



Шайхова Мунира Икратовна

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

**ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

Шайхова Мунира Икратовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г.Ташкент

**DYSMETABOLIC NEPHROPATHY IN CHILDREN: DIAGNOSIS AND TREATMENT**

Shaykhova Munira Ikramovna

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6071-5820>

e-mail: [shaykhova1961@mail.ru](mailto:shaykhova1961@mail.ru)

**Резюме.** Дисметаболик нефропатия ёки метаболик нефропатия синдроми замонавий педиатриянинг долзарб ва мунозарали муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Дисметаболик нефропатиялар моддалар алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, касалликларнинг ушбу гуруҳи болаларда кўп учрайди. Мактабгача ёшда бўлган болаларнинг 31,4 % да оксалат-фосфат-кальцийли кристаллурия кузатилади. Уратли нефропатия сийдик-тош касаллиги билан оғриган 1,3-7,6% болаларда нефроуролитиаз шаклланишининг сабабчиси бўлиб ҳисобланади. Ушбу мақоланинг мақсади болаларда дисметаболик нефропатияларни ташхислаш, даволаш, шунингдек, олдини олиш стратегиясини кўриб чиқишдан иборат. Клиник жиҳатдан, дисметаболик нефропатияларнинг болаларда намоён бўлиши мураккабдир. 5 ёшгача бўлган болаларда специфик белгилар кузатилмайди. Сийдикни текшириш ва даволашнинг тегишли усулларидан фойдаланган ҳолда эрта ташхис қўйиш буйрак шикастланиши ва касалликнинг такрорланишини олдини олиш учун муҳимдир.

**Калим сўзлар:** дисметаболик нефропатия, болалар, ташхислаш, даволаш.

**Abstract.** Dysmetabolic nephropathy or metabolic nephropathy syndrome is considered one of the urgent problems of modern pediatrics. Dysmetabolic nephropathies are associated with metabolic disorders, and this group of diseases is most common in children. Oxalate-phosphate-calcium crystalluria is observed in 31.4% of preschool children. Urate nephropathy is the cause of the formation of nephrolithiasis in 1.3-7.6% of children with urolithiasis. Clinical manifestations of dysmetabolic nephropathies in children are complex. No specific signs are observed in children under the age of 5 years. The purpose of this article is to consider the diagnosis, treatment and prevention of dysmetabolic nephropathies in children. Early diagnosis using appropriate urine tests and treatment methods is important to prevent kidney damage and recurrence of the disease.

**Keywords:** dysmetabolic nephropathy, children, diagnosis, treatment.

**Долзарблиги.** Дисметаболик нефропатия ёки метаболик нефропатия синдроми замонавий педиатриянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бугунги кунда, статистик маълумотларга кўра, буйракларда метаболик бузилишларнинг кенг тарқалиши кузатилмоқда. Мактабгача ёшда бўлган болаларнинг 31,4 % да оксалат-фосфат-кальцийли кристаллурия кузатилади. Уратли нефропатия сийдик-тош касаллиги билан оғриган 1,3-7,6% болаларда нефроуролитиаз шаклланишининг сабабчиси бўлиб ҳисобланади. Дисметаболик нефропатияларнинг ўз вақтида тегишли даво

чоралари олиб борилмаса буйрак тизимининг яллиғланиши ва шикастланишига олиб келиши мумкин.

**Мақола мақсади** - Умумий амалиёт шифокорларига дисметаболик нефропатия билан оғриган болаларни баҳолаш ва олиб бориш тактикасининг шарҳини тақдим этиш.

**Дисметаболик нефропатиянинг сабаблари.** Наслий ёки орттирилган моддалар алмашинувининг турли бузилишлари (кальций, оксалат кислотаси, сийдик кислотаси, цистин, фосфатлар), сийдик чиқариш йўллари инфекциялари, пешобнинг димланиши (масалан,

сийдик копи ўз вақтида бўшатилмаसा, сийдик йўллариининг торайиши ва б.), эндокрин касалликлар, ошқозон-ичак тракти касалликлари (гипогастрит, лямблиоз), онкология, баъзи дори препаратларини қабул қилиш, нур терапияси дисметаболик нефропатиянинг юзага келишига сабаб бўлади.

**Дисметаболик нефропатиянинг намоён бўлиши.** Беш ёшгача бўлган болаларда дисметаболик нефропатиянинг специфик белгилари кузатилмади. Каттароқ ёшдаги болаларда ва катталарда: тез чарчаш, қоринда оғриқ, организмда суюқликнинг ушланиб қолиши, қовоқларнинг шишиши, сийдикнинг кам ажралаши, белдаги санчиқли оғриқ билан намоён бўлади. Ташқи жинсий аъзолар соҳасида кичишиш, оғриқ ва кизариш кузатилади. Пешоби хира, тувак деворларида ювилиши қийин чўкма ҳосил бўлади.

**Дисметаболик нефропатиянинг сабаб омиллари** икки катта гуруҳга бўлинади – экзоген ва эндоген.

Экзоген омилларга қуйидагилар киради: иқлим (қуруқ ва иссиқ иқлим), ичимлик сувининг таркиби (юкори зичликда), қуёш радиацияси даражаси, ташқи муҳитда микро- ва макроэлементларнинг бўлиши (магний, йоднинг етишмаслиги, кальций, стронций кўп миқдорда), овқат режимининг хусусиятлари (А, В<sub>6</sub>, РР витаминларининг танқислиги, D гипервитаминози, оксил, оксалат, пуринга бой маҳсулотларни кўп истеъмол қилиш, тўйинмаган ёғ кислоталари сақлаган маҳсулотларни кам истеъмол қилиш), саунага кўп ташриф буюриш, алкоголь истеъмол қилиш, дорилар (сульфаниламидлар, диуретиклар, цитостатиклар) таъсири.

Эндоген омиллар: буйрак ва сийдик чиқариш йўллариининг туғма аномалиялари, айниқса пешоб чиқишининг бузилиши, буйракларда ва сийдик йўллари бўйлаб яллиғланиш жараёнларининг бўлиши, гиперпаратиреозда сув-туз алмашинувининг бузилиши, экстраренал йўқотишлар, интенсив мушак юкламаларида сувнинг кўп йўқотилиши, узоқ ётоқ режими ёки имобилизацияда калций алмашинувининг бузилиши (калцийнинг суяклардан қонга ювилиб ўтиши), ичак деворлари ўтказувчанлиги ортганида калций ва оксалатлар сўрилишининг ошиши (озуқа аллергияси, ичакдаги яллиғланиш жараёнлар), моддалар алмашинуви бузилишининг наслий вариантлари.

**Ҳимоя омиллари.** Ҳимоя омилларига тузларни эриган ҳолатда ушлаб турувчи моддалар киради, кўпинча улар химояловчи коллоидлар деб аталади. Шундай қилиб, ҳимоя омилларининг етишмовчилиги, сабаб омилларнинг устунлик

қилишида кристалл ҳосил бўлиши ва охири оқибатда тош ҳосил бўлиш жараёни бошланади.

Персистенцияланувчи кристаллурия буйрак тўқималарида кристаллларнинг чўкиши ва асептик тубулоинтерстициал яллиғланиш, уларнинг адгезиясига олиб келиши мумкин, бу тошнинг шаклланиши ва сийдик-тош касаллигининг (СТК) ривожланишида асос бўлиб хизмат қилади.

Педиатрия амалиётида кристаллурия ва дисметаболик нефропатиянинг кўпчилиги калций (70-90%) билан боғлиқ, уларнинг деярли 85-90% - оксалатлар (калций оксалат кўринишида), қолганлари фосфатлар (3-10%) ёки аралаш - оксалат-фосфат-уратли ҳисобланади. Уратли кристаллурия ва литиаз деярли 5%, цистинли - 3% гача ташкил қилади. 5-15% ҳолатларда трипельфосфатлар - аммоний, магний ва кальций ионларини сақлаган фосфатли кристалллар аниқланади.

Цистинурия кам учрайдиган наслий тури бўлиб, ҳам болаларда ва ҳамда ёши катта беморларда кузатилади.

**Кристаллурия билан сийдик синдромини ташхислаш учун босқичма-босқич текширувларни олиб бориш:**

1 босқич. Кристалллар идентификацияси ва кристаллометрия билан спонтан кристаллурияга пешоб тахлили. Туз кристалларининг фақат умумий пешоб тахлилида аниқланиши дисметаболик нефропатия ташхисини қўйиш учун асос бўла олмайди, чунки болаларда кристаллурия кўпинча транзитор бўлади.

2 босқич. Кристаллурияда оксалатлар, уратлар, фосфатларнинг суткалик экскрецияси аниқланади (меъёрда оксалатлар экскрецияси 10-40 мг/сут ёки 1 мг/кг/сут, уратлар – 0,6-6,0 мкмоль/сут, фосфатлар – 0,01-0,04 г/кг/сут).

3 босқич. Қон ва пешобнинг биохимёвий тахлили, буйрак функцияларини аниқлаш (креатинин даражаси, калавачалар филтрацияси тезлигини ҳисоблаш, Зимницкий синамаси). Пешобнинг турли тузларни эритиш қобилятини (ПАКҚ-пешобнинг антикристалл қобиляти) аниқлаш муҳим.

**Дисметаболик нефропатия таснифи** (Т. М. Творогова, Ю. Е. Вельтищев 1985). Дисметаболик нефропатия келиб чиқиши (бирламчи, иккиламчи), туз чўкмасининг кўриниши (оксалатли, фосфатли, уратли, аралаш), патологик жараён фазалари (тузли диатез, клиник, интерстициал нефритга ўтиши, иккиламчи пиелонефрит, нефролитиаз (сийдик-тош касаллиги) бўйича таснифланади.

**Оксалатли нефропатиялар.** Оксалатлар сақлаган маҳсулотларни кўп истеъмол қилиш, ичак касалликлари – ичакнинг яллиғланиши касалликлари (Крон касалликлари, яралли колит),

ичакда жаррохлик амалиёти ўтказилганида ичак анастомозлари; организм томонидан оксалатларнинг кўп ишлаб чиқарилиши оксалатларнинг ҳосил бўлишига сабаб бўлади.

**Оксалатли кристаллуриянинг ташхис мезонлари:**

**Наслий анамнезида** қариндошларида сийдик чиқариш тизими аъзолари патологиясининг мавжудлиги (нефрит, гематурия, дизурия, СТК), овқат ҳазм қилиш тизимининг сурункали яллиғланишлари (гастрит, холецистит, ўт-тош касаллиги), моддалар алмашинуви бузилишининг (семизлик, подагра, метаболик синдром) бўлиши;

**Фонли патологияда** сийдик чиқариш тизими патологияси (ривожланишнинг туғма аномалиялари, нейроген дисфункциялар, яллиғланиш касалликлари),

ошқозон-ичак ва билиар тракти патологияси (функционал ва органик бузилишлар), аллергик ва псевдоаллергик реакциялар, эндокрин тизими патологиясининг аниқланиши;

**Лаборатор-инструментал мезонлар.** Умумий пешоб тахлили: порция хажмининг камайиши, кул ранг-сарик рангда чўкма тушиши билан пешобнинг хиралашиши, пешоб реакцияси 5,0-7,0, нисбий зичлиги 1028-1030 ва ундан юқори, микропротеинурия, гематурия, 10 мкм ўлчамгача калций оксалатлари кристалллари (почта конвертлари кўринишида).

Пешобнинг биокимёвий тахлили: оксалатларнинг суткалик экскрецияси 20 мг/сут дан кўп (14 ёшгача бўлган болаларда) ёки 0,5 ммоль/м<sup>2</sup>/сут.дан кам. Калций оксалатларига ПАКҚ нинг пасайиши, пероксид ва кальцифилаксияга мусбат тест, фосфолипидлар, этаноламин миқдорининг ошиши, кальций/креатинин индексининг ошиши. УТТ да-бўйрак паренхимаси экзогенлигининг ўчоқли ошиши, жомчалар деворининг зичлашганлиги.

**Уратли нефропатия (сийдик кислотаси алмашинувининг бузилиши).** Меъёрда уратлар клиренси 3,6 дан 7,6 мл/мин гачани ташкил қилади, подаграда эса 1,5 баравар юқори -5,8-8,7 мл/мин. Каналчаларда деярли 98% бирламчи пешобга филтрланган уратлар реабсорбцияланади. Этиологияси жиҳатидан уратли кристаллуриялар қатор патологик ҳолатлар билан чақирилган сийдик кислотаси ишлаб чиқарилишининг кўпайиши ва экскрециясининг ошиши билан боғлиқ.

**Уратли нефропатияларнинг ташхис мезонлари:**

**Наслий анамнезида** қариндошларида сийдик чиқариш тизими аъзолари патологиясининг мавжудлиги (сурункали пиелонефрит, гломерулонефрит, дизурия, СТК), овқат ҳазм қилиш тизимининг сурункали

яллиғланишлари (гастрит, холецистит, ўт-тош касаллиги), артропатиялар, моддалар алмашинувининг бузилиши (қандли диабет, семизлик, подагра, метаболик синдромнинг бўлиши;

**Фонли патологияда** ацетонемик ҳолатлар, аллергик ва псевдоаллергик реакциялар, сийдик чиқариш тизими аъзолари ривожланишининг туғма аномалиялари, бўғимларнинг шикастланиши (кам ҳолатларда), артериал босимнинг ўзгарувчанлиги, эмоционал лабилликнинг аниқланиши.

**Лаборатор-инструментал мезонлар.** Умумий пешоб тахлили: порция хажмининг камайиши, ғишт рангидаги чўкма тушиши билан пешобнинг хиралашиши, пешоб реакцияси 6,0; нисбий зичлигининг 1028-1030 (1040 гача етиши мумкин), микропротеинурия, гематурия, бочкасимон шаклидаги сийдик кислотасининг кристалллари. Пешобнинг биокимёвий тахлили: микроальбуминурия, липидлар пероксидланиши метаболитлари даражасининг ошиши, “сийдик кислотаси/ креатинин”индексининг ошиши.

**Фосфатурик нефропатия.** Фосфатли нефропатия фосфор ва калций алмашинувининг бузилиши билан кечадиган касалликларда учрайди. Фосфатуриянинг асосий сабаби – сийдик тизимининг сурункали инфекцияси. Кўпинча фосфат-кальцийли нефропатия оксалат-кальцийли нефропатия билан бирга кечади. Фосфатурик кристаллурия частотаси 5–15 % ни ташкил қилади.

**Фосфатурик кристаллурияларнинг ташхис мезонлари:**

**Наслий анамнезида** қариндошларида сийдик чиқариш тизими аъзолари патологиясининг мавжудлиги (сурункали пиелонефрит, СТК), овқат ҳазм қилиш тизимининг сурункали яллиғланишларининг (гастрит, гастродуоденит, яра касаллиги) бўлиши;

**Фонли патологияда** сийдик чиқариш тизимининг сурункали инфекциялари, сийдик чиқариш тизими аъзолари ривожланишининг туғма аномалиялари, ошқозон-ичак трактининг сурункали патологиясининг аниқланиши;

**Лаборатор-инструментал мезонлар.** Умумий пешоб тахлили: туриб қолганида сутга ўхшаш оқ рангли чўкма тушиши билан хиралашиши, пешоб реакцияси 7,0 дан юқори, призмалар кўринишидаги трипельфосфатлар кристалллари. Пешобнинг биокимёвий тахлили: фосфатларнинг суткалик экскрецияси 2,5-4,0 мкг дан юқори, фосфатлар ва трипельфосфатларга ПАКҚ нинг пасайиши, ”фосфор/креатинин” индексининг ошиши.

**Болаларда дисметаболик нефропатияни даволашнинг асосий йўналишлари.**

**Носпецифик:** тўғри ҳаёт тарзини ташкил қилиш, уродинамикани назорат қилиш ва тузатиш, сийдик тизимида микробли-яллиғланишли жараёнларни олдини олиш.

**Специфик:** специфик парҳезли терапия, метаболик бузилишларни тузатиш, пешобнинг физикавий-кимёвий параметрларини тузатиш.

Ҳар қандай дисметаболик нефропатияни даволашнинг тўртта асосий тамойиллари мавжуд: ҳаёт тарзини меъёрлаштириш; суюқлик ичиш тартибига риоя қилиш; парҳез; давонинг специфик усуллари.

Кўп микдорда суюқлик ичиш ҳар қандай дисметаболик нефропатияларни даволашнинг универсал усули бўлиб ҳисобланади, чунки пешобда эрувчан моддалар концентрациясини камайтиришга имкон беради.

**Дисметаболик нефропатияларда парҳез билан даволаш.** Дисметаболик нефропатияларда ўсиб бораётган организмнинг ёшга боғлиқ эҳтиёжлари, метаболизм бузилишининг ўзига хос хусусиятлари ва тубуляр аппаратга функционал юкни инкор қилишни ҳисобга олган ҳолда рационал тўлиқ хилма-хил парҳезни яратиш асосий тавсия бўлиб ҳисобланади.

**Оксалурияда парҳез билан даволаш.** Оксалурияда оксалатлар микдори 1 дан 3 г/кг гача бўлган маҳсулотлар чекланади (сабзи, яшил ловия, сачратқи, пиёз, помидорлар, аччиқ дамланган чой, калций сақлаган маҳсулотлар; мол гўшти, товуқ, жигар, треска, смородина, антонов олмалари, турп). Оксалатлар микдори 0,9 г/кг дан кам бўлган маҳсулотларни тавсия этиш мумкин (оқ карам, гулкарам, ўрик, банан, нок, узум, бодринг, нўхот). Ёрмаларнинг барча турлари, кам ишқорли минерал сувлар (йилда 2 курс) тавсия этилади.

**Уратурияда парҳез билан даволаш.** Уратурияда нўхот, дукакклар, мол гўшти, товуқ, куён, хайвон ички аъзолари, консерва маҳсулотлари чекланади. Куннинг биринчи ярмида сут маҳсулотларини тавсия этиш мумкин. Картошка-карамли парҳез буюрилади. Гулкарам ва оқ карам, ёрмалар (гречка, сули, пшеника), мевалар. Магнийга бой маҳсулотлар (қуритилган ўрик, чернослив, денгиз карами, буғдой кепаги). Буғдой нон, жавдари нон. Ёғсиз гўшт ва балиқ ҳафтада 3 марта 150 г дан катта ёшдаги болаларга куннинг биринчи ярмида қайнатилаган ҳолда, шунингдек кам ишқорли минерал сувлар (йилда 2 курс); сули, арпа қайнатмаси тавсия этилади. Аччиқ чой, какао, кофе, шоколад, сардина, ясиқ, ёғли балиқ, гўшт ва балиқ бульонларини истеъмол қилиш мумкин эмас.

**Фосфатурияда парҳез билан даволаш.** Таркибида фосфор микдори ўртача бўлган маҳсулотлар (100 г да 50 дан 200 мг гача: мол гўшти, чўчка гўшти, колбасалар, тухум, жўхори

ёрмаси, 2-навли ун, сут, сметана, кам ишқорли минерал сувлар чекланади.

Таркибида фосфорни кам сақлаган маҳсулотлар (100 г да 50 мг гача): сариёғ, ўсимлик ёғи, манна ёрмаси, гуруч, макаронлар, барча турдаги ун маҳсулотлари, аччиқ бўлмаган чой, нўхот, оқ карам ва брүссель карами, сарсабил (спаржа), қовоқ, сабзи, бодринг, лавлаги, нордон олмалар, брусника, қизил смородина, қулупнай, олхўри истеъмол қилиш мумкин.

Таркибида фосфор микдори юқори бўлган маҳсулотлар (100 г да 200 мг дан кўп): пишлоқ, творог, мол жигари, товуқ гўшти, балиқ, икра, ловия, нўхот, шоколад, сули, перловка, гречка, тарик ёрмаси, ишқорий минерал сувлар тавсия этилмайди.

**Специфик терапия** кристалл ҳосил бўлишининг олдини олиш, тузларнинг чиқарилиши, моддалар алмашинуви ва энергетик жараёнларни меъёрлаштиришга йўналтирилади. Кўп ҳолатларда болаларда мембранопатия дисметаболик нефропатия патогенезининг бир бўғини бўлиб ҳисобланганлиги боис антиоксидантли ва мембранани стабиллаштирувчи терапияни ёдга олиш лозим. Кунига 1-2 дражедан (10-50 томчи) 3 ой давомида Канефрон Н 1-3 маҳал қабул қилиш яхши самара кўрсатди.

Пурин алмашинуви бузилганида нефропатияни даволаш бирламчи касалликни даволашни ўз ичига олади. Гиперурикемия билан чақирилган касалликларни даволаш учун колхицин (кунига 0,5-2 мг 18 ойдан 10 йилгача), аллопуринол (суткалик дозаси 200-300 мг 2-3 марта 6-12 ой) қўлланилади.

Сийдик тизими инфекцияси бўлган беморларда антибактериал терапиянинг узок курсидан фойдаланилади. Шунингдек, спазмолитик, пешоб хайдовчи, яллиғланишга қарши ва бактерицид хоссаларга эга воситалар (цистон, канефрон, фитолизин) қўлланилади.

**Хулосалар.** Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки, болаларда учрайдиган дисметаболик нефропатияларда метаболик бузилишларнинг этиопатогенетик асосланган комплекс коррекциясини олиб бориш, нафақат метаболик жараёнларнинг тикланиши, балки сурункали буйрак касаллигининг ривожланиши ва зўрайишини бартараф этишга имкон беради.

#### **Адабиётлар:**

1. Детская нефрология: практическое руководство / под ред. Э. Лойманна, А.Н.Цыгина, А.А.Саркисяна. М.: Литтерра, 2010.
2. Детские болезни: учебник / под ред. проф. Н.А. Геппе. ГЭОТАР — Медиа, 2018



3. Дисметаболические нефропатии у детей: диагностика и лечение (руководство для врачей). - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007, 80 с.
4. Длин В.В., Османов И.М., Юрьева Э.А., Новиков П.В. Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей. — М.: Оверлей, 2005. — 232 с.
5. Игнатова М.С., Коровина Н.А. Диагностика и лечение нефропатий у детей. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2007. — 336 с.
6. Иванов Д.Д., Вакуленко Л.И. Применение фитотерапевтических препаратов в детской нефрологии // Medical nature. — 2010. — № 2. — С. 36-37.
7. Малкоч А.В., Гаврилова В.А. Дисметаболические нефропатии у детей // Лечащий врач. — 2006. — № 1. — С. 32-36.
8. Мирошников В.М. Лекарственные растения и препараты растительного происхождения в урологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 40 с.
9. Нефрология. Клинические рекомендации / под ред. Е.М. Шилова, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
10. Педиатрия: учебник / под ред. Н.П. Шабалова. СПб.: СпецЛит, 2015.
11. А.В. Сукало, Т.А. Пискун/ Дисметаболические нефропатии у детей/ Белорусский государственный медицинский университет. Здоровоохранение (Минск), 2012.
12. О'Каллагхан К.А. Наглядная нефрология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13. Эрман М.В. Нефрология детского возраста : руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2010.
14. Щевелев Т.С. Лечение мочекаменной болезни и дисметаболических нефропатий у детей и у взрослых с применением нутрицевтиков // Международная научно-практическая конференция. — М. — К., 2003. — С. 269-288.
15. Bernd Hoppe Markus J. Kemper. Diagnostic examination of the child with urolithiasis or nephrocalcinosis // *Pediatr. Nephrol.* — 2010. — Vol. 25 (3). — P. 403-413.
16. Johri N., Cooper B., Robertson W. et al. An Update and Practical Guide to Renal Stone Management // *Nephron Clin. Pract.* — 2010. — Vol. 116, № 3. — P. 159-171.
17. Mohsen Akhavan Sepahi, Akram Heidari, Ahmad Shajari. Clinical Manifestations and Etiology of Renal Stones in Children Less than 14 years age // *Saudi J. Kidney Dis. Transpl.* — 2010. — Vol. 21 (1). — P. 181-184.

### **ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

*Шайхова М.И.*

**Резюме.** Дисметаболическая нефропатия или синдром метаболической нефропатии считается одной из актуальных проблем современной педиатрии. Дисметаболические нефропатии связаны с нарушением обмена веществ, и эта группа заболеваний наиболее часто встречается у детей. Оксалатно-фосфатно-кальциевая кристаллурия наблюдается у 31,4% детей дошкольного возраста. Уратная нефропатия является причиной формирования нефролитиаза у 1,3-7,6% детей с мочекаменной болезнью. Клинически проявление дисметаболических нефропатий у детей является сложным. У детей в возрасте до 5 лет никаких специфических признаков не наблюдаются. Цель этой статьи - рассмотреть диагностику, лечение и профилактику дисметаболических нефропатий у детей. Ранняя диагностика с использованием соответствующих анализов мочи и методов лечения важна для предотвращения повреждения почек и рецидива заболевания.

**Ключевые слова:** дисметаболическая нефропатия, дети, диагностика, лечение.