

## ЛЕКАРСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МИГРАЦИИ МЕЛКИХ КАМНЕЙ

**Абдувохидова Азиза Акмаловна**

*Самаркандский государственный медицинский университет*

**Аннотация:** Мочекаменная болезнь - это хроническое заболевание, при котором камни образуются в почечно-сосудистой системе, вследствие нарушения выделительной (концентрационной) деятельности мочи и изменения количества и качества мочи. Эти изменения также связаны с нарушением общего обмена веществ в организме. При наличии мелких камней (микролиттиоз), даже нескольких (2-3 мм), рекомендуется тщательное наблюдение, назначение медикаментозной терапии с добавлением цитрата калия и обильное увлажнение. В случаях, когда требуется более интенсивное лечение, выбор подходящей методики лечения камней, зависит от состава и размера камней, их расположения и анатомии мочевыводящих путей.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, нефролитиаз, пиелонефрит, цистит, оксалатные камни, генерализованная аминоацидурия, фосфатурия, приступообразные боли.

**Ведение:** Мочекаменная болезнь - хроническое, склонное к рецидивам нарушение обмена веществ, характеризующееся наличием конкрементов в выделительной системе мочевыводящих путей, то есть в почках, мочевом пузыре и мочевыводящих путях (камни) [15-20]. Камни также накапливаются в почках из-за отсутствия питья большего количества жидкости, инфекционных воспалений мочевыводящих путей, уменьшения объема выделений мочи, увеличения содержания камнеобразующих веществ [1-3]. Отдельно стоит отметить, что мочекаменная болезнь также увеличилась среди детей. Особенно среди детей грудного возраста, болеющие с тимомегалией, также встречается мочекаменная болезнь. Чрезмерное количество витаминотерапии, особенно прием витаминов D, Ca в больших дозах, приводит к образованию камней в почках в результате длительного приема большего количества микроэлементов, кальция и, опять же, более длительного приема сульфаниламидов. Камни сначала имеют небольшие размеры (от 1 мм до 3 см) в виде скоплений солей и выходят через выделения из мочи у людей, ведущих здоровый образ жизни. Появление оксалатных камней обусловлено изменением pH мочи в пределах 5,1–5,9. Было зарегистрировано более высокое образование оксалатных камней среди жителей, в питьевой воде которых содержится низкое содержание магния, а также в пище. Чем сильнее воспалительный процесс почек, тем выше уровень оксалурии.

**Методы исследования:** Уратурия иногда встречается у 1/4 пациентов с камнями в почках, особенно у мужчин. Заболевание вызывается нарушением синтеза пуриновых нуклеотидов. Конечным продуктом пуринового обмена является мочевая кислота. Он выделяется в процессе секреции канальцев и шариковой фильтрации, а также реабсорбируется в канальцах. Возникновение уратурии происходит из-за нарушения синтеза пуринов, которые двумя путями усиливают образование мочевой кислоты (в таких случаях наряду с уратурией увеличивается и объем мочевой кислоты в крови), а также при снижении реабсорбции мочевой кислоты в почечных канальцах. Генерализованная аминоацидурия встречается у большинства пациентов с камнями в почках и примерно у более чем половины их родственников. Его главный признак характеризуется выделением аминокислот с мочой в избытке до 2,5-5,5 граммов (в норме 1-2 гр) в сутки. Цистинурия – это генетически обусловленное нарушение реабсорбции четырех аминокислот-цистина, органического вещества, лизина орнитина. Все пациенты с цистинурией также страдают пиелонефритом. Все пациенты с сахарной цистинурией также страдают пиелонефритом. Галактоземия и фруктоземия - врожденные нарушения обмена веществ, связанные с нарушением сахарного обмена. В зависимости от расположения камня у пациента могут наблюдаться различные симптомы, основными симптомами этого заболевания являются: приступообразная боль, камень в почках и камень в верхней части мочевого пузыря обычно характеризуется болью в спине или боку под ребрами. Боль может быть сильной и непроходимой, интенсивность может меняться с периодичностью до 20-60 минут. Часто начало боли вызвано физическим стрессом, употреблением большого количества жидкости или приемом мочегонных препаратов. По мере продвижения камня по мочевыводящим путям место боли меняется, боль распространяется от поясницы к животу, промежности, внутренней поверхности бедер, в область ягодиц. Эти симптомы дополняются частыми позывами к мочеиспусканию. Наличие примеси крови в моче. При мочекаменной болезни почечная колика предшествует поступлению крови с мочой. Мутная моча с осадком также может указывать на смещение камня. Ухудшается общее состояние больного, сопровождающаяся тошнотой и рвотой.

**Результаты исследования:** Уролизан, Урсосан, Реналкист, Цистон, нефромакс, Динетро, тутокон, Канефрон, нефраксон и урокит К - препараты из лекарственных растений, консерванты стерата калия. В качестве одного из лекарственных средств для литолиза зарекомендовал себя также препарат Уралит-У (Мадаус). Уралит-У является смесью щелочных солей, которые сочетаются со слабыми кислотами. Фармакологический эффект препарата основан на регулировании pH мочи и длительном поддержании реакции мочи в пределах значений щелочной среды (pH 6,2–7,5), при которых соли мочевой

кислоты находятся в растворе и не образуют конкрементов. Соль щелочных металлов и слабой кислоты, выделяясь с мочой, сдвигает рН мочи в щелочную сторону (до 6,2–7,5), что определяет повышение степени диссоциации и растворимости мочевого кислоты. Биодоступность Уралита-У составляет около 100%. Препарат быстро и практически в полном объеме всасывается из пищеварительного тракта. Выводится из организма вместе с мочой, во время лечения электролитный баланс крови не изменяется.

Таким образом, несмотря на развитие современных методов лечения (дистанционная литотрипсия, чрескожная нефролитотрипсия, уретероскопия), необходимость в использовании фармакологических препаратов сохраняется, поскольку комплексная медикаментозная терапия позволяет снизить риск рецидивного камнеобразования за счет коррекции биохимических изменений в крови и моче, а также способствует отхождению конкрементов. Болеутоляющее, противовоспалительное, мочегонное действие этого препарата востребовано и в острый период, в том числе при мочекаменной болезни. При гиперкальциемии назначают тиазиды (гидрохлортиазид) – курс лечения 1 месяц, дифосфонаты (этидроновая кислота) – курс лечения 1 месяц. При фосфатурии и фосфатных камнях моча имеет щелочную реакцию. Этим пациентам назначают низко кальцийсберегающую диету для изменения мочи на кислую среду, ограничивают молоко, сыр, дыни, фрукты. Прописываются мясные продукты, рыба, растительные жиры. При кристаллурии фосфатов применяют мочегонные и противовоспалительные препараты растительного происхождения, курс лечения – 1-3 месяца. Суточный объем мочи при цистиновых камнях не должен быть меньше 3 л. Принимаются цитратные смеси, курс лечения 1-6 месяцев. Курсы лечения спазмолитиками и анальгетиками назначаются индивидуально по инструкции. Растительные мочегонные средства и мочегонные травы (Фитолизин, Уролесан, Цистон, леспенефрил, цистенал, ометин, ависан и др.) широко применяется, курсом лечения 2-3 недели, назначаются противовоспалительные и антибактериальные препараты, курс лечения – 7-10 дней. Консерванты соли цитрата калия также обладают высокой эффективностью. Например, Уроцит К назначают для лечения почечного канальцевого ацидоза, сопровождающегося образованием кальциево-уратных камней. При применении калийсберегающих мочегонных препаратов (спиринолактон, тиамтерен) не используются в комбинации. Взрослым нужно будет принимать по 1 таблетке 3 раза в день и сдавать анализ крови на гемотакрит в течение 1 месяца. У детей будет более целесообразно использовать препараты из лекарственных растений, хотя это лечение длится месяцами, побочные эффекты наблюдаются реже.

**Заключение:** Мочекаменная болезнь встречается у детей в возрасте от 3 до 10 лет, иногда может встречаться у младенцев. Чаще встречается у взрослых, чем у детей. Это состояние может быть связано с различными

случаями отравления младенцев из-за их питания, запоров, а также с повышением температуры.

Таким образом, многообразие и сложность патогенетических факторов формирования мочекаменной болезни, затрагивающих как метаболические аспекты мочеобразования, воспалительные реакции, так и вопросы нарушения уродинамики на фоне аномалий развития мочевыделительной системы требуют проведения активных диагностических и лечебных действий у пациентов детского возраста, позволяющих минимизировать вероятность рецидивов образования камней, риска развития осложнений, декомпенсации почечных функций.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Урология учебник Аляева Ю.Г. 2013-г. 4. Урология учебник А.В.Строцкого 2012-г.
2. Юлдашев, С. Ж., Ахмедова, Г. А., Ибрагимова, Э. Ф., Шукурова, Д. Б., & Арслонова, Р. Р. (2019). Взаимосвязь между показателями системы ММП/ТИМП и функциональными параметрами сердечно-сосудистой системы при хронической сердечной недостаточности. Вопросы науки и образования, (27 (76)), 66-75.
3. Юлдашев, С. Ж., Ахмедова, Г. А., Ибрагимова, Э. Ф., Шукурова, Д. Б., & Арслонова, Р. Р. (2019). Роль матриксных металлопротеиназ
4. Urologiya darslik C.X.Al-Shukri 2012-yil 2. Urologiya o`quv qo`llanma Akilov F.A. Andijon 2008-yil.
5. Jiyanboyevich, Y. S., Aslam, I., Ravshanovna, M. U., Azamatovna, F. G., & Murodovna, J. D. (2021). Ventricular Arrhythmias With Congenital Heart Disease Causing Sudden Death. NVEO-NATURAL VOLATILES & ESSENTIAL OILS Journal| NVEO, 2055-2063.
6. Murodovna, J. D., Bakhodirovna, S. D., & Yangiboyevna, N. S. (2022). Learning Liquid Medicine Forms and Writing Prescriptions for Medical School Students. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(5), 72-76.
7. . Jalilova, D. M., & Burkhanova, D. S. (2022). Learning to Write Prescriptions for Soft Drug Forms. Eurasian Medical Research Periodical, 13, 34-37.
8. Ibatova, S. H. M., Mamatkulova, F. K. H., Rakhmonov, Y. A., Shukurova, D. B., & Kodirova, M. M. (2021). Assessment of the effectiveness of treatment of rachit in children by gas-liquid chromatography. International Journal of Current Research and Review, 13(6), 64-66.