

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№4 (Том 6)

2025

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 6, ISSUE 4





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. Ахророва (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. Мусабаев (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. Шербеков (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

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ


1	Axmatov A.A. BOLALARDA HELICOBACTER PYLORI INFEKTSIYASINING MOLEKULAR DIAGNOSTIKASI VA IMMUNOGENETIK JAVOB: TIZIMLI ADABIYOTLAR TAHLILI.....	5
2	Goyibova N.S. CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM AND THEIR RELATIONSHIP WITH MICROALBUMINURIA IN CHILDREN WITH OBESITY.....	9
3	Гойибова Н.С. ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	12
4	Ибрагимова М.Ф., Жамшедова С.Ж., Хурсанкулова Ф.К. ВЛИЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОБСТРКУТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.....	15
5	Ibragimova Yu.B. ERTA YOSH DAGI BOLALARDA OBSTRUKTIV BRONXIT KECISHINING XUSUSIYATLARI.....	18
6	Ibragimova Yu.B. BOLALARDA NOSTEROID YALLIG'LANISHGA QARSHI PREPARATLARNI QO'LLASH NATIJASIDA PAYDO BO'LADIGAN GASTRO ASORATLARNING KLINIK JIHATLARI.....	21
7	Исламова Д.С. ЮНОШЕСКАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ: АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ ФАКТОРОВ.....	25
8	Исламова Д.С. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	30
9	Ishkabulova Gulchexra Djankurazovna SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	36
10	Пак Е. А., Абдукадирова Н.Б. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ КАРАТЭ...	40
11	Рустамов М.Р., Гарифуллина Л.М. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	45
12	Рустамов М.Р. ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	49
13	Turayeva D. X. BOLALARDA METABOLIK SINDROM FONIDA RIVOJLANADIGAN JIGAR VA OSHQOZON OSTI BEZI STEATOZI.....	52
14	Турдибеков Х.И., Ибрагимов С.Х. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НУТРИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ.....	55

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ishkbulova Gulchexra Djankurazovna
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Pediatriya kafedrasi dotsenti, t.f.n.
Samarqand, O'zbekiston

SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19850703>

ANNOTASIYA

Ushbu maqolada ikkilamchi surunkali pielonefrit tashxisi qo'yilgan 1 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan 163 nafar bolaning tibbiy yozuvlari ko'rib chiqiladi. Klinik va biokimyoviy ma'lumotlar tahlil qilinadi va kompleks davolash usullari baholanadi. Pielonefrit tashxisi keng qamrovli klinik, genealogik, radiologik va urologik tekshiruvdan, shuningdek, bemorning metabolik, immunologik va endokrin holatini baholashdan so'ng belgilanishi kerak degan xulosaga kelish mumkin. Surunkali obstruktiv bo'lmagan ikkilamchi pielonefrit asosan nefrotoksik metabolitlar to'planishi bilan metabolik kasalliklar tufayli yuzaga keladi va antibakterial terapiya ham metabolik holatni tegishli tuzatishsiz yetarli darajada samarali emas. Ushbu davolash keng qamrovli bo'lishi kerak va jarrohlik va metabolik tuzatishdan tashqari, immunomodulyator terapiya va antioksidant himoyani o'z ichiga olishi kerak.

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

For citation: Ishkbulova G.Dz./On therapeutic tactics for chronic secondary pyelonephritis.

Ишкабулова Гулчехра Джанкуразовна
Доцент кафедры педиатрии
Самаркандского государственного
медицинского университета, к.м.н.
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВТОРИЧНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

АННОТАЦИЯ

В данной статье изучены истории болезни 163 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с диагнозом вторичный хронический пиелонефрит. Проведен анализ клинико-биохимических данных и дана оценка комплексному лечению пациентов. Выявлено, что диагноз пиелонефрита должен устанавливаться после комплексного клинического, генеалогического, рентгенологического и урологического обследования, оценки метаболического, иммунологического и эндокринного статуса пациентов. Хронический необструктивный вторичный пиелонефрит возникает преимущественно на фоне нарушений обмена веществ с накоплением нефротоксических метаболитов, и антибактериальная терапия также недостаточно эффективна без соответствующей коррекции метаболического фона. Она должна быть комплексной и, помимо хирургической и метаболической коррекции, включать иммуномодулирующую терапию и обеспечение антиоксидантной защиты организма.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, пиелонефрит, дети

Ishkbulova Gulchekhira Dzhankurazovna
Associate Dotsent, Department of Pediatrics
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

ON THERAPEUTIC TACTICS FOR CHRONIC SECONDARY PYELONEPHRITIS.

ABSTRACT

This article examines the medical records of 163 children aged 1 to 14 years diagnosed with secondary chronic pyelonephritis. Clinical and biochemical data are analyzed, and comprehensive treatment approaches are assessed. It is concluded that the diagnosis of pyelonephritis should be established after a comprehensive clinical, genealogical, radiological, and urological examination, as well as an assessment of the patient's metabolic, immunological, and endocrine status. Chronic non-obstructive secondary pyelonephritis occurs primarily due to metabolic disorders with the accumulation of nephrotoxic metabolites, and antibacterial therapy is also insufficiently effective without appropriate correction of the metabolic status. This treatment should be comprehensive and, in addition to surgical and metabolic correction, include immunomodulatory therapy and antioxidant protection.

Key words: chronic renal failure, pyelonephritis, children

Kirish. 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'sinlik 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 nefropatiyalarda 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 pediatr 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 nuqtai 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 bakteriologik ma'lumotlarni o'z ichiga olgan holda) asoslanadi, lekin keng qamrovli bo'lishi va genealogik tahlil, akusherlik tarixi, rentgen urologik tekshiruv, 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 prognozi 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.

Mazkur tadqiqotda 1 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan, ikkilamchi surunkali pielonefrit tashxisi qo'yilgan 163 nafar bola tekshirildi. 163 bemorning 70 nafarida (49 %) pielonefrit tashxisi 2-5 yil avval aniqlangan bo'lib, antibakterial davolash asosan qisqa muddatli samara bergan va keyinchalik kasallikning qayta zo'rayish holatlari kuzatilgan. Ularning ayrimlarida buyrak yetishmovchiligining boshlang'ich bosqichi (4,9 %) aniqlangan, 8 nafar bemorda esa poliuriya, gipostenuriya hamda giperazotemiyaga moyillik qayd etilgan. Bu holatlar, shubhasiz, kasallikni kuchaytiruvchi va unga hissa qo'shuvchi fon omillarining yetarli darajada inobatga olinmaganligi bilan bog'liq.

Bemorlarning umumiy sonidan 90 nafar bola rentgen tekshiruvdan o'tkazildi, ulardan 32 nafarida buyrak rivojlanishining turli anomaliyalari va vezikoureteral refluyks (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 oksalatlarining kunlik chiqarilishi, urikosuriya va urikemiya hisoblanadi. Giperoksaluriya kuniga 0,5 mg / kg dan ortiq darajada ajralishi hisoblanadi. Giperurikemiya qon zardobida 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 oksalatlarini 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 bolalar buyrak patologiyasi uchun potensial 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
Obstruktiv (n=32)	0,462±0,043 P>0,05	2,93±0,39 P>0,5	1,81±0,2 P<0,01	0,48±0,014 P>0,5	0,87±0,09 P>0,05
Obstuktiv-Dizmetaboliz (n=24)	1,082±0,091 P<0,001	3,94±0,46 P=0,05	2,24±0,18 P<0,01	0,249±0,04 P<0,001	1,38±0,14 P<0,01
Dizmetabolizm. (n=131)	0,72±0,051 P<0,001	5,63±0,24 P<0,001	2,53±0,18 P<0,001	0,206±0,04 P<0,001	1,96±0,16 P<0,001
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-dismetabolik shakl oksalatlar, uratlarning kunlik chiqarilishini va ularning kreatiniga nisbatini sezilarli darajada oshdi (P<0,01).

Oksalat nefropatiyasi bilan og`rigan 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±0,08 (P<0,001). Surunkali buyrak kasalligi bilan asoratlangan urat nefropatiyasi bilan og`rigan 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 atsidogenezingining 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 refluksini (SQR) jarrohlik tuzatish bilan amalga oshirildi.

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

Urikopatiya bilan og`rigan 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, Immunol) 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 ommillar 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 choralarining ahamiyatini e`tiborsiz qoldiradilar.

XULOSALAR

Diagnostika va davolash-taktik xatolarning eng keng tarqalgan manbai bu umumiy tibbiyot shifokorlari tomonidan pielonefrit haqidagi eskirgan tushunchalarni mikrobl-i-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, giperkalsiuriya 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 organizmining 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'rigan 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. – Т. 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.-95с.
 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, -с75-78
 15. Comparative assessment on the effect of different methods of corrective therapy on lipid metabolism and homeostatic renal function. Ishkabulova G.J.¹, Khaydarova K.R.¹, Kudratova G.N.¹, Kholmuradova Z.E.¹
- ¹ Department of Pediatrics, Faculty of Therapeutics, Samarkand State Medical Institute Том: 7 Номер: 3 Год: 2020, -с 2794-2800

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

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