

atopicheskogo dermatita [Possibilities of interferon replacement therapy in the treatment of atopic dermatitis]. *Meditsinskiy sovet - Medical council*, 2017, No. 11, pp. 84-87.

4. Shevchenko I. M., Titkova E. V. Faktory riska i osobennosti debiuta atopicheskogo dermatita u detey pervogo polugodiya zhizni [Risk factors and features of atopic dermatitis debut in children of the first half year of life]. *Meditsinskie nauki - Medical sciences*, 2015, No. 8 (13), pp. 125-127.

5. Novak N., Simon D. Atopic dermatitis: from new pathophysiologic insights to individualized therapy. *Allergy*, 2011, Vol. 66, No. 7, pp. 830-839.

6. Beikert F. C., Langenbruch A. K., Radtke M. A., Kornek T., Purwins S., Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Archives of Dermatological Research*, 2014, p. 279-286.

7. Mark Boguniewicz Donald, Leung Y.M. The ABC's of managing patients with severe atopic dermatitis. *Journal of allergy and clinical immunology*, 2014, Vol. 132, pp. 38-41.

М.П. Носирова, Н.Ш. Абдуллоева, Н.К. Кузиебаева

Нишондиҳандаҳои масуният дар кӯдакони гирифтори дерматити атопикӣ

Кафедраи тибби оилавии № 2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

Маркази илмию клиникӣ тибби атфол ва ҷарроҳии кӯдакони ҶТ

Кафедраи фанҳои клиникӣ ДДТХ

Хулоса

Мухимият. Мувофиқи маълумотҳои СҶТ бемориҳои алергикӣ яке аз ҷойҳои асосиро дар байни

бемориҳои гуногун мегиранд ва дар 20-30 соли оянда ҷои аввалро ишғол мекунад. Дерматозҳо, ки 56-66,4 % ҳамаи шаклҳои бемориҳои алергиро ишғол мекунад, дар байни онҳо дерматити атопикӣ афзоиш ёфта истодааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳолати гуморали ва ҳуҷайравии масунияти бадан дар кӯдакони гирифтори дерматити атопикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар назорат 50 нафар беморони гирифтори дерматити атопикӣ аз синни 2 то 13 сола буданд. Ҳолати гуморалӣ ва ҳуҷайравии масунияти беморон омӯхта шуд. Барои арзёбии дараҷаи вазнини бемори нишондиҳандаи SCORAD муайян карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Омӯзиши гуморали ва ҳуҷайравии масуният нишон дод, ки дар кӯдаконе, ки дараҷаи сабук мебошанд, нишондиҳандаҳои Т-лимфоситҳо каме фарқ мекунад, аммо дар муқоиса бо ғуруҳи назорат камтар ба назар мерасанд. Дар беморони дараҷаи миёнавазнин ва вазнин аҳамияти назаррас ба назар мерасад ($P < 0.001$) камшавии ҳамаи параметрҳои ҳолати имунӣ ошкор карда шуд.

Хулоса. Дар натиҷаи таҳқиқоти иммуни дар беморони дараҷаи миёнавазнин ва вазнин ҳолатҳои гуногун дар системаи гуморали ва ҳуҷайравии иммуни мушоҳида карда шуд, ки ба марҳилаи минбаъдаи равандро мусоидат мекунад, ҳолати клиникиро бадтар намуда, потенциали ин бемориро бад мекунад. Боиси монعӣ механизмҳои мутобиксозӣ, афзоиши норасоии масуният гардида, зарурати пешгирии бемориро ва сари вақт таин кардани табobati этиопатогениро пешниҳод мекунад.

Калимаҳои калиди: масуният, дерматит атопикӣ, кӯдакон.

УДК 616.61-01-053.32

¹А.А. Одинаев, ²А.М. Мурадов, ²Т.Ш. Икромов, ³О.В. Шумилина

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗиСЗН РТ»

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

Мурадов Алишер Мухтарович – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: +(992)900730110; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Цель исследования. Изучить особенности ультразвуковой характеристики почек у детей с острым повреждением почек.

Материал и методы исследований. Проанализированы результаты исследования 144 больных с острым повреждением почек в возрасте от 3 до 16 лет. В зависимости от формы и причин возникновения ОПП пациенты разделены на 3 группы: прerenальные - 90, ренальные – 34 и постренальные – 20 больных.

Ультразвуковое исследование проводили полипозиционно с продольным и поперечным сканированием во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Всего было проведено более 430 комплексных ультразвуковых исследований в разных стадиях ОПП, от 2 до 4 раз каждому больному; в В-режиме определяли длину, толщину, ширину почек.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех детей с ОПП отмечается достоверное увеличение объема почек с увеличением от 1 к 3 стадии, наиболее выражен этот процесс при олигоанурии.

Заключение. Структурные параметры почек в разные стадии ОПП в зависимости от генеза напрямую зависят от этиологии и стадии почечной дисфункции.

Ключевые слова: дети, острое повреждение почек, стадия, ультразвуковая характеристика почек.

¹A.A. Odinaev, ²T.SH. Ikromov, ²A.M. Muradov, ³O.V. Shumilina

FEATURES OF KIDNEYS ULTRASOUND CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH ACUTE RENAL INJURY

¹State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery"

²State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

³State Establishment "City Scientific Center of Reanimation and Detoxification" of Dushanbe

Muradov Alisher Mukhtarovich – Head of Department of Efferent Medicine and Intensive Therapy, MD, professor; tel .: + (992) 900730110; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Aim. To study the features of ultrasonic characteristics of kidneys in children with an acute renal injury.

Material and methods. The results of an examination of 144 patients with acute renal injury aged 3-16 were analyzed. Depending on the form and causes of acute kidney injury (AKI), patients were divided into 3 groups: prerenal – 90 patients, renal – 34 and postrenal – 20 patients.

The ultrasonic examination was carried out in multiple positions with longitudinal and transverse scans in the frontal and sagittal planes. In total, more than 430 ultrasound examinations were performed in different stages of AKI, 2-4 times for each patient. The length, thickness, and width of the kidneys were determined in B-mode.

Results. A significant increase in kidneys volume from 1 to 3 stages was observed in all children with AKI. This process was mostly expressed during oligoanuria.

Conclusion. Structural parameters of the kidneys in different stages of AKI and its genesis are directly dependent on the etiology and stage of renal dysfunction.

Keywords: children, acute kidney injury, forms, renal blood flow, ultrasound characteristic of kidneys.

Актуальность. Несмотря на доказанную информативность УЗИ в диагностике острого повреждения почек (ОПП) у детей при первичном обследовании, ультразвуковом мониторинге, прогнозировании течения почечной дисфункции и возможностей выявления осложнений, многие вопросы данной методики диагностики названной патологии остаются недостаточно изученными. При этом большой интерес в медицине критических состояний вызывает быстрая и неинвазивная оценка почечной функции УЗ и доплерографическими методами исследований [1-5]. Имеются единичные публикации на небольшом клиническом материале у детей о возможности дифференцировать глубину поражения с помощью УЗИ пре-, ренальных форм ОПП, так как постренальная форма связана с обструкцией мочевыводящих путей и легко диагностируется при первичном ультразвуковом исследовании за счет расширения полостной системы почек [1, 2].

Изменения структуры почки и ее

гемодинамики при прerenальной ОПП у детей объясняются резким снижением перфузии почки вследствие падения абсолютного или относительного эффективного объема артериальной крови, который имеет обратимый характер и до определенного времени может не вызывать поражения паренхимы почек [6].

Цель исследования. Изучить особенности ультразвуковой характеристики почек у детей с острым повреждением почек.

Материал и методы исследований. Проанализированы результаты исследования 144 больных с острым повреждением почек в возрасте от 3 до 16 лет. Мальчиков было 60,4%, девочек - 39,6%. При этом среди детей с ОПП преобладали больные в возрасте 8-11 лет, среди которых 22,2% составили мальчики; 3-7 лет, среди которых девочек было 16,7%. В возрасте 12-16 лет ОПП наблюдалось в 19,4% и 8,3% у мальчиков и девочек соответственно.

В зависимости от причины возникновения ОПП больные разделены на 3 группы: прerenаль-

ные факторы - 90 больных (нейроинфекция – 8, травма – 21, ОКЗ – 11, перитонит – 34, сепсис – 15); ренальные – 34 (острый внутрисосудистый гемолиз – 6, токсический нефрит – 9, острый гломерулонефрит – 9, острый тубулоинтерстициальный нефрит – 10) и постренальные – 20 (мочекаменная болезнь – 11, обструкция мочевых путей – 9).

При поступлении больных в клинику для определения стадии и тяжести ОПП нами использовались классификации RIFLE (2004) и AKIN (2007).

Для изучения биометрических, структурно-ультразвуковых характеристик почек у детей при остром повреждении проводилось ультразвуковое исследование почек с помощью ультразвуковой системы ALOKASSD - 3500 (Япония) с использованием мультисекторного конвексного датчика UST - 9123 (2-6 MHz) и аппарата фирмы (Panasonic) «Multivisor ADR-2000» по общепринятым методикам. Исследования проводили при поступлении для дифференциальной диагностики и определения степени тяжести, прогнозирования и контроля лечебных мероприятий на всех этапах.

Исследование выполняли полипозиционно с продольным и поперечным сканированием во фронтальной и сагиттальной плоскостях. В В-режиме определяли длину, толщину, ширину почек. Данные об объеме почки получали расчетом по формуле объема эллипсоида. Проводилось измерение толщины паренхимы и коркового слоя почки в сагиттальной плоскости с определением среднего показателя, а также площади сечения пирамид. Оценка степени кортикальной эхогенности производилась по Н. Hricak et al. гистографическим денситометрическим методом и методом сравнения с эхогенностью печени.

Возрастные нормы обследуемых в контрольной группе от 3 до 16 лет рассчитаны на кафедре детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ.

Всего было проведено более 430 комплексных ультразвуковых исследований в разные стадии ОПП, при этом каждому больному от 2 до 4 раз.

Для выявления общих закономерностей развития ОПП, особенностей ультразвуковой картины почек при различном генезе и тяжести мы провели сравнительный анализ основных структурных показателей и параметров при поступлении и в динамике лечения, перед выпиской в сравнении с показателями здоровых.

Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов вариационной и раз-

ностной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты исследований и их обсуждение. Проведена сравнительная характеристика основных серошальных параметров почек при ультразвуковом исследовании в разные стадии ОПП при поступлении в зависимости от генеза.

Анализ статистических показателей, полученных во время исследования при поступлении детей с ОПП, показал, что во всех группах отмечается достоверное увеличение объема почек при всех стадиях, с прогрессированием от 1 к 3 стадии; наиболее выражен этот процесс при олигоанурии.

При сравнении полученных данных УЗИ с показателями практически здоровых детей выявлено, что объем почек был достоверно увеличен при 1, 2 и 3 стадиях ОПП в зависимости от этиологического генеза: при преренальной форме на 35,3% ($p < 0,001$), 59,8% ($p < 0,001$) и 104,5% ($p < 0,001$); ренальной форме - на 51,3% ($p < 0,001$), 73,8% ($p < 0,001$) и 122,9% ($p < 0,001$); постренальной форме - на 56,1% ($P < 0,001$), 77,7% ($p < 0,001$) и 129,3% ($p < 0,001$) соответственно (табл.).

В то же время проведенная сравнительная оценка объема почек между группами с ренальной и постренальной этиологией к преренальной, а также при постренальной к ренальной в зависимости от стадий ОПП показала, что в 1 стадии при ренальной дисфункции отмечалась всего лишь тенденция увеличения объема на 11,8%, зато при постренальной - достоверное увеличение на 15,4% ($p < 0,05$), а также тенденция на 3,2% показателей постренальной к ренальной; во 2 стадии ОПП у детей отмечается увеличение на 8,8%, 11,2% и 2,2%; при 3 стадии - на 9,0%, 12,1% и 2,8% соответственно по стадиям почечной дисфункции (табл.).

Таким образом, максимальные значения увеличения объема почек выявлены в стадии анурии при ренальной и постренальной этиологии ОПП. Морфологическим субстратом увеличения размеров почек является резкий отек интерстициальной ткани и структурных элементов (паренхимы, коркового слоя и пирамид).

Толщина коркового слоя, почечной паренхимы и площадь сечения пирамид были достоверно увеличенными при всех формах и стадиях ОПП, также усугубляясь от 1 к 3 стадии дисфункции.

Структурные параметры почек при УЗИ в разные стадии ОПП при поступлении в зависимости от генеза

Параметры	Форма ОПП	Стадии ОПП			Контрольная группа, n= 32
		Iст. и AKIN	IIст. и AKIN	IIIст. и AKIN	
Объем почки, см ³	Преренальная n=90	170,2±6,8***	201,1±8,9***	257,3±13,7***	125,8±3,5
	Ренальная n=34	190,3±10,1***	218,7±11,3***	280,5±12,6***	
	Постренальная n=20	196,4±7,9***	223,6±10,4***	288,4±11,8***	
Толщина паренхимы, см	Преренальная n=90	1,91±0,14	2,35±0,23*	2,8±0,05***	1,44±0,38
	Ренальная n=34	2,01±0,12	2,48±0,31*	3,0±0,11***	
	Постренальная n=20	2,2±0,14	2,61±0,32*	3,2±0,12***	
Толщина коркового слоя, см	Преренальная n=90	0,70±0,03***	0,73±0,07***	0,98±0,05***	0,32±0,03
	Ренальная n=34	0,74±0,05***	0,82±0,06***	1,08±0,03***	
	Постренальная n=20	0,80±0,04***	0,93±0,04***	1,3±0,08***	
Площадь сечения пирамид, см ²	Преренальная n=90	0,73±0,05***	0,96±0,06***	1,33±0,04***	0,35±0,02
	Ренальная n=34	0,78±0,06***	0,93±0,05***	1,23±0,07***	
	Постренальная n=20	0,83±0,04***	1,1±0,1***	1,4±0,09***	
Эхогенность коркового слоя, у.е.	Преренальная n=90	14,26±1,02*	18,34±1,08***	25,52±1,17***	11,4±0,5
	Ренальная n=34	15,17±0,58***	17,43±0,81***	23,86±0,73***	
	Постренальная n=20	17,12±0,43***	19,60±0,73***	26,74±0,81***	

Примечание: значение по отношению к контрольной группы - * p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

При сравнении толщины почечной паренхимы и коркового слоя, полученных при УЗИ, у детей с ОПП с этими же показателями практически здоровых детей выявлено их достоверно увеличение при 1, 2 и 3 стадиях в зависимости от этиологического генеза: при преренальной форме – в 1 стадии дисфункции на 32,6% ($p<0,001$) и на 12,9% ($p<0,001$), во 2 стадии на 63,2% ($p<0,001$) и на 17,7% ($p<0,001$), в 3 стадии на 94,4% ($p<0,001$) и на 58,1% ($p<0,001$); при ренальной форме – в 1 стадии ОПП на 39,5% ($p<0,001$) и на 19,3% ($p<0,001$), во 2 стадии на 72,2% ($p<0,001$) и на 32,3% ($p<0,001$), в 3 стадии на 108,3% ($p<0,001$) и на 74,2% ($p<0,001$); при постренальной форме – в 1 стадии на 52,7% ($p<0,001$) и на 29,8% ($p<0,001$), во 2 стадии на 81,3% ($p<0,001$) и на 50,0% ($p<0,001$), в 3 стадии 122,2% ($p<0,001$) и на 109,6% ($p<0,001$) соответственно (табл.).

Сравнительная оценка показателей толщины почечной паренхимы и коркового слоя между группами в зависимости от этиологии, ренальной и постренальной к преренальной формам, а также постренальной к ренальной и по стадиям показало, что: в 1 стадии при ренальной форме ОПП отмечалась тенденция увеличения толщины паренхимы на 5,2%, 15,9%, коркового слоя - на 5,7% и 14,3%, а также показателей постренальной к ренальной форме ОПП на 9,5% и 8,1%; во 2 стадии ОПП продолжается процесс прогрессирования дисфункции, при этом отмечается увеличение вышеуказанных показателей на 5,5%, 11,1% и 12,3%, 27,4%, а также на 5,2% и на 13,4%; при 3 стадии почечной дисфункции происходит нарастание отека паренхимы и коркового слоя, что проявляется при их сравнительном увеличении на 7,1%, 14,2% и 10,2%, 32,6% ($p<0,05$), а также этих показателей при постренальной к ренальной форме ОПП на 6,6% и 20,3% соответственно (табл.).

Таким образом, максимальные значения увеличения толщины почечной паренхимы и коркового слоя выявлены во 2 и 3 стадиях олигоанурии при ренальной и постренальной формах ОПП. Однако достоверных статистически значимых изменений этих показателей при сравнении по этиологии не выявлено, хотя имеется выраженная прогрессия этих процессов, что подтверждается показателями увеличения сечения площади пирамид и экзогенности коркового слоя.

При сравнении ультразвуковых показателей площади сечения пирамид почечной паренхимы больных при ОПП с показателями практически здоровых детей выявлено их достоверное увеличение при 1, 2 и 3 стадиях в зависимости от этиологического генеза: при преренальной форме

- на 87,2% ($p<0,001$), 146,2% ($p<0,001$) и 241,0% ($p<0,001$); при ренальной форме - на 100,0% ($p<0,001$), 138,5% ($p<0,001$) и 215,4% ($p<0,001$); при постренальной форме - на 112,8% ($p<0,001$), 182,1% ($p<0,001$) и 258,9% ($p<0,001$) (табл.). В то же время сравнительный анализ показателей площади сечения пирамид между группами с ренальной и постренальной этиологией заболевания к преренальной, а также этих же данных при постренальной к ренальной форме по стадиям показал, что в 1 стадии отмечалась тенденция увеличения площади на 6,8% и на 13,7%, а также выявлена тенденция повышения на 6,4% этого показателя при постренальной к ренальной форме ОПП; во 2 стадии отмечено его снижение на 3,1% и увеличение на 14,6% и 18,2% соответственно; при 3 стадии почечной дисфункции выявляются снижение на 7,5% и, соответственно, увеличение на 5,2% и 13,8% (табл.).

Изменение площади сечения пирамид свидетельствует о выраженном перераспределении внутривисцерального кровотока с признаками венозного стаза в мозговом веществе почки, которое имеет прямую зависимость от стадии и генеза ОПП.

Эхогенность коркового слоя паренхимы почек при УЗИ была достоверно повышена в сравнении с практически здоровыми детьми во всех группах больных с ОПП в зависимости от генеза и стадии дисфункции, прогрессивно увеличиваясь от 1 к 3 стадиям.

При сравнении эхогенности коркового слоя почек детей при остром повреждении органа с показателями контрольной группы практически здоровых выявлено достоверное его увеличение при 1, 2 и 3 стадиях в зависимости от этиологического генеза: при преренальной форме - на 25,1% ($p<0,05$), 60,9% ($p<0,001$) и 123,9% ($p<0,001$); при ренальной форме - на 33,1% ($p<0,001$), 52,9% ($p<0,001$) и 109,3% ($p<0,001$); при постренальной форме - на 50,2% ($p<0,001$), 71,9% ($p<0,001$) и 134,6% ($p<0,001$) (табл.). При этом сравнение показателей эхогенности коркового слоя почек между группами с ренальной и постренальной формами этиологии к преренальной форме, а также этих же данных при постренальной форме к ренальной и по стадиям показало, что: в 1 стадии отмечалась тенденция увеличения плотности на 6,4% и на 20,1%, при тенденции повышения на 12,9% этого показателя при постренальной к ренальной форме ОПП; во 2 стадии также отмечается ее снижение на 4,9% и увеличение на 6,9% и 12,4% соответственно; при 3 стадии ОПП отмечается снижение на 6,5% и увеличение на 4,7% и 12,1% соответственно.

Выводы

1. Структурные параметры почки в разные стадии ОПП при поступлении в зависимости от генеза напрямую зависят от этиологии и стадии почечной дисфункции.

2. Максимальное увеличение объема почек выявлено в стадии анурии при ренальной и постренальной этиологии ОПП. Морфологическим субстратом увеличения размеров почек является резкий отек интерстициальной ткани и структурных элементов.

3. Максимальные значения увеличения толщины почечной паренхимы и коркового слоя выявлены во 2 и 3 стадиях олигоанурии при ренальной и постренальной формах ОПП.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-6 см. в REFERENCES)

1. Нугманова А.М. Эхокардиография в исследовании центральной гемодинамики у детей на программном гемодиализе // SonoAce Ultrasound. 2010. № 20. С. 78-82
2. Полещук Л.А. Характеристика почечной гемодинамики у детей с заболеваниями почек (обзор литературы) // Нефрология и диализ. - 2006. - Т. 8, №3. - С. 225-231

REFERENCES

1. Nugmanova A. M. Ekhokardiografiya v issledovanii tsentralnoy gemodinamiki u detey na programmnom gemodialize [Echocardiography in the study of central hemodynamics in children on programmed hemodialysis]. *SonoAce Ultrasound*, 2010, No. 20, pp. 78-82
2. Poleshchuk L. A. Kharakteristika pochechnoy gemodinamiki u detey s zabolevaniyami pochek (obzor literatury) [Characteristics of renal hemodynamics in children with kidney disease (literature review)]. *Nefrologiya i dializ - Nephrology and dialysis*, 2006, Vol. 8, No. 3, pp. 225-231
3. Goldstein SL. Acute kidney injury in children and its Potential Consequences in Adulthood. *Blood Purification*, 2012, Vol. 33, pp. 131-137

4. Kellum J.A. Diagnostic criteria for acute kidney injury: present and future. *Critical Care Clinics*, 2015, Vol. 31, pp. 621-632.

5. Tanyildiz M., Ekim M., Kendirli T., Assessment of Acute Kidney Injury (AKI) in children after cardiac surgery in intensive care units. *Pediatr Nephrology*, 2012, Vol. 27 (9), pp. 1768.

6. Chemodanova M., Savenkova N. Acute kidney injury (AKI) in children with exogenous poisoning. *Pediatr Nephrology*, 2012, Vol. 27 (9), pp. 1763-1764.

**А.А. Одинаев, А.М. Мурадов,
Т.Ш. Икромов, О.В. Шумилина**

ХУСУСИЯТҲОИ ТАСНИФОТИ УЛТРАСАДОИИ ГУРДАҲО ДАР КЎДАКОНИ ОСЕБДИДАИ ШАДИДИ ГУРДАҲО

Мақсади тадқиқот. Омузиши таснифоти ултрасадои гурдаҳо дар кӯдакони бо осебдидаи шадиди гурдаҳо (ОШГ).

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Натиҷаҳои тадқиқотҳои 144 беморони осебдидаи шадиди гурдаҳои сини соли аз 3 то 16 сола, таҳлил карда шуд. Вобаста аз намуд ва сабабҳои пайдошудани осеби шадиди гурдаҳо беморон ба 3 гуруҳ ҷудо карда шуданд: пререналӣ - 90, реналӣ - 34 ва постреналӣ - 20 нафар.

Тадқиқоти ултрасадоӣ дар ҳолати бисёрмавқеӣ бо аксирии равиши дарозрӯя ва кундаланг дар ҳамвории фронталӣ ва сагиталӣ.

Ҳамагӣ зиёда аз 430 тадқиқоти ултрасадои комплекси дар ҳамаи дараҷаҳои ОШГ аз 2 то 4 маротиба ба ҳар як бемор, дар речаи В дарозӣ, ғафсӣ ва паҳнӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар ҳамаи кудакони бо ОШГ калоншавии ҳаҷми гурдаҳо аз дараҷаи сар карда то ба дараҷаи ва хусусан дар чараёни олигоурия бараъло дида мешаванд.

Хулоса. Параметрҳои сохтори гурдаҳо дар ҳамаи дараҷаҳои ОШГ вобаста аз инкишофёбии осебҳои ба сабабҳои пайдошавӣ ва дараҷаҳои вайроншавии фаъолияти гурдаҳо алоқаманд мебошад.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, осеби шадиди гурдаҳо, дараҷа, таснифоти ултрасадои гурдаҳо

УДК 616-002;616.643-002;616-055.1

Б.И. Саидов

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН

*Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Ассоциация дерматовенерологов и косметологов РТ*

Саидов Баҳромуддин Икромович – доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992)93-515-45-45; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru