

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2022

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE



ТОМ – I



ТОШКЕНТ-2022



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)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н. Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.С. Мамутова (Самарканд)  
Э.И. Мусабоев (Ташкент)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
Ф. Улмасов (Самарканд)  
А. Фейзоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
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](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1.	<b>Ризаев Ж.А., Шавази Н.М., Рустамов М.Р.</b> РОЛЬ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА САМАРКАНДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ.....	6
2.	<b>Абаленихина Ю.В., Щулькин А.В.</b> ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ Р-ГЛИКОПРОТЕИНА В УСЛОВИЯХ ЭНДОГЕННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА <i>IN VITRO</i> .....	8
3.	<b>Abdurashidov A. A., G'aniyev A.G', Qo'ziev D. V.</b> BOLALARDA BRONXIAL ASTMA KASSALIGINI KOMPLEKS DAVOLASHDA "GEMALIN" DORI VOSITASINING SAMARADORLIGI.....	11
4.	<b>Андреев П.Ю., Завидовская К. В., Доценко Ю.М.</b> СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛУПРОДУКТОВ ДЛЯ СИНТЕЗА РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ СРЕДСТВ.....	14
5.	<b>Аджаблаева Д.Н., Ходжаева С.А.</b> НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И COVID-19.....	17
6.	<b>Абдухалик-Заде Г. А., Набиева Ш. М., Шавази Р. Н.</b> ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НЕОНАТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ.....	20
7.	<b>Арифходжаев А.Т., Бахавадинава З. М., Сахибова М.Д.</b> СВЯЗЬ МЕЖДУ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ У ДЕТЕЙ.....	23
8.	<b>Алимова Х.А., Тахирова О.Р.</b> ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ.....	26
9.	<b>Ахрарова Ф. М.</b> ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА.....	29
10.	<b>Авезова Г.С., Бобомуратов Т. А.</b> ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.....	40
11.	<b>Алиева Н. Р.</b> ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИГА ЭГА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.....	43
12.	<b>Аминов С.Ж., Каримова Г.А.</b> ПОИСК И ИЗУЧЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ ГРУППЫ ДАРМОНАЛ.....	46
13.	<b>Axmedova M.M.</b> DISMETABOLIK NEFROPATIYA BILAN OG'RIGAN ERTA YOSHDA GI BOLALARDA BU YRAKLAR FAOLIYATINING KO'RSATKICHLARI.....	48
14.	<b>Ахмеджанова Н. И., Ахмеджанов И.А., Исмоилова З. А.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	51
15.	<b>Асилбек А., Андреева П.А., Хасанова С. Р., Кудашкина Н. В.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РОДА OXYTROPIS DC. В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	55
16.	<b>Арзикулов А.Ш.</b> МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....	58
17.	<b>Азимова К.Т., Гарифулина Л. М.</b> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ.....	61
18.	<b>Ахрарова Н.А.</b> РАЗВИТИЕ ПЛОДА И ТЕЧЕНИЕ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	65
19.	<b>Vobokambarova N.A.Kodirov N. D.</b> BOLALAR UCHUN DORI VOSITALARI YARATISHNING HOZIRGI KUNDAGI ASOSIY MUAMMOLARI.....	69
20.	<b>Белых Н. А., А.В.Захарова, И.В. Пизнюр.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У РЕБЕНКА.....	72
21.	<b>Бекенов Н. Н., Даткаева Г.М., Емешева М. А., Калдыгозова К.Е., Оспанбекова М.А.</b> ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ.....	75

22	<b>Ганиев А. Г., Исакжонов О.К., Назаров К.Д.</b> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕГИОНАХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	78
23	<b>Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.,Исмаев Н.С.Халиков К. М.,Кодиров Н.Д.</b> ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕМИНЕНИЯ СОРБЕНТА «ЦЕЛОФОРМ» ПРИ ГНОЙНО– ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО–ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	81
24	<b>Ганиева М. Ш., Низамутдинов А. М.,Маджидова Н.М.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	84
25	<b>Ганиева М.Ш., Рахманова Л. К.,Маджидова Н.М.</b> СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ - НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ .....	87
26	<b>Гарифулина Л.М.</b> ДЕНСИТОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.....	90
27	<b>G'oyibova N.S.</b> METOVOLIK SINDROMLI BOLALARDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL HOLATI.....	93
28	<b>Доронина Т. Н., Шхалахова А. Т.</b> ФАКТОРЫ РИСКА НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТИВНОЙ ГИМНАСТИКОЙ.....	96
29	<b>Джанчатова Н. В., Басарева О.И.,Леонидова И.Ю.,Едноровская О.В., Михальчик А.Р.</b> ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ВОДЫ РЕК КУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	99
30	<b>Давлатова С.Н., Исмаилов К.И.</b> ОСОБЕННОСТИ ЦИТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ.....	102
31	<b>Даткаева Г.М., Максут М.Б., Сулейменкызы П., Ерзак Б.</b> ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН®Н У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	105
32	<b>Дятлова А.А., Долбня С.В., Захарова И.Н., Климов Л. Я. Курьянинова В.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬЮ ВИТАМИНОМ D И УРОВНЕМ ИНТЕРФЕРОНА-ГАММА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ.....	108

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Наргиза Исмаиловна**

д.м.н., доцент кафедры 2 –Педиатрии  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Ахмеджанов Исмаил Ахмеджанович**


д.м.н., профессор кафедры 2 –Детской хирургии  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Исмоилова Зиёда Ахтамовна**

Асс. кафедры Педиатрии и ВСД  
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии  
Хорезм, Узбекистан

### ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

**For citation:** Akhmedjanova N. I., Akhmedjanov I. A./Characteristics of clinical and laboratory parameters of pyelonephritis in children. Journal of hepato-gastroenterology research. Special Issue. pp.51-54

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7310371>

#### АННОТАЦИЯ

Почти у 25% пациентов продолжается их прогрессирование, что приводит к изменению качества жизни. Оценены особенности клинико-лабораторных показателей при различных формах пиелонефрита у детей. В ходе исследования было обследовано 70 детей больных пиелонефритом. Все дети были разделены на две группы: 1 группу составили – 25 (35,7%) детей с острым пиелонефритом, а вторую группу – 45 (64,3%) детей с хроническим пиелонефритом. Результаты исследования. Клиника рПН в 100% случаев (19) проявлялась на 3 - 4 день воздействия этиологического фактора. Преобладали признаки интоксикации (головная боль, вялость, сонливость, снижение аппетита) - 78,9% (15/19), кратковременная лихорадка субфебрильного характера- 63,1% (12/19), рецидивирующие абдоминальные боли - 47,3% (9/19). Констатировано преобладание вторичной формы пиелонефрита.

**Ключевые слова:** острый и рецидивирующий пиелонефрит, латентное течение.

**Akhmedzhanova Nargiza Ismailovna**

Doctor of Medical Sciences,  
Associate Professor, Department 2 – Pediatrics  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

**Akhmedzhanov Ismail Akhmedzhanovich**

Doctor of Medical Sciences,  
Professor of the Department 2 - Pediatric Surgery  
Samarkand State Medical University Samarkand, Uzbekistan

**Ismoilova Ziyoda Aktamovna**

Assistant of Pediatrics and HN  
Urgench branch of TMA Khorezm, Uzbekistan

### CHARACTERISTICS OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

#### ANNOTATION

In almost 25% of patients, their progression continues, which leads to a change in the quality of life. To evaluate the features of clinical and laboratory parameters in various forms of pyelonephritis in children. During the study, 70 children with pyelonephritis were examined. All children were divided into two groups: group 1 consisted of 25 (35.7%) children with acute pyelonephritis, and the second group - 45 (64.3%) children with chronic pyelonephritis. The clinic of rPN in 100% of cases (19) manifested itself on the 3rd - 4th day of exposure to the etiological factor. Signs of intoxication prevailed (headache, lethargy, drowsiness, loss of appetite) - 78.9% (15/19), short-term subfebrile fever - 63.1% (12/19), recurrent abdominal pain - 47.3% (9/19). The predominance of the secondary form of pyelonephritis was stated.

**Key words:** acute and recurrent pyelonephritis, latent course.



Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении пиелонефрита, почти у 25% пациентов продолжается их прогрессирование, что приводит к изменению качества жизни [3,11]. Развитие патологического процесса в почечной ткани почек вызывают гетерогенные специфические и неспецифические этиологические факторы [2, 5].

Авторы выделяют ОП и ХП в самостоятельные группы с указанием диффузного и очагового характера поражения каждой группы [4,9,10,13]. По их мнению основные патогенетические механизмы ОП - иммунологический и вариант прямого токсического повреждения канальцев, вариант понижения почечной перфузии, а ХП - мультифакториальное заболевание воспалительного и/или метаболического генеза [14-18]. Повреждение различными этиологическими агентами нефронов как ключевое событие в формировании воспалительных изменений приводит к изменению их фенотипа (трансдифференциации) [7, 8,12].

Тубулярные клетки приобретают способность экспрессировать основные провоспалительные цитокины, хемокины и факторы роста, которые выступают в качестве локальных медиаторов, образованных непосредственно в ренальной ткани [1, 6].

**Цель исследования.** Оценить особенности клинико-лабораторных показателей при различных формах пиелонефрита у детей.

**Материал и методы исследования.** В ходе исследования было обследовано 70 детей больных пиелонефритом. Все дети были разделены на две группы: 1 группу составили – 25 (35,7%) детей с острым пиелонефритом, а вторую группу – 45 (64,3%) детей с хроническим пиелонефритом, которую мы разделили дополнительно на две подгруппы в зависимости от клинической формы заболевания, где 1 подгруппу составили 19 (42,2%) детей с РПН, а 2 подгруппу – 26 (57,7%) больных латентной формой ХП. Диагноз устанавливался соответственно классификации ПН у детей.

Для выявления активности процесса использовались *обязательные лабораторные показатели*: клинический анализ крови; биохимический анализ крови (общий белок, протеинограмма, СРБ); общий анализ мочи; накопительные пробы (по Нечипоренко, Аддису-Каковскому); посев мочи на

флору с количественной оценкой степени бактериурии, нитритный тест; морфология осадка мочи; уролейкограмма.

*Дополнительные лабораторные исследования:* коагулограмма, определение концентрации в крови азота, исследование уровня мочевой кислоты, глюкозы; титра АСЛ-О; исследование иммунологического статуса (иммунограмма); биохимический генетический скрининг мочи; посев мочи на бактерии Коха и экспресс-диагностика; антибиотикограмма мочи; исследование мочи на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы (ПЦР, культуральный метод); суточный салурез, антикристаллообразующая способность мочи, ритм и объём спонтанных мочеиспусканий.

Для оценки характера нарушений ренальных функций использовались: 1 - методы, позволяющие выявить состояние разных отделов нефрона: гломерулярного аппарата (проба Реберга); проксимальных канальцев (экскреция с мочой (глюкозы, суточной протеинурии); дистальных канальцев (способность к осмотическому концентрированию (проба Зимницкого), определение суточной экскреции титруемых кислот и экскреции аммиака, pH мочи)); 2 - методы, выявляющие нарушения суммарной работы нефрона (определение сыровоточных уровней креатинина, мочевины, электролитов, кислотно-основное состояние крови).

**Результаты исследования.** Острое течение микробно-воспалительного процесса диагностировано у 25 (35,7%) пациентов, хроническое - у 45 (64,3%) больных (табл.1). До 3-летнего возраста ПН заболел 31 (44,2%) ребёнок из 70 детей: 7 (22,5%) мальчиков и 24 (77,5%) девочки. При этом ОП до 3 лет заболели 10 детей (40%), хроническим - 21 (46,6%). В рассматриваемой группе девочки доминировали среди больных ОП (18 из 25), хроническим - 34 из 45 (72% и 75,5% соответственно). Длительность хронической формы заболевания составляет от 1 года до 13 лет. Средняя продолжительность ХП - 3,8±0,5 года (у мальчиков 5,3±1,2 года; у девочек 3,2±0,4 года) (таблица 1).

Наиболее частыми факторами, предшествующими началу ОП у детей, являлись интестинальные расстройства (запоры или диарея) - 9 наблюдений (36%). Различные инфекции (у 6 (24%)) и переохлаждение (у 5 (20%)) в равной степени являлись провоцирующими факторами. Причина манифестации ПН у 4 детей (16%) не была установлена.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от возраста манифестации заболевания

Возраст больных, лет	Число больных				Мальчики				Девочки			
	ОП		хп		ОП		ХП		ОП		ХП	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 1года	4	16,6	1	2,1	1	16,7			2	11,1	2	5,6
1-3	7	29,1	19	39,6			6	50	7	38,9	13	36,1
4-6	5	21,0	12	25,0					5	27,8	11	30,6
7-11	9	33,3	16	33,3	5	83,3	6	50	4	22,2	10	27,7
Всего	25	100	48	100	6	100	12	100	18	100	36	100

ХП дебютировал острым процессом у 29 (64,4%). В 42% наблюдений (19/45) диагноз был поставлен в ходе плановой диспансеризации по результатам клинико-лабораторного обследования. В последствии, хроническая форма пиелонефрита приобретала рецидивирующее течение у 35 (77,7%) детей, латентное у 10 (22,2%) больных.

При обследовании детей в активной фазе, степень активности устанавливалась в соответствии с критериями определения активности ПН. Клиническими критериями служили системные

признаки (лихорадка, симптомы интоксикации, диспептические явления), дизурические расстройства, болевой синдром.

Особенностью объективного статуса больных явилось частое выявление недифференцированного синдрома соединительнотканной дисплазии - 34 ребёнка (48,5%; 14 детей (56%) с ОП и 20 (44,4%) с ХП), стигмы дизэмбриогенеза отмечены у 17 (24,2%) пациентов (7 (28%) и 10 (22,2%), соответственно).

Клиническую основу ПН у детей раннего возраста (до трёх лет) в изучаемой группе составила лихорадка фебрильного характера

(15 (90,3%) из 17 детей) в сочетании с симптомами интоксикации. Эти проявления сочетались с нарушением ритма мочеиспускания (императивные позывы, паллакиурия, редкие микции) у 12 (70,6%) больных, эквивалентами болезненного мочеиспускания в 29,4% (5) случаев.

Рецидивирующее течение ПН диагностировано у 19 (42,3%), латентное - у 26 (57,7%) пациентов (табл.2). Пик формирования ПН приходится преимущественно на старший (9 (20%)) школьный

возраст. При этом у 13 (76,5%) детей из 17 ПН имел латентное течение. Как и в первой группе, девочки доминировали среди больных РПН (11 из 19), ЛПН — 15 из 26 (57,8% и 57,7%, соответственно). Длительность заболевания колебалась от 1 года до 10 лет. Средняя продолжительность ХП составила 4,1±0,6 года (у мальчиков 5,25±1,9 года; у девочек 3,3±0,7 года) (таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от возраста, в котором началось заболевание

Возраст больных, лет	Число больных				Мальчики				Девочки			
	РПН		ЛПН		РПН		ЛПН		РПН		ЛПН	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
7-11	5	45,5	5	19,2	2	66,7	1	9,1	3	37,5	4	26,7
12-15	2	18,1	7	27	1	33,3	3	27,3	1	12,5	4	26,7
Всего	11	100	26	100	3	100	11	100	8	100	15	100

Манифестное начало заболевания, установленное у 10 детей (22,2%), в последующем приняло волнообразный характер. Латентный вариант хронического течения имел место у 26 больных (57,7%). Рандомизация по возрасту показала преобладание детей младшего школьного возраста (21 (46,6%)).

Заслуживает внимания отягощённость семейного анамнеза в отношении заболеваний почек, обменных нарушений (мочекаменная болезнь, желчнокаменная болезнь), составившая 38,5% случаев (27 детей: 8 (32%) с ОП и 19 (42,2%>) с ХП). У родителей 4 пациентов (5,7%) отмечено наличие профессиональных вредностей (химические факторы).

Из других факторов риска неблагоприятный антенатальный анамнез отмечен в 27 случаях (38,5%). Патологическое течение беременности характеризовалось преобладанием ранних гестозов у матерей наблюдаемых детей (19) над УП в первом триместре (4), ОПГ-гестозом (3) и внутриутробным инфицированием (1). Перинатальная энцефалопатия встречалась лишь в 7,1% случаев (5 детей). Короткий период грудного вскармливания имел место у 20 (28,5%) пациентов (5 с РПН (26,3%) и 15 (57,6%) с ЛПН).

Среди фоновых состояний, чаще встречался ( $p=0,02$ ) нервно-артритический диатез, чем экссудативно-катаральный (16 (35,5%) и 7 (15,5%), соответственно). У 28 детей (62,2%) клинически выявлялись признаки недифференцированного синдрома соединительнотканной дисплазии (8 (42,1%) с РПН и 20 с ЛПН (76,9%)), в том числе пролапс клапанов и аномально расположенные хорды сердца. У 20 пациентов (44,4%) синдром подтверждён результатами повышенной суточной экскрецией метаболитов соединительной ткани.

В анамнезе 21 (46,6%) ребёнка фиксировались частые интеркуррентные заболевания, по поводу которых 14 пациентов (31,1%) принимали различные лекарственные (антибактериальные) препараты до 5-6 курсов в год (9 с РПН и 5 с ЛПН). Хронические очаги инфекции (тонзиллиты, аденоидиты, кариозные зубы) с одинаковой частотой встречались у больных с РПН и с ЛПН (8 (42,1%) и 21 (80,7%) соответственно).

У 17 (37,7%) пациентов зафиксировано тубинфицирование (3 (15,7%) с РПН и 14 (53,8%) с ЛПН), максимальная продолжительность которого составила 6 лет. Необходимо отметить, что 20 детей (44,4%) имели отягощённый аллергоанамнез (аллергические заболевания в виде атопического дерматита, острой крапивницы, аллергии на лекарственные, реже на пищевые аллергены) (3 с РПН (15,7%) и 17 (65,3%) с ЛПН).

*Критерии включения больных в клиническое исследование*

- информированное согласие родителей больного ребёнка на участие в исследовании и соблюдение указаний врача относительно назначенной терапии;
- возраст больных детей от 7 до 15 лет;
- наличие клинически и лабораторно подтверждённого ПН;
- Критерии исключения больных из исследования отказ родителей от участия в исследовании;
- наличие тяжёлых сопутствующих соматических заболеваний в стадии декомпенсации патологического процесса, способных повлиять на иммунологический статус организма;
- применение иммуноактивных лекарственных препаратов в последние 30 дней до начала исследования;
- изменение основного диагноза (ПН) в ходе проведения дифференциальной диагностики.

**Обсуждение результатов исследования.** Учитывая проблему ранней диагностики ПН, необходимо выделить особенности клинической картины в данной группе. Клиника РПН в 100% случаев (19) проявлялась на 3 - 4 день воздействия этиологического фактора. Преобладали признаки интоксикации (головная боль, вялость, сонливость, снижение аппетита) - 78,9% (15/19), кратковременная лихорадка субфебрильного характера - 63,1% (12/19), рецидивирующие абдоминальные боли - 47,3% (9/19). Экстрауренальные проявления (отёчный синдром) встречались в 42% (8/19), изолированный мочевого синдром - 26,3% (5/19), склонность к гипотонии - 31,5% (6/19) случаев.

Латентный вариант ПН (61,5% (16/26)) характеризовался случайным выявлением изолированного мочевого синдрома, который сочетался в 87,5% (14/16) случаях с признаками эндогенной интоксикации.

**Выводы.** На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, констатируется преобладание вторичной формы пиелонефрита ( $p=65$  (92,8%)). Мы связываем это с наличием вторичного иммунодефицитного состояния, косвенными признаками которого являются: частое рецидивирование и затяжное течение заболевания, кратковременный эффект от проводимой антибактериальной терапии, множественные очаги хронической инфекционной патологии, подверженность ОРВИ. Наиболее частыми факторами, предшествующими началу ОП у детей, являлись интестинальные расстройства (запоры или диарея).



## Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Хусанова Ф.А., Махмудов Х.У. Состояние клеточного иммунитета при хроническом пиелонефрите у детей // Проблемы биологии и медицины. Самарканд 2021. №1.1 (126). Стр. 464-465.
2. Akhmedzhanova N.I., Akhmedzhanov I.A., Ashirov Z.F., Abdurasulov F.P. Pathogenetic Role of Features of clinical and Immunological Parameters in Chronic Tubulointerstitial Nephritis in children // Annals of the Romanian Society for call Biology 2021, vol.25. issue1. Page.7187-7199.
3. Бобомуратов Т.А., Расулов С.К., Джураева З.А. Распространенность цинкдефицитного состояния у детей // Международный электронный инновационный вестник Бутульма. 2018. №4. С. 48-51.
4. Гарифулина Л.М., Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Кудратова Г.Н. Урсодексихолевая кислота в терапии вирусных хронических гепатитов у детей // Биология ва тиббиет муаммолари. 2014. №3. стр.109-110.
5. Даминова М.Х., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Сайфиев Х.Х. Особенности состояния показателей иммунитета при хроническом пиелонефрите у детей // Репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. 2.1.2021. Стр. 197.
6. Михеева Н.М., Зверев Я.Ф., Выходцева Г.И., Лобанов Ю.Ф. Гиперкальциурия у детей с инфекцией мочевой системы // Нефрология. Барнаул, 2014. - №1. - С. 74-79.
7. Fofana B.K.Isolation of uropathogenic bacteria and their antimicrobial susceptiblity pattern in urine samples of patients with suspected urinary tract infection in eastern regional hospital, koforidua. Ghana. - 2016. P.77.
8. Morozov Dmitry, Morozova Olga, Budnik Ivan, Pervouchine Dmitri, imenova Evgeniya, Zakharova Natalya. Urinary cytokines as markers of latent inflammation in children with chronic pyelonephritis and anorectal malformations // Journal of Pediatric Urology. – 2016. P. 1-15.
9. Sabatino A., Regolisti G., Brusasco I., Cabassi A., Morabito S., Fiaccadori E. Alterations of intestinal barrier and microbiota in chronic kidney disease // Nephrol Dial Transplant. – 2015. № 30. P. 924–933.
10. Раббимова Д. Т., Юсупов Ф. Т. Роль анаэробной инфекции в этиологической структуре гнойно-септических заболеваний у детей раннего возраста // Journal Theoretical & Applied. Philadelphia, USA 24.04, 2019. P. 333-366.
11. Ахмедова М. М. и др. Дифференциальная диагностика поражения почек обменного генеза у детей раннего возраста //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53). – С. 37-40.
12. Axmedova M. M., Rasulova N. A., Irbutaeva L. T. Study of partial kidney function in children of early age with nephropathy of metabolic genesis //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 2469-2472.
13. Ахмеджанова Н. И., Ибатов Ш. М., Ахмеджанов И. А. Новые методы диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – №. 4. – С. 92-95.
14. Ризаев Ж., Шавази Н., Рустамов М. Школа педиатров Самарканда //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 2-4.
15. Рустамов М. Р., Гарифулина Л. М. Показатели сердечно-сосудистой системы у детей и подростков на фоне ожирения и артериальной гипертензии //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 6 (52). – С. 43-50.
16. Муродова М. Д. и др. Оценка ферротерапии у детей с хроническим пиелонефритом //Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2021. – С. 231-235.
17. Абдурасулов Ф. П., Юлдашев Б. А., Муродова М. Д. Коррекция гиперкоагуляционного синдрома у больных хроническом гломерулонефритом с нефротической формой //ТОМ–II. – 2019. – Т. 16. – №. 2. – С. 250.
18. Фейзуллаева Н. и др. Состояние сердечно-сосудистой системы и центральной гемодинамики при гломерулонефрите у детей //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 21-26.
19. Гойибова Н. С., Гарифулина Л. М. Функции почек у детей с ожирением //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 26 (110). – С. 51-57.
20. Жамшедовна А. М., Гарифулина Л. М. Болалар ва ўсмирларда семизлик ва д витамини дефицити, муаммога замонавий қарашлар //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
21. Азимова К. Т., Гарифулина Л. М., Закирова Б. И. Клинические особенности течения вирусных бронхолитов у детей //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
22. Гойибова Н. С., Гарифулина Л. М. Состояние почек у детей с экзогенно-конституциональным ожирением //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 2.

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE

**ТОМ – I**

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**  
ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000