



СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ В НОВОЙ МОДИФИКАЦИИ

Ю.А. Ахматова

PhD, ассистент кафедры 2-педиатрии Самаркандского государственного
медицинского университета Самарканд, Узбекистан.

М.А. Ахматов

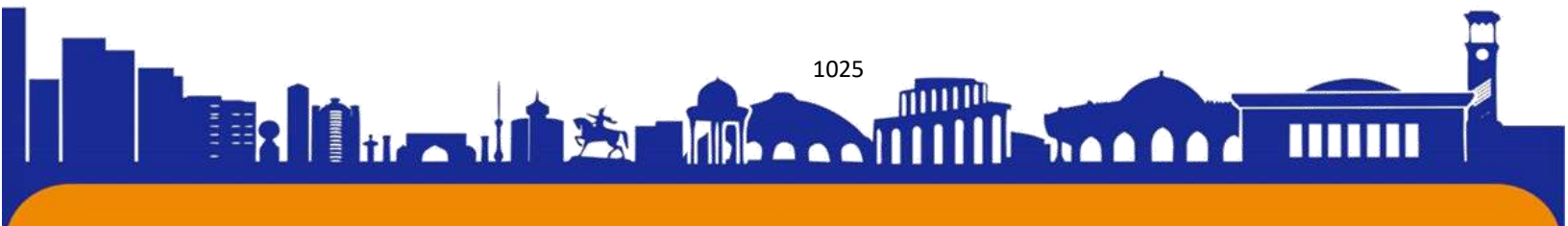
Студент 3-курса 2-лечебного факультета Самаркандского государственного
медицинского университета Самарканд, Узбекистан.

Актуальность.

Достижения в диагностике и терапии нефрологических заболеваний у детей колоссальные, но тем не менее у около 23% пациентов болезнь имеет прогрессирующее течение, что весомо влияет на формирование качества жизни.

Воспалительный процесс в тубулоинтерстициальной ткани (ТИТ) почек прогрессирует на фоне специфических и неспецифических этиологических факторов. Интерстициальная ткань почек является очагом патологии при ТИПП, охватывающий в дальнейшем кровеносные, лимфатические сосуды и каналы почечной стромы [5;7].

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении и профилактике ХТИН у детей, в настоящее время в литературе нет точного алгоритма диагностики данной патологии. Сравнительная клинко-лабораторная диагностика основных видов тубулоинтерстициальных нефритов также не полностью разработана. Нет данных о патогенетической взаимосвязи между тубулярными функциями и показателями белкового метаболизма сыворотки крови и мочи у детей с разными формами ХТИН. Разработка нового патогенетически обоснованного комплексного лечения ХТИН у детей, остаётся значимой задачей исследования [8;9].





Цель. Разработать способ комплексной коррекции ХТИН у детей с учетом патогенетической значимости параметров белкового обмена, эндогенной интоксикации и нарушений канальцевых функций.

Материалы и методы исследования. В настоящем исследовании представлены результаты обследования и лечения 120 детей с ХТИН, в фазе активного воспалительного процесса, находившихся в детском отделении нефрологии детского областного многопрофильного научного Центра г. Самарканда, в период с 2019-2021 года.

С учетом клинического варианта ХТИН все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 52 (43%) детей с рецидивирующей формой ХТИН и 2 группа 68 (57%) больных с латентным ХТИН. Среди них мальчиков было 65 (54%), девочек 55 (46%). Больные проходили общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследования.

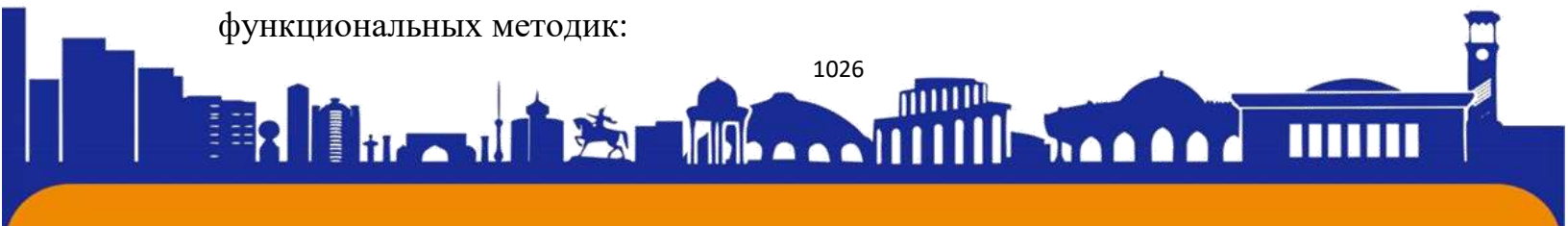
Постановка клинического диагноза ХТИН проводилась по критериям диагностики, предложенных в классификации Н.А. Коровиной (2003), где особое внимание уделялось характеристике родословного анамнеза: определение ИМС, ТИН, МКБ, нарушений метаболизма в раннем возрасте, которые представляли собой симптомы экссудативно-катарального диатеза, дизурические расстройства на фоне кристаллурии.

«Мочевой синдром» характеризовался: абактериальной лейкоцитурией, высокой осмотической плотностью мочи, микропротеинурией, микрогематурией, кристаллурией.

Группой контроля служили 30 практически здоровых детей не страдающих хроническими заболеваниями, не болевших в течение последних 6 месяцев, с благоприятным нефрологическим семейным анамнезом в возрасте от 4 до 15 лет.

Ренальные показатели оценивались в период обострения болезни, в период формирования клинико-лабораторной ремиссии, через 1 год, 2 и 3 года после периода обострения. В ходе исследования не обнаружены дети с ХТИН на фоне тяжелой врожденной патологии в сочетании с нарушением функционального состояния почек.

Состояние ренальных функций оценивались на основании двух групп функциональных методик:





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

I группа - методы, указывающие на количественное состояние ренальных функций различных частей нефрона.

а) Состояние фильтрационной функции почек (клиренс эндогенного креатинина) оценивали по формуле Ван-Слайк:

С помощью иммунобидиметрии на аппарате Cobas Integra 400 plus (Roche, Швейцария) определяли цистатин С:

- это протеин, который образуется в ядре клеток с постоянной скоростью;
- обладает свойством свободной фильтрации в клубочках;
- обратно коррелирует с СКФ и высоко чувствителен к ее изменениям по сравнению с ее изменениями по креатинину [9].
- метаболизируется в проксимальных канальцах в процессе реабсорбции
- образуется вне зависимости от пола, массы тела или опухолей наличия воспалительных процессов;

Для определения концентрационной способности почек использовали пробу Зимницкого. Кроме того, определяли величину аммиоацидогенеза (в суточной моче определяли титруемые кислоты и аммиак).

У всех обследуемых больных определяли показатели обмена белка (белковые фракции, общий белок сыворотки, общая и эффективная концентрация альбумина, индекс токсичности в сыворотке крови, связывающая способность альбумина). Определяли также уровень мочевины и креатинина сыворотки.

Полученные результаты и их обсуждение: Клиническую группу (1-группа: 52 больных) с рХТИН выделили на основе наличия типичных признаков заболевания, таких как дизурия (32,7%), нейрогенный мочевого пузырь (10%), пастозность мягких тканей век в утренние часы (46,5%), боль в пояснице (30,8%) на фоне физической нагрузки (26,9%).

Тогда как, клиническую группу (2-группа: 68 больных) с лХТИН выделили на основе более постоянного симптома «сольтеряющей почки», которая ведёт к развитию мышечной гипотонии – 41,2% (28) и артериальной гипотензии – 27,9% (19), дизурия – полиурия у 54,4%(37) больных, наличия абактериального поражения почечной ткани на фоне гипероксалурии – 100 % (68), обилия эпителия у 92,6 % (63), клеток лимфо-моноцитарного характера – 88,2% (60), коричневых цилиндров - 100% (68). Посев мочи стерилен.





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

В клиническом статусе больных хроническим рецидивирующим течением ТИН, определяли частоту обострения заболевания за истекший период и выявили, что у 20 (38,7%) детей частота обострения составляла 1 раз в год, у 19 (36,5%) детей 2 раза в год и у 12 (23,1%) детей более двух раз в год.

У всех обследуемых больных определили параметры белкового метаболизма (общий белок сыворотки, ОКА, ЭКА, белковые фракции, ССА, концентрацию изменённого альбумина и индекс токсичности, МПП в моче и в крови, фракции глобулинов, концентрацию цистатина С, показатели функционального состояния альбумина, уровень мочевины, креатинина).

Полученные данные показали, что концентрация МПП в моче у больных с рХТИН в фазе обострения была выше показателей контрольной группы в 16,3 раза (рис.1.), тогда как у детей с лХТИН в 8 раз. Отмечены более выраженные нарушения клеточных структур у больных с рХТИН по сравнению с больными лХТИН.

Повышение уровня МПП в моче при ХТИН по видимому связано с тем, что при воспалительно-деструктивных процессах тубулоинтерстициальной системы нарушается реабсорбция МПП в проксимальных канальцах, так как они реабсорбируются там на 99,9%, в результате чего и наблюдается их экскреция с мочой. Накоплению МПП в моче способствует нарушение экскреторной функции почек, приводящее к тубулярной атрофии и органическим структурным расстройствам.

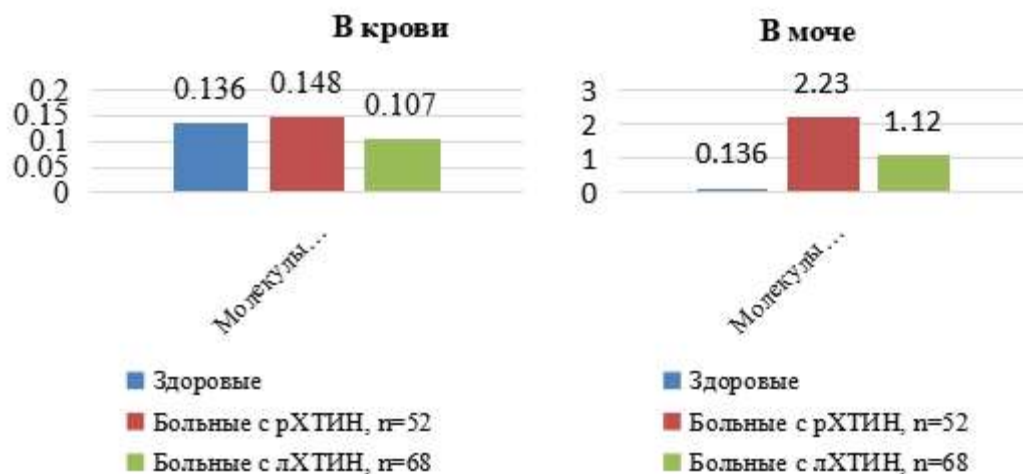
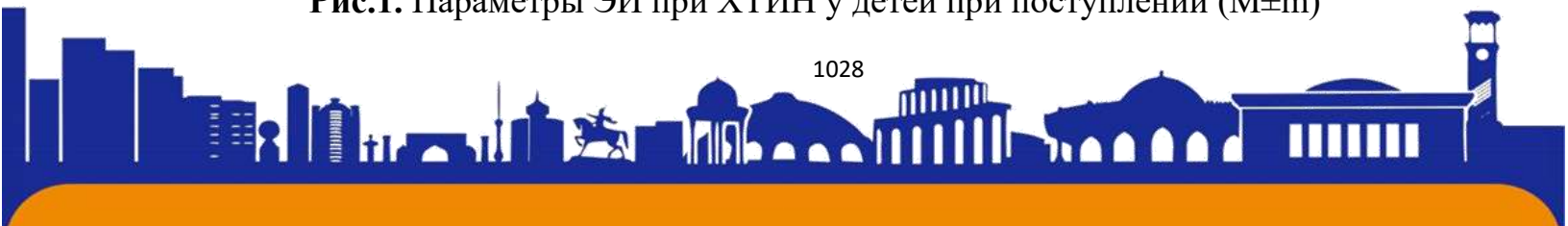


Рис.1. Параметры ЭИ при ХТИН у детей при поступлении (M±m)





По нашему мнению, выявленные изменения связаны с более активной и сохраняющейся продолжительное время интоксикацией, которая является причиной избыточного накопления токсических веществ, способствующих формированию эндотоксикоза и нарушению гомеостаза. Характер интоксикации, ее выраженность при той или иной форме болезни влияет на скорость распада белковых структур.

Таким образом, проведенные исследования показали, что при развитии рХТИН и лХТИН важным механизмом повреждения интерстициальной ткани почек, развития клинической симптоматики и течения заболевания является, как нарушение обмена веществ, приводящее к структурным сдвигам на уровне различных элементов нефрона и к изменениям функционального состояния почек, так и нестабильность цитомембран клеток канальцев. Это обосновывает необходимость проведения комбинированной терапии у больных с ХТИН, которая будет способствовать ликвидации воспалительного процесса, экскреции эндотоксинов из почечной ткани, стабилизации клеточных цитомембран и функций почек.

Для сравнительного анализа различных методов лечения хронического тубулоинтерстициального нефрита больные дети были разделены на 2 группы в зависимости от метода проводимой терапии. Традиционный метод терапии проводился 42 (35%) детям (1 группа). Основной контингент детей 30 (71,4%) поступали в клинику на 3-10 сутки от начала заболевания, а в 12 (28,5%) случаях в более поздние сроки.

Вторая группа состояла из 41 (34,1%) больного с ХТИН, в возрасте от 4 до 15 лет (22 (53,7%) девочек, 19 (46,3%) мальчиков), которые получали препарат «Рутин» на фоне традиционной терапии.

У больных с ХТИН 2 группы достоверно раньше, чем в 1 группе, исчезали, как экстраренальные, так и ренальные симптомы заболевания.

В комплекс лечебных мероприятий включён препарат «Рутин» (2 группа). Выбор данного препарата сделан учитывая его многочисленные положительные фармакологические эффекты: он улучшает метаболические, иммунологические, регенераторные процессы, оказывает антиоксидантное действие и улучшает проницаемость стенок сосудов и капилляров. Одним из важных достоинств препарата является его высокая безопасность.





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

В результате применения препарата «Рутин» у больных с ХТИН на $11,2 \pm 0,21$ ($p=0,001$) сутки мы наблюдали переход активной фазы заболевания в стадию ремиссии, а в сравниваемой группе клиническое выздоровление наступило лишь на $12,3 \pm 0,6$ сутки от начала лечения, что на $1,1 \pm 0,39$ суток позже, чем во 2 группе.

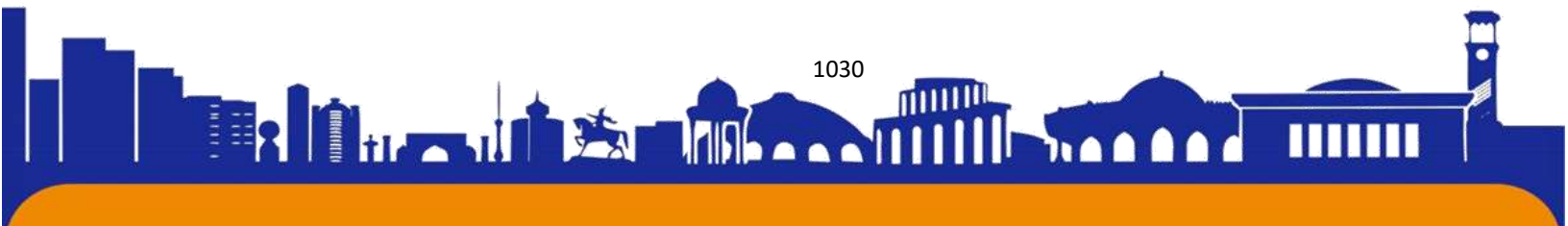
Таким образом, в группе больных после лечения дополненного препаратом «Рутин» за период среднего курса лечения 10-11 дней, клинические признаки воспалительного процесса в мочевыводящих путях уменьшались и полностью исчезали.

Результаты исследований показателя ЭИ, после лечения предлагаемым способом показали, что у больных 2 группы уровень МПП в моче имел относительно высокую тенденцию к снижению, но всё таки оставался выше уровня у здоровых детей в 4 раза и составил $0,605 \pm 0,023$ ед. опт. пл. ($p_1=0,001$). Восстановление изучаемого параметра наступило на 10-11 сутки лечения. Ликвидация повышенного уровня МПП в моче у пациентов 1 группы отмечалась лишь на 12-13 день лечения и составила $1,2 \pm 0,034$ ед. опт. пл. ($p_1 > 0,1$), что было не достоверно по сравнению с показателями у детей 2 группы.

То есть, динамика ликвидации МПП в моче происходила быстрее во 2 группе по сравнению с 1 группой, но не доходила до контрольных нормативов, как в динамике, так и при выписке.

Применение данного препарата достоверно повышало уровень ЭКА, ССА и снижало уровень ИТ в плазме крови, а также МПП в моче у детей 2 группы.

Повышение уровня ЭКА у детей 2 группы, вероятно, связано с антиоксидантными и нефропротекторными свойствами лекарства. Мы отметили более выраженную положительную динамику показателя ЭКА после применения препарата «Рутин» у больных 2 группы, который составил $33,04 \pm 0,5$ г/л ($p_1=0,001$) по сравнению с 1 группой, где уровень ЭКА составил $30,74 \pm 0,58$ г/л при выписке из стационара ($p_1 > 0,1$) (рис.2.).



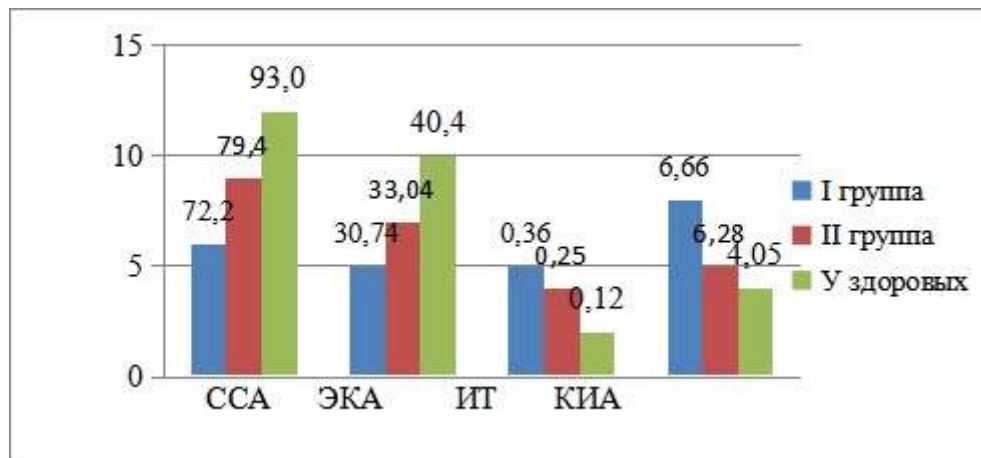


Рис. 2. Динамика показателей белкового метаболизма (ССА, ЭКА, ИТ, КИА в плазме крови) в зависимости от применения методов терапии у детей с ХТИН.

Мы определили, что уровень ССА и ИТ у детей 2 группы на фоне терапии имели более положительную динамику и составили при этом $79,4 \pm 1,2\%$ и $0,25 \pm 0,005$ усл. ед. ($p_1=0,05$ и $p_1=0,05$), тогда как у детей 1 группы эти показатели составили $72,2 \pm 0,6\%$ и $0,36 \pm 0,01$ усл. ед. ($p_1=0,05$ и $p_1=>0,1$). У здоровых детей эти параметры составили $93 \pm 0,9\%$ и $0,12 \pm 0,01$ усл. ед., соответственно (рис. 2).

Анализируя результаты исследования, выявлено, что данные показатели такие как ЭКА, ССА, ИТ, КИА в плазме крови, а МПП в моче после применения препарата «Рутин» имели высокую положительную динамику, но всётаки, не доходили до уровня у здоровых детей.

По-видимому, «Рутин» в недостаточно эффективной степени влияет на процессы эндотоксикоза, имеющего место при асептических воспалительных заболеваниях почечной ткани, что требует разработки новых способов его коррекции.

Отмечалась положительная динамика и при изучении функционального состояния почек у больных 2 группы.

Эффективность применения препарата «Рутин» подтверждается уменьшением лейкоцитурии. Так, лейкоцитурия статистически достоверно снизилась у больных 2 группы до 5-6 кл. в п. з. по сравнению с 1 группой (7-8 кл. в п. з.). На фоне проводимой терапии более выраженные изменения отмечены во 2 группе детей.



ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

Анализ результатов исследования суточной протеинурии, в сравниваемых группах, показал, что после лечения во 2 группе данный показатель мочевого синдрома достоверно снизился и обнаруживался лишь у 4 (11,4%) больных, а у детей 1 группы, этот показатель оставался повышенным у 8 (25%) больных.

В сравниваемых группах показатель гематурии изменялся однонаправлено. Отмечалось снижение эритроцитов в моче, но во 2 группе эти изменения были более выраженные.

После проведенного лечения достоверное повышение СКФ отмечено лишь у детей 2 группы $78,0 \pm 0,9$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p=0,01$), тогда как у больных 1 группы этот показатель составил $73,8 \pm 1,56$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p1>0,1$). Показатель СКФ имел достоверные значения лишь у детей 2 группы, где он повысился на 6%, а у детей 1 группы лишь на 1% (Рис.3).

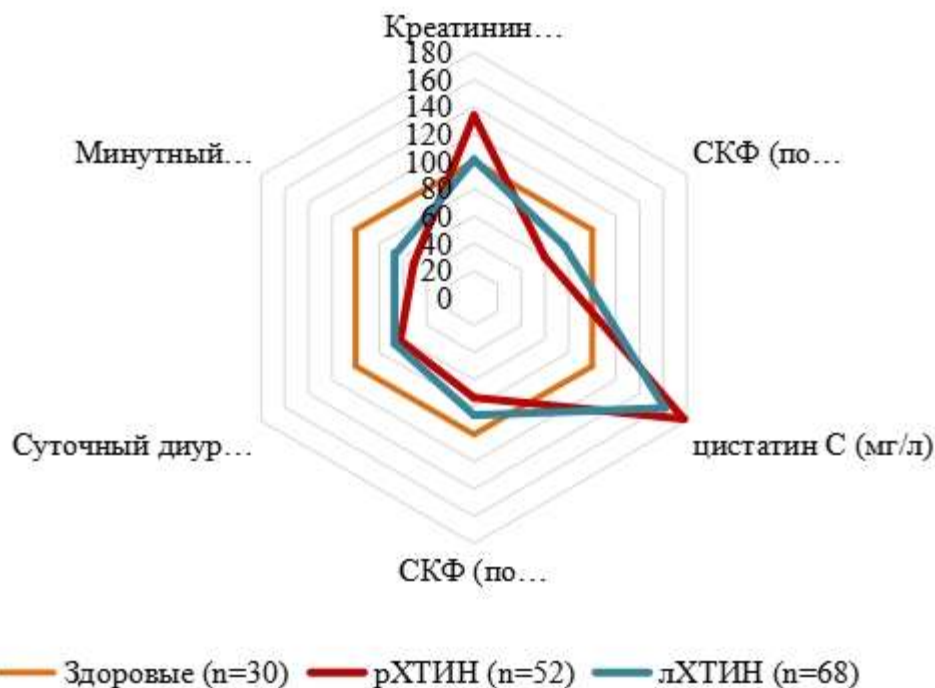
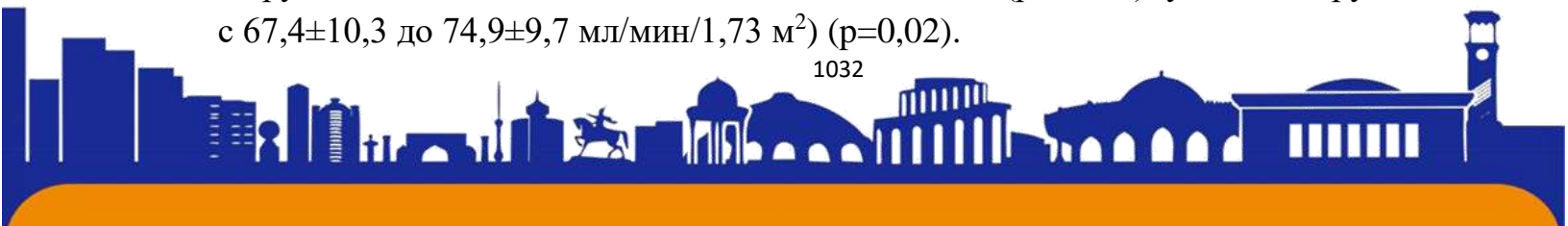


Рис. 3. Динамика ренальных функций почек с ХТИН после терапии ($M \pm m$)
После проведенного лечения СКФ (по цистатину) повысилась: у больных 2-группы – с $67,4 \pm 10,3$ до $83,2 \pm 9,6$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p=0,001$); у детей 1 группы – с $67,4 \pm 10,3$ до $74,9 \pm 9,7$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p=0,02$).





Установлено преимущественное улучшение СКФ (по цистатину) в первую очередь у детей 2 группы ($p=0,001$), у них же темпы прироста СКФ оказались наиболее высокими - на 19% (в 1 группе – на 10%), что связано с положительными свойствами предлагаемого нами метода терапии, который характеризуется выраженным нефропротекторным, противовоспалительным, спазмолитическим, мембраностабилизирующим действием препарата «Рутин».

При оценки функционального состояния почек по динамике уровня креатинина и цистатина, бесспорно, более достоверны показатели уровня цистатина. Увеличение СКФ по цистатину отмечается раньше, чем определяемое по креатинину ($p=0,02$).

На фоне проводимого лечения увеличение суточного диуреза отмечалось в обеих группах. Мы определили, что в 1 группе суточный диурез незначительно повысился до 4%, тогда как в группе сравнения данный показатель увеличился до 8% ($p_1=0,05$), что соответствует характеру изменений ФСП при ТИН.

Таким образом, динамика показателей парциальных функций почек и белкового метаболизма свидетельствует о том, что «Рутин» имея не прямое воздействие на тенденцию к нормализации, характеризуется существенным преимуществом перед традиционным способом, в большей степени в отношении ликвидации клинических симптомов и по уровню тенденции к нормализации показателей белкового метаболизма в плазме крови и в моче, но в меньшей степени по динамике восстановления «мочевого синдрома»: лейкоцитурии, протеинурии, гематурии и восстановлению парциальных функций почек.

Учитывая результаты применения препарата «Рутин» при лечении детей с ХТИН, полученных нами, в предыдущих исследованиях (1 и 2 групп), а также с целью оптимизации положительных эффектов и устранения недостатков лечения, мы провели наблюдение за 3 группой больных, которым в комплексе традиционной терапии проведено дополнительное применение электрофореза с 0,5% эуфиллином.

Электрофорез проводили эуфиллином 0,5% раствором в тёплой воде на поясничную область, при санации мочи (на 3-4 день лечения), противопоказание: высокая активность патологического процесса и нарушение уродинамики.





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

Изучение эффективности модифицированного метода терапии проведено у 37 больных детей. Среди них 19 (51,4%) девочек, 16 (48,6%) мальчиков в возрасте от 4 до 15 лет.

В результате применения комплексной терапии у больных с ХТИН на $9,1 \pm 0,3$ ($p=0,001$) сутки мы наблюдали клиническое выздоровление по всем экстраренальным и ренальным признакам заболевания, а во 2 группе, койко-дни составили $11,2 \pm 0,21$ сутки, что достоверно короче на 2,1 дней и на 5 дней по сравнению с группой детей получавших традиционную терапию.

Так, комплексное лечение оказалось значительно эффективным по всем проанализированным клиническим симптомам заболевания по сравнению с остальными группами больных.

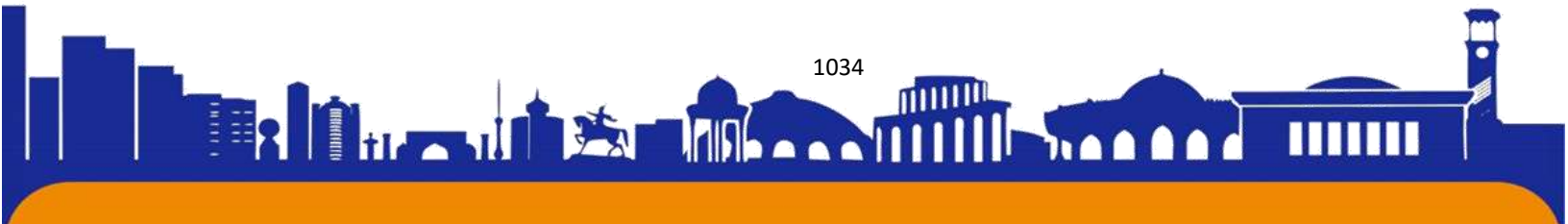
В результате изучения эффективности комплексного лечения по показателям белкового метаболизма: МПП в моче, ЭКА, ССА, ИТ, КИА в плазме крови у больных 3 группы, мы определили достоверное снижение МПП в моче до $0,207 \pm 0,012$ ед. опт. пл. ($p_1=0,001$), независимо от исходного уровня ЭИ и формы заболевания. Тогда как, у больных 2 группы уровень МПП в моче на фоне терапии составил $0,605 \pm 0,023$ ед. опт. пл. ($p_1=0,05$).

Восстановление изучаемого параметра у детей 3 группы наступило на 8-9 сутки, а у большинства больных 2 группы даже на 11-12 день лечения оставался без изменения.

Кроме того, данный модифицированный метод лечения способствовал достоверному повышению уровня ЭКА, ССА и снижению ИТ, КИА в плазме крови у детей 3 группы.

Мы определили, что комплексное лечение положительно влияет на уровень ЭКА, который у детей 3 группы составил $37,5 \pm 0,3$ г/л ($p_1=0,001$, $p_2=0,05$), тогда как у больных 2 группы, этот показатель, составлял $33,04 \pm 0,5$ г/л ($p_1=0,05$) (рис.3).

Динамика показателя КИА у пациентов, получавших комплексное модифицированное лечение, была положительной по отношению к таковой у детей 2 группы (рис. 4.).



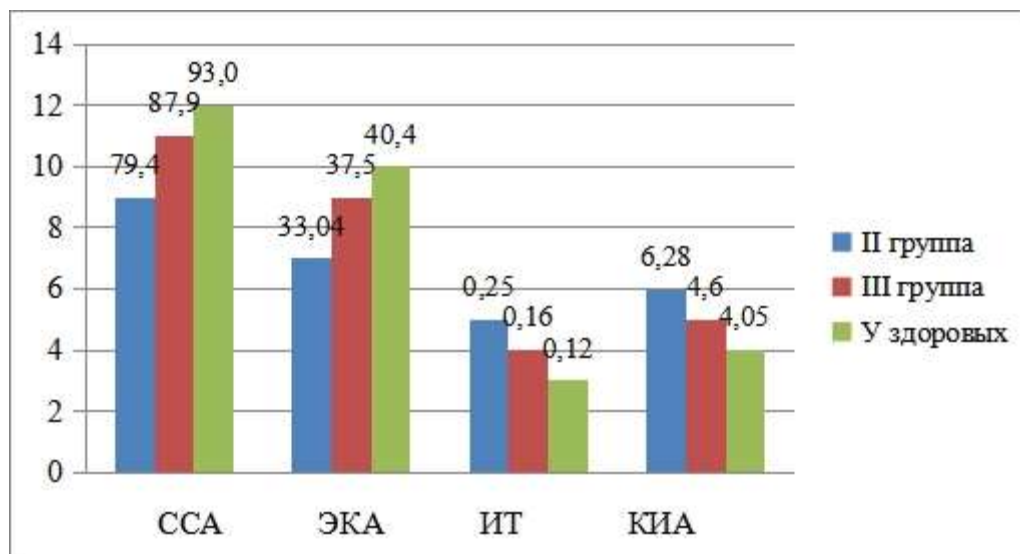


Рис.4. Динамика показателей белкового метаболизма (ССА, ЭКА, ИТ, КИА в плазме крови) при ХТИН у детей в зависимости от метода лечения

Применение комплексной терапии способствовало достоверному повышению уровня ССА у детей 3 группы, который составил, при этом, $87,9 \pm 0,3\%$ ($p_1=0,001$; $p_2=0,001$), тогда как у детей 2 группы этот показатель составлял $79,4 \pm 1,2\%$ ($p_1=0,001$), соответственно (табл.2.).

Мы наблюдали аналогичную картину и в отношении ИТ, его снижение в 3 группе составило 44% и было достоверным $0,16 \pm 0,004$ усл. ед. ($p_1=0,001$; $p_2=0,05$) по сравнению со 2 группой, где данный показатель составил $0,25 \pm 0,005$ усл.ед. ($p_1=0,05$)(рис. 4).

Так, комплексное лечение сочеталось статистически значимым уменьшением МПП в моче, а также возрастанием ЭКА, ССА и снижением ИТ, КИА в плазме крови. Указанное воздействие связано с положительным влиянием комплексного лечения на стабильность почечных цитомембран.

Таким образом, анализ динамики МПП в моче, ЭКА, ССА, ИТ, КИА в плазме крови больных детей 3 группы, свидетельствует о выраженном «антитоксическом» эффекте комплексного лечения, что позволяет использовать его в целях коррекции нарушенных показателей белкового метаболизма при ХТИН у детей.



ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

Результаты исследований свидетельствуют, что комплексное лечение больных 3 группы приводит к более устойчивой коррекции сдвигов парциальных функций почек уже в динамике лечения.

При этом, уровень гематурии у детей достигал контрольных значений у 98%, тогда как у детей 2 группы этот показатель был повышенным у 12% детей и составил 2-3 клеток в п. з.

Уровень лейкоцитурии у детей 3 группы после лечения стал даже ниже контрольных значений и составил 3-4 клеток в п.з. ($p_1=0,001$; $p_2=0,001$), тогда как у больных 2 группы этот параметр составил 6-7 клеток в п.з. ($p_1=0,01$), соответственно, что в 2 раза больше, чем в 3 группе.

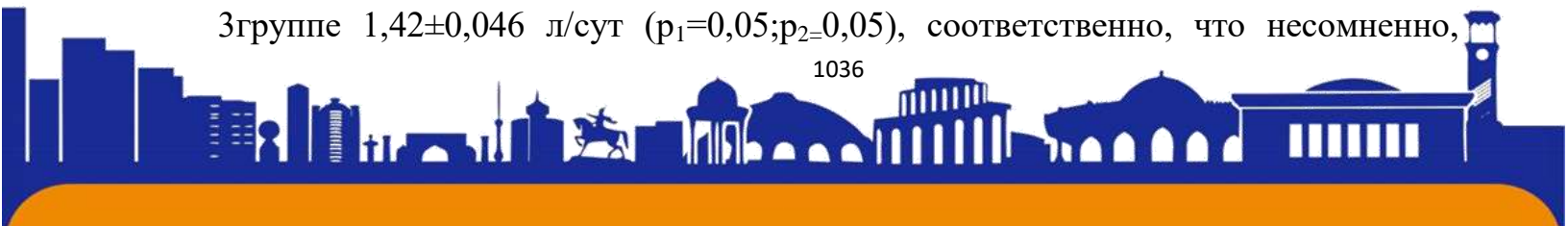
Уровень суточной протеинурии оставался выше контрольных величину 4 (11,4%) больных 2 группы, тогда как у пациентов 3 группы клинически значимой протеинурии не обнаружено ни у одного больного, что мы связываем с противовоспалительным и репаративным действием авторской схемы восстановительного лечения.

После проведенного лечения СКФ увеличилась в обеих группах (соответственно, $78,0 \pm 0,9$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ и $84,75 \pm 1,72$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$. Степень увеличения СКФ составила: во 2 группе - на 7,5% и в 3 группе на 15%.

СКФ (по цистатину) повысилась: у детей 3-группы – с $67,4 \pm 10,3$ до $93,8 \pm 1,61$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p=0,0003$); у больных 2 группы – с $67,4 \pm 10,3$ до $83,2 \pm 9,6$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p=0,02$)(рис.9.). Выявлена наиболее положительная динамика у детей 3 группы ($p=0,001$), тогда как данный показатель в 1 группе – на 7,5% и во 2 группе на 17%. Мы связываем это с нефропротекторным, противовоспалительным, спазмолитическим, репаративным свойствами электрофореза с 0,5% эуфиллином которые приводят к улучшению микроциркуляции в почечной ткани.

При сравнении СКФ у детей 3 группы после терапии, рассчитанной по уровню цистатина и креатинина в крови, отмечена более высокая достоверность расчета СКФ по цистатину ($p=0,01$), что позволяет более точно оценить тяжесть и прогноз развития осложнений.

Результаты исследования суточного диуреза, позволили определить, что данный показатель у больных 2 группы составил $1,15 \pm 0,037$ л/сут ($p_1=0,05$), а в 3группе $1,42 \pm 0,046$ л/сут ($p_1=0,05$; $p_2=0,05$), соответственно, что несомненно,





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

свидетельствует о «парциальном» преимуществе модифицированного способа лечения(рис.5).

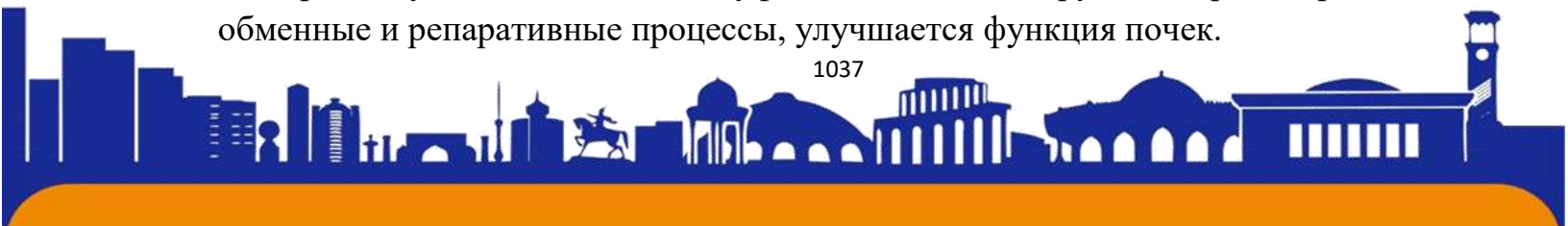


Рис.5. Динамика ренальных функций почек с ХТИН после терапии ($M \pm m$)

Данные результаты исследований показали, что авторский метод коррекции ХТИН, наряду с выраженным клиническим эффектом по ликвидации экстраренальных и ренальных патологических симптомокомплексов, положительно влияет не только на показатели белкового метаболизма и «мочевое синдром», но и на парциальные функции почек, и способствует к их скорому достижению уровня у здоровых детей.

Кроме того, предлагаемый нами модифицированный метод лечения способствует более устойчивой коррекции, не только асептического воспалительного процесса, но и метаболических и парциальных нарушений.

Положительное действие электрофореза было обусловлено улучшением почечной гемодинамики, оксигенации тканей, клеточного метаболизма, снижая повышенный тонус гладкой мускулатуры верхних мочевых путей и активизируя секреторную функцию почек, электрофорез способствует экскреции песка и мелких конкрементов из почечной ткани в мочу. Под влиянием тепла, электростимуляции и 0,5% эуфиллина активизируется кровообращение, обменные и репаративные процессы, улучшается функция почек.





Выводы: Анализ результатов исследования показал, что предлагаемый нами метод лечения, является наиболее эффективным способом лечения ХТИН, в силу ускоренного восстановления, как клинико-лабораторных параметров заболевания, так и показателей белкового метаболизма, а также в отношении восстановления функционального состояния почек, что приводит к сокращению сроков пребывания в стационаре, уменьшению числа рецидивов обострения, профилактике осложнений хронического процесса.

Всё это способствует предотвращению развития инвалидизации и сокращению количества детской смертности от ХПН.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахматов А., Ахматова Ю. А., Меликова Д.У., Нажимов Ш.Р.и др. Возрастная, половая и нозологическая структура больных, госпитализированных в специализированное отделение многопрофильного детского центра. Сборник материалов международной научно-практической конференции «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕФРОЛОГИИ». 2019г. 14 марта, Ташкент. - С.18-19.

2.Ахмеджанова Н.И., Махмудов Х., Хусенова Ф. Новые методы диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей. EuropeanScienceReviewAustria/ -Vienna, 2019. -№9-10.–Р.26-29.

3.Даминова М.А. Хроническая болезнь почек у детей: этиология, классификация и факторы прогрессирования // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9 (2). — С. 36—41.

4. Зорин И. В. Оценка эффективности медикаментозной реабилитации подростков с тубулоинтерстициальным поражением почек, перенесших рецидив ренальной инфекции // Лечащий Врач. – 2016. – №. 6. – С. 8–11.

5.Ильина А.С., Боровкова Н.Ю., Спасский А.А. Цистатин С в диагностике острого почечного повреждения у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST // Материалы IV Съезда терапевтов Приволжского федерального округа. – Нижний Новгород, 2017. – С.

7. AkhmatovaYu.A. , Akhmedjanova N. I., Akhmatov A., Yuldashev B.A., Rakhmanov Yu.A. The State of Protein Metabolism in Chronic Tubulointerstitial Nephritis in Children. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12 (6): 677-681. DOI: 10. 5923/ j.ajmms. 20221206.14.





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-5

8. Li H, Zhi Y, Lu Y, Geng S, Qi G. Correlation between cystatin C and properties and features of coronary plaque //Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2015 Jan 6; 95(1): 48-51.

9. Luyckx V.A., Tonelli M., Stanifer J.W. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. Bull World Health Organ. 2018; 96(6): 414-22D.

АВТОРЫ:

1. Ахматова Юлдуз Аблакуловна, ассистент кафедры 2-педиатрии СамГосМУ. Тел.: (97) 003 71 76. olimovshoh62@gmail.com

2. Ахматов Мухаммаджон Аблокулович, студент 3-курса 2-лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета. Тел.: (99) 949 04 65.

