладан ажратиш, буйракда карбункулларни кесиш ёки олиб ташлаш, буйрак ва ретроперитонеал бўшлиқдаги абстесселарни очиш ва дренаж қилиш, сийдик йўлларидаги обструкцияси фонида аниқ ифодаланган йирингли-деструктив ўзгаришларга кўрсатилади.

Анъанавий нефрэктомия. Лумботомик кесик орқали ички бўшлиққа кирилади. Герот фасиясини очганидан кейин сийдик йўли тўқималардан ажратилади ва «ушлагич»ларга ўтказилади, сўнгра икки қисқич орасида кесилади. Буйрак пара-нефрал тўқимадан ажратилади ва Федрова қисқичи буйрак қон томирларига жойлаштирилади. Веналар қисқичдан юқорига кесилиб, буйрак олиб ташланади. Буйрак томирларини тиклаш ва гемостазни текшириш амалга оширилади. Ички бўшлиққа дренажлар ўрнатилади ва жароҳатга антисептик ўрам ёпилади.

Ўткир пиелонефритни даволашда икки асосий омил муҳим роль ўйнайди: сийдик йўлларида вақтида ва тўғри дренажланиши ҳамда бошланғич эмпирик антибактериал терапия, бу сийдик динамикаси тиклангандан ва йирингли ўчоқлар дренажланганидан кейин дарҳол бошланиши керак.

6.5. Жарроҳлик амалиётидан кейинги кузатув

Симптомлар бўлмаган беморларда қийин бажариладиган сийдик таҳлили ёки сийдик экмаси текширувини ўтказиш кўрсатилмайди.

6.6. Даволаш самарадорлиги ва усулларнинг хавфсизлиги индикаторлари.

Даволашнинг самарадорлиги ва ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги индикаторлари тегишли бўлимда аввал тавсифланган.

**ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ
ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАР
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1 Кириш

Сийдик йўллари инфекциялари (СЙИ) ҳомиладорликда энг кенг тарқалган касалликлардан биридир, айниқса ҳомиладор аёллар орасида. Ушбу инфекциялар ҳомиладорликни жиддий мураккаблаштириши ва онанинг ҳамда бола саломатлиги учун хавф туғдириши мумкин. Ҳомиладорлик даврида аёлларнинг иммун тизими физиологик ўзгаришларга дуч келади, бу эса сийдик чиқариш йўллари инфекцияларига нисбатан сезгирликни оширади. СЙИни вақтида ташхислаш, тўғри даволаш ва профилактика қилиш ҳомиладорликда асоратларнинг олдини олиш ва натижаларни яхшилаш учун муҳимдир.

Сийдик чиқариш йўллариининг инфекциялари турли шаклларда намоён бўлиши мумкин — симптомларсиз бактериурия (сийдикда бактерия борлиги) дан тортиб, пиелонефритгача бўлган ҳолатлар. Пиелонефрит жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин, масалан, эрта туғиш, сепсис ёки буйрак этишмовчилиги. Шунинг учун СЙИ махсус эътибор ва диагностикани талаб қилади, шунингдек даволаш усуллари ҳомиладор аёлнинг ҳолати ва бола хавфсизлигини ҳисобга олган ҳолда танланиши керак.

Ҳомиладор аёлларда СЙИни даволаш ва профилактикаси бўйича юқори сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш учун Миллий клиник протоколлар ишлаб чиқилган. Ушбу протоколлар шифокорлар, акушер-гинекологлар учун йўриқнома сифатида хизмат қилади, диагностика, даволаш ва профилактика бўйича стандартлаштирилган ёндашувни тақдим этади.

Протоколлар қуйидагиларни таъминлашни мақсад қилади:

- Вақтида ташхис қўйиш ва инфекция шаклини аниқ аниқлаш;
- Онага ва болага хавфсизликни ҳисобга олиб самарали даволаш усуллариини танлаш;
- Ҳомиладорлик даврида СЙИни қайталанишини ва асоратларини олдини олиш учун профилактик чоралар кўриш;
- Пиелонефрит, сурункали буйрак этишмовчилиги, эрта туғиш каби жиддий асоратларнинг хавфини камайтириш.

СЙИ бўйича протоколлар, далилларга асосланган тиббиёт принциплари ва замонавий уроложии, акушерлик ва гинекология соҳасидаги ютуқларни ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилган. Протоколлар тиббий ёрдамни оптималлаштириш ва ҳомиладорлик натижаларини яхшилашга қаратилган.

Тиббий ёрдам сифатини ошириш мақсадида, протоколлар ташхис стандартларини, тавсия этилган даволаш усуллариини, шифохонага ётқизиш кўрсатмаларини ва ҳомиладор аёлларда СЙИнинг профилактикасини тасвирлайди.

1.2 Таъриф

Ҳомиладорликдаги сийдик чиқариш йўллариининг инфекциялари (СЙИ) — бу сийдик чиқариш йўллариининг турли бўлимларини (сийдик чиқариш канали, сийдик пуфаги, сийдик йўли, буйраклар) зарарлайдиган инфекцион касалликлар. Ушбу инфекциялар турли шаклларда намоён бўлиши мумкин — симптомларсиз бактериурия, ўткир ва сурункали яллиғланишлар, масалан, цистит ёки

пиелонефрит. Ҳомиладорлик даврида аёлларнинг организмида гормонал ва анатомио-физиологик ўзгаришлар бўлиб, бу сийдик чиқариш йўллари инфекцияларига нисбатан сезгирликнинг ортишига олиб келади.

Ҳомиладорликда СЙИ — бу касаллик бўлиб, у жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин, масалан, пиелонефрит ривожланиши, буйрак функциясининг ёмонлашуви, эрта туғиш ва бола саломатлиги учун юқори хавф. Шунинг учун ҳомиладор аёлларда СЙИни ташхислаш, даволаш ва профилактика қилиш махсус эътибор талаб қилади ва клиник стандартларга қатъий риоя қилишни талаб қилади.

1. **Леталлик** — бу ҳомиладорликда сийдик чиқариш йўллариининг инфекцияси билан боғлиқ ўлим хавфини баҳолаш. Ҳомиладор аёлларда СЙИ натижасида ўлим хавфи паст бўлсада, даволашни вақтида бошламаган тақдирда, асоратлар ривожланиши ва онанинг ва боланинг ҳаётига таҳдид солиши мумкин.

2. **Умумий ҳолатларнинг ёмонлашиши** — бу назорат қилишни талаб қиладиган муҳим жиҳатдир. Инфекция ривожланиши, айниқса пиелонефрит ҳолатида, аёлнинг ҳолатининг ёмонлашишига, токсик шок, сепсис ёки буйрак этишмовчилигига олиб келиши мумкин.

3. **Назорат** — бу ҳомиладор аёлнинг ҳолатини доимий равишда кузатиш. Унга суюқлик миқдорини, буйрак фаолиятини, умумий ҳолатни ва антибиотик терапияга реакцияни баҳолаш киради.

4. **Сийдик йўллари фаолияти** — бу сийдик чиқариш йўллари ва буйракларнинг функциясини баҳолаш. Буйрак функциясининг бузилиши инфекцияларнинг натижаси сифатида ривожланиши мумкин, айниқса даволашни вақтида бошламаган ҳолда, бу эса кўшимча тадқиқотларни ва аралашувни талаб қилади.

Даволаш — бу самарали даволашни танлаш ва қўллаш, ҳомиладорлик ҳолатининг хусусиятларини ҳисобга олиш керак. Даволаш одатда инфекциянинг сабабчи микробларини йўқ қилишга қаратилган антибиотик терапиясини ва суюқлик-электролит балансини сақлаш ҳамда асоратларнинг олдини олиш чоралари киритади.

1.3. Клиник таснифлаш.

Тиббий аралашувларнинг халқаро таснифланиши (ICHI).

№	Амалиётлар номланиши	Халқаро таснифланиши бўйича кодлари (ICHI) https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en
1.	Лаборатория тадқиқотлари орқали сийдик йўллари инфекцияларини диагностика қилиш Сийдик йўллари инфекцияларини (СЙИ) диагностика қилиш учун бир қатор лаборатория тадқиқотлари қўлланилади, жумладан сийдикнинг бактериологик таҳлили, бу бактерияларни аниқлаш ва уларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлашга ёрдам беради. Бактериурия (сийдикда бактериялар	ICHI 1-03

	мавжудлиги) таҳлили ҳам ўтказилади.	
2.	— Буйрак ва сийдик пуфаги ультратовуш текшируви Сийдик йўллари инфекциялари ва уларнинг complicationларини, масалан, буйрак ёки сийдик пуфагидаги ўзгаришларни аниқлаш учун ультратовуш текшируви ўтказилади.	ICHI 3-01
3.	— Антибиотикотерапия Сийдик йўллари инфекцияларини даволашда антибиотиклар қўлланилади (оғиз орқали ёки томир ичига киритиш). Антибиотиклар инфекцияни йўқ қилиш ва унинг тарқалишини олдини олиш учун ишлатилади.	ICHI 7-06
4.	— Инфузия терапияси Сийдик йўллари инфекцияларининг оғир шакллари, масалан, пиелонефритда суюқлик-электролит балансини тиклаш учун инфузия терапияси қўлланилади.	ICHI 8-01
5.	— Сийдик йўллари дренажлаш Агар сийдик йўлларида тўсиқлар ёки абсцесс бўлса, буйрак ёки сийдик йўллари дренажлаш талаб этилади.	ICHI 9-01
6.	— Жарроҳлик аралашуви Сийдик йўллари инфекцияларининг мураккаб ҳолатларида, масалан, буйрак абсцесслари ёки пиелонефритда, жарроҳлик аралашуви талаб қилиниши мумкин.	ICHI 9-03

2. ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ (СЙИ) БЎЙИЧА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

2.1. Жарроҳлик аралашувини ўтказиш мақсади.

Жарроҳлик даволашнинг мақсади — сийдик йўллари орқали сийдикнинг нормал ўтказилишининг тикланиши ёки йирингли жараёнларнинг тўхтатилиши: Агар буйрак ёки сийдик йўлларида йирингли жараён ривожланаётган бўлса (масалан, абсесс ёки пиелонефрит), уни тарқалишининг олдини олиш муҳимдир. Жарроҳлик аралашуви, масалан, дренажлаш ёки йирингли шаклларни олиб ташлаш, инфекциянинг бошқа органларга тарқалишининг олдини олишга ёрдам беради. Зарарланган органлар ёки орган қисмларини олиб ташлаш: Агар инфекция буйракларга ёки сийдик йўлларида сезиларли зарар етказса ва тизимли инфекция (сепсис) ривожланиш хавфи бўлса, жарроҳлик аралашуви зарур, бунда орган ёки унинг қисмини олиб ташлаш мумкин. Бу инфекциянинг тарқалишини олдини олиш ва организмнинг нормал функциясини таъминлаш учун зарурдир.

2.2. Жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатмалар.

Ҳомиладорликнинг терминал босқичи (кечки муддатлар): Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида жарроҳлик аралашувларини ўтказиш riskли бўлиши мумкин, чунки бу эркак туғруқ олдидан ёки бошқа акушерлик муаммоларининг юзага келишига олиб келиши мумкин. Кечки муддатлардаги жарроҳлик аралашувлар, агар мумкин бўлса, ҳомиланинг ҳолатини кўшимча равишда назорат қилишни талаб қилади ва уни кечиктириш мумкин.

Ҳомиладорнинг барқарор бўлмаган ҳолати (хроник касалликларнинг оғирлашуви): Оғир юрак-қон томир касалликлари, гипертония, қандли диабет ёки бошқа хроник патологияларга эга ҳомиладор аёллар операцияни ўтказиш мумкин эмас, чунки бу соғлиқ учун юқори хавф туғдиради.

Масалан, агар беморда инсульт ёки миокард инфаркти хавфи мавжуд бўлса, операция контрэндикация қилиниши ёки махсус ёндашувни талаб қилиши мумкин.

Токсикоз ва эклампция: Токсикоз, айниқса ҳомиладорликнинг кечки босқичларида (преэклампция ва эклампция), жарроҳлик аралашувларига қарши кўрсатма бўлади, чунки бу ҳолатлар операция натижаларини ёмонлаштириши мумкин, қон айланиши бузилиши ва бошқа асоратлар хавфини оширади.

Бундай ҳолатларда операция аёлнинг ҳолати барқарорлашгунча кечиктирилиши мумкин.

Назорат қилинмайдиган артериял гипертензия: Агар аёлда назорат қилинмайдиган гипертензия бўлса, жарроҳлик аралашувлари контрэндикация қилинади, чунки бу томирлар шикастланиши, қон кетиши ва бошқа жиддий асоратларга олиб келиши мумкин.

Қон ивиш хусусиятларининг бузилиши (гиперкоагуляция): Агар ҳомиладор аёлда қон ивиш бузилиши бўлса (масалан, тромбофилия), операция хавfli бўлиши мумкин, чунки тромбоз хавfli ошади, бу эса тромбоемболик асоратларга олиб келиши мумкин.

Анестезия ўтказиш имкониятининг йўқлиги: Агар хавфсиз анестезия қўлланилса бўлмайди (масалан, анестезияга қарши кўрсатмалар бўлса ёки ҳомиладорликка мос бўлмаган анестезия бўлса), жарроҳлик аралашуви контрэндикация қилинади.

Анестезия учун қарши кўрсатмалар: Анестезияга нисбатан алергия, нафас олиш тизими касалликлари, оғир юрак-қон томир касалликлари ёки инфекциян касалликлар каби баъзи ҳолатлар ҳомиладорликда операцияларни амалга оширишда анестезияга қарши кўрсатмалар бўлиши мумкин.

2.3. Жарроҳлик даволашга кўрсатмалар.

Оғир пиелонефрит шакллари: Агар ҳомиладор аёлда оғир пиелонефрит шакли ривожланиб, масалан, буйрак абсцессининг пайдо бўлиши, буйракнинг тешилиши ёки тўқималарининг йиринглашиши кузатилса, консерватив даволаш (антибиотиклар, инфузия терапияси) самарали бўлмаса, йирингни олиб ташлаш ва сийдик йўлларида сийдик оқимини тиклаш учун жарроҳлик аралашуви талаб қилинади.

Сийдик йўллариининг обструкцияси: Сийдик йўлларидаги тўсиқ (масалан, сийдик йўллари торайиши ёки буйрак тошлари) сийдикнинг тугилишига ва инфекциянинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Агар обструкцияни консерватив усуллар билан бартараф этиш имконсиз бўлса (масалан, антибиотиклар ёрдамида), сийдик йўллариининг прокампсиясини тиклаш учун жарроҳлик аралашуви талаб қилинади (масалан, стент ўрнатиш ёки нефростомия).

Урологик аномалиялар: Сийдик йўллариининг туғма ёки олинган аномалияларига эга бўлган аёллар учун, масалан, тошлар ёки уретерлар ўтказишидаги торайишлар, агар улар сийдик йўллариининг такрорий инфекциясига олиб келаётган бўлса, жарроҳлик аралашуви зарур бўлиши мумкин.

Буйрак хўппози (абсцесси): Агар пиелонефритда абсцесс пайдо бўлса, у антибиотиклар ёрдамида даволанмаса ёки перинефрит (буйрак атрофидаги ҳужайраларнинг яллиғланиши) ривожланиб қолса, абсцессни дренажлаш ёки йирингли бўшлиқни очиш учун жарроҳлик аралашуви керак бўлиши мумкин.

Консерватив даволашнинг самарали бўлмаслиги: Агар сийдик йўллари инфекцияси антибиотикотерапия билан даволанмаса, инфекция ўчоғини олиб ташлаш ва унинг бошқа органларга тарқалишининг олдини олиш учун жарроҳлик аралашуви зарур.

Нефростомия (обструкция ёки пиелонефритда): Агар инфекция сийдик йўллариининг обструкцияси ёки буйракларга боғлиқ бўлса (масалан, тошлар ёки ўсишлар туфайли), жарроҳлик аралашуви нефростомия ўрнатиш учун зарур бўлиши мумкин.

Тошлар ёки чет эл таналарини олиб ташлаш зарурати: Агар сийдик йўлларида тошлар мавжуд бўлса ва улар консерватив усуллар билан олиб

ташланмаса ёки сийдик йўлларида катетер ёки стент каби чет эл таналари бўлса, жарроҳлик аралашуви талаб қилиниши мумкин.

Такрорланадиган инфекцияларни консерватив даволашнинг самарасизлиги: Агар инфекцияларни даволаш антибиотиклар ёрдамида амалга оширилса ҳам, улар такрорланса, инфекциянинг манбасини олиб ташлаш учун жарроҳлик зарур бўлиши мумкин.

Инфекциянинг ривожланиши ва онанинг ёки ҳомиланинг ҳаётига хавф туғдириши: Агар сийдик йўллари инфекцияси ривожланиб, онанинг ёки ҳомиланинг ҳаётига хавф солса (масалан, сепсис ёки оғир заҳарланиш ҳолатида), инфекцияни олиб ташлаш ва аёлнинг ҳолатини барқарорлаштириш учун жарроҳлик аралашуви зарур.

2.4. Аралашувни амалга оширадиган мутахассисларга қўйиладиган талаблар.

Сийдик йўллари инфекцияларини даволашда (СЙИ) ҳомиладор аёлларни даволашда бир нечта мутахассислар иштирок этиши керак: уролог, акушер-гинеколог, нефролог, қон томир жарроҳ, жарроҳ ва бошқалар.

2.5. Жарроҳлик амалиёти ёки аралашувни ўтказишга тайёргарлик учун асосий ва қўшимча диагностик тадбирлар рўйхати.

Ҳомиладор аёлларда сийдик йўллари инфекцияларини диагностика ва даволашга тайёргарлик қўриш комплекс ёндашувни талаб қилади, бу асосий ва қўшимча диагностик тадбирларни ўз ичига олади. Бу тадбирлар инфекциянинг аниқ жойлашуви, унинг сабабчисини аниқлаш, шунингдек онанинг ва ҳомиланинг ҳолатини баҳолашга қаратилган, бу эса аралашувни амалга оширишда хавфларни камайтиришга ёрдам беради.

2.6. Жарроҳлик аралашувини ўтказишга қўйиладиган талаблар.

Сийдик йўллари инфекцияларини даволашда (СЙИ) ҳомиладор аёлларда аралашувларни амалга оширишда юқори диққат ва қатъий талаблар мавжуд. Бу онанинг ва ҳомиланинг хавфсизлигини таъминлаш учун аралашувлар сифатида қуйидаги жарроҳлик амалиётлари ўтказилиши мумкин:

1. **Стент ўрнатиш:** Бу усул сийдик йўлларидаги обструкцияни бартараф этиш учун ишлатилади ва сийдик оқимини нормаллаштиради.

2. **Нефростомия:** Бу усул сийдик йўлларидаги обструкция ҳолатида сийдикни буйракдан ташқарига чиқариш учун тери орқали катетер ўрнатишни ўз ичига олади.

3. **Анъанавий нефрэктомия:** Жиддий инфекциялар ёки сурункали буйрак етишмовчилиги ҳолатларида буюракни олиб ташлаш амалиёти.

4. **Абссесни очиш:** Буйрак ёки сийдик йўлларида ҳосил бўлган йирингли жойни дренаж қилиш учун жарроҳлик аралашуви, бу инфекциянинг тарқалишини олдини олиш мақсадида амалга оширилади.

2.7. Беморни тайёрлаш талаблари ва амалиётлар ўтказиш усуллари:

Сийдик чиқариш тизими инфекциялари (СЙИ) билан оғриган ҳомиладор аёлларни тайёрлаш ва процедура ўтказиш жараёни махсус ёндашувни талаб қилади, чунки беморнинг ҳолати ва ривожланаётган бола устидан потенциал таъсирларни ҳисобга олиш керак.

2.8. Ўтказилган амалиёт ёки аралашув самарадорлигини кўрсаткичлари:

Ҳомиладор аёлларда сийдик чиқариш тизими инфекциялари (СЙИ) бўйича процедура ёки жарроҳлик аралашувининг самарадорлигини баҳолашда қуйидаги асосий кўрсаткичлар муҳимдир:

1. Бемор ҳолатининг клиник яхшиланиши:

Инфекция симптомларининг камайиши (оғрик, сийдик чиқаришда қуйиш, иситма, титроқ ва б.

Тана ҳароратининг нормаллашуви (иситманинг йўқлиги).

2. Лаборатория кўрсаткичлари:

Сийдик таҳлилининг нормаллашуви (лейкоцитлар, бактериялар, эритроцитлар ва бошқа яллиғланиш белгиларининг йўқлиги).

С-реактив оксил (СРБ) даражасининг пасайиши, бу яллиғланишнинг камайганлигини кўрсатади.

Қон кўрсаткичларининг нормаллашуви (масалан, лейкоцитознинг камайиши ва бошқа қон ҳужайраларининг нормал даражага қайтиши).

3. Микроб фаоллигининг йўқолиши ёки камайиши:

Сийдик маданиятларида патоген микроорганизмлар ўсишининг йўқлиги (сийдик маданиятида бактерияларнинг камайиши ёки йўқолиши).

4. Визуал ва инструменталлар кўрсаткичларнинг яхшиланиши:

Буйраклар ва сийдик пуфаги ультратовуш текширувнинг нормаллашуви (яллиғланиш, тошлар, абстесслар ёки бошқа компликацияларнинг йўқлиги).

Агар обструкция мавжуд бўлса, сийдик йўллари бартараф этилиши.

5. Компликацияларнинг йўқлиги:

Пиелонефрит, буйрак абстесси, сепсис ёки эрта туғруқлар каби компликацияларнинг пайдо бўлиши ёки ривожланмаслиги.

Онанинг ёки боланинг ҳолатининг ёмонлашувининг йўқлиги (масалан, ультратовушда боланинг ҳолатининг яхшиланиши, кардиотокографиянинг нормал натижалари).

6. Сийдик чиқариш йўлларининг нормал функциясига қайтиши:

Сийдик оқимининг нормаллаштирилиши ва обструкциянинг бартараф этилиши (агар мавжуд бўлса).

Буйракларнинг функциясининг яхшиланиши (масалан, креатинин ва карбамид даражаларининг нормаллашуви).

7. Бола учун хавфсизлик:

Бола соғлиғини сақлаш, инфекция ёки ривожланиш бузилишлари йўқлиги.

Инфекция билан боғлиқ ҳолда эрта туғруқлар ёки бошқа хавфларнинг йўқлиги

**ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ
ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1. Кириш.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ сийдик чиқариш йўллариининг энг кенг тарқалган яллиғланиш касалликларидан бири бўлиб, дунёнинг кўплаб мамлакатларида соғлиқни сақлашда жиддий муаммоларини ифодалайди. Бу ҳолат одатда кўтарилувчи инфекциядан келиб чиққан СЙИ яллиғланиши билан тавсифланади. СЙИ билан ҳасталанган беморлар кўпинча тез-тез ва оғриқли сийиш каби оғир клиник симптомлар билан тиббий қабулга мурожаат қилишади, бу эса малакали ва ўз вақтида даволашни талаб қилади. Антибиотиклар ва замонавий ташхислаш усуллари мавжудлигига қарамай, СЙИни оптимал даволаш тиббиёт ҳамжамияти учун долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу клиник протокол беморлар учун энг самарали ва хавфсиз даволанишни таъминлайдиган ушбу нозологиянинг олдини олиш ва реабилитация қилиш бўйича ёндашувларни тизимлаштиришга бағишланган.

1.2. Таърифи.

Ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериурия – Ҳомиладор аёлнинг тўғри тўпланган сийдигида белгилари ва симптомлари бўлмаган ҳолда бактерияларнинг мавжудлигидир. Симптомсиз бактериурия бўлган ҳомиладор аёлни даволаш кераклиги тўғрисида етарлича далиллар мавжуд [8-10]. Симптомсиз бактериурия симптомсиз бемордан олинган сийдик намунасида бактерияларнинг $>100\,000$ /мл даражасида аниқланади [2].

Ҳомиладор аёлларда СЙИ профилактикаси – бу ушбу патологик ҳолатларнинг пайдо бўлиши ва қайталанишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуидир.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ реабилитацияси - даволашдан кейин саломатлигини тиклаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади.

1.3. Профилактика ёки реабилитация турлари.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ профилактикаси ва реабилитацияси қуйидаги жиҳатларни ўз ичига олади:

- **Тиббий профилактика.** Сийдик-таносил тизимининг касалликларини эрта аниқлаш ва даволаш, жинсий фаолиятни режалаштириш ва ёмон/зарар одатлардан воз кечиш бўйича тушунтириш ва таълимий суҳбатларни ўз ичига олади.
- **Ташкилий тадбирлар.** Беморлар учун мактаблар яратиш, уларга суюқлик ичиш режимини қандай сақлаш, қандай дори-дармонларни қабул қилиш ва қайси бирини қабул қилмаслик ҳақида маълумот бериш керак. Улар маиший ва касбий зарарларни бартараф этиш, беморнинг психо-эмоционал ҳолатини яхшилаш, рационал овқатланиш, шахсий гигиена ва оқилона жинсий ҳаёт режимини сақлаб туришни ўз ичига олади.
- **Тиббий реабилитация.** Касалликларни даволаш, касбий зарарларни бартараф этиш, рационал овқатланиш ва беморнинг психо-эмоционал ҳолатини яхшилашни ўз ичига олади.

Бу чора-тадбирлар сийдик-таносил тизимининг саломатлигини сақлашга ва симптомсиз бактериурия ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради.

1.4. Оммавий профилактика чораларини ёки индивидуал профилактикани ўтказиш тамойиллари.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ бўйича оммавий ва индивидуал профилактика чораларини ўтказиш тамойиллари ушбу патологиядан самарали ҳимоя қилишни таъминлаган ҳолда, касалланиш даражасини пасайтириш ва аҳоли саломатлигини яхшилашга қаратилган.

1. Аҳолига таълим бериш ва хабардор қилиш. Ҳомиладор аёлларда СЙИ профилактикасининг асоси бўлиб хавф омиллари, ҳимоя қилиш усуллари ва аломатлар пайдо бўлганда ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат қилиш муҳимлиги ҳақида хабардорлигини оширишдир.

2. Гигиена чоралари. Қўлларни мунтазам ювиш, жинсий аъзоларнинг тўғри гигиенаси ва интим гигиенасига риоя қилиш каби гигиена тамойилларини тарғиб қилиш кўтарилувчи инфекцияларнинг олдини олишга ва цистит ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган.

3. Рецидивларнинг профилактикаси. СЙИ такрорий эпизодлари билан ҳасталанган беморлар учун профилактика тадбирларига, жумладан, суюқликни мунтазам истеъмол қилиш, сийдик йўллари гигиенасининг мақбул даражасини сақлаб туришга ва индивидуал даволаш режимига алоҳида эътибор берилади.

4. Хавф омилларидан қочиш. Профилактика тадбирларини ўтказиш нотўғри овқатланиш, гипотермия, сийдик йўллариининг сурункали касалликлари ва ҳомиладорларда Ҳомиладор аёлларда СЙИ ривожланишига ёрдам берадиган сийдикни узоқ вақт ушлаб туриш каби хавф омилларининг олдини олишга қаратилган.

Индивидуал профилактика. СЙИ ривожланиш хавфи юқори бўлган шахслар учун (масалан, ҳомиладор аёллар, сийдик йўллари аномалиялари бўлган беморлар) индивидуал ёндашув тавсия этилади, жумладан мунтазам текширувлар, пробиотикларни қабул қилиш ва шифокор тавсияларига амал қилиш.

2. ПРОФИЛАКТИКА

2.1. Ҳомиладор аёлларда СҲИ профилактикасининг мақсади.

Ҳомиладор аёлларда СҲИ профилактикасининг мақсади ушбу ҳолатларнинг ривожланишига йўл қўймаслик ва улар билан боғлиқ асоратларни камайтиришдир.

2.2. Бирламчи профилактика.

Ҳомиладор аёлларда СҲИ бирламчи профилактикаси ушбу касалликнинг ривожланишининг олдини олишда муҳим рол ўйнайди. У хавф омилларини минималлаштириш ва сийдик йўллариининг саломатлигини сақлаш учун шароит яратишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади. Бирламчи профилактиканинг асосий жиҳатларидан бири гигиена стандартларига, шу жумладан мунтазам қўлларни ювиш, тоза ички кийим ва интим гигиенасига риоя қилишдир, бу эса кўтарилувчи инфекция эҳтимолини камайтиришга ёрдам беради. Муҳим элемент бўлиб, шунингдек, етарли миқдорда сув ичиш орқали танадаги суюқлик даражасини сақлаб туриш ҳисобланади, бу сийдик пуфагини мунтазам бўшатишга ёрдам беради ва СҲИ ривожланиши учун хавф омилларидан бири бўлган сийдикнинг туриб қолишини олдини олади. Жуда совиб кетишнинг олдини олиш шунингдек муҳим аҳамиятга эга, айниқса йилнинг совуқ мавсумида, чунки гипотермия сийдик йўллариининг торайишига олиб келиши ва патоген микроорганизмларнинг сийдик йўлларига киришини осонлаштириши мумкин. Шу билан бирга, сийдикни узок вақт ушлаб турмаслик ва жинсий алоқадан кейин мунтазам сийиш ҳам циститнинг олдини олишда муҳим ҳисобланади. Мунтазам равишда тиббий кўрикдан ўтиш ва шифокор билан маслаҳатлашиш сийдик чиқариш йўллари бузилишларининг дастлабки белгиларини аниқлашга ва уларнинг олдини олиш учун ўз вақтида чоралар кўришга ёрдам беради. Бундан ташқари, ҳомиладор аёлларда СҲИ билан қассаланишни камайтиришда аҳоли ўртасида профилактика чоралари ва касалликка шубҳа туғилса, шифокорга эрта мурожаат қилишнинг аҳамияти ҳақида таълим дастурлари ва тадбирлари муҳим роль ўйнайди.

2.3. Скрининг

Ҳомиладор аёлларда СҲИ скрининги ушбу касалликни ривожланиш хавфи юқори бўлган шахсларни эрта аниқлаш ва профилактика чораларини амалга ошириш учун муҳим восита бўлиб ҳисобланади. Бироқ, ҳозирги кунга қадар СҲИ учун ягона скрининг протоколи мавжуд эмас, чунки бу ҳолат кўпинча инфекцияга ўткир реакция сифатида юзага келади ва сийдик чиқариш тизимининг бошқа касалликларига ўхшаш симптомлар билан намоён бўлиши мумкин. Бироқ, шахсларнинг маълум бир гуруҳлари, жумладан, ҳомиладор аёллар, қандли диабет, ревматоид артрит, шунингдек, обструктив сийдик чиқариш йўллари касаллиги ёки буйрак анатомик аномалиялари бўлган беморларни скрининг ўтказиш учун устувор аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Скрининг клиник симптомларни (масалан, бел оғриғи, дизурия) баҳолашни, яллиғланиш ўзгаришларини ва микроорганизмларни аниқлаш учун сийдик таҳлили, ҳамда яллиғланиш белгилари ва бошқа патологияларни аниқлаш учун буйракнинг ультратовушли текширувини ўз ичига олиши мумкин. Кейинги диагностика ва даволаш тадбирлар зарурлигини аниқлаш мақсадида скрининг ўтказиш шифокор билан

маслаҳатлашув ва натижаларни муҳокама қилиш билан бирга амалга оширилиши муҳимдир.

2.4. Иккиламчи профилактика.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ иккиламчи профилактикаси циститнинг бир ёки бир нечта эпизодларини бошидан кечирган одамларда касалликнинг қайталанишини олдини олишга қаратилган. Профилактиканинг ушбу тури қайталанган ҳолатларнинг частотасини камайтириш ва патологиянинг сурункали курсини ривожланишининг олдини олишда муҳим роль ўйнайди. Иккиламчи профилактиканинг асосий стратегияларига қуйидагилар киради:

1. Асосий касалликни даволаш ва назорат қилиш. Қандли диабет ёки сурункали сийдик йўллариининг касалликлари каби асосий касалликлар бўлган беморлар доимий тиббий кузатув ва асосий касалликни етарли даражада даволаш билан таъминланишлари керак. Бу ҳомиладор аёлларда СЙИ ўткир асоратланмаган шаклининг ривожланиши хавфини назорат қилишга ёрдам беради.

2. Профилактик антибактериал терапия. СЙИ такрорий эпизодлари ёки уларнинг пайдо бўлиш хавфи юқори бўлган тақдирда, узоқ муддатли ёки даврий профилактик антибактериал терапия курслари буюрилиши мумкин. Лекин кўзғатувчини аниқлашдан кейин ва антимикроб дори препаратлари сезувчанликни вниқлашдан кейин буюрилиши керак. Бу инфекция кўзғатувчиларининг ошишини бостириш орқали рецидивлар эҳтимолини камайтиради. Ушбу банд ҳозирги вақтда ўтказиладиган терапия ва антибиотик резистентликнинг ривожланишидан ноҳўя таъсирлар кўрншида бир қатор камчиликларга эга.

3. Хавф омилларини бартараф этиш. Беморларга гипотермия, сийдикни узоқ вақт ушлаб туриш, нотўғри овқатланиш ва суюқликни етарли даражада истеъмол қилмаслик каби СЙИ ривожланишига ёрдам берадиган омилларнинг олдини олиш тавсия этилади. Профилактик чора-тадбирлар мунтазам урологик текширувлар ва турмуш тарзини тузатишни ҳам ўз ичига олиши мумкин.

4. Таълим дастурлари. Иккиламчи профилактиканинг муҳим қисми бўлиб, беморларни рецидивларнинг олдини олиш усулларига ўқитиш, шу жумладан гигиена қоидалари, ҳамроҳ касалликларнинг кучайишида назорат қилиш чоралари ва аҳволининг ёмонлашиши белгилари пайдо бўлганда шифокорга ўз вақтида мурожаат қилиш ҳисобланади.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ иккиламчи профилактикаси ҳар бир беморга индивидуал ёндашувни ва хусусиятлар ва ҳамроҳ касалликларни ҳисобга олган ҳолда хавф омилларини комплекс бошқаришни талаб қилади.

2.5. Учламчи профилактика.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ учламчи профилактикаси бир ёки бир нечта эпизодларни бошдан кечирган ва иккиламчи профилактикани муваффақиятли яқунлаган шахсларда касалликнинг қайталаниш ҳолатларини олдини олишга қаратилган. Профилактиканинг ушбу тури рецидивларнинг асосий сабаблари ва хавфларини бартараф этишга, шунингдек, сийдик чиқариш йўллари тизимининг барқарор саломатлигини сақлашга қаратилган. Асосий учламчи профилактика стратегиялари қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Узоқ муддатли тиббий кузатув. Қайталанувчи СЙИ билан азият чеккан беморларга уролог шифокорда мунтазам тиббий кузатувда бўлиш тавсия этилади. Бу сийдик чиқариш тизимининг ҳолатидаги ҳар қандай ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш ва зарур чораларни қўриш имконини беради.

2. Индивидуал терапия. СЙИ рецидиви хавфи юқори бўлган беморлар учун индивидуаллаштирилган терапия, шу жумладан профилактик антибиотикларнинг давомли курслари ёки сийдик чиқариш тизимининг фаолиятини яхшилайдиган дори-дармонлар буюрилиши мумкин.

3. Хавф омилларини тузатиш. Беморларга гипотермия, сийдикни узоқ вақт ушлаб туриш, нотўғри овқатланиш ва суюқликни етарли даражада истеъмол қилмаслик каби цистит ривожланишига ёрдам берадиган омиллардан қочиш тавсия этилади. Профилактик чора-тадбирлар мунтазам урологик текширувлар ва турмуш тарзини тузатишни ҳам ўз ичига олиши мумкин.

4. Таълим дастурлари. Беморларга рецидивларнинг олдини олиш усуллари, шу жумладан яхши гигиена қоидалари, ҳамроҳ касалликларнинг кучайишида назорат қилиш чоралари ва аҳволининг ёмонлашиши белгилари пайдо бўлганда шифокорга ўз вақтида мурожаат қилиш ҳақида маълумот берилиши керак.

Ўткир асоратланмаган СЙИ учламчи профилактикаси сийдик чиқариш тизимининг саломатлигини узоқ муддат давомида сақлаб туришга ва касалликнинг қайталанишининг олдини олишга, беморларга энг юқори ҳаёт сифатини таъминлашга қаратилган.

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ

3.1. ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ.

Реабилитациянинг мақсади ҳомиладор аёлларда СЙИ ўтказган беморларнинг саломатлиги ва ҳаёт сифатини энг яхши тарзда тиклашни таъминлашдан иборатдир.

3.2. Ҳомиладор аёлларда зарарланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини тўлиқ ёки қисман тиклаш ёки йўқолган функцияларни қоплаш.

Кўпгина ҳолларда, ўз вақтида ва етарли даражада даволашда ҳомиладор аёлларда СЙИ буйраклар фаолиятида қайтарилмас ўзгаришларга олиб келмайди ва улар бир неча ҳафтадан бир неча ойгача бўлган вақт ичида тўлиқ тикланиши мумкин. Ҳомиладор аёлларда СЙИ вақтида аниқлаш ва самарали даволаш буйраклар фаолиятини муваффақиятли тиклаш ва касалликнинг прогнозини яхшилашда асосий роль ўйнайди.

3.3. Ҳомиладор аёлларда ўтқир ривожланган патологик жараённинг тугаши пайтида тананинг фаолиятини ушлаб туриш.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ каби ўтқир патологик жараённинг яқунловчи босқичида организмнинг тикланиши учун оптимал шароитларни таъминлаш муҳимдир. Бунга қовиқ фаолиятини доимий тиббий кузатуви, назорати, тўғри овқатланиш ва суюқлик ичиш режими, оғриқ синдромини енгиллаштириш ва психологик қўллаб қувватлаш киради. Комплекс ёндашув мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга ва муваффақиятли тикланишни таъминлашга ёрдам беради.

3.4. Ҳомиладор аёлларда шикастланган органлар ёки тана тизимлари функцияларини эҳтимолий бузилишини олдини олиш, эрта ташхислаш ва коррекция қилиш.

Ҳомиладор аёлларда СЙИ кейин органларнинг, айниқса сийдик йўллариининг ҳолатини мунтазам равишда кузатиб бориш муҳимдир. Шифокор ҳузурига мунтазам ташрифлар, таҳлиллар ва беморларни ўқитиш эрта босқичда юзага келиши мумкин бўлган муаммоларни аниқлаш ва бошқаришга ёрдам беради. Хавф омилларини тузатиш ва ўз вақтида даволаш асоратларни олдини олиш ва муваффақиятли тикланишда муҳим роль ўйнайди.

3.5. Ногиронликнинг олдини олиш ва эҳтимолини пасайтириш.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.6. Ҳаёт сифатини яхшилаш.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.7. Беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.8. Беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.9. ҲОМИЛАДОРЛАРДА (ПРОФИЛЬ БЎЙИЧА АНИҚЛАШТИРИЛАДИ) УЧ ТУРДАГИ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯНИ ЎТКАЗИШГА КЎРСАТМАЛАР.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.10. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ПРОФИЛАКТИКА ТУРЛАРИНИ ЎТКАЗИШНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНЛАРИ (ХАЛҚАРО СТАНДАРТЛАР, ДАЛИЛЛАРГА АСОСЛАНГАН ТИББИЁТ МАЪЛУМОТЛАРИГА МУВОФИҚ).

Ишлаб чиқилмаган.

3.11. ҲОМИЛАДОРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИ-НИНГ БОСҚИЧИ ВА КЎЛАМИНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Ишлаб чиқилмаган.

3.12. ҲОМИЛАДОРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИ ВА КЎЛАМИ

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.13. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАРАЖАСИ КЎРСАТИЛГАН ДИАГНОСТИКА ЧОРАЛАРИ.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.14. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ДАРАЖАСИНИ КЎРСАТИШ БИЛАН ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАКТИКАСИ.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.15. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ ИНДИКАТОРЛАРИ

Махсус

реабилитация

усуллари

мавжуд

эмас.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Ribeiro-do-Valle CC, Bonet M, Brizuela V, Abalos E, Baguiya A, Bellissimo-Rodrigues F, Budianu M, Puscasiu L, Knight M, Lissauer D, Dunlop C, Jacob ST, Shakoor S, Gadama L, Assarag B, Souza JP, Cecatti JG., WHO GLOSS research group. Aetiology and use of antibiotics in pregnancy-related infections: results of the WHO Global Maternal Sepsis Study (GLOSS), 1-week inception cohort. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2025 Feb 24;23(1):21.
2. Perlitz Y, Saffoury E, Shabso N, Labai A, Namatiyof JF, Nitzan O, Ben-Shlomo I, Azrad M, Ben-Ami M, Peretz A. Maternal and neonatal outcome of asymptomatic bacteriuria at term pregnancy. *Pathog Dis.* 2019 Jul 01;77(5)
3. Gilstrap LC, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2001 Sep;28(3):581-91.
4. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Jul;219(1):40-51.
5. Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals. *Obstet Gynecol.* 2023 Aug 01;142(2):435-445
6. Ansaldi Y, Martinez de Tejada Weber B. Urinary tract infections in pregnancy. *Clin Microbiol Infect.* 2023 Oct;29(10):1249-1253.
7. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, Franks AL. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol.* 2002 Jul;100(1):94-100.
8. Ditkoff EL, Theofanides M, Aisen CM, Kowalik CG, Cohn JA, Sui W, Rutman M, Adam RA, Dmochowski RR, Cooper KL. Assessment of practices in screening and treating women with bacteriuria. *Can J Urol.* 2018 Oct;25(5):9486-9496.
9. Averbeck MA, Rantell A, Ford A, Kirschner-Hermanns R, Khullar V, Wagg A, Cardozo L. Current controversies in urinary tract infections: ICI-RS 2017. *Neurourol Urodyn.* 2018 Jun;37(S4):S86-S92.;
10. Wullt B, Sundén F, Grabe M. Asymptomatic Bacteriuria is Harmless and Even Protective: Don't Treat if You Don't Have a Very Specific Reason. *Eur Urol Focus.* 2019 Jan;5(1):15-16.
11. Bigotte Vieira M, Alves M, Costa J, Vaz-Carneiro A. [Bacteriuria. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;4:CD009534.]. *Acta Med Port.* 2018 Feb 28;31(2):76-79.
12. Кравченко Е.Н. Гордеева И.А. Инфекционно-воспалительная забoлевание почек у беременных: диагностика и лечение. *Акушерствои гинекология* - 2013г. Номер - 4. Ст 29-32.
13. Семенова Е.С., Мащенко И.А., Труфанов Г.Е., Фокин В.А., Ефимцев А.Ю., Лепёхина А.С., Горбунова Е.А., Сергиеня О.В., Шмедьк Н.Ю., Тиллоев Т.А. Магнитно-резонансная томография при беременности: актуальные вопросы безопасности *Russian Electronic Journal of Radiology* · January 2020 ст. 216-230