



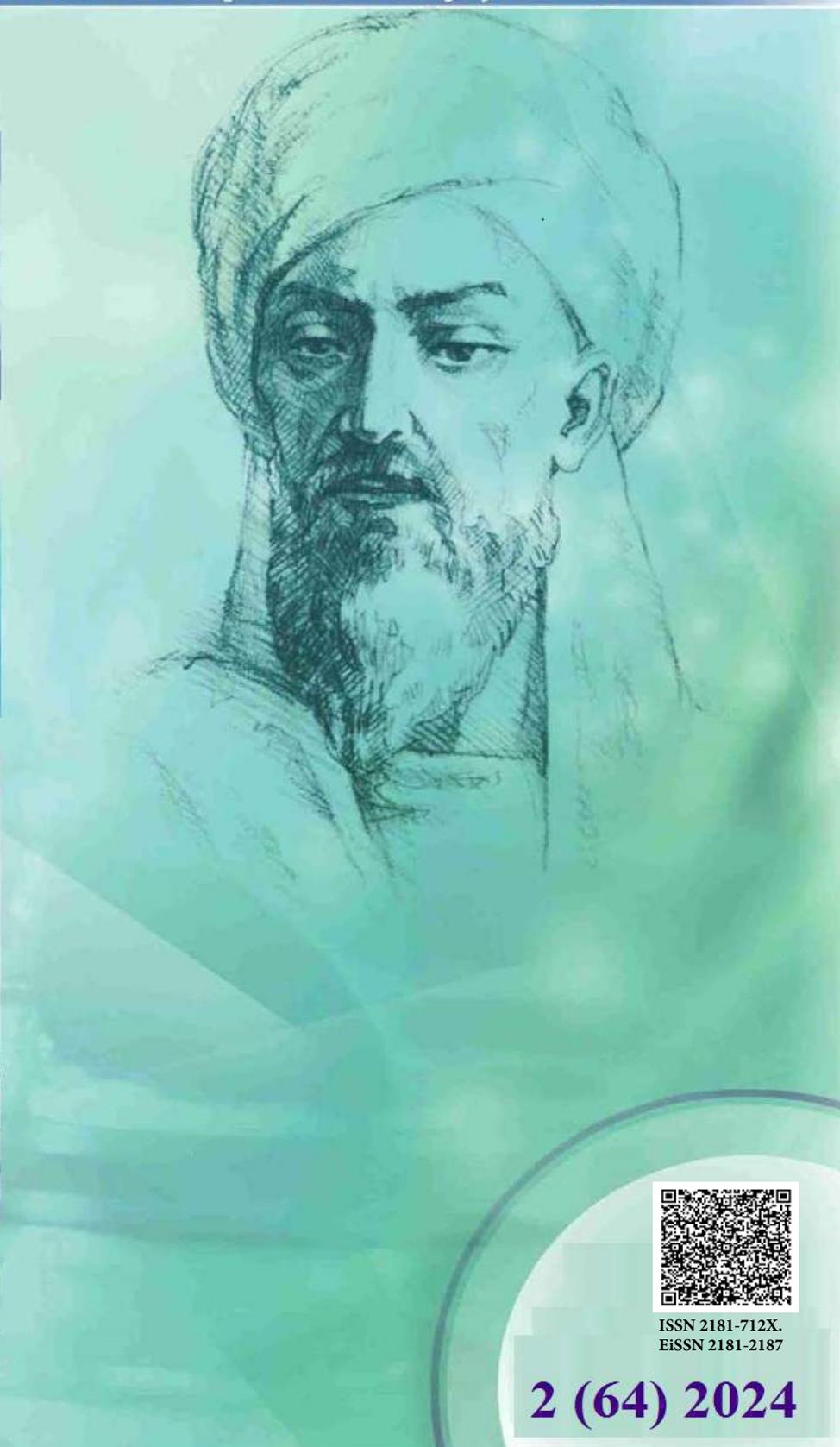
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
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
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)

**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)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 616.62-003.7-092:616.1

KALTSIY OKSALOTLI UROLITIAZ BO`LGAN BEMORLAR SIYDIGIDA METABOLIK O`ZGARISHLARINING KO`RSATKICHI

Gaybullaev A.A. Email: GaybullaevA@mail.ru

Kariev S.S., Dadabayev A.Q., Kuchkarov A.K., Berdibaev T.M.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi O'zbekiston Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek tumani, Parkentskaya ko'chasi 51-uy. Tel: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

✓ *Rezyume*

Ushbu maqolada Toshkent shaxar Ibn Sino nomidagi 1-shahar klinik shifoxonasida kaltsiy oksalatli urolitiaz tashxisi bilan davolangan 18 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan 120 nafar bemorning metabolik holati tekshiruv natijalari haqida ma'lumotlar keltirilgan.

Kalit so'zlar: Sidik tosh kasalligi, urolitiaz, kaltsiy oksalat, metabolik sindrom.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МОЧЕ У БОЛЬНЫХ С КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНЫМ УРОЛИТИАЗОМ

Гайбуллаев А.А. Email: GaybullaevA@mail.ru

Кариев С.С., Дадабаев А.К., Кучкаров А.К., Бердибаев Т.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51. Телефон: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ *Резюме*

В статье представлены сведения о результатах исследования метаболического статуса 120 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, находившихся на лечении с диагнозом «кальций-оксалатная уrolитиаз» в 1-й городской клинической больнице имени Ибн Сино города Ташкента.

Ключевые слова: Мочекаменная болезнь, уrolитиаз, кальций оксалат, метаболический синдром.

INDICATOR OF METABOLIC CHANGES IN THE URINE OF PATIENTS WITH CALCIUM OXALATE UROLITHIASIS

Gaybullaev A.A. Email: GaybullaevA@mail.ru

Kariev S.S., Dadabayev A.Q., Kuchkarov A.K., Berdibaev T.M.

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street 51
Phone: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ *Resume*

This article presents information about the results of the metabolic status examination of 120 patients aged 18 to 70 who were treated with the diagnosis of calcium oxalate urolithiasis in the 1st city clinical hospital named after Ibn Sino, Tashkent city.

Key words: Urinary stone disease, urolithiasis, calcium oxalate, metabolic syndrome.

Dolzarbligi

Siydik tosh kasalligi (STK) butun dunyoda eng ko'p tarqalgan kasalliklarda biri hisoblanadi. Bir nechta tadqiqotlar natijasiga ko'ra STK dunyo bo'yicha tarqalganligi 3.5-9.6% [1,4] tashkil etadi. Urologik kasalliklar tarkibida urolitiyoz uchunchi o'rinda turadi va 30-40% tashkil etadi. Mamlakatlar miqyosida tadqiqotlarni o'rganib chiqilganda STK tarqalganligi Evropa mamlakatlarida 5-10% ni, AQSHda 7-15%ni, arab mamlakatlarida 20%, Osiyo davlatlarida 1-5%ni tashkil etadi [2,4].

Turli mamlakatlarda olib borilgan epidemiologik tadqiqotlar natijalari STKni aholi orasida aniqlanishini doimiy o'sish tezligi ortganligini ko'rsatadi. AQSHda har 100 000 aholiga birinchi marta aniqlangan STK holatlari (1950-1954) 58.7 dan (2000) 85.1 gacha [2], Yaponiyada- (1965) 43,7 dan (2005) 134 gacha [5] Rossiyada- (2002) 123,3 dan (2013) 178 gacha ko'paygan [6]. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2016 yildagi rasmiy statistik ma'lumotlariga ko'ra, siydik-tosh kasalligi bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 737,5 kishiga yetdi va so'nggi 10 yilda uning o'sishi 25 foizdan oshdi [7]. O'zbekistonda STK tarqalishi o'rtacha 4,5% ni tashkil etadi. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi statistika boshqarmasining ma'lumotlariga ko'ra, 2005 yilda respublika bo'yicha STK bilan kasallanganlar soni 100 ming aholiga yana 50,5 ga oshdi. 2006 yilda Respublika bo'yicha ushbu ko'rsatkichning qiymati 100 ming aholiga 48,29 ni tashkil etdi. Xorazm viloyatida ushbu ko'rsatkichning eng yuqori darajasi 100 ming aholiga 225,15 ni tashkil qiladi. Uning o'sishi 2005 yilga nisbatan 16,66% ni tashkil etdi. Agar 2006 yilda O'zbekiston Respublikasi aholisining umumiy kasallanish tarkibida urolitiyoz atigi 3,0 foizni tashkil etgan bo'lsa, 2016 yilga kelib bu ko'rsatkich 4,2 foizga oshdi. O'zbekiston ekologik ahvoli noqulay bo'lgan mamlakatlar qatoriga kiradi, bu erda siydik toshlari bo'lgan bemorlarning paydo bo'lishi va progressiv o'sishi barqaror xarakterga ega. Bu, o'z navbatida, aholi salomatligi ko'rsatkichlarining yomonlashishiga olib keladi [8].

Kam jarrohli usulida va konservativ hamda fitoterapiya yordamida STK davolash usullari ishlab chiqilgan va amaliyotga tatbiq etilgan, ammo bu kasallikning xavfli omillaridan biri kasallikni takrorlanishini kamaytirmaydi. Takroriy tosh hosil bo'lishi 5 yil ichida 50% ni tashkil qiladi [9].

Buyrak toshlarining paydo bo'lishi va shakllanishining eng keng tarqalgan sababi metabolik jarayonlarning buzilishi, xususan, qonning suv-tuz va kimyoviy tarkibidagi o'zgarishdir. Toshlarining paydo bo'lishiga yordam beradigan ma'lum shartlar mavjud: 1) siydikdagi glomerulyar filtratning bir yoki bir nechta tarkibiy qismlarining yuqori darajasi; 2) bakterial infeksiyalarda vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan va vodorod ionlarining turli konsentratsiyalarida turli tuzlarning cho'kmasining hosil bo'lishiga olib keladigan siydik pH o'zgarishi; 3) mustaqil siyish aktini buzilishiga sabab bo'luvchi va siydik dimlanishiga olib keluvchi havf omillar paydo bo'lganda; 4) ba'zi tosh hosil qiluvchi ingibitorlarning etishmasligi [10].

Buyrak toshlarining 80% ga yaqini kaltsiy noorganik birikmalaridan tashkil topgan, oksalatlar 60-70%, fosfatlar – 15-20%, karbonatlar –1-5% uchraydi. Eng kam uchraydigan protein toshlari 0,4-0,6% hollarda uchraydi (sistin, ksantin va boshqalar) [11].

Barcha siydik yo'llari toshlari orasida kaltsiy oksalat toshlari eng ko'p uchraydi. Ularning tarkibiga kaltsiy oksalat gidratlar (monohidrat va dihidrat kaltsiya oksalati). kaltsiy), ba'zida ularni siydik kislotasi yoki fosfatlar bilan birligida uchrashi mumkin [12] Kaltsiy oksalat minerallari hosil bo'lish jarayoni kechadigan matretsa, organik asosga ega. Urolit minerallarining rivojlanish va kottalashishining ma'lum bir nuqtasida bu jarayon to'xtaydi. Mineral qatlam ustida yupqa organik plyonka hosil bo'lishni boshlaydi, bu jarayon qaytalanishi, natijada hosil bo'layotgan toshning ichki tuzilishi ritmik-davriy tusga ega bo'ladi [13].

Kaltsiy-oksalat va kaltsiy fosfat shaklli urolitiyozda moddalar almashuvining umumiy va spetsifik buzulishlarida peshibda kristaluriyaning mavjudligi kasallikning uziga hosligini ko'rsatadi [14.15.16].

Tadqiqot maqsadi: Kaltsiy oksalat toshi aniqlangan bemorlarda siydikda tosh hosil bo'lishining havf omillari (pH, kaltsiy, oksalat) ni o'rganish.

Material va usullar

Tadqiqot ob'ekti sifatida 2021 yanvar - 2023 yil dekabr davomida TXKMRM urologiya va andrologiya kafedrasida bazasi Ibn Sino nomidagi 1-shahar klinik shifoxonasiga kaltsiy oksalatli urolitiaz tashxisi bilan davolangan 18 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan 120 nafar bemor ko'rikdan o'tkazildi.

Qo'shish mezonlari: 18 yosh va undan katta; kaltsiy oksalatli urolitiaz tashxisi aniqlangan, siydik yo'llaridan mustaqil tosh tushgan yoki kam invaziv jarrohlik usulida siydik yo'llaridan tosh olingan bemorlar.

Cheklash mezonlari: 18 yoshdan kichik bo'lgan, buyrak va siydik yo'llarida rezidual toshlari mavjud, Siydik eo'llari infeksiyasi bo'lgan, siydik yo'llari rivojlanish nuqsoni mavjud, surunkasi buyrak kasalliklari (glomerulonefrit, surunkali buyrak kasalligi), oshqozon ichak trakti kasalliklari, qandli diabet, podagra, doimiy arterial gipertenziya kasalliklari bor bemorlar.

Umumiy klinik tekshiruv usullari: shikoyatlarni o'rganish, hozirgi kasallik tarixi, hayot tarixi haqida ma'lumot to'plash, obektiv ko'rik; Diurez kundaliklari.

Instrumental usullar: ultratovush, rentgenologik (sharxlovchi, ekskretor urografiya, radioizotop renografiya va kerak bo'lganda KT);

Laboratoriya usullari: umumiy va biokimyoviy qon tahlili, siydik pH ni o'lchash, peshob metabolik o'zgarishi tadqiqotlari (Ca, Ox), kiristaluriyani (CU) aniqlash, toshlarning mineral tarkibini o'rganish.

Bemorlarni tadqiqotga qo'shgunga qadar birlamchi giperparatiroidoz (BGPT) ni istisno qilish uchun qondagi Ca o'rganildi. Giperkalsemiya (qon zardobidagi Ca 2,5 mmol/l dan yuqori) bo'lsa, qondagi noorganik fosfor (Pi) kontsentratsiyasi va Paratiroid gormon (PTG) tarkibi qo'shimcha ravishda tekshiriladi. Giperparatiroidizm belgilari va paratiroid gormoni darajasi yuqori bo'lgan bemorlar ushbu tadqiqotga kiritilmagan.

Biokimyoviy tadqiqotlar va minerallar almashinuvini o'rganish Humalyzer 2000 apparatida (Human GmbH, Germaniya), Human GmbH (Germaniya) reagentlari yordamida amalga oshirildi.

Bimorlar 1 - 2 guruhga saralandi, har bir guruhga 60 ta bemor tanlanib olindi, bemorlar umumiy soni 120 tani tashkil etdi.

1-guruhga umri davomida birinchi marta buyrak sanchig'ini kuzatilgan, UTT, rentgen yoki MSKT yordamida siydik ajratish tizimida tosh aniqlangan, laborator usulda Kaltsiy oksolt urolitiaz (KOU) aniqlangan, siydik yo'lidan tosh mustaqil tushgan yoki kam invaziv usulda tosh olinganiga kamida 1 oy bo'lgan bemorlar kiritilgan. 1- guruh bemorlari KOU kam havf omili mavjud bemorlar hisoblanadi.

2-guruhga umri davomida ikki va undan ortiq marta buyrak sanchig'ini o'tkazgan, UTT, rentgenologik yoki MSKT yordamida siydik ajratish tizimida tosh aniqlangan, laborator usulda KOU tasdiqlangan, siydik yo'lidan tosh mustaqil tushgan yoki kam invaziv usulda tosh olinganiga kamida 1 oy bo'lgan bemorlar kiritilgan. 2 -guruh bemorlari KOU yuqori havf omili mavjud bemorlar hisoblanadi.

Bemorlarning yoshi va jinsi bo'yicha taqsimlanishi. 1 Jadval.

| Yoshi (yillarda) | Erkak | | Ayol | | Jami | |
|---------------------|-------|-------|------|-------|------|--------|
| | soni | % | soni | % | soni | % |
| 20 gacha | 5 | 4,16 | 4 | 3,33 | 9 | 7.5 |
| 20-29 | 14 | 11,66 | 11 | 9,16 | 25 | 20,833 |
| 30-39 | 25 | 20,83 | 24 | 20 | 49 | 40,833 |
| 40-49 | 10 | 8,33 | 9 | 7,5 | 19 | 15,833 |
| 50-59 | 6 | 5 | 4 | 3,33 | 10 | 8.33 |
| 60 ≥ | 3 | 2,5 | 5 | 4,16 | 8 | 6,66 |
| Jami | 63 | 52,48 | 57 | 47,48 | 120 | 100,00 |

Litogenezning kaltsiy oksalatli turi bo'lgan bemorlarda buyraklarning funktsional imkoniyatlari va siydik xavf omillari holati.

Bemorlarning metabolik holati davolashni boshlashdan oldin, tosh mustaqil tushgandan so'ng yoki kaminvaziv jarrohlik usulida davolangandan bir oydan so'ng dastlabki ma'lumotlarga asoslanib baholandi (baseline). 120 nafar bemorda Diurez (D) holati, peshobda pH holati, kaltsiy (Ca) va oksalat (Ox) ning ekskretsiyasi o'rganildi. Mavjud ma'lumotlar statistik ishlovdan o'tkazildi.

Diurez holati.

Bemorlarda kunlik diurez hajmi (KDH) 1 guruhda o'rtacha $1,12 \pm 0,01$ l/sut (KDH = 1,42-1,5 L). 2 guruhda KDH $1,08 \pm 0,07$ л/сут (1,02-1,40). 1 va 2 guruh o'rtasida KDH farqi sezilarli edi. 1-guruhga nisbatan 2-guruh KDH 30,32% ga ($p < 0,05$) pastligi aniqlandi.

Bemorlar diurezi holati. 2 Jadval.

| Ko`rsatkich | 1 guruh | | | |
|---------------|-----------|-------------|-------------|-----------------------|
| | n=30 | < 1,5 л/сут | < 1,0 л/сут | 1,5-2,0 л/сут (норма) |
| diurez, л/сут | 1,12±0,01 | 22 (73,33%) | 7(23,33%) | 2 (6,66%) |
| Ko`rsatkich | 2 guruh | | | |
| | n=30 | < 1,5 л/сут | < 1,0 л/сут | 1,5-2,0 л/сут (норма) |
| diurez, л/сут | 1,08±0,07 | 26 (86,66%) | 4 (13,33%) | - |

Siydikning pH holati:

Tekshirilayotgan bemorlarda siydikning o`rtacha pH qiymati 5,49+0,01 (DI = 4,40-6,10) ni tashkil etdi. 1 guruhda siydikning o`rtacha pH 5,7+0,01, 2 guruhda 5.1+0,01 ni tashkil etdi. Tekshiruvlar natijasiga ko`ra 2 guruh bemorlarida pH pastligi aniqlandi.

Bemorlarning siydigi pH holati. 3 Jadval

| Ko`rsatkich | Bemorlar | pH< 5,8 | pH< 6,0 | 6,0-6,4 |
|-------------|------------|-------------|-------------|------------|
| N / (%) | 120 (100%) | 94 (78.33%) | 16 (13,33%) | 10 (8,33%) |
| pH | 5,49±0,01 | 5,60±0,01 | 5,40±0,01 | 6,30±0,02 |

CaOx kristallanishi sodir bo`lganda pH 5,0-6,0 oralig`ida bo`lgan bemorlar soni 110 (91,66%), o`rtacha pH 5,49±0,02 ni tashkil etdi.

Bemorlarni 1 va 2 guruhda siydigi pH bo`yicha taqsimlash. 4 Jadval.

| pH | 1- guruh N | 1- guruh % | 2- guruh N | 2- guruh % |
|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Jami | 60 | 100 | 60 | 100 |
| < 5,8 | 37 | 61,66 | 46 | 76,66 |
| < 6,0 | 15 | 25 | 12 | 20 |
| < 6,2 | 5 | 8,33 | 2 | 3,33 |
| < 6,4 | 3 | 5 | | |
| 7,0 | - | - | - | |

Shunday qilib, 91,66% bemorlarda siydik pH ko`rsatkichi meyoridan past.

Ca ning KE si miqdori. 5 Jadval

| Ko`rsatkich | M±m | < 5,0 mmol/sut | 5,0-8,0 mmol/sut | >8,0 mmol/sut |
|-------------------------|-----------|----------------|------------------|---------------|
| N=120 | 6,15±0,09 | 6 | 102 | 12 |
| 1 g (n=60) | 6,51±0,12 | 4 | 52 | 4 |
| 2 g (n=60) | 6,25±0,12 | 2 | 50 | 8 |
| guruhlar orasida-p<0,05 | | | | |

Siydikda tosh hosil bo'lishida ishtrok etuvchi havf omillari holati va faolligi:

Kaltsiy (Ca) litogenezning muhim tarkibiy qismidir. Adabiyotlarga [8, 9] ko'ra kaltsiyli siydik toshlarini shakllanishi jarayoni giperkaltsiuriya ($>8,0$ mmol/24 soat) va normokaltsiuriya ($<5,0$ mmol/24 soat) holatida ham sodir bo'lishi mumkin. Tekshiruvdan o'tgan 1- va 2-guruh 114 ta (95%) bemorlarda kaltsiyning kunlik ekskretsiyasi (KE) darajasi $6,19 + 0,09$ mmol/24 soatni tashkil etdi (DI= $1,15-22,14$ mmol/24 soat) va meyoriy ko'rsatkichga qaraganda sezilarli darajada deyarli 4 barobar yuqori edi.

Kaltsiuriya $>5,0$ mmol/24 soat 120 bemordan 102 nafarida (85%) kuzatilgan va o'rtacha $6,97+0,10$ mmol/24 soatni tashkil qilgan. Ulardan 1 guruhda 52 nafar (86.66%), 2 guruhda 50 nafar (83,33%).

Giperkaltsiuriya faqat 12 ta (10%) bemorda topilgan va o'rtacha $11,25 + 0,34$ mmol/24 soat. Ulardan 1-guruhda 4 ta (6,66 %) 2 ta guruhda 8 nafari (13,33 %). Ya'ni, giperkaltsiuriya 1-guruhga qaraganda 2-guruhda ko'poq. Havf omili yuqori bo'lgan bemorlarda kaltsiuriyaning uchirashi yuqori.

Normokaltsiuriya 6 (5%) bemorda aniqlangan va $4,02+0,01$ mmol/24 soatni tashkil qilgan. Ulardan 1-guruhda 4 ta (6,66 %) 2-guruhda 2 ta (3,33 %).

Oksalat (Ox) kaltsiy toshining shakllanishining navbatdagi promouteridir. Adabiyotlarga [8, 9] ko'ra $0,5$ mmol/24 soatdan ortiq KE Ox darajasi giperoksaluriya hisoblanadi va korreksiya uchun ko'rsatma hisoblanadi. Bemorlarda Ox KE $1,94 + 0,04$ mmol/24 soatni tashkil qildi (DI = $0,15-11,31$ mmol/24 soat) va bu meyor ko'rsatkichidan 15 barobar ko'p.

Ox siydikda KE holati. 6 Jadval.

| Ko'rsatkich | M \pm m | < 0,5 mmol/24h | > 0,5 mmol/24h |
|-------------|---------------------|----------------|---------------------|
| Bemorlar | $1,94\pm 0,04^*$ | 0 | $1,99+0,04^*$ |
| 2 guruh | 60 $1,07+0,07$ | 0 0 | 60 $1,11+0,05$ |
| 1 guruh | 60 $1,02+0,42$ | 0 | 60 $1,07+0,06$ |
| p<0,05 | | | |

Xulosa

pH qiymati $<5,8$ bo'lgan bemorlarda siydikda pH korreksiyasini bajaruvchi terapiyaga ko'rsatma hisoblanadi. 1-guruhda siydikning o'rtacha pH $5,7+0,01$, 2-guruhda $5.1+0,01$ ni tashkil etdi. 120 ta bemordan 78% da pH o'rtacha qiymati $<5,6$ teng.

Tekshirilgan bemorlarda siydikdagi Ca KE meyor ko'rsatkichga nisbatan 15 baravar yuqori. Kaltsiuriya $>5,0$ mmol/24 soat 120 (85%) bemorda kuzatilgan va o'rtacha $6,97+0,10$ mmol/24 soatni tashkil qilgan. Ulardan 1-guruhda 52 (60 nafari 86.66%) 2- guruhda va 50 nafari (60 nafarning 83,33%). 6 ta holatda litogenez jarayonlari normokaltsiuriya (10%). Giperkaltsiuriya 2-guruh havf omili yuqori bo'lgan bemorlarda uchirashi yuqori – 13,33%.

Tekshirilgan bemorlarda siydikdagi Ox meyor ko'rsatkichga qaraganda 3 barobar yuqori va o'rtacha $1,99+0,04$ mmol/24 soatni tashkil etdi. Giperoksaluriya 1 va 2 guruhda bir xil chastotada kuzatildi.

Kaltsiy oksolatli urolitiaz bo'lgan bemorlarda organizimning metabolik holatini (siydikda pH, kaltsiy, oksolat) holatini tekshirish va korreksiya qilish maqsadga muvofiq.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Curhan G, Goldfarb D. A. T. Epidemiology of Stone Disease. 2-nd International Consultation on Stone Disease. 2007. № 9. P.11-20. // Urol Clin North Am. 2007 Aug; 34(3):287-293. Или Goldfarb DTA, Curhan G (2008) Epidemiology of stone disease. In: Denstedt J, Khoury S (eds) Stone disease. Health Publications, Paris, pp 11-19.
2. Lieske JC, Pena de la Vega LS, Slezak JM, Bergstralh EJ, Leibson CL, Ho KL, et al. Renal stone epidemiology in Rochester, Minnesota: an update. // Kidney Int 2006;69(4):760-764.
3. Romero V, Akpınar H, Assimos DG. Kidney stones: a global picture of prevalence, incidence, and associated risk factors. // Rev Urol 2010;2(2-3): e86–e96.

4. Scales CD, Smith AC, Hanley JM, Saigal CS. Prevalence of kidney stones in the United States. // *Eur Urol* 2012;62:160-165. doi: 10.1016/j.eururo.2012.03.052
5. Yasui T, Iguchi M, Suzuki S, Kohri K. Prevalence and epidemiological characteristics of urolithiasis in Japan: national trends between 1965 and 2005. // *Urology* 2008;71(2):209-213. doi: 10.1016/j.urology.2007.09.034.
6. Заболеваемость населения Российской Федерации в 2013 году: Статистические материалы. М.; 2014г. (электронная версия МЗ РФ и ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗРФ) Заболеваемость населения Российской Федерации в 2013 году (статистический сборник, 2014 г.); URL: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/zabolevaemost_2014.rar
7. Аполихин О.И. [и др.] Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации (2005-2016 годы) // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2018;4:4-14.
8. Гайбуллаев А.А., Кариев С.С. Диагностика и неселективная терапия кальциевого уролитиаза. (Методические рекомендации Ташкент 2018).
9. EAU Guidelines. Edn presented at the EAU Annual Congress, // Amsterdam, the Netherlands. 2020. ISBN 978-94-92671-07-3.
10. Буданов А.А., Медведев В.Л., Курзанов А.Н., и др. Паратиреоидный гормон-родственный протеин как предиктор развития мочекаменной болезни. // *Инновационная медицина Кубани*. 2020;1(17):41-46.
11. Назаров Т.Х., Ахмедов М.А., Рычков И.В., Трубникова К.Е., Николаев В.А., Турсунов А.И. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, диагностика и лечение. // *Андрология и генитальная хирургия*. 2019;20(3):43-51. <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2019-20-3-43-51>.
12. Кустов А.В., Морыганов М.А., Стрельников А.И., Журавлева Н.И., Айрапетян А.О. Количественный минералогический анализ камней и диагностика метаболических нарушений у пациенток с кальций-оксалатным уролитиазом. // *Урология*. 2016;1:11-15.
13. Полиенко А.К. Особенности морфологии и структуры уролитов. // *Урология*. 2019;2:21-25. <https://doi.org/10.18565/urology.2019.2.21-25>.
14. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб.: Питер, 2000;384.
15. Hussain M, Rizvi SA, Askari H, Sultan G, Lal M, Ali B, Naqvi SA. Management of stone disease: 17 years experience of a stone clinic in a developing country. // *J Pak Med Assoc*. 2009.
16. Eisner BH, Goldfarb DS, Pareek G. Pharmacologic treatment of kidney stone disease. // *Urol Clin North Am*. 2013;40(10):21-30.
17. Крючков И.А. [и др.] Мочекаменная болезнь: этиология и диагностика (Обзор литературы) // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2017;6(2):517-522.

Qabul qilingan sana 20.01.2024