



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**10 (60) 2023**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
Н.Н. ЗОЛОТОВА  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х.ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ШЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**10 (60)**

**2023**

*октябрь*

УДК 616.611-003.7-089.878

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*А.А. Насиров, Ф.Ф. Байахмедов, Т.Т. Нарбаев, Х.Н. Хотамов, Ш.Ш. Холметов, Т.Р. Хошимов*

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

### ✓ Резюме

*Проведенные метафилактические мероприятия, включающие медикаментозные и диетические мероприятия у 52 детей больных МКБ ПГПТ генеза позволили повысить эффективность хирургического лечения мочекаменной болезни и первичного гиперпаратиреозидизма. Регистрируется достоверно низкий показатель частоты рецидивного образования камней у пациентов выполнявших рекомендации в полном объеме по сравнению с теми, кто выполнял их частично или не выполнял совсем. Метафилактические мероприятия проводилась индивидуально каждому ребенку в зависимости от этиопатогенеза и осложнений заболевания. Диету назначали с низким содержанием жиров и натрия (поваренной соли); что являлся самым безопасным для нормального потребления кальция без увеличения риска нефролитиазу (для растущего организма).*

*Ключевые слова: реабилитация детей в послеоперационном периоде, больные почечной формой первичного гиперпаратиреозидизма.*

## ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БИРЛАМЧИ ГИПЕРПАРАТИРОИДИЗМНИНГ БУЙРАК ШАКЛИДАГИ БОЛАЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ

*А.А. Насиров, Ф.Ф. Байахмедов, Т.Т. Нарбаев, Х.Н. Хотамов, Ш.Ш. Холметов, Т.Р. Хошимов*

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Боғишамол кўчаси 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

### ✓ Резюме

*Медикаментоз ва диетик давони ўз ичига олган бирламчи гиперпаратиреозидизм генезли сийдик тош касаллиги билан оғриган 52 беморда ўтказилган метафилактик чоралар сийдик тош касаллигини ва бирламчи гиперпаратиреозидизм даволашни самарадорлигини оширишга ёрдам берди. Тавсия этилган рекомендацияларни толиқ хажмда бажарган беморларда, тавсияларни бажармаган беморларга нисбатан, рецидив тош хосил бўлиши кўрсаткичи ишонarli камайган. Касаллик этиопатогенези ва асоратларига қараб, хар бир болага индивидуал метафилактик чоралар ўтказилган. Нефролитиаз хавфи ошмаслиги ва кальцийни меърида истемол қилиш учун таркибида ёғлар ва натрий (ош тузи) кам миқдорли диета буюрилган.*

*Калит сўзлар: операциядан кейинги даврда болаларни реабилитация қилиш, бирламчи гиперпаратиреозидизмнинг буйрак шакли бўлган беморлар.*

## REHABILITATION OF CHILDREN PATIENTS WITH THE RENAL FORM OF PRIMARY HYPERTHYROIDISM IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

*A.A. Nasirov, F.F. Bayakhmedov, T.T. Narbaev, Kh.N. Khotamov, Sh.Sh. Kholmetov, T.R. Khochimov*

Tashkent Pediatric Medical Institute, 100140, Uzbekistan Tashkent, st. Bogishamol, 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

✓ *Resume*

*Metaphylactic measures carried out in 52 patients with urolithiasis caused by primary hyperparathyroidism, including medication and dietary therapy, helped to increase the effectiveness of the treatment of urolithiasis and primary hyperparathyroidism. Patients who fully followed the recommendations had a significantly lower rate of stone recurrence than those who did not. Depending on the etiopathogenesis and complications of the disease, each child was given individual metaphylactic measures procedures. To reduce the risk of nephrolithiasis and to consume calcium in the right amount a low diet in fats and sodium (salt) was prescribed to the patient.*

*Key words: rehabilitation of children in the postoperative period, patients with the renal form of primary hyperparathyroidism.*

#### Актуальность

Мочекаменная болезнь (МКБ) распространенное заболевание, встречающееся у лиц любого возраста. По данным эпидемиологических исследований, в различных регионах земного шара, число больных МКБ колеблется от 2 до 12% населения [1, 7], больные мочекаменной болезнью составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров [3, 9]. В детском возрасте МКБ, встречается так же часто, как и среди взрослого населения [3, 5, 7, 9].

К нарушению почечных функций и образованию камней приводят многие факторы один из них гиперфункция паращитовидной железы – первичный гиперпаратиреозидизм (ПГПТ). ПГПТ – клинический синдром с характерными симптомами и признаками, обусловленными повышением продукции паратиреоидного гормона (ПТГ) паращитовидными железами. Одной из главных точек приложения в патогенезе ПГПТ является поражение почек ПТГ. Первично паратиреоидный гормон поражает проксимальные извитые почечные канальцы, а вторично – дистальные канальцы [2].

По данным некоторых авторов среди больных МКБ в 5-15% случаях определяется ПГПТ, по результатам исследования Soreide J. A. с группой авторов (1996) среди больных ПГПТ в 30% случаях наблюдается МКБ [6, 8].

Рядом авторов было отмечено, что у 5-10% детей почечные камни, образовавшиеся вследствие гиперкальциемии обусловлены первичным гиперпаратиреозидизмом [4, 6].

Несомненно, что длительная ишемия паренхимы почки конкрементом, уростаз, пиелонефрит, склероз почечной паренхимы под действием избыточного кальция и ПТГ, травмы, нанесенные на почки при удалении камней, влияют на его дальнейшую функцию.

Следует отметить, что для многих больных удаления камней или отхождение конкрементов и их фрагментов из мочевыводящих путей не означает их выздоровления.

**Цель исследования:** Улучшение результатов хирургического лечения почечной формы первичного гиперпаратиреозидизма у детей.

#### Материал и методы

С 2002 по 2020 годы исследовали 2100 детей больных мочекаменной болезнью. Из них у 52(2,47%) детей диагностировали почечную форму (ПФ) ПГПТ, им поэтапно и по показаниям проводили хирургические вмешательства: паратиреоидэктомия (ПТЭ), чрескожная перкутанная нефростомия (ЧПНС) и удаление почечных камней.

Выбор метода первичных хирургических вмешательств (лечения) исходил из осложнений МКБ и ПГПТ, и был направлен на восстановления функции почек и ПЩЖ. Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение требовали индивидуального подхода к каждому больному, и были направлены на восстановление функции почек и патогенетическому лечению ПГПТ.

У 23 (44,2 %) детей из 52 детей больных ПФ ПГПТ выявили обтурирующие камни с клинико-лабораторными признаками острого пиелонефрита.

Ретроспективный анализ лечения детей больных ПФ ПГПТ показал возможность развития осложнений, связанных с выбором тактики хирургического вмешательства.

Дети в послеоперационном периоде были разделены на две группы: дети, получавшие метафилактические мероприятия, включающие медикаментозное и диетическое лечение (43 /82,6%) и дети, не получавшие метафилактическое лечение (9/17,3%). Контрольной группой

служили дети (54 ребенка) больные МКБ без ПГПТ. Среди детей контрольной группы 42 (77,7%) ребенка получали метафилактику, 12 (22,2%) детей не получали.

На первом году наблюдения после ПТЭ ежемесячно проводились общеклинические и специализированные исследования (УЗИ почек, исследование уровня кальция и неорганического фосфора в крови и в суточной моче), ежеквартально исследовали уровень ионизированного кальция, ПТГ, витамина Д и эхоостеометрию. На втором году и в последующие периоды наблюдения осмотр больных проводили два раза в год.

### Результат и осуждения

Профилактика, метафилактика и реабилитационные мероприятия зависели от этиопатогенеза мочекаменной болезни и его осложнений, проводилась до и послеоперационном периоде (с момента поступления больных в стационар), индивидуально для каждого больного и включала следующие задачи:

1. Улучшить функциональную способность почек за счет включения максимального количество нефронов, что позволит быстрее осуществить функцию гомеостаза.
2. Эвакуировать микробные тела и элементы гнойного воспаления.
3. Улучшить почечный кровоток, изменить реологические свойства крови, уменьшить вязкость, что является профилактикой тромбозов почечных вен.
4. Проводить рациональную антибиотикотерапию с учетом микрофлоры мочи и увеличить концентрацию антибактериальных препаратов в сыворотке крови и в зоне воспаления (борьба с пиелонефритом).
5. Противорецидивная терапия, обеспечивающая прекращения роста конкрементов и выведения их из организма.
6. Лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринных желез, нервной и опорно-двигательной системы.
7. Разработка диетотерапии индивидуально для каждого больного.

У всех больных операции на почках (пиело-каликонефролитотомия) заканчивали установлением дренажных трубок в собирательную систему почки (нефро-пиелостомия), с целью контроля за функциональным состоянием почек (диурез), орошение чашечно-лоханочной системы асептическим раствором (0,1% раствор диоксида на 0,25% новокаине) для выведения макролитов и фрагментов конкремента.

Борьба с пиелонефритом осуществлялась с учетом выделяемой микрофлоры и его чувствительности к антибиотикам. Согласно которым, применяли антибиотики и уроантисептики. Их меняли каждые 7-8 дней, под контролем общего анализа мочи. Антибиотикотерапию проводили до нормализации анализа мочи, (анализ мочи повторяли раз в 7 – 10 дней).

Почечные камни, образовавшиеся в щелочной среде (при ПГПТ образуются в щелочной среде фосфатные, оксалатные и смешанные камни) и состоят из минералов фосфата кальция, оксалата кальция, или из смешанных минералов. Для снижения среды мочи и кристаллизации фосфатов и оксалатов повышали диурез (от 1 до 2 – 2,5 литров в сутки) с учетом гидролабильности детского организма. рН мочи исследовали в течение суток, в свежей порции мочи, при каждом акте мочеиспускания. При повышении щелочности мочи применяли метионин (по 0,25 мг, внутрь).

Для снижения экскреции кальция почками ограничивали употребление поваренной соли (основной источник натрия в организме человека) (до 80 - 100 мг/кг в сутки).

Состояние гиперкальциемии и гиперкальциурии при ПГПТ должно было ликвидироваться после ПТЭ, но гиперкальциурия сохранялась и наблюдалась в отдаленном периоде наблюдения (2-5 лет), что свидетельствовало о продолжающемся низком уровне реабсорбции кальция в почечных канальцах. Для восстановления этого процесса применяли тиазидный диуретик (гипотиазид 12,5 мг/сут).

Желчегонных средств аллохол (по 1 таблетки 3 раза в день после еды), холосас (по ¼-1/2 чайной ложке 2-3 раза в день) и кукурузные рыльца (отвар по 1-2 столовой ложке через каждые 3-4 часа) способствовал снижению абсорбции кальция в кишечнике.

Для повышения устойчивости почечной ткани к гипоксии, торможению агрегации тромбоцитов, ускорению образования коллатерального кровотока в почечной паренхиме применяли курантил, трентал (в таблетках, в течение 1-1,5 месяцев). Они обладают – антиагрегантным, сосудорасширяющим свойством, ингибируют фосфотидилэстеразу, снижают вязкость крови, повышают обмен кислорода в почечных нефронах и нормализуют реабсорбцию натрия. Реологические свойства крови повышали применением реополиглюкина (10 мл/кг, в/в).

Димефосфон препарат - антигипоксический, мембраностабилизирующий, иммуностимулирующий, владеет противовоспалительным, радиопротекторным действием (по 30-50 мг/кг, 2-3 раза в день, внутрь). Он восстанавливает метаболические процессы почечной ткани, нормализует кислотно-основное состояние, улучшает кровообращения в органах и тканях.

Снижению склеротических процессов почечной ткани и сосудах применяли никотиновую кислоту (20 – 30 дней, два раза в год). Венорутон способствовал свободному передвижению венозной крови по сосудам почек (по 300 мг, внутрь по 12-15 дней, 2-3 курса с интервалом 20-30 дней).

Анаболический стероид – ретаболил (один раз в 15 дней) стимулирует синтезирования белков в организме, обеспечивает задержку кальция в костях и повышает кальцинацию костной ткани при остеопорозах, улучшает аппетит и общее состояние детей, способствует прибавке массы тела.

Альмагель (по 1-2 чайной ложки, 20 – 30 минут до еды) способствовал нормализацию уровня кальция и фосфора в суточной моче.

Циметидин (по 150 мг, 4 раза в день, внутрь), как антагонист гистамина-H<sub>2</sub> снижал гастродуоденальных симптомов. Препарат, не влияющий на фармакокинетику циметидина, но снижающий токсическое действие кальция амлодипин (норваск) назначали по 1,5 мг/кг в сутки внутрь.

Лечение, направленное на предупреждения развития рецидивных камней и роста резидуальных камней, их выведения из организма проводилось индивидуально, патогенетически обоснованно, с учетом минерального состава конкремента, микрофлоры и pH мочи.

Результаты исследования минерального состава удаленных камней вместе с данными исследования минерального обмена, гормональных исследований составили основу планирования метафилактики.

Метафилактические мероприятия проводились индивидуально для каждого ребенка с учетом возраста, физического развития, от минерального состава удаленных камней, результатов оценки метаболизма, от функционального состояния почек, наличия внешних и внутренних факторов риска.

Пища играет основную роль в патогенезе образования камней, сформированных из кальция (оксалат и фосфат кальция). При составлении диеты поощрялось употребление продуктов с низким содержанием жиров и натрия (поваренной соли); что являлся безопасным для нормального потребления кальция без увеличения риска нефролитиазу.

Коррекция с помощью диетических факторов при МКБ, на наш взгляд, должна заключаться в создании условий, препятствующих росту имеющих камней и образованию новых, способствуя спонтанному отхождению последних. Воздействие лечебного рациона в конечном итоге должно потенцировать действие литолитических средств.

Рекомендуемая диета основывалась на следующих принципах: а) восстановление и поддержание (нейтральной или слабо кислой) реакции мочи, тем самым препятствовать микрокристаллизации; б) удовлетворить потребность больного ребенка в белках, жирах, углеводах и других компонентах пищи; в) соответствовать функциональному состоянию почек; г) исключить жирномолочные и жареные (жирных) блюда; д) 7-9 разовое питание в течение суток, малыми порциями в пределах рациона.

Проведенные лечебно-профилактические мероприятия (метафилактика) направленные на восстановление функции почек, уменьшение обострения пиелонефрита, препятствованию образованию рецидивных камней, растворению и выведению резидуальных и фрагментов конкремента дали положительные результаты.

Из 52 детей больных МКБ ПГПТ генеза 43 (82,6%) ребенка выполняли рекомендации врача своевременно и в полном объеме, 9(17,3%) детей диспансерное наблюдение не посещали и рекомендации врачей не выполняли или не в полном объеме (табл. 1).

Только у 2 (22,2%) детей из 9 не получавших метафилактику наблюдалось клиническое выздоровление.

Таблица 1

**Клиническая оценка результатов метафилактики  
у детей больных МКБ ПГПТ генеза**

Группа анализа		Клинич. выздоровление		Рецидив камней		Гиперпаратиремиа		Нарушение функции почек		Всего	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
МКБ без ПГПТ п-54	Получавшие метафилактику	42	77,7	1	1,85	-		1	1,85	44	81,5
	Не получавшие метафилактику	6	11,1	5	9,2			3	5,5	14	25,9
МКБ с ПГПТ п-52	Получавшие метафилактику	43	82,6	1	1,9	-	-	2	3,8	46	88,4
	Не получавшие метафилактику	2	3,8	5	9,6	3	5,7	5	9,6	15	28,8
Итого		93		12		3		11		119	

У детей, своевременно получавших метафилактику рецидив камнеобразования регистрировался в 1 (2,3%) случае, у детей, не получавших метафилактику рецидив камнеобразования, был зафиксирован у 5 (55,6%) детей ( $P < 0,05$ ).

В отдаленном периоде наблюдения у 3 (33,3%) детей отмечалось повышение уровня ПТГ ( $72,8 \pm 7,0$  пг/мл), витамина Д ( $11,4 \pm 1,3$  пг/мл) и кальций в моче ( $3,9 \pm 0,25$  ммоль/сут). У 2 (22,2%) детей, не получавших метафилактику, в послеоперационном периоде наблюдалось развитие нарушения функции почек.

Реабилитация проводилась индивидуально каждому больному ребенку с учетом лабораторно-клинических анализов и минерального состава удаленного конкремента.

**Заключение**

Таким образом, проведенные метафилактические мероприятия, включающие медикаментозное и диетическое мероприятия, позволили повысить эффективность хирургического лечения мочекаменной болезни и первичного гиперпаратиреозидизма. Регистрируется достоверно низкий показатель частоты рецидивного образования камней у пациентов выполнявших рекомендации в полном объеме по сравнению с теми, кто выполнял их частично или не выполняли совсем.



Метафилактические мероприятия необходимо проводить индивидуально каждому ребенку в зависимости от этиопатогенеза и осложнений заболевания. Диету назначать с низким содержанием жиров и натрия (поваренной соли); это самый безопасный путь нормального потребления кальция без увеличения риска нефролитиаза (для растущего организма).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дзеранов Н.К. Современный подход к диагностике и лечению мочекаменной болезни у детей. // Лечащий врач. 2006;10:62-66.
2. Тиктинский О. Л., Александров В. П. Мочекаменная болезнь – СПб: Медицина. 2000;134-140.
3. Bartosh S. M. Medical mangement of pediatric stone disease // Urol Clin North Am. 2004;31(3):575-87.
4. Butani L, Kalia A. Idiopathic hypercalciuria in children-how valid are the existing diagnostic criteria? // Pediatr Nephrol. 2004;19(6):577-582.
5. Cameron M.A., Sakhaee K., Moe O.W. Nephrolithiasis in children. // Pediatr Nephrol. 2005;20(11):1587-92.
6. Escribano J, Balaguer A, Martin R, Feliu A, Espax R. Childhood idiopathic hypercalciuria-clinical significance of renal calyceal microlithiasis and risk of calcium nephrolithiasis // Scand J Urol Nephrol 2004;38(5):422-6.
7. Nicoletta JA, Lande MB. The Medical estimation and processing urolithiasis. // North Pediatr Clin. 2006;53(3):479-911.
8. Nasirov AN, Bayakhmedov FF, Sobitov IZ. Composition and structure of kidney stones in children with primary hyperparathyroidism. // Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research. Sep 1 2020;8(9):86-90.
9. Nasirov AA, Narbaev TT, Bayakhmedov FF. Frequency and Risk Factors of Stone Formation in Kidneys of Children Experience of the Urology Department of Clinic of Tashpmi 1995- 2019. //Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research. Apr 2021;9(4).
10. Nasirov AA, Sobitov IZ. Osteodystrophy in Children with the Renal form of Primary Hyperparathyroidism. // Asian Journal of Research and Reports in Urology. 2019.
11. Van t Hoff W G. Aetiological factors in paediatric urolithiasis. // Nephron Clin Pract. 2004;98(2):45-8.

**Поступила 10.09.2023**