

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 1 (94)
2019

ЎЗБЕКИСТОН
ВРАЧЛАР
АССОТСИЯСИ
БЮЛЛЕТЕНИ



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.n.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma №0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri,
Parkent ko'chasi, 51-uy.
Tel.; 268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**



(94)

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2019 yil**

UYGA BERISH
MUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

МУНДАРИЖА

МУХАРРИР МИНБАРИ

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Ўзбекистон Республикаси даволаш-профилактика муассасалари раҳбарларига

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Назиров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Музаффаров Ф.У., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Гастропластика билан қизилўнгач экстирпацияси амалиётидан кейин ўлим ҳолатларининг сабабларини таҳлили

Шарипов И.М., Каримов Ш.И., Курбанов Р.Д. Чап бош коронар артерияси шикастланган беморларда миокард реваскуляризация амалиётлари

Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Ирисов Дж.Б. Q – тишли миокард инфаркти ўтказган беморларнинг миокарднинг элек-трик номуқимлиги билан ўзаро алоқадорли асосида юракнинг структур-морфологик ўзига хос хусусиятлари

Шукуров Р.Т., Абдуллаев Т.А., Курбанов Р.Д. Сурункали юрак етишмовчилигида ўзини бошқариш ва ўзига ёрдам бериш усулларига ўқитишнинг касалликни клиник кечишига ва прогнозига таъсири

Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Хомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкциянинг оптимал даво услубини прогнозлашда клиник, лаборатор ва инструментал усуллар натижаларининг аҳамияти

Уринбоева М., Базарова Ф. Хомиладорлик патологияси ҳолатларининг камайиши ва туғруқ асоратларини олдини олиш

Маджидова Е.Н., Усманова Д.Д. 2 тип қандли диабетдаги диабетик энцефалопатияни даволашда диалипон турбо препаратининг клиник- иммунологик аспекти

Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А. Жигар циррози билан беморларда жигар энцефалопатиясининг оғирлик даражасини аниқлаш хусусиятлари

ОГЛАВЛЕНИЕ

6 КОЛОНКА РЕДАКТОРА

7 ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Руководителям лечебно-профилактических учреждений Республики Узбекистан

13 НАУЧНЫЙ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Назиров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Музаффаров Ф.У., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Анализ причин летальности после экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой

18 Шарипов И.М., Каримов Ш.И., Курбанов Р.Д. Операции реваскуляризации миокарда у больных со стволowym поражением левой коронарной артерии

23 Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Ирисов Дж.Б. Структурно-морфологические особенности сердца у больных с q-волновым инфарктом миокарда во взаимосвязи с электрической нестабильностью миокарда

29 Шукуров Р.Т., Абдуллаев Т.А., Курбанов Р.Д. Влияние обучения методам самоконтроля и самопомощи на клиническое течение и прогноз больных при хронической сердечной недостаточности

38 Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Прогноз оптимального метода лечения беременных с осложненной суправезикальной обструкцией исходя из результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований

43 Уринбоева М., Базарова Ф. Снижение частоты патологий беременности и профилактика родовых осложнений

47 Маджидова Е.Н., Усманова Д.Д. Клинико-иммунологическая характеристика терапии диабетической энцефалопатии препаратом диалипон турбо

51 Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А. Особенности оценки степени тяжести печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени

ПРОГНОЗ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ИСХОДА ИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ.

¹Мухтаров Ш.Т., ²Хасанов М.М.

(¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии», ²Ташкентская медицинская академия)

В статье приведены данные настоящего исследования где описаны подходы к интерпретации результатов клинических, инструментальных и лабораторных параметров для прогнозирования оптимального метода лечения беременных женщин с осложнённой суправезикальной обструкцией.

Ключевые слова: суправезикальная обструкция, беременные, инфекция мочевого тракта, диагностика и лечение.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА АСОРАТЛАНГАН СУПРАВЕЗИКАЛ ОБСТРУКЦИЯНИНГ ОПТИМАЛ ДАВО УСЛУБИНИ ПРОГНОЗЛАШДА КЛИНИК, ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ УСУЛЛАР НАТИЖАЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Ушбу мақолада асоратланган суправезикал обструкция билан хасталанган хомилдор аёлларда оптимал даво услубини прогнозлашда клиник, лаборатор ва асбоб-ускуналар натижаларини интерпретациясининг аҳамияти ёритилган.

Калит сўзлар: суправезикал обструкция, хомилдораёллар, сийдик йўллари инфекцияси, таъхислаш ва даволаш.

THE PROGNOSIS OF OPTIMAL METHOD TREATMENT ACCORDING CLINICAL, INSTRUMENTAL AND LABORATORY PARAMETERS IN PREGNANT WOMEN WITH COMPLICATED SUPRAVESICAL OBSTRUCTION

In this article methods of interpretation results of clinical, laboratory and instrumental parameters due to prognosis of optimal method treatment patients with complicated supravvesical obstruction are described.

Key words: supravvesical obstruction, pregnancy, urinary tract infection, diagnosis and treatment.

Введение. Беременность нередко сопровождается физиологическими функциональными изменениями верхних мочевых путей, что может сопровождаться рядом симптомов в некоторых случаях патологическими состояниями. Наиболее часто встречающееся из них – гидронефроз. Гидронефроз во время беременности может протекать бессимптомно более чем у 90% беременных женщин [4, 11, 26], из-за сдавления мочеточника увеличивающейся маткой и усиливающегося эффекта прогестерона на гладкие мышцы мочеточников, что приводит к дилатации лоханки и мочеточников [18, 19]. Расширение полостей почек чаще встречается на правой стороне, и визуализируется при УЗС уже с начала второго триместра [7]. После родов расширение полостей заметно уменьшается или исчезает [4, 20]. Хотя в большинстве случаев суправезикальная обструкция протекает бессимптомно, частота проявлений клинических симптомов расширения полостей почек у беременных женщин варьирует от 0,2 до 3% [9, 12, 27]. При наличии болей в спине во время беременности следует также учитывать возможность наличия инфекции в мочевых путях, сопровождающей нарушения уродинамики из-за сдавления мочеточника [10]. Осложненная суправезикальная обструкция может привести к преждевременным родам или смерти матери / плода в случаях неправильного подхода к лечению [3]. Варианты тактики лечения осложненной суправезикальной обструкции у беременных женщин предполагают консервативное и/или хирургическое лечение. Консервативные методы включают тщательный мониторинг, позиционную терапию и назначение спазмолитиков, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и антибиотиков. Хирургические вмешательства определяются исходя из установленного диагноза и могут включать установку JJ-стента, перкутанную нефростомию. Открытые хирургические вмешательства обычно рассматриваются, когда клиника заболевания прогрессирует и осложняется, изменяется характер болей в связи с увеличением степени уретерогидронефроза, наступлением гнойно-септических осложнений виде уросепсиса [21, 24]. Таким образом вопрос подхода к лечению беременных с осложненной суправезикальной обструкцией остается дискуссионным и актуальным.

Целью настоящего исследования рассмотреть подходы к интерпретации результатов клинических, инструментальных и лабораторных параметров для прогнозирования оптимального метода лечения беременных женщин с осложнённой суправезикальной обструкцией.

Материалы и методы. Материалы и методы исследования: Ретроспективное исследование проведено на базе ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии». Участвовало 306 пациенток в возрасте от 16 до 42 лет ($23,9 \pm 0,12$), обратившихся в клинику в период с января по декабрь 2016 года.

Критерии включения:

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

Критерии исключения:

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

Согласно критериям включения и исключения, в данном исследовании изучены материалы историй болезни 259 беременных женщин.

Определялись демографические данные: возраст, срок гестации, данные лабораторных исследований: общего анализа мочи и крови, бак. посева мочи, уровень мочевины и креатинина в крови, количество лейкоцитов в моче и в крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) [28]. Кроме этого, изучалась степень гидронефроза, которая оценивалась по данным УЗС: определяли максимальный передний - задний диаметр почечной лоханки (MADP). Для определения тяжести болей до и после лечения использовалась визуальная аналоговая шкала (VAS) (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; 0 и 10 баллов – отсутствие боли и ее максимальная степень боли соответственно).

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

- Амбулаторные (n=204), лечебная тактика которых включала:
 - Терапию с антибактериальными препаратами (n=42)
 - Терапия без антибактериальных препаратов (n=162)
- Стационарные (n=55), которым проведена:
 - Консервативная (n=32)
 - Хирургическое (n=23) лечение.

В группе амбулаторных больных антибиотикотерапия проводилась у пациенток с наличием инфекции мочевыводящих путей (ИМВП), выбор антибиотика осуществляется согласно принятых стандартов диагностики и лечения урологических заболеваний, эффективность лечения оценивали через 48-72 часов. После получения данных бак. посева мочи и антибиотикограммы, эмпирическое лечение при необходимости корректировалась. Для второй группы амбулаторных больных, рекомендовалась поведенческая терапия и/или фитопрепараты.

Пациенткам, которые были госпитализированы, изначально, назначали внутривенные инфузии, НПВС, позиционную терапию эмпирически выбранный антибиотик. При необходимости, после получения данных бак посева мочи, антибиотик корректировался. В случаях неэффективности выбранной консервативной терапии и отсутствия положительных изменений показателей, таких как лихорадка, высокий уровень лейкоцитоза, повышение СОЭ и лейкоцитарного индекса, больным проводилось хирургическое лечение (проведение тонкоигольной аспирационной биопсии паренхимы почки с введением антибиотика в паранефрий, установка JJ мочеточникового стента или нефростомы, вплоть до нефрэктомии)

Статистический анализ

Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v 21. Численные переменные были выражены как среднее и стандартная отклонение ($Mean \pm m$), а количественные переменные - как частота и процент. Для оценки соответствия нормальному распределению данных использовался тест Шапиро-Вилька. Непрерывные переменные анализировали с использованием независимых тестов t или теста Wilcoxon. Для определения значения отсечки для групп лечения использовался анализ ROC curve. Сравнительные различия были статистически значимыми, при значении $p < 0,05$.

Результаты. Во всех группах сравнения по показателям возраста пациенток и срока гестации статистически различий не выявлено.

В группе беременных амбулаторного лечения не получавших АБ показатель VAS составил $4,4 \pm 0,17$, по данным анализов мочи уровень pH составил $6,2 \pm 0,05$, уровень лейкоцитов $92538,6 \pm 19810,0$, кол-во белка в моче $0,1 \pm 0,02$ г/л; в крови уровень лейкоцитоза составил $11,3 \pm 0,83 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - $32,3 \pm 3,72$ мм/час, ЛИИ - $4,7 \pm 1,03$. Средний MADP был равен $29,7 \pm 1,11$ мм.

В группе беременных амбулаторного лечения получавших АБ показатель VAS составил $4,2 \pm 0,33$, по данным анализов мочи уровень pH составил $6,2 \pm 0,08$, уровень лейкоцитов $103250,0 \pm 36046,2$, кол-во белка в моче $0,09 \pm 0,02$ г/л, в осадке мочи выявлены бактерии, данные бак. посева мочи показали что во всех случаях была высеяна *E. Coli* (10^4 КОЕ/мл), в крови, уровень лейкоцитоза был равен $12,4 \pm 1,16 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - $33,5 \pm 5,95$ мм/час, ЛИИ - $6,8 \pm 1,25$. Средний MADP был равен $30,5 \pm 1,60$ мм.

В группе беременных находившихся в стационаре и получавших консервативное лечение показатель VAS был выше чем в указанных выше группах и составил $6,3 \pm 0,3$, по данным анализов мочи выявили высокие цифры уровня лейкоцитов $244898,1 \pm 57792,2$, количество белка в моче - $0,2 \pm 0,08$ г/л, по данным бак. посева мочи в 88,2% случаев обнаружена *E. Coli* (10^5 КОЕ/мл), в крови количество лейкоцитов - $12,7 \pm 0,71 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - $37,5 \pm 2,8$ мм/час, ЛИИ - $5,8 \pm 0,66$. Показатель MADP составил $26,6 \pm 2,1$ мм, средний кой-

ко-день - $3,3 \pm 0,3$ дня.

В группе больных стационарного лечения которым требовалась хирургическое лечение показатель VAS был выше и составил $7,0 \pm 0,47$, результаты анализов мочи также выявили высокие цифры: число лейкоцитов $289192,3 \pm 97381,4$, кол-во белка в моче $0,2 \pm 0,07$ г/л, по данным бак. посева мочи 100% случаев это E.Coli (10^5 КОЕ/мл), в крови уровень лейкоцитов был выше и составил $13,2 \pm 1,1 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - $35,5 \pm 4,2$ мм/час, ЛИИ - $5,6 \pm 0,8$. Показатель MADP составил $26,9 \pm 0,3$ мм, средний кой-ко день - $3,7 \pm 0,5$ дня.

ROCcurve анализ показал что значения отсечки MADP для пациенток лечившихся амбулаторно без и с АБ составляли 18 и 21 мм соответственно, а в группах с госпитализацией и оперативным лечением уровни отсечки соответственно 22 и 25 мм.

Обсуждение. Боль в пояснице у беременных является одной из наиболее распространенных жалоб, с которыми сталкивается врач [14]. В дополнение к урологическим необходимы также гинекологические исследования, позволяющие исключить гинекологическую патологию. У беременных пациенток, страдающих от боли и УГН, при выборе тактики лечения, очень важно различать физиологическое расширение и патологический УГН. Расширение полостей почек считается патологическим, если оно сопровождается острой болью, уросепсисом и/или почечной недостаточностью [5, 25]. Методы лечения суправезикальной обструкции (СВО) во время беременности все еще неясны [15, 17]. Согласно литературным данным, приблизительно 70-80% беременных женщин с СВО можно лечить консервативно. Для остальных 20-30%, требуется дополнительное лечение [3]. По данным Song et al. [22] установка мочеточникового JJ-стента потребовалась 72% пациенткам, кроме того, 4% была выполнена ПК нефростомия. В нашем исследовании консервативная терапия не была эффективной у 23 (41,8%) из 55 госпитализированных пациенток (41,8%), произведено 28 вмешательств, 4 была выполнена ТИАБ почки (14,3%), 2 установлен мочеточниковый стент (7,1%), 15 - ПК нефростомия (53,6%), замена нефростом потребовалась 5 беременным (17,9%), нефрэктомия - 2 (7,1%).

Мы обнаружили, что в других исследованиях, где был проведен анализ СВО у беременных, количество пациентов было не столь велико и авторы не детализировали лабораторные и клинические данные [9, 17, 24]. Не было существенной статистической разницы между хирургическими и консервативными группами терапии, не указаны сроки до и после лечения, соответствие VAS шкале [2]. Хотя, в нашем исследовании имеется значимая статистическая разница между группами амбулаторного и стационарного лечения, средний балл VAS был выше в группе пациенток с стационарного лечения которым требовалась хирургическое вмешательство ($4,4 \pm 0,17$ vs $7,0 \pm 0,47$; $p < 0,05$).

Белки, синтезированные печенью, в острой фазе готовят организм к неблагоприятному исходу, который может возникнуть вследствие персистенции инфекции (т.е., лихорадка и лейкоцитоз). ЛИИ и СОЭ представляют собой реагенты острой фазы и, как сообщается, обладают большей чувствительностью [13, 23]. Как правило, используются уровни ЛИИ и СОЭ для оценки эффективности лечения, а не для прогнозирования лечения пациенток с СВО [17, 24]. N'Gamba et al. [16] обнаружили, что у 31,7% из 82 беременных женщин с СВО имело место повышение СОЭ, которое было сообщено как непрогностический фактор для уролитиаза. В исследовании, проведенном Angulo et al. [1], сообщалось что высокий уровень СОЭ у пациентов с мочекаменной болезнью и почечными коликами был значимым параметром для введения мочеточникового стента. В нашем исследовании уровни ЛИИ были признаны статистически значимыми в группах стационарного лечения, в частности хирургического и консервативного ведения. В проспективном рандомизированном исследовании Tsai et al. [24] не обнаружили существенной разницы в уровне лейкоцитов, мочевины и креатинина крови в группах консервативного и хирургического лечения. В нашем исследовании это также нашло свое подтверждение. Основными причинами этого различия может быть количество пациентов или тот факт, что наша исследовательская группа представлена более сложными пациентками. Хотя высокие уровни ЛИИ и лейкоцитов, похоже, могут быть предикторами для начала хирургического лечения, это требует дальнейшего проспективно-

гоисследования.

Чувствительность и специфичность ROC-curve составила 83 и 91%, соответственно [6]. В литературе указано, что верхний предел MADP во втором и третьем триместре беременности составляет 27 и 18 мм соответственно, а значения более 20 мм определяются как прогрессирующий гидронефроз [6, 8]. В недавних исследованиях, используется измерение степени расширения полостей почек, либо-MADP, или система оценки, которую обозначил Zwergel et al. [6, 27]. В нашем исследовании мы предпочли использовать MADP, показатели которого было значительно выше в группах хирургического лечения по сравнению с консервативной, а также потому что его можно легко измерить как радиологом, так и урологом.

Выводы. Диагноз осложненной СВО чаще всего основан на клинических симптомах. Клинические признаки, такие как оценка MADP и VAS, могут помочь клиницисту выбрать подходящий метод лечения в каждом конкретном случае. Необходимость хирургического вмешательства при осложненной СВО более вероятна при высоких значениях ЛИИ и лейкоцитоза крови. Ретроспективный и нерандомизированный дизайн данного исследования ограничил его рамки, что будет учтено в последующих сообщениях.

Литература

1. Angulo, J.C., M.J. Gaspar, N. Rodriguez, A. Garcia-Tello, G. Torres, и C. Nunez. The value of C-reactive protein determination in patients with renal colic to decide urgent urinary diversion. // *Urology*. - 2010. 76(2): С. 301-6.
2. Cecen, K. и K. Ulker. The comparison of double J stent insertion and conservative treatment alone in severe pure gestational hydronephrosis: a case controlled clinical study. // *ScientificWorldJournal*. - 2014. 2014: С. 989173.
3. Choi, C.I., Y.D. Yu, и D.S. Park. Ureteral Stent Insertion in the Management of Renal Colic during Pregnancy. // *Chonnam Med J*. - 2016. 52(2): С. 123-7.
4. Clayton, J.D. и J.A. Roberts. The effect of progesterone on ureteral physiology in a primate model. // *J Urol*. - 1972. 107(6): С. 945-8.
5. D'Elia, F.L., R.E. Brennan, и P.K. Brownstein. Acute renal failure secondary to ureteral obstruction by a gravid uterus. // *J Urol*. - 1982. 128(4): С. 803-4.
6. Dell'Atti, L. Our ultrasonographic experience in the management of symptomatic hydronephrosis during pregnancy. // *J Ultrasound*. - 2016. 19(1): С. 1-5.
7. Di Salvo, D.N. Sonographic imaging of maternal complications of pregnancy. // *J Ultrasound Med*. - 2003. 22(1): С. 69-89.
8. Erickson, L.M., S.F. Nicholson, D.B. Lewall, и L. Frischke. Ultrasound evaluation of hydronephrosis of pregnancy. // *J Clin Ultrasound*. - 1979. 7(2): С. 128-32.
9. Fainaru, O., B. Almog, R. Gamzu, J.B. Lessing, и M. Kupferminc. The management of symptomatic hydronephrosis in pregnancy. // *BJOG*. - 2002. 109(12): С. 1385-7.
10. Farr, A., J. Ott, V. Kueronya, M. Margreiter, E. Javadli, S. Einig, P.W. Husslein, и D. Bancher-Todesca. The association between maternal hydronephrosis and acute flank pain during pregnancy: a prospective pilot-study. // *J Matern Fetal Neonatal Med*. - 2017. 30(20): С. 2417-2421.
11. Goldfarb, R.A., G.J. Neerhut, и E. Lederer. Management of acute hydronephrosis of pregnancy by ureteral stenting: risk of stone formation. // *J Urol*. - 1989. 141(4): С. 921-2.
12. Jarrard, D.J., G.S. Gerber, и E.S. Lyon. Management of acute ureteral obstruction in pregnancy utilizing ultrasound-guided placement of ureteral stents. // *Urology*. - 1993. 42(3): С. 263-7; discussion 267-8.
13. Jaye, D.L. и K.B. Waites. Clinical applications of C-reactive protein in pediatrics. // *Pediatr Infect Dis J*. - 1997. 16(8): С. 735-46; quiz 746-7.
14. Kavoussi, L.R., D.M. Albala, J.W. Basler, S. Apte, и R.V. Clayman. Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. // *J Urol*. - 1992. 148(3 Pt 2): С. 1069-71.
15. Mandal, A.K., S.K. Sharma, A.K. Goswami, A.K. Hemal, и R. Indudhara. The use of percutaneous diversion during pregnancy. // *International Journal of Gynecology & Obstet-*

- rics. - 1990. 32(1): С. 67-70.
16. N'Gamba, M., S. Lebdaï, C. Hasting, P. Panayotopoulos, M. Ammi, L. Sentilhes, P. Descamps, A.R. Azzouzi, и P. Bigot. Acute renal colic during pregnancy: management and predictive factors. // *Can J Urol.* - 2015. 22(2): С. 7732-8.
17. Puskar, D., I. Balagovic, A. Filipovic, N. Knezovic, M. Kopjar, M. Huis, и I. Gilja. Symptomatic physiologic hydronephrosis in pregnancy: incidence, complications and treatment. // *Eur Urol.* - 2001. 39(3): С. 260-3.
18. Rasmussen, P.E. и F.R. Nielsen. Hydronephrosis during pregnancy: a literature survey. // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* - 1988. 27(3): С. 249-59.
19. Roy, C., C. Saussine, Y. LeBras, B. Delepaul, C. Jahn, G. Steichen, D. Jacqmin, и J. Chambron. Assessment of painful ureterohydronephrosis during pregnancy by MR urography. // *Eur Radiol.* - 1996. 6(3): С. 334-8.
20. Sadan, O., M. Berar, R. Sagiv, D. Dreval, G. Gewurtz, D. Korczak, H. Zakut, и D. Bernstein. Ureteric stent in severe hydronephrosis of pregnancy. // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* - 1994. 56(2): С. 79-81.
21. Sharma, A.K., F.J. Mis, T.D. Vo, и V.G. Aarne Grossman. Percutaneous Nephrostomy tube placement in Pregnancy: Care of the Mother and unborn Child. // *Journal of Radiology Nursing.* - 2016. 35(2): С. 85-96.
22. Song, G., H. Hao, X. Wu, X. Li, Y.X. Xiao, G. Wang, X.C. Zhang, J. Jin, и Y.L. Guo. [Treatment of renal colic with double-J stent during pregnancy: a report of 25 cases]. // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* - 2011. 91(8): С. 538-40.
23. Steel, D.M. и A.S. Whitehead. The major acute phase reactants: C-reactive protein, serum amyloid P component and serum amyloid A protein. // *Immunol Today.* - 1994. 15(2): С. 81-8.
24. Tsai, Y.L., K.M. Seow, C.H. Yieh, K.M. Chong, J.L. Hwang, Y.H. Lin, и L.W. Huang. Comparative study of conservative and surgical management for symptomatic moderate and severe hydronephrosis in pregnancy: a prospective randomized study. // *Acta Obstet Gynecol Scand.* - 2007. 86(9): С. 1047-50.
25. vanSonnenberg, E., G. Casola, L.B. Talner, G.R. Wittich, R.R. Varney, и H.B. D'Agostino. Symptomatic renal obstruction or urosepsis during pregnancy: treatment by sonographically guided percutaneous nephrostomy. // *AJR Am J Roentgenol.* - 1992. 158(1): С. 91-4.
26. Waltzer, W.C. The urinary tract in pregnancy. // *J Urol.* - 1981. 125(3): С. 271-6.
27. Zwergel, T., T. Lindenmeir, и B. Wullich. Management of acute hydronephrosis in pregnancy by ureteral stenting. // *Eur Urol.* - 1996. 29(3): С. 292-7.
28. Отровский, В., Ю. Свитич, и В. Вебер. Лейкоцитарный индекс интоксикации при острых гнойных и воспалительных заболеваний легких. // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* - 1983. 131(11): С. 21-24.

УДК:615.45-616-40.6-58

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПАТОЛОГИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА РОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Уринбоева М., Базарова Ф.
(АндГМИ)

Послеродовые осложнения наблюдаются у 40-50% женщин, а патология беременности - у 50-65%. Мы на практике пытались предотвратить некоторые патологические состояния беременности и осложнения, используя ладан и перечную мяту. Мы дали беременным женщинам рекомендации по применению полезных и безвредных растений. В результате мы отметили эффективные результаты.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, гипоксия, тромбофлебит.

ХОМИЛАДОРЛИК ПАТОЛОГИЯСИ ХОЛАТЛАРИНИНГ КАМАЙИШИ ВА ТУҒРУҚ АСО-
РАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Ҳозирги кунда туғруқдан кейинги асоратлар 40-50% аёлларда, ҳомиладорлик дав-