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

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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
М.Р. МИРЗОЕВА
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
Ш.Т. САЛИМОВ
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)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2024, Accepted: 02.05.2024, Published: 10.05.2024

UDC 616-07.089.346.381.053

BIRLAMCHI GIPERPARATIROIDIZMNING BUYRAK SHAKLI BO'LGAN BOLALARNI OPERATSIYADAN KEYINGI DAVOLASH

Nosirov A.A., Bayaxmedov F.F.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ ***Rezyume***

BGPT kelib chiqishi bo'lgan urolitiyaz bilan og'rigan 52 nafar bolada dori-darmonlar va dietani o'z ichiga olgan metafilaktik choralar urolitiyaz va birlamchi giperparatiroidizmni jarrohlik davolash samaradorligini oshirishga imkon berdi. Tavsiyalarga to'liq amal qilgan bemorlarda ularni qisman bajargan yoki umuman bajarmagan bemorlarga nisbatan takroriy tosh shakllanishining sezilarli darajada past darajasi qayd etilgan.

Profilaktik tadbirlar kasallikning etiopatogenezi va asoratlariga qarab har bir bola uchun alohida o'tkazildi. O'sayotgan organizm uchun ratsion tarkibida kam yog'li va kam natriy (osh tuzi) bolgan, nefrolitiaz xavfini oshirmasdan, kaltsiyni meyorida iste'mol qilish uchun eng xavfsiz bo'lgan parhez buyurilgan

Kalit so'zlar: operatsiyadan keyingi davrda bolalarni reabilitatsiya qilish, birlamchi giperparatiroidizmning buyrak shakli bo'lgan bemorlar

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПОЧЕЧНОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Носиров А.А., Байахмедов Ф.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, ул. Богишамол, 223, Ташкент, Узбекистан, 100140, телефон: 8 71 260 36 58 E-mail: 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 гиперпаратиреоидизма. 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.

Профилактические мероприятия проводилась индивидуально каждому ребенку в зависимости от этиопатогенеза и осложнений заболевания. Диета 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, пациенты с почечной формой первичного гиперпаратиреоза.

POSTOPERATIVE TREATMENT OF CHILDREN PATIENTS WITH THE RENAL FORM OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Nosirov A.A., Bayakhmedov F.F.

Tashkent Pediatric Medical Institute, 223 Bogishamol Street, Tashkent, Uzbekistan 100140, phone: 8 71 260 36 58 E-mail: interdep@tashpmi.uz

✓ ***Resume***

Metaphylactic measures carried out in 52 patients with urolithiasis caused by primaryhyperparathyroidism, 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. which was the safest for normal calcium intake without increasing the risk of nephrolithiasis (for a growing body).

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

Dolzarbligi

Urolitiaz har qanday yoshdagi odamlarda uchraydigan keng tarqalgan kasallikdir. Epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, dunyoning turli mintaqalarida urolitiyaz bilan og'rigan bemorlar soni aholining 2 dan 12% gacha [1, 7], urolitiyaz bilan kasallanganlar urologik shifoxonalar umumiy bemorlarining 30-40% ni tashkil qiladi [3, 9]. Bolalikda urolitiyaz kattalar populyatsiyasida bo'lgani kabi tez-tez uchraydi [3, 5, 7, 9].

Ko'pgina omillar buyrak funktsiyasining buzilishiga va toshlarning shakllanishiga olib keladi, ulardan biri paratiroid bezining giperfunktsiyasi – birlamchi giperparatiroidizm (BGPT). BGPT – paratiroid bezlari tomonidan paratiroid gormoni (PTG) ishlab chiqarishning ko'payishi natijasida yuzaga keladigan xarakterli alomatlar va belgilarga ega klinik sindrom. BGPT patogenezida qo'llashning asosiy nuqtalaridan biri PTG bilan buyrak shikastlanishidir. Paratiroid gormoni, birinchi navbatda, proksimal buyrak kanalchalariga, ikkinchidan – distal kanalchalarga ta'sir qiladi [2].

Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, urolitiaz bilan og'rigan bemorlarda BGPT 5-15% hollarda aniqlanadi; Soreide J. A. ва mualliflar guruhi bilan olib borilgan tadqiqot natijalariga ko'ra (1996), BGPT bilan og'rigan bemorlarda STK 30% xollatlarda kuzatiladi [6, 8].

Bir qator mualliflarning ta'kidlashicha, 5-10% bolalarda giperkaltsiuriya natijasida hosil bo'lgan buyrak toshlari birlamchi giperparatiroidizm tufayli yuzaga keladi [4, 6].

Shubhasiz, buyrak parenximasining toshlar bilan uzoq muddatli ishemiyasi, urostaz, pielonefrit, ortiqcha kaltsiy va PTG ta'sirida buyrak parenximasining sklerozi, toshlarni olib tashlash paytida buyraklarga yetkazilgan shikastlanishlar uning keyingi faoliyatiga ta'sir qiladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, ko'plab bemorlar uchun toshlarni olib tashlash yoki toshlar va ularning parchalari siydik yo'llaridan o'tishi ularning tiklanishini anglatmaydi.

Tadqiqot maqsadi: Bolalarda birlamchi giperparatiroidizmning buyrak shaklini jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash.

Material va usullar

1992 yildan 2009 yilgacha 2100 ta urolitiyazli bolalar o'rganildi. Ulardan 52 (2,47%) bolalarda BGPTning buyrak shakli (BSh) tashxisi qo'yilgan, ularga bosqichma-bosqich va ko'rsatmalarga ko'ra jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi: paratiroidektomiya (PTE), teri orqali punksio'n nefrostomiya (TPNS) va buyrak toshlarini olib tashlash.

Bolalarda BGPTнинг BShni jarrohlik yo'li bilan davolashning maqsadlari:

1. Bolalarda BGPTнинг BSh uchun birlamchi jarrohlik aralashuvi uchun ko'rsatmalarni aniqlash.
2. Birlamchi jarrohlik aralashuvlar (giperkalsemiya va gipokalsemiya) asoratlarini o'rganish, diagnostika va davolash usullarini ishlab chiqish.
3. Bolalarda BGPTнингBShni jarrohlik davolash bosqichlari va muddatlari algoritmini ishlab chiqish.

Birlamchi jarrohlik aralashuvlar (davolash) usulini tanlash urolitiyaz va BGPT asoratlariga asoslangan bo'lib, buyraklar va paratiroid bezining faoliyatini tiklashga qaratilgan edi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi davolanish har bir bemorga individual yondashuvni talab qildi va buyrak funktsiyasini tiklash va BGPTни patogenetik davolashga qaratilgan.

BGPTning BSh bilan og'rigan 52 bolaning 23 tasida (44,2%) o'tkir pielonefritning klinik va laboratoriya belgilari bilan to'sqinlik qiluvchi toshlar aniqlandi.

9 (39,1%) bolalarda birlamchi jarrohlik yordami teri orqali punksion nefrostomiya (TPNS) usuli yordamida siydikni chiqarish amalga oshirildi. 6 ta bolada siydikning yuqori derivatsiyasiga ko'rsatma bo'lib, funktsiyasi keskin pasaygan palpatsiya qilinadigan, kattalashgan buyrak edi. 3 nafar bolada surunkali kalkulyoz pielonefritning kuchayishi yuqori isitma (38-39°S), qusish, ishtahaning yo'qolishi, terining qurishi, holsizlik, apatiya, jismoniy rivojlanishning kechikishi va II va III darajali anemiya bilan kechgan. Buyrak kattalashgan va og'riqli edi. Ta'sirlangan tomonda nafas olish aktida kechikish bilan qorinning assimetriyasi mavjud edi. Ushbu guruh bolalarida exo-dopplerogramma UVS orqali siydik chiqarishning keskin pasayishini ko'rsatdi; renogramma va dinamik nefrossintigrafiyada buyrak funksiyasining pasayishi o'rtacha 48,5% ni tashkil etdi.

Birlamchi jarrohlik davolashning ushbu usuli sepsis, bakteriotoksik shok, yiringli pielonefrit, surunkali buyrak yetishmovchiligining kuchayishi va boshqalar kabi jiddiy asoratlarning oldini olishga imkon berdi.

24 (46,2%) bolalarda buyrak toshlari o'tkir okklyuziya va pielonefrit xurujiga olib kelmadi. Ushbu bolalar uchun birlamchi jarrohlik davolash paratiroidektomiya bilan boshlandi, bu giperkalsemiya va tosh shakllanishining rivojlanishiga to'sqinlik qildi.

5 (9,6%) bolalarga buyrak toshlari siydik chiqishiga xalaqit bermaganligi uchun faqat paratiroidektomiya qilingan.

Bolalarga jarrohlik davolash bosqichma-bosqich amalga oshirildi va har bir bemor bolaga individual yondashuvni talab qildi, shuning uchun biz BGPTning buyrak shaklini jarrohlik davolash algoritmini ishlab chiqdik.

BGPTнинг BSH bilan og'rigan bolalarni davolashning retrospektiv tahlili jarrohlik aralashuv taktikasini tanlash bilan bog'liq asoratlar ehtimolini ko'rsatdi.

Operatsiyadan keyingi davrda bolalar ikki guruhga bo'lingan: metafilaktik choralar, jumladan, dori-darmon va dietali davolanish (43 / 82,6%) va metafilaktik davolash olmagan bolalar (9 / 17,3%). Nazorat guruhi BGPTsiz urolitiyazli bolalardan (54 bola) iborat edi. Nazorat guruhidagi bolalar orasida 42 (77,7%) bola metafilaktika oldi, 12 (22,2%) bola esa olmadi. PTE dan keyingi kuzatuvning birinchi yilida umumiy klinik va ixtisoslashtirilgan tekshiruvlar (buyraklar ultratovush tekshiruvi, qonda va kunlik siydikda kaltsiy va noorganik fosfor darajasini tekshirish) har oy o'tkazildi; ionlashtirilgan kaltsiy, PTG, D vitamini va exo-osteometriya har chorakda tekshirildi. Ikkinchi yil va keyingi kuzatuv davrlarida bemorlar yiliga ikki marta tekshirildi.

Natija va tahlillar

Urolitiyazning etiopatogeneziga va uning asoratlariga bog'liq bo'lgan profilaktika, metafilaktika ya va reabilitatsiya choralari operatsiyadan oldin va keyin (bemorlar kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab) har bir bemor uchun individual ravishda o'tkazildi va quyidagi vazifalarni o'z ichiga oladi:

1. Nefronlarning maksimal sonini kiritish orqali buyraklarning funktsional imkoniyatlarini yaxshilash, bu gomeostaz funktsiyasini tezroq amalga oshirish imkonini beradi.
2. Mikrob tanalarini va yiringli yallig'lanish elementlarini evakuatsiya qilish.
3. Buyrak qon oqimini yaxshilash, qonning reologik xususiyatlarini o'zgartirish, viskoziteni kamaytirish, bu buyrak venalari trombozining oldini olish.
4. Siydik mikroflorasini hisobga olgan holda oqilona antibiotik terapiyasini o'tkazing va qon zardobida va yallig'lanish hududida antibakterial dorilar kontsentratsiyasini oshirish (pielonefritga qarshi kurash).
5. Toshlarning o'sishini to'xtatuvchi va ularni tanadan olib tashlaydigan relapsga qarshi terapiya.
6. Oshqozon-ichak trakti, ichki sekretsiya bezlari, asab va tayanch-harakat tizimi bilan birga keladigan kasalliklarni davolash.
7. Har bir bemor uchun individual ravishda parhez terapiyasini ishlab chiqish.

Barcha bemorlarda buyrakning funktsional holatini (diurez), kuzatish uchun buyrakni yig'ish tizimiga drenaj naychalarini o'rnatish (nefro-pielostomiya) bilan buyrak operatsiyasi (pyelo-kaliko-nefrolitotomiya) yakunlandi. Makrolitlar va tosh bo'laklarini olib tashlash uchun aseptik eritma (0,25% novokain bilan 0,1% dioksidin eritmasi) bilan yig'ish tizimi.

Pielonefritga qarshi kurash ajratilgan mikroflorani va uning antibiotiklarga sezgirligini hisobga olgan holda amalga oshirildi. Shunga ko'ra, antibiotiklar va uroantiseptiklar ishlatilgan. Ular umumiy siydik tahlili nazorati ostida har 7-8 kunda almashtiriladi. Antibiotik terapiyasi siydik tahlili normallashtirilgunga qadar amalga oshirildi (siydik tahlili har 7-10 kunda takrorlanadi).

Ishqoriy muhitda hosil bo'lgan buyrak toshlari (BGPTda fosfat, oksalat va aralash toshlar gidroksidi muhitda hosil bo'ladi) va kaltsiy fosfat, kaltsiy oksalat yoki aralash minerallardan iborat. Siydik muhitini va fosfatlar va oksalatlarning kristallanishini kamaytirish uchun bolaning tanasining gidrolabilligini hisobga olgan holda diurez ko'paytirildi (kuniga 1 dan 2 – 2,5 litrgacha). Siydikning pH qiymati kun davomida, siydikning yangi qismida, har bir siyish harakati bilan o'rganildi. Siydikning ishqoriyligi oshganda, metionin ishlatilgan (0,25 mg, og'iz orqali).

Kaltsiyning buyraklar tomonidan chiqarilishini kamaytirish uchun osh tuzini iste'mol qilish (inson organizmidagi natriyning asosiy manbai) cheklangan (kuniga 80 – 100 mg / kg gacha).

BGPTda giperkalsemiya va giperkaltsiuriya holati PTE dan keyin yo'qolishi kerak edi, ammo giperkaltsiuriya saqlanib qoldi va uzoq muddatli kuzatuv davrida (2-5 yil) kuzatildi, bu buyrak kanalchalarida kaltsiyning reabsorbtsiyasining past darajada davom etayotganini ko'rsatadi. Ushbu jarayonni tiklash uchun tiazidli diuretik ishlatilgan (gipotiazid 12,5 mg / kun).

Kaltsiyning kamayishiga alloxol (1 tabletkadan kuniga 3 marta ovqatdan keyin), holosas (kuniga 2-3 marta ¼-1/2 choy qoshiq) va makkajo'xori ipak (har 3-4 soatda 1-2 osh qoshiq qaynatma) xoleretik vositalar yordam beradi.

Buyrak to'qimalarining gipoksiyaga chidamliligini oshirish, trombotsitlar agregatsiyasini ingibitsiya qilish va buyrak parenximasida kollateral qon oqimining shakllanishini tezlashtirish uchun trental (tabletkalarda, 1-1,5 oy davomida) ishlatilgan. Ular antiplatelet va vazodilatatsion xususiyatlarga ega, fosfotidilesterazni ingibitsiya qiladi, qonning yopishqoqligini pasaytiradi, buyrak nefronlarida kislorod almashinuvini oshiradi va natriyning reabsorbtsiyasini normallantiradi. Qonning reologik xossalari reopoliglyuksin (10 ml/kg, i.v.) yordamida oshirildi.

Dimefosfon – antigipoksik, membranani barqarorlashtiruvchi, immunostimulyatsiya qiluvchi dori, yallig'lanishga qarshi, radioprotektiv ta'sirga ega (30-50 mg / kg, kuniga 2-3 marta, og'iz orqali). Buyrak to'qimalarining metabolik jarayonlarini tiklaydi, kislota-ishqor holatini normallantiradi, organlar va to'qimalarda qon aylanishini yaxshilaydi.

Nikotin kislota buyrak to'qimalarida va qon tomirlarida sklerotik jarayonlarni kamaytirish uchun ishlatilgan (20-30 kun, yiliga ikki marta). Venoz qonning buyrak tomirlari orqali erkin harakatlanishiga yordam berdi (300 mg, og'iz orqali 12-15 kun davomida, 20-30 kunlik interval bilan 2-3 kurs).

Anabolik steroid – retabolil (har 15 kunda bir marta) organizmdagi oqsillar sintezini rag'batlantiradi, suyaklarda kaltsiyni ushlab turishni ta'minlaydi va osteoporozda suyak to'qimalarining kalsifikatsiyasini oshiradi, ishtahani va bolalarning umumiy holatini yaxshilaydi, vazn ortishiga yordam beradi.

Almagel (1-2 choy qoshiq, ovqatdan 20-30 daqiqa oldin) kundalik siydikda kaltsiy va fosfor darajasini normallashtirishga yordam berdi.

Simetidin (150 mg, kuniga 4 marta, og'iz orqali), gistamin-H2 antagonisti sifatida, gastroduodenal simptomlarni kamaytiradi. Simetidinning farmakokinetikasiga ta'sir qilmaydigan, ammo kaltsiyning toksik ta'sirini kamaytiradigan preparat, amlodipin (Norvasc) og'iz orqali kuniga 1,5 mg / kg dozada buyurilgan.

Qaytalanuvchi toshlarning rivojlanishini va qoldiq toshlarning o'sishini oldini olishga, ularni tanadan olib tashlashga qaratilgan davolash, toshning mineral tarkibi, mikroflorasi va siydik pH qiymatini hisobga olgan holda patogenetik jihatdan asoslanadi. Olib tashlangan toshlarning mineral tarkibini o'rganish natijalari mineral metabolizm va gormonal tadqiqotlarni o'rganish ma'lumotlari bilan birgalikda metafilaktika yani rejalashtirish uchun asos bo'ldi.

Metafilaktik chora-tadbirlar har bir bola uchun yoshi, jismoniy rivojlanishi, olib tashlangan toshlarning mineral tarkibi, metabolik baholash natijalari, buyraklarning funktsional holati, tashqi va ichki xavf omillari mavjudligini hisobga olgan holda individual ravishda o'tkazildi.

Kaltsiydan (kaltsiy oksalat va kaltsiy fosfat) hosil bo'lgan toshlarning patogenezida oziq-ovqat katta rol o'ynaydi. Ratsionni tuzishda yog 'va natriy (osh tuzi) miqdori past bo'lgan oziq-ovqatlarni iste'mol qilish tavsiya etildi, bu nefrolitiaz xavfini oshirmasdan normal kaltsiyni iste'mol qilish uchun kerak.

Bizning fikrimizcha urolitiyazda parhez omillaridan foydalangan holda korreksiya qilish, mavjud toshlarning o'sishiga va yangilarining paydo bo'lishiga to'sqinlik qiladigan, toshlarning o'z-o'zidan chqishiga yordam beradigan sharoitlarni yaratishdan iborat bo'lishi kerak. Terapevtik dietaning ta'siri oxir-oqibat litolitik vositalarning ta'sirini kuchaytirishi kerak.

Tavsiya etilgan parhez quyidagi tamoyillarga asoslangan edi: a) siydikning (neytral yoki ozgina kislotali) reaktsiyasini tiklash va saqlash, shu bilan mikrokristallanishni oldini olish; b) bemor bolaning oqsillar, yog'lar, uglevodlar va boshqa oziq-ovqat tarkibiy qismlariga bo'lgan ehtiyojini qondirish; v) buyraklarning funksional holatiga mos keladi; d) yog'li sut va qizarib pishgan (yog'li) ovqatlarni istisno qilish; d) Kuniga 7-9 marta ovqatlanish, dietada kichik qismlarda.

Buyrak faoliyatini tiklash, pielonefritning kuchayishini kamaytirish, qaytalanuvchi toshlar paydo bo‘lishining oldini olish, qoldiq tosh va bo‘laklarni eritib, olib tashlashga qaratilgan davolash-profilaktika tadbirlari (metafilaktika) o‘zining ijobiy natijalarini berdi.

ICD BGPT genezisi bo’lgan 52 boladan 43 (82,6%) bola shifokor tavsiyalarini o’z vaqtida va to’liq bajargan, 9 (17,3%) bola dispanser kuzatuviga bormagan va shifokorlar tavsiyalariga amal qilmagan yoki to’liq bajarmagan. (1-jadval).

Metafilaktika olmagan 9 boladan 2 tasida (22,2%) klinik tiklanish kuzatildi.

1-jadval

Tahlil guruhi		Klinik sog‘ayish		Retsidiv toshlar		Giperparatiremiya		Buyrak funks. muammo		Hammasi	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
МКБ без ПГПТ п -54	Metafilaktika olganlar	42	77,7	1	1,85	-		1	1,85	44	81,5
	Metafilaktika olmaganlar	6	11,1	5	9,2			3	5,5	14	25,9
МКБ с ПГПТ п-52	Metafilaktika olganlar	43	82,6	1	1,9	-	-	2	3,8	46	88,4
	Metafilaktika olmaganlar	2	3,8	5	9,6	3	5,7	5	9,6	15	28,8
Hammasi		93		12		3		11		119	

2-jadval

Simptomlar va sindromlar	Klinik ko'rinishlari	Dori preparatlari (dozasi va muddati)
Giperkalsiyemiya < 2,5 ммоль/л	Uyquchanlik, zaiflik, stupor, psixoz, ko’ngil aynishi, anoreksiya, ich qotishi	0,9% NaCl (400-600 ml/sutka), aminofilin 2,4% 3-5 ml i.v. Furasemid 20-40 mg IV. Dimefosfon 30 mg/kg kuniga 3-4 marta, Almagel 1 choy qoshiq ovqatdan 30 daqiqa oldin. Indometazin 25 mg 3 marta og’iz orqali, ovqatdan keyin.
Gipokalsiyemiya >2,0 ммоль/л	Qol-oyoqlarni uvishishi, igna sanchigi sezgisi, mushaklarning burishishi, Xvostek , Trousso simptomi musbat	Kaltsiy xlorid 1-1,5 g yoki kaltsiy glyukonat kuniga 4-5 g, D3 vitamini alohida (kuniga 2-3 kapsula). Kaltsiyga boy va fosforga boy dieta. Sut va sut mahsulotlarini cheklash. Qondagi kaltsiy darajasini haftalik monitoringi
Suyak va bo’g’imlarda og’riq, osteoporoz (suyak ultratovush tekshiruvi 3050 m / sekund)	Artralgiya, ossalgiya, mialgiya, suyak va bo‘g‘imlarda og‘riq	Retabolil 5% 10-20 mg IM 1 marta 3-5 kunda No 5. Ergokalsiferol 3000 IU 15-30 kun shifokor nazorati ostida
Buyrak toshlari retsidivi	Qorin va bel sohasidagi og'riqlar, dizuriya, siydik tahlilidagi o'zgarishlar	O’simliklar bilan diurez 1 kapsuladan kuniga 3 marta 2 oy davomida), parhez (yog’li, qizarib pishgan ovqatlar va osh tuzidan tashqari), dorilar: magniy oksidi 0,1 g / kun, qand ustiga sistenal 2-3 tomchi, siston ½ t. 3 max . Bir kunda. Marelin 1 t 3 r. Kuniga, kanefron 1 dr.3 r., allopurinol 150-200 mg/kun, quyiladi 2 t.3 r., fitolizin 1 osh qoshiq ½ stakan qaynoq suv uchun 3 r., shakar uchun urolesan 6-8 tomchi, 4- 6 r. Kuniga, ATP 1,0 ml IM No 30, KKB 0,05 g / kun IM No 30.
Buyrak funksiyasi muammosi (mochevina > 13-15 ммоль/литр, kreatinin 130-150 мкмоль/литр)	Zaiflik, letargiya, buzuqlik, jismoniy rivojlanishning kechikishi, anemiya, uremiya.	Siydik ekuvi nazoratida keng spektrli antibiotiklar. Ca D3 nycomed 1 t.3 r., Lespinefril 1 choy qoshiq 4 r.. Depiridamol 2 mg/kg. Unitiol 3,0 ml, IM, 1 marta. Trental ertalab Peshindan keyin va kechqurun 2 dr. B, A va E vitaminlari. Parafin aplikatsiyalari. Protein va natriy miqdori cheklangan parhez.

O’z vaqtida metafilaktika olgan bolalarda tosh hosil bo’lishining qaytalanishi 1 (2,3%) holatda qayd etilgan; metafilaktika olmagan bolalarda tosh shakllanishining qaytalanishi 5 (55,6%) bolada qayd etilgan (P<0,05).

Uzoq muddatli kuzatuv davrida 3 nafar (33,3%) bolada PTG (72,8±7,0 pg/ml), D vitamini (11,4±1,3 pg/ml) va siydikda kaltsiy (3,9±) miqdori ortdi. 0,25 mmol/kun). Metafilaktika olmagan 2 (22,2%) bolada operatsiyadan keyingi davrda buyrak disfunktsiyasining rivojlanishi kuzatildi.

ICD BGPT genezisi bo’lgan bolalarni reabilitatsiya qilish uchun reabilitatsiya davolash standartlari qo’llanilgan, ular 2-jadvalda keltirilgan.Reabilitatsiya laboratoriya va klinik tekshiruvlar va olib tashlangan toshning mineral tarkibini hisobga olgan holda har bir kasal bola uchun individual ravishda amalga oshirildi.

Xulosa

Shunday qilib, olib borilgan metafilaktik chora-tadbirlar, shu jumladan dori-darmonlar va parhez tadbirlari urolitiyaz va birlamchi giperparatiroidizmni jarrohlik davolash samaradorligini oshirishga imkon berdi. Tavsiyalarga to’liq amal qilgan bemorlarda, ularni qisman bajargan yoki umuman bajarmagan bemorlarga nisbatan takroriy tosh shakllanishining sezilarli darajada past darajasi qayd etilgan.

Profilaktik choralar kasallikning etiopatogenezi va asoratlariga qarab har bir bola uchun alohida o’tkazilishi kerak. Yog ‘va natriy (osh tuzi) miqdori past bo’lgan dietani belgilash kerak. Bu nefrolitiaz (o’sib borayotgan tana uchun) xavfini oshirmasdan kaltsiyni normal qabul qilishning eng xavfsiz usuli.

ADABIYOTLAR RO’YXATI:

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 MA, Sakhaee K, Moe OW. Nephrolitiasis 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):479-91i.
8. Soreide J. A, van Heerden J.A, Grant C.S, Lo cy, Ilstrup D.M. Characteristics of patients surgically treated for primary hyperparathyroidism with and without renal stones. //Surgery 1996 Dec; 120(6):1033-7; discussion 1037-8.
9. van t Hoff W G. Aetiological factors in paediatric urolithiasis. //Nephron Clin Pract. 2004;98(2):45-8.
10. Nasirov A.A., Bayakhmedov F.F. Course and treatment of hyperparathyroid crisis in children with urolithiasis. Science Asiya. 2020;48:117-119.
11. Load Tests of the Renal form of Primary Hyperparathyroidism in Children. Journal “Advances in Clinical Medical Research” ¦ Volume 3 ¦ Issue 4 ¦ October - December 2022. 3.
12. Nasirov AA, Sobitov IZ. Osteodystrophy in Children with the Renal form of Primary Hyperparathyroidism. //Asian Journal of Research and Reports in Urology. 2019:1-5.
13. Nasirov AA, Narbaev TT, Bayakhmedov FF. Ureteropelvic Junction Obstruction in Children: Is Antibiotic Prophylaxis Really Necessary?. //Advances in Clinical Medical Research. 2021 May 6;2(2):1-4.

Qabul qilingan sana 20.04.2024