



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

**NDM**



# **TIBBIOVIYOTDA 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. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (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. ЩЕГОЛОВ (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 616.366:616.37-053.2-089.

## БОЛАЛАРДА ЯГОНА БУЙРАК ВА НЕФРЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БЕМОРЛАР ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Тўйчиев Ғалибжон Ўрманжонович <https://orcid.org/0000-0002-4485-9226>  
Нематжонов Фаррух Зокиржон ўғли <https://orcid.org/0000-0003-4610-2558>  
Вохидов Фарход Шавкатович <https://orcid.org/0009-0007-4995-4920>

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1 Тел: (0-374) 223-94-60. E-mail: info@adti

### ✓ Резюме

Болалар орасида буйрак касалликлари сонини ортиши, шу асосида уларни асоратланган шакллариинг кўпайиши нефруретерэктомиялар сонини ҳам кўпайишига олиб келмоқда. Буйракнинг тузма ва ортирилган касалликларини аниқлаш учун керакли текширув усуллари ишлаб чиқилганлигига қарамасдан, уларни эрта таххислаш кечикиши буйрак касалликларини асоратли кечилишига олиб келиб, натижада беморлар ҳаёт сифати пасайиши кузатилмоқда. Жумладан, ягона буйрак билан қолган болаларда сурункали буйрак етишмовчилигини ривожланиш муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда (М.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, 2004). Ҳозирги кунда буйракларда ўтказиладиган операциялар сони урологияда ўтказилаётган жарроҳлик аралашувларнинг 14-27% ни ташкил қилмоқда (Л.А. Дерюгина, 1991).

Болалардаги ягона буйрак фаолиятини бузилиши айрим муаллифларнинг фикрига кўра, соғлом буйракнинг юқори юклама олганидан (контралатерал буйрак фаолиятини) сўнг аста-секин компенсацион қобилиятини камайиши натижасидир (Дутов В.В., 1980; Хартшорне Н., 1991; Орлова Г.М., 2002, Шокеир АА, 2003). Бошқа бир қатор олимлар фикрича ягона буйрак фаолиятининг сақланишига таъсир кўрсатадиган энг муҳим омиллардан бири бу микробли яллиғланиш жараёнининг кўшилишидир (Лаурент О. Б., 1999).

Муаллифлар нефруретерэктомия қачонки контралатерал буйрак функцияси сақланганлигига тўлиқ ишонч бўлсагина амалга оширилади деган фикрни илгари сурадилар. Лекин, нефруретерэктомиядан сўнг сақланиб қолган буйракдаги морфологик ўзгаришлар операция вақтида олиб ташланган органдаги ўзгаришларга ўхшаиш эканлиги исботланган. Болаларда пиелонефрит ва гидронефрознинг морфологик белгиларини баҳолаш шуни кўрсатдики, аниқ патологик жараён билан озриган болаларда буйрак дисплазияси кўпроқ кузатилади. Бироқ, муаллифлар нефруретерэктомиядан сўнг қолган ягона буйракнинг функционал ҳолатини олиб ташланган орган тўқималарининг дисплазия даражасига боғлиқлигини кўриб чиқмаган.

Калит сўзлар: ягона буйрак, нефруретерэктомия, дисплазия, Sentil усули.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ И НЕФРЕКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Тойчиев Ғалибжон Орманжонович <https://orcid.org/0000-0002-4485-9226>  
Немаджонов Фаррух Закирджонович <https://orcid.org/0000-0003-4610-2558>  
Вохидов Фарход Шавкатович <https://orcid.org/0009-0007-4995-4920>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,  
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

### ✓ Резюме

Увеличение числа заболеваний почек среди детей, а также увеличение их осложненных форм приводит также к увеличению числа нефроуретерэктомий. Несмотря на то, что разработаны необходимые методы обследования для выявления врожденных и

приобретенных заболеваний почек, несвоевременная их ранняя диагностика приводит к осложнениям заболеваний почек, что приводит к снижению качества жизни пациентов.

В частности, остается актуальной проблема развития хронической почечной недостаточности у детей, оставшихся с одной почкой (М.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, 2004). В настоящее время количество операций, выполняемых на почках, составляет 14-27% от оперативных вмешательств, выполняемых в урологии (Л.А. Дерюгина, 1991).

По мнению некоторых авторов, нарушение функции единственной почки у детей является результатом постепенного снижения компенсаторных возможностей здоровой почки после получения высокой нагрузки (функция контралатеральной почки) (Дутов В.В., 1980; Хартшорн Н., 1991; Орлова Г.М., 2002, Шокейр А.А., 2003). По мнению ряда других ученых, одним из важнейших факторов, влияющих на сохранение деятельности единственной почки, является присоединение микробного воспалительного процесса (Лаурент О. Б., 1999).

Авторы полагают, что нефруретерэктомия следует выполнять только при абсолютной уверенности в сохранении функции контралатеральной почки. Однако доказано, что морфологические изменения в почке, сохранившиеся после нефруретерэктомии, аналогичны изменениям в удаленном во время операции органе.

Оценка морфологических признаков пиелонефрита и гидронефроза у детей показала, что дисплазия почек чаще встречается у детей со специфическим патологическим процессом. Однако авторы не исследовали связь функционального состояния единственной оставшейся почки после нефруретерэктомии со степенью дисплазии ткани удаленного органа.

**Ключевые слова:** единственная почка, нефруретерэктомия, дисплазия, метод Sentil.

## ASSESSMENT OF PATIENTS' QUALITY OF LIFE AFTER SINGLE KIDNEY AND NEPHRECTOMY IN CHILDREN

Tuychiev G.U., Nematjonov F.Z., Voxidov F.Sh.

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

### ✓ Resume

An increase in the number of kidney diseases among children, on the basis of which the increase in the number of their complicated forms leads to an increase in the number of nephroureterectomies. Despite the fact that the necessary examination methods have been developed to identify congenital and acquired kidney diseases, the delay in their early diagnosis leads to the complications of kidney diseases, and as a result, the quality of life of patients decreases. In particular, the problem of developing chronic kidney failure in children left with only one kidney remains urgent (M.A. Lopatkin, A.G. Martov, 2004). Currently, the number of operations performed on kidneys is 14-27% of surgical interventions performed in urology (L.A. Deryugina, 1991).

According to some authors, the failure of the single kidney in a child is the result of a gradual decrease in the compensatory ability of a healthy kidney after receiving a high load (contralateral kidney activity) (Dutov V.V., 1980; Hartshorne N., 1991; Orlova G.M., 2002, Shokeir AA, 2003). According to a number of other scientists, one of the most important factors affecting the preservation of single kidney activity is the addition of the microbial inflammatory process (Laurent O. B., 1999).

The authors suggest that nephroureterectomy should be performed only when there is absolute certainty that the function of the contralateral kidney is preserved. However, it has been proven that the morphological changes in the kidney preserved after nephroureterectomy are similar to the changes in the organ removed during the operation. Evaluation of the morphological signs of pyelonephritis and hydronephrosis in children showed that renal dysplasia is more common in children with a specific pathological process. However, the authors did not examine the relationship between the functional status of the single remaining kidney after nephroureterectomy and the degree of dysplasia of the removed organ tissue.

**Key words:** single kidney, nephroureterectomy, dysplasia, Sentil method.

### Дорлабалиги

Замонавий болалар урологиясининг катта ютуқларига қарамай, ягона буйрак ҳолати ва уларда сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланиши ҳозирги вақтга қадар муаммо бўлиб қолмоқда (М.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, 2004). М.Ф. Трапезникова (1987), Л.А. Дерюгина (1991), Бенсон Г. (1997) маълумотларига кўра, ягона буйрак (туғма ва нефруретерэктомиядан сўнги) болалар орасида 1:610 - 1:2000 нисбатда учрайди. Аъзоларга оид (буйраклар) ўтказиладиган операциялар нисбати болалар урологиясида ўтказилган жарроҳлик аралашувлар сонининг 14-27% ни ташкил қилади (Л.А. Дерюгина, 1991). А.Г.Пугачева ва бошқ. (1995) маълумотларига кўра ягона буйрак билан оғриган беморлар орасида буйрак етишмовчилигини ривожланиш хавфи катта бўлиб, 5 йил давомида динамик кузатув қилинганда, сурункали буйрак етишмовчилиги 6-34% ҳолларда ривожланиши аниқланди. Ягона буйракдаги компенсатор-модлашув механизмларига таъсир қилувчи кўплаб омиллар тўғрисида ҳанузгача тўлиқ фикрлар мавжуд эмас.

**Тадқиқот мақсади:** Болаларда ягона буйрак ва нефрэктомиядан кейинги даврда беморлар ҳаёт сифатини баҳолаш.

### Материал ва усуллар

Тадқиқот 2017 - йилдан 2023- йилгача Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг (АВБКТТМ) урология бўлимида бўлган 56 нафар ягона буйраги бўлган болаларни клиник кўрикдан ўтказиш натижаларига асосланган. Мальформация турига қараб, барча болалар 2 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга туғма ягона буйракли 11 нафар (19.64%) бемор киради. Иккинчи гуруҳ - нефруретерэктомия қилинган 45 нафар (80.33%) болалардан ташкил топган. Ўғил болалар биринчи гуруҳда жами 4 нафар, қизлар – 7 нафар, иккинчи гуруҳда: ўғил болалар – 28 нафар, қизлар – 17 нафарни ташкил этди. Гуруҳларни Фишер усули бўйича таҳлил қилишда жинси ва ёшига қараб жиддий тафовутлар аниқланмади. Иккала гуруҳдаги нуқсоннинг локализациясини таҳлил қилинганда, биринчи гуруҳда: ўнг буйракнинг аплазияси 4 нафар беморда, чапда – 7 нафар беморда аниқланди; иккинчи гуруҳда ўнгда нефруретерэктомия 18 нафар беморда, чапда – 27 нафар беморда бажарилган. Шундай қилиб, туғма ягона буйрак билан чап буйрак биров кўпроқ ривожланмаганлиги аниқланди. Кузатувларнинг аксариятида (33 нафар бемор болалар) гидронефрознинг охири босқичида, 7 нафар беморда буйрак функцияси етишмовчилигидаги дисплазия туфайли ва 5 нафар бемор болаларда буйрак гипоплазияси сабабли нефрэктомия қилинганлиги аниқланди. Яъни операция ўтказилган болалар орасида аъзони олиб ташланадиган операцияларнинг ишончли сабаби ( $p < 0.005$ ) гидронефрознинг охири босқичи бўлган. Олиб ташланган аъзод аниқланган морфологик ўзгаришларнинг таҳлили ўтказилганда буйрак тўқималари дисплазиясининг ҳар хил даражаси аниқланди; беморларнинг 7 нафарида буйрак тўқимаси дисплазияси, 12 нафарида енгил дисплазия, кучли ривожланган морфологик тузилмалар 26 нафарида топилган. Таҳлилларда беморларнинг ярмидан кўпида турли даражадаги буйрак тўқималарининг дисплазияси аниқланди. Ягона буйрак билан оғриган болалар сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланиш хавфи юқори бўлган гуруҳлари ҳар 6 ойда поликлиникада уролог томонидан кўрикдан ўтказилиб, ҳар йили Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг (АВБКТТМ) урология бўлимида стационар шароитида кўрикдан ўтказилиб турилади.

**Тадқиқот усуллари:** Болаларда ягона буйракда пиелонефрит ривожланишининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш учун беморлар касаллик тарихини таҳлил қилишни амалга оширдик: анамнестик маълумотлар, касалликнинг клиник кўриниши ва лаборатория маълумотлари ҳисобга олинди. Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг клиник лабораториясида одатдаги усул бўйича барча беморлар умумий қон текширувидан ўтишди: периферик қонда лейкоцитлар сони, лейкоформуланинг ҳолати, ЭЧТ ўрганилди. Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг биокимёвий лабораториясида стандарт усулларга мувофиқ қонни биокимёвий таҳлил қилиш: креатинин ва мочевино даражаси аниқланилди. Сийдикни умумий таҳлил қилишда пиелонефрит кечиши вариантини аниқлаш учун протеинурия, лейкоцитурия даражаси ва бактериурия мавжудлиги аниқланди. Сийдик анализи стандарт усуллар бўйича Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг клиник лабораториясида ўтказилди. Патоген микрофлора ва бактериурия даражасини аниқлаш учун барча беморлар учун сийдикни бактериологик текшириш ўтказилди. Буйракнинг

функционал ҳолатини аниқлаш учун Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг биокимёвий лабораториясида стандарт усулга мувофиқ сувнинг юкланиши билан Реберг-Тареев намунасида фойдаланган ҳолда буйракнинг функционал ҳолатини, гломеруляр фильтрацияни, найчали реабсорбцияни, диурезни кундузги, тунги ҳолати аниқланди.

Жисмоний ривожланиш барча болалар учун Сентил усули буйича, бўйи, вазни, боши ва кўкрак айланаси бўйича сантиметр тақсимлаш жадваллари ёрдамида баҳоланди (Воронцов қатори).

Ягона буйрак ҳолатини динамик мониторинг қилиш учун қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг ультратовуш текшируви Алока (Япония) дан 3,5 частотали конвекс ва чизикли сенсорлар билан БЗБ 2000, 880 650 ва ЗББ 650 эхокамераларида ўтказилди; 5 ва 7,5 МГц бўш қоринга, тадқиқот натижалари қайд қилинган.

Буйракнинг морфологик ва функционал ҳолати экскретор урография ёрдамида баҳоланди. Х-рай планиметрик тадқиқотлар учун беморнинг тана вазнига 1 мл микдорида триомбриаст қабул қилгандан кейин вертикал ҳолатда 5 та фотосурат ишлатилган. Буйракнинг майдони аниқланди (формулада ҳисоблаб чиқилган:  $8 = 7m : * 0,25 * 1 * 6$ , бу ерда 1 - буйракнинг узунлиги, 6 - буйракнинг кенглиги), пелокаликеал тизимнинг майдони:  $(8 = 2 * a * 6 * c / (a + 6))$ , бу ерда а - тос бўшлиғининг узунлиги, 6 - тос бўшлиғининг кенглиги, с - тос бўшлиғининг баландлиги) ва ренокортикал индекс (пелокаликеал тизимнинг майдонини буйрак соҳасига нисбати). Ҳар бир индикатор учун кузатиш даври бўйича йиллик ўзгариш фоизи ҳисоблаб чиқилган.

### Натижа ва таҳлиллар

Ягона буйракнинг пиелонефрит кечишининг хусусиятларини анамнестик маълумотларни ўрганаётганда, бизнинг шифохонамизга қабул қилинишидан олдин 24 нафар бола (20,6%) пиелонефритнинг кучайиши сабабли бир неча бор касалхонага ётқизилганлиги, шу жумладан I гуруҳнинг 6 нафар беморда ва II гуруҳнинг 18 нафар беморда бўлганлиги аниқланди. Клиник аломатлар таҳлили 1-жадвалда келтирилган.

#### 1-жадвал

#### Ягона буйраги бўлган болаларда дастлабки даволашда кузатилган клиник белгилар

| Клиник маълумотлар                          | I гуруҳ<br>(n=11) | I гуруҳ<br>(n=45) | Ҳақиқий<br>фарқлар Р | Жами<br>(n=56) |
|---------------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|----------------|
| Қорин ва бел соҳасида оғриқлар              | 3                 | 11                | 0,19                 | 14(025%)       |
| Бош оғриғи                                  | 1                 | 4                 | 1,0                  | 5 (8,9%)       |
| Дизурик бузилишлар                          | 3                 | 6                 | 0,03                 | 9 (16.07%)     |
| Сийдик тута олмаслик                        |                   | 1                 | 0,11                 | 1 (1.78%)      |
| Ўткир сийдик тутилиши                       |                   | 2                 |                      | 2(3.57%)       |
| Тана ҳароратининг даврий равишда кўтарилиши | 2                 | 10                | 0,91                 | 12 (21.41%)    |
| Сийдик синовларидаги ўзгаришлар             | 2                 | 11                | 1,0                  | 13(23.21%)     |

Жадвалдан кўриниб турибдики, энг кўп учрайдиган аломатлар I - гуруҳнинг 3 нафар беморида ва II - гуруҳидаги 14 беморда кузатилган, шунингдек, 2 ва 10 нафар беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши ва 9 нафар беморларда дизурик бузилишлар кузатилди. Шунингдек, болаларнинг сезиларли 17 нафарида (30,35%) сийдик йўллари касалликларининг клиник кўринишларига эга эмаслиги ва буйраклардаги нуқсонлар ультратовуш текшируви ёрдамида касалликлараро даврда касалликларни текшириш пайтида аниқланган. Болаларни ягона буйрак билан кейинги текширишда биз пиелонефритнинг икки хил кечиш хусусиятини аниқладик. Биринчи хил кечишида клиник белгилар йўқ, лекин сийдик таҳлилидаги паталогик ўзгаришлар билан тавсифланди. Иккинчи клиник кечишида аксинча доимий сийдик синдроми, даврий (йилига 2 мартадан кўпроқ) пиелонефритнинг кучайиши билан тавсифланди. Ягона буйракли болаларда пиелонефритни кечиш хусусиятига қараб икки хил клиник кечишини қандай учрашини ўргандик. Ягона туғма буйрак билан оғриган болаларнинг биринчи гуруҳида пиелонефрит кечишининг биринчи варианты устунлик қилади - 11 тадан 6 тасида, иккинчи гуруҳда болаларнинг учдан икки қисмида 45 нафар бемордан 32 нафарида пиелонефрит

кечишининг иккинчи варианты устунлик қилган. Бу сийдик таҳлилида аниқланган ўзгаришлар билан тасдиқланади.

**Жадвал 2**

**Ягона буйрак билан оғриган бемор болаларда сийдикдаги лаборатор кўрсаткичлар**

| Сийдикдаги ўзгаришлар | I гуруҳ (n=11) | II гуруҳ (n=45) | P    |
|-----------------------|----------------|-----------------|------|
| Протеинурия           | 3              | 30              | 0,16 |
| Лейкоцитурия          | 6              | 38              | 0,28 |
| Микрогематурия        | 2              | 18              | 0,37 |
| Зичлиги               | 1018±1,43      | 1015±1,3        | 0,39 |

Жадвалдан кўриниб турибдики, болаларнинг иккинчи гуруҳида сийдик таҳлилида протеинурия, учдан бири қисмида - микрогематурия кўринишидаги ўзгаришлар аниқланган. Зимницкий синамасида сийдик намунасининг зичлиги иккинчи гуруҳ ( $1018 \pm 1,43$ ) билан таққослаганда шу кўринишда нисбат юзага келмоқда.

Коннинг клиник ҳамда биохимик таҳлилларини ўрганаётганда, биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларда компенсатор-адаптив реакциялар кечишининг бошқача табиатини кўрсатадиган ўзгаришлар аниқланди (жадвал №3).

**Жадвал 3.**

**Беморларда компенсатор-адаптив реакциялар кечишининг таҳлили**

| Кўрсаткичлар                                     | I гуруҳ (n=11) | II гуруҳ (n=45) | P     |
|--------------------------------------------------|----------------|-----------------|-------|
| ЭЧТ мм/соат                                      | 13,1±0,76      | 11,6±2,1        | 0,78  |
| Периферик қондаги оқ қон ҳужайралари * $10^9$ /л | 6,36±0,92      | 7,5±1,2         | 0,86  |
| Эозинофиллар, %                                  | 3,8±1,5        | 1,67±0,6        | 0,43  |
| Нейтрофиллар, %                                  | 51,4±6,78      | 50,7±2,36       | 1,0   |
| Лимфоцитлар, %                                   | 36,3±5,8       | 44,0±2,26       | 0,83  |
| Моноцитлар, %                                    | 8,38±1,89      | 3,6±1,31        | 0,07  |
| Мочевина, ммол/л                                 | 3,87±0,54      | 7,8±0,57        | 0,053 |
| Креатинин мкмол/л                                | 49,8±6,4       | 105,3±9,94      | 0,045 |
| IgA, гр/л иккинчи гуруҳ                          | 1,49±0,69      | 4,2±0,44        | 0,03  |
| IgA, гр/л биринчи гуруҳ                          | 12,42±2,54     | 18,5±0,88       | 0,077 |
| IgM, гр/л                                        | 0,94±0,25      | 1,12±0,07       | 0,054 |

Шундай қилиб, периферик коннинг таҳлилида беморларнинг иккала гуруҳида ҳам яққол яллиғланиш жараёнининг йўқлигини кўрсатади,

Иккинчи гуруҳда конни биохимёвий таҳлилида, биринчи гуруҳга ( $3.87 \pm 0.54$  ммол / л,  $p < 0.05$ ) ва креатинин билан солиштирганда мочеина миқдорининг  $7.8 \pm 0.57$  ммол / л га кўтарилиши кузатилмоқда ( $105,8$ ).  $3 \pm 9,94$  мкмол/л (биринчи гуруҳда  $49,8 \pm 6,4$  мкмол / л,  $p = 0.045$ ). Шундай қилиб, биринчи гуруҳда сурункали буйрак етишмовчилигининг компенсацияланган босқичи 5 нафар беморда аниқланди ( $p = 0.34$ ), иккинчи гуруҳда буйрак етишмовчилигининг терминал босқичи 7 нафар беморда аниқланди ( $p = 0,19$ ), сурункали буйрак етишмовчилигининг декомпенсацияланган босқичи 19 нафар беморда ( $p = 0.007$ ), 27 нафар беморда компенсация қилинган босқич кузатилди.

Туғма ягона буйрак ва нефрэктомиядан сўнг қолган битта буйрак бўлган болаларнинг жисмоний ривожланиши баҳоланди. Баҳолаш оммавий антропометрик текширувлар учун тавсия этилган бўй, вазн, бош ва кўкрак айланасини сентил тақсимоли жадваллари ёрдамида амалга оширилди. Туғма ягона буйракли биринчи гуруҳ болаларининг 4 нафари нормал жисмоний

ривожланишига, 4 нафар жисмоний ривожланишдан ортда қолишда ва 3 нафар болалар кескин жисмоний ривожланишдан ортда қолиши кузатилинди. Нефруретерэктомиядан кейин ягона буйрак қолган иккинчи гуруҳ болаларида даволанаётганда 17 нафар бола нормал жисмоний ривожланган, 23 нафар бола жисмоний ривожланишдан ортда қолишда ва 5 нафар бола кескин жисмоний ривожланиши бузилганлиги аниқланди. Нефрэктомиядан 5 йил ўтгач антропометрик тадқиқот ўтказилганда қуйидагилар аниқланди: Нефрэктомиядан сўнг ягона буйрак билан оғриган болалар орасида 17 нафар бола нормал жисмоний ривожланишига, 23 нафар бола нормал бўлмаган, 5 нафар болада жисмоний ривожланиши оғир бузилганлиги аниқланилди. Нефрэктомиядан сўнг қолган ягона буйрак билан оғриган болаларда, оғир буйрак дисплазияси бўлганда 13 нафарда нормал жисмоний ривожланиш, 13 нафар болаларда баркамол ривожланиш йўқлиги, 4 нафар беморда жисмоний ривожланиш кескин бузилган. Нефрэктомиядан сўнг ягона буйрак билан оғриган болаларда, буйрак тўқималарининг енгил дисплазияси билан 12 нафарида жисмоний жиҳатдан баркамол ривожланиш, 2 нафар болаларда баркамол ривожланиш йўқлиги ва 1 нафар болаларнинг жисмоний ривожланиши кескин бузилган.

### Хулоса

Ягона буйракда компенсатор-адаптив реакциялар жараёни бир қатор омилларга боғлиқлиги аниқланилди: булар буйрак тўқимаси дисплазияси оғирлиги, пастки сийдик йўллариининг функционал ҳолати ва иммунологик реактивликнинг табиати.

Нефруретерэктомиядан сўнг битта буйракда пиелонефритнинг оғирлиги тўғридан-тўғри олиб ташланган органда аниқланган буйрак тўқимаси дисплазияси даражасига боғлиқ. Буйрак тўқимасида аниқ белгиланган дисплазия пиелонефритнинг қайтувчи йўналишини шакллантиради ва қўллаб-қувватлайди, битта буйрак фаолиятини ва ривожланишини секинлаштиради.

Ягона туғма буйракнинг яллиғланиш жараёни пастки сийдик йўллариининг уродинамикасида функционал обструктив турдаги бузилишларнинг ривожланишини ташкил этувчи инфравезикал обструкция туфайли юзага келган яширин кечиш билан тавсифланади.

Пиелонефритнинг яширин кечиши юқори иммунологик ягона туғма буйракдаги реактивлик билан боғлиқдир.

Жисмоний ривожланиши ўзгаришлари қуйдагича: туғма ягона буйракли болаларда баркамол жисмоний ривожланиш, баркамол бўлмаган жисмоний ривожланиш нефрэктомия қилинган болалар учун хосдир.

### АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Гафуров А.А., Тошбоев Ш.О. и. др. Возможности доплерографии в оценке почечного кровотока при обструктивных уropатиях у детей. // Международный журнал научной педиатрии, 2023;(1):14–20. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2023-1-14-20>
2. Адзиев М.Р. Изменения в единственной почке при обтурации мочеточника и степенях обратимости (Клиника-экспериментальное исследование): / Автореф. дис. канд. мед. наук. - Махачкала, 1974..
3. Азихури О.И. Состояние клеточно гуморального иммунитета при пиелонефрите. // Урология и нефрология, 1985;2:10-11.
4. Алферов С.М. Хроническая почечная недостаточность у детей с односторонней обструктивной уropатией, // Урология и нефрология, 1985;6:24-25.
5. Алферов С.М., Пугачев А.Г., Кузнецов В.М., Городецкая С.Б., Ранние стадии хронической почечной недостаточности у детей с врожденными обструктивными уropатиями и результаты оперативного лечения. // Урология и нефрология 1989;3:58-61.
6. Волкова Л.И. Функциональные и морфологические изменения в оставшейся после нефрэктомии почке в зависимости от вида патологического процесса в удаленной, в условиях хрупкого организма: / Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Днепропетровск, 1967.
7. Дерюгина Л.А. Обоснование тактики урологических оперативных вмешательств единственной почке у детей в зависимости от ее компенсаторно - приспособительных реакций: / Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1991.

Қабул қилинган сана 10.09.2023