

**ERTA YOSHDAGI BOLALARDA PIYELONEFRIT
(ADABIYOTLAR SHARHI)**

Sharipov I.L.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi ushbu patologiyaning keng tarqalganligi va tez-tez qaytalanishi bilan bog'liq. Shu sababli, o'tkir piyelonefritni o'z vaqtida tashxislash va tegishli davolash kasallik prognozini yaxshilashga hamda jarayonning surunkali tus olishini kamaytirishga imkon beradi.

Kalit so'zlar: bolalar, buyraklar, piyelonefrit, davolash.

PYELONEPHRITIS IN YOUNG CHILDREN

(literature review)

Sharipov I.L.

Samarkand State Medical University

The urgency of the subject is caused by high prevalence and frequent relapsing of the given pathology. In this connexion timely diagnostics of an acute pyelonephritis and adequate treatment will allow to improve the forecast of disease and reduce the frequency of synchronisation process. Key words: children, pyelonephritis, treatment.

ПИЕЛОНЕФРИТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

(обзор литературы)

Шарипов И.Л.

Самаркандский государственный медицинский университет

Среди бактериальных инфекций у детей инфекция мочевых путей занимает второе место по частоте после инфекции верхних дыхательных путей. Распространенность инфекции мочевой системы составляет 10–18 случаев на 1000 детского населения: в периоде новорожденности —1,4–2,4 %, у детей дошкольного возраста —0,5 %, в препубертатном периоде — 0,1 %. В структуре заболеваний органов мочевой системы пиелонефрит занимает первое место, составляя 60–65 % нефрологической патологии.

Piyelonefrit — bolalarda piyelonefrit buyrak kasalligi bo'lib, unda yallig'lanish jarayoni buyrak parenximasini zararlaydi. Patologiyaning asosiy sababi buyrakka infeksiya agentning kirishi hisoblanadi. Har xil yoshdagi bolalarda piyelonefrit belgilari, sabablarini aniqlash va davolash bilan nefrologlar, jarrohlilar, urologlar,

pediatrlar va boshqa mutaxassislar shug'ullanadi. Piyelonefrit bakterial infeksiya tomonidan yuzaga keladigan buyrakning noaniq kasalligi sifatida tushuniladi. Ko'pchilik hollarda kasallik ichak tayoqchasi (taxminan 90% holatlarda), kamroq stafilokokk yoki enterokokk tomonidan qo'zg'atiladi. Patologiya bir yoki ikkala buyrakni ham zararlashi mumkin. Kasallikning eng yuqori tarqalishi 5-6 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Bu kichik bolalarning siydik-tanosil yo'llarining anatomik tuzilishi va faoliyati bilan bog'liq. Shuningdek, qiz bolalar kasallikka ko'proq moyil bo'lib, o'g'il bolalarda piyelonefrit 3 marta kamroq aniqlanadi.

Etiologiya. Bolalarda piyelonefritning rivojlanishining asosiy sababi buyrakka patogen mikroorganizmlarning kirib borishi hisoblanadi. Bakteriyalar buyrakka ko'tarilish yo'li bilan, masalan, siydik pufagi yoki siydik yo'llari kasalliklari bo'lganda, shuningdek, gematogen yo'l bilan, ya'ni qon oqimi orqali infeksiya manbai bo'lgan birlamchi o'choqdan yetib borishi mumkin. Kasallik ko'pincha bolalarda siydikning o'tishi buzilganida, bu anatomik xususiyatlar yoki urologik kasalliklar bilan bog'liq holda rivojlanadi.

Bolalarda buyraklarning yallig'lanishiga olib keluvchi omillar:

- tez-tez sovuq qotish;
- bola immun himoyasini pasaytiruvchi yallig'lanish jarayonlari (ORVI, gripp, suvchechak va boshqalar);
- qandli diabet mavjudligi;
- irsiy moyillik;
- ilgari o'tkazilgan o'tkir sistit;
- siydik-tosh kasalligi;
- buyraklarning tug'ma nuqsonlari.

Ayniqsa, siydik pufagining tug'ma disfunktsiyalari va siydik chiqarish tizimining anatomik anomaliyalari bo'lgan bolalarda xavf yuqori. Shaxsiy gigiyenaga yetarlicha rioya qilmaslik ham infeksiyaning buyrakka kirib borishiga sabab bo'lishi mumkin, bu holat qiz bolalarda ko'proq kuzatiladi.

Patogenezi. Infeksiya siydik yo'llarida uch xil yo'l bilan tarqaladi: ko'tariluvchi, gematogen (qon orqali) va limfogen (limfa orqali) yo'llar. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda infeksiyaning tarqalishida gematogen yo'l ustunlik qiladi. Kattaroq bolalarda, ayniqsa qiz bolalarda, infeksiya ko'pincha siydik yo'llari orqali yuqoriga ko'tarilib tarqaladi (urinogen yo'l). Bunga qiz bolalardagi siydik yo'lining qisqaligi va siydik chiqarish yo'lining tashqi teshigining anusga yaqin joylashuvi sabab bo'ladi. Bu holat, o'g'il bolalarga qaraganda, qiz bolalarda najas mikroflorasi bilan ko'proq aloqa qilish va bu mikrofloraning siydik yo'llariga kirish ehtimolini oshiradi.

Bolalarda piyelonefrit ko'plab xavf omillari ta'sirida rivojlanadigan kasallikdir. Ichki xavf omillari orasida, hayotning dastlabki ikki yili davomida, siydik yo'llarining rivojlanishidagi anomaliyalarning, xususan, veziko-ureteral reflyuks (VUR) holatining

ahamiyati katta. Yosh o'tishi bilan tashqi xavf omillari muhim rol o'ynaydi. Ular orasida ekologik noqulaylik (bu bolaning immun tizimi va buyrak faoliyatiga ortiqcha yuk tushishiga olib keladi), noto'g'ri ovqatlanish, oiladagi yoki atrof-muhitdagi surunkali infeksiyalar va stressli vaziyatlar kiradi.

Pediatrning vazifasi nafaqat xavf omillarini aniqlash, balki har bir holatda ularning ta'sirini baholash va bu omillarning bolaning sog'lig'iga salbiy ta'sirini imkon qadar kamaytirishdir.

Tasnifi. Bolalarda piyelonefritning ikkita asosiy shakli farqlanadi: birlamchi va ikkilamchi.

Birlamchi turda yallig'lanish jarayoni to'g'ridan-to'g'ri buyraklarda paydo bo'ladi va mustaqil kasallik sifatida kechadi. Ikkilamchi piyelonefrit esa boshqa omillar ta'sirida rivojlanadi.

Ikkilamchi piyelonefrit:

- Obstruktiv bo'lib, yallig'lanish siydik oqimining buzilishi, mexanik to'siqlar yoki siydik yo'llarining rivojlanish anomalialari tufayli yuzaga keladi.

- Neobstruktiv yoki dismetabolik turda esa patologik jarayon moddalar almashinuvidagi buzilishlar natijasida rivojlanadi.

Piyelonefritning kechishiga qarab ikki bosqich ajratiladi:

- Infiltrativ bosqich;

- Sklerotik bosqich.

Kasallik davomiyligiga ko'ra o'tkir va surunkali shaklda bo'ladi:

- O'tkir piyelonefrit bolalarda yuqori tana harorati, umumiy holsizlik va boshqa salbiy alomatlar bilan kechadi. Bu holat 6 oygacha davom etadi.

- Surunkali piyelonefrit esa sekin kechadigan, aniq alomatlari bo'lmagan, ammo tez-tez qaytalanuvchi kasallikdir. Ba'zi hollarda surunkali piyelonefrit yashirin (latent) shaklda bo'lib, butun umr davom etishi mumkin. Bunday kasallik 6 oydan ko'proq davom etadi.

Piyelonefrit bir tomonlama, ya'ni faqat bir buyrakni zararlashi yoki ikki tomonlama, ya'ni ikkala buyrak ham zarar ko'rishi mumkin. O'tkir piyelonefrit faol bosqichning (isitma, leykotsituria, bakteriuriya) belgilari asta-sekin yo'qolib, klinik-laborator remissiyaga o'tadi, bu jarayon buyrakdagi yallig'lanish 6 oydan kam davom etganida kuzatiladi. Surunkali piyelonefrit 6 oydan ortiq davom etadi yoki bu vaqt ichida kamida ikki marta qaytalaydi. Qaytalanuvchi surunkali piyelonefrit davrlarida o'tkir piyelonefritga xos alomatlar (siydik va og'riq sindromlari, umumiy intoksikatsiya belgilari) kuzatiladi, keyin remissiyaga o'tadi. Yashirin (latent) kechish faqat siydik sindromi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Kasallik alomatlarining darajasiga qarab surunkali piyelonefritning avj olish bosqichi, qisman klinik-laborator remissiya va to'liq klinik-laborator remissiya shakllari ajratiladi.

Surunkali piyelonefritning avj olish bosqichi klinik belgilarning to'plami va qon

va siydik tahlillaridagi o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Qisman klinik-laborator remissiyada klinik alomatlar bo'lmasa-da, siydik sindromi saqlanib qoladi. To'liq klinik-laborator remissiya bosqichida kasallikning na klinik, na laborator belgilarini aniqlash mumkin.

Klinikasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va kichik yoshdagi bolalarda siydik tizimi infeksiyalarga ko'proq moyil bo'ladi. Bu anatomik va fiziologik xususiyatlar, shuningdek, ularning yoshiga xos immun tanqisligi bilan bog'liq. IgG immunoglobulinlarining sintezi to'liq 2-3 yoshda shakllanadi, IgA esa 5-7 yoshgacha yetarli darajada rivojlanmaydi. Yangi tug'ilgan va kichik yoshdagi bolalarda piyelonefrit klinikasi asosan umumiy intoksikatsiya belgilari bilan ifodalanadi: isitma, terining oqarishi yoki marmarlanishi, holsizlik, ishtahaning pasayishi, qusish va qusishning alomatlari, vazn ortishning yetishmasligi yoki uning yo'qolishi, diareya. Ba'zida bolalarda piyelonefritning yagona belgisi tana haroratining ko'tarilishi bo'lishi mumkin.

Birinchi yil ichidagi bolalarda dizuriyaning ekvivalenti (siydik chiqarishdagi buzilish) siydik chiqarishdan oldin, paytida yoki keyin bezovtalik yoki yig'lash, yuzning qizarishi, pastki qorin sohasi taranglashishi, siydikning kam miqdorda chiqarilishi, zaiflik, siydik oqimining uzilib chiqishi bo'lishi mumkin. Kattaroq yoshdagi bolalarda umumiy intoksikatsiya belgilari bilan birga lokal alomatlar ham kuzatiladi: qorin va bel sohasidagi og'riqlar, qovurg'a umurtqa burchagida og'riq, tebratib ko'rishda og'riq, qovuq usti sohasi va dizuriya (siydik chiqarishda og'riq) bilan birga namoyon bo'ladi.

O'tkir piyelonefrit umumiy infeksiyon kasallik belgilari ustunligi bilan kechadi, keyinchalik mahalliy belgilari ham qo'shiladi. Surunkali piyelonefrit ko'pgina bolalarda ilgari o'tkir piyelonefritni boshdan kechirgandan keyin rivojlanadi. Kasallikning klinik belgilari jarayonning faollik darajasi va uning kechishiga bog'liq. Bemorlikning yashirin shakllari (latent kechish) klinik-laborator remissiya davrida kuzatiladi, bu davrda belgilarning yo'qligi yoki minimal bo'lishi tufayli kasallik aniqlanmay qolishi mumkin. Surunkali piyelonefrit avj olayotganda asosiy sindromlar va klinik holat o'tkir piyelonefritga o'xshab ketadi. Eng oldindan aytib bo'lmaydigan shakl latent piyelonefrit bo'lib, klinik belgilar yo'qligi nafaqat bemor va uning ota-onasini, balki shifokorlarni ham tashvishga solmaydi, bu esa kasallikka mos ravishda davolash choralarini qo'llashga to'sqinlik qiladi.

Tashish usuli. Agar bolada o'tkir yoki surunkali piyelonefritning belgilari paydo bo'lsa, ota-onalar darhol nefrologga murojaat qilishlari kerak. Dastlabki ko'rikda mutaxassis bolani tekshiradi, kerakli anamnezni yig'adi va kasallik tarixini o'rganadi. Tekshiruv paytida shifokor og'riq sindromining joylashuvini va kasallikka hamroh bo'lgan belgilarning borligini aniqlaydi. Dastlabki tashxis qo'yilgandan so'ng, bemor laborator va instrumental tekshiruvlar uchun yuboriladi, bu kasallikning

xususiyatlarini aniqlashga yordam beradi.

Bolalarda piyelonefritni qo‘shimcha tashxislashda quyidagilar kirishi mumkin:

- Umumiy siydik tahlili — buyrakdagi yallig‘lanish jarayonini aniqlash uchun.
- Siydikni sterililikka ekish — siydik yo‘llarida infeksiya borligini aniqlash va uni antibiotiklarga sezgirligini belgilash uchun.
- Umumiy qon tahlili — organizmdagi yallig‘lanishni va kamqonlikni aniqlash uchun.
- Ultrasonografiya — buyrakning o‘lchamlarini, parenximasining zichligini, buyrak chashka-lohanali tizimining deformatsiyasini aniqlash uchun.
- MRT yoki KT — piyelonefritni qo‘zg‘atishi mumkin bo‘lgan patologik jarayonlarni istisno qilish uchun.

Agar asoratlar mavjud bo‘lsa, tashxislash jarayoniga bolalar urologi jalb qilinadi. Keng tarqalgan infeksiya holatida pediatr yoki infeksiyachilarning yordamiga ehtiyoj bo‘lishi mumkin. Metabolik buzilishlar bo‘lsa, endokrinolog ko‘rigi talab qilinadi. Agar bola jarrohlik aralashuviga tayyorlanayotgan bo‘lsa, jarroh va anesteziolog ko‘rigi ham kerak bo‘ladi.

Davolash. Piyelonefritni davolash buyrak va siydik yo‘llaridagi mikroblar keltirib chiqargan yallig‘lanish jarayonini bartaraf etishga, intoksikatsiya belgilari va siydik o‘tishini normallashtirishga qaratilgan bo‘lishi kerak. Davolash yondashuvi bolaning yoshiga, kasallikning faollik darajasiga, davomiyligiga, kechishi va etiologiyasiga, shuningdek, siydik tizimidagi anomaliyalar mavjudligiga qarab belgilanadi. Bolani kasalxonaga yotqizish zaruriyati uning holatining og‘irligi, asoratlar xavfi va oila sharoitlariga bog‘liq.

Piyelonefritli bemorlarni davolashda jismoniy faollik rejimini kasallikning og‘irlik darajasiga qarab belgilash muhim ahamiyatga ega. Yotoq rejimi faqat kasallikning o‘tkir davrida, ya’ni intoksikatsiya belgilari kuchli bo‘lganda talab qilinadi. Kasallikning buyrakdan tashqaridagi belgilari yo‘qolgandan so‘ng, jismoniy faollik rejimi asta-sekin kengaytiriladi. Dieta cheklovlari, siydik yo‘llaridagi yukni kamaytirish va moddalar almashinuvi buzilishlarini tuzatishga qaratilgan. Faollik davrida Pevznerning № 5 stoli tavsiya etiladi, bu tuz iste’molini cheklamaydi, lekin ichish rejimi 50% ga oshiriladi.

Piyelonefritni davolashning asosiy usuli — antibakterial terapiya hisoblanadi. Davolash uch bosqichda amalga oshiriladi:

1. Mikrob-yallig‘lanish jarayonini bostirish — bu davrda empirik antibakterial terapiya, diuretiklar (neobstruktiv shakllarda), intoksikatsiya va gemodinamik buzilishlarni tuzatish uchun infuzion terapiya qo‘llaniladi.

2. Antibakterial terapiyani tuzatish — siydik ekish natijalariga ko‘ra mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezgirliги aniqlangandan so‘ng, antibiotiklar terapiyasi tuzatiladi.

3. Qaytalanishni oldini olishga qaratilgan davolash.

Antibakterial preparatlarni tanlashda quyidagi qoidalar inobatga olinadi:

- Preparat siydik tizimida tez-tez uchraydigan infeksiya qo‘zg‘atuvchilariga qarshi samarali bo‘lishi kerak.

- Preparat buyrakka toksik ta‘sir ko‘rsatmasligi kerak.

- Preparat yallig‘lanish o‘chog‘ida yuqori konsentratsiyani ta‘minlashi kerak.

- Asosan bakteritsid ta‘sir ko‘rsatadigan preparatlar ishlatiladi.

- Antibakterial terapiyaning davomiyligi qo‘zg‘atuvchining faoliyatini to‘liq bostirish uchun optimal bo‘lishi kerak.

O‘tkir piyelonefrit va surunkali piyelonefritning zo‘rayishida antibiotiklar 4 hafta davomida uzluksiz qo‘llanadi, preparat har 7-14 kunda almashtiriladi yoki urosseptik bilan almashtiriladi. Og‘ir holatlarda "bosqichma-bosqich" antibakterial terapiya tavsiya etiladi. Yallig‘lanish kamaygan davrda peroral qabul qilinadigan preparatlarga afzallik beriladi. Nitrofuran preparatlari (Furadonin, Furagin) va 8-oksixinolin hosilalari (Nitroksolin, 5-NOK) keng bakteritsid ta‘sirga ega. Ushbu preparatlar bolalarga faqat boshqa uroseptiklar samarali bo‘lmagan hollarda buyuriladi. Patogenetik terapiya tarkibiga nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar, antioksidantlar, immunokorreksiya qiluvchi va antisklerotik davolash kiradi.

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar bilan kombinatsiya yallig‘lanish faolligini pasaytirish va antibakterial terapiyaning samaradorligini oshirish uchun ishlatiladi. Davolash kursi odatda 10-14 kuni tashkil etadi. Piyelonefritni davolash kompleksiga antioksidant va antiradikal faoliyatga ega preparatlar kiritiladi. Buyraklarda mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydigan preparatlar sifatida Trental, Kurantil, Eufillin, Tsinnarizin buyuriladi. Piyelonefritda immunokorreksion davolash

immunolog bilan maslahatlashgandan so'ng, aniq ko'rsatmalarga binoan belgilanadi. Immunosuppressiv preparatlar sifatida Immunal, Levamizol, Likopid, Reaferon, Viferon va boshqa preparatlar qo'llaniladi.

Agar bemorlarda buyrak parenximasining sklerozlanish belgilar mavjud bo'lsa, antisklerotik ta'sirga ega preparatlar (Delagil, Plakvenil) 4-6 haftalik kursga kiritiladi. Piyelonefritga qarshi qayta kasallanishning oldini oluvchi davolash ambulator-poliklinika sharoitida olib boriladi va uzoq muddat davomida kichik dozada antibakterial preparatlar bilan davolashni o'z ichiga oladi. Bolalar amaliyotida qayta kasallanishning oldini olish uchun ko'pincha Nitroksolin, 5-NOK, Furamag, himoyalangan penitsillinlar buyuriladi.

Qayta kasallanishning oldini olish davolashning davomiyligi o'tkir piyelonefritda — 3-6 oy, surunkali piyelonefritda esa — 6 oydan 1 yilgacha davom etadi. Remissiya davrida ambulator-poliklinika sharoitida qayta kasallanishning oldini oluvchi terapiya bilan bir qatorda fitoterapiya ham buyuriladi, bu siydik o'tishini yaxshilash, yallig'lanish belgilari kamayishi va buyraklarda qon aylanishini yaxshilashga yordam beradi. So'nggi yillarda tarkibida oltino't, lyubistok ildizi va rozmarin barglari mavjud bo'lgan galen preparati "Kanefron" paydo bo'ldi. Fizioterapevtik davolash usullari (EWT, ultratovush, ozokerit va parafin aplikatsiyalari, Furadonin va Furagin eritmasining 1% elektroforezi, davolovchi vannalar, past mineralizatsiyaga ega mineral suvlarni qabul qilish) kasallik faolligining susayish davrida va klinik-laborator remissiya bosqichida qayta kasallanishning oldini olish uchun qo'llaniladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Андреева, Э.Ф. Делеция короткого плеча 12-й хромосомы с фенотипическими проявлениями кистоза почек: клиническое наблюдение. // Нефрология. - 2018. - Т.22, №3. - С. 95-100.
2. Барилко, М. Роль микрофлоры кишечника в развитии хронической болезни почек. // Врач. - 2017. - №1. - С. 5-11.
3. Выходцева, Г.И. Распределение полиморфных вариантов генов системы гемостаза и фолатного метаболизма у детей с острым гломерулонефритом. // Нефрология. - 2017. - Т.21, №3. - С. 47- 53.
4. Вялкова, А.А. Современные подходы к диагностике и лечению ренальной инфекции у детей. // Нефрология. - 2018. - Т.22, №3. - С. 72-87.
5. Вялкова, А.А. Инфекция мочевого системы у детей в XXI века. // Нефрология -2016. - Т.21, №3. - С. 47- 53.
6. Гордовская, Н.Б. Инфекция мочевыводящих путей у беременных - фокус на бессимптомную бактериурию. // Нефрология. - 2018. - Т.22, №2. - С. 81-87.
7. Григорьев, К.И. Дисметаболические нефропатии. // Медицинская сестра. - 2017. - №7. - С. 18-23.

8. Дудина, К.Р. Ключевые признаки инфекционной патологии, протекающей с поражением почек / К.Р. Дудина, А.Л. Верткин, А.В. Носова. // Лечащий Врач. - 2020. - №9. - С. 25-30.
9. Кочкин, А.Д. Лапароскопическая резекция почки при опухолях R.E.N.A.L.10 и больше / А.Д. Кочкин, А.В. Кнутов, Ф.А. Севрюков // Урология. - 2020. - №6. - С. 93-98.
10. Крю, Д. Заболевания почек: бремя болезни и доступность медицинской помощи / Д. Крю, А. Белло, Г. Саади // Терапевтический архив. - 2019. - Т.91, №6. - С. 34-39.
11. Куприенко, Н.Б. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток и нефропатия / Н.Б. Куприенко, Н.Н. Смирнова // Нефрология. - 2018. - Т.22, №1. - С. 52-57.
12. Кутырло, И.Э. Частота и характер сочетанной врожденной аномалии почек и мочевыводящих путей в структуре САКУТ- синдрома у детей / И.Э. Кутырло, Н.Д. Савенкова // Нефрология. - 2018. - Т.22, №3. - С. 51-57.
13. Зайкова Н.М. [и др.] Маркеры коллагенообразования и склерозирования в диагностике прогрессирования рефлюкс-нефропатии у детей / // Нефрология. - 2018. - Т.22, №3. - С. 33-42.
14. Захарова И.Н., Османов И.М. Инфекция мочевых путей у детей: что нужно знать педиатру и нефрологу. 2015г.
15. Матлубов М. М., Рахимов А. У., Семенихин А. А. Комбинированная спинальноэпидуральная анестезия при абдоминальном родоразрешении // Анестезиология и реаниматология. – 2010. – №. 6. – С. 71-73.
16. Матлубов М. М., Нематуллоев Т. К., Хамдамова Э. Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОГО РАСТВОРА БУПИВАКАИНА БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ // Высшая школа: научные исследования. – 2020. – С. 100-107.
17. Малкоч, А.В. Пиелонефрит у детей: классификация, течение, диагностика и лечение // А.В. Малкоч, В.А. Гаврилова, Ю. Б. Юрасова // Лечащий врач. — 2016. — № 7. — С. 20–24.
18. Станкевич З. А. [и др.]. Клиника, диагностика и лечение инфекции мочевой системы у детей: учеб.-метод. пособие. / — Мн.: Технопринт, 2015. — 35с.
19. Шарипов Исроил Латипович. Снижение интоксикации сочетанными методами экстракорпоральной детоксикации при почечной недостаточности у детей. // Детская хирургия. 2014. №1. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/snizhenieintoksikatsii-sochetannymi-metodami-ekstrakorporalnoy-detoksikatsii-pripochechnoy-nedostatochnosti-u-detey> (дата обращения: 03.05.2022).

20. Шарипов И.Л. Оценка комбинированного применения методов экстракорпоральной детоксикации у детей с почечной недостаточностью. // Врач-аспирант. № 5.2. (Т54). Москва, 2012.

21. Шарипов И.Л. Показатели системной гемодинамики при сочетанном применении методов заместительной терапии у детей с почечной недостаточностью. // Медикус. Международный медицинский научный журнал, № 5 (35), 2020. Волгоград, Россия. 13-18 стр

22. Шарипов, И.Л. Оценка сочетанного применения методов экстракорпоральной детоксикации у детей с почечной недостаточностью / И. Л. Шарипов // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 54. – № 5.2. – С. 332-341.

23. Шарипов Исроил Латипович. Снижение интоксикации сочетанными методами экстракорпоральной детоксикации при почечной недостаточности у детей // Детская хирургия. 2014. №1.

24. Sharipov I.L. The use of YeCD in the treatment of acute renal failure and chronic renal failure in children, assessment of its degree of effectiveness. // Medical and science journal. Volume 13, 2012

25. I.L Sharipov, JT Yusupov, B.K Xolbekov. Personalization and preventative premedication: used drugs value and efficiency // Web of Scientist: International Scientific Research Journal 3 (02), 740-748

26. Sharipov I.L., Xolbekov B.Q., Akramov B.R. Hemodynamic gradations with combined use of extracorporeal detoxification methods in children with renal failure. // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. Volume 07, Issue 03, 2020. 2555-2563 str.

27. Sharipov, I. Hemodynamic gradations with combined use of extracorporeal detoxification methods in children with renal failure / I. Sharipov, B. K. Xolbekov, B. R. Akramov // European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Vol. 7. – No3. – P. 2555-2563. – EDNPPDWZO.

28. Zayniddinovich, K. N., & Kulievich, P. S. (2023). OPTIMIZATION OF ANESTHETIC SUPPORT DURING SIMULTANEOUS OPERATIONS ON THE ABDOMINAL AND PELVIC ORGANS. // BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIY JURNALI, 3(1), 331-334.

29. Zayniddinovich, K. N., & Kulievich, P. S. (2023). Improving the efficiency of anesthetic access during simultaneous abdominal and pelvic surgeries in patients with

concomitant arterial

hypertension.//IQRO,3(1),12-15.

30. Zayniddinovich, K. N., & Kuilievich, P. S. (2023). STABILIZATION OF ANESTHETIC

SUPPORT DURING SIMULTANEOUS ABDOMINAL AND PELVIC OPERATIONS.// IJTIMOIY FANLARDA INNOVASIYA ONLAYN ILMIY JURNALI, 3(6), 122-124.

31. Kurbanov, N. Z., & Sharipov, I. L. (2023). IMPROVEMENT OF ANESTHETIC PROTECTION IN SIMULTANEOUS OPERATIONS ON ABDOMINAL AND PELVIC ORGANS.//World scientific research journal, 20(1), 113-116.

32. Sharipov, I. L., Xolbekov, B. K., & Kurbonov, N. Z. (2023). BOLALAR OFTALMOLOJARROHLIGIDA ANESTEZIYANI TAKOMILLASHTIRISH. //World scientific research journal, 20(1), 107-112.

33. Курбанов, Н. З. (2022). ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИИ РЕЦИДИВА ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. //IJDOKOR O'QITUVCHI, 2(24), 431-439.

34. Zayniddinovich, K. N., Qo'yliyevich, P. S., & Muratovich, M. M. (2022). OPTIMIZATION OF ANESTHESIOLOGICAL APPROACH IN RECURRENT ABDOMINAL HERNIA SURGERY IN PATIENTS WITH THIRD-DEGREE OBESITY. //Journal of new century innovations,18(1),188-194.

35. Zayniddinovich, Q. N., & Qo'yliyevich, P. S. (2022). QORIN BO'SHLIG'I SIMULTAN OPERATSIYALARDA ANESTEZILOGIK YONDOSHUV SAMARADORLIGINI TAKOMILLASHTIRISH. //Journal of Integrated Education and Research, 1(5), 116-121.