

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛЬТЕТИ

Кафедра. *1-сон Гоститал педиатрия.*

Кафедра мудир: *проф. Рустамов .М.Р.*



# КУРС ИШИ

**Мавзу:** . *Сурункали гломерулонефрит.*

**Бажарди:**709-гр *Хамраев С.*

**Текширди:** *Асс.Азимова.К.Т.*

Самарқанд 2013 йил

## **Режа:**

### **I- Назарий қисм:**

- 1.Долзарб муаммолар.
2. Сурункали гломерулонефритнинг этиологияси.
- 3.Сурункали гломерулонефритнинг патогенези.
- 4.Сурункали гломерулонефритнинг таъснифи.
- 5.Сурункали гломерулонефритнинг клиникаси.
- 6.Сурункали гломерулонефритнинг ташхиси.
- 7.Сурункали гломерулонефритнинг қиёсий ташхиси.
- 8.Сурункали гломерулонефритнинг давоси.
- 9.Сурункали гломерулонефритнинг профилактикаси.

### **II-Амалий қисми:**

- 1.Паспорт қисми.
- 2.Касаллик тарихи.
- 3.Беморнинг хаёт тарихи.
- 4.Касаллик статуси.
- 5.Лаборотор ва қўшимча текшириш натижалари.
- 6.Даволаш режаси.
- 7.Соғломлаштириш режаси ва диспансеризация.

### **III. Мавзуга оид тест саволлари.**

### **IV. Масалар.**

### **V. Тест ва масалалар жавоблари.**

### **VI. Хулоса.**

### **VII. Фойдаланилган адабиётлар.**

## **Мавзуни долзарблиги :**

Буйрак ва сийдик хайдаш йўллари касалликлари болалар касалланиши структурасида УРВИ касаллигидан кейин 2- ўринда туради. Хозирги вақда антибиотикларни кенг қўлланилиши, беморларни ўзича дориларни қабул қилиши, касаллик фаол даврини сусайтириб, кейинчалик эса касалликларнинг сурункали шаклига ўтишига олиб келади. Бу эса буйракда қайтмас ўзгаришларни чақиради. Шундан келиб чиққан холларда сурункали гломерулонефритга олиб келган барча касалликларни эрта ташхислаш рационал даволаш зарурияти туғилади. Эрта ёшдаги болаларда сурункали гломерулонефрит кийинлиги махсус текширувларни тўлиқ ўтказилмаслиги диспансеризация ишларини яхши йўлга қуйилмаганлиги болаларда сурункали гломерулонефритнинг кўпайишига олиб келмокда. Сурункали гломерулонефритни эрта аниқлаш тўлиқ даволаш ва ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишни талаб қилади. 3 –сонли поликлиникада 16624 боладан 1 та учрайди яни бу 0,006% ни ташкил килади

### **Болаларда сурункали гломерулонефрит касаллиги.**

Гломерулонефрит- (glomerulo-коптокча) нефрит сўзи нефрон деган сўздан олинган бўлиб «it (лот)» нефронни яллиғланиши деган маънони билдиради. Бу оғир касаллик ҳисобланиб, ҳамма ёшдаги болаларда учрайди, айниқса 5 ёшдан 20 ёшгача, ўртача 7 ёшдан 12 ёшгача кўпроқ учраб туради. Сурункали гломерулонефритда нафакат буйрак балки буйракдан ташқари бошқа аъзолар ҳам зарарланади. Сурункали гломерулонефрит инфекцион-аллергик касаллик ҳисобланиб буйрак коптокчаларини зарарланиши билан характерланади. Игнатов.А.И таъбирича гломерулонефрит инфекцион-аллергик касаллик бўлиб, асосида аутоиммун жараён ётади.

## Этиологияси:

Чакирувчиси стафилококк, стрептококк, 80% холларда гемолитик стрептококк «А». Стрептококкни 40 та типи бўлиб, нефротик типи 12,4,18,25 хисобланиб, кўпинча 12 типи болаларда нефротоген хусусиятга эга. Игнатов А.И. кўрсатмаси бўйича инфекцион касалликлар: УРВИ, грипп, скарлатина, қизамик, паратиф, кўкйуталдан кейин ҳам касаллик ривожланиши мумкин. Вируслар стрептококкни активлаштириб, касаллик ривожланишига сабабчи бўлади.

Касалликни келтириб чиқарувчи омиллар бўлиб хисобланади:

1. Совуқда қолиш- бола узок вақт совуқда қолганда буйрак томирлари қисқариб, коптокчаларда қон айланиш жараёни бўзилади. Қон айланиши секинлашиши эса стазга олиб келади. Шунинг учун касаллик қиш ва баҳор ойларида кўзатилиб, ёзда ва кўз ойларида камаяди.

## Буйрак морфологияси .

Буйрак бу мураккаб найсимон без хисобланиб, унда икки млн нефрон бўлиб, нефронни тўзилиши-нефрон қон томирлардан тўзилган коптокчадан иборат. У олиб келувчи ваза афференс ва олиб кетувчи ваза эфференсдан иборат. Келтирувчи томирни деворида мускул толаси бўлиб, буйрак каналчаларини бошқариб туради, юкста гломеруляр хужайралар ренин ишлаб чиқаради у эса А/Б ни бошқаради. Олиб кетувчи томирлар эгри бугри каналчаларни ҳосил қилади бу ерда органик моддалар – азот қолдиги, мочевина креатинин, бирламчи сийдик/180-200л/, натрий хлор, оксил-альдостерон таъсири остида ва охириги сийдик ҳосил бўлади (1500-



2000мл).



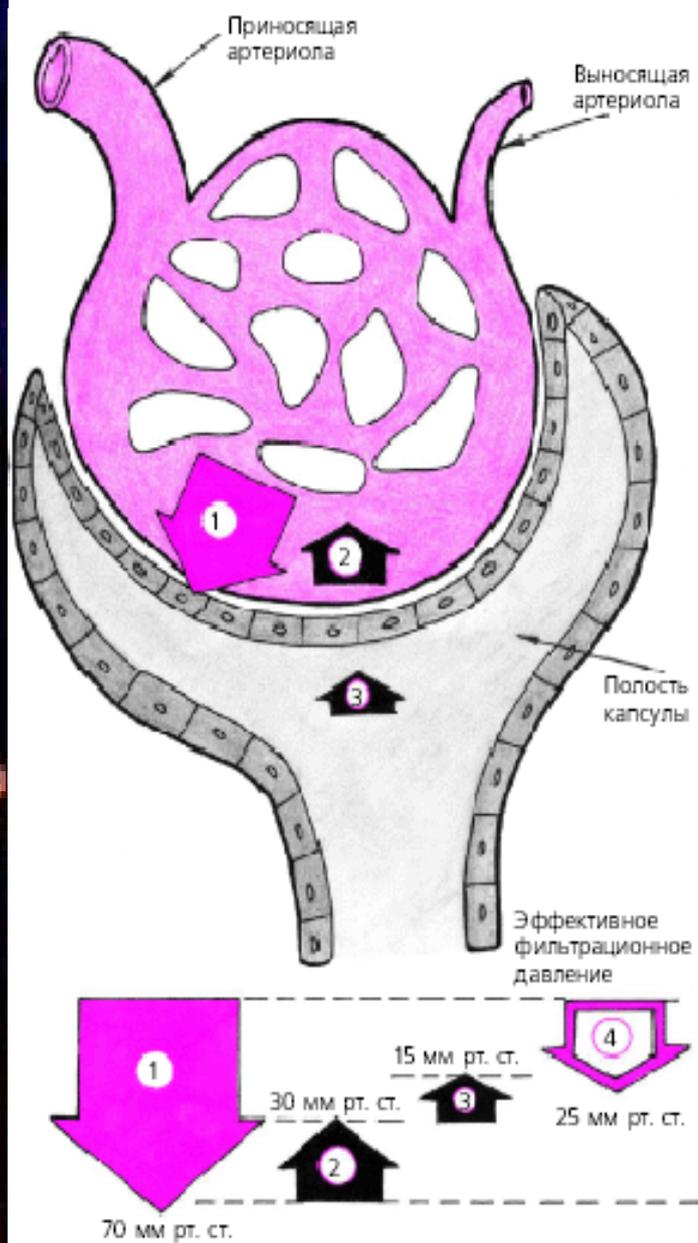
## **Ўткир гломерулонефритни сурункали шаклига ўтишига олиб келишини кўрсатувчи меъзонлар.**

1. Касаллик бошланишидан бошлаб 6 ой давомида клинико-лаборатор ремиссия бўлмаслиги.
2. Ўткир гломерулонефрит манифестация ҳолатида 2 ва ўндан ортиқ жараёнлар хуружи бўлиши.

### **Патогенези.**

Стрептококк ва уни токсинлари қонга ўтиб, буйракга бориб буйрак хужайраларидаги оқсилларни сифатини ўзгартиради, натижада бу оқсиллар денатурацияга учраб аутоантигенга айланади. Буйрак аутоантигени қонга ўтиб РЭС да унга қарши антитела ишлаб чиқарилади-нефротоксинлар, аутоантителалар. Реакция антиген-антитела комплекси таъсири остида буйрак коптокчаларида бўлади ва диффузли гломерулонефрит ривожланишига олиб келади. Оксидланиш-қайтарилиш реакцияси бўзилиб, организмда гистаминга ўхшаш моддалар ҳосил бўлади ва қайтадан

буйракни зарарлайди бу эса жараённи сурункали кечишига олиб келади.



**1. Экскреция**

вода,  
соли,  
конечные  
продукты  
обмена  
эндогенных  
веществ

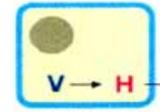


**2. Гомеостаз**

кисотно-основное равновесие  
водно-солевое равновесие

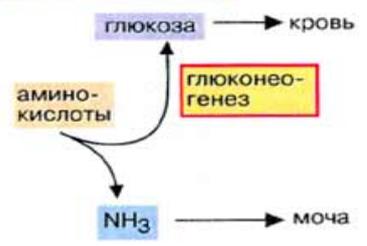


**3. Синтез гормонов**

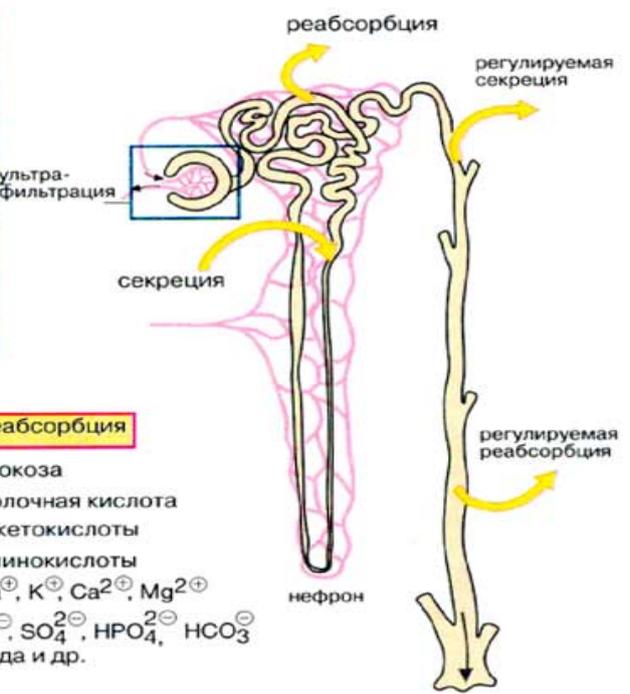
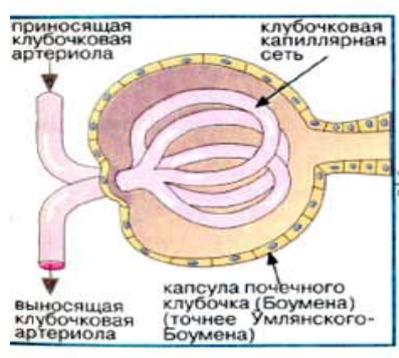


эритропоэтин,  
кальцитриол

**4. Обмен веществ**



**А. Основное назначение почек**



**ультра-фильтрация**

все раство-  
римые  
компоненты  
плазмы крови  
с M < 65 кДа  
(размером  
до 3 нм)

**секреция**

H<sup>+</sup>  
K<sup>+</sup>  
лекарст-  
венные  
вещества  
мочевая  
кислота  
креатинин

**реабсорбция**

глюкоза  
молочная кислота  
2-кетокислоты  
аминокислоты  
Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>  
Cl<sup>-</sup>, SO<sub>4</sub><sup>2-</sup>, HPO<sub>4</sub><sup>2-</sup>, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>  
вода и др.

**Б. Процесс мочеобразования**

**Қон босимини ошиш механизми.**

Инфекция ва унинг токсини организмда гистаминга ўхшаш моддалар серотогистамин ва бошқалар хосил бўлиб буйрак томирларини қисқартиради буйракни ишемияга олиб келади. Натижада кўп микдорда ренин ишлаб чиқарилади ва у қонга ўтади. Ренинни ўзи ноактив ҳолатда бўлиб, лекин қонда альфа –глобулин билан қилиб янги модда хосил бўлади, у ангиотензин ёки гипертензин II дейилади. У аминокислоталардан иборат.

Гипертензин I плазмадаги энзим таъсирида гипертензин II га айланади. Гипертензин II томир деворидаги силлиқ мускулларни қисқартириб, альдостерон чиқишини кўпайтиради ва босимни ошишига олиб келади. Буйракда, эритроцитда ва бошқа тўқималарда гипертензиназа ферменти бўлиб гипертензин II ни парчалайди, шунинг учун босимни нормаллаштириб туради. Бўлмаса босим хамма вақт баланд бўлади.

### **Шишни хосил бўлиш механизми:**

1. Капиллярларни ўтказувчанлигини ошиши натижасида оксиллар чиқиши кўпаяди. Альбуминлар ҳисобига қонда оксил миқдори тўқимага нисбатан камаяди, натижада онкотик босим камаяди, суюқлик томирлардан тўқимага ўта бошлайди.

2. Плазма ҳажмини камайиши альдостерон ишлаб чиқаришни ва гипофизни антидиуретик гормонни кўпайишига олиб келади. Альдостерон буйрак каналчаларида натрий тўзини сурилишини реабсорбция бўлишини кучайтиради. Қонда натрий кўпаяди. Бу эса ўз навбатида антидиуретик гормонларни чиқишини кучайтиради, натижада сувни сурилиши ва организмда йиғилишига олиб келади.

### **Сийдикда пайдо бўлган патологик элементларни**

#### **механизми:**

Босимнинг ошиши натижасида ва биологик актив моддаларни гистамин, глюкозон кислота ва бошқаларни буйрак томирларига таъсири натижасида коптокчалар каплярларини базал мембрианасини бутунлиги бўзилиб, ундан қон элементлари сийдик билан чиқа бошлайди.

### **Болаларда бирламчи гломерулонефритнинг таснифи**

**(Винница 1976 й.)**

#### **Шакли: Ўткир гломерулонефрит**

1. Нефритик синдром
2. Нефротик синдром
3. Алохида сийдик синдроми
4. Нефротик синдром гематурия ва гипертензия билан.

### **Яллиғланиш жараёнига қараб:**

1. Бошланғич даври
2. Қайтиш даври
3. Сурункали гломерулонефритга ўтиш даври.

### **Буйрак фаолиятига қараб:**

1. Бўзилмаган
2. Бўзилган
3. 3. ЎБЕ

### **Сурункали гломерулонефрит:**

1. Нефротик шакли
2. Гематурик шакли
3. Аралаш шакли.

### **Кечишига қараб:**

1. Қўзғалиш
2. Нотўлиқ ремиссия
3. Тўлиқ клинико - лаборатор ремиссия.

### **Буйрак фаолиятига қараб:**

1. Бўзилмаган
2. Бўзилган
3. СБЕ

### **Ўткир ости ёмон сифатли гломерулонефрит:**

1. Бузулмаган
3. СБЕ

Нефритик вариантга хос ўзгаришлар: кучли ривожланмаган шиш, артериал гипертензия, қонда азот шлақларини ошиши.

Нефротик вариантга – кучли ривожланувчи шиш, анасарка, олигурия, протенурия, гипопротенемия, гиперхолестеринемия, қон босими нормада, азот шлақлари нормада.

Алохида сийдик синдромида-ўзгариш фақат сийдик чўкмасида бўлади.

## Нефротик синдромда шиш хосил бўлишининг патофизиологик механизми

(М.С.Игнатъев, Ю.Е.Вельтищев, 1989 й.)



### Клиник манзараси:

Ўғил болаларда 1,5-2 марта кўпроқ қизларга нисбатан учрайди. Шикояти бош оғриғи, кўнгил айнаш, қусиш, тана харорат кўтарилиши, холсизлик. Болаларда хар хил ўтиши мумкин, протеинуриядан уремиягача бўлиши мумкин.

Болаларга хос томони: 1. Кўпинча абдоминал синдром кўзатилади. Кўнгил айнаш, қусиш, қорин оғриғи, жаррохлар қулига ўтиши мумкин.

2. Баъзи вақтларда нефритни бошланишида эклампсия бўлиши мумкин: неврологик касаллик деб ўйлаш мумкин.

3. Клиникаси кам намоён бўлганда – пиелит, пиелонефрит деб нотўғри  
куйиш



мумкин.



Отек лица



Отек лица



Отек ладоней конечностей

### Бошлангич белгилари.

1. Интоксикация-захарланиш белгилари: бош оғриши, холсизлик, иситма, иштахани пасайиши, рангини оқариши.
2. Кейин шишлар пайдо бўлади. Олдин қовоғи шишади, юзи шишинкираган, кейин оёқларида, белида шиш бўлади.
3. Баъзи болаларда касалликни 1-чи кундан бошлаб бош оғриғи, кўзини хиралашиши, бурун қонаши кўзатилади. Буларни хаммаси қбосимини ошиши билан боғлиқ . Қон босимини ошиши утувчи, яъни транзитор хусусиятга эга.
4. Юрак уришини суслашиши, оғриқ пайдо бўлиши, хансираш, биринчи тон бугиклашиши, систолик шовкин эшитилади. Эггда р-тишчаси пасайган икки фазали.

5. Доимий белгилардан бири-сийдик томонидан бўладиган ўзгаришлар олигурия, анурия, коптокчаларда фильтрацияни камайиши натижасида бўлади, солиштирма оғирлиги 1018-1030. Пастернацкий симптоми аникланади. Сийдик ранги гўшт ювиндисига ўхшайди, лейкоцитлар, 3-9%. Сийдик колдигида гиалинли, доначалар, эпителиал цилиндрлар аникланади. Цилиндрлар оксилани ивиб колган моддадан хосил бўлади.

Сурункали гломерулонефритнинг асосий асоратлари:

### **Сурункали гломерулонефрит ташхиси.**

Сурункали гломерулонефритни аниқлаш учун ташхисий меъзонлар.

#### **Минимал:**

1. Генетик анамнез йиғиш.
2. Сийдик қон клиник тахлили.
3. Лейкоцитурия типини мақсадида сийдик чуқиндисини морфологик ўзгаришлари.
4. Нечипоренко буйича миқдорий тести.
5. Зимницкий синамаси.

#### **Максимал:**

1. Қон биокимевий тахлили (оқсил ва унинг фракциялари, мочевина, креатинин, холестерин,  $\beta$ -липопротеидлар, трансаминаза, электролитлар)
2. Коагулограмма
3. Реберг – Тареев синамаси (фильтрация ва реабсорбция даражасини аниқлаш).
4. Қондаги ферментлар спектри ( гаптоглобулин, церулоплазмин, трансферин, малатдегидрогеназа, антистрептолизин-О, комплемент фракциялари).
5. Қонни буйракка қарши антителалар, рематоид факторга, LE хужайраларига текшириш.
6. Радиоизотоп текшириш (ренограмма, сканирлаш).
7. Буйрак ангиографияси.

8. Кўз тубини аниқлаш

9. сийдикнинг оқсил спектри

10. рентгенологик текшириш (жараён орқада қайтиш даврида)

11. Буйрак



биопсияси.



### Лаборотор текширувлари.

1. Қоннинг умумий анализида-ЭЧТни тезлашуви, лейкоцитоз, лейко формулани чапга силжиши, қон таначаларини камайиши, эозинофилия кўзатилади.
2. Биохимик тахлилларда: а) гипопртеинемия 35-40г/л, сийдик билан кунда 20-30мг ча ажралади.  
б) диспротеинемия-альфа ва бета глобулинлар микдори ошади, альбумин эса камаяди.

3. Азот чиқариш функциясини аниқлаш: мочевино 2,5-8,3 ммоль/л, креатинин 90-110 мкмоль/л, сийдик кислота 149 мкмоль/л, қолдик азот 14-28 ммоль/л.

Айниқса креатинин миқдорини аниқлаш қонда ва сийдикда ахамиятлидир, чунки креатинин экстраренал факторларга боғлиқ эмас. Қонда миқдори ошади, сийдикда камаяди. Қонда липидлар миқдорини аниқлаш. Уткир гломерулонефрита нефротик синдромда липидларнинг умумий миқдори ошади. Холестиринни ошиши нефротик синдромни асосий белгиларидан бири нормада 3,64-6,7 ммоль/л.

4. рН-ни аниқлаш ацидозни уч даражаси бўлади. а) енгил рН-7,33-7,31 б) урта огир рН-7,30-7,21 в) огир рН-7,2 ва ундан паст.

5. Сийдикни умумий тахлили: протеинурия 0,3%-16-18% бир кунда, 3,0-14,0 ва унданоқсил чиқади.

Протеинурия бўлади қачонки коптокча мембранаси утказувчанлиги ошиб, молекуляр огирлиги паст оқсил альбумин сийдик билан чиқса. Бу гломерулонефритнинг нефротик ва нефритик шаклига хос. Молекуляр огирлиги юкори ва паст булган оқсил сийдик билан чиқса носелектив протеинурия - дейилади. Бу уткир буйрак етишмовчилигининг аралаш формасига кўзатилади. Гематурия: макро ва микрогематурия бўлиши мумкин. Нейтрофилли гранулоцит-пиелонефритга хос. Мононуклеар лейкоцитурия, цилиндрурия - гиалинли, доначали, мумсимон, эпителиал-гломерулонефритга характерли. Эритроцитар цилиндрларни учраши буйрак коптокчаларини зарарланганидан далолат беради.

#### **Сийдикда шаклли элементларни сонини аниқлаш.**

Аддиссо-Каковский методи буйича эрит 1млн, лейкоцитлар 2млн, цилиндр 20 минг.

Амбурже ва Нечипоренко методи кичик болаларга кулланилади.

Клиренс методи эндоген креатинин буйича нормада 80-150мл/мин.

Узок вақт давомида клиренсни пасайиши 60мл/мин сурункали буйрак етишмовчилигидан далолат беради.

6. УТТ, Экскретор урография

## Сурункали гломерулонефритнинг турли хил шакллари ниёсий ташхиси

Клиник, лаборатор, анамнестик белгилар	Гематурик шакли	Нефротик шакли	Аралаш шакли
Анамнездан инфекцион касаллик билан оғриган, зардоп профилактик эмлаш олган, сарамас яллиғланиши, стрептодермия, отит, токсик воситалар билан кантактда бўлган	Характерли (кўпинча стрептодермия, сарамасдан кейин)	Барча нокулай омиллар х арактерли.	Нефротик шаклдаги хавф омиллари мос келади.
Оилавий аллергияга мойиллик	қатнашади	қатнашади	Доимо қатнашади
Астено- вегитатив симтомлар (бош оғриши, тез чарчаш, иштахасизлик, хаво етишмаслиги.	Яққол	Яққол	Яққол
Тана темпратурасининг кўтарилиши.	Йўқ ёки субфебрил	Мумкин	Мумкин
Сийдик рангининг ўзгариши (гўшт	Хос	Доимо турғун	Баъзан бўлиши мумкин. Касаллик

ювиндиси)  Дизурик белгилар  Шиш синдроми	Йўқ ёки юзида	Массив шиш	стадиясига боғлиқ Турли хил даражадаги
---	---------------	------------	---

### Сурункали гломерулонефритни сурункали пиелонефритдан фарқ қилувчи белгилари

Симптомлар	Сурункали пиелонефрит	Сурункали гломерулонефрит
Иситма	Кўпинча фибрилл	Кам холларда субфебрил
Лейкоцитоз СОЭ	Юкори лейкоцитоз	Кам холларда лейкоцитоз
Белда оғриқ	Кўпинча	Кам холатда
Шиш	Йўқ ёки кам	Кўпинча
Дизурик белгилар	1/3 - 1/4 холатда	Йўқ

#### Сурункали гломерулонефритнинг асосий асоратлари:

1. Нефротик синдром ўзига хос бузилишлари билан «нефротик криз» асоратини келтириб чиқаради (перитонитга хос симптомлар – тана хароратини кўтарилиши, ( рожистое воспаление,) флегмоноз целюлит, буйрак веналарининг тромбози).

2.Мия апоплексияси, кўз турпардасининг (отслойкаси) Билан тез ривожланиши билан кечиши.

3.Миокардодистрофия, юрак ишемик касаллиги ва қон айланишининг бузилиши

4. Буйрак етишмовчилиги

**Касаллик оқибати:** касалликнинг клиник шаклига бўлиб, кўп ҳолатда сурункали гломерулонефритнинг тўхтовсиз аста секинлик билан кучайиб бориши, буйрак тўкимасининг чандикланишига олиб келади.

### **Гломерулонефритнинг даволаш режаси:**

1. Буйраклар структурасида микробли-яллиғланиш жараённинг бартараф этиш.
2. Иммунопатологик жараённинг пасайтириш ёки босиш.
3. Микроциркуляция ва коагуляция системасидаги бузилиш ларнинг коррекцияси.
4. Буйракнинг функционал ҳолатини ва диурезни тиклаш.
5. Гипотензив воситалар ( артериал гипертензияни бартараф этиш).
6. Мембранно протекция ёки антиоксидант химоя.
7. Коптокчалар базал мембранасида склеротик жараённи тўхтатиш.
8. Организмнинг умумий резистентлигини ошириш.
9. Бошқа орган ва аъзолардаги бузилиш ларни коррекциялаш.

### **Медикаментоз даволаш.**

1.Пархез № 7.Диетотерапия-туз ва сувни камайтириш, олигурия пайтида гипертонияда 4-5 ҳафта, кейин суткада 0,5 г туз берилади. 8-чи ҳафтадан 1,5 г туз берилади. Оқсил 1-1,5г/кг овқат углевод ва витаминларга бой бўлиши керак. Шакар 12-15г/кг. 2-чи ҳафтадан бошлаб, оқсилга бой овқатлар берилади.

2.Тушак режими 3-4 ҳафта касал ётганда тери томирлари ва реффлектор буйрак томирлари кенгайди, қон айланиши яхшиланади. Буйракдаги томирлар спазми йўқолади. Бу эса босимни пасайтиради, модда алмашинуви яхшиланиб азот қолдиғи ҳосил бўлиши камаяди.

3. Антибиотиклардан-пеницилин, ампиокс, ампицилин, эритромицин ва бошқалар.

4. Десенсибилизацияловчи дорилар: супрастин, диазолин, димедрол, тавегил 1-1,5 ой давомида.

5. Антикоагулянтлар-Гепарин 200-300ед/кг/сут 2 марта тери остига даволаш муддати 3-4 хафта аста секин дозасини камайтирамыз, кон ивиш муддатини назорат килган холда.

6. Курантил-2-5мг/кг уч марта.

7. Глюкокортикоидлардан. Преднизолон 1- 2-2,5мг/кг 2-4 хафта.

8. Диуретик препаратлар бериледи шиш ва гипертония бўлса: фуросемид, лазикс 2мг/кг, гипотиазид 5-10мг/кг, эуфиллин 2-4мг/кг, урегит 1,5-2,5мг/кг, верошпирон 5-10мг/кг.

9. Гипотензив препаратлардан: резерпин 0,07мг/кг, допегит 5-15мг/кг, апрессин 0,2-0,6мг/кг, дибазол 2%-2мл, магнезия сульфат 25%-0,2мл/кг.

10. Калий препаратлари-аспаркам, панангин, калий ацетат гипокалиемияда бериледи, бемор гормон олганда.

11. Цитостатик препаратлардан 6-меркаптопурин 2-2,5мг/кг, азотиопурин 2-3мг/кг, лейкеран-хлорбутан 0,15-0,25мг/сут, циклофосфамед 2-3мг/кг.

12. Индол бирикмалари метиндол, индометацин. Метиндол 2-3мг/кг.

13. Аминохиолин каторидаги препаратлар (делагил, плаквенил, резорхин, хлорохин) делагил 5мг/кг, плаквенил 8мг/кг.

Стационардан кейин бемор санаторияга ёки поликлиникага диспансер назоратига ўтади.

14. Иммуניתетни коррекция қилувчи терапия: - лейкоцитар интерферон ( амп. 2 мл.)

- лизоцим (фл. 50, 100, 150 мг- 2 мг/кг/сут).

- глицерам 1 табл. 2 махал;- элеутерококк, пантокрин 1 томчи



ёшига.



**Гломерулонефрит билан касал бўлган болаларнинг поликлиникада диспансер кўзатиш схемаси.**

<p><b>Мутахасислар кўриги</b></p>	<p>Махаллий педиатр тўлиқ клинико-лаборатор ремиссия даврида 3-6 ойда 1 марта; қисман ремиссия даврида – 1-3 ойда 1 марта, ЛОР, стоматолог 1 йилда 2 марта;кўз зарарланганда ва даволашда аминохинолон препаратлари қўлланилганда – окулист 1 ойда 1 марта. Бошқа мутахасислар кўрсатмага биноан.</p>
<p><b>Куригда эътиборга</b></p>	<p>Умумий ҳолатни, шиш, А/Б, сурункали</p>

<b>олиш керак.</b>	инфекция ўчоғ холати.
<b>Кўшимча текширувлар.</b>	<p>1. Умумий сийдик тахлили 2-4 хафтада 1 марта</p> <p>2. Нечипоренко буйича сийдик тахлили 1 ойда 1 марта</p> <p>3. Умумий қон тахлили 2-6 ойда 1 марта</p> <p>4. Қоннинг биохимик тахлили (мочевина, креатинин, холестерин, кальций, калий, протеинограмма 6-12 ойда 1 марта).</p> <p>5. Эндоген креатинин клиренси 1 йилда 1 марта</p> <p>6. Зимницкий синамаси 3-6 ойда 1 марта.</p>
<b>Асосий соғломлаштириш йўллари</b>	<p>1. Сурункали инфекция учоғини бартараф этиш</p> <p>2. Интеркуррент касалликларни даволаш</p> <p>3. касалхонадан чиқган беморларни тўлиқ даволаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- преднизолон 1-3 мг/кг 3 кун.</li> <li>- цитостатик препаратлар (хлобутин, циклофосфамид) даволаш дозанинг ½ қисми.</li> <li>- курантил 5-10 мг/кг</li> </ul> <p>4. Гормонотерапия узок ушлаб турувчи дозада куллаб даволаш.</p> <p>5. Симптоматик даво (фитотерапия, витаминлар комплекс ива х.)</p> <p>6. Жараён фаоллигига қараб физиотерапевтик муолажалар.</p> <p>7. Санатор-курорт даволаш.</p>
<b>Кўзатиш давомийлиги</b>	5 йилдан кам эмас. Кўзғалишлар кўзатилганда катталар поликлиникасигача терапевт кўзатуви.
<b>Жисмоний тарбия билан шугулланиш.</b>	Махсус гуруҳ ёки даволаш гимнастикалари А/Б ва пульсни назорати остида. Сийдик тахлили ўтқазил. Очиқ сув хавзаларида чўмилиш

	мумкин эмас.
<b>Профилактик эмлашлар</b>	Тақвим асосида ремиссия даврида.

Сурункали гломерулонефрит болани то катталар поликлиникасига ўтгунча кўзатилади. Врач томонидан атериал қон босими ва сийдик тахлили куйдаги тартибда

Хуруждан сўнг биринчи 12 ойда	Хар ойда бир марта
Кейинчалик хуруж бўлмаса	Кварталда бир марта
Зимницкий синамаси	2-3 ойда бир марта
Стоматолог ЛОР кўриги ва ЭКГ	Хар 6 ойда бир марта

## II-Амалий қисми.



**Касаллик тарихи:** Паспорт қисм:

**Бемор:** Байрамалиев Пўлат

**Ёши:** 4 ёшда

**Отаси:** Байрамалиев Н. 1982й, ишсиз

**Онаси:** Байрамалиева И. 1985 й уй бекаси

**Манзили:** Қашқадарё вил Чироқчи тумани Чорвали к/к

КВП да «Д» ҳисобда туради: 25.04.2012

**Ташхиси:** Сурункали гломерулонефрит, нефротик шакли  
Кўзгалган даври . БФ. Сақланган.

**Хамроҳ касаллик.** . II- даражали инфекцион – алиментар камқонлик

**Соғломлик гуруҳи -III**

### **Шикоят:**

Онасининг сўзига кўра юз, қовоқларидаги шиш борлигига, сийдик рангининг қизариши, лойқаланишига, сийишга қийналишига , сийдикни кам ажралишига иштахасизликга, умумий холсизликга .

### **ANAMNESIS MORBI**

Анамнездан бемор 1 йилдан буён касал. Касалик сабабини шамолашдан деб билади Ўтган йили Қашқадарё вилоят шифохонасида 21-апрелда ётиб даволанган . лекин даволаш бесамара бўлган. кейин Самарқандга олиб келган ВКТБШ нинг нефрология бўлимида «сурункали гломерулонефрит» ташхиси билан даволаниб чиққан. Уйда касаллик УРВИ дан кейин бошланган болада сийишнинг камайиши, шиш, бош оғриши кўзатилган. Шу вақтгача касалиги қайталамаган 2-3 кун олдин юзи қовоқлари шишган яна Самарқанд ВКТБШ нинг нефрология бўлимига текшириш ва даволаш учун ётқизилган .

### **ANAMNESIS VITAE**

Бола 2-чи хомиладорликдан, 2-чи фарзанд. Хомиладорлик нормал кечган, туғилганда вазни 3300 г., буйи 51 см. Биринчи куни кўкрак берилган, актив эмган, туғруқхонадан 6-куни жавоб берилган. Туғруқхонада 4-чи куни БЦЖ билан эмланган. Туғруқхонадан чиқгандан кейин яхши ўсиб ривожланган. Барча эмлашларни тақвим асосида олган.

Бошдан кечирган касалликлари УРВИ, ангина, вирусли гепатит А .Ота-онаси соғлом, қариндошлик никохи йўқ.

### **STATUS PRAESENTS OBGECTIVUS**

Беморнинг умумий ахволи оғир ,эс- хуши аниқ, атрофдагиларга реакцияси актив , тери қопламлари оқарган тоза тери тургорлиги эластиклиги сақланган , кўзининг остида қовоқлари оёқларида шиш кўзга кўринади .Тери ости ёғ қатлами ўртача ривожланган, тана тўзилиши нормал, лимфа тугунлари катталашмаган ва қаттиқлашмаган , суяк-бўғим тизимида деформациялар аниқланмайди. Мушаклар тонуси сақланган.

### **Нафас олиш системаси.**

Нафас олиш бурун орқали эркин, маҳаллий ва умумий цианозлар кўзатилмайди. Нафас олиш сони 25 марта 1 дақиқа ичида. Нафас олишда кўкрак қафасининг иккала томони бир хил иштирок этади. Перкуссияда аниқ ўпка товуши аниқланади. Топографик перкуссияда ўпканинг пастки чегаралари.

ўпка чегаралари.	ўнг	Чап
Lin. parasternalis	-	-
Lin. medioclavicularis	VI	-
Lin. axillaris anterior	VII	VII
Lin. axillaris media	VIII	VIII
Lin. axillaris posterior	IX	IX
Lin. scapularis	X	X
Lin. Paravertebralis	XI	XI

Аускультацияда упкада везикуляр нафас эшитилади

### **Юрак - қон томир тизими**

Системага хос шикоятлари йўқ. Юрак чегаралари нормада. Юрак нисбий чегаралари: юқоридан III қовурға оралиғида, ўнг чегараси - тўш суягининг ўнг қирғоғида, чап чегараси-Lin.Medioclavicularisда.

Аускультацияда юрак тонлари бироз бўғиқлашган, шовқинлар аниқланмайди. Пульс ўртача тўликликда ва тарангликда, 1 дақиқада 85та. Артериал қон босими 100 /60мм.сим.уст га тенг.

### **Овқат хазм қилиш тизими.**

Шикояти иштаханинг пастлиги, баъзан кунгил айнашидан. Тили тоза, томоғи ўзгаришсиз, тишларида 2 тасида кариес бор. Пальпацияда қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар қовурға ёйидан 1см чиққан, юзаси текис, эластик, талоқ пайпасланмайди. Ахлати меъёрида.

### **Сийдик таносил системаси.**

Шикояти: Холсизлик, кўнгил айнаш, юз, қовоқларда. оёқларида шишга тез-тез кам-кам сийишга сийишни қийинлигига сийдигини лойқаланишига . Ташқи жинсий аъзолари жинсига хос ривожланган. Сийдик ажратиш бироз камайган. Сийдиги лойқаланган қизғиш рангда. Пастернацкий симптоми мусбат

### **Асаб - эндокрин тизими.**

Ақлий ва жисмоний ривожланиши ёшига мос. Патологик рефлекслар ва менингеал симптомлар аниқланмайди. Эшитиш ва кўриш қобилияти сақланган. Тана оғирлиги: - 16 кг. Буйи- 90 см.

### **БЕМОРГА ЎТКАЗИЛГАН ТЕКШИРИШЛАР НАТИЖАЛАРИ:**

#### **Умумий қон тахлили**

Паталогия	Норма
Нв- 80 г/л	Нв- 120-130г/л
Эритроцит- $3,0 \times 10^{12}$	$4,5 \times 10^{12}$
Р.К. – 0,9	0,75
Лейкоцитлар – $7.5 \times 10^9$ л	$3-9 \times 10^9$
С.Я.- 58%	52-72%
Т.я. – 2%	4-6%
Эозинофил – 5%	0-3%
Лимфоцит – 31%	22-30%
Моноцит - 4%	3-11%

ЭЧТ-50 мм/с.

10-15мм\с

### Сийдик тахлили

Беморда	Нормада
Миқдори-0,1л.	
Қанд-авс.	авс
Оқсил-3.3г.	0,33
Солиштирма оғирлиги- 1020,	1020
Эритроцитлар: ўзгарган-15-18-15.	0- 1-3
Лейкоцит: 4-5 ўзгармаган-авс/	1-2
Эпителлий- йўк	авс
Цилиндрлар1-3	авс

### Қоннинг биохимик тахлили:

Умумий оқсил – 65 г/л 65-85 г\л

Мочевина –

Креатинин-

Қолдиқ азот -

**ЎЗИ:** Буйрак ўлчамлари:

чап буйрак:-10,5x5,6 ўнг буйрак: - 10,6x5,5 паренхимаси бир хил,  
бироз экзогенлиги ошган.

### Зимницкий синамаси: 10.03013й

№	ВАҚТИ	СИЙДИК МИҚДОРИ	СОЛИШТИРМА ОҒИРЛИГИ
1.	6-9	100 мл	1020
2.	9-12	90 мл	1010
3.	12-15	80 мл	1018
4.	15-18	70 мл	1015
5.	18-21	80	1020

6.	21-24	40	1020
7.	24-03	40	1018
8.	03-06	60	1010
<b>Жами</b>		540мл	

Сабаб шундаки кечки диурез ( 240 мл ) булиб, кундузги диурезга қарийиб тенг ( 200 мл ) бундан хулоса буйрак қонцентрацион функцияси деярли ўзгармаган. Нисбий зичлик ўртача сони 1015. Нормада суткалик сийдик 800-1000 мл бўлиши керак.

### **Нечипоренко буйича сийдик тахлили.**

Эрит.-1 мл да 3000 та гача (№ 1000)

Лейк.- 1 мл да 2500 та. (№ 2000)

Гиалин цилиндрлар 1 мл да 250 та.

### **Клиник ташхисни асослаш**

#### **Бемор Байрамалиев П 4ёшда Шикояти:**

Онанинг сўзига кўра бола шикояти , кўнгил айниш, юз, ковокларидаги шиш, бош оғриши, сийдик рангининг қизариши, умумий холсизликдан. Анамнездан бемор 1 йилдан буён касал. Болада ҳар замоанда томоғ оғриғи (ангина) кўзатилган. Охириги марта УРВИ дан кейин болада сийишнинг камайиши, шиш, бош оғриши кўзатилган. Онаси болани шифохонага олиб келган ва бемор касалхонага ётқизилган

Бола 2-чи хомиладорликдан, 2-чи фарзанд. Хомиладорлик нормал кечган, туғилганда вазни 3300 г., буйи 51 см. Биринчи куни кўкрак берилган, актив эмган, туғруқхонадан 6-куни жавоб берилган. Туғруқхонада 4-чи куни БЦЖ билан эмланган. Туғруқхонадан чиқгандан кейин яхши ўсиб ривожланган. Беморнинг умумий ахволи ўртача оғир, хуши аниқ, тери қопламлари оқарган, кўзининг остида халталар кўзатилади. Тери ости ёғ қатлами ўртача ривожланган, тана тўзилиши нормал, лимфа тугунлари катталашмаган Нафас олиш бурун орқали эркин, маҳаллий ва умумий цианозлар кўзатилмайди. Нафас олиш сони 25 марта

1 дақиқа ичида Юрак чегаралари нормада. Юрак нисбий чегаралари: юқоридан III қовурға оралиғида, ўнг чегараси - тўш суягининг ўнг кирғоғида, чап чегараси-Lin.Medioclavicularisда.

Аускультацияда юрак тонлари бироз буғиқлашган, шовқинлар аниқланмайди. Пульс ўртача тўликликда ва тарангликда, 1 дақиқада 85та. Артериал қон босими 100 /60мм.сим.уст га тенг. Шикояти иштаханинг пастлиги, баъзан кўнгил айнишидан. Тили тоза, томоғи ўзгаришсиз, тишларида 2 тасида кариес. Пальпацияда қорни юмшок, оғриқсиз. Жигар қовурға ёйидан 1см чиққан, юзаси текис, эластик, талоқ пайпасланмайди. Ахлати меъёрида. Сийдик таносил системаси.

Холсизлик, кўнгил айниш, юз, қовоқларда шишга, бош оғришига. Ташқи жинсий аъзолари жинсига хос равишда. Сийдик ажратиш бироз камайган. Сийдиги лойқаланган ранги қизғиш . Пастернацкий симптоми мусбат . Нв- 80 г/л Эритроцит- $3,0 \times 10^{12}$ , Р.К.

– 0,9 , Лейкоцитлар  $-7.5-10^9$  л С.Я.- 58%

Т.я. – 2% Эозинофил – 5 Лимфоцит – 31% Моноцит - 4%

ЭЧТ-50мм/с. Сийдик тахлили Миқдори-0,1л.Канд-авс.

Солиштирма оғирлиги- 1020, Эритроцитлар: ўзгарган-15-18-15.

0- 1-3Лейкоцит: 4-5 узгармаган-авс Эпителлий- йўқ

Цилиндрлар1-3 Қоннинг биохимик тахлили:Умумий оқсил – 65 г/л

65-85 ,Мочевина – ,Креатинин-,Колдик азот -,УЗИ: Буйрак ўлчамлари:

чап буйрак:-10,5x5,6 ўнг буйрак: - 10,6x5,5 паренхимаси бир хил,

бироз эхогенлиги ошган. Беморга шикояти клиникаси лабаратор –

инструментал текшириш жавобларига асосланиб куйдаги ташхис

қўйилди.

**Яқуний** ташхиси: Сурункали гломерулонефрит,нефротик шакли ,Кўзгалган даври . БФ. Сақланган.

**Хамрох касаллик. . II- даражали инфекцион – алиментар камқонлик**

**Соғломлик гурухи -III**

## ДАВОЛАШ РЕЖАСИ:

1. Пархез № 7 сув, тузни чеклаш .
2. Ётоқ режим.
3. Ампицилин 0.5 3 марта м/ о 100 мг/кг хисобда 10 кун
4. Фурасемид 1% 2.0 2мг\кг м/о 1 мах 1 кун
5. Преднизалон таб 2-2.5 мг\кг 2 хафта

7-00да 3 таб

11-00 да 2 таб

13-00да 1 таб

1 хафтадан кейин 7-00да 2 таб, 11-00да 1 таб ,13-00да 1таб

Аста-секин камайтириб бориш керак

5. Верашперон 25 мг 1х таблеткадан 1марта кечкурун 5 кун  
давомида
6. Курантил 25 мг 1таб 3махал

**Қабулда: 06.04.13 й.**

t-36,5<sup>0</sup> С.

Нафас олиш сони- 21.

Пульси- 86

А/Б- 100/60 мм.см.уст.

Шикояти: Тез чарчаш, холсизлик, қовоқларда ,оёқларида шиш борлигига сийдиги камлигига сийишга қийналишига . Беморнинг умумий ахволи кўриг пайтида оғир, хуши ўзида. Териси ва кўзга кўринадиган шиллик пардалари бироз оқимтир оёқ ва қовоқларида шиш бор . Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Болани тери ости ёғ тўқимаси бироз суст ривожланган. Нафас олиш бурун орқали эркин 1дақиқада 21 та. Аускультацияда ўпкасида везикуляр нафас. Юрак учи турткиси 5-чи қовурға оралиғада чапдан аникланади. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган Пульси ритмик 86 зарба 1 дақиқада, ўртача тўлиқ ва тарангликда. А/Б – 100/60 мм.см.уст. Қорни юмшоқ оғриқсиз. Жигар ва талоғи катталашмаган. Сийиши эркин. Ахлати меъёрида.

**Тавсия.**

1. Даволашни давом эттириш.

с/о . Хамираев С

**Кундалик: 10.04.2013й**

t-36,6<sup>0</sup> С.

Нафас олиш сони- 20.

Пулси- 90

А/Б- 110/70 мм.см.уст.

Шикоят: Деярли шикоятлари йўқ. Беморнинг умумий ахволи куриг пайтида нисбатан уртача оғир, хуши ўзида. Териси ва кўзга куринадиган шиллик пардалари бироз оқимтир, ковокларида шишлар йўқ. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Болани тери ости ёғ тўқимаси бироз суст ривожланган. Нафас олиш бурун орқали эркин 1 дақиқада 20 та. Аускультацияда ўпкасида везикуляр нафас. Юрак учи турткиси 5-чи коворға оралиғада чапдан аниқланади. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган. Пульси ритмик 86 зарба 1 дақиқада, уртача тўлиқ ва тарангликда. А/Б – 100/60 мм.см.уст. Қорни юмшоқ оғриксиз. Жигар ва талоғи катталашмаган. Сийиши эркин. Ахлати меъёрида.

**Тавсия.** 1. Даволашни давом эттириш. Пиковит сироп 1 чой кош 3 мах 15 кун

с/о Хамираев С

**Соғломлаштириш варақаси**

**2013 йил учун**

Лаборатор ва тор мутахасислар куриги.	Диспансеризация коидалари.
Педиатр куриги:	1. кварталда 1 ойда 1 марта

	2, 3 кварталда 1 марта
Умумий қон тахлили	6 ойда 1 марта
Умумий сийдик тахлили	6 ойда 1 марта
Пархез	Уткир, аччик ва шур, ковирилган овкатларни чеклаш. Юкори оқсилли овкатлар, янги ўзилган сабзавотлар, мевалар, шарбатлар, углеводлар ва тузни керакли талабнинг ярмигача камайтириш.
Касалликнинг кўзишини олдини ол	Бахор ва кўз ойларида
Жисмоний юкламалар бериш	Жисмоний зурикишни чеклаш
Нефролог куриги	3 ойда 1 марта
ЛОР, стоматолог	Йилида 2 марта
Болалар жаррохи	Йилида 2 марта
Рентгенография	Йилида 1 марта
ЭКГ	Йилида 1 марта
УТТ	Йилида 1 марта
Госпитализация	Курсатмага биноан
Медикаментоз даво	Йилида 2 марта
Бициллинопрофилактика	Йил давомида
Мехнат тавсияномаси	Эхтиёт килувчи режа

Хар хафта педиатр куриги ва қон тахлили. Нечипоренко буйича сийдик тахлили ва 2 хафтада 1 марта сийдикнинг бактериологик тахлили тавсия этилди. Сурункали гломерулонефритдан диспансер кўзатуви 1,5 йил давомида олиб борилиб , 1-чи 6 ойда хар ой давомида, 2-чи 6 ойда хар 3 ойда педиатр куриги утказилиш режавлаштирилди. Шунингдек беморга озик-овкат рацион таркибидан шур, аччик, ковурилган, дудланган махсулотларни чеклаш тавсия этилди. Жисмоний зурикиш ва сурункали инфекция учоклари хам бартараф килиниши лозим.

## ТЕСТ САВОЛЛАРИ:

1. Гломерулонефритнинг қанақа даврлари бор?
  - А. уткир ва сурункали
  - В. Бошлангич ремиссия
  - С. Бошланчиг согайиш
  - Д. Дастлабки авжига чиқиш васогайиш
2. Гломерулонефритда преднизолон дозаси.
  - А. 1-1,5 мг/кг
  - Б. 3-4 мг/кг
  - С. 2-3 мг/кг
  - Д. кулланилмайди
3. Сурункали гломерулонефрит билан булган беморлар «Д» ҳисобда туради.
  - А. 5 йил
  - Б. 2 йил
  - С. 4 йил
  - Д. 3 йил
4. Гломерулонефритнинг энг хатарли шакли
  - А. уткир ости шакли
  - Б. уткир кечиши
  - В. сурункали шакли
  - Д. барчаси
5. Гломерулонефритда сийдикда кўзатиладиган узгариш.
  - А. протеинурия, цилиндрүрия, гематурия
  - Б. лейкоцитурия, аминокислотурия
  - С. эритроцитурия
  - Д. бактериурия
6. Нормалда қон зардобида мочевино миқдори
  - А. 2,5-8,3 ммоль/л

Б.2,5-10,9 ммоль/л

С.1,5-1,8 ммоль/л

Д.1,9-2,6 ммоль/л

7. Гломерулонефритнинг нефритик турига хос узгаришлар:

А.шиш, артериал гипертензия, қонда азот миқдорини ошиши

Б.анасарка, олигурия, А/Б нормал

С.гипопротеинемия, А/Б нормал, шиш

Д.гемтурия, анасарка, А/Б нормал

8. СГ қайси ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди.

А.7-12 ёш

Б.5-7 ёш

С.1-5 ёш

Д.3-6 ёш

9. СГ патогенези асосида нима ётади.

А.антиген-антитело комплекс

Б.иммунтанкислик ҳолат

С.гормонал бузилиш лар

Д.дизметаболик бузилиш лар

10.СГ қайси фаслда кўпроқ учрайди.

А.киш ва баҳор ойлари

Б.баҳор ва ёз ойлари

С.ёз ва киш ойлари

Д.ёз ва кўз ойлари.

11.Сурункали гломерулонефритнинг нефротик тури нима билан ажралиб туради?

А. Юз ва кавокларда шиш

В. Бушликларда суюкликлар йигилиши

С. Оёқлардаги шиш

Д. Тана ҳароратининг кутарилиши

12.Сурункали гломерулонефритни келиб чиқишида қайси микроб асосий уринни эгаллайди?

- А. Стрептококк
- В. Стафилакок
- С. Кук йирингли таёкча
- Д. Ичак таёкчаси

**13.**Сурункали гломерулонефрит патогенезида нима ётади?

- А. Десенсибилизация
- В. Сенсибилизация
- С. Аллергик реакция
- Д. Диатез

**14.**Сурункали гломерулонефрит клиникасидаги клиник белги?

- А. Юрак етишмовчилиги
- В. Нафас етишмовчилиги
- С. Юз ковоклардаги шиш
- Д. Полеурия

**15.**Сурункали гломерулонефритнинг нефротик турида артериал қон босимига Яна қанча қутарилиши қушилади?

- А. 10-15мм.сим.уТс
- В. 15-20мм.сим.уст
- С. 20-50мм.сим.уст
- Д. 20-30мм.сим.уст

**16.**Сурункали гломерулонефритда шишга бахо бериш учун утказиладиган синамани аниқланг?

- А. Маккьюр-Олдрич
- В. Зимницкий
- С. Ничепоренко
- Д. Амбурже

**17.**Сурункали гломерулонефритнинг нефротик синдром билан кечувчи турида қанақа узғариш қўзатилади?

- А. юз ва ковоклар шиши.
- В. Бушликларда суюклик йигилиши.
- С. Гематурия ва А/Б ошиши.

Д. Тана хароратининг ошиши.

**18.** Гломерулонефритнинг нефротик турига хос белги?

А. тана асиметриклиги.

В. Бушликда суюклик тупланиши.

С. Доимий кукариш.

Д. жигар етишмовчилиги.

**19.** Гломерулонефритда лейкоцитурия булганда куриш майдонида канчагача лейкоцитлар куринади?

А. 20-30тагача

В. 10-15тагача

С. 5-10тагача

Д. 3-4тагача

**20.** Гломерулонефритнинг нефротик турида сийдикдаги узгариш?

А. Сийдик хажми кўпайиши

В. Сийдик нисбий зичлигини ортиши

С. 300мл ва ундан хам кам бўлиши

Д. изостенурия

### Тест жавоблари.

Тест саволлари номери	Тест саволларига жавоблар	Тест саволлари номери	Тест саволларига жавоблар
1	В	11	Д
2	А	12	Д
3	А	13	А
4	А	14	В
5	А	15	С
6	А	16	Д
7	А	17	А
8	А	18	В
9	А	19	С

10	А	20	Д
----	---	----	---

### КРОССВОРД

			1	Г	А	с	т	р	и	т													
2	п	и	е	Л	о	н	е	ф	р	и	т												
			3	О	т	и	т																
4	г	а	й	М	о	р	и	т															
			5	м	Е	т	е	о	р	и	з	м											
				6	Р	а	у	н	а	т	и	н											
				7	У	р	о	л	о	г	и	я											
8	П	е	н	и	ц	и	Л	л	и	н													
				9	с	т	О	м	а	т	и	т											
							10	Н	е	ф	р	и	т										
								11	л	и	н	Е	к	с									
									12	Ф	е	р	о	н	а	т							
										13	Р	е	в	м	а	т	и	з	м				
											14	г	И	н	е	к	о	м	а	с	т	и	т
	э	Т	м	о	и	д	и	Т															

1. ошкозон яллигланиши
2. буйрак жом ва косачаларининг яллигланиши
3. кулокнинг яллигланиши
4. Гаймар бушлигининг яллигланиши
5. ич дам бўлиши
6. АКБ тушурувчи препарат
7. сийдик йуллари касалликларини урганувчи Фан
8. антибактериал препарат

9. милкларнинг яллигланиши
10. буйрак нефронларининг яллигланиши
11. ик кетиш ва дисбактериозга кулланиладиган препарат
12. темир препарати
13. бугим касаллиги
14. сут беги яллигланиши
15. галвирсимон суяк яллигланиши.

### ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

**1-масала.** Бемор Шароф 14 ёшда. Нефрология бўлимига куйдаги шикоятлар билан қабул қилинди. Бош оғриши, юздаги шишдан, оёқ қуллари шишишидан сийдигини қамайишидан. Анамнезидан 5 йилдан бери касал. Қабулда умумий ахволи оғир, тери қопламалари оқ, анасарка типидagi шишлар. Вазни 90 кг бўйи 165см. А/Б 160/120мм.сим.уст.га тенг пульси 84га қорни қатталашган. Жигар қовурға ёйидан 5-6см қикқан. Кам сияди. Сийдигидаги оқсил 29г/л. Солиштирма оғирлиги 1030. гемоглобин 100г/л, эрит-4.1-10<sup>12</sup> /л, ЭҚТ 69мм/соат.лейкоформула узғаришсиз. Қонда қолдик азот 35ммоль/л. Мочевина 13.48ммоль/л.

#### 1. Сизнинг ташхисингиз?

**2-масала.** Ирода 13 ёшда. Шикоятлари: тана вазнининг ошишига, холсизлик, қовокларида шишга, анамнезидан 3 йилдан бери касал. Қуриқда умумий ахволи уртача оғирликда. Қовокларида, юзида шишлар бор. Сийдигида оқсил 10г/л, солиштирма оғирлиги 1030.

#### 1. Ушбу ҳолатда сизни ташхисингиз?

**3-масала.** Бемор 10 ёшда. Шикояти: бош оғриши, баданининг қичишишига, умумий холсизликка. Объектив қуриқда бемор умумий ахволи оғирлашган, эс-хуши ўзида, аниқ. Териси оқимтир, қуруқлаган ва қичишиш аниқланади. Бемор жуда уйқучан, қамқувват ҳолатда. Баъзан қунгли айниб қусади. нафас олиши шовқили. Юрак товушлари сусайган. А/Б пасайган. Баморнинг қонида қолдик азот 75ммоль/л. Креатинин 80ммоль/л. Сийдик ажратиши жуда қам. Сийдик нисбий зичлиги қескин қамайган.

#### 1. сизнинг ташхисингиз?

**4-масала.** Бемор 11 ёшда Шикояти юз кавокларидаги шишга, умумий холсизликка, бош огришига. Объектив куриқда беморнинг умумий ахволи уртача огирликда. Эс хуши ўзида, аник. Териси окимтир, тоза. Юз, ковоклар атрофийи ва танада таркалган енгил шиш аникланади. Артериал босим бироз кутарилган. Беморнинг сийиши анчакамайган. Сийдик тахлилида протеинурия, лейкоцитурия, гематурия ва сийдик чуқмасининг узгарганлиги аникланди.

**1.Сизнинг ташхисингиз?**

**5-масала.** Бемор 5 ёшда. Шикояти: онасининг сўзидан бутун танасидаги шишга, корин сохасининг катталашишига, бош огришига, кунгил айнишига, иштахасининг пасайишига. Беморнинг умумий ахволи огир. Тери ранги жуда оқарган. Бутун танасида таркалган шиш аникланади. Корин бушлигида асцит бор. Бемор жуда кам сияди. Сийдик тахлилида протеинурия, сийдик чуқмасида гиалинлар, цилиндрлар аникланади. Қон зардобида гипопропротеинемия ва холестирин миқдорининг кўпайиши. Периферик қонда лимфацитоз, эозинофеллия ва ЭЧТ ошганлиги аникланади.

**1.Сизнинг ташхисингиз?**

Тест ва масалаларнинг жавоблари.

Тестларнинг жавоблари.

**Масалаларнинг жавоблари:**

<b>Масалаларнинг номери</b>	<b>Масала жавоблари</b>
<b>1- Масала</b>	Сурункали гломерулонефрит, нефротик тури. Сурункали буйрак етишмовчилиги.
<b>2- Масала</b>	Сурункали гломерулонефрит, нефротик тури
<b>3- Масала</b>	Сурункали буйрак етишмовчилиги.
<b>4- Масала</b>	Сурункали гломерулонефрит, нефритик тури.
<b>5- масала</b>	Сурункали гломерулонефрит, нефротик тури

## **«Интерактив уйин» савол –жавоб.**

1. Гломерулонефрит касаллиги нима билан характерланади?
2. Касалликнинг этиологиясига нималар киради?
3. Гломерулонефритнинг экстраренал симптомларига нималар киради?
4. Гломерулонефритнинг ренал симптомларига нималар киради?
5. Олигоурия нима?
6. Протеинурия нима?
7. Гематурия нима?
8. Олигоурия сабаби?
9. Протеинурия сабаблари?
10. Цилиндрурия нима?
11. Цилиндрурия сабаби?
12. Гипертензия нима?
13. Шишнинг келиб чиқиш механизми?
14. Гипертензия сабаби?
15. Гломерулонефрит касаллигида юрак қон томир системаси томонидан қандай узгаришлар кўзатилади?
16. Гломерулонефритнинг асоратларига нималар киради?
17. Экламсиянинг асосий клиник симптомларига нималар киради?
18. Гломерулонефрит касаллигини келтириб чиқарувчи микроорганизм?
19. Қайси штамлар кўпроқ келтириб чиқаради?
20. Юктагломеруляр аппарат қаерда жойлашган?
21. ЮГА да нима ишлаб чиқаралади?
22. Рениндан нима ҳосил бўлади?
23. Ангиотензин 2 нинг вазифаси нимада?
24. Гломерулонефритни қайси касалликлар билан таккослаш мумкин?
25. Гломерулонефритни даволашда овқат рационидан нималар чекланади?
26. Гломерулонефритни даволашда қайси антибиотиклар қулланилади?
27. Гломерулонефритни патогенетик терапиясига нималар киради?

28. Сийдик хайдовчи препаратларга нималар киради?
29. Сийдик хайдовчи препаратлар билан бир каторда қайси препарат кулланилиши керак?
30. Гипотензив препаратларга нималар киради?
31. Экламсияда қанақа препаратлар кулланилади?
32. Гломерулонефрит билан беморлар неча йил диспансер назоратида турадилар?
33. Ничепоренко синамаси нима?
34. Аддисса-Каковский синамаси нима?
35. Зимницкий синамаси нима?
36. Амбурже синамаси нима?
37. Буйракнинг асосий функцияси?
38. Анурия нима?
39. Полиурия нима?
40. Никтурия нима?
41. Уткир гломерулонефритни келиб чиқишидаги этиологик омиллар?
42. Нефритик синдромга нима хос?
43. Нефротик синдромга хос белгилар?
44. Алохида сийдик синдромига нима хос?
45. Симптоматик терапияга нималар киради?
46. Базис терапияга нима киради?
47. Нефротик синдромда преднизолон қандай дозада берилади?
48. Клиренс нима?
49. Буйрак касаллигини ташхисида инструментал усулларга қайсилар киради?
50. Буйрак фаолиятининг ҳолатига қараб уткир гломерулонефритнинг вариантлари?
51. Антикоагулянт ва антиагрегант препаратларни куллашга доир курсатма?
52. Кортикостероидларни куллашга курсатма?
53. УГН нинг кечишида даврлари?

## **Жавоблар.**

1. Аллергик касаллик булиб, унинг асосида буйрак таначалари, коптокчаларини иммунологик яллигланиши ётади.
2. Атипдаги В-гемолитик стрептакокк.
3. Иштаханинг пастлиги, холсизлик, кунгил айнаши, бола окаради, беморда кам ифодаланган шиш синдроми (пастозли, эрталаб юзларида шиш, кечкурин болдир сохасида), гипертонзион синдром, субфебрил температура.
4. Олигурия, сийдик рангини узгариши ёки гематурия, бел сохасида оғрик, азотемия.
5. Диурез миқдорини 50-80% га камайиши.
6. Оқсилни сийдик билан ажралиши.
7. Сийдик билан эритроцитларнинг ажралиши.
8. Функционирловчи нефронлар миқдорини камайиши натижасида келиб чиқади.
9. Коптокча филтрининг утказувчанлигининг ошиши, коптокчаларда гемодинамик бузилишлар, оқсил реарбсорбциясининг пасайиши.
10. Сийдик билан цилиндрларнинг ажралиши.
11. Яллигланган экссудатнинг оқсили буйрак каналчаларида ивиб, уларни шаклини олади.
12. Максимал ва минимал қон босимининг кутарилиши.
13. УКХ ошиши, коптокча Филтрация хажмининг камайиши, суякликнинг қонда ушланиб қолиши.
14. Гидродинамик босимнинг ошиши, қоннинг коллоидли-осмотик босимининг пасайиши, капиллярлар утказувчанлигининг ошиши, сув реабсорбциясининг кучайиши ва натрийнинг сийдик билан ажралишининг камайиши.
15. Юрак чегараларининг кенгайиши, юрак тонларининг сустлиги, брадикардия.
16. Анурия (ОПН), эклампсия, юрак етишмовчилиги.

17. Кучли бел огриги, кушиш, куришнинг бузилиши, қон босимининг ошиши, клоник тоник талваса, эс-хушдан кетиш.
18. Стрептококк.
19. 12, 18, 49, 55, 57, 60.
20. Буйракнинг магиз кисмида, унинг коптокчаси пустлог ва магиз кисм чегарасида.
21. Ренин.
22. Ангиотензин 1.
23. Томирларни спазмга учратади.
24. Пиелонфрит, коллагкнозлар, бруцуллёз, модда алмашинувининг наслий аномалиялари.
25. Сув ва туз.
26. Ярим синтетик пенициллинлар, макролидлар.
27. Вена исига эуфиллин, трентал, электрофорез 1% никатин кислота ёки гепарин.
28. Лазикс, гипотиазид, верошпирон.
29. Калий препаратлари.
30. Клофелин, резерпин, дибазол, папаверин.
31. Лазикс, папаверин, дибазол седуксин.
32. 5 йил.
33. Сийдик 3 соат давомида йигилади, 1мл сийдикда лейкоцитлар 2000 та, эритроцитлар 1000 та.
34. Суткалик сийдикда эритроцитлар, лейкоцитлар, цилиндрларни аниқлаш.
35. Дистал каналчалар функциясини аниқлаш учун Зимницкий синамаси утказилади. Сутка давомида хар 3 соатда сийдик тупланиб, хар бир порциянинг миқдори ва нисбий зичлиги аникланади.
36. 1 минутда ажраладиган сийдик таркибида шаклий элементларни анилашга асосланган.

- 37.кислота ишкор мухити ва хужайрадан ташкаридаги суюкликни таркибини бошқариб оради. Организмдаги токсик моддаларни чиқарилишини тامينлайди.
- 38.Сийдикнинг умуман чикмаслиги (100-250мл ажралиши мумкин).
- 39.Диурезни кўпайиши.
- 40.Кечки сийдик миқдорини кундузгидан кўп бўлиши.
- 41.В-гемолитик стрептококк, респиратор вируслар, гепатит вируси, совукотиш.
- 42.Унча ривожланмаган шиш, макрогематурия, протеинурия.
- 43.Шиш, протеинурия, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия.
- 44.Сийдикда протеинурия ёки гематурия кўзатилади.
- 45.Диетотерапия, режим, диуретиклар, гипотензив ва антигистамин препаратлар.
- 46.Антибиотиклар, глюкокортикоидлар, антиагрегантлар, антигистамин, ва цитостатик препаратлар киради.
- 47.2-2,5мг/кг 4-5 хафта.
- 48.Қонни Бирон бир қисмини 1минут ичида буйракдан утиб тозаланиш даражасига айтилади.
- 49.Экскретор урография, буйракни сканерлаш, изотоп ренографияси, буйракни УТТ билан текшириш.
- 50.а)Буйрак фаолияти сакланган. б)Буйрак фаолияти бўзилган.  
в) Уткир буйрак етишмочилиги.
- 51.Нефротик ва нефритик синдром, гематурия ва гипертония булганда кучли гиперкоагуляция кўзатилади. Антикоагулянтлар томир ичида троми хосил бўлишини камайтиради, антиаллергик ва диуретик таъсирга эга, буйракда гемодинамикани яхшилади.
- 52.Уткир гломерулонефритнинг нефротик синдроми ва гематурия ва гипертония Билан.
53. а) Бошлангич даври(2-4хафта) б)Оркага кайтиш даври (3-4 хафта, бир йилгача) в) Тулик клинико-лабаратор ремиссия даври.

## ХУЛОСА.

Шуни айтиш керакки охириги йиллар давомида болалар уртасида касалликларнинг учраши кўпайиб бормокда. Гломерулонефрит кўпинча болалар уртасида юзага келса, катталар уртасида эса тулик даволанмаслик натижасидир. Кўпчилик холларда касалликнинг бошланиши ва даво чораларига параллел холда бактериал флоранинг алмашинуви кўзатилади. Гломерулонефрит билан анамнези огир булган болалар касалланади. Касаллик УРВИ, пневмония, ангина, сепсис, скарлатина, дизентерия, стафилококкли диарея, колит, диспепсия ва бошка касалликлар фониди келиб чиқади.

Болаларда сурункали гломерулонефрит характерли белгиси касалликнинг кам ва яширин кечишидир. Гломерулонефрит касаллигининг тез ривожланиши, умумий симптомларнинг ифодаланмаганлиги ва сийдик синдромининг ифодаланиши боланинг ёшига, реактивлигига, сенсibiliзация даражаси, яллигланиш жараёнининг огирлиги, жигар, буйрак усти беши ва бошкаларга боғлиқ . Гломерулонефритни даволашда дориларнинг дозаси ва даволаш курси мухим рол уйнайди. Курс бошида киска вақт давомида плазмада, сийдикда ва оралик тукимада препаратларнинг етарлича қонцентрациясини бериш керак. Хар 8-10 кунда бошка антибактериал препаратларга утиш керак ва микрофлоранинг тегишли антибиотикларга алмашинувини аниқлашни назорат килиш лозим.

Бизнинг шароитимизда гломерулонефрит сабабларини яна шу билан боғлаш керакки бу ижтимоий – иктисодий муаммодир. Буларга бизнинг оиламизда болалар сонининг кўплиги, иктисодий томондан етарлича таъминламаганлиги, натижада болалар нимжон, касалликга тез чалинади.

Шуни айтиш керакки гломерулонефрит, уз вақтида ташхис куйилиб даволанса согайиб кетадиган касалликдир. Охириги пайтда шу касаллик куп учрамоқда лекин шу ташхис кўйилмаяпти .

## **Фойдаланган адабиётлар.**

1. Баранов А.А «Болезни детей старшего возраста» Москва-Иванова 1997г . 376 – 390 стр.
2. «Диагностический справочник нефролога лабораторная диагностика» Издательство «Оверлей»1998. 96 стр.-
3. Мухин Н.А.,И.Е.Тараева . « Диагностика и лечение болезни почек».2000г
4. Тареева Е.М. « Клиническая нефрология» .1999 г.
5. Шабалов Н.П «Педиатрия» Санкт-Петербург 2007 йил 682-687 стр.
- 7.«Педиатрия» - Современные взгляды на этиологию и патогенез заболеваний у детей. Сравнительный анализ методов диагностики и лечения. И-том. 2005.
8. Клиническая патофизиология Ю.А.Шанин . Санкт-Петербург 1997
- 9.Детская нефрология. М.С. Игнатова, Ю.Е.Вельтишев. Санкт-Петербург.1999.
10. В.Г. Майданник “Педиатрия” Харьков 2002 г. 6– боб, 567–587 бетлар.
11. Мухин С. П. Журнал “Урология и нефрология” Москва. Медицина. 1990 й. №3. 75–77 бетлар.