

ISSN 2181-7812

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AXBOROTNOMASI**



**ВЕСТНИК**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**«Zamonaviy pediatriyaning  
dolzarb muammolari:  
bolalar kasalliklari diagnostikasi va  
davosining yangi imkoniyatlari»**  
mavzusidagi III-xalqaro ilmiy-amaliy anjumanga  
bag'ishlangan

**MAXSUS SON**

**2024**

TOSHKENT

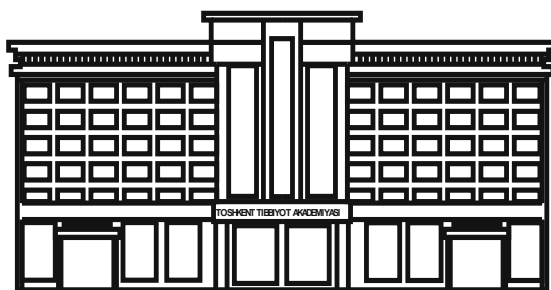
ISSN 2181-7812



9 772181 781009

2011 йилдан чиқа бошлаган

# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI АХБОРОТНОМАСИ



## ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

«Zamonaviy pediatriyaning  
dolzarb muammolari: bolalar  
kasalliklari diagnostikasi va  
davosining yangi imkoniyatlari»

**mavzusidagi III-xalqaro ilmiy-amaliy  
anjumanga bag'ishlanga**

**MAXSUS SON**

**I qism**

Тошкент



*Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе*

*редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии*

*Начальник отдела: М. Н. Аслонов*

*Редактор русского текста: О.А. Козлова*

*Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева*

*Редактор английского текста: А.Х. Жураев*

*Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева*

*Учредитель: Ташкентская медицинская академия*

*Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации*

*Регистрационное свидетельство 02-00128*

*Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года*

*реестром ВАК в раздел медицинских наук*

*Рукописи, оформленные в соответствии*

*с прилагаемыми правилами, просим направлять*

*по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,*

*Главный учебный корпус ТМА,*

*4-й этаж, комната 444.*

*Контактный телефон: 214 90 64*

*e-mail: rio-tma@mail.ru*

*rio@tma.uz*

*Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.*

*Гарнитура «Cambria».*

*Тираж 150.*

*Цена договорная.*

*Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.*

*100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.*

*Вестник ТМА 2024*  
**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

**Члены редакционного совета**

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

<i>Bobomuratov T.A., Yusupova U.U. FEATURES OF CLINICAL COURSE AND IMMUNE REGULATION OF THE HEMOSTATIC SYSTEM IN CHILDREN WITH ACUTE BRONCHOPULMONARY DISEASES WITH VARIOUS ECOLOGICAL RESIDENCE CONDITIONS</i>	<i>Bobomuratov T.A., Yusupova U.U. TURLI EKOLOGIK HAYOT SHARTLARI BO'LGAN O'TKIR BRONXOPULMONAAR KASALLIKLARDA GEMOSTAZ TIZIMINING KLINIK KURS VA IMMUNORGULLANISHI XUSUSIYATLARI.</i>	164
<i>Bobomuratov T.A., Mallayev Sh.Sh., Fayziev N.N., Egamberdiev S.B., Muxtorov M.G. SHIFOXONADAN TASHQARIZOTILJAMBILAN KASALLANGAN BOLALARDA GEMOSTAZ TIZIMINING O'ZGARISHLARIDA GEN POLIMORFIZMINING ROLI</i>	<i>Bobomuratov T.A., Mallayev Sh.Sh., Fayziev N.N., Egamberdiev S.B., Muxtorov M.G. ROLE OF GENE POLYMORPHISM IN CHANGES IN THE HEMOSTASIS SYSTEM IN CHILDREN WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA</i>	168
<i>Бобомуратов Т.А., Маллаев Ш.Ш., Файзиев Н.Н., Эгамбердиев С.Б., Мухторов М.Г. РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА PAI-1 В ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Mallaev Sh.Sh., Fayziev N.N., Egamberdiev S.B., Mukhtorov M.G. ROLE OF GENETIC POLYMORPHISM PAI-1 IN SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA</i>	172
<i>Бобомуратов Т.А., Маллаев Ш.Ш., Файзиев Н.Н., Эгамбердиев С.Б., Мухторов М.Г., Юсупова З.А. РОЛЬ ГЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА В РАЗВИТИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Mallaev Sh.Sh., Fayziev N.N., Egamberdiev S.B., Mukhtorov M.G., Yusupova Z.A. ROLE OF GENE POLYMORPHISM IN THE DEVELOPMENT OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILDREN</i>	175
<i>Бобомуратов Т., Маллаев Ш.Ш., Уринов А.Ф., Юсупова З.А. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Mallaev Sh.Sh., Urinov A.F., Yusupova Z.A. CLINICAL FEATURES OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IN CHILDREN</i>	179
<i>Бобомуратов Т.А., Самадов А.А. БОЛАЛАРДА НЕФРОТИК СИНДРОМДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Samadov A.A. DIAGNOSIS OF GASTRODUODENAL DISEASES IN NEPHROTIC SYNDROME IN CHILDREN</i>	182
<i>Бобомуратов Т.А., Султанова Н.С., Аvezова Г.С., Отабоева Ш.Ш., Ташпулатова Г.К. ОЗИҚЛАНТИРИШ ТУРЛАРИ БИЛАН ФАРҚЛАНАДИГАН БОЛАЛАРНИНГ ПСИХОФИЗИОЛОГИК РИВОЖЛАНИШИ ВА УЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Sultanova N.S., Avezova G.S., Otaboeva Sh.Sh., Tashpulatova G.K. PSYCHOPHYSIOLOGICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH DIFFERENT TYPES OF NUTRITION AND THEIR COMPARATIVE ANALYSIS</i>	187
<i>Бобомуратов Т.А., Султанова Н.С., Аvezова Г.С., Маллаев Ш.Ш. ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Sultanova N.S., Avezova G.S., Mallaev Sh.Sh. DYNAMICS OF CHILDREN'S PHYSICAL DEVELOPMENT INDICATORS UNDER DIFFERENT TYPES OF FEEDING</i>	191
<i>Бобомуратов Т.А., Турсунбаев А.К., Каримова Н.А., Нурматова Н.Ф. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Tursunbaev A.K., Karimova N.A., Nurmatova N.F. BOLALARDA POST-COVID SINDROMINING NAMOYON BO'LISHI</i>	195
<i>Владимирова Ю.В., Мазур Л.И., Жирнов В.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</i>	<i>Vladimirova Yu.V., Mazur L.I., Zhirnov V.A. THE RELATIONSHIP BETWEEN EXCESS BODY WEIGHT AND FLAT FEET IN CHILDREN AGAINST ACUTE VIRAL INFECTION</i>	200
<i>Ганиев А.Г., Аvezова Г.С., Хабибуллоева Б.Р. КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ: ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ</i>	<i>Ganiev A.G., Avezova G.S., Khabibulloyeva B.R. QUALITATIVE RESEARCH OF MOTHERS OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS: EMOTIONAL AND SOCIAL CONSEQUENCES</i>	203
<i>Ганиева М.Ш., Ганиев О.К. АНАЛИЗ ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ СРЕДИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	<i>Ganieva M.Sh., Ganiev O.K. ANALYSIS OF CAUSAL FACTORS AMONG FREQUENTLY ILL CHILDREN IN ANDIJAN REGION</i>	209

## БОЛАЛАРДА НЕФРОТИК СИНДРОМДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШ

Бобомуратов Т.А., Самадов А.А.

## ДИАГНОСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Бобомуратов Т.А., Самадов А.А.

## DIAGNOSIS OF GASTRODUODENAL DISEASES IN NEPHROTIC SYNDROME IN CHILDREN

Bobomuratov T.A., Samadov A.A.

Тошкент тиббиёт академияси

**Цель:** диагностика изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта при нефротическом синдроме у детей. **Материал и методы:** были обследованы 126 детей в возрасте от 4 до 17 лет, диагностирован с нефротический синдром в отделении детской кардионефрологии многопрофильной больницы Ташкентской медицинской академии. В ходе исследования использовались общеклинические, инструментальные (эзофагогастроуденоскопия), биохимические, иммуноферментные и медико-статистические методы исследования. **Результаты:** у детей с нефротическим синдромом наблюдаются изменения пищевода (65%), слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (81,7%), хронический гастродуоденит (57,14%), хронический гастрит (12,7%), эрозивно-язвенные изменения желудка (7,94%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (3,97%). **Выводы:** у детей с нефротическим синдромом данные изменения характерны для нарушения функции почек, а также длительности и длительности приема глюкокортикостероидов.

**Ключевые слова:** дети, нефротический синдром, глюкокортикостероиды, пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка, эзофагогастроуденоскопия, пепсиногены.

**Objective:** Diagnosis of changes in the gastrointestinal mucosa in nephrotic syndrome in children. **Material and methods:** 126 children aged 4 to 17 years diagnosed with nephrotic syndrome were examined in the pediatric cardioneurology department of the multidisciplinary hospital of the Tashkent Medical Academy. General clinical, instrumental (esophagogastroduodenoscopy), biochemical, immunoenzyme and medical-statistical research methods were used in the study. **Results:** Children with nephrotic syndrome have changes in the esophagus (65%), gastric mucosa and duodenum (81.7%), chronic gastroduodenitis (57.14%), chronic gastritis (12.7%), erosive and ulcerative changes in the stomach (7.94%), and duodenal ulcer (3.97%). **Conclusions:** In children with nephrotic syndrome, these changes are characteristic of impaired renal function, as well as the duration and duration of glucocorticosteroid use.

**Key words:** children, nephrotic syndrome, glucocorticosteroids, esophagus, stomach, duodenum, esophagogastroduodenoscopy, pepsinogens.

Сўнгги йилларда давомида болалар орасида сурункали буйрак касалликларининг кескин ўсиши кузатилмоқда. Ҳозирги вақтда дунё аҳолисининг хар ўнтадан бири буйрак фаолияти бузилишидан азият чекмоқда. 10 ёшгача сурункали буйрак касалликлари чалинган болаларда 90%, катта ёшли болаларда эса тахминан 50% ҳолатларда нефротик синдром учрамоқда.

Болалардаги нефротик синдром протеинурия суткада > 3,0 г/л дан кўп, қонда альбумин миқдорининг <25 г/л дан кам, гиперхолестеринемия гиперлипидемия ва анасаркагача бўлган шишларни ривожланиб бориши билан таърифланади [1,3,4].

Болалар ва ўсмирлар орасидаги нефротик синдромнинг келиб чиқиши, патогенези, клиник кечиши, касалликнинг классик белгилари яхши ўрганилган (М.С. Игнатова, 2015, А.А. Баранов, 2018) ва даволаш стандарти ишлаб чиқилган (Н.Д. Савенкова, 2015, 2017; И.А. Цыгин, О.В. Комаров ва ҳаммуал., 2017, 2018) Сўнгги йилларда олиб борилган илмий изланишлар таҳлилига кўра, дунёда болаларда нефротик синдромда овқат хазм қилиш трактидаги ўзгаришлар муаммосига катта эътибор қаратилган бўлиб, бу муаммонинг асосий сабабла-

ридан бири касалликга сабаб бўлувчи хавф омилларининг йилдан-йилга ортиб бориши кузатилмоқда. (М.П. Лимаренко, 2017; Tanaka M, Nakayama J., 2017; Tsay F.W., Hsu P.I., 2018) [1,2,4,10,12,14].

Болаларда нефротик синдроми ривожланишида иммун тизими, гемостаз тизимида ва бошқа тизимлардаги бузилишлар, шунингдек, стероид дори воситалари билан узоқ вақт даволаниши болаларда овқат хазм қилиш трактида ўзгаришлар яъни нефрогастроинтестинал синдром ривожланиши жиддий эътиборни тортмоқда [1,5,6,11,14,15] Республикамизда сўнгги йилларда сурункали буйрак касалликларининг болаларда кечиши, хусусан нефротик синдромнинг ўзига хос хусусиятлари ва келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларини ўрганиш бўйича тадқиқотлар амалга оширилмоқда [5-8,13,15]. Бир қанча олимлар томонидан ГКС ва бошқа дори воситаларининг гастродуоденал зона шиллик қаватининг ҳолатига салбий таъсири инobatга олиниб, турли соматик, юқумли бўлмаган сурункали касалликларда эндоскопик текширув натижалари таҳлили ўтказилган. Таҳлилда юзаки гастритлар ва гастродуоденитлар кўп қайт қилинганлиги (65,1%) аниқланган. Аксинча болаларда НСнинг турли кли-

ник шакллари, касалликни давомийлиги, беморнинг ижтимоий ҳолати ва ГКС билан даволаниш давомийлигини инobatга олиб гастродуоденал зонанинг шиллиқ қаватида турли ўзгаришларни ўрганилганлик ҳақида аниқ илмий исботланган маълумотлар етарли эмас.

#### Тадқиқот мақсади

Болаларда нефротик синдромда ошқозон-ичак шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни ташхислаш.

#### Материал ва усуллар

Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли шифохонаси болалар кардионефрология бўлимида нефротик синдром ташхиси билан, даволанган 4 ёшдан 17 ёшгача бўлган 126 нафар болалар текширилди. Тадқиқот жарёнида умумклиник, инструментал (эзофагогастродуоденоскопия), биокимёвий, иммунофермент ва тиббий статистик тадқиқот усулларидадан фойдаланилган.

#### Натижалар муҳокамаси

Нефротик синдром билан касалланган болаларда овқат ҳазм қилиш тизимидаги ўзгаришларни ташхислаш учун, таҳлил қилинадиган бемор болалар ёш кўрсаткичига асосан 2 гуруҳга, 1-гуруҳ 7-11 ёш 77 нафар

(61,1%), 2-гуруҳ 12-17 ёш 49 нафар (38,9%). НСнинг клиник ва лаборатор хусусиятларига асосланиб 3 гуруҳга: биринчи назорат гуруҳи Стероидга сезгир нефротик синдром (ССНС) билан 34 нафар, (27,0%) ва асосий гуруҳлар: иккинчи гуруҳ Тез-тез қайталанувчи нефротик синдром (ТҚНС) билан 54 (42,9%)  $P<0,05$  нафар, учинчи гуруҳ Стероидга қарам нефротик синдром (СҚНС) билан 38 нафар (30,2%) болалар гуруҳларига ажратилди. НСли бемор болаларда гастродуоденал патологиянинг ривожланишида асосий хавф омиллар таҳлил қилинди, бу бемор болаларнинг 92 нафари, 73,02% ҳолатда касалликнинг давомийлиги 1 йилдан ошганлигини ва улар касалхонага қайта ётқизилганлиги қайд қилинган бўлса, ГКС билан даволаниш давомийлиги 6 ой гача 34 нафар (26,98%), 6 ойдан кўп 92 нафар (73,02%) га тўғри келди. Ижтимоий ҳолати, яшаш шароити таҳлилида қишлоқ аҳолиси (79,4%), шаҳар аҳолиси (21,6%) ҳолатдан иборат бўлди. Сурункали психо-эмоционал стресс (64,8%) аниқланди. Анамнез суриштирув ва умумклиник текширишлар натижасида гастродуоденал соҳанинг шикастланишлари, диспептик синдром белгилари қайт этилди (1-жадвалга қаранг).

#### 1-жадвал

Нефротик синдром бўлган болаларда диспептик синдромнинг хусусиятлари

Белгилар	Нефротик синдромнинг клиник шакллари					
	ССНС, n=34		ТҚНС, n=54		СҚНС, n=38	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ҳаво билан кекириш	16	47,6±2,7	30	55,6±4,6*	26	68,4±2,2*
Овқат билан кекириш	4	11,8±3,6	11	20,4±2,5*	8	21,1±2,6*
Нордон кекириш	4	11,8±3,6	8	14,9±2,8	11	29,0±3,5*
Қайт қилиш	30	88,2±3,8	41	75,9±2,6	28	73,7±4,4**
Зарда қайнаши	16	47,1±4,8	43	79,7±2,8***	27	71,2±1,6***
Оғиздан ёқимсиз ҳид келиши	21	61,8±4,6	48	89,9±6,9*	32	84,2±4,3*
Метеоризм	25	73,6±2,8	47	87,1±2,8**	28	73,7±4,2**
Иштаҳанинг ошиши	26	52,9±3,9	42	77,8±4,4*	29	76,4±5,4**

Изоҳ. \* - ССНС гуруҳ кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (\*- $P<0,05$ ; \*\*- $P<0,01$ ; \*\*\*- $P<0,001$ ).

Инструментал эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) текшируви ўтказилди. ЭФГДС ҳам катталар, ҳам болаларда ошқозон-ичак тракти патологиясини ташхислашнинг асосий инструментал усули ҳисобланади. Ушбу текширув ошқозон, ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ қаватини визуал (макроскопик) баҳолашни ўз ичига олди.

Эндоскопик текширув European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) и North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) (2013, 2017) тавсиясига асосан биоптат олмасдан ўтказилди.

Нефротик синдром билан хасталанган бемор болаларда ошқозон ва 12 бармоқ ичаклардаги ўзгаришлар ЭФГДС текшириш натижаларини таҳлил

қилинганда 1-гуруҳда ССНС n=34 дан 4 та ҳолатда (11,8±5,6%) сурункали гастрит, 7 та (20,6±7,0%) ҳолатда сурункали гастродуоденит аниқланди. 2-гуруҳ ТҚНС n=54 дан 4 та ҳолатда (16,7±5,1%) сурункали гастрит, 36 та (66,7±6,5%,  $P<0,001$ ) ҳолатда сурункали гастродуоденит аниқланди. Ошқозонни эрозив ярали ўзгаришлари 6 та (11,1±4,3%,  $P<0,05$ ), 12 бармоқ ичак яра касаллиги 3 та (5,56%) ҳолатда кузатилди. 3- гуруҳ СҚНС n=38 дан 3 та (7,89%) сурункали гастрит, 29 та (5,6±3,2%) ҳолатда сурункали гастродуоденит аниқланди. Медани эрозив ярали ўзгаришлари 4 та (10,5±5,0%,  $P<0,05$ ), 12 бармоқ ичак касаллиги 2та (5,3±3,7%) кузатилди. Хусусан, жами 126 бемордан 16 та (12,7±3,0%) сурункали гастрит, 72 (57,1±4,4%) ҳолатда сурункали гастродуо-

денит аниқланди. Медани эрозив ярали ўзгаришлари 10 та (7,9±2,4%), 12 бармоқ ичак яра касаллиги 5 та (4,0±1,8%) кузатилди. Овқат ҳазм қилиш тизимидаги ўзгаришлар нефротик синдромнинг клиник

шакилларига боғлиқ бўлиб асосан 6 ой ва ундан кўп вақт давомида глюкокортикостероидлар қабул қилган 2-3 гуруҳларда кузатилди (2-жадвалга қаранг).

**2-жадвал**

**Нефротик синдромли болаларда ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг эндоскопик текшириш натижалари**

Ташхис	ССНС, n=34		ТҚНС, n=54		СҚНС, n=38		Жами, n=126	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сурункали гастрит	4	11,8±5,6	9	16,7±5,1	3	7,9±4,4	16	12,7±3,0
Сурункали гастродуоденит	7	20,6±7,0	36	66,7±6,5***	29	76,3±7,0***	72	57,1±4,4
Меданинг эрозив ярали ўзгаришлари	0	0	6	11,1±4,3*	4	10,5±5,0*	10	7,9±2,4
12 бармоқ ичак яра касаллиги	0	0	3	5,6±3,2	2	5,3±3,7	5	4,0±1,8
Жами	11	8,7±2,5	54	42,9±4,4***	38	30,2±4,1***	103	81,7±3,5

**Изоҳ.** \* - ССНС гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (\*0,05;\*\*\*0,001).

НС фаоллик даражасига боғлиқ ҳолда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг шиллиқ қавати эндоскопик ўзгаришлари учраш тезлигини ўрганиш шуни кўрсатдики, касалликнинг фаол босқичида 126 нафар бемор болалардан 103 (81,7±3,5) нафарида гастродуоденал соҳа аъзолари томонидан патологиялар кузатилди, шундан, биринчи гуруҳ беморларда 11 (8,7±2,5%), иккинчи гуруҳ беморларда 54 (42,9±4,4%), учинчи гуруҳда 38 (30,2±4,1%) P<0,001 ҳолатда аниқланди. Ушбу натижалар, клиник маълумотлар билан таққослаганда, болалар НС нинг 2/3 қисмида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шикастланиши латент кечганлигини кўрсатади. Олинган маълумотларга асосланиб, шуни айтишимиз мумкинки, НС билан касалланган болаларда ошқозон антрал қисмининг шикастланиши унинг хлорид кислотасини нейтраллайдиган ҳимояловчи ишқорий ширани ишлаб чиқариш вазифасини пасайтириши аниқланди. Шу билан бирга, кислота-пептик агрессияга эга бўлган меъда шираси, антрал қисм ва ўн икки бармоқли ичак пиёзчасига тушиб, уларнинг шиллиқ қаватига зарарли таъсир кўрсатади (буни эндоскопик текшириш натижалари тасдиқлайди). Шуни таъкидлаш керакки, ТТҚНС ва СҚНС билан оғриган беморлар даволаниш жараёнида узоқ вақт давом эттирилган гормон терапияси ушбу гуруҳлардаги болаларда гиперхлоргидрияни келтириб чиқариши мумкин.

ЭФГДС текшириши натижасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда ўзгаришлар аниқланган 103 нафар НС билан касалланган болалар ва усмирлар қон

зардобида лаборатор иммунофермент таҳлил (ИФТ) текширув усулида, Pgl, PglII ва Pgl/PglII нисбати текширилди. Реагент тўпламларининг асосий тавсифи: «Пепсиноген 1» ИФА – БЕСТ (Россия); Сезувчанлик 1 мкг/л. Ўлчанадиган концентрация диапазони 0–200 мкг/л. Таҳлил учун зардоб намунаси ҳажми 10 мкл. Таҳлил 1 босқичли. Умумий инкубация вақти 1 соат 15 мин. «Пепсиноген 2» ИФА – БЕСТ (Россия); Сезувчанлик 1 мкг/л. Ўлчанадиган концентрация диапазони 0–50 мкг/л. Таҳлил учун зардоб намунаси ҳажми 10 мкл. Таҳлил 1 босқичли, умумий инкубация вақти 1 соат. Пепсиногенларнинг референт қийматларини аниқлаш ва ошқозон шиллиқ қаватида яллиғланишлар кузатилган НСли болалар кўрсаткичлари билан таққослаш мақсадида 21 нафар амалий соғлом болалар қон зардобида Pgl ва PglII қийматлари таҳлил қилинди. Pgl 116,63±3,7 мкг/л, Pgl II 18,51±0,60 мкг/л, Pgl/PglII 6,30±0,21 қийматда аниқланди ва пепсиногенларни таҳлил қилиш жадвалида кўрсатилган референт қийматлари (Pgl 30–130 мкг/л Pgl II 4–22 мкг/л Pgl I/Pgl II 3–20 ошқозон шиллиқ қавати) билан мос келди. Текширишлар натижасида нефротик синдром билан касалланган, овқат ҳазм қилиш тракти ЭФГДС текшириши натижасида ошқозон ва 12 бармоқ ичак шиллиқ қаватларида турли ўзгаришлар аниқланган болалар қон зардобида Pgl ва Pgl II нинг миқдори, текширилган барча гуруҳларда назорат гуруҳидаги амалий соғлом болалар кўрсаткичларига нисбатан турлича аниқланди (3-жадвал).

**3-жадвал**

**Нефротик синдром билан касалланган болаларда ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг турли ўзгаришларида Pgl I ва Pgl II нинг миқдори**

Текширилган гуруҳлар	сон	Pgl I	Pgl II	Pgl I/ Pgl II
Назорат гуруҳи	21	116,63±3,7	18,51±0,60	6,30±0,21
Сурункали гастрит	16	53,5±5,2***	30,3±1,7***	1,6±0,06***
Сурункали гастродуоденит	72	133,2±1,3***	46,6±0,90***	2,9±0,05***
Меданинг эрозив ярали ўзгаришлари	10	84,4±2,9***	29,5±0,81***	2,9±0,04***
12 бармоқ ичак яра касалиги	5	146,1±3,4***	45,8±2,1***	3,2±0,08***

**Изоҳ.** \* - Назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (\*\*\*-P <0,001).

Сурункали гастрит билан касалланган 16 нафар бемор болаларда уртача Pg I  $53,5 \pm 5,2$  мкг/л, Pg II  $30,3 \pm 1,7$  мкг/л, Pg I/Pg II  $1,6 \pm 0,06$ , ( $P < 0,001$ ) қийматларда аниқланди. Сурункали гастродуоденит 72 нафар (69,9%), Pg I  $133,2 \pm 1,3$  мкг/л, Pg II  $46,6 \pm 0,90$  мкг/л, Pg I/Pg II  $2,9 \pm 0,05$  ( $P < 0,001$ ) қийматларда аниқланди. Меданинг эрозив ярали ўзгаришлари 10 нафар Pg I  $84,4 \pm 2,9$  мкг/л, Pg II  $29,5 \pm 0,81$  мкг/л, Pg I/Pg II  $2,9 \pm 0,04$ , ( $P < 0,001$ ) аниқланиб, амалий соғлом болалар кўрсаткичига нисбатан ошганлиги  $29,5 \pm 0,81$  мкг/л пепсиногенлар нисбати PGI/PgII- $2,9 \pm 0,04$  (ишончлилик  $P < 0,001$ ) қийматда қайт қилинди. 12 бармоқли ичак яра касаллиги 5 нафар болаларда кузатилиб Pg I  $146,1 \pm 3,4$  мкг/л, Pg II  $45,8 \pm 2,1$  мкг/л миқдорининг, амалий соғлом болалар гуруҳлари кўрсаткичларига нисбатан сезиларли ошганлиги, мос равишда ( $18,51 \pm 0,60$ ) ва пепсиногенлар нисбатини  $3,2 \pm 0,08$  мкг/л (ишончлилик  $P < 0,001$ ), мос равишда, ( $6,30 \pm 0,21$ ), сезиларли камайганлиги аниқланди.

Таҳлил натижаларида аниқландики қондаги пепсиногенлар даражаси меъда шиллиқ қаватининг морфологик ва функционал ҳолатининг ишончли диагностик кўрсаткичи бўлиб, инвазив бўлмаган биопсияни амалга оширишга имкон беради. Кенг диапазондан минималдан максимал қийматгача ўзгариб турадиган пепсиногенлар ҳажмининг кўрсаткичлари кўп жиҳатдан нафақат ошқозон касалликлари, балки рефлюкс-ли эзофагит, ўн икки бармоқли ичак яраси билан боғлиқ турли хил касалликларни ривожланиш хавфини баҳолашга ҳам имкон беради. Pg I ва Pg II нинг пасайган кўрсаткичи атрофик гастрит ва ошқозон саратони учун хавф омиллини белгиловчи мезонлардан бири ҳисобланади.

#### Хулоса

1. Нефротик синдром билан касалланган болаларда клиник ҳамда инструментал текширишлар натижасида 65 % ҳолатда қизилўнғач, 81,7% ҳолатда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ қаватида ўзгаришлар кузатилиб, сурункали гастродуоденит (57,14%), сурункали гастрит (12,7%), меъданинг эрозив-ярали ўзгаришлари (7,94%), ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги (3,97%) ҳолатларда аниқланди.

2. Нефротик синдром билан касалланган болаларда бу ўзгаришларни нефротик синдромда бўйрак фаолиятини бузилиши ҳамда глюкокортикостероидларни қабул қилиш муддати ва давомийлиги билан боғлиқлиги аниқланди.

3. Нефротик синдромда ошқозон – ичак шиллиқ қаватида ўзгаришлар кузатилган болаларда пепсиногенлар сатҳининг ўзгариши ошқозон шиллиқ қаватининг асосий хужайраларига боғлиқ бўлиб, унинг синтезини камайиши асосан ошқозон туби ва танаси шиллиқ пардаси зарарланишида пепсиноген I ва пепсиноген I/II нисбатларининг кескин пасайиши, пепсиноген II нинг юқори курсаткичлари эса ошқозон, ўн икки бармоқ ичак ярасида кузатилди.

4. Нефротик синдромда ошқозон – ичак шиллиқ қаватида кузатиладиган ўзгаришларни аниқлаш мақсадида, кам инвазив усул сифатида, эндоскопик скрининг мақсадида қон зардобиди иммунофер-

мент таҳлил усулида Pg I, Pg II ва Pg I/Pg II нисбатини аниқлаш ва таҳлил қилиш тавсия қилинади.

#### Адабиётлар

1. Агаронян А.Г., Вашурина Т.В., Комаров О.В. и др. Иммуносупрессивная терапия при стероид-зависимом нефротическом синдроме у детей. Обзор литературы // Нефрология и диализ. – 2020. – Т. 22, №. 4. – С. 474-489.

2. Асанина Ю.Ю., Шишкин А.Н., Корсева Е.Е. и др. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка, *Helicobacter pylori* и показатели недостаточности питания у больных с хронической болезнью почек // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2016. – № 1. – С. 26-33.

3. Барышева О.Ю., Симанов Р.Н. Взаимосвязь между воспалительными заболеваниями кишечника и заболеваниями почек // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2022. – Т. 14, №1. – С. 31-38.

4. Батракова И. В., Савенкова Н. Д. Цитостатическая терапия нефротического синдрома с минимальными изменениями у детей и подростков // Нефрология. 2014. №2. С.34-38

5. Бема М. В. Взаимосвязь патологии мочевой системы и органов пищеварения у детей // Acta Biomedica Scientifica. – 2018. – №. 2-1. – С. 17-19.

6. Обухова В. А., Длин В. В. Факторы риска часто рецидивирующего течения стероид-чувствительного нефротического синдрома у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2018. — Т. 59. — № 6 — С. 79-83.

7. Болтабоева М. М., Ганиева М. Ш., Маджидова Н. М., Распространенность наследственных и врожденных нефропатий среди детей Андижанской области и алгоритмы их диагностики // NovalInfo.Ru. -2018. Т. 1. № 89.- С. 197-205.

8. Бокова Т. А., Кошурникова А. С., Терещенко С. Г. Морфофункциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с метаболическим синдромом // Альманах клинической медицины.- 2015.- № 42.- С. 46-50.

9. Боровик Т. Э., Кутафина Е. К., Цыгин А. Н. и др. Диетотерапия при заболеваниях почек у детей // Вопросы питания.- 2016.- Т. 85, № 2.- С. 67-83.

10. Власова Т. В., Шкарин В. В., Кизова Е. А. и др. Комплексный подход к диагностике и лечению симптоматической гастродуоденальной язвы: случай из практики // Медицинский альманах. -2017. -№1 (46). -С.37-40.

11. Вомин К. Е., Шукурова С. С. Современный подход к профилактике и лечению гастродуоденальной патологии у детей. // Медицинский вестник. -2016. -№4. -С.18-22.

12. Alarcón T, Llorca L, Perez-Perez G. Impact of the microbiota and gastric disease development by *Helicobacter pylori*. // Current Topics in Microbiology and Immunology.-2017. - V.40. - P.253-275. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-50520-6\\_11](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-50520-6_11).

13. Alsager, K., Waqar, S., Furrugh, H., Alattas, N. Donor-derived strongyloidiasis in a Saudi pediatric kidney transplant recipient: A case report and mini-review // Pediatric Transplantation.-2019.-23(2),e13315

14. Autoimmune atrophic gastritis-pathogenesis, pathology and management / W. L. Neumann, E. Coss, M. Ruge [et al.] // Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology. -2013. - Vol. 10, № 9. - P. 529-541. Vol. 7. - P. 656-670.

15. Ankireddyapalli S. Peptic ulcer in nephrotic syndrome patients due to steroid therapy // Journal of Pharmacovigilance and Drug Research. - 2023. - Vol. 4, №. 1. - P. 1-4.



## БОЛАЛАРДА НЕФРОТИК СИНДРОМДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШ

Бобомуратов Т.А., Самадов А.А.

**Мақсад:** болаларда нефротик синдромда ошқозон-ичак шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни ташхислаш. **Материал ва усуллар:** Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли шифохонаси болалар кардионефрология бўлимида нефротик синдром ташхиси билан, даволанган 4 ёшдан 17 ёшгача бўлган 126 нафар болалар текширилди. Тадқиқот жарёнида умумклиник, инструментал (эзофагогастроуденоскопия), биокимёвий, иммунофермент ва тиббий статистик тадқиқот усулларидадан фойдаланилган. **Натижалар:** нефротик синдром билан касаллан-

ган болаларда қизилўнғачдаги ўзгаришлар (65%), ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ қаватида (81,7%), сурункали гастродуоденит (57,14%), сурункали гастрит (12,7%), меъданинг эрозив-яралли ўзгаришлари (7,94%), ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги (3,97%) ҳолатларда аниқланган. **Хулоса:** нефротик синдром билан хасталанган болаларда бу ўзгаришлар бўйрак фаолиятини бузилиши ҳамда глюкокортикостероидларни қабул қилиш муддати ва давомийлиги билан боғлиқлига хос бўлган.

**Калит сўзлар:** болалар, нефротик синдром, глюкокортикостероидлар, қизилўнғач, ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, эзофагогастроуденоскопия, пепсиногенлар.

