

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И СОВРЕМЕННЫЙ КОНСЕРВАТОР ЛЕКАРСТВО МЕРЫ

Амонов С.Ю.

Ассистент кафедры клинической анатомии Бухарского государственного
медицинского института

E-mail: СаидДжамшер94@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Хроническая почечная недостаточность представляет собой совокупность симптомов, обусловленных гибелью клеток нефронов вследствие необратимых изменений массы функционирующих нефронов вследствие первичных и вторичных заболеваний почек и вызывает множество осложнений.

Хронические болезни почек являются одной из актуальных проблем не только в Узбекистане, но и во всем мире, относятся к числу заболеваний социальной значимости из-за высокого уровня смертности и больших финансовых затрат. Распространено преимущественно среди работающего населения.

Ключевые слова: СБЕ-сурункали буйрак етишмаслиги, БК-буйрак касалликлари, А\Т-антибактериал терапия.

ВВЕДЕНИЕ

Развитие заболеваний почек (ХП) связано с терминальным развитием почечной недостаточности. Это заболевание зачастую не выявляется вовремя и не лечится должным образом. Поэтому смертность от этого заболевания остается высокой. За последние 25 лет смертность от хронических заболеваний почек выросла на **135 процентов** (Узб. рез. ССВ-2019).

По данным главного специалиста по нефрологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан М.А. Собирова, количество больных хронической болезнью почек в республике составляет **102 969 человек**, из них **20 414** зарегистрированы с хронической почечной недостаточностью. Из них **3 тысячи 64** получают лечение гемодиализом. Число лиц в возрасте до 18 лет составляет **53**. Региональный показатель заболеваемости по республике составляет **21,7 процента** (Узб. рез. ССВ-2019).

Хроническая почечная недостаточность (СПЭ) – осложнение, поражающее как взрослых, так и детей. Быстрое развитие боли зависит от этиологического

фактора, вызвавшего основное заболевание, приведшее к данному осложнению, его вида, морфологических вариантов.

Диагностика СБЭ и ее специфических симптомов не представляет затруднений: ее оценивают по снижению функции выделения азота почками на основании анализа клубочковой фильтрации. Клинические симптомы развиваются постепенно и могут не наблюдаться некоторое время. Этот патологический процесс затрагивает все органы и системы. Проявляется синдромом интоксикации, анемией, уремической остео дистрофией, полисерозитом, эндокринными изменениями (гиперпаратиреоз, гиперкортицизм, гиперальдостеронизм, гиперинсулинемия, гиперэстрогемия), гемореологическими нарушениями, дистрофическими нарушениями паренхиматозных органов, нарушениями водно-электролитного, белкового, жирового и углеводного обмена.

Проведен обзор литературы и исследования

Хроническая болезнь почек является одной из наиболее актуальных социальных проблем, которая может негативно отразиться на здоровье населения и экономическом положении страны. Ею страдают почти 15% населения развитых стран, а обусловленная ею хроническая болезнь почек характеризуется высокими показателями инвалидности и смертности среди пациентов [1,2,3].

По прогнозам многих авторов, в ближайшем будущем распространенность хронических заболеваний увеличится на 40%. И эти заболевания — это такие заболевания, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, а также хроническая болезнь почек, которые сегодня растут и распространены. Избыточный вес в организме повышает риск развития хронического атеросклероза, ишемической болезни сердца и сахарного диабета на фоне артериальной гипертензии, а также вызывает полиорганную недостаточность на последних стадиях [4].

Хронический воспалительный процесс вызывает необратимое повреждение паренхимы почки с замещением поврежденных участков соединительной тканью и развитием хронической почечной недостаточности (Гасилина Е.С., 2003; Сафина А.И., 2005, AbeerAlNowaiser, GrahamJ. Roberts., 2003). Вторичный пиелонефрит — микробно-воспалительный процесс, развивающийся при наличии врожденных, наследственных, приобретенных органических или функциональных уродинамических нарушений (так называемый вторичный обструктивный пиелонефрит) в ткани почки или возникающий на фоне заболеваний обмена веществ, врожденных заболеваний. или случаи приобретенного иммунодефицита, эндокринные дисфункции - приводят к вторичному необструктивному пиелонефриту (Коровина Н.А., 2000).

Большое значение в развитии и прогрессировании воспалительного процесса в почках имеет наличие органических или функциональных нарушений уродинамики. Пороки развития мочевыделительной системы выявляются более чем у половины детей с диагнозом пиелонефрит (Leoncini G., Viazzi F., 2010). Среди причин уродинамических нарушений особое место занимает пузырно-мочеточниковый рефлюкс (Марте А., Сабатино, MD, 2010). Развитию процесса способствует также наличие дисплазии почечной ткани. Все более ясна становится роль функциональной обструкции мочевыводящих путей, развивающейся при нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря. Заболевания обмена веществ также способствуют развитию и хронизации микровоспалительного процесса почечной ткани. Хронический при пиелонефрите у детей метаболический заболевания в 50-60% случаев определены (Газилина Е.С., 2003).

У детей, по сравнению со взрослыми, антибиотикотерапия пиелонефрита проводится в течение более длительного периода, причем чем младше ребенок, тем длительнее может быть курс терапии. Поэтому лечение острого неосложненного пиелонефрита проводится в два этапа - начальная антибиотикотерапия (14-20 дней), затем противорецидивная терапия уросептиками с постепенным снижением дозы препарата (до 28 дней). [5-7]

Антимикробная терапия беременным с СБК показана при развитии бактериурии после трансплантации почки и перед плановыми урологическими вмешательствами. Лечение СБ снижает у них риск развития пиелонефрита на 20-35%, а также снижает преждевременные роды и внутриутробную недостаточность плода [6].

МАТЕРИАЛ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве материала исследования были включены больные, находившиеся на койочном лечении с диагнозом пиелонефрит и гидронефрит в период июнь-ноябрь 2023 года в Шафирконском районном медицинском объединении.

Таблица №1 Описание количества заболевших по полу в 1 полугодии 2023 г.

Количество пациентов	Люди	Женщины
53	28	25

Пациенты разделены на 3 группы.

Больные 1-й группы с диагнозом полный гидронефрит

Больные 2-й группы с диагнозом острый пиелонефрит.

Пациенты 3-й группы без заболеваний почек

Папка №2

Нет	Описание лечения по видам лечения и полу.		
Общее количество пациентов	Другая болезнь	гидринефрит	пиелонефрит
Мужчины-33	5	24	12
Женщины-28	5	6	11
63	10	30	23

Больных лечили в стандартном режиме в течение 6-7 дней на стационарном койке, затем больные были взяты на диспансерный контроль.

Контролировали биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, гм. билирубин) больных во время лечения.

Изображение №1

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Вилоят бошқаруви қўш ташмоқли
тиббий маркази

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
2020 йил 31 декабргаги № 363-сонли буйруғи билан
тасдиқланган 055- рақамли тиббий хужжат шакли

№ _____ **ҚОННИНГ БИОКИМӨВИЙ ТАХЛИЛИ**

ФИО _____ Ёши _____
Бўлим _____

Текширилувчи кўрсаткич	Натижа	Норма	СИ бирлик
Умумий оксил		<3 ёш 46-70 >3 ёш 66-85	г/л
Альбумин		35-55	г/л
Глюкоза		3,2 – 6,1	ммоль/л
Мочевина		2,5 – 8,3	ммоль/л
Креатинин		44 – 97	мкмоль/л
Билирубин	Умумий	3,4 – 20,5	мкмоль/л
	Боғланган	0,86 – 5,3	
	Эркин	1,7 – 17,1	
Аланинамино-трансфераза (АЛТ)		< 40	Ед/л
Аспартатамино-трансфераза (АСТ)		< 35	Ед/л
α-амилаза		0 – 220	Ед/л
Кальций		2,0 – 2,6	ммоль/л
Калий		3,6 – 5,4	ммоль/л
Натрий		135 – 150	ммоль/л
Темир		6,6-27	мкмоль/л
Магний		08-1,05	ммоль/л

	Мужчины	Женщины
Креатинин 97,0 мкмоль/л вплоть до	2	1
Креатинин 200,0 мкмоль/л больше, чем	19	11
Креатинин 400,0 мкмоль/л вплоть до	6	4

	Мужчины	Женщины
Мочевина до 8,3 ммоль/л	1	0
Мочевина до 20,0 ммоль/л	16	6
Мочевины слишком много на 20,0 ммоль/л.	11	10

На основании анализа исходных лабораторных показателей больных в приведенных таблицах был составлен план лечения, и больные находились на лечении в стационаре в течение 7 дней. В ходе лечения у пациентов несколько раз брали лабораторные анализы. Одновременно пациентам назначались препараты широкого спектра действия и асептические препараты для мочевыводящих путей.

Полученным результатам, эффективность высока при комбинированном лечении (с применением современных антибиотиков и уросептиков последних поколений), что связано с тем, что инфекция выработала устойчивость к препаратам, которые мы используем регулярно. Это имеет большое значение для улучшения качества жизни пациентов и, самое главное, для снижения уровня инвалидности.

	Мужчины	Женщины
Мочевина до 8,3 ммоль/л	17	11
Мочевина до 20,0 ммоль/л	11	5
Мочевины слишком много на 20,0 ммоль/л.	0	0

	Мужчины	Женщины
Креатинин 97,0 мкмоль/л до	20	11
Креатинин 200,0 мкмоль/л больше, чем	8	5
Креатинин 400,0 мкмоль/л до	0	0

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Можно сделать вывод, что нам следует широко использовать современные методы лечения заболеваний почек, иначе мы можем стать прямой и косвенной причиной большого числа инвалидов среди населения. Это может привести к росту заболеваемости рабочего класса и задержке экономического развития.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: (REFERENCES)

1. Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А., Абдуллаев Ш.С. Клиническое значение артериальной гипертензии у больных с диабетической нефропатией. //Медицинский журнал Узбекистана. 2010; №4; стр 56-60.
2. Akhmedova N Sh., Sulaimonova G.T. . Analysis of the Results of a Study on the Frequency of Occurrence and Prevalence of Risk Factors for Chronic Kidney Disease. International Journal of Current Research and Review. 13. 2020. 127-131. 10.31782/IJCRR.2021.13232.
3. Akhmedova N.Sh , Hamdamov I.Overweight as a risk factor for chronic kidney disease and its modern approach to early diagnosis босма International Scientific and Practical CONFERENCE Trends in Science and Technology 2018/September Vol.3, p 34-36 Warsaw, Poland Б. 34-36.
- 4.Вялкова А.А., Лебедева Е.Н. и соавт. Клинико-патогенетические аспекты повреждения почек при ожирении // Нефрология, 2014, Т. 18, № 3. – С. 24–33.
5. Арусматов Д. Л., Бегалиев Ю. Э., Нажимитдинов Ю.С. и другие _ Умимиус операция врачи Стандартные положения урологии Т. , 2005 .
6. Лоран О. Б., Синякова Л. А., Косова И. В. Современные подходы к диагностике и лечению острого необструктивного пиелонефрита у женщин // Медицинский совет. 2008; 1: 59–63.
7. Коровина Н. А. Пиелонефрит. В кн.: Игнатова М. С., Коровина Н. А. Диагностика и лечение нефропатий у детей. Руководство для врачей. М.: Гэотар-Медиа. 2007; с. 164–199.