ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ
ОШИРИШ ИНСТИТУТИ

Сийдик йўллари инфекциясини ташхис қилиш, даволаш ва олдини олиш

Ўқув-методик қўлланма

Тошкент
2012

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного управления
науки и учебных заведений МЗ Р Уз
_____ проф. Атаханов Ш. Э.
«___» _____ 2012 год
Протокол №

«СОГЛАСОВАНО»
Вр.и.о. директора Центра
развития медицинского
образования МЗ Р Уз
_____ Абдуллаева Х.А.
«2» 02.2012 2012 год
Протокол № 3

Диагностика, профилактика и лечение инфекций мочевыводящих путей у беременных

Учебно-методическое пособие

для курсантов факультета повышения квалификации

Ташкент -2012г

СОСТАВИТЕЛИ:

1.Каримова Ф.Д. –д.м.н., доцент, заведующая кафедры «Акушерства и гинекологии, с курсом детской и подростковой гинекологии ТашИУВ»

2.Муминова Н.Х. –ассистент, к.м.н., «Акушерства и гинекологии, с курсом детской и подростковой гинекологии ТашИУВ»

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

1. Профессор, д.м.н. кафедры акушерство и гинекология и перинатальной медицины ТашИУВ Ешимбетова Г.З.
2. Доцент, к.м.н. РСНИИУЦ Мирхамидов Д.Х.

Учебно-методическое пособие рассмотрено на Центральном- учебно-методическом Совете Ташкентского института усовершенствования врачей

«14» февраля 2012 года Протокол № 31

Учебно-методическое пособие утверждено на заседании Ученого совета Ташкентского института усовершенствования врачей

«16» февраля 2012г. Протокол № 193

Ҳомиладорларда сийдик йўлларининг инфекциясини замонавий ташҳиси, даволаш ва профилактика усуллари

Каримова Ф.Д., Муминова Н.Х.

Сийдик йўлларининг инфекцияси аёлларда учрайдиган бактериал инфекцияларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, у аёлларда эркакларга нисбатан 14 марта кўп учрайди (1, 2, 3).

20% аёллар ўз ҳаёти давомида жуда бўлмаса 1 марта бундай инфекцияни бошидан ўтказиши мумкин. 20-40 ёшдаги аёлларда бу инфекция 25-35% ни ташкил қилади. 30% аёл ҳаёти давомида камида бир маротаба бўлса ҳам циститнинг асоратланмаган кўринишини бошидан ўтказади.

Ҳозирги кунда ҳомиладорлик даврида учрайдиган инфекциялар орасида сийдик йўлларининг инфекцияси (СЙИ) биринчи ўринда туради. Ҳомиладорларда бу инфекция 4-8% ни ташкил этади.

СЙИ ҳомиладорларда учрайдиган экстрагенитал касалликлар орасида эса, 2-ўринни эгаллайди. Турли тадқиқот ва олимларнинг фикрича ҳомиладор аёллар орасида СЙИ билан касалланган беморларнинг сони 5-6 мартага ортгани, бу борада олиб борилаётган илмий тадқиқотларнинг сони кўпайгани муаммонинг долзарблигидан далолат бермоқда (2).

Шуни таъкидлаш зарурки, ҳомиладорлик нафақат организмда бор инфекцияни қўзғалишига сабаб бўлиши, балки уни қўзғатиши ҳам мумкин: бунда биринчи маротаба гестация пиелонефрити - буйрак жом ва косачалари, паренхимаси ва буйракнинг интерстицонал тўқимасини яллиғланиши ҳам кузатилиши мумкин. Турли муаллифларнинг таъкидлашларига кўра бу патология 3-10 дан 12-20% гачани ташкил қилади (1,2). Белгиларсиз бактериурия (ББ) эса турли муаллифларни беришига қараб, 10 дан 18-22% гачани ташкил

қилиб, даволанмаганда ҳомиладорликни нормал кечишига монелик қилиши мумкин.

Одатда сийдик йўллари стерил (тоза) бўлиши лозим, уни инфекцияланиши эса унда микроорганизмларнинг борлигидан, келгусида яллиғланиш ҳолатлари эҳтимоли борлигидан далолат беради.

Ўткир уретрит, цистит, симптомсиз бактерурия - сийдик йўлларининг пастки қаватини, пиелонефрит, буйракларнинг абсцесси ва карбункули – юқори қаватиниг яллиғланишига киради.

Агар яллиғланиш процесси сийдик йўлларининг аномалияли ҳолатларида (буйрак-тош касалликлари, сийдик найларининг стриктурасида, буйрак етишмовчилигида) учраса асоратланган СЙИ си деб аталади.

Этиология

СЙИ ни қўзғатадиган микроорганизмларнинг кўпчилиги йўғон ичакнинг нормал флорасига кириб, E.coli 80-90% ни ташкил килади.

Бундан ташқари клебсиелла, энтеробактер (10-15%) ва стафилококк, стрептококклар (5-10%) ни ташкил этади. Грамманфий бактериялардан: Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Pseudomonas лар сурункали СЙИ бўйича турли урологик-инструментал текширувлар ўтказилиши ва антибактериал даволаниш натижасида учраши ҳам мумкин.

Аёлларда бундай патологик ҳолатларни тез учрашининг сабаблари қуйидагича бўлиши мумкин: уретранинг калталиги, сийдик чиқариш каналининг тўғри ичак ва ташқи жинсий аъзолар орасидаги масофанинг яқинлиги, гормонал фонни ўзгариши; уретранинг 3/1 қисмида доимо тўғри ичак ва қиннинг микроорганизмлари бўлади; аёллар эркакларга нисбатан сийдик пуфагини охиригача бўшатмасликлари; жинсий алоқа вақтида сийдик пуфагига бактерияларнинг кириш эҳтимоли юқорилиги.

Ҳомиладорлик даврида аёлнинг организмида СЙИ кучайишига қўшимча омиллар сабабчи бўлади. Булар прогестероннинг силлиқ мушакларни бўшаштириш хусусияти, бунда бачадонни бўшашидан ташқари, сийдик тизимидаги барча силлиқ мушакларни бўшашиши (найлари, қопи в ва х.к.) кузатилади. Сийдик тутилишига, уни чиқишида қийинчиликлар кузатилишига, буйракнинг жом ва косачаларини кенгайиши, унинг қискаришини сусайиши ва буйракнинг ўрнидан қўзғалиши сабабчидир.

Бундан ташқари 1/3 ҳомиладорларда сийдик чиқарилишини қийинлашиши катталашган ҳомиладор бачадонни сийдик найларини босиши натижасидир. Бунда 1/3 ҳомиладорларда сийдик қопидан найларга сийдикни қайтадан қайтиши ва инфекцияни юқори қаватларга тарқалишини кучайтириши сабаб бўлади.

Сийдик ажралишини сусайиши найларнинг перистальтикаси ва тонусини сусайиши, буйрак лоханкалари ва найларни кенгайиши хомиладорларда физиологик гидронефрозни келтириб чиқаради.

Бунда сийдик пуфагининг тонуси сусаяди, қолдиқ сийдик миқдори ортади, бу ўз ҳолида пуфак-най рефлюксини келтириб чиқаради ва бактерияларнинг сийдик йўлларини юқори қаватларида миграциясини таъминлайди.

Сийдикни физик-кимёвий таркиби ўзгариши бактерияларни ўсишига олиб келади, бунинг натижасида pH ошади, эстрогенларни концентрацияси ва гликозурия миқдори ортади.

Юқорида келтириб ўтилган хавф омилларидан ташқари: СЙИ ривожланишида бетартиб жинсий ҳаёт, жинсий ҳамроҳларнинг кўплиги, шахсий ва жинсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, аёллар жинсий аъзоларини ўткир ва сурункали яллиғланиши, эндокрин патология (қандли диабет) сийдик йўли аномалияси (буйрак-тош касаллиги, сурункали цистит, буйракнингг аномалияли кўринишлари) ҳам сабаб бўлади.

Инфекциянинг клиник кўринишлари

Белгиларсиз бактериурия (ББ) туғма сийдик йўлларининг аномалияли кўринишида, нефролитиазда, найларни кенгайишида кузатилади.

ББ ҳомиладорларда 6% да (2-11% гача), агар даволанмаса 40% гача ўткир пиелонефритни чақириши мумкин. Ҳомиладорликни ўзи бактериурияни кўпайишига сабабчи бўлаолмайди, балки бактерияларни сийдикда нормадан ортиқ учраши пиелонефритни чақириши мумкин.

8-33% да бактериурияли ҳомиладорларда рентген натижалари сурункали пиелонефритни борлигини кўрсатади.

ББ учраган аёлларда абортлар, ўлик туғилиш ҳолатлари кўпроқ учраши, даволаш натижалари эса бу кўрсаткични камайишига сабаб бўлади.

СЙИ сида неонатал ўлим ва ҳомилани кўтаролмаслик асоратлари физиологик ҳомиладорликка караганда 2-3 мартага ортиқдир.

Кўпинча ББ ли ҳомиладорни шифокорга биринчи марта мурожаат қилганда аниқлаш мумкин. Фақатгина 1% аёллардагина ББ ҳомиладорликни кечроқ муддатларида аниқланиши мумкин. ББ ни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш пиелонефритни ривожланишини 70-80% га, ҳомилани кўтаролмасликни 5-10% га камайтириш мумкин.

Ҳомиладорликнинг ўзи ББ келиб чиқишига сабаб бўлаолмайди, лекин бу патологик ҳолат албатта пиелонефритни чақириши мумкин. ББ ҳомиладор ва оддий аёлларда учраш ҳоллари бир хилдир.

ББ сийдикда бактерияларни учраши билан характерланади. Бу патология пиелонефритни келиб чиқишига ва бундай ҳолатларда антибактериал даволанишни талаб этади.

Агар 1 мл сийдикда бир турга мансуб 100000 КОЕ/мл бактериялар 2 марта олинган сийдик таҳлилида **(ораси** 24 соатдан кейин, яхшиси 3-7 кун орасида) учраса ва касалликнинг клиник симптомлари бўлмаса - белгиларсиз бактериурия деб аталади.

Сийдик пуфаги ва ундан юқори қаватларида бактерияларни учраши СЙИ мутлоқ омили ҳисобланади.

Пиурияни аниқланиши инфекция бор деб тахмин қилиниши, лекин якунловчи ташҳис учун етарли эмас.

Тахминан 30-50% ҳолларда инфекциянинг яққол клиникаси (дизурия, тез-тез сийиш, императив сийиш) бўлса ҳам сийдикда бактериялар сони 100000 дан кам бўлиши мумкин.

Агар аёлнинг сийдик таҳлилидаги микроблар 2 маротаба чиқса, катетерда олинган сийдикда 1 марта чиқса, бундай текшириш натижасини ББ га хос деб қабул қилинади.

Агар ков супачаси соҳасидан пункция қилиб олинган сийдик таҳлилида микроблар аниқланса, бу натижа ҳам аниқ ҳисобланади.

Сийдикни микробиологик текширувга олингандан кейин 2 соат ичида кўриб чиқиш, йўқса ундаги бактериялар сони ўсиб кетиши мумкин, бунинг иложи бўлмаса, сийдикни музлаткичда маълум вақтгача сақлаш зарур.

40-50% бактериялар сийдикка буйраклардан тушади ва уларнинг қобиғида антителолари бўлади, сийдик пуфаги ва уретрадан тушган микроорганизмларнинг қобиғида бундай антителолар йўқ.

Цистит

Циститнинг клиникасига қараб ташҳис қўйиладиган тури 1,3% гача учраб, умумий симптомлар бу ҳолатларда деярли учрамайди. Дизурия билан мурожаат қилган аёллар орасидан тахминан 50% да бактериологик текширувда инфекция борлигини, рецидив ҳолатларнинг 17% дагина микроорганизмларни аниқлаш мумкин.

Циститдан кейин пиелонефритни ривожланиши турли муаллифларнинг маълумотларига қараганда 6% кўрсатади (2, 11).

Цистит билан оғриган ҳомиладорлар ҳам ББ даги каби даволанишлари шарт. Ўткир цистит ҳомиладорлар орасида энг кўп таркалган СЙИ га киради ва у кўпинча ҳомиладорликнинг I учойлигида учрайди.

Симптомлари: оғриқ ва ачишиб сийдик чиқариш, тез императив сийдик бериш, ков супачасидаги оғриқ, сийдикнинг охирги порциясида қон элементларини учраши;

Кўпинча ўткир цистит умумий ҳолсизлик, этни увишиши ва тана ҳароратини кўтарилиши билан бирга кечиши мумкин.

Одатда пиурия ва клиник симптомларга қараб ташҳис куйиш, сийдикни микроорганизмларга текшириш шарт эмас, лекин ҳомиладорларда йирингли септик асоратларни тез ривожланишини ҳисобга олиб, бактериологик текширувни ўтказиш таҳлили шарт деб ҳисобланади.

Ҳомиладорларда учрайдиган пиелонефрит: ББ бор 25-50% ҳомиладорларда кўпинча буйрак тўқималари яллиғланиб, «Билинмас пиелонефрит» юзага келиши мумкин. Когонок сувларининг вақтидан олдин кетиши, ҳомилани кўтаролмаслик асосан буйракнинг жом-косача тизимидаги яллиғланиш туфайли юз бериши мумкин. Бунинг асосий сабабчиси бактериал энзим ҳисобланган коллагеназакогонок пардаларининг структурасини бузиб, уларни вақтидан олдин ёрилишига ва эрта муддатдаги туғруқни бошланишига сабабчи бўлади (1,11).

Кўпинча ўнг буйрак (75% гача), чап буйрак (10-15% гача) ва иккиси 10-15% гача яллиғланади. Пиелонефрит- жом-косача тизими ва каналчаларининг носпецифик инфекцион-яллиғланишига кириб, кейинчалик уларнинг **коптокчалари** ва томирларга, яъни буйракнинг

паренхимасига ўтади. Ҳомиладорлик даврида ўткир пиелонефрит кўпинча II учойликданбошланади, туғруқдан кейинги даврда эса уни қўзиш хавфи 2-3 ҳафтагача учрайди. Ўткир (серозли, йирингли) ва сурункали (латент ва рецидивли) пиелонефрит бўлади.

Ўткир пиелонефритда кўп ҳолларда ўнг буйрак яллиғланади. Ўнг тухум венаси сийдик найларидан олдинда келиб, бунинг асосий сабаби ҳомиладор бачадон найларга қўшимча босим ўтказганидан юз беради. Бундан ташқари ҳомиладор бачадон ўнг томонга энгашиб, яна ўнг сийдик найини босиши мумкин. Олиб борилаётган даволашлар самарасиз бўлса, яллиғланиш чап буйракка ҳам ўтиши мумкин.

Ўткир пиелонефритнинг клиникаси: қорин ва бел соҳасидаги оғриқлар (кўпинча ҳомилани тушиш хавфини эслатади), тана ҳароратини кўтарилиш, ҳолсизлик, интоксикация аломатлари: кўнгил айнаши, қусиш, иштаҳани пасайиши ёки умуман йўқлиги, дизурия, қорин бўшлиғини жароҳатланиши.

Адабиётларда кўрсатилишича пиелонефритнинг қуйидаги белгилари мавжуд (1, 13):

Тана ҳароратини кўтарилиши ва этни увишиши - 100%.

Бел соҳасидаги оғриқлар - 85%.

Дизурия, тез-тез сийиш - 40%.

Кўнгил айнаши ва қусиш (25%).

Кўпинча кечки ташҳис ва нотўғри даволаш йирингли-септик асоратларга олиб келади.

10% ҳолларда бактеримия кузатилиши ва касалликнинг оғир шаклларида уросепсис асорати учраши мумкин.

Учраши мумкин бўлган симптомлар:

Интоксикация сабабли гипотензия, дегидратация сабабли эса гиповолемия;

Эндотоксинни таъсири туфайли гемолитик анемия;

ДВС белгилари: тромбоцитопения, фибриннинг деградации маҳсулотлари;

20% гача креатинин клиренсини пасайиши;

Пиелонефритни оғир кечишининг 1-2% да нафас етишмовчилиги; «ўпкалар шоки»;

Ташҳис:

Қонни биохимиявий ва умумий таҳлили: лейкоцитларнинг умумий сонини, СОЭ, мочевина ва креатинин кўрсаткичларини ошиши;

Сийдикнинг умумий таҳлилида: лейкоцитлар, бактериялар ва оқсил миқдорининг ошганлиги кўринади (бу таҳлил ёрдамида симптомсиз пиелонефритни аниқлаш ҳам мумкин);

Сийдикнинг Нечипоренко бўйича таҳлили сийдикда лейкоцитларнинг иммун компонентларини аниқлайди, уларни ортиши эса сийдик йўлларининг яллиғланганидан далолат беради.

Зимницкий нусхасида сийдикнинг қонцентрацион қобилиятини фаолияти аниқланади. Буйрак етишмовчилигида буйракнинг қонцентрацион хусусияти пасаяди.

Сийдикнинг микроскопик таҳлилида кўпинча пиурия ва грамбактериялар аниқланади. 20% ҳомиладорларда 1 мл сийдикда 100000 дан кам микроорганизмлар аниқланиши, ва улар Грам усулида бўялганида кўринмаслиги мумкин.

Сийдик культураларини экиб, текшириш, микроорганизмни турини ва кайси антибиотик таъсирини аниқлашга ва бу текшириш усулини имкон қадар антибактериал даволашгача ўтказиш зарур (3, 5, 6).

Йирингли–септик асоратлар ривожланган ҳолатларда, гемокультурага текшириш (15-20% да аниқланади) ва прокальцитонин миқдорини аниқлаш сепсиснинг босқичини аниқлаб бериши мумкин (3, 14).

Пиелонефритни асосий қўзғатувчиси E.coli. дан ташқари, стрептококклар, стафилококклар, протей ва ҳатто замбуруҳлар ҳам

учрайди. Охирги маълумотларга қараганда, 7,3% да СЙИ ни вируслар ҳам қўзғатиши мумкин (1, 2).

Буйракларни ультратовушда текшириш ёрдамида унинг структурасида ўзгариш борлигини аниқлаши мумкин. Ҳомиладорлик даврида бу текшириш усули ҳомиланинг ривожланишига хавф туғдирмайди.

Ўткир пиелонефритнинг эхографик белгилари:

Буйрак ўлчамларини катталашиши. Шишлар туфайли буйрак паренхимасини эхоген ўтказувчанлиги камайиши, пирамидаларни яллиғланиши айланали зоналар ҳосил килиши, буйрак атрофи клетчаткаси шишлари билан характерланади.

Сурункали пиелонефритда: буйрак ўлчамларини кичиклашиши билан бир вақтда жом-косача майдонини паренхимасига нисбатан катталашиши, буйрак паренхимаси эхоструктурасини бир хиллиги йўқолиши, буйрак қон турларининг қийшиқлиги, жом-косача тизимининг кенгайиш белгилари кузатилади.

Йирингли септик ҳолатларда интоксикациянинг даражасини аниқлаш учун Кальф-Калиф бўйича лейкоцитларнинг интоксикация индекси (ЛИИ) ҳисоблаш мақсадга мувофик келади (5,13).

Охирги маълумотларга қараганда, ЛИИ организмдаги яллиғланишни қай даражада ривожланганини ва унинг эндоген интоксикацияга реакциясини аниқлайди.

Хемотаксик омиллар (эндотоксинлар, комплемент компонентлари, антиген-антитела, интерлейкин, хужайраларнинг халоқатидан ҳосил бўлган лизосомаларнинг таъсирида қондаги цитокинларни кўпайиши туфайли, нейтрофиллар сонини ортиши ва унинг чапга оғиши кузатилади. Бу омиллар яна моноцитар-макрофаг ўсишига тўқималардаги макрофагларни кучайиши орқали эришилади.

Антиген стимуляция вақтида плазматик хужайраларни периферик қонда кўпайиши кузатилади. Баъзи цитокинлар, яъни гранулоцитар-макрофаг колонини рағбатлантирувчи омиллар, эозинофилларнинг апоптози ва яллиғланиш ҳолатларида эозинопенияни келтириб чиқаради (4, 10, 11).

Кальф-Калиф бўйича лейкоцитларнинг интоксикация индексини ҳисоблаш формуласи қуйидагича:

$$ЛИИ=\frac{(4•миел+3•юн+2пал+1сегм)(пл+1)}{(мон+лимф)(эоз+1)}.$$

Бунда миел-миелоцитлар

Юн- еш

Пал-таёқчасимон

Сегм- сегментаядер

Мон-моноцит

Лимф-лимфоцит

Эоз-эозинофил

Нормада: ЛИИ=1.

РСТ- прокальцитонин тести йирингли-септик ҳолатларда интоксикация даражасини баҳолайди ва бу тест кўпинча бактериал септик ҳолатларни характерлаб, унинг кўрсаткичларидан шифокорнинг тактикаси ва даволаш усуллари боғлиқ. Шу билан бир қаторда бу тестни акушер-гинекологларнинг ташҳис турларидан бирига киритилиши, йирингли-септик асоратларни эрта даврда аниқлаш, ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврлардаги буйрак-жом тизимидаги шикастланишни аниқлашда катта ёрдам беради (5,14).

РСТ тести иммунофермент ва иммунохромотаграфик усулларда аниқланади.

Сийдик йўлларининг инфекциясининг дифференциал ташҳиси

Дизурия симптоми нафақат ичак таёқчаси чақирган ўткир цистит, балки хламидий ёки гонококк чақирган уретритнинг ҳам, кандид ёки трихоманада қўзғатган кольпитнинг асорати ҳам бўлиши мумкин.

Кўпинча, СЙИ тезкор бошланиб, урологик симптомлари яққол, қов ва супачаси ва бел соҳасидаги оғриқлар, лейкоцитурия ва бактериурия билан характерланади.

Инфекцияни қайталаш эпизодлари

Бундай ҳолат 20% аёлларда учраши, бунда инфекцияни яширин тури ёки сийдик йўлларининг аномалияси борлигига тахмин килинади ва бундай ҳолатларда даволашни 2-4 ҳафтагача давом эттирилади.

Инфекция йилда 2 мартадан кам қўзғаса, 3 кунлик даволашни ўзи етарли ҳисобланади. 3 ва ундан ортиқ эпизодларда, агар касаллик жинсий алоқага боғлиқлиги бўлса, посткоитал профилактика ўтказиш шарт.

Агар ўтказилган даволашнинг самараси кам бўлса ёки бўлмаса, бошқа препаратлар билан 2-курс даволаши тавсия этилади. Бундан кейин ҳам микроорганизмлар ўсиши кузатилса, аёлда буйрак-тош касаллиги, қандли диабет ва бошқа касалликларни текшириш керак.

Имкон бўлса даволашга 3 граммдан суткада монурал (фосфомицин трометомол) ҳар 10 кунда 2 марта ёки II учойлигидан 50-100 мг дан суткада фурагин тавсия этилади ва туғруққача сийдикни қайта-қайта текшириб туриш лозим. АБ даволашдан сўнг, барча

ҳолатларда ҳам фитопрепаратлар билан даволаш жуда зарур (уролесан, фитолизин, канефрон, брусника барги, клюквали морс).

Даволаш принциплари

Ҳомиладорлик даврида антибиотик билан даволашда бир марталик дозадан фойдаланишни самараси жуда паст. Даволашни бошида барча антибиотиклар эмперик тарзда берилади ва бунда ҳеч бир препарат бошқасига нисбатан самараси паст ҳисобланиши нотўғри талқиндир.

Антибиотикларни ҳомиладорларга тавсия килишда 2007 йилда қабул қилинган Европа ва Америка урологлар уюшмасининг тавсияларига амал қилиш мақсадга мувофикдир. Бунда ҳомиладорларга СЙИ ни даволашда қуйидаги антибиотиклар тавсия килинган:

- аминопенициллинлар
- цефалоспоринларнинг 1-2-авлодлари
- фосфомицина трометамол

ББ ни эрта даврида даволаш ўткир пиелонефритни ривожланишини ҳомиладорликнинг кечки муддатларида 28% дан 3% гача камайтиради (1, 2, 11).

Ҳомиладорликни ўзи СЙИ ривожланишида етакчи омил ҳисобланган учун ББ ва циститни қисқа курсли антибиотиклар билан даволашнинг самараси паст (11). Фосфомицин трометамол (Монурал) 3 г ли дозаси 1 марта буюрилганида, циститни қўзғатган барча патоген флорани 5 соат ичида ҳалокатга олиб келади. Монурал ўзини таъсири бўйича норфлоксацин ва ко-тримоксазолдан кучли ҳисобланади.

Препаратнинг сийдикдаги дозаси сийдикда 24-80 соат давомида сақланади (1, 11).

Бизнинг соҳада ҳомиладорларга СЙИ ни даволашда ҳали бу препарат қўлланмаган.

ЖССТ (ВОЗ) тавсияларига биноан, ББ ни 3 кун давомида даволаш ва ҳар ойда сийдикни бактериал текширувини ўтказиб, инфекцияни рецидивини олдини олиш кўзда тутилган.

ББ ва циститни даволаш поликлиника шароитида оилавий шифокор ёки гинеколог томонидан ўтказилади, агар акушерлик асоратлари қўшилса (ҳомила тушиш хавфи, токсикозни оғир шакли, ЭГЗ патологияда) шифохонада даволаш тавсия этилади.

Даволовчи шифокор антибиотикнинг турини, дозасини, неча кун давомида қабул қилинишини ҳал қилади. СЙИ бўлган ҳомиладорларда антибиотикларни қўллаш, айникса I учойлигида имкон қадар тавсия этилмайди, II учойлигидан амоксициллина (КМП), амоксициллина/клавуланат, баъзида цефозолин (цефалоспориннинг 1-авлоди), III учойлигидан цефалоспоринларнинг 2 ва баъзи ҳолларда 3-авлоди (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим, цефтибутен, цефепим, цефаперазон/сульбактам) тавсия этилади.

Ҳомиладорликда фторхинолонлар, тетрациклин, аминогликозидлар, сульфаниламидни тавсия килинмайди, чунки бу препаратлар ҳомила учун жуда хавфли ва заҳарли ҳисобланади. Туғруқдан кейинги даврда СЙИ да қўлланилдиган антибиотикларни қўллаш мумкин, лекин эмизикли чақалоқларга зарари бўлган препаратни қабул қилиш даврида шифокор эмизишни тўхташни ёки бошқа усулни тавсия этиши зарур.

Агар СЙИ билан туққан аёлларга антибиотикларни тавсия қилинса, эмизишни ҳисобга олган ҳолда, даволаниш даврида ва яна 10-14 кунгача пробиотиклар ҳам буюрилади. Бундан ташқари гепатопротекторлар, витаминлар бериш ҳам касалликнинг

интоксикация аломатлари жигар-ўт фаолиятига салбий таъсирини камайтирада ва даволашда самарали натижаларни беради.

Ҳомиладорларда циститни даволашни 3 кун, асоратланган акушерлик ва гинекологик анамнези, СЙИ га мойиллиги юқори бўлса бу курсни 5-7 гача узайтирилади.

Қуйидагиларни ёдда сақлаш зарур: 30% аёллар ўткир цистит билан буйракларнинг кўринмас инфекцияси ушлайди; 20% да – нитрофуранларга, 5-15% - бисептолга (триметоприм / сульфаметоксазол); фторхинолонга -5% гача таъсири кам;

Бета-лактамлар билан 3 кун даволаш камлик қилади, бу курсни 5 кунгача чўзиш зарур. Триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол) ни ҳомиладорларга СЙИ да тавсия этилмайди, сабаби циститни қўзғатувчи асосий уропатогенларга мазкур препаратларнинг таъсири кам ёки умуман йўқ ва қўлланилиши ҳомилага, айниқса I учойликда ножўя таъсир этиши мумкин;

СЙИ нинг ўткир даврида трометамол (монурал) ни 1 мартали дозаси (3,0) peros яхши натижалар беряпти (11).

Ҳомиладорларда учрайдиган пиелонефритни олиб бориш

Ўткир пиелонефрит билан оғриган ҳомилдорлар зудлик билан шифохонага ётқизилади ва буйраклар фаолияти чуқур текширувдан ўтказилади: агар соатига диурез 30 мл дан кам бўлса, сийдик пуфагига доимий катетер уланади.

Антибиотиклар билан даволашни эмперик усулда, бактериал экишдан кейин вена ичига (парентерал) бошланади.

Инфузион терапия: тана ҳарорати 38°С ва ундан юқори бўлса – 0,9% NaCl - 400 мл дан ҳар кўтарилган 1°С га қўшиб борилади;

Спазмалитик даволаш: но-шпа, папаверин, ҳомила тушиш хавфи ва қовуқ ва бел соҳасидаги қаттиқ оғриқлари бўлса: 5,0 мл дан вена ичига баралгин ёки спазмалгон;

Ҳомиладорларда пиелонефритни қуйидаги антибиотиклар билан даволаш тавсия килинади:

амоксициллин/клавуланат 1,2 г 3-4г дан суткада, ичига 625 мг 3 марта суткада, ёки цефуроксим натрия в/и ёки м/и 0,75-1,5 г – суткада 3 марта, ёки 1 г дан 2 марта суткада цефотаксим в/и ёки м/и, яна цефтриаксон 1-2 марта суткада 1-2 г дан, ёки цефиксим 400 мг суткада 1 мартадан; муқобил схема тариқасида тиенам суткада 500 мг дан 2 м/и юборилади;

Туғруқдан кейинги даврда ўткир пиелоефритни даволашда препаратлардан: амоксил суткада 500 г дан х 3 марта ёки цефалоспорин каторига мансуб препаратлар: цефазолин 1 г дан х 4 марта кейин peros ёки суткада цефтриаксон 1 г дан х 2 марта гача тавсия этилади;

Агар юқорида тавсия этилаетган антибиотикларнинг самараси кам ёки аёл уларни турли сабабларга кўра олаолмаса, бундай ҳолларда левофлоксацин в/и, ёки peros 500 мг дан 1 марта суткада; Офлоксацин в/и ёки peros 200 мг дан 2 марта суткада; ёки пефлоксацин в/и ёки peros 400 мг дан 2 марта суткада тавсия этилиши мумкин. Фторхинолонлар билан даволаниш даврида эмизиш қайта кўриб чиқилиши зарур. Чақалоқда дисбактериоз бўлмаслиги учун: Хилак форте 5-10 томчидан peros ёки Линекс 1/5 кукун суткада 3 марта; Онанинг ўзига эса: флуконозол 1 марта, ёки қисқа курс билан Дифлюзол 150 мг дан 1 марта ёки 50-100 мг дан суткада 1 марта 7 кун давомида тавсия этиш, замбуруғли асоратларни олдини олиши мумкин деб ҳисобланади.

Умуман олганда, пиелонефритни антибактериал даволашда уларни эмперик тарзда берилади ва тана ҳарорати нормаллашгунча 2 сутка кузатилиб, самараси бўлса 5 ва ундан кўпрок даволанади, охирги кунлари peros тавсия этилади.

85% аёлларда тана ҳарорати ва шикоятлари 2 сутка давомида яхшиланади, қолганларида 4 суткагача давом этиши мумкин.

Учинчи кунига сийдикни культурага текшириш ва антибиотикларнинг таъсирини аниқлаб туриш зарур.

Агар 48-72 соат ичида даволашнинг самараси суст ёки кузатилмаса (тана ҳарорати тушмаса, оғриқлар камаймаса, лаборатор кўрсаткичларда ижобий ўзгаришга бурилиш бўлмаса) олиб борилаётган даволашни қайтадан кўриб чиқиш ва нефролитиазёки или паранефрал абсцессга шубҳа қилиниб, тактикани қайтадан кўриб чиқиш, шу вақтгача уролог кўриги бўлмаса, ҳомиладорни биргаликда унинг тавсиялари билан олиб бориш, зарур ҳолларда урологик клиникага ҳомиладорни ўтказиш керак.

Ўтказилган даволаш муолажаларидан кейин ҳомиладор аёл доимо кузатувда бўлиши ва фитопрепаратлар кабул килиши лозим, агар инфекциянинг белгилари пайдо бўлса, яна шифокорга мурожаат этиб, текширувлар ва даволашларни қайтадан ўтказиш тавсия этилади.

Самарали даволашдан сунг турли муаллифларнинг таъкидлашларича (1, 2, 11) рецидив ҳолатлари 2,7% гача, даволанмаган тақдирда 60% гача ошади.

Агар антибактериал даволашдан 5-7 кун ўтгандан кейин сийдикни бактериологик текшируви ва 3 марта таҳлилда микроорганизмлар ўсмаса, аёл тўлиқ даволанди деб ҳисобланади.

Пиелонефритни профилатикасининг асосий мезонларига: инфекцияни ҳомиладорликнинг эрта даврларида аниқлаш (бунда бирламчи тизими-поликлиникада ҳомиладор аёл Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 137-буйруғига асосан, туғруққача 7 марта шифокорга кўриниши ва ҳар келганда сийдик таҳлили қилиниши шарт);

Агар ББ ёки цистит бўлса, микроорганизмни аниқлаб (бактериалогик текширув), поликлиника ёки шифохонада даволаш;

СЙИ ни олдини олишнинг йўлларидан бири ҳомиладор кунига кўпрок (суткада 2-3 л) суюқлик ичиб, сийдикни ачитадиган компотлар (клюква, брусника, лимон) қабул килиши тавсия этилади.

Юқори хавф омиллари гуруҳига мансуб ҳомиладорлар орасида СЙИ ли аёллар ҳам бор. Булар орасида антибактериал даволашдан кейин фитопрепаратлар билан даволаш ҳам зарур.

Даволашни кейинги боскичида ва СЙИ рецидивини профилактикаси учун биз тадқиқотларимизга фитопрепаратларни ҳам қўшдик. Ҳозирги кунда Республикамизда тиббиёт соҳасида талайгина фитопрепаратлар бор: Уролесан, Канефрон, Реналка, Тутукон ва х.к.

Биз ҳомиладорларга Украинада ишлаб чиқарилган уролесан фитопрепаратини тавсия қилдик. Мазкур препарат Украинада 1976 йилдан бери қўлланиб келинмокда.

Уролесан® - **ўсимликлардан олинган фитопрепарат бўлиб, унинг спиртли, сироп ва капсула шакллари бор.**

100 мл спиртли суюқлигида: эфир мойларидан пихта ёғи (8 г), қалампир дамламасининг эфир мойи (2 г), кастор мойи (11 г), ёввойи сабзи уруғининг спиртли экстракти (23 г), хмель соплодиясининг экстракти (33 г), оддий душицанинг спиртли экстракти (23 г), трилон Б (0,005 г) бор.

Препарат сийдикдаги конкрементларнинг ажралишига ёрдам беради ва унинг таркибидаги ингредиентлар антисептик таъсирга эга бўлиб, диурезни кучайтиради, сийдикнинг pH ни камайтириб, организмдан хлорид ва мочевинани ажралишини кучайтиради.

Уролесанни ишлаб чиқарилишида Ивано-Франковскдаги тиббиёт институтининг (ҳозирги Ивано-Франковск тиббиёт академияси) профессорлари Ф.И.Мамчур ва Е.М.Нейко томонидан ихтиро қилиниб, 1976 йилда муаллифлик гувоҳномалари Давлат қўмитаси томонидан муаллифлик ҳуқуқига эга бўлишган.

Уролесан® буйрак-тош касалликларида, холецистит, сурункали калькулез пиелонефритларда, холециститлар буйрак ва жигар коликаларида қўлланилувчи восита бўлиб ҳисобланади.

Уролесан® қонга тез сўрилиб, жигар, сийдик йўллари ва буйракда тез тўпланиб, жигар ва буйрак санчиқларининг хуружларини даволашда кенг қўлланилиб, бунда препарат буйрак ва жигар аъзоларида гиперемияни (қонга тўйиниш) чақириб, аҳзоларларда қон айланишини яхшилайди ва сийдик ажралишини кўпайтиради.

Уролесаннинг микробга, яллиғланишга карши таъсирлари бор. Е.М.Нейко, И.В.Греськонинг (1997), таъкидлашларича, Уролесан® липидларни жадал қайта оксидланишини камайтириши, организмнинг иммунологик реакциясини орттириб, эндоген интоксикация синдромини камайтиради, шу билан сурункали пиелонефритни ремиссия ҳолатига олиб келиши мумкин (1, 7, 8).

Агар антибиотик кобальт хлоридни уролесан билан бирга даволанса, у ҳолда липидларни жадал қайта оксидланишини тезрок нормага тушиши (бунда антиоксидант ҳимоя тизими зарар кўрмайди), иммуностимуляция ва иммуномодуляция қобилияти янаям ортиб, эндоген интоксикацияни чиқариб ташлаш реакцияси тезлашади ва эритропоэтинстимуляция хоссаси кучаяди ва бу ҳолат кобальтни монотерапия тариқасида қўллашдан ҳам тез ва самарали восита бўлиб ҳисобланади (8, 9, 13).

Бизнинг клиникаларимизда (Тошкент шаҳридаги 2- ва 3-акушерлик комплекслари, Тошкент, Хоразм, Бухоро вилоятларида СЙИ си бўлган 128 нафар ҳомиладорлар (9-38 ҳафталик) ва туққан аёлларнинг (29) даволашда антибактериал ва бошқа даволаш муолажалари қаторида фитопрепарат Уролесанни тавсия этдик.

Уролесанни қўллаш учун қуйидаги кўрсатмалар: гестацион пиелонефрит (48 нафар ҳомиладор), пиелонефритнинг хуружи (12

нафар), цистит (39 нафар) и ББ (29 нафар). Уролесан® ни сувли–спиртли эритмасини 10 томчидан 3 марта кунига ёки капсула шакли эса 1 капсуладан суткада 3 марта 14 кундан - 4 ҳафтагача тавсия этилди.

Туғруқдан кейинги даврдаги туққан аёлларга Уролесанни цистит билан 19 нафар, пиелонефритнинг хуружи билан 10 нафарига 1 капсуладан кунига 3 марта тавсия этилди.

Кузатув гуруҳига 26 нафар ҳомиладор киритилиб, уларга маълум сабабларга кўра Уролесан берилмади ва олинган натижалар асосий гуруҳники билан солиштирилди.

Иккала гуруҳдаги аёлларнинг ёши 19-36 да бўлиб, биринчи марта ҳомиладорлар 69,5% (89), ва иккинчи марта ҳомиладорлар эса - 65,5% (19) ни ташкил килди.

Иккала гуруҳда ҳам акушерлик асоратлари (преэклампсия, кўп сувлик, эрта туғиш хавфи) бўлган аёллар ташкил қилди.

Комплекс даволашга уролесанни қўшиб тавсия этиш усули шуни кўрсатдики, ҳомиладор ва туққан аёлларда инфекция туфайли юзага келган патологик ҳолатлар 2-3 кунга олдинрок ижобий натижалар берди. Булар умумий аҳволини яхшиланиши, қовуқ ва бел соҳасидаги оғриқларнинг, дизурик ҳзгаришлар ва никтуриянинг барҳам топиши бўлиб ҳисобланди.

Асосий гуруҳдаги аёлларда тана ҳарорати 1 кун олдин тушиб, гестацион пиелонефрит булган 1-гуруҳдаги аёллар Уролесан билан даволаниб, сийдик таҳлилидаги ижобий ўзгаришлар 7 сутка ичида 88,9% ни , кузатувдаги аёлларда 56,5% ни ташкил килди ($p<05$).

Касаллик қўзғатувчининг эрадикацияси асосий гуруҳда даволаниш курсидан кейин 76,9% аёлларда ва кузатув гуруҳида эса 64,8% да (29 нафардан 19 сида, $p>0,05$) да кузатилди.

Биринчи гуруҳдаги бирорта аёлда массив бактериурия аниқланмади, 6 нафаридан 3 нафарида 2 ҳафтадан кейинги бактериал экишнинг натижалари тоза (стерил) чикди.

Хулоса шуки, I гуруҳда фитопрепарат билан олиб борилган даволаш натижасида микроорганизмнинг эрадикацияси 88,5%, II гуруҳдаги аёлларнинг 7 нафаридаги сийдиклари массив бактериурия (КОЕ >105/мл), топилди ва қайтадан даволаш курси берилди.

Уролесанни ҳомиладорларга пиелонефритни комплекс даволаш таркибига қўшиб тавсия этилиши СЙИ ни рецидивлар ва қайта хуружини олдини олишда энг самарали восита деб баҳоланди.

I гуруҳда гестацион пиелонефрит рецидиви 1 нафар аёлда (5,5%), сурункали пиелонефритни ҳомиладорлик даврида хуружи 3 нафар (2,3%), кузатув гуруҳида 12 нафар (41,3%, p<0,001) аёлда кузатилди.

Тадқиқотларимиз натижаларига кўра, уролесан самарали уроантисептик деб қабул қилинди ва бактерияларни ҳайдаш хусусияти билан, антибиотикларни қисқа курсда(ўткир пиелоефритдан ташқари) тавсия этиш мумкинлиги билан бизга маъқул келди.

Уролесан билан комплекс даволашдан кейин сийдик ва қоннинг кўрсаткичларининг нормага тез тушиши дизурия, бел ва қовуқ соҳасидаги оғриқлар камайиши бошка тадқиқот натижалари билан бир хил тушди (6, 7, 10). Тадқиқотлар натижалари уролесанни ҳомиладорликнинг исталган учойлигида қўллаш мумкинлигини исбот килди.

ББ, цистит ва пиелоефритда уролесанни мажмуавий даволашга қўшиб даволаш сийдик йўллари инфекциясининг натижасида юзага келиши мумкин бўлган асоратлар перинатал патология ва ўлим ҳолатларини камайтириш борасида самарали профилактик восита бўлиб ҳисобланади.

Микроорганизмни эрадикация қилиш хоссаси инфекция ўчоғини йўқ қилишда катта ёрдам усулидир.

Туғруқдан кейинги даврда ўткир пиелонефритнинг ёки инфекция туфайли юзага келган акушерлик асорати бирорта ҳам кузатилмади ва бу бошқа тадқиқотлар билан ўхшашлиги бордир (1, 2, 11).

Туғруқдан кейинги даврда СЙИ қисқа эпизодлари тез-тез сийиши, ачишиши симптомлари билан учраганда, аёлга уролесанни ўзини тавсия этдик, тадқиқотлар натижасига кўра ва бу билан сийдикнинг лаборатор таҳлилларида патологик ҳолатларбўлмаса, Уролесанни монотерапия ҳолида қўллаш мумкинлигиги таъкидлаб ўтмоқчимиз.

128 нафар аёлдан 59 нафарида гепатобилиар тизимида турли патологик ўзгаришлар аниқланди. Уролесан ўт копи, ўт ажратиш йўллари, жигарни яллиғланиши, ўт қуюқлашида ҳам ишлатилишини ҳисобга олиб, таҳлил қилинди.

Таҳлиллар натижаси шуни кўрсатдики, фитопрепаратнинг ўт копи, ўт йўлларининг шишини қайтариши, ўт таркибини суюқлаштириши ва бактерияларни элиминация қилиш, ўт йўлларининг микрофлорасини нормаллаштириш хоссаси билан бундай патологик ҳолатларда кенг қўлланилиши бизнинг аёлларга ҳам тўғри келди.

Уролесан® сурункали холецистити бор ҳомиладорларда унг қовурға остидаги оғриқларни чап кўкракка иррадиацияси билан, кўнгил айнаши, диспептик бўзилишлари клиникасида ижобий томонга ўзгариши билан бизнинг аёлларга мос келди.

Уролесан® организмнинг ҳимоя кучларини стимуляция қилиш, антиоксидант таъсири билан гипоксия натижасидаги жароҳатланган хужайраларни химоя килади (1, 7, 8). Сурункали холецистити бор аёлларни даволаш кузатувсиз даволанганларга қараганда, клиник симптомларини (диспептик асоратлар) 3-4 кун олдин барҳам топгани ва жигар фаолияти нормаллашгани аниқланди.

Бошқа муаллифларнинг тадқиқотлари билан қизиққанимизда Уролесаннинг бошқа аъзоларга ҳам ижобий таъсири борлиги аниқланди. Препарат ИБС бор беморларда периферик қон айланишиши яхшилашда, чап қоринча систоласининг фазали структурасига ижобий таъсири келтирилган (Дельва Ю.В., Нейко Е.М., Шпак Б.Ю.) (1).

Барча соҳаларда қўлланилган Уролесаннинг айтарли ножўя таъсирлари, аллергик асоратлари келтирилмаган ва бу бошқа тадқиқотчиларнинг натижалари билан мос келади. (2, 12, 14).

Хулоса

СЙИ да кузатиладиган асоратлар ва касалликларни даволаш, профилактикасида Уролесан фитопрепаратларни қўллаш бир қатор адабиётларда ва клиник қўлланмаларда келтирилган (7, 8).

Бу тадқиқотларнинг натижаларига кўра, Уролесан сурункали, гестацион пиелонефрит, цистит ва ББ ни даволашда самарали восита бўлиб ҳисобланади ва шу билан бирга гипертензив, туғруқдан кейинги ва перинатал асоратларнинг профилактикасида ҳам кенг кулланилиши мумкин деб ҳисобланади.

Мазкур фитопрепарат ҳомиладорликнинг қайси даврида, қандай дозаларда ва қандай кўринишда қабул қилинмасин унинг ҳомилага тератоген, яъни туғма нуқсонлар келиб чиқиши таъсири исбот қилинмади.

Тиббиётнинг энг самарали йўналиши бўлиб касалликни олдини олиш, яъни профилактикаси бугунги кунда ҳаммага маълум.

Россиянинг урологлар жамиятининг 7-пленумида Аполихин О.И.нинг таъкидлашича, исботларга асосланган тиббиётнинг кўрсатмаларига асосланиб, касалликнинг бирламчи профилактикасида - уни келтириб чиқарувчи омилларни олдини олишга - 72%, иккиламчи профилактикасида-асосий касалликни

даволашга - 21% ва учламчи профилактикасига - мазкур касалликни асоратларини даволаш - 7% ни ташкил қилишин кайд этиб ўтган.

Юқорида келтирилган далил ва кўрсатмаларга биноан ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврларда сийдик йўлларининг инфекциясини профилактикаси ва комплекс даволашда таркибида Уролесанни қўллаш, касалликни патогенезининг асосий тармокларига таъсир этиб, унинг самараси юқорилиги, қўллашнинг қулайлиги, ножўя таъсирисиз деб ҳисобланди.

Бундан ташқари, Уролесаннинг тератоген, эмбриотоксик таъсири йўқлиги, унинг касалликни узоқ ремиссия даврига тушириши ва рецидив даврни узайтиришида самараси юқорилиги аниқланди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Дудка Г.Ю.Заболевания почек и беременность //Вестник ассоциации акуш. и гин. Украины. -1999.-№2.-С.87-95.

2. Макаренко М. В., Говсеев Д. А., Панайтиди В. Б., Алауи И. Ю. Применение Уролесана у беременных с инфекцией мочевых путей // Репродуктивное здоровье женщины.— 2002.— № 1 (10).— С. 26–28.

3. Макаренко М.В., Говсеев Д.А., Панайтиди В.Б. Применение Уролесана у беременных с инфекцией мочевых путей.// Репродуктивное здоровье женщины.-2002.-№6.-С.8-10.

4. Мамчур Ф.И., Вакалюк П.М., Кекало Л.В. Лечебное воздействие уролесана при остром и хроническом холецистите// Врачебное дело.-1979.-№10.-С.3-5.

5. Медицинская лабораторная диагностика. Программы и алгоритмы. СПб. Медика. 2003. 531 с.

6. Нейко Е. М., Дзюбак С. Т., Мамчур Ф. И. Применение уролесана при хроническом холецистите // Врачебное дело.— 1977.— № 7.— С. 92–94.

7. Нейко Е. М., Дума З. В., Дельва Ю. В., Шпак Б. Ю. и др. Уролесан в лечении больных стенокардией // Врачебное дело.— 1989.— № 11.— С. 57–59.

8. Нейко Е. М., Скробач Н. В. Применение уролесана и феникаберана в комплексном лечении хронических холециститов // Врачебное дело.— 1985.— № 7.— С. 13–16.

9. Нейко Е.М., Шпак Б.Ю, Котурбаш И. Т. Влияние уролесана на некоторые биохимические показатели крови и функцию аппарата внешнего дыхания у больных ишемической болезнью сердца // Гипертоническая болезнь, атеросклероз и коронарная недостаточность.— К., 1987.— С. 25–29.

10. Сарапук О. Р., Дзвонковська В. В., Нейко В.Є. Ефективність «Уролесану» при лікуванні хронічного гастриту із секреторною недостатністю // Бальнеологічний журнал.— 2002.— № 1.— С. 28–31.

11. Тютюнник В.Л. Влияние инфекции на течение беременности, плод и новорожденного/Вестник акуш.-гин.-2001.-31.-С.87-95.

12. OelschlaegerTA, DobrindtU, HackerJ. Virulencefactor-sofuropathogens. Curr. Opin .Urol.

13. Urogenitalinfections./ Internationconsultationonurogenitalinfections./ ad. K. Naber, A.J. Schaeffer, Ch.F. Heyns, T. Matsumoto, D.A. Shoskes, TrulsE. BjerklundSohansen. 2010, European Association of Urology. 1800 p.8. Wullt B, Bergsten G, Fischer H et al. The host response to urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am 2003; 17: 279–301.

14. de Werra I, Jaccard C, Corradin S. Cytokines, nitrite/nitrite, sTNF, and procalcitonin concentratins:comparisons in patients with septic shock, cardiogenic shok, bacterial pneumonia. CritCareMed 1997; 25: 607–3.

ҚАЙДЛАР УЧУН