

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗВИТИЯ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Давурова Лайло Шокир кизи

Ассистент кафедры клинической фармакологии

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд. Узбекистан

***Резюме.** В комплексном лечении острых и хронических заболеваний почек у детей важную роль играет диетотерапия. К лечебному питанию предъявляются высокие требования, так как почки являются основным органом выведения продуктов обмена, поступающих с пищей и образующихся в результате распада тканей организма, а также органом, отвечающим за поддержание постоянства внутренней среды. При определенных условиях возникает необходимость коррекции в рационе таких пищевых веществ, как животный белок, глютен, оксалаты, ураты, фосфаты, продукты метаболизма которых выводятся через почки и влияют не только на патогенетические механизмы развития заболевания, но и участвуют в формировании неиммунных процессов прогрессирования заболевания до стадии почечной недостаточности.*

***Ключевые слова:** оксалатная нефропатия, дети, патология, пищеварительная система*

Введение. В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них все большую распространенность приобретает обменная нефропатия. Метаболическая нефропатия является одной из серьезных проблем педиатрической практики. Сегодня, по статистике, врачи отмечают большой процент роста заболеваемости, связанной с серьезными нарушениями обмена веществ в почках. При этом

уровень метаболических нефропатий в целом составляет 26-54% [1,2,5]. Эту группу заболеваний объединяет то, что они сопровождаются болезнями обмена веществ. В моче появляется кристаллический осадок, который повреждает паренхиматозную структуру почек и других отделов мочевыделительной системы. Обычно моча представляет собой раствор солей, насыщенный различными компонентами. Когда в мочеполовой системе начинают образовываться кристаллы, этот баланс нарушается, граница между видами защитных и повреждающих факторов теряется. Кроме того, важную роль в развитии патологического процесса играют и защитные факторы – вещества, удерживающие соли в виде раствора. [7,10,11]. Частично они находятся в плазме крови и являются «исходным материалом» для первичной и конечной фильтрации мочи. Они выделяются эпителием почечных канальцев.

Количество коллоидных компонентов мочи зависит от биологически активных веществ: трипсина, катепсина, пепсина. Их функция тесно связана с действием кислой среды, тормозных и активирующих веществ. При недостаточности защитных факторов в организме преобладают предрасполагающие факторы, а преморбидный фон сопровождается инфекционными заболеваниями или травмами, в мочевыделительной системе начинают образовываться кристаллы или, в худшем случае, камни. [4,6,12].

Микрофлора кишечника человека является составной частью организма человека и выполняет множество жизненно важных функций. Общее число микроорганизмов, обитающих в разных частях макроорганизма, примерно в два раза превышает число его собственных клеток. Общая масса микроорганизмов в организме человека составляет около 3-4 кг. Наибольшее количество микроорганизмов находится в желудочно-кишечном тракте (75-78%), остальное - 9-12% - в мочеполовой системе и коже. [8,9]. Местами накопления кристаллов обычно являются собирательные трубочки, интерстициальное пространство и почечные канальцы. Образование кристаллов приводит к развитию сложного воспалительного

процесса иммунокомплексного характера. Следующий ее этап – вторичное повреждение клеток почек – нефронов.

Цель исследования: Изучить взаимосвязь развития оксалатной нефропатии у детей с патологией пищеварительной системы

Материалы и методы. Нами было проведено обследование 84 детей с оксалатной нефропатией в возрасте от 5 до 14 лет, проживающих в Самаркандской области. Всем детям были проведены общеклинические обследования, биохимические исследования крови и мочи. Для оценки состояния слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта проводилась эзофагогастродуоденофиброскопия, больным выполнялись УЗИ паренхиматозных органов, исследование кала на дисбактериоз.

Результаты и обсуждение. На первых этапах работы нами проведён анализ анамнеза, клиничко-параклинических данных и структуры заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей по данным обращаемости.

При анализе медико-биологического анамнеза выявлено, что в 48% случаев имела место патологическая беременность, у 52% обследуемых отмечено перинатальное поражение ЦНС. По данным генеалогического анамнеза, у обследуемых детей выявлена отягощенная наследственность по патологии мочевой системы (68%) и желудочно-кишечного тракта (32%). Искусственное вскармливание отмечалось у 38% детей, имеющих патологию мочевой системы и органов пищеварения. Семейный анамнез был отягощен по мочекаменной болезни у 22% детей, по желчнокаменной болезни — у 18%, по язвенной болезни – у 22%.

Изучение данных учетной формы №112 позволило установить, что в структуре патологии органов пищеварения у детей функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта преобладают над органическими, особенно у детей младшего возраста.

Выявлены особенности структуры заболеваний желудочно-кишечного тракта в зависимости от формы патологии почек: у 91% детей с

дисметаболическими нефропатиями выявлена патология органов пищеварения из них: хронический гастрит – у 32%; дисфункция билиарного тракта – у 56 %; язвенная болезнь – у 3%, хронический энтероколит -9%.

Анализ клинической картины в группе детей с заболеваниями почек свидетельствуют о том, что при сопутствующей патологии пищеварительной системы у этих больных в клинике отмечался диспепсический синдром в виде тошноты; у 27 % больных наблюдался абдоминальный болевой синдром; у 17% клинические проявления отсутствовали.

Ведущими клиническими синдромами, выделенными нами после клинического обследования детей, явились: болевой абдоминальный синдром (82,3%), синдром диспепсических расстройств в 84,6% случаев и синдром астеновегетативных нарушений (64,0%). Ни один из клинических синдромов не встречался изолированно. Сочетание трех синдромов было выявлено у 61,8% детей, а наличие двух - у 38,4 % больных.

Обследование детей с оксалатной нефропатией на дисбиоз выявило, что у 64,3% обнаружены дисбиотические сдвиги различной выраженности: дисбиоз I–II степени – у 102 (85%), дисбиоз III степени – у 18 больных (15%). Следует отметить, что большинство 60% больных до обследования не обращали внимания на состояние функции кишечника. Однако при проведении целенаправленного опроса выявлены характерные клинические проявления дисбактериоза: метеоризм, дискомфорт или незначительные боли в животе, умеренные нарушения стула, преимущественно в виде диареи.

Угнетение роста факультативных анаэробов наблюдалось у всех больных с выявленным дисбиозом: бифидобактерии обнаруживались в шестом, а лактобактерии в пятом разведении (10^5 КОЕ/г). Общее количество кишечной палочки соответствовало норме лишь у 38 больных (31,6%), было умеренно повышенным (до $6,2 \times 10^8$ КОЕ/г) у 42 (35%), у остальных 40 больных сниженным (33,3%). Снижение уровня нормальной кишечной палочки, как правило, было умеренным – до $1,3–2,8 \times 10^8$ КОЕ/г, в отдельных случаях – до 10^7 КОЕ/г (11 больных). При

дисбиозе III степени наряду с количественными и качественными изменениями нормофлоры отмечался чрезмерный рост условно-патогенных микроорганизмов: чаще – гемолитических кишечных палочек, реже – грибов кандиды.

Заключение. У детей с оксалатной нефропатией преобладают такие нарушения пищеварительной системы, как хронический гастрит (32%), дисфункция билиарного тракта (56%), язвенная болезнь двенадцати-перстной кишки (3%), хронический энтероколит (9%).

Нарушение функции кишечника, в виде дисбиоза выявлено у 65,3% детей с оксалатной нефропатией. Наиболее часто диагностируется дисбиоз I–II степени (85%).

Ведущими клиническими синдромами являются: болевой абдоминальный синдром (84,3%), синдром диспепсических расстройств (85,6%) и синдром астеновегетативных нарушений (60,0%). Сочетание трех синдромов имело место у 61,7% детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. соавт., Санаторно-курортное лечение при заболеваниях почек. 2008 г.;
2. Игнатова М.С. Актуальные проблемы нефрологии детского возраста в начале XXI века. Педиатрия 2007; 6: 6–13. (Игнатова М.С. Актуальные проблемы детской нефрологии в начале XXI века. Педиатрия 2007: 6: 6–13. (InRuss.))
3. Kurbonov, O. N., Tilovov, L. I., & Ibragimova, M. F. (2024, January). OPTIMIZATION OF TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES IN OFTEN SICK CHILDREN. In *International journal of conference series on education and social sciences (Online)* (Vol. 4, No. 1).
4. Fedorovna, I. M., & Mamedovich, S. N. (2022). Improving Treatment in Children with Community-Acquired Pneumonia with Atypical Etiology. *Telematique*, 4644-4648.

5. Китаева Ю.Ю. Диссертация 2011 г. на тему «Эпидемиология и профилактика хронической болезни почек у детей и подростков». Научная библиотека диссертаций и авторефератов 2011)
6. Fedorovna, I. M., Kamiljonovna, K. S., & Alisherovna, R. N. (2022). Diagnostic and Therapeutic Methods of Atypical Pneumonia in Children. *Eurasian Research Bulletin*, 6, 14-17.
7. Mamedovich, S. N., & Fedorovna, I. M. (2022). Efficacy of vilprafen and resistol in community-acquired pneumonia with atypical etiology in children. *Thematics Journal of Applied Sciences*, 6(1).
8. Шавази, Н. М., Ибрагимова, М. Ф., & Пулатова, Н. Ю. (2022). ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ПНЕВМОНИЙ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ. *ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, (SI-3).
9. Шавази, Н. М., & Ибрагимова, М. Ф. (2022). TEZ-TEZ KASAL BO‘LGAN BOLALARDA ICHAK MIKROFLORASI VA ATIPIK PNEVMONIYA O‘RTASIDAGI O‘ZARO BOG‘LIQLIK. *ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(1).
10. Худайбергенов Улугбек Атауллаевич. Ранняя диагностика и профилактика распространенных урологических заболеваний в условиях первичной медико-санитарной помощи. дисс.работы 2018.
11. Shavazi, N. M., Tursunkulova, D. A., Turaeva, N. O., & Ibragimova, M. F. (2023). INFLUENCE OF NEGATIVE PREMORBID AND ECOLOGICAL FACTORS ON THE COURSE OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN AGAINST THE BACKGROUND OF HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY. *British Medical Journal*, 3(2).
12. Ис Мухаммадиев, РН Рахмонов, МФ Ибрагимова. [ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАРИТРОМИЦИНА ПРИ ПНЕВМОНИИ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ](#)- GOLDEN BRAIN, 2024