

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990  
www.tadqiqot.uz

# JRHUNR

## JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,  
ISSUE 2

# 2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-  
нефрологических исследований

# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный  
медицинский университет

[Tadqiqot.uz](http://Tadqiqot.uz)

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

**N<sup>o</sup> 2**  
**2022**

---

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:  
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2  
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Head of the Obstetrics and Gynecology Department  
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:  
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна  
доктор медицинских наук, профессор  
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского  
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Departments of Obstetrics and Gynecology  
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:  
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:  
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес**  
профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии  
Prof. Medical Director of the Instituto  
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

**Ramašauskaitė Diana**  
профессор и руководитель клиники акушерства  
и гинекологии при институте клинической  
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic  
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty  
of Medicine, Latvia)

**Зуфарова Шахноза Алимджановна**  
доктор медицинских наук, профессор, директор  
Республиканского центра репродуктивного  
здоровья населения (M.D., Professor, Director  
of the Republican Center for Reproductive Health)

**Агабабян Ирина Рубеновна**  
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского  
Государственного медицинского университета  
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Samarkand State Medical University)

**Зокирова Нодира Исламовна**  
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского  
Государственного медицинского университета

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**  
доктор медицинских наук, профессор  
Непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**  
доктор медицинских наук, профессор Бухарского  
государственный медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**  
доктор медицинских наук, профессор  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**  
доктор философии по медицинским наукам (PhD)  
(ответственный секретарь)

**Boris Chertin**  
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric  
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in  
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,  
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский  
факультета ивритского университета)

**Fisun Vural**  
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari  
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета  
естественных наук, учебно-исследовательской  
больницы клиники акушерства и гинекологии.

**Melike Betül Öğütmen**  
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji  
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.  
Доцент Университета естественных наук,  
учебно-исследовательской  
больницы клиники нефрологии.

**Аллазов Салах Алазович**  
доктор медицинских наук, профессор  
кафедры урологии, Самаркандского  
Государственного медицинского университета

**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**  
доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой №2 педиатрии с  
курсом неонатологии, Самаркандского  
Государственного медицинского университета

**Локшин Вячеслав Нотанович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской  
ассоциации репродуктивной медицины.

**Никольская Ирина Георгиевна**  
доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

**Шалина Раиса Ивановна**  
доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Агабабян И.Р., Садикова Ш. Ш., Исmoilов Р. М.**  
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ / IDENTIFICATION OF EARLY DISORDERS OF GLOMERULAR FILTRATION RATE DEPENDING ON THE DEGREE OF OBESITY/ SEMIZLIK DARAJASIGA QARAB KOPTOKCHALAR FILTRATSIYASI TEZLIGI BUZILISHLARINI ERTA ANIQLASH.....6
- 2. Амонова М.Ф.**  
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ/VITAMIN D DEFICIENCY IN MENOPAUSA WOMEN/ MENOPAUZADAGI AYOLLARDA D VITAMINI YETISHMASLIGI.....10
- 3. Шавази Н.Н., Алимова П.Б.** СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ/ CURRENT ASPECTS OF OBSTETRIC HEMORRHAGE/ AKUSHERLIK QON KETISHINING ZAMONAVIY JIHATLARI.....13
- 4. Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Тураев Х. Н.**  
НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ/ NEPHROTOXICITY AS A PROBLEM OF MODERN ANTIBIOTIC THERAPY/ NEFROTOKSIKLIK - ZAMONAVIY ANTIBIOTIKOTERAPIYANING MUAMMOSI SIFATIDA.....17

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р.**  
СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ – СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД/ SYSTEMATIZATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE - A STANDARDIZED APPROACH/ GOLMIY LAZERLI PROSTATA BEZI ENKLEATSIYANING OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLARINI TIZIMLASHTIRISH – STANDARTLASHTIRILGAN YONDASHUV.....20
- 2. Даминова М.Х., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И., Изомиддинова М.К.**  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/ COMPARATIVE ASSESSMENT OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN VARIOUS FORMS OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA PIELONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARNI QIYOSIY BAXOLASH.....25
- 3. Исламов Т.Ш., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И.**  
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/ CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF VARIOUS FORMS OF ACUTE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARI.....29
- 4. Каттаходжаева М.Х., Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.**  
ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНТРАВЕРСИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ/ PRACTICAL CONTRAVERSIONS IN THE PREVENTION OF POSTPARTUM OBSTETRIC HEMORRHAGE/TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLISHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR.....35
- 5. Каттаходжаева М.Х., Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.**  
ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ МАТКИ В ПЕРСОНИФИКАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ/ THE VALUE OF PREDICTING POSTPARTUM HEMORRHAGE IN THE SYNDROME OF UTERINE OVERSTRETCHING IN THE PERSONIFICATION OF PREVENTIVE MEASURES/ TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLISHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR.....39
- 6. Сайфиев Х.Х., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И.**  
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/IMPORTANCE OF MODERN APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS/ BOLALARDA UTKIR PIELONEFRITNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV.....43
- 7. Солеева С.Ш., Агабабян И.Р., Ярашева З.Х.**  
ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА/INTERVENTIONAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY HEART DISEASE/SURUNKALI KORONAR YURAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARNI INTERVENTSION BOSHQARISH.....46
- 8. Меликова Д.У., Бегнаева М.У.**  
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/CLINICAL FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA SURUNKALI PIYELONEFRIT KECHISHINING KLINIK JIHATLARI.....51
- 9. Ризаев Ж.А., Хусанбаева Б.А.**  
ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДЛОЖЕННОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК/ CHECKING THE EFFECTIVENESS OF THE PROPOSED TREATMENT REGIMEN FOR DENTAL DISEASES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE/ SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA TAVSIYA ETILGAN TISH KASALLIKLARI DAVOLASH REJIMINING SAMARADORLIGINI TEKSHIRISH.....54

**10. Шаханова Ш.Ш., Рахимов Н.М., Корабев Ф.Т.**

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОСТЕОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЧКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ/ INCREASE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF MULTIPLE OSTEOPENIC METASTASES OF KIDNEY AND PROSTATE CANCER/BUYRAK VA PROSTATA BEZI KO'PLAB OSTEOPEN METASTAZLARIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH.....60

**11. Таниш Г. А.**

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА/SUMMARY MAIN CAUSES OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE/REPRODUKTIV YOSHIDAGI AYOLLARDA TUXUMDONLARNING POLIKISTOZ SINDROMI KELIB CHIQUISHINING ASOSIY SABABLARINI ANIQLASH.....64

**12. Умаров З.М., Каттаходжаева М.Х., Сулейманова Н. Ж.**

ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА/ THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BREECH PRESENTATION OF THE FETUS/ THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BREECH PRESENTATION OF THE FETUS/ HOMILA CHANOG'I BILAN OLDINDA KELISHIDA INNOVATSION TEXNOLOGIYALAR AHAMIYATI.....68



УДК: 616.053.61-002-071

**Исламов Тимур Шавкатович**

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан.**Ахмеджанов Исмоил Ахмеджанович**

доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**

доктор медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Хамидова Мавлюда Фазлиддиновна**

Клинический ординатор

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

**For citation:** Islamov Timur Shavkatovich, Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich, Axmedjanova Nargiza Ismailovna, Khamidova Mavlyuda Fazliddinovna, Clinical and laboratory characteristics of various forms of acute glomerulonephritis in children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6677878>

**АННОТАЦИЯ**

В структуре почечной патологии в детском возрасте особое место занимают гломерулонефриты. Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей и оценка лабораторных показателей у детей с первичным и вторичным острым ГН. Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось всего 70 больных детей. Из них у 25 капилляротоксический нефрит (КН), у 20 - первичный гломерулонефрит (ПГН) с ведущим гематурическим синдромом, у 25 - геморрагический васкулит (ГВ б/пп) без последующего поражения почек. Результаты. При сравнении больных капилляротоксическим нефритом и геморрагическим васкулитом без поражения почек (1 и 3- группы) установлено, что в 3 - группе также преобладают девочки (64%). Среди них меньше, чем в 1-группе было детей школьного возраста. Хотя их было большинство (68%), но не сильно преобладали как в случаях осложнений ГВ поражением почек (84%). Выводы. Ранними неблагоприятными прогностическими симптомами КН являются начало болезни с экстраренальных симптомов, сочетание макрогематурии с протеинурией и функциональными нарушениями почек.

**Ключевые слова:** острый гломерулонефрит, капилляротоксический нефрит, гематурия, геморрагический васкулит.

**Islamov Timur Shavkatovich**

Master's Resident

Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

**Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

**Axmedjanova Nargiza Ismailovna**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

**Khamidova Mavlyuda Fazliddinovna**

Clinical Resident Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

**CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF VARIOUS FORMS OF ACUTE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN**

## ABSTRACT

In the structure of renal pathology in childhood, a special place is occupied by glomerulonephritis. The aim of this work was to study the clinical features and evaluate laboratory parameters in children with primary and secondary acute GN. Material and research methods. Only 70 sick children were under observation. Of these, 25 had capillary toxic nephritis (CN), 20 had primary glomerulonephritis (PGN) with a leading hematuric syndrome, and 25 had hemorrhagic vasculitis (HV b/pp) without subsequent kidney damage. Results. When comparing patients with capillary toxic nephritis and hemorrhagic vasculitis without kidney damage (groups 1 and 3), it was found that girls also predominate in group 3 (64%). Among them, there were fewer children of school age than in the 1st group. Although they were in the majority (68%), they did not greatly prevail as in cases of HB complications with kidney damage (84%). Findings. Early unfavorable prognostic symptoms of CI are the onset of the disease with extrarenal symptoms, a combination of gross hematuria with proteinuria, and functional impairment of the kidneys.

**Key words:** acute glomerulonephritis, capillary toxic nephritis, hematuria, hemorrhagic vasculitis.

**Islamov Timur Shavkatovich**

Magistratura rezidenti  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

**Axmedjanov Ismoil Axmedjanovich**

Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

**Axmedjanova Nargiza Ismailovna**

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

**Khamidova Mavlyuda Fazliddinova**

Klinik ordinator  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

## BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARI

### ANNOTATSIYA

Bolalikda buyrak patologiyasi tarkibida glomerulonefrit alohida o'rin tutadi. Ushbu ishning maqsadi birlamchi va ikkilamchi o'tkir GN bo'lgan bolalarda klinik xususiyatlarni o'rganish va laboratoriya ko'rsatkichlarini baholash edi. Materiallar va tadqiqot usullari. Kuzatuv ostida faqat 70 bola bor edi. Ulardan 25 kapillyarotoksik nefrit (kn), 20 - birlamchi glomerulonefrit (PGN) etakchi gematrik sindromga ega, 25 - gemorragik vaskulit bilan. Natijalar. Buyrak shikastlanishsiz kapillyarotoksik nefrit va gemorragik vaskulit bilan og'rigan bemorlarni solishtirganda (1 va 3-guruhlar) 3 guruhida qizlar ham ustunlik qiladi (64%). Ular orasida 1 guruhidan kamroq maktab yoshidagi bolalar bor edi.

**Kalit so'zlar:** o'tkir glomerulonefrit, kapillyarotoksik nefrit, gematuriya, gemorragik vaskulit.

Одно из важных мест в патологии детского возраста занимают воспалительные заболевания мочевой системы, среди которых особое внимание заслуживают различные формы гломерулонефрита [1, 2, 6].

Интерес этот вызван разнообразием гематурических нефритов по механизмам развития и прогнозу (первичные, вторичные и др.) [3, 4].

Известны особые диагностические и терапевтические трудности гематурических нефритов. Гематурические нефриты часто начинаются в детском возрасте, могут протекать в течение нескольких десятилетий, а у взрослых трансформироваться в более тяжелые формы болезни [5, 7].

В отечественной и зарубежной литературе за последние десятилетия появилось много работ, посвященных первичному гематурическому гломерулонефриту, выделены среди них различные клинико-морфологические варианты, изучаются вопросы терапии [10, 11].

В то же время, наряду с первичными ГН, среди гематурических приобретенных нефритов особое место занимает почечное поражение при геморрагическом васкулите (ГВ) капилляротоксический нефрит (КН) [12].

Имеющиеся работы по КН касаются больше изучения его хронических форм, течения у взрослых. В связи с тем, что ГВ часто болеют дети изучение КН, особенно его ранних стадий, актуально в детском возрасте. Между тем, частота ГВ и поражение почек при нем нарастает [8, 9].

**Целью** настоящей работы явилось изучение клинических особенностей и оценка лабораторных показателей у детей с первичным и вторичным острым ГН.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось всего 70 больных детей. Из них у 25 диагностирован капилляротоксический нефрит (КН), у 20 - первичный

гломерулонефрит (ПГН) с ведущим гематурическим синдромом, у 25 - геморрагический васкулит (ГВ б/пп) без последующего поражения почек.

Для удобства сравнительного анализа клинико-лабораторных симптомов при описании КН условно использованы принципы Винницкой классификации первичного гломерулонефрита (1976).

Из 25 больных КН у 10 давность болезни к моменту наблюдения была не более 1 года ("острый КН"). При этом надо отметить, что у преобладающего большинства острым КН давность болезни была менее 3 месяцев (у 85,6%); 57,1% больных наблюдались с первых дней-недель болезни. У 6 больных КН был с давностью более 1 года (до 6 лет).

Среди 20 больных первичным ГН было 14 детей с острым ГН и 6 - с гематурической формой хронического ГН. Больные с нефротической и смешанной формой ГН не включались.

Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, определение в сыворотке крови общего белка, белковых фракций, остаточного азота, мочевины, креатинина, холестерина, сывороточных трансаминаз.

Исследование коагулограммы включало: определение типа и количества общего фибриногена, протромбинового комплекса, времени рекальцификации, тромбинового времени, этанолового теста, времени свертывания крови.

Кроме того, исследовались количественные анализы мочи: суточная экскреция белка и форменных элементов по Аддису-Каковскому, по Нечипоренко. Клубочковую фильтрацию определяли по клиренсу эндогенного креатинина концентрационную функцию - по пробе Зимницкого. По показаниям проводили экскреторную урографию, УЗИ и ренографию, редко - цистографию.

Состояние клубочкового аппарата по величине клубочковой фильтрации (клиренс эндогенного креатинина), которую рассчитывали по формуле Van-Slake. Степень протеинурии оценивали по величине суточной экскреции белка, отнесенной к массе тела в килограммах. Взаимоотношение между протеинурией и клубочковой фильтрацией выражались посредством индекса проницаемости (отношение экскреции белка за единицу времени к клубочковой фильтрации).

**Результаты обследования.** 25 больных геморрагическим васкулитом, у которых не было симптомов поражения почек, имели внепочечные симптомы (кожный, суставной, абдоминальный). У всех групп больных анализировались возраст, пол, сезон к началу болезни, предшествовавшие болезни и некоторые анамнестические факторы риска (аллергия в семье, у ребенка, наследственность по заболеваниям почек, частота простудных заболеваний). Проведен анализ клинических и основных лабораторных симптомов капилляротоксического нефрита, начиная с дебюта болезни, в зависимости от последующего исхода.

Проведено сравнительное изучение основных клинических и лабораторных симптомов капилляротоксического нефрита у детей (1-гр.) в сопоставлении с нефритическим синдромом первичного

гломерулонефрита (2-гр.) и геморрагическим васкулитом без поражения почек (3-гр., таблица I).

Среди 25 больных капилляротоксическим гломерулонефритом у 15 был острый КН (60%) и 10 (40%) - хронический КН. Капилляротоксический нефрит развивался чаще у детей школьного возраста (острый КН - в 82,5%, хронический - в 96,1%) (табл. 1).

Таким образом, КН по возрастному распределению был близок к первичному гломерулонефриту, при котором дети школьного возраста составляли 84% и 65% соответственно (рис. 1) Надо отметить некоторые отличия между хроническим КН и хроническим ГН- хронизация капилляротоксического нефрита исключительно приходилась на школьный возраст, тогда как среди первичных хронических гематурических нефритов дети этого возраста составляли 65%.

Превалирование мальчиков среди первичных гломерулонефритов является известным фактом: по нашим данным они составили 75% (рис. 1).

В отличие от них оказалось, что капилляротоксический нефрит развивается как у девочек, так и у мальчиков с некоторым превалированием у девочек (57,5%). Причем частота женского пола растет среди хронического КН (65,3%).

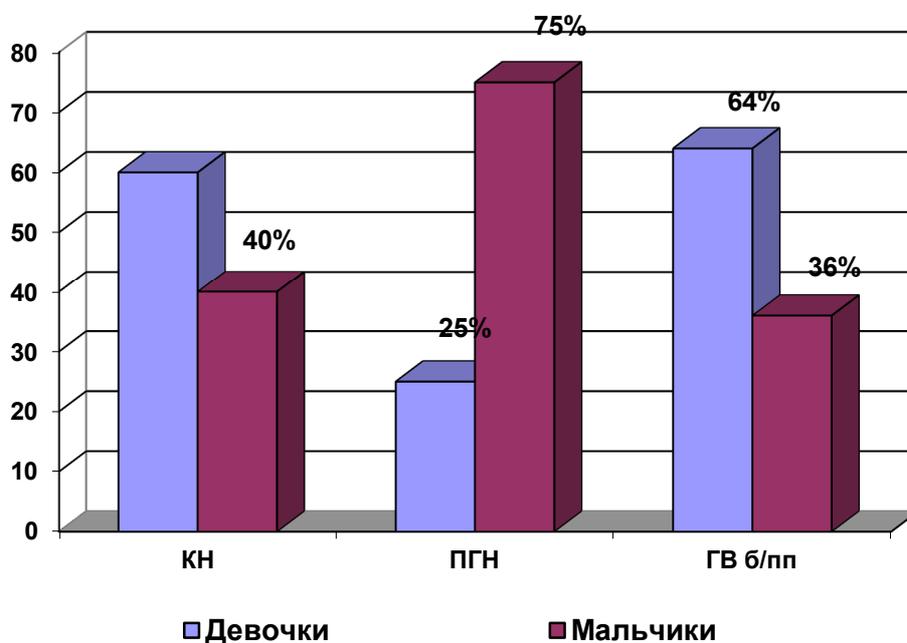


Рис 1. Распределение обследованных детей в зависимости от пола

При сравнении больных капилляротоксическим нефритом и геморрагическим васкулитом без поражения почек (1 и 3- группы, табл. 1) установлено, что в 3 - группе также преобладают девочки (64%). Среди них меньше, чем в 1-группе было детей школьного

возраста. Хотя их было большинство (68%), но не сильно превалировали как в случаях осложнений ГВ поражением почек (84%).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от возраста и формы ГН

Форма ГН	Возраст больных		
	от 3 до 6 лет	от 7 до 15 лет	Всего
КН	4 (16%)	21 (84%)	25 (35,7%)
ПГН	7 (35%)	13 (65%)	20 (28,6%)
ГВ б/пп	8 (32%)	17 (68%)	25 (35,7%)
Всего	19 (27,1%)	51 (72,9%)	70 (100%)

Геморрагический васкулит без поражения почек развивается в 32% у детей в возрасте 3-6 лет (при 16% среди КН), изредка - у детей в возрасте до 3 лет (4%) при отсутствии таковых среди КН.

Таким образом, среди больных геморрагическим васкулитом наиболее подвержены нефриту дети школьного возраста, чаще мальчики.

Во всех трех группах заболеванию наиболее часто предшествовали ОРВИ и ангины. Остальные факторы (травма во всех трех группах - в 4-5% и др.) встречались редко. В довольно большом проценте заболевания начинались без видимых причин (24-31,8%).

По анамнестическим данным дети были подвержены простудным заболеваниям, особенно часто больные геморрагическим васкулитом, (2-группа - в 22,7%, 3- в 44% при 19,2% в 1- группе). Особенно обращал на себя внимание неблагоприятный аллергоанамнез у обеих групп больных геморрагическим васкулитом (30,3% во 2-ой и 40% в 3- группах).

В то же время указаний на патологию почек и мочевых путей, включая нефропатию беременных, было больше всего в группе детей с первичным гломерулонефритом (34% при 13,6 и 8% в других).

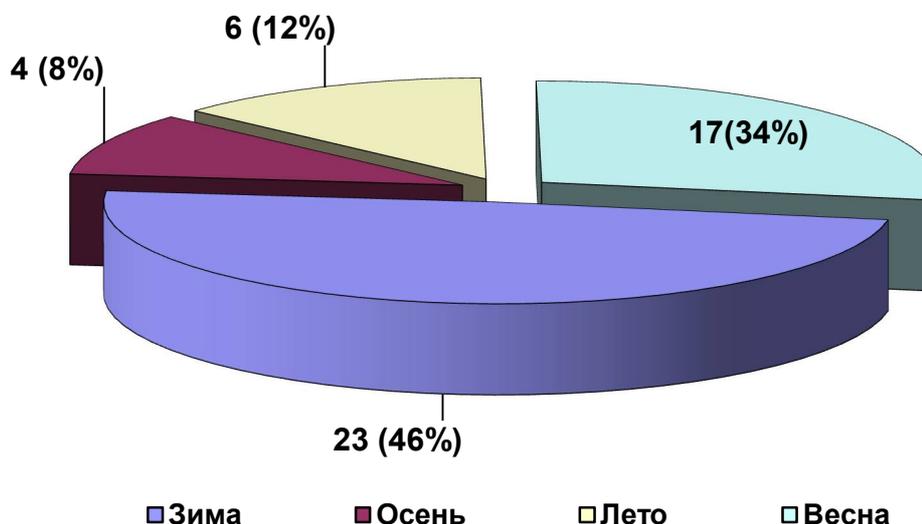


Рис. 2 Распределение больных ГВ по сезонам года

Капилляротоксический нефрит и геморрагический васкулит без поражения почек чаще возникает зимой и весной, а первичный гломерулонефрит - осенью и зимой. Мы объясняем это с ОРВИ,

фактором переохлаждения, а начало ГВ - с увеличением аллергизирующих факторов весной, снижение иммунных реакций организма.

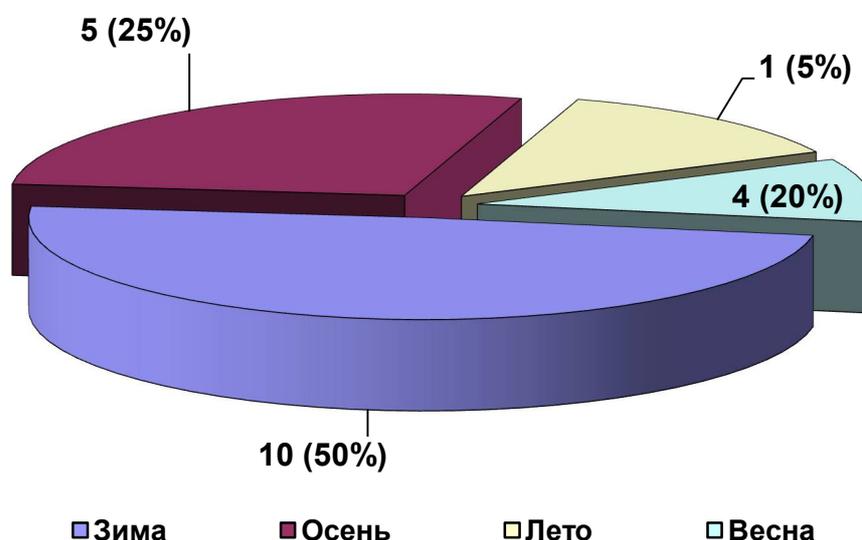


Рис. 3 Распределение больных ПГН по сезонам года

Капилляротоксический нефрит отличается от первичного ГН начальными синдромами: в значительном числе случаев 92,5% (табл. 2) проявлялся изолированным мочевым синдромом. Изредка лишь отмечалась пастозность лица. Из 3 больных, проявление у которых отнесли к "нефритическому синдрому" у 2 также отеков не было, экстраренальным симптомом у них была артериальная гипертензия, она также в наших наблюдениях не достигала высоких цифр (от 120/ 90 до 140/100 мм рт. ст.) и была кратковременной (1-2 дня). Лишь у 1 мальчика были оба

экстраренальных симптома, у которого в последующем формировался упорный нефротический синдром.

Макрогематурия наблюдалась всего при остром КН в 30% случаев. Изолированный мочевой синдром был представлен изолированной гематурией или сочетанием ее с протеинурией менее 1%. Сочетание гематурии (преимущественно макрогематурии) с протеинурией отмечено более 1% (табл.2).

Таким образом, у преобладающего числа больных КН, начиная с дебюта был мочевой синдром, длительность которого продолжалась от нескольких дней до месяцев и дольше. Обращало

на себя внимание колеблемость симптомов: с периодами уменьшения и рецидивами гематурии.

Наши наблюдения показали, что возможна в данной микрогематурии иногда кратковременная нормализация анализов мочи, которая не позволяет думать о полном обратном развитии.

Таблица 2

**Клинические синдромы начального периода у больных острым капилляротоксическим нефритом, первичным гломерулонефритом и геморрагическим васкулитом без поражения почек**

№	Группа больных	Синдромы дебюта							
		нефритический синдром (%)	«мочевой синдром» (%)			Кожный (%)	Кожно-суставной (%)	Кожно-абдоминальный (%)	Кожно-суставно-абдоминальный (%)
			всего	гематурия + белок	гематурия				
1	КН n= 25	8 (32)	17(68)	7 (28)	10(40)	3(12)	5(20)	7(28)	10(40)
2	ПГН n= 20	15(75)	5(25)	4(20)	1(5)	-	-	-	-
3	ГВ б/пп n= 25	-	-	-	-	1(4)	12(48)	4(16)	8(32)
	Всего	23 (32,8)	22 (31,4)	11 (15,7)	11 (15,7)	4 (5,7)	17 (24,2)	11 (15,7)	18 (25,7)

Более или менее о полной ремиссии можно говорить, наблюдая мочевой синдром у больных не менее, чем через 2 года от начала.

Первичный острый гломерулонефрит наоборот, в основном начинался с более выраженных симптомов, чаще в сочетании мочевого синдрома с экстраренальными симптомами. Так, в 75% наблюдали острый нефритический, только в 25% - изолированный мочевой синдром. Различия в частоте синдромов между 1 и 2 группами были статистически достоверными ( $P<0,001$ ). Сам характер нефритического синдрома был иной: во всех случаях были отчетливые отеки. В 7 из 10 случаев они сочетались с артериальной гипертензией (до 180/90 - 140 /100). Хотя высокие цифры АД также были кратковременными, умеренная гипертензия продолжалась иногда до 7-14 дней.

Ведущим мочевым синдромом также, как в 1-ой группе была гематурия (макрогематурия в 6 из 10 случаев). Изолированный мочевой синдром, наблюдавшийся лишь у 5 больных, у 1 из них был в виде изолированной гематурии, у 4 - сочетания ее с протеинурией более 1%.

Симптомы васкулита у больных капилляротоксическим нефритом (1 - гр.) представлены в таблице 2.2 в сравнении с 3 - группой. Дебют геморрагического васкулита с последующим развитием нефрита (1 - гр.) и без нефрита (3 - гр.) отличался по симптомам васкулита. У детей 1-ой группы почти одинаковыми были сочетания кожно-суставного, кожно-абдоминального и кожно-суставно-абдоминального синдромов. А при геморрагическом васкулите без нефрита несколько реже наблюдали кожно-абдоминальный синдром.

В этой группе чаще, чем в 1-ой встречалось поражение суставов (48% и 20% соответственно). Более четко отличались эти группы по частоте поражения печени. У больных капилляротоксическим нефритом мы отметили более частое увеличение размеров печени в начальный период болезни (17,5%), нежели при ГВ без нефрита (4%).

Достоверное отличие между группами выявлено по уровню АЛТ, повышение которого в 1-ой группе наблюдалось в 34,3%, а в 3-й всего в 4,7% ( $P<0,01$ ). Анализ крови на HbS Ag был отрицательный и в последующем энзимизировалась, что позволяет думать об обусловленности этих изменений активным периодом геморрагического васкулита.

Отличие между 1-ой и 3-й группами выявлено и по большей частоте рецидивов непочечных синдромов: у детей 1-ой группы (с поражением почек). Наиболее часто рецидивировал кожный синдром (12% в 1-ой группе, 4% в 3-й группе,  $P<0,01$ ).

Причем у 60,8% больных КН отмечали более 2 рецидивов (8% в 3-й группе). Редко (4,5% и 0% соответственно) отмечался

рецидив суставного синдрома. Частота рецидивов абдоминального синдрома в двух группах существенно не отличалась (5% в 1-ой группе и 4% в 3-ой группе).

Поражение почек в наших наблюдениях появилось после непочечных симптомов, довольно рано, чаще (33,3%) в течение 1 месяца (из них в половине случаев в первые дни), в 28,5% - через 2 месяца после появления кожного и других симптомов, редко в более поздние сроки.

Хотя допускается возможность предшествования поражения почек другим непочечным синдромам, в наших наблюдениях с острым капилляротоксическим нефритом таких случаев не было.

Наиболее частыми нарушениями как в группе больных капилляротоксическим, так и первичным гломерулонефритом были снижение функции осмотического концентрирования (у 50% и 78,5% соответственно), а также изменения со стороны общего анализа периферической крови в виде нормохромной анемии (по 50% в обеих группах) и повышение СОЭ (55,9% и 78,6% соответственно).

У большинства больных анемия была умеренная (Hb 90-70 г/л), СОЭ в пределах 15-25 мм/час, редко - до 40 мм/час. Несколько более частое снижение функции концентрирования и высокое СОЭ у больных первичным ГН обусловлены частотой у них нефритического синдрома, в то время, как у больных КН эти изменения сочетались с изолированным мочевым синдромом.

Названные лабораторные симптомы, как известно, характеризуют остроту воспалительного процесса, снижение функции концентрирования, отчасти - анемия, преимущественно обусловлены морфологическими изменениями тубулоинтерстициальной ткани почек.

**Обсуждение результатов исследования.** Если при остром нефротическом синдроме можно предположить остроту и выраженность воспалительного процесса в тубулоинтерстициальной ткани соответственно острым выраженным воспалительным изменением в клубочках почек, выявленные изменения при капилляротоксическом нефрите, где превалировал изолированный мочевой синдром, могут быть свидетельством преимущественного поражения тубулоинтерстициального аппарата и подтверждают положение о вовлечении в процесс при этом заболевании различных структурных элементов нефрона, иногда с превалированием изменений в тубулоинтерстициальной ткани и сосудах над клубочковыми поражениями.

Биохимические исследования выявили азотемию у 25% больных острым КН и у 38,4% острым ГН, также обусловленные острым периодом гломерулонефрита. При этом надо заметить, что существенного снижения клубочковой фильтрации у больных КН

не выявлено, а среди больных ГН у 2 из 7 обследованных в дебюте отмечено умеренное снижение клубочковой фильтрации (54-62 мл/мин).

Для дебюта обследованных нами острых нефритов мало характерным симптомом была гипопроотеинемия. Всего у единичных больных выявлено умеренное его снижение (чаще не ниже 51-55 г/л). Это обусловлено выбранным контингентом больных (гематурические нефриты). Только в дебюте у 1 больного КН с выраженным отечным синдромом, протеинурией была кратковременная гипопроотеинемия.

Чаще отмечали другой симптом - гипоальбуминемию. Диспротеинемия была чаще обусловлена относительным повышением фракции глобулинов.

**Выводы.** Таким образом, изучение клинико-лабораторных симптомов при капилляротоксическом нефрите показало, что КН развивается чаще у детей старше 7 лет, одинаково часто у мальчиков и девочек. Ранними неблагоприятными прогностическими симптомами КН являются начало болезни с экстраренальных симптомов, сочетание макрогематурии с протеинурией и функциональными нарушениями почек.

#### Список литературы

1. Автономова О.И. Цитокиновый баланс у больных гломерулонефритом острого и хронического течения // Врач-аспирант. 2014. Т.65. №4. - С. 368-374.
2. Ахмеджанова Н.И., Наджимов Ш.Р., Пирманова Ш.С. Особенности показателей перекисного окисления липидов при хронических гематурических нефритах у детей // Достижения науки и образования, № 12 (53). 2019 г. стр. 56-58.
3. Ахмеджанова Н.И., Юлдашев Б.А., Муродова М.Д., Нарзуллаева Ф.Ф. Основные функционально-диагностические параметры ренокардиального синдрома у детей с хронической болезнью почек // «Фундаментальная наука в современной медицине» Международная научно-практическая онлайн конференция к 90-летию СамМИ. 16 октября 2020 г. Самарканд.
4. Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Юлдашев Б.А., Абдурасулов Ф.М. Клинико-иммунологические аспекты хронического тубулоинтерстициального нефрита у детей // Актуальные аспекты медицинской деятельности. Материалы 1 международной научно-практической конф. Киров-Самарканд 2021г. Стр. 259-264.
5. Жизневская И.И. Особенности иммунного статуса у детей с острым и хроническим гломерулопатиями // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2017. -№4. - С. 42-45.
6. Исламов Т.Ш., Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Муродова М.Д. Оценка функционального состояния почек при остром гломерулонефрите у детей // Актуальные аспекты медицинской деятельности. Материалы 1 международной научно-практической конф. 21 июня 2021г. Киров-Самарканд 2021г., стр. 290-292.
7. Левицкая Е.С., Батюшин М.М., Сенельник Е.А и др. Риск ремоделирования артерий почек при первичной гломерулопатии // Врач. 2018; 29 (10):63-67.
8. Anand M. IgA-Dominant Acute Postinfectious Glomerulonephritis Presenting as Acute Renal Failure in a Kidney Int. Rep. - 2017.-Vol.2.- №4. P. 766-769.
9. Bai. J. Suppressor of Cytokine Signaling -1/STAT1 Regulates Renal Inflammation in Mesangial Proliferative Glomerulonephritis Models // Front. Immunol.- 2018 Vol.9.- P. 1982.
10. Bomback. A.S. Complement - Mediated Glomerular Diseases: A Tale of 3 Pathways A.S. Bomback. G.S. Markowitz, G.B. Appel // Kidney Int. Rep.2016. № 3. P.148-155.
11. Chade AR. Small vessels, big role: renal microcirculation and progression of renal injury. Hypertension 2017; 69 (4): 551-563. Doi: 10.1161 /HYPERTENSIONAHA. 116.083319.
12. Islamov T.Sh., Akhmedzhanova N.I., Akhmedzhanov I.A. The condition of partial renal function in Acute Glomerulonephritis in children // Journal of Reproductive Health and Uro-Nephrology Research. Special JSSUE 2.1. 2021. p. 299.

# ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 3, НОМЕР 2**

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND  
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

**VOLUME 3, ISSUE 2**

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Тел: (+998-94) 404-0000