

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 4)

2023

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев, д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахорова (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Атаева Ф.Н., Туразода М. У. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....	5
2. Garifulina L.M.,Kholmuradova Z. E. ,Kudratova G. N. FEATURES OF IMPLEMENTATION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN WITH OBESITY, IMPROVEMENT OF PREVENTION AND TREATMENT.....	8
3. Гарифулина Л.М.,Тураева Д.Х.,Аслидинов Ш. Б. СЕМИЗЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕПАТОБИЛИАР ПАТОЛОГИЯ.....	11
4. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH A PREDISPOSITION TO ALLERGIC DISEASES...	15
5. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. INDICATORS OF CIRCUITAL HEART RHYTHM IN SCHOOLCHILDREN WITH NEUROCULATORY CARDIAC DYSTONIA.....	19
6. Isanova Sh.T., Niyozov Sh. T., Mukhtarova M. A., Shukurov Xodixon Baxtiyor o`g`li. PATHOGENETIC MECHANISM OF PAIN SYNDROME IN NEWBORNS.....	23
7. Ishkabalova G.Dj.,Raxmonkulov Sh.I. SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	26
8. Каримжанов И.А., Мадаминова М.Ш., Умаров Д.А. РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА ИЛ-17А ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....	30
9. Ниязов Ш.Т., Эргашев С. С., Исанова Ш.Т., Мухтарова А. А. ОПТИКО-КОГЕРЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ.....	34
10. Rasulov A. S. BIOKIMYOVIY KORSATKICHLARNI O'RGANISH BOLALARDA RAXITNI DAVOLASHDA MUVAFFAQIYATGA ERISHISH YO'LIDIR.....	38
11. Sirojiddinova H. N., Usmonova M. F. YOSH BOLALARDA MEKONIAL ASPIRASYON SINDROMINING KLINIK XARAKTERISTIKASI.....	42
12. Умаркулов З. З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А.У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	46
13. Умаркулов З.З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А. У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАЗИТАРНЫМИ И НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ.....	51
14. Usmanova M.F., Sirojiddinova X. N. YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA MOSLASHUV JARAYONINING ANAMIYATI.....	56
15. Xusainova Sh.K., Zakirova B.I., Makhmujanova S. R. THE PREVALENCE OF RECURRENCE OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN.....	59
16. Шавази Н.М., Ибрагимова М. Ф., Шавкатова З. Ш. СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ.....	63
17. Шеркулов К.У., Ахророва Л.Б., Усмонова Н. У. СОЧЕТАННАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	67
18. Lim M.V., Irshodzoda A. D., Xatamova K. V. THE ROLE OF MICROCLIMATE IN CHILDREN WITH RECURRENT OBSTRUCTIVE BRONCHITIS.....	73
19. Лим М. В., Джураева М.С., Абдурахимова А.Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	77

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH


ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 14.00.09.

Ishkabulova Gulchexra DjankurazovnaDavolash fakulteti pediatriya kafedrası, tibbiyot fanlar nomzodi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston**Raxmonkulov Shaxzod Islomjon o'g'li**Pediatrya fakulteti talabasi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI

For citation: Ishkabulova G.Dj., Raxmonkulov Sh.I. / On therapeutic tactics for chronic secondary pyelonephritis. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 3. pp.26-29

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10511097>

ANNOTASIYA

Butun dunyoda so'nggi yillarda kattalar (12,2) va bolalar (6,10) populyatsiyalarida buyrak kasalliklari sonining aniq o'sishi kuzatilmoqda. Siydik chiqarish tizimi infeksiyalari (UTT) chastotasi va ularning buyrak kasalliklarining nozologik tuzilishidagi ulushi ham 75,6% gacha oshdi (9). Bolalardagi nefropatiyalarning nozologik tuzilishida, siydik chiqarish tizimining barcha kasalliklariga qaraganda, ustunlik qiladi va 47% (34,7: 1000) ni tashkil qiladi. Nefrologik bemorlar umumiy sonining 43,4% ni tashkil qiladi, shulardan piyelonefritning (PN) tarqalishining o'zi 32,1: 1000 ni tashkil qiladi. Faol tekshiruv vaqtida aniqlangan PN pielonefritning yashirin shakllari, manifest shakllarga qaraganda 3 barobar ko'p uchraydi. V.I.Naumova (1991) ma'lumotlariga ko'ra, bolalik davrida shakllangan surunkali buyrak etishmovchiligining (SBE) 15,3% ikkilamchi surunkali pielonefritning natijasidir.

Kalit so'zlar: surunkali buyrak etishmovchiligi, pielonefrit, bolalar.

Ишкабулова Гулчехра ДжанкуразовнаКафедра педиатрии лечебного факультета, кандидат медицинских наук
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан**Рахмонкулов Шахзод Исламжон угли**Студент педиатрического факультета
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВТОРИЧНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

АННОТАЦИЯ

Во всем мире в последние годы отмечается отчетливое увеличение числа почечных заболеваний как у взрослой (12,2), так и в детской популяции (6,10). Увеличивается также и частота инфекций мочевой системы (ИМС) и удельный вес их в нозологической структуре заболеваний почек до 75,6% (9). Распространенность собственно пиелонефрита (ПН) составила 32,1:1000, т.е. 43,4% из общего числа нефрологических больных. Латентные формы пиелонефрита ПН, выявляемые при активном обследовании встречаются в 3 раза больше, чем манифестные формы, установленные по обращаемости. По данным В.И.Наумовой (1991) 15,3% хронической почечной недостаточности (ХПН) развившейся в детском возрасте является исходом вторичного хронического пиелонефрита.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, пиелонефрит, дети

Ishkabulova Gulchexra DjankurazovnaDepartment of Pediatrics, Faculty of Medicine, Candidate of Medical Sciences
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan**Raxmonkulov Shaxzod Islomjon o'g'li**Pediatrics student
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

ON THERAPEUTIC TACTICS FOR CHRONIC SECONDARY PYELONEPHRITIS

ANNOTATION

Throughout the world, in recent years there has been a clear increase in the number of kidney diseases in both the adult (12.2) and pediatric populations (6.10). The frequency of urinary system infections (UTI) and their share in the nosological structure of kidney diseases is also increasing

to 75.6% (9). The prevalence of pyelonephritis (PN) itself was 32.1:1000, i.e. 43.4% of the total number of nephrology patients. Latent forms of PN pyelonephritis, detected during active examination, are 3 times more common than manifest forms identified by referral. According to V.I. Naumova (1991), 15.3% of chronic renal failure (CRF) developed in childhood is the outcome of secondary chronic pyelonephritis.

Key words: chronic renal failure, pyelonephritis, children

Aniqlanishicha, 50-65% bolalarda yallig'lanish buyrak parenximasida tuzatib bo'lmaydigan shikastlanishga olib kelmoqda, bu esa shikastlangan joylarni biriktiruvchi to'qima bilan almashtirish bilan birga surunkali buyrak etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Bundan tashqari, bolalarning 41 % urodinamik buzilishlar bo'lmagan holatda, skleroz rivojlanadi. Buyrak shikastlanishining bevosita sababi bakterial infeksiyadir (2.6.2). Pielonefritning asosi, shubhasiz, o'tkir yoki surunkali mikrobl yallig'lanish jarayoni bo'lganligi sababli, pielonefritni etiotropik davolash antibakterial terapiya, jumladan antibiotiklar, antibakterial kimyoterapiya preparatlari va antiseptiklarni qo'llash hisoblanadi (4,9,11).

So'nggi 3-4 o'n yillikda amalga oshirilgan uzoq muddatli (oylar va yillar) antibakterial terapiya zararsiz hisoblanmaydi, va bu tananing umumiy qarshiligini pasayishiga olib keladi, allergiya keltirib chiqaradi va parenximal organlarga toksik ta'sir ko'rsatadi, shu jumladan buyraklarga ham toksik ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, disbakterioz va bakteriyalarning chidamli shakllarini rivojlanish xavfi mavjud. PN uchun zamonaviy antibakterial terapiya faqat bemorlarning 50-70 foizida muvaffaqiyatli bo'ladi, bemorlarning 30-50% da bu qo'zg'atuvchuni to'liq yo'q qilishga olib kelmaydi va shu bilan nefroskleroz va surunkali buyrak etishmovchiligining subklinik rivojlanish xavfiga olib keladi. Bundan tashqari, ma'lum kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, 6 oylik intervalgacha antibiotik terapiyasining uzoq kurslari va 4-6 haftalik uzluksiz antibakterial terapiya kursi tugaganidan keyin 2 oy davom etishi PN ning surunkali rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi, remissiya davomiyligini oshirmaydi va PN ning takrorlanish chastotasini kamaytirmaydi (13, 2, 4).

PNni davolashning muvaffaqiyatsizligining asosiy sababi PN rivojlanishiga yordam beradigan va uning qaytalanishini qo'zg'atadigan sabablarning etarli darajada aniqlanmaganligi: displaziya, metabolik, immunologik, endokrin disfunktsiyalar (3,5,23). Bundan tashqari, viruslar, sitomegaliya va xlamidiya PN etiologiyasida muhim ulushga ega bo'lib, ular amalda unchalik e'tiborga olinmaydi va shu sababli, aholi salomatligiga jiddiy xavf tug'diradi (8). Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, hozirgi vaqtda antibakterial terapiya qilishdan oldin, 2-3 hafta davomida siydikni sanastiya qilish maqsadida, organizmning fon sharoitlarini korrektsiya qilish optimal hisoblanadi (11,9). O'rganilgan nefropatiyalar orasida bolalarda juda keng tarqalgan patologiya sifatida pielonefritga katta e'tibor qaratildi, bu muammoni sof nefrologik muammodan umumiy pediatriya muammosiga aylantiradi, chunki deyarli har bir pediater pielonefritni tashxislash va davolash bilan shug'ullanishi kerak (9).

Shunga qaramay, pielonefrit sindromi bo'lgan bolalar ko'pincha turli mutaxassisliklar shifokorlari tomonidan uzoq vaqt davomida muvaffaqiyatsiz davolanadi. Bu kasallikni faqat ixtisoslashgan bo'limda aniq tashxislash mumkinligi bilan izohlanadi, bu erda shifokorlar urologik tekshiruvning barcha asosiy usullaridan foydalanadilar va bemorning metabolik va immunologik holatini baholaydilar. Pielonefritni o'rganishning bir asrdan ko'proq tarixiga qaramay, ushbu kasallikning mohiyati bo'yicha hali ham yagona nuqta nazar mavjud emas va bugungi kungacha ixtisoslashtirilgan adabiyotlarda savol ko'pincha ko'tariladi: bunday mustaqil kasallik haqiqatan ham mavjudmi yoki bu kasallik afsonami? (23, 19,3). Bugungi kunda pielonefrit diagnostikasi faqat klinik ma'lumotlarga va umumiy siydik testiga (hatto bakteriyologik ma'lumotlarni o'z ichiga olgan holda) asoslanadi, lekin keng qamrovli bo'lishi va genealogik tahlil, akusherlik tarixi, rentgen urologik tekshiruvi, metabolik va immunologik holatni baholashni o'z ichiga olishi kerak.

Shunday qilib, siydik yo'llari infeksiyasi muammosining dolzarbligi pasaymaydi, kasallikning mohiyati, lezyonning qavatlar sonini aniqlash va boshqalar haqida munozaralar davom etmoqda. (2). Siydik chiqarish tizimining surunkali yallig'lanishli mezonlarining jiddiy prognozini hali ham tashxisning yangi samarali usullarini izlashni va terapiyani optimallashtirishni talab qiladi.

Tadqiqotning maqsadi bolalarda ikkilamchi surunkali pielonefritning paydo bo'lishi va kechishida metabolik kasalliklarning ahamiyatini baholash va ularni davolashni optimallashtirishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqolada 1 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan ikkilamchi surunkali pielonefrit tashxisi qo'yilgan 163 nafar bola o'rganilgan. Ularning 35 nafari (21,4 %) 3 yoshgacha, 59 nafari (36,2 %) 4-7 yoshli, 69 nafari (42,3%) 8-14 yoshli bolalardir. 68 nafar o'g'il (71,6%), 95 nafar qizlarni (58,4%) tashkil qiladi. 163 bemorning 70 tasida (49%) 2-5 yil oldin pielonefrit tashxisi qo'yilgan va asosan antibakterial davo faqat vaqtinchalik ta'sir ko'rsatgan, keyin esa takroriy relapslar kuzatilgan. Ulardan buyrak etishmovchiligining dastlabki bosqichi (4,9%), 8 tasida poliuriya, gipostenuriya va giperazotemiyaga moyillik bor edi. Ikkinchisi, shubhasiz, hissa qo'shadigan va qo'zg'atuvchi fon sharoitlarini etarli darajada hisobga olmaslik bilan bog'liq.

Bemorlarning umumiy sonidan 90 nafar bola rentgen tekshiruvdan o'tkazildi, ulardan 32 nafarida buyrak rivojlanishining turli anomaliyalari va vezikoureteral refluyuks (35,5%) tashxisi qo'yilgan. Shunga ko'ra, ikkilamchi obstruktiv pielonefrit tashxisi qo'yildi. Shu jumladan 24 nafar bola, shu bilan birga, giperoksaluriya, uraturiya va ularning kombinatsiyasi aniqlandi, ya'ni. 755 ta holatda ikkilamchi surunkali obstruktiv pielonefrit obstruktiv-dismetabolik xususiyatga ega edi. Ikkilamchi surunkali pielonefritning eng tez-tez aniqlangan dismetabolik varianti SIPN (80,4%) hisoblanadi.

Ro'yxatda keltirilgan guruhlarini aniqlash uchun tadqiqotlar quyidagi tartibda o'tkazildi: bemorlarning metabolik holati ko'p bosqichli dastur bo'yicha o'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar natijalari asosida baholandi, bunda buyrak va buyraklar spektrini hisobga olgan holda genealogik tahlil qilindi: nasliylik, klinik skrining va miqdoriy biokimyoviy tadqiqotlarda ekstrarenal patologiyalar kiradi. Metabolizmning buzilishining asosiy biokimyoviy belgilari sifatida oksalatlarning kunlik chiqarilishi, urikosuriya va urikemiya hisoblanadi. Giperoksaluriya kuniga 0,5 mg / kg dan ortiq darajada ajralishi hisoblanadi. Giperurikemiya qon zarbodida siydik kislotasi miqdori 5 mg% yoki 0,3 mmol/l dan ortiq bo'lsa, uraturiya kuniga 1 mg/ml dan ortiq siydik bilan ajralganga aytiladi. Siydikdagi oksalatlarni miqdoriy aniqlash N.V.Dmitrieva (1966) bo'yicha amalga oshirildi. Siydik kislotasi Myuller-Seifert usuli bilan, urat tuzlarini Gopkins usuli bilan aniqlandi (11).

Glomerulyar filtratsiyani baholash uchun endogen kreatininning klirensi Van Slyke formulasi yordamida hisoblab chiqilgan va kattalar odamning standart sirt maydoniga qayta hisoblangan. Naychalarning funksional holati Zimnitskiy testi, ammiakning ajralib chiqish darajasi, titrlanadigan kislotalar va suvning reabsorbsiyasi bilan baholandi. Rentgen urologik tadqiqotlar bolalar jarrohlari bilan birgalikda nefrourologiyada umume'tirof etilgan printsiplarga muvofiq, keyin rentgen planometriyasi bo'yicha o'tkazildi va baholandi.

Natijalar va muhokamalar. Giperoksaluriya va uraturiya fonida surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarning genealogik tarixni o'rganish natijalari ularning probandga nisbatan yaqinroq ekanligini ko'rsatdi. Shunday qilib, birinchi darajali qarindoshlar orasida giperoksaluriya mavjudligida, nazorat guruhi (3,57%) bilan genealogiyada nefropatiyalarning chastotasi. Uraturiya tufayli surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda bu ko'rsatkich 15,6% ni tashkil etdi. Ushbu ma'lumotlar DZMN rivojlanishida irsiyatning shubhasiz rolini ko'rsatadi.

Kuzatilgan bolalarning akusherlik tarixini retrospektiv o'rganish shuni ko'rsatdiki, har to'rtinchi ayolda (26,7%) homiladorlikdan oldin yoki homiladorlik davrida siydik tizimi kasalliklari (asosan sistit, pielonefrit) bo'lgan. Onalarning 40 foizida homiladorlik birinchi yarmida toksikoz bilan kechgan, 31,5% da esa butun homiladorlik davrida gestoz kuzatilgan.

Homilador ayollarda gestozning umumiy chastotasi 70% dan oshdi, bu umumiy populyatsiyasida kuzatilgan darajadan deyarli o'n baravar yuqori. Bularning barchasi haqiqatni tasdiqlaydi. Ushbu guruh bolalari

buyrak patologiyasi uchun potentsial xavf ostida ekanligidan dalolat beradi. Kasallik ko'pincha bronxopulmonal kasalliklar (O'RVI, pnevmoniya) fonida aniqlangan va bu tasodifiy emas. Ma'lum. O'pka ventilyatsiyasi va buyrak gemodinamikasi o'rtasida bog'liqlik

mavjudligi. Bronxopulmonal kasalliklarda maladaptiv qon tomir reaksiyalari glomerulyar filtratsiyaning pasayishiga olib keladi, ya'ni pielonefritning paydo bo'lishi va qaytalanishi uchun sharoitlar yaratiladi.

Bolalarda surunkali ikkilamchi pielonefritning turli shakllarida nefrotoksik metabolitlarning siydik bilan chiqarilishi (M±m)

SIPN bemorlar	Siydik bilan ekskrestiya(mmol/sut)			Koeffitsientlar		
	oksalatlar	uratlar	kalstiy oksalatlar/ kreatinin	uratlar/ kreatinin	uratlar/ kreatinin	uratlar/ kreatinin
Obstruktiv (n=32)	0,462±0,043	2,93±0,39	1,81±0,2	0,48±0,014	0,87±0,09	
Obstuktiv-Dizmetaboliz (n=24)	1,082±0,091	3,94±0,46	2,24±0,18	0,249±0,04	1,38±0,14	
Dizmetabolizm. (n=131)	0,72±0,051	5,63±0,24	2,53±0,18	0,206±0,04	1,96±0,16	
Sog'lom (n=47)	0,413±0,059	2,94±0,31	1,46±0,12	0,053±0,005	0,83±0,08	

P - nazorat guruhiga nisbatan farqning ahamiyati

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, surunkali buyrak etishmovchiligining sof obstruktiv shaklidan farqli o'laroq, obstruktiv-dizmetabolik shakl oksalatlar, uratlarning kunlik chiqarilishini va ularning kreatiniga nisbatini sezilarli darajada oshdi (P<0,01).

Oksalat nefropatiyasi bilan og'rikan bemorlarda oksalatlarining konsentratsiyasi 0,106±0,011 mmol/l ni tashkil qiladi, sutkalik chiqarilish darajasi 97,4 mg/kun (1,6 mg/kg dan ortiq), bu sog'lom odamlarga nisbatan 3 baravar yuqori (ko'p emas) kuniga 0,5 mg/kg dan ortiq). Kuniga oksalatlarining kreatiniga nisbatan nisbati 1,38±0,14, norma 0,053±0,083 (P<0,001). Surunkali buyrak kasalligi bilan asoratlangan urat nefropatiyasi bilan og'rikan bemorlar guruhida oksaluriya 63,2±4,6 mg/24 soatni tashkil etdi. Ammo bu erda uraturiya aniq ifodalangan (954,8±84,2 mg/24 soat), urat/kreatinin nisbati 1,96±

0, 16 normada 0,83±0,08 (R<0,001) tashkil qiladi. Uraturiya bilan bog'liq surunkali buyrak etishmovchiligi holatlarida buyrak funksiyasining aniq pasayishi kuzatildi (3-jadval).

Kuzatilgan bemorlarda suvning kanalchali reabsorbtsiyasi va glomerulyar filtratsiya ko'rsatkichlari normadan sezilarli darajada farq qilmaydi. Biz muntazam ravishda uraturiya fonida surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanishi bilan oliguriya tendentsiyasini va GFT (glomerulyar filtratsiya tezligi) ning pasayishini kuzatdik. Kuzatilgan bemorlarning barcha guruhlari siydikning nisbiy zichligi va ammiak atsidogenezining pasayishi bilan tavsiflangan (P<0,05).

Surunkali buyrak etishmovchiligining obstruktiv shakli bo'lgan bemorlarni davolash bolalar jarrohlari bilan birgalikda, ba'zi hollarda va siydik qopi refluyksini (SQR) jarrohlik tuzatish bilan amalga oshirildi.

Ko'rsatkichlar	Sog'lom	OSIPN	SIPN
Kreatinin klirensi C _{cr} (ml/min,1,73M ²)	98,6±4,8	97,8±6,4	75,5±4,2
Ammiak (g/sut)	0,91±0,02	0,56±0,07	0,63±0,04
Titrlangan kislotalar	45,4±2,8	29,0±3,0	27,2±1,4
Suvning kanalchali reab-si (%)	98,6±0,06	98,2±0,3	98,3±0,3

Izolyatsiya qilingan mikroblarning ularga nisbatan sezgirligi nazorati ostida 2-3 hafta davomida antibakterial terapiya o'tkazildi. Antibakterial terapiyaning takroriy kurslari faqat sezilarli bakteriuriya mavjud bo'lganda o'tkazildi. Oksalatlar va uratlarning dizmetabolizmi aniqlangan hollarda, oksalatlar va uratlarning manbai bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlarini cheklash yoki butunlay yo'q qilishni o'z ichiga olgan dieta belgilandi. Diyet terapiyasi uzoq muddatga (6-12 oy yoki undan ko'prog) buyurilgan. Dizmetabolizmni dori bilan tuzatish ham qo'llanilgan. Piridoksal-5-fosfat etishmasligi giperoksaluriya sabablaridan biri ekanligini hisobga olib, B6 och qoringa kuniga 20-60 mg, tanadagi oksalat sintezini cheklash uchun natriy benzoat 0,05-0,3 g/kun buyurilgan; eruvchanligini yaxshilash uchun magniy oksidi kuniga 100-200 mg. Ushbu terapiya majmuasidan uzoq muddatli foydalanish (2-6 oy) siydik bilan oksalatning chiqarilishini normal holatga keltirish imkonini berdi.

Urikopatiya bilan og'rikan bemorlarda surunkali buyrak etishmovchiligini davolashda biz dietadan purin asoslariga boy oziq-ovqat mahsulotlarini maksimal darajada chiqarib tashlash bilan dietadan foydalanamiz. Siydikni alkalizatsiya qilish uchun mevalar, meva sharbatlari, limonlar va yuqori suyuqlik rejimi keng tarqalgan. Tanadagi siydik kislotasining sintezini cheklash uchun biz 7 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun kuniga 0,05x 1 marta allopurinol, 7 yoshdan oshgan bolalar uchun kuniga 0,1x 1 marta 1 oy davomida foydalandik. Kaliy orotat siydikda siydik kislotasining chiqarilishini yaxshilashga yordam beradi. Barcha holatlarda turli shakllarda o'simlik dori-darmonlari keng

tavsiya etilgan. So'nggi yillarda yallig'lanishga qarshi, antibakterial, spazmolitik va siydik haydovchi ta'sirga ega bo'lgan Kanefron-N kompleks preparatidan keng foydalandik (1,15,16). Preparat chaqaloqlarga kuniga 3 marta 10 tomchidan buyurilgan. Maktabgacha yoshdagi bolalar uchun 15 tomchi, maktab yoshidagi bolalar uchun - kuniga 3 marta 25 tomchi. Agar kerak bo'lsa, takroriy davolash kurslari o'tkazildi. Kasallikning sust, qaytalanuvchi kursi bo'lgan barcha bolalarga immunomodulyatsion dorilar (Viferon 1.2, Reaferon, lizostim, Immunal) buyurilgan. Uraturiya fonida surunkali buyrak etishmovchiligining rivojlanishi bilan barcha bemorlarda immunomodulyatorlar qo'llanilgan, chunki disnukleotidoz immunokompetent hujayralarning ko'payishi va kamolotini ta'minlaydigan molekulyar jarayonlarning buzilishi bilan tavsiflanadi (7,14). Bundan tashqari, immunologik gomeostazning tushkunligini kuchaytiruvchi omillar bo'lgan surunkali buyrak etishmovchiligida odatda yuzaga keladigan lipid peroksidatsiyasini rag'batlantirish va antioksidant himoya etishmovchiligini hisobga olgan holda, barcha bemorlar bir vaqtning o'zida antioksidant terapiyani oldilar (vitamin A, E va C). giperoksaluriyaning yo'qligi, selen o'z ichiga olgan preparatlar - triovit, vitrum , centrum) 2-3 hafta davomida. Agar mitoxondriyal etishmovchilik belgilari bo'lsa, Kudesan yoki Elkar tavsiya etiladi. Bunday kompleks terapiya (va antibakterial terapiyani buyurish bilan cheklanmaydi) davolash samaradorligini sezilarli darajada oshirishga yordam berdi. 2-3 haftalik kompleks terapiya fonida oksaluriya,

uraturiya va parallel ravishda proteinuriya, leykotsituriya va bakteriuriyaning pasayishi sezilarli darajada kuzatilgan.

Surunkali buyrak etishmovchiligining dismetabolik variantida klinik va hatto klinik laboratoriya remissiyasining dastlabki qabul qilinishi kasallikning keyingi relapslariga qarshi kafolat emasligini ko'rdik. Shuning uchun dismetabolik surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlar doimiy maqsadli monitoring va tuzatuvchi parhez terapiyasini talab qiladi. Shu munosabat bilan, ma'lum bir psixologik "kayfiyat" nafaqat bola uchun, balki uning ota-onasi uchun ham zarurdir, chunki ular bolani tuzalib ketgan deb hisoblab, ko'pincha davolanishni mustaqil ravishda to'xtatadilar va ko'pincha parhez choralarning ahamiyatini e'tiborsiz qoldiradilar.

XULOSALAR

Diagnostika va davolash-taktik xatolarning eng keng tarqalgan manbai bu umumiy tibbiyot shifokorlari tomonidan pielonefrit haqidagi eskirgan tushunchalarni mikroblil-yallig'lanish xususiyatiga ega mustaqil kasallik sifatida boshqarish bo'lib, bu faqat antibakterial terapiyani amalga oshirishga yordam beradi. Pielonefrit tashxisi keng qamrovli klinik, genealogik, rentgen va urologik tekshiruvdan,

bemorlarning metabolik, immunologik va endokrin holatini baholashdan so'ng belgilanishi kerak. Busiz SIPNga nisbatan mumkin emas, klinik tibbiyotning asosiy deontologik printsipti "kasallikni emas, balki bemorni davolash" ga rioya qilish kerak.

Obstruktiv surunkali ikkilamchi pielonefrit ko'pincha metabolik kasalliklar (giperoksaluriya, uraturiya, giperkaltsiuriya va boshqalar) bilan qo'shiladi, bu malformatsiyani jarrohlik yo'li bilan tuzatishni, shuningdek, metabolizmni parhez va dori-darmonlar bilan tuzatishni va maqsadli antibakterial terapiyani talab qiladi.

Obstruktiv bo'lmagan surunkali ikkilamchi pielonefrit asosan metabolik kasalliklar fonida nefrotoksik metabolitlarning to'planishi bilan yuzaga keladi, antibakterial terapiya ham metabolik fonni tegishli ravishda tuzatmasdan etarli darajada samarali bo'lmaydi.

Surunkali ikkilamchi pielonefrit uchun izolyatsiya qilingan antibakterial terapiya ko'pincha etarli darajada samarali emas, u keng qamrovli bo'lishi kerak va jarrohlik va metabolik tuzatishga qo'shimcha ravishda immunomodulyar terapiya va organizmning antioksidant himoyasini ta'minlashni o'z ichiga olishi kerak.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Alchinbaev M. K., Sultonova B. G., Karabaeva A. J. Surunkali pielonefrit bilan og'riqan bemorlarda funktsional buyrak zaxirasi. // Nefrologiya. - 2001. 5-jild, 2-son. 71-74 betlar.
2. Yesayan A.M., Buyrakning to'qima renin-angiotensin tizimi. nefroproteksiyaning yangi strategiyasi // nefrologiya.- 2002. 6-jild, 3-son.10-14 betlar
3. Kartamisheva N. N., Chumakova O. V., Kucherenko A. G. Surunkali pielonefrit va surunkali interstitsial nefritning rivojlanish omillari // pediatriya. G. N. Speranskiy 2004 Yil. №5.50-53 betlar.
4. Muhin N. A., Balkarov I. M., Moiseev S. V. va boshqalar. Surunkali progressiv nefropatiyalar va zamonaviy insonning turmush tarzi // ter. arx. --2004.-№9.5 10 sahifa.
5. Ni A. N., Luchaninova V. N., Popova V. V., Simeshina O. V. Bolalardagi dismetabolik bilan nefropatiyalarning gomeostatik buyrak funktsiyalarining tuzilishi // nefrologiya.-2004.8-jild, 2-son.-C. 68-72.
6. Rogov V. A., Kutirina I. M., Tareyeva I. E. va boshqalar. Nefrotik sindromda buyraklarning funktsional zaxirasi // ter. arx. - qaniydi? 1996.-№6.-C. 55-58.
7. Smirnov A. V., Yesayan A. M., Kayukov I. G. Surunkali buyrak kasalligi: yakdillik birligi yo'lida //nefrologiya.-2002.6-jild, 4-son.11-17 betlar.
8. Ishkabulova G. D. et al. MODERN METHODS FOR ASSESSING THE COURSE, TREATMENT, AND PROGNOSIS OF CHRONIC RENAL FAILURE IN CHILDREN //British Medical Journal. – 2023. – T. 3. – №. 1.
9. Epstein M. Aldosterone as a mediator of progressive renal disease: Pathogenetic and clinical implications ||Am, J. Kidney Dis.-2001; 237:677-688.
10. Mazzali M., Hyghes J.; Kin Y. et. al. Elevated uric-acid increases blood pressure in the rat by a novel crystalindependent mechanism Hypertension.- 2001; 38: 1101-1106.
11. Ишкабулова Г.Д., Холмурадова З.Э. Фосфолипидная структура и состояние перекисного окисления липидов эритроцитарных мембран у новорожденных от матерей с гестозом, сочетанным хроническим пиелонефритом. //Журнал Биомедицины и практики .2022.-№3 –С71-77.
12. Yuryeva E. A., Dlin V. V. "Nefrologiya diagnostik qo'llanmasi".-2002.-95c.
13. Ishkabulova G.D.,Kholmuradova Z.E. Homiladorlik surunkali pielonefrit va gestoz bilan kechgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlarda fosfolipid tuzilishi va eritrotsit membranalarining lipid peroksidlanish holati //Журнал Биомедицины и Практики. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
14. Ishkabulova G.D.,Kholmuradova Z.E. Functional state of the kidneys in Newborn born From Mothers With Pre-Eklampsia // World Bulletin of Public Health (WBPH).-2022 Semtember, -c75-78
15. Comparative assessment on the effect of different methods of corrective therapy on lipid metabolismand homeostatic renal function. Ishkabulova G.J.¹, Khaydarova K.R.¹, Kudratova G.N.¹, KholmuradovaZ.E.¹
16. Department of Pediatrics, Faculty of Therapeutics, Samarkand State Medical Institute Том: 7 Номер: 3 Год: 2020, -c 2794-2800

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000