

616-053
A 954

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI**

**TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**BOLALARDA O'TKIR
GLOMERULONEFRIT KASALLIGI**

**Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining IV-V bosqich
talabalari uchun o'quv-uslubiy
qo'llanma**

Toshkent-2015

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

O'z R SSV Fan va o'quv yurtlari

Bosh- boshqarmasi boshliq'i

Ismailov O.S.

«22» *dekabr* 2015y. *22* sonli

bayonnom

«KELISHILGAN»

O'z R SSV Tibbiy ta'limni rivojlantirish

markazi direktori

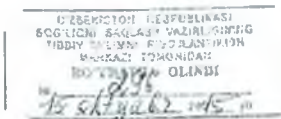
Alimova M.X

«22» *dekabr* 2015y. *22* sonli

bayonnom

BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT KASALLIGI

**Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari IV-V kurs talabalari uchun o'quv -
uslubiy qo'llanma**



Toshkent – 2015

1

axborot

87806p

Tuzuvchi:

Axmedjanova N.I. – Sam DTI pediatriya fakultetining “3- Pediatriya va tibbiyot genetika” kafedrası dotsent v.b. .

Taq’rizehilar:

Bobomuratov T.A. – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi “UASH Pediatriya» kafedrası t.f.d., professor.

Mamatkulov X.M. – SamDTI pediatriya fakultetining “3- Pediatriya va tibbiyot genetika” kafedrası t.f.d., professor

O'quv - uslubiy qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot institute Markaziy ilmiy-uslubiy kengashda muhokama qilinib tasdiqlandi.

“29” avgust, 2015yil, № 1 bayonnoma

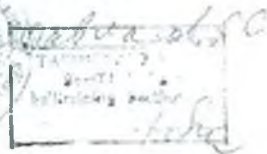
O'quv - uslubiy qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot institute Ilmiy kengashda muhokama qilinib tasdiqlandi.

“2” sentyabr, 2015yil, № 1 bayonnoma

Ilmiy Kengash kotibi:



Davlatov S.S.



MUNDARIJA

Kirish	4
Epidemiologiya	6
Etiologiya	6
Patogenez	7
Tasnif	9
Klinika	10
Diagnostika	15
Davolash	17
Dispanzerizatsiya	26
Asoratlar	27
Vaziyatli masalalar	28
Test-nazorat savollari	36
Amaliy ko'nikmalar	41
Javoblar etaloni	50
Adabiyotlar ro'yxati	51

Kirish

O'tkir glomerulonefrit infeksiyon – allergik kasallik bo'lib, uning asosida buyrak koptokchalarini (glomerulalar) immunologik yallig'lanishi yotadi.

Buyrak kasalliklari bolalar kasalliklari o'rtasida keng tarqalgan bo'lib, bolalarni va o'smirlarni nogironlikka olib kelishi mumkin. Faqat klinik belgilar asosida erta tashhis qo'yish ko'pincha turli xil qiyinchiliklar tug'diradi, shuning uchun bolalarni, albatta, laborator usullar bilan tekshirish zarur. Vaqtida tashhis qo'ymaslik va davolash ishlarini olib bormaslik asoratlarga olib kelishi mumkin, ya'ni o'tkir buyrak etishmovchiligiga, eklampsiyaga. Glomerulonefrit kasalligida patologik jarayonga asta-sekin buyrak to'qimasini boshqa strukturalari, ko'pincha organ va tizimlar ham duchor bo'ladi, moddalar almashinuvini barcha turlari buziladi. Bu kasallik orttirilgan kasallik bo'lib, u har-xil sindromlar bilan birga kechadi, shuning uchun pediatrlar kasallikni tashhis qo'yish printsiplarini, glomerulonefrit va uning asoratlarini davolash usullarini bilishi muhim ahamiyatga ega.

«Glomerulonefrit» termini etiologiya va patogenez buyicha bir xil bo'lgan geterogen guruh kasalliklarini o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda birlamchi va ikkilamchi glomerulonefrit farq qilinadi. Birlamchi glomerulonefrit, bu etiologik faktorni buyrak to'qimasiga bevosita ta'siri oqibatida rivojlanadi va ikkilamchi glomerulonefrit biriktiruvchi to'qimani tizimli kasalliklari fonida yuzaga keladi (tizimli qizil volchanka, gemorragik vaskulit, tugunli periarterit va b.q.). Ta'kidlab o'tish lozimki, birlamchi va ikkilamchi glomerulonefrit kasalligini kechish xarakteriga emas, balki kasallikni kelib chiqishiga asoslanib farqlanadi.

Mavzu: Bolalarda o'tkir glomerulonefrit kasalligi

Amaliy mashg'ulotni o'tkazish joyi: bolalar kasalliklari bo'limi.

Jihozlar: kompyuter, moodle.sammi.uz. tizimidagi materiallar, laborator analizator, mavzuga oid kasallar, tarqatma materiallar.

1. Mashg'ulot davomiyligi: 6 soat.

Mashg'ulot maqsadi: Bolalarda glomerulonefrit uchrash chastotasi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasini o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish. Tasnif buyicha to'g'ri tashhis qo'yish. Davolash usullari.

Vazifalar:

Talaba bilishi kerak:

- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit (O'GN) epidemiologiyasini.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit etiologiyasini.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit patogenezi.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit tasnifini.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit tashhis quyish mezonlarini.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit klinikasini.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit laborator ma'lumotlar tahlilini.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit davolash prinsiplarini.
- Bolalarda o'tkir glomerulonefrit asoratlarini.

Talaba bajara olishi kerak:

- O'GN ni asosiy klinik simptomlarini aniqlash.
- O'GN ni tashhishlash uchun zarur bo'lgan instrumental va laborator tekshirishlarni o'tkazish.
- O'GN da shoshilinch yordam ko'rsatish.
- O'GN da to'g'ri ovqat ratsionini tuzish.
- O'GN ni to'g'ri davolash.

2. Motivatsiya:

O'GN kasalligi mavzusi buyicha teoretik va amaliy bilim berish malakali umumiy amaliyot shifokorlarini hamda pediatriklarni tayyorlashda muhim ahamiyatga ega. Bu esa sog'liqni saqlashning birlamchi bosqichda tibbiy yordam sifatini oshirish imkonini beradi.

Fanlar orasida bog'liqlik.

Bu mavzuni o'qitish talabalarning topografik anatomiya, normal va patologik fiziologiya, klinik farmakologiya, gistologiya, bioximiya fanlari bo'yicha bilimlariga asoslangan holda olib boriladi. Bu o'tilayotgan mashg'ulotni to'laqonli va sifatli

o'zlashtirilishi hamda malakali umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash imkonini beradi.

Mavzu mazmuni

Nazariy qism

Ushbu mavzu buyicha urganiladigan savollar:

1. O'GN kasalligini etiologiyasi.
2. O'GN kasalligini epidemiologiyasi.
3. O'GN kasalligini patogenezi.
4. O'GN kasalligini klinikasi.
5. O'GN kasalligini diagnostikasi.
6. O'GN kasalligini davolash usullari.
7. O'GN kasalligini asoratlari.

EPIDEMIOLOGIYA.

Siydik tizimi a'zolari kasalligi strukturasida glomerulonefrit 3-4 chi o'rinni egallaydi, bolalar aholisi populyatsiyasida tarqalish chastotasi 0,13-0,2% ni tashkil qiladi.

Glomerulonefrit tarqalish va uchrash chastotasi bolaning yoshidan, yashash sharoitidan, yil faslidan, iqlim jo'g'rofik xususiyatlardan, organizmning sensibilizatsiya darajasidan, infeksiyon patologiyani epidemik uchoqlarini avj olishidan va boshqa faktorlardan bog'liq.

Glomerulonefrit bilan barcha yoshdagi bolalar kasallanishi mumkin, lekin ko'proq 3-12 yoshdagi bolalarda uchraydi. Kasallikni boshlanish yoshi uning kechishida va oqibatida alohida ahamiyatga ega. Agar kasallik 10 yoshdan kata bolalarda uchrasa patologik jarayonni surunkali shaklga o'tish ehtimoli oshadi va glyukokortikoidoterapiyaga rezistent bo'lib qoladi.

ETIOLOGIYA.

Glomerulonefrit etiologiyasida bakterial va virusli kasalliklar yotadi. Ayniqsa streptokokkli infeksiyani ahamiyati katta. Etiologik omillar orasida ko'proq infeksiyon agent, ya'ni A guruhidagi B – gemolitik streptokokk nefritogen shtammi hisoblanadi. Har- xil viruslar ham GN – ga sabab bo'lmoqda. Shundan HBs -

virusi 10 % hollarda sabab bo'lmoqda. Bu ko'proq GN ni og'ir shakllariga sabab bo'lmoqda. Har –xil dorilar ta'siri ham ahamiyatli, chunki dorilar asosan buyrak orqali ajraladi, noto'g'ri qo'llanilishdan ko'ptokchalami zararlaydi.

Diffuz glomerulonefrit buyrakning ikki tomonlama abakterial yallig'lanishidir. Birlamchi GN – bu birlashtiruvchi to'qimani sistemali kasalliklarisiz rivojlanishi tushuniladi. Birlamchi va diffuz GN – bu sinonim hisoblanadi.

O'tkir GN – bu streptokokk infeksiyasidan so'ng rivojlanadigan, tsiklik kechishi bilan xarakterlanadigan kasallikdir.

Surunkali GN - bu to'liqsimon, chuziluvchan latent kechishi bilan xarakterlanadi. Bunda jarayon progressiv kechib, buyrak to'qimasida sklerotik va distrofik o'zgarishlar rivojlanishiga sabab bo'ladi. Tez progressivlanuvchi GN – eng yomon sifatli bo'lib, bir necha oydan so'ng SBY rivojlanadi.

PATOGENEZ.

Birlamchi glomerulonefrit bu muhit va genetik faktorlarni o'zaro munosabati natijasida kelib chiqadi. Immunogenetikani zamonaviy usullari shuni ko'rsatdiki birlamchi glomerulonefrit kelib chiqishida B8, B12, B35, DR2, HLA – tizim antigenlarni o'z ichiga katta, bu esa kasallikni irsiy moyillikka ega ekanligini isbotlaydi. Bu HLA-antigenlari organizmda antigen - antitelo kompleksini hosil bo'lishini, makrofaglarni bu antigenlarga nisbatdan funktsional aktivlik etishmovchiligini va streptokokklarni nefritogen shtammlariga nisbatdan sezgiriligini oshirishini ta'minlaydi.

Hozirgi vaqtda hammaga ma'lumki, glomerulonefrit asosida immunopatologik reaksiyalar yotadi. Glomerulonefrit patogenezi juda murakkab. Uning negizida 2 ta asosiy patogenetik mexanizm yotadi: immunokompleksli va avtoimmun, ular bir biridan patologik jarayonni initsiatsiya bosqichi bilan farq qiladi, lekin effektorli (zararlavchi) bosqichi umumiy.

80-85% bemorlarda glomerulonefrit kasalligi immune kompleksli mexanizm asosida rivojlanadi. Immunokompleksli glomerulonefritga poststreptokokkli glomerulonefrit, malyariyadagi glomerulonefrit, gepatit B virusi tomonidan

qayrilgan glomerulonefrit, idiopatik glomerulonefrit (birlamchi va ikkilamchi) dagi membranoz-proliferativ, immunoglobulin - A - nefropatiya) kiradi.

Immunokompleksli glomerulonefrit patogenezini quyidagidan iborat. Etiologik agentlar - ekzogen (bakterial, virusli, ximiyaviy va b.q.lar yoki endogen (DNK va b.q.) antigenlar, bu antigenlar organizmni immune tanachalari bilan ta'sirlanganda makrofaglar tomonidan birlamchi tanishuvga duch keladi. Bu o'zaro ta'sir tufayli antigenlar makrofaglar tomonidan fagotsitozga uchraydi. So'ng makrofaglar spetsifik signalni T-limfotsit - xelperlarga uzatadi, ular B - limfotsitlarni plazmatik xujayralar proliferatsiyasiga va differentsirovkasiga sabab bo'ladi va antitelolarni aktiv sintezini ta'minlaydi. Sintezlanadigan antitelolar antigenlarga nisbatdan yuqori spetsifik bo'lib, ularni antigen - antitelo immun kompleksini hosil qilish bilan neytrallaydi. Immun komplekslar oldin gemosirkulyator rusloda va so'ng turli organlarni kapillyarlar devorida, hamda glomerulyar kapillyarlarida to'planadi (rasm 1.). Nefritogen potentsial va SIKni glomerulalar bazal membranasida cho'kishi (o'lchamlari kichik komplekslar ko'proq patogen va osonroq cho'kadi), tarkibida antigenlarning bazal membranalari va immun komplekslar elektr zadidan bog'liq.



Rasm1. Buyrak ko'ptokchasi mikroskop ostida.

Immunokompleksli nefrit bu qachonki qonda IK topilsa aytiladi. Bazal membrane (BM) murakkab tuzilishga ega bo'lib, kollagen va nokollagen glikoproteinlardan iborat. Nefrotik AG nokollagen oqsillar bilan bog'liq, IK - organizmga begona AG tushsagina paydo bo'lib, uning funksiyasi AG ni

eliminatsiya qilishdir. Ekzogen AG ko'p tushishi, fagotsitoz sistemasi etishmovchiligi, defitsitligidan organizmda IK uzoq tsirkulyatsiyada bo'ladi. BM – yuqori – zaryadga ega, IK ham har – hil elektrik zaryadga ega, IK ning (-) zaryadlisi BM orqali o'tmaydi. Neytral IK lar kichik zaryadlilari o'tadi. (+) zaryadli IK lar esa hammasi BM orqali o'tadi. IK larning ko'ptokchada fiksatsiyalanashi AG ning zaryadiga bog'liq. Organizm gepatotoksik xususiyati ham immunopatologik xolat rivojlanishiga sabab bo'ladi. Ba'zi AG lar GN shakllariga nisbatan spetsifik hisoblanadi. Viruslar BM ning mikro yopishqoqligini pasaytiradi, boshqa tomondan T - supressorlar etishmovchiligiga sabab bo'ladi. GN ko'ptokcha, BM kapilyarlarida IK joylashib olib, qator sistem o'zgarishlarni chaqiradi. Shular orasida gemostaz buzilishlari yetakchi o'rinni egallaydi. Ko'ptokchalarda fiksatsiyalangan IK kapilyar endoteliysini, trombotsitlar agregatsiyasini, boshqa shaklli elementlarni zararlab, kapilyarostaz va mikrotsirkulyatsiya buzilishlariga sabab bo'ladi. Fibrinoliz depressiyasi va aktivlashishi progressiv kechuvchi GN da kuzatilib, keyinchalik fibrin ko'ptokcha kapilyarlari yulida to'planadi va GN ni sklerozlanuvchi shakli rivojlanishiga olib keladi. Shuning uchun, mikrotsirkulyatsiya buzilib, DVS sindromlari har – xil ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Har - xil darajadagi sirkulyator va neyroendokrin buzilishlar GN ning turli xil klinik belgilarini namoyon qiladi.

TASNIF

Jadval 1. Bolalarda birlamchi glomerulonefrit tasnifi

GT shakli	Buyrakda jarayonning aktivligi	Buyrak holati	funksional
O'tkir GT	Boshlang'ich davri	Buyrak buzilishsiz	funktsiyalarini
O'tkir nefritik sindrom			
Nefrotik sindrom bilan	Avj olish davri	Buyrak buzilgan	funktsiyalari
Izolirlangan siydik	Qayta rivojlanish davri	O'tkir buyrak etishmovchiligi	

sindromi		
Nefrotik sindrom gipertenziya va gematuriya bilan	Surunkali GT ga o'tishi	
Surunkali glomerulonefrit:	Avj olish davri	Buyrak funksiyalari buzilmagan
	Qisman remissiya	
Nefrotik shakli		Buyrak funksiyalari buzilgan
Gematurik shakli	To'liq klinik-laborator remissiya	
Aralash shakli		Surunkali buyrak etishmovchiligi
O'tkir osti (yomon sifatli) glomerulonefrit		Buyraklar funksiyasini buzilishi bilan. SBYe

Klinika.

Kasallik nefrotik, nefritik va aralash shakllarda kechadi (jadval 1.):

Nefritik shakli :

- 1) Gematuriya
- 2) Proteinuriya
- 3) Gipertenziya
- 4) Oliguriya bo'lishi mumkin
- 5) Silindruriya
- 6) Leykotsituriya
- 7) Gipovolemiya
- 8) Ensefalopatiya

Nefrotik shakli :

- 1) Proteinuriya 3 g \ l va yuqori
- 2) Shish – keng tarqalgan
- 3) Gipoproteinemiya 40 g \ l
- 4) Giperxolesterinemiya bo'lishi mumkin
- 5) Gipertenziya
- 6) Eritrotsituriya
- 7) Azotemiya

Jadval 2. O'GN klinik simptomlari

Shikoyatlar	Rivojlanish sabablari	
Bcl sohasida og'riqlar	Buyraklar o'lchamini kattalashuvi	
Mehnat layoqatini pasayishi	Nerv-tomir ohirlarini qisilishi	
Bosh og'rig'i	Quvvatsizlik. Patologik jarayonda a'zo va tizimlarni zararlanishi	
Dizuriya	Arterial gipertenziya	
Oliguriya	Kalla ichi bosimni oshishi	
Chanqash	Buyrakda gemodinamikani buzilishi. Siydik yo'llari infeksiyasi	
Hansirash	Buyrakda gemodinamikani buzilishi. Koptokchalar filtratsiyasini buzilishi.	
	Markaziy ta'sir	
	Yurak etishmovchiligi. O'pkada nefrogen shish elementlari.	

Ko'pchilik hollarda, bolalar o'rtasida o'tkir GN, qandaydir biror infeksiyani boshlanishidan, bir necha kun o'tgandan so'ng ko'zga tashlanadi. Bu davr yashirin – latent davr bo'lib, 5 kundan 20 kunga qadar davom etadi. Bolalarda o'tkir GN ko'pgina renal va ekstrarenal simptomlar bilan davom etadi. Renal simptomlardan eng ko'zga tashlanuvchi belgilar bu siydik sindromi va ekstrarenal belgilar: qon bosimining oshishi va shishlarning paydo bulishi bilan xarakterlidir (jadval 2.).

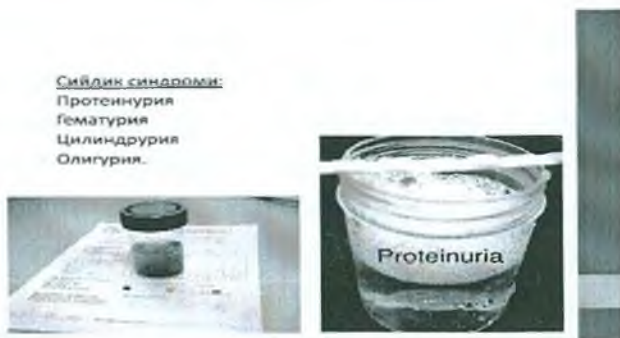
Jadval 3. O'tkir GN ni ekstrarenal belgilar

Simptom	Rivojlanish sabablari
Shishlar	Koptokchalar zararlanishi, koptokchalar filtratsiyasini pasayishi, natriyni filtratsion zaryadini kamayishi va reabsorbtsiyasini oshishi
	Suyuqlikni ushlanib qolishi Qon aylanish hajmini oshishi Giperalnizm yoki aldosteronga nisbatdan to'qimalar sezgirligini oshishi
	ADG sekretsiyasini oshishi yoki nefronni distal qismini xujayralarini unga nisbatan sezgirligini oshishi Kapillyarlar devorini o'tkazuvchanligini oshishi (qonda gialuronidaz aktivligini oshishi)
	Suyuqlikni kletchatkada qayta taqsimlanishi va to'planishi
	Gipertenziya tufayli gidrostatik bosimni oshishi
	Nefrotik sindromda plazmani onkotik bosimini pasayishi
Gipertenziya	Reninli genetz (buyraklarda qon aylanishini kamayishi tufayli renin sintezini ko'payishi)
	Gemodinamik faktorlar (tsirkulyatsiyalovchi qon xajmini oshishi)
	Natriy metabolizmini buzilishi Prostaglandinlar E, A sintezini pasayishi Kinin tizimini aktivatsiyasi
Bradikardiya	AB oshganda karotid sinusini baroretseptorlarini ta'sirlanishi
Yurak o'Ichamlarini kattalashuvi	Gipertenziya Miokardda metabolik buzilishlar

O'tkir GN kechishida shartli ravishda quyidagi davrlar tafovut etiladi. Boshlang'ich davr (4 haftagacha), orqaga qaytish davri (2-4 oy) va kliniko – laborator remissiya. Boshlang'ich davrni o'ziga hos 4 asosiy klinik sindromlari bor:

yani nefritik – 28,8 %, nefrotik- 6,2 %, chegaralangan siydik sindromi – 34,3 % va nefrotik sindrom, gematuriya va gipertoniya bilan 31,2 % (Naumova V.I. 1984 y.). Utkir GN ko'p hollarda organizmni kuchli zaxarlanishi (intoksikatsiyasi) bilan boshlanib, bemor bolaning umumiy ahvolini og'irlashuvi, holsizlik, tez charchash, ishtaxani pasayishi va diurezni kamayishi bilan kechadi. 12 –24 soatdan keyin bolaning terisi oqarib, yuzida, qul va oyoqlarida shishlar bo'lishi kuzatiladi. Ko'pchilik hollarda bosh og'rig'iga, qusish, ko'ngil aynish va siydik rangining o'zgarishiga shikoyat qiladi. Maktabgacha yoshda bo'lgan bolalarda ko'pincha bel sohasida kuchli og'riq va dizurik holatlar kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalarda yurak tomir va asab sistemasini buzilish simptomlari namoyon bo'ladi, shish sindromsiz kechishi xarakterlidir (jadval 3.).

Xastalikning nefrotik sindromi uchun xarakterli belgilar: bu yuzda shishlar, tizza sohasida shishlar, terining oqarishi bilan kechadi. To'qimalar gidrofilligi oshganligi tufayli bu sindrom bilan kechuvchi bemorlarda Mak – Klyur –Oldrich sinamasi – musbat bo'lib, fiz. e-ma tez so'riladi. Arterial qon bosimi oshgan, yurak nisbiy chegarasi kengaygan, yurak tonlari bug'iq, yurak cho'qqisida sistolik shovqin, ayrim hollarda ekstrasistoliya, “ritm galopa“ eshitiladi.



Rasm 2. Renal belgilar.

Nafas tezlashuvi lablar atrofida ko'karish, yurak sohasida og'riq – bu miokard gipoksiyasi natijasidir. Shishlar, ayniqsa, bemorning yuzi, qovoq osti va tanosil organlarda paydo bo'lib, anasarka holatiga (astsit, gidrotoraks, gidroperikardit) o'tishi

mumkin. Shishlar ko'pincha uzgaruvchan, vaqt - vaqti bilan kuchayib va kamayib turishi kuzatiladi. Sutkalik diurez kamayadi. Siydikda oksil ajralishi ko'payib 2,5 –3 g / sut bo'lishi mumkin. Siydikda kam miqdorda eritrotsitlar paydo bo'ladi, lekin tsilindrlar miqdori ko'payadi.



Rasm 3. O'GN nefrotik shaklini klinik ko'rinishi.

Nefrotik variant uchun xarakterli belgilardan – kuchaygan gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya va giperlipidemiya. O'tkir GNning CHEGARALANGAN SIYDIK SINDROMI uchun xarakterli belgilar: intoksikatsiyani, shishlar, arterial gipertenziyani va boshqa organlarda jiddiy o'zgarishlarni yo'qligi bo'lib, tashhis quyish faqatgina siydik sindromi (oliguriya, siydik solishtirma og'irligining ko'payishi to 1030 va undan yuqori, proteinuriya va gialin donachalari tsilindrlarning oz miqdorda, albuminuriya, makrogematuriya, leykotsituriya) asosida kuyiladi. O'tkir GNni boshlang'ich davrini NEFRITIK SINDROMI, GEMATURIYA va GIPERTONIYA variant uchun xos simptomlar - shishlar, makrogematuriya, arterial gipertenziya bo'lishi va bu simptomlarni ba'zida kuchayishi xarakterli.

GNni asoratsiz kechishida 3-4 xaftalarni ohirida xastalikni orqaga qaytish davri boshlanib, asta-sekinlik bilan shish, arterial gipertenziya mo'tadil xolatga qayta boshlaydi. Siydik sindromi va buyraklar funksiyasini tola tiklanishi

faqatgina 3-6 oylarda kuzatilishi mumkin. Shundan keyingina, klinik – laborator remissiya davri kuzatiladi.

Agar bemorga interkurrent infektsiya yoki surunkali infektsiya uchoqlari (tonzillit, gaymorit, karies) mavjud bo'lsa u holda GN cho'ziluvchan, to'liqsimon, uzoq kechib 1 yil va undan ko'p davom etishi, va 80-85 % bemorlarda to'la tuzalish yoki surunkali GN xolatiga o'tishi mumkin.

Agar o'tkir GN 1-2 yil davomida cho'zilib, yengil belgilar (AB, shish, siydik sindromi) kuzatilsa – bu hol ham surunkali GNga o'tganligidan dalolatdir.

Ko'p hollarda GN boshlang'ich davrini birinchi kunlarida kuzatiladigan og'ir asoratlardan biri ANGIOSPASTIK ENSEFALOPATIYA, ya'ni buyrak eklampsiyasidir. Bu holat ko'pgina bemorlarda bosh og'rig'i, qayt qilish, qusish, tana haroratini ko'tarilishi, epileptik xurujlar va klonik – tonik talvasalar bilan kechib, bemorlarda hushsizlik holati kuzatiladi.

Bu xurujlar 3-5 min. dan ko'proq davom etib, bir necha marotaba sutka davomida qaytarilib turishi mumkin.

O'TKIR BUYRAK YETISHMOVCHILIGI: (O'BYE, OPN) o'tkir GN ni boshlang'ich davrida namoyon bo'lib, uning rivojlanishida gipervolemiya va arterial gipertenziyani axamyati kattadir.

Buyraklarni orttirilgan yallig'lanishi immun jarohatlanishning eng og'ir va eng kam uchraydigan formasi O'TKIR OSTI (HAVFLI) GN dir.

Bu GN formasini rivojlanishida O'RVI, angina, skarlatinaning roli muhimdir. Xastalik juda tez yashin tezlikda boshlanib, juda og'ir va havfli kechadi. Tabobat ta'sir etmaydi va ko'pincha o'lim bilan tugaydi. O'lim, asosan, kasallikni o'ta og'ir kechishi natijasida, yurak qon tomirlarni o'tkir yetishmovchiligidan kelib chiqadi.

GLOMYERULONEFRITNI TASHHISLASH

O'tkir glomerulonefritni tashhislash uchun quyidagi kompleks tekshirishlar o'tkaziladi (rasm 4.)

1. Dinamikada siydik tahlili (7-10 kunda 1 marta). Agar umumiy siydik tahlilidan tashhislash uchun etarli o'zgarishlar bo'lmasa, Nechiporenko sinamasi (1 ml siydikda), Amburje sinamasi (1 daqiqada ajratilgan siydik), yana ham yaxshirog'i Addis – Kakovskiy sinamasi (12 soatlik siydikda) o'tkaziladi.

2. Siydikni ekish (3 martadan kam bo'lmashligi lozim). Bunda nafaqat mikrob aniqlanadi, balki uning antibiotiklarga sezgirligi ham aniqlanadi.

3. Bakteriuriya darajasini aniqlash. Bakteriuriya 100000 mikrob tanachalari aniqlanganda musbat hisoblanadi.

4. Buyrakning funksional holatini aniqlash.

A) Zimnitskiy sinamasi 7-10 kunda 1 marta o'tkir va og'ir bo'lmagan surunkali pielonefritda.

B) Reberg sinamasi – buyrakning og'ir zararlanishida filtratsiya buziladi; filtratsiyaga nisbatan reabsorbtsiya ertaroq kuzatiladi

V) Buyrakning sekretor funksiyasi va buyrakda qon aylanish tezligini aniqlash.

5. Qonning biokimyoviy tahlili.

Qonda oqsil, xolesterin, qoldiq azot miqdori oshgan bo'ladi. Glomerulonefritni tashhislash uchun disproteinemiya, sial kislotalarning miqdori, mukoproteinlar, musbat S – reaktiv oksil ahamiyatga ega.

6. Siydik chiqarish yullari va buyrakning ultratovush tekshirish.

7. Rentgenologik va boshqa instrumental tekshirish usullarini o'tkazish.

8. Bemor avlodini o'rganish va ularda hamma buyrak patologiyasi bilan bo'lgan bemorlarni ko'rsatish.

- макрогематурия,
- артериал гипертензия ,
- шишлар



Rasm 4. O'GN diagnostik kriteriylari.

D a v o l a s h

Aktiv fazada statsionarda o'tkaziladi va tartib, parhez, etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyadan iborat. Bemorlarga kasallikni o'tkir davrida va surunkali shaklini avj olish davrida yotoq tartibi buyuriladi. Bu tartibga kasallikni ekstrarenal belgilari bartaraf bo'lmaguncha rioya qilinadi: arterial bosimning normalizatsiyasi, shishlarni so'rilishi, siydik va qon tahlili yaxshilanishi. Yotoq tartibiga rioya qilish, tomirlar spazmini kamayishiga, arterial bosimni pasayishiga, koptokchalar filtratsiyasini oshishi va yurak etishmovchiligi belgilarini kamayishiga olib keladi. Yotoq tartibini o'rtacha davomiyligi 10-14 kun. Qat'iy va davomli yotoq tartibiga rioya qilish shart emas. Dietoterapiyani asosiy talabi – zararlangan a'zoni asrash va buzilgan funktsiyalarni qayta tiklash. O'tkir glomerulonefrit dastlabki kunlarda yoki surunkali glomerulonefritni avj olish davrida ko'plab shishlar, keskin gipertenziya, oligoanuriya namoyon bo'lganda engillashtiruvchi qandli-mevali dieta tavsiya qilinadi. Yengillashtiruvchi kunda suyuqlik hajmi to'qimalarni shish, gipertenziya darajasini inobatga olgan holda buyuriladi. Erta yoshdagi bolalarga engillashtiruvchi dietani o'tkazish o'ta qiyin, shuning uchun kasallikni dastlabki kunlarida ularga oqsil va tuz cheklangan dieta buyuriladi (sut, sutli butqa, kefir, kasha, sabzavotli butqalar, kompot va soklar). Yengillashtiruvchi dietadan so'ng tuzsiz va go'shtsiz stol buyuriladi. Oziqa ratsioniga kartoshka, ovsyankali va guruchli butqalar, karam, kadi,

sut buyiril Bu stol: oqsil – 40-50g (1kg tana vazniga 1-1,5g), yog' 85-70g (1 kg tana vazniga-2,5-2,8), uglevodlar 300-400g (1 kg tana vazniga – 13-15g), 2000-2400 kaloriyadan iborat. Ikkinchi xaftadan, shishlar kamaygandan so'ng, arterial bosim normallashtirishda, buyraklar funktsiyasi yaxshilanganda dieta kengaytiriladi. Qaynatilgan go'sht, baliq birinchi kunlarda kunaro, so'ng esa har kuni buyiriladi. Tuz miqdori ham har xafta 1g ga kupaytiriladi, so'ng esa to 4-5 g/sut gacha oshiriladi. Sabzavotli va mevali salatlar beriladi. Gematurik shaklda dieta tezroq shakllantiriladi, nefrotik va aralash shakllarda, nisbatdan, sekinroq. Kasallik boshlanishidan 1,5-2 oy utgach dieta sog'lom bolalar stoliga mos bo'ladi. Glomerulonefritni surunkali shaklida diyeta, nisbatan, yengilroq bo'ladi, chunki bularga, asosan, o'rta oq'irlikdagi siydik sindromi xos bo'ladi. Shishlar, gipertenziya va oliguriya kuzatilmasa tuz va suyuqliklar cheklanmaydi. Glomerulonefritni barcha shakllarda ovqat rasionidan dudlangan, achchiq, go'sht va baliq mahsulotlari, bulonlar, o'tkir ziravorlar, konservalar 1 yil davomida checlantiriladi, klinik-laborator remissiyaga erishgach esa yana ruxsat beriladi.

Zarur bo'lgan suyuqlik miqdori glomerulonefritni aktiv davrida quyidagicha taqsimlanadi. O'tgan kunning diurez miqdori hisobga olinib, tana yuzasini har 1kv.m. ga 300-500 ml yoki 200-250ml qo'shiladi. Ayniqsa, boshlanq'ich davrda va klinik belgilarni avj olish davrida B, P, C, A, E vitaminlar guruhi beriladi. O'tkir poststreptokokkli GT bilan kasallangan barcha bemorlarga antibakterial terapiya buyiriladi, bundan tashqari surunkali infeksiya o'choqlarini aktivlashuvi va immunodepressantlarni maksimal dozalarini qabul qilinganda ham beriladi. Kasallikni etiologik sababini aniqlash juda qiyin bo'lgani uchun antibiotiklar hamma bemorlarga 2-3 xafta davomida beriladi (ularni har 7-10 kunda almashtirish kerak). Antibiotiklarni qo'llash davomiyligi qat'iy individual holda belgilanadi. Penitsillin guruhidagi preparatlarni buyurish tavsiya etiladi (ampitsillin, oksatsillin, ampioks, karbenitsillin va b.q.), eritromitsin, $\frac{1}{2}$ -1/3 sutkalik dozada). Bazisli terapiya sifatida antigistaminli preparatlardan foydalaniladi, ular ko'pchilik yallig'lanish mediatorlarini aktivligini susaytiradi. Bu preparatlar bolaning ahvoriga qarab beriladi. Agar klinikada lanjlik, uyquchanlik kuzatilsa suprastin, tavegil, fenkarol,

qo'zg'alishda esa - dimedrol, pipolfen buyuriladi. Davolash kursi – 4-6 hafta, preparat dozalari yoshiga mos holda beriladi.

Diuretik vositalar – saluretiklar va osmodiuretiklar – shish sindromi, oliguriya, gipertenziya bilan kechadigan GTga xos. Saluretiklardan dixlotiazid (gipotiazid), laziks (furosemid) beriladi, ular buyrak kanalchalarida natriy va xlor reabsorbsiyasini pasaytiradi. Gipotiazidni sutkalik doza 25 mg dan – erta yoshli bolalar uchun, 25-50 mg dan maktabgacha yoshda va 50-100 mg dan maktab yoshida 2 mahal ichish uchun beriladi. Laziks 3-5 mg/kg sutkalik dozada qabul qilinadi, 2 mahal yoki m/o (v/i) 1% eritma shaklida 1 sutkada 1 marta beriladi. Etakrin kislotasi (uregit) sutkalik doza 2,5 – 5 mg/kg hisobida qo'llash mumkin. Preparat ertalab 1 marta ovqatdan so'ng har kuni yoki kunaro beriladi. Bu preparatdan tezkor effekt olish uchun foydalaniladi va v/i 10% glyukoza yoki natriy xlor eritmasida yuboriladi. Klopamid (brinaldiks) ham saluretik ta'siriga ega, u ertalab 10-20 mg sutkalik doza miqdorida beriladi. Kaliy saqlovchi effektga ega preparatlardan foydalaniladi: triamteren, distal kanalchalarning xujayra membranasini natriy uchun o'tkazuvchanligini pasaytiradi va kaliyni saqlagan holda natriyni siydik bilan ajralishini oshiradi (diuretik ta'sir 15-20 min. dan so'ng, sutkalik doza 0,25-0,5 g dan ovqatdan so'ng 1-2 marta beriladi); triampur, shunday ta'sirga ega, sutkalik doza – ½ tabletkadan 2 mahal ovqatdan so'ng beriladi; aldakton (veroshpiron) -10 mg/kg 1 sutkada, lekin 200-300 mg/sut dan oshmasligi kerak. Yuqorida ko'rsatilgan saluretiklar o'rtacha gipotenziv ta'sirga ega, shuning uchun ularni qo'shimcha gipotenziv preparatlar bilan birga qo'llash tavsiya etiladi. Osmotik diuretiklardan 20% mannitol (1g/kg hisobida) beriladi. Diuretik preparatlar bilan davolash kursi individual tarzda olib boriladi. Eufillin bilan trental ham diuretik effektga ega, chunki ular mikrotsirkulyatsiyani va buyraklar gemodinamikasini yaxshilaydi. Bu preparatlar diuretiklar bilan birga qullanganda effektivligi oshadi. Tajribalar asosida shu ma'lum bo'ldiki, birinchi navbatda euphillin yoki trental, 30-40 minutdan so'ng – diuretiklar yuboriladi. Bunday sxema asosida qilingan davo choralarini ijobiy effekt beradi.

Gipotenziv dori vositasi sifatida rauvolfiy preparatlari qullaniladi (rezerpin, raunatin va b.q.). Ular buyrak gemodinamikasini normallashtiradi va qon oqimini

yaxshilaydi, buyrak tomirlarini tonusini pasaytiradi, sedativ va vagotrop ta'sir qiladi. Effekt qabul qilgandan so'ng 2-6 kundan keyin yu.k. Rezerpin 0,1-0,4 mg/sut dan ovqatdan so'ng 2-3 marta ichishga yoki m/o 0,1-0,2 ml 0,1% yoki 0,25% eritma xolida qo'llaniladi; raunatin – 1/3-1/2 tabletkadan 2-3 mahal ovqatdan so'ng qo'llaniladi.

Kombinirlangan preparatlar kuchli ta'sir qiladi: kaptopril, adelfan (1/2 tabletkadan 2 marta 1 sutkada); adelfan-ezidreks-K (1/2 tabletkadan 2 mahal); trirezid (1/2 tabletkadan 2 marta). Gipotenziv vosita sifatida dibazol v/i, m/o yoki ichish uchun (0,2-0,5 ml 1% eritma 1 sutkada 1 marta yoki tabletk 0,002g dan 2 marta), klofelin, dopegit, izobarin va b.q. Renin-angiotenzin tizimiga nifedipin va kaptopril ta'sir qiladi (ichish uchun, sublingval tabletk ko'rinishida 25 mg dan), ular fermentni ingibirlaydi, ya'ni angiotenzin-1 ni angiotenzin 2 ga aylanishini. GT da yurak-qon tomir tizimini tez-tez yallig'lanishini inobatga olgan holda korglikon, strofantin, digoksin, riboksin beriladi.

Patogenetik terapiya.

A) immunodepressantlar – antitelolar sintezini ingibirlovchi, immun komplekslar hosil bo'lishini oldini oluvchi preparatlar guruhi.

B) immunomodulyatorlar – limfotsit va makrofaglar subpopulyatsiyasini immunoregulyator funksional aktivligini normallashtiruvchi preparatlar guruhi.

Immunodepressantlar guruhiga glyukokortikoid va sitostatik preparatlar kiradi. Glyukokortikosteroidlar ko'proq o'tkir va surunkali glomerulonefritni nefrotik shaklida effektiv, aralash shakllarda monoterapiya kam ta'sir qiladi. Glyukokortikosteroidlar turli hil murakkab ta'sir mexanizmga ega. Ular: immunodepressiv ta'sir – immunokompetent xujayralarni differentsirovkasini tormozlaydi, antitelolar sintezini susaytiradi, T-limfotsitlar va immun komplekslar sonini kamaytiradi; yallig'lanishga qarshi effekt – sitomembranalarni stabilizatsiyasini amalga oshiradi, antigistaminli ta'sir ko'rsatadi, kollagen va mukopolisaxaridlar sintezini pasaytiradi, xujayralar proliferatsiyasini pasaytiradi va kapillyarlar o'tkazuvchanligini normallashtiradi, eritro-, leyko- va trombopoezga

stimullovchi ta'sir ko'rsatadi. Ular oqsil, uglevodlar, lipidlar almashinuvini, glyukoneogenezni boshqaradi va ko'ptokchalar filtratsiyasini kuchaytiradi. Prednizolon va urbazon (metilprednizolon, metipred) eng keng tarqalgan preparatlar. Triamtsinolon (polkartolon, kenakort) va deksametozon keng qullaniladi. Bir preparatdan ikkinchi preparatga o'tish uchun quydagi ekvivalentlar qullaniladi: 5 mg prednizolon 4-5mg urbazonga, 4 mg triamtsinolonga, 0,75 mg deksametazonga teng. Asosan, kortikosteroidlar maksimal dozada 6-8 hafta davomida, so'ng uzoq davom etuvchi ushlab turuvchi dozaga o'tib davolanadi. Prednizolonni to'liq sutkalik dozasi 1,5-3 mg/kg ni t.q. Bolaning yoshi qanchalik kichik bo'lsa, shunchalik preparat dozasi 1 kg tana vazniga nisbatdan baland bo'ladi, lekin 45-60 mg dan baland emas. Kasallik aktivligi pasaygan sayin, klinik va laborator ko'rsatkichlar yaxshilanadi, sutkalik doza pasaytiriladi, 1,5-2 oydan so'ng yarim doza ko'rinishida statsionarda davriy terapiyaga o'tadi va ambulator sharoitda 6-12 oy davom ettiriladi. Preparat har 6-8 xaftada yarim dozaga kamaytiriladi, 2,5 mg ga, 5 mg/sut doza esa kamaytirilmaydi to davo kursi tugaguncha. Davriy davo usuli asta-sekin tanaffusni 1-4 kungacha oshirishga olib keladi (3 kun bemorga prednizolon beriladi, 4 kun tanaffus). Interkurrent kasallik davomida preparatni har kuni biroz oshirilgan dozada berish tavsiya qilinadi Glyukokortikoidlarni qabul qilish vaqti ham alohida ahamiyatga ega. An'anaviy holda, glyukokortikoidlarni ertalab qabul qilish tavsiya qilinadi, chunki bu gormonlarni sintezi organizmda shu sutka ritmiga mos keladi. Ammo so'nggi yillarda izlanishlar shuni ko'rsatdiki, maksimal immunodepressiv effekt kuzatiladi, agar glyukokortikoidlar kechqurun qabul qilinsa. Shuning uchun, glyukokortikoidlarni maksimal dozada qabul qilish, bemorlarga preparatlar an'anaviy sxema buyicha (ertalab va kunni birinchi yarimida), bu esa xaqiqatdan ham glyukokortikoidlarni buyrak usti bezlariga nisbatdan zararli ta'sirini kamaytirishga olib keladi. Ushlab turuvchi dozani qabul qilish, bemorlarga glyukokortikoidlar kechqurun (optimal qabul – 22-23 soatlar orasida) buyuriladi. Bunday sxema yuqori immunodepressiv effektga erishishga va preparatlar dozasini kamaytirishga yordam beradi. Gormonal terapiyada tez-tez uchraydigan nojo'ya ta'sirlari: tana vaznini oshishi, teritrofik

buzilishlar, septik jarayonlar, suyaklar osteoporozi, katarakta, steroid diabet, oshqozon-ichak traktining erroziv - yarali zararlanishi, psixik buzilishlar.

GNda immun yallig'lanish sitostatik immunodepressantlarni berishga sabab bo'ladi: xlorbutin (leykeran), tsiklofosamid (tsiklofosfan), azatioprin (imuran). Bu preparatlar xujayraviy va gumoral immun javobni depressiyasini chaqiradi, antiproliferativ ta'sir ko'rsatadi, nuklein kislotalar metabolizmini pasayishi, yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega. Odatda, ko'rsatilgan preparatlardan bittasi buyuriladi. Quydagi dozada buyurish tavsiya etiladi: xlorbutin va leykeran 0,2-0,3 mg/kg 1 sutkada, tsiklofosamid va azatioprin – 2-3 mg/kg. Immunodepressantlar statsionarda buyuriladi.

Immunodepressantlarni qullashga ko'rsatma:

- GN ni nefrotik shaklida dastlabki 3-4 hafta davomida gormonal terapiyadan effekt bo'lmasa (gormonrezistent variant), GN ni nefrotik shaklini avj olishida va retsidivlanishida (gormonbog'liq varianti)
- Gormonni sutkalik dozasi pasaytirish yoki to'liq tuxtatish zarur. Kortikosteroidlarni immunosupressantlar bilan birga qo'llanilishi immunodepressiv effektni kuchaytiradi va qon yaratilishini susaytiradi. Immunosupressorlar to'liq dozada statsionarda 6-8 hafta davomida beriladi, keyin ularni ushlab turuvchi dozada (maksimal davolovchi dozani $\frac{1}{2}$ qismini) to davo kursi tugaguncha. Davoni davomiyligi individual tarzda belgilanadi, kasallik dinamikasidan, preparatni ko'tara olish darajasidan, nojo'ya ta'sirlardan bog'liq holda davom ettiriladi. Ba'zan, birinchi 3-4 kunda immunosupressorlar yuqori dozada beriladi, so'ng esa yana umumiy dozaga qaytadi.

Immunosupressorlarni nojo'ya ta'siri:

1. Qon yaratish funksiyasini susaytiradi (anemiya, neytropeniya, limfopeniya, trombopeniya, pantsitopeniya);
2. Qon zardobini bakteritsid aktivligini, kompliment titrini, lizotsimni, leykotsitar interferonni, qonda v-2-mikroglobulinni pasayishi; uchoqli infektsiyani avj olishi,

septik asoratlarni kelib chiqishi. Bunda immunosuppressantlar bilan davolash keskin klinik-laborator nazoratni talab qiladi. Qon tahlilini 3-7 kunda 1 marta tekshirish zarur. Agar qonda leykotsitlar miqdori 3000 gacha kamaysa tsitostatiklar dozasini kamaytirish lozim va prednizolon dozasini 10-15 mg ga oshirish kerak, leykostimullovchi preparat beriladi. Agar qonda leykotsitlar 2000 gacha kamaysa preparatni berish man etiladi, prednizolonoterapiyani qon tahlili normallashtirishga qadar davom ettirish shart, bundan so'ng tsitostatikoterapiyani qaytadan boshlash zarur. Doimiy va yuqori pantsitopeniyada tsitostatiklar to'xtatiladi.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar – voltaren (diklofenak), ortofen, indometatsin, brufen (ibuprofen) va b.q. renin aktivligini va buyrakda prostaglandinlar sintezini susaytiradi, plazmada kininogen miqdorini pasaytiradi, lizosomalar membranasini stabilashtiradi, buyrakka neytrofillar migratsiyasini kamaytiradi, gistamin realizatsiyasini susaytiradi, trombotsitlar agregatsiyasini va antigen-antitelo immun reaksiyasini susaytiradi, antidiuretik gormonning periferik ta'sirini kuchaytiradi, proteinuriyani pasaytiradi.

NYaKVni qo'llashga ko'rsatma:

1. Gipertenziyasiz va buyrak etishmovchilgisiz kechayotgan surunkali GT.
2. Gematurik shaklda kam effektiv.

NYaKVni qullashga qarshi ko'rsatma:

1. Surunkali GN ni aralash shaklida kuchli gipertenziya va yuqori aktivlikdagi nefrotik sindrom.

Indometatsin dozasi 2-3 mg/kg 1 sutkada. Davolashni 1/3 dozadan boshlash kerak va har 3-4 kunda ko'paytirib boriladi to terapevtik dozagacha. Brufen dozasi – 88 mg/sut 3-4 mahal berish kerak. Preparat ovqatdan so'ng sut bilan birga beriladi. Davolash kursi – 3-6 oy. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarning asosiy ta'sir mexanizmi – tsiklooksigenaza fermentining aktivligini ingibitsiyasi bo'lib hisoblanadi va, shu bilan birga, prostaglandinlar sintezini blokirovkasi. Prostaglandinlar to'qimada xujayra membranasini fosfolipidlaridan (araxidon kislotasi) hosil bo'ladi. NYaKV larni bu effekti nafaqat ijobiy ahamiyatga ega, balki buyraklar funksiyasiga zararlovchi ta'sir ko'rsatadi va ba'zi nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqaradi (dispepsiya,

anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda og'riq, oshqozon-ichak traktidan qon ketishi, bosh og'rish, krapivnitsa). NYaKV lar ta'sirida buyraklarda kon aylanishi kamayadi, glomerulyar filtratsiya pasayadi va natriy reabsorbtsiyasi kuchayadi, bu esa organizmda suv va tuz ushlanib qolishiga olib keladi hamda giperkaliemiyanı rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Antikoagulyant va antiagregant terapiya bevosita antikoagulyant geparinni ishlatish bilan amalga oshiriladi. U bevosita qon ivish faktorlariga ta'sir qiladi, trombin biosintezini bloklaydi, trombotsitlar va eritrotsitlar agregatsiya va adgeziasini pasaytiradi, fibrinolizni aktivlaydi, tromblar hosil bo'lishini oldini oladi, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi, natriyuretik, diuretik, gipotenziv va immunosupressiv ta'simi yaxshilaydi.

Geparinni ishlatishga ko'rsatma:

1. Shish sindromi;
2. Yuqori giperlipidemiya;
3. DVS-sindrom;
4. Giperkoagulyatsiya belgilari;
5. Buyraklar funksiyasini pasayishi.

Geparin teri ostiga qilinadi. U asta-sekin yuboriladi – 4 mahal. Sutkalik doza 100 dan to 300 ed/kg. Geparinning ta'siri 40-60 min.dan so'ng boshlanadi va 8-12 soat davom etadi. GNda massiv shish sindromida va buyrak etishmovchiligi fonida geparinni v/i yuborish lozim. Geparinni m/o ga yuborish tavsiya etilmaydi, chunki u tez inaktivatsiyalanadi. Davolash kursi 4-6 hafta. Preparat asta-sekin martalik dozani kamaytirish yuli bilan to'xtatiladi. Geparin bilan davolash koagulogramma nazorati ostida va Li-Uayt buyicha qon ivish vaqtiga qarab 3 kunda 1 marta amalga oshiriladi. Geparin dozasi effektiv bo'lib hisoblanadi, agar preparat teri ostiga yuborilgandan so'ng qon ivish vaqti 4-5 sek.dan so'ng 1,5-2 martaga oshsa, plazmaning rekalsifikatsiyasi sokinlashsa, trombin vakti uzaysa, geparinga tolerantlik pasaysa. So'nggi yillarda GN bilan kasallangan bolalarda geparinni notravmatik aerezolli kiritish usuli keng qullanilmoqda. Aerezolli usulda kiritish uchun geparinning 1 sutkalik dozasi 500 ed/kg. Ingalyatsiya 1 sutkada 2 mahal (har 12 soatda) 4 kun

davomida, 3 kunlik tanaffus bilan amalga oshiriladi. Bunda 1 martalik doza (sutkalik dozani 1/2) distillangan suvda 1:4 nisbatda eritiladi. Geparinni ingalyatsiya usulida kiritish uchun eritmani umumiy hajmini kamaytirish uchun tijoratli geparindan foydalaniladi, bunda geparin aktivligi 10000 ed/ml. Muolajani davomiyligi 10-15 min. Ingalyatsiya uchun ultratovushli ingalyatordan foydalaniladi, u eritmani monodisperst aerizoligacha parchalaydi, $d = 10 \mu\text{m}$ dan oshmaydi. Muolaja texnikasi qabul qilingan fizioterapiya muolajasidan farq qilmaydi. Agar muolajani 2 mahal o'tkazish uchun sharoit bo'lmasa ingalyatsiyani 1 marta bajarish mumkin. Bunda preparatni sutkalik dozasi distillangan suvda 1:2 nisbatda eritiladi. Terapiyani agar 1 marta bajarsa 5 kun davomida 2 kunlik tanaffus bilan bajarish tavsiya etiladi. Davolash kursi geparin bilan – 1,5-2 oy davom ettiriladi. Agar geparin me'yoridan ortiq yuborilsa burundan va oshqozon - ichak traktidan qon ketishlar kuzatiladi, gematuriya kuchayadi. Bunda uning antagonisti – protamin sulfat 1 % eritma ko'rinishida vena ichiga tomchilab yoki birdan yuboriladi, qon ivish xususiyatini nazorati ostida bajariladi. 1 mg protamin sulfat (0,1 ml 1% eritma) 100 ed geparinni neytrallaydi, agar u geparindan so'ng 15 min. keyin yuborilsa. Protamin sulfat dozasi ohirgi 4 soat ichida yuborilgan geparin miqdoriga nisbatdan hisoblanadi. Bilvosita antikoagulyant ta'sirga ega vositalar (fenilin, neodikumarin va b.q.) bolalar nefrologiyasida kamdan - kam foydalaniladi. Antiagregantlar geparin effektivligini oshiradi, trombositlar tromb hosil bo'lishiga tusqinlik qiladi, trombositlar hususiyati o'zgarish yo'li bilan, buyraklarda mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi. Kurantil 10-15 mg/kg dozada geparin, tsitostatiklar va prednizolon bilan birga 3-6 oy davomida qullaniladi (4 komponentli terapiya).

Immun buzilishlar, T-limfotsit-supressorlarni funktsional aktivligini pasayishi, nospetsifik immunitet ko'rsatkichlarini pasayishi immunstimullovchi preparatlardan foydalanish uchun ko'rsatma bo'ladi, lekin bularni immunodepressantlarni davolash sxemasiga qushishdan oldin berish kerak, chunki immunodefitsit holati doim glyukokortikosteroid va tsitostatiklar bilan davolaganda yuzaga keladi. GN ni nefrotik va aralash shaklida avj olish davrida interferon hosil bo'lishi va leykotsitlarning fagotsitozi pasayadi. Bunday holatlarda odam interferonini intranazal

yoki ingalyatsiya shaklida 2 mahal 2-3 hafta davomida beriladi. Agar kasal bolada T-limfotsit-supressorlarni funksiyasi pasaysa, T- va V- limfotsitlar orasidagi munosabatni buzilishi, levamizolni qullashga asos bo'ladi, u esa immunokompetent hujayralarni funksiyalarini korrektsiya qilish hususiyatiga ega. Levamizol quydagi sxema buyicha beriladi: 2-2,5 mg/kg sutkalik dozada (lekin 150 mg dan oshirmasdan) 1 haftada 3 kun so'nggi 4 kunlik tanaffus bilan, odatda, 8-12 tsikl), immunogramma nazorati ostida. Preparat immun tizimini normalizatsiyasiga olib keladi, proteinuriyani kamaytiradi, remissiyani uzaytiradi va immunodepressantlar dozasini pasayishini ta'minlaydi. Sitostatiklar bilan davolaganda lizotsimni qullash tavsiya etiladi (2-4 mg/kg sut.) 2 hafta davomida ingalyatsiya qilish yuli bilan yoki 3 kunlik tanaffus bilan 1 hafta davomida.

Immunomodulyator sifatida timus preparatlaridan – timalin (m/o 10-20 mg dan har kuni 3 hafta davomida) va T-aktivin (0,01 % eritma t/o 1 sutkada 1 mahal 0,1-0,3 ml dan).

Buyrak to'qimasini xujayra membranasini struktur-funksional buzilishlari membrano-stabillovchi va antioksidant terapiya yordamida tiklanadi. Dimefosfan 30-50 mg/kg 1 sutkada, davolash kursi – 2-3 hafta; kamitin xlorid, lipoevaya kislota, unitiol, magniy okisi, essentsiale, vit. V6, A, Ye, aevit va b.q.dan foydalaniladi.

O'tkir GN ni izolirlangan siydik sindromi va surunkali GN gematurik shakl bilan kasallanganlarni davolash nihoyatda qiyin. Bemorlarni kompleks davolashda NYaKV, xinolin preparatlar, membrana stabilizatorlari, antikoagulyant va dezagregantlardan foydalaniladi.

Shunday qilib, kompleks davolash choralariga:

1. Bazisli terapiya (tartib, dieta, vitaminlar, antibiotiklar, antigistaminlar va b.q. preparatlardan foydalaniladi), bular GN ni barcha shakllarida beriladi.

2. Patogenetik, qat'iy individualizirlangan terapiya: gematurik shaklda – geparin, kurantil, NYaKV (aspirin, indometatsin, brufen, voltaren), xinolin vositalar (delagil, plakvinil); nefrotik shaklda glyukokortikosteroidlar, geparin, kurantil (dipiridamol), tsitostatiklar, NYaKV, atopik reaksiyalar aniqlanganda – intal yoki zaditen; aralash shaklda – to'rtkomponentli terapiya: glyukokortikoidlar, immunosupressantlar

(shishlar va gipertenziasiz davrda), geparin va kurantil (giperkoagulyatsiya va mikrotsirkulyatsiyani buzilish simptomlari).

GN ni xronik shaklga o'tishini oldini olish maqsadida etapli davolash lozim. Aktiv fazada kompleks terapiya statsionarda o'tkaziladi, noaktiv fazada – bolalar reabilitatsiyasi poliklinika sharoitida davolanadi.

DISPANSYERIZATSIYA.

GN ni kechish hususiyatlaridan qat'iy nazar, hamma bolalar dispanser kuzatuv ostida bo'lishi kerak, nefrolog yoki mahalla pediatri tomonidan 5 yil davomida to'liq kliniko-laborator remissiya boshlangandan nazoratda bo'lishi shart. Dispanserizatsiya aktiv kuzatuv va davolashni, kasallikni avj olgan davrini o'z vaqtida aniqlashni va kasallik retsidivini profilaktikasini, reabilitatsion choralarni amalga oshirishni taqozo etadi. Bola statsionardan javob bo'lgach medikamentoz davoni olishni davom ettiradi. TSitostatik va glyukokortikoidlar bilan davolanganda bolalar uy tartibida bo'lishi shart. Yil davomida jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish umumiy bolalar guruhida man etiladi, ortostatik zuriqishlar va suv havzalarida cho'milish ham tavsiya etilmaydi. Avj olish davrini ambulator sharoitda o'z vaqtida aniqlash bolani regulyar ko'zdan kechirish yo'li bilan amalga oshiriladi (birinchi yilda har oy, keyingi yillarda har kvartalda), arterial bosimni o'lchash va siydik, qon tahlilini o'tkazish zarur. Retsidiv aniqlangandan so'ng tartib, dicta, medikamentoz terapiya, o'quv va jismoniy zo'riqishni o'z vaqtida korrektsiyasini va, albatta, surunkali infektsiya uchoqlari sanatsiyasini talab qiladi. Immunodepressant va glyukokortikoidlar bilan davolaganda nojo'ya ta'sirlar ham yuzaga chiqishi mumkin, ular ham korrektsiyaga muhtoj. Retsidiv sabablari interkurrent kasalliklar bo'lib hisoblanadi, shuning uchun vrachning to'g'ri taktikasi katta ahamiyatga ega – bolaga yotoq tartibi, 8-10 kun davomida antibiotiklar, antigistamin preparatlar, simptomatik vositalar va b.q. Davriy ravishda davolanish davomida bolalar iste'mol qilib yurgan tsitostatiklar va kortikoidlar dozasi oshirib berish kerak va 7-10 kun davomida tavsiya qilinadi, so'ng esa yana boshlang'ich davriysimon dozaga o'tiladi. Buyraklar funksiyasini nazorat qilish maqsadida bolani 1 yilda 1 marta, to'liq klinik-laborator remissiya bo'lishiga qaramasdan, kompleks tekshiruvdan o'tkazish kerak (qonda kreatinin,

mochevina, proteinogramma, xolesterin, endogen kreatinin klirensi, tubulyar funktsiya ko'rsatkichlari va renostintografiya).

A s o r a t l a r

Asoratlar - har - xil davolash usullari noto'g'ri qo'llanilishi natijasida va kasallikni o'tkir shaklini nojo'ya oqibatidan kelib chiqadi: tromblar tiqilishi, eklampsiya, O'BY, SBY (rasm 4.).



Rasm. 5. Surunkali buyrak etishmovchiligi.

VAZIYATLI MASALALAR

Masala № 1.

Bemor -9 yoshda quyidagi shikoyatlar bilan muroajat qildi: ko'z ostida shishlarga, bosh og'rig'iga, tana haroratini 38,2 S gacha ko'tarilishiga, bel sohasidagi og'riqlarga, siydik rangini qizg'ich tusda bo'lishiga "go'sht yuvindisi", arterial bosimni ko'tarilishiga 130/80 mm sim. ust. Siydik analizida oqsil 0,165 g / l Qon bioximiyasi – umumiy oqsil 78 g / l.

Qo'yilgan tashhis: o'tkir glomerulonefrit.

Kasallikni klinik shaklini ko'rsating.

- A. Izolirlangan siydik sindromi
- B. nefrotik sindrom C. nefritik sindrom
- D. nefrotik sindrom gematuriya va gipertenziya bilan birga

- E. aralash sindrom

Masala № 2.

Bemor tarqalgan shishlar bilan, ayniqsa, yuz sohasida, tanada, qul-oyoqlarda, astsit. AB - 90/50 mm.sim.ust.Umumiy siydik tahlili - oqsil - 3,1 g / l, leykotsitlar - 2-3 ko'ruv maydonida, eritrotsitlar - 5-7 ko'ruv maydonida. Nima sizga buyraklar funksiyasini baholashda yordam beradi?

- A. Sutkalik proteinuriya.
- B. Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili
- C. Proteinogramma
- D. Endogen kreatinin buyicha klirens
- E. Siydik umumiy tahlili.

Masala № 3.

Bemor 5 yil davomida nefrolog dispanser nazorati ostida surunkali GN aralash shakli, klinik remissiya davri. Bu holatda siydikda qanday o'zgarishlar aniqlanadi?

- a. Gematuriya.
- b. Leykotsituriya.
- c. Bakteriuriya.
- d. Glyukozuriya.
- e. Silindruriya.

Masala № 4.

Bemor 12 yoshda quydagi shikoyatlar bilan murojat qildi: darmonsizlik, shish qovoqlarda, tizzalarda, qo'llarda. 3 hafta oldin angina bilan kasallangan. Tekshirish davomida: umumiy qon tahlili: L - 12,5 T / l; SOE 30 mm / ch. umumiy oqsil - 42 g / l. Umumiy siydik tahlili: oqsil-3, 4 g / l; leyk. - 3-4 p / z; er. - 10-20 k / m. Dastlabki tashhisingiz.

- A.O'tkir glomerulonefrit, nefrotik sindrom.
- B.Surunkali glomerulonefrit, nefrotik shakli.
- C.Interstitsial nefrit
- D.O'tkir pielonefrit

E. Dizmetabolik nefropatiya

Masala № 5.

Bemor 7 oylik. Gastroenterit fonida terisini sarg'ayishi kuzatilmoqda, ko'plab gemorragiyalar, siydik go'sht yuvindisi rangida, oliguriya, gepatosplenomegaliya. Paraklinik belgilar: anemiya, leykotsitoz, retikulotsitoz, bilvosita bilirubin 3 marta ko'paygan, transaminaza o'rtacha darajada ko'tarilgan, ishqoriy fosfataza, proteinuriya 1,5 g / l gacha, makrogematuriya, tsilindruriya, kreatinin va mochevina 4 marta oshgan, disproteinemiya. Sizning taktikangiz.

- a. Gemodializ
- b. Prednizolon 2-3 mg / kg, geparin 100 ed / kg, infuzion terapiya, dipiridamol
- c. Infuzion terapiya, diuretiklar
- d. Infuzion terapiya, prednizolon 2-3 mg / kg, diuretiklar
- e. Infuzion terapiya, prednizolon 2-3 mg / kg, diuretiklar, geparin 100 ed / kg.

Masala № 6.

8 yoshli bemorga nefrologiya bo'limida uzoq vaqt davolangandan so'ng, uyiga mahalla pediatri tomonidan nazorat qilish uchun javob berildi: o'tkir glomerulonefrit, nefritik sindrom, noto'liq klinik-laborator remissiya davri, buyraklar funksiyasini buzilishisiz. Dispanserizatsiya muddatini ayting?

- A. 2 yil
- B. 3 yil
- C. 5 yil
- D. 1 yil
- E. 6 oy

Masala № 7.

Bemor qizcha 7 yosh, sovqotgan, so'ng O'RVIn boshdan kechirgan. 10 kundan so'ng onasi bolani siydigini rangi qizg'ich tusda ekanligini ko'rdi. Siydik analizi shuni ko'rsatdiki: eritrotsitlar butun ko'ruv maydonini qoplaganini, gialin tsilindrlar 3-4

ko'ruv maydonida, oqsil - 0,66 g/l. Buyraklarni qaysi patologiyasi haqida o'ylash mumkin?

- A. O'tkir glomerulonefrit, nefrotik shakli.
- B. O'tkir pielonefrit.
- C. O'tkir glomerulonefrit.
- D. O'tkir glomerulonefrit izolirlangan siydik sindromi bilan.
- E. Sistit.

Masala № 8.

Bemor qizcha 10 yosh statsionarga navbatdagi tekshirish va davolash uchun yotqizildi. 2 yil davomida kasal. O'RVI dan so'ng 1 xaftadan keyin darmonsizlik, bosh og'rishi, oyoqlarda shish, bel sohasigacha, yuzida, $t\ 37,6^{\circ}\text{S}$, AB 105/65 mm sim.ust., YuUS 86 ta 1 min. Oqsil yo'qotilishi 1 sutkada 6 g, tsilindruriya, nikturiya, SOE - 44 mm / s, qonda umumiy oqsil 45 g/l, a2-globulinlar 27%. Patogenetik terapiyaga kiradigan asosiy preparatlar guruhini ayting.

- A. Antibiotiklar
- B. Glyukokortikoidlar
- C. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar
- D. Diuretiklar
- E. Antikoagulyantlar

Masala № 9.

Bemor qizcha 11 yosh nefrolog dispanser kuzatuvi ostida surunkali glomerulonefrit, gematurik shakli remissiya davri bo'yicha turibdi. Interkurrent kasalliklar davrida kasallikni retsidivini oldini olish maqsadida qanday terapiya o'tkaziladi?

- A. Steroid gormonlar.
- B. Vitaminoterapiya.
- C. Dezagregantlar.
- D. Antibakterial preparatlar.
- E. Antikoagulyantlar.

Masala № 10.

Bemor qizcha 5 yosh nefrologiya bo'limiga tarqalgan shishlar: yuzda, belda, oldingi qorin devorida, tashqi jinsiy a'zolarda, oliguriya belgilari bilan yotqizildi. Ob'ektiv: terisi oqimtir, quruq, jigar + 5 sm, astsit. AB - 90/50 mm sim. ust. Siydik tahlilida: oqsil - 9,2 g / l, mikrogematuriya, tsilindruriya. Qonda SOE keskin ko'tarilgan, gipoalbuminemiya, giperxolesterinemiya. Qaysi preparatni patogenetik terapiya maqsadida buyurish kerak?

- A. Veroshpiron
- B. Yangi muzlatilgan plazma
- C. Laziks
- D. TSiklofosfan
- E. Prednizolon

Masala № 11.

Shifoxonaga 16 yoshli bola SBYe bilan yotqizildi. Bemorni ahvoli og'ir bo'lgani uchun anamnez yig'ib bo'lmadi, tibbiy ma'lumotlar yo'k. Statistik ma'lumotlarga ko'ra SBYe ni keng tarqalgan sabablaridan biri bu:

- A. Ikkilamchi amiloidoz
- B. Qandli diabet
- C. Surunkali glomerulonefrit
- D. Gipertonik kasallik
- E. Buyrak polikistozi

Masala № 12.

13 yoshli bemor qizcha tekshirilganda o'tkir glomerulonefrit aniqlandi, nefritik sindrom, boshlang'ich belgilar davri, buyrak funksiyalarini buzilishsiz. Asosiy etiotrop preparatni buyuring.

- A. Prednizolon
- B. Penitsillin
- C. Biseptol
- D. Geparin
- E. Saluretik

Masala № 13.

10 yoshli bola statsionarda o'tkir glomerulonefrit nefritik sindrom, boshlang'ich belgilar davri buyraklar funksiyasini buzilishi bilan yotqizildi. Kuchli bosh og'rig'i fonida qusish, ko'rish hususiyatini pasayishi, hushdan ketish, talvasalar kuzatildi. Bu holatni asosiy profilaktika chorasini ayting:

- a. Kaltsiy preparatlari
- b. Kardiotoniklar
- c. Kortikosteroidlar
- d. Talvasaga qarshi vositalar
- e. Gipotenziv vositalar

Masala № 14.

10 yoshli bemor surunkali glomerulonefrit bilan kasallangan. Ko'zga ko'rinarli shishlar yo'q. AB - 110/60 mm sim. ust. Umumiy siydik tahlili - oqsil 0,25 g / l, leykotsitlar - 4-6 k/m, o'zgargan 8 dan to 18 k / m, tuzlar – oksalatlar. Patogenetik terapiyani buyuring.

- A. Glyukokortikosteroidlar
- B. Xinolin hosilalari
- C. Sitostatiklar
- D. Membranstabilizatorlar
- E. Gemostatik vositalar

Masala № 15.

3 yoshli bemor o'g'il bola kuchli tarqalgan shish sindromi bilan yotqizildi. Ob'ektiv: oqimtir. AB - 90/60 mm sim.ust. Oliguriya. Umumiy siydik tahlili – sariq rangda, nisbiy zichligi - 1020, oqsil - 3,5 g / l, Er. - o'zgargan, 4-5 k/m, leyk. - 2-3 k/mayd. Sutkalik proteinuriya - 6,6 g. Xolesterin - 9,8 mmol / l. O'tkir glomerulonefrit nefrotik sindrom bilan shubha qilindi. GT ni nefrotik variantini kaysi tekshirish usuli tasdiqlaydi?

- a. Plazma elektrolitlari
- b. Nchiporenko buyicha siydik tahlili
- c. Qoldiq azot, qonda mochevina miqdori

d. Proteinogramma

e. Zimnitskiy bo'yicha sinama

Masala № 16.

Bemor S., 10 yosh shifoxonaga aprel oyida tushgan, mart oyida qizamiq kasalligini o'tkazgan. Shifoxonaga tushishdan oldin kayfiyati buzilgan, isitmasi oshgan 38 S gacha, qovoqlari shishgan, ertasiga siydigini rangi o'zgargan “ go'sht yuvindisiga “ o'xshab , boshi og'rigan, ko'ngli aynigan. Bo'limda tekshirilganda bemor atrofdagilarga qiziqmaydi, rangi oqargan, yuzlari shishgan, ishtaxasi yo'q. A\B 130 / 80 mm.s.u., ohirgi 6 soat mobaynida 150 ml siydik chiqargan. Siydik tahlilida: solishtirma og'irligi – 1018, oqsil 0,9 % , leykotsitlar 10- 12 ko'rish maydonida, eritrotsitlar ko'rish maydonini to'liq qoplagan. Qon tahlilida: er. 4 mln, gemoglobin – 82 Yed, leykotsitlar 10200, SOE – 32 mm / soatiga.

Vazifa: 1. Klinik tashhis quying?

2. Patogenetik davolang?

Masala № 17.

Bemor I, 8 yosh. Ota – onasi quyidagi shikoyatlar bilan murojat qilgan: qizcha ohirgi vaqtda tez charchaydi, boshi og'riydi, ba'zan qorin sohasida og'riq paydo bo'ladi, ishtahasi yo'q. Poliklinika sharoitida tekshirilganda siydik tahlilida: oqsil 3,3 % aniqlangan, er. 35 – 40 ko'ruv maydonda, leykotsitlar 20 – 25 m \k, oksalat va uratlar ko'p miqdorda. A\B - 110/60 mm s. u., anamenzdan shu aniqlandiki, qizcha O'RVi bilan tez – tez kasallanib turadi, yilda 1 – 2 marta angina o'tkazadi.

Vazifa: 1. Qaysi kasallik haqida uyladingiz?

2. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis utkazish kerak?

3. Tashhisni aniqlash uchun qanday tekshirishlar utkazish kerak?

Masala № 18.

Bemor M, 9 yosh shifoxonaga 13 oktyabrda tushgan. Anginani o'tkazgandan so'ng 2 haftadan keyin bemorni shikoyati tez charchashga, ishtahasini yo'qligiga. 14 oktyabrda isitmasi 38 S ga ko'tarilgan, ko'z ostida shish paydo bo'lgan, kechga qarab siydik chiqarishi kamaygan. Yuzida shish kamaygan, boldirlari shishgan. Qabul xonada bola holsiz, teri qoplamlari mo'msimon, isitmasi 37,5 S , qon bosimi 125 / 80

mm. s. u., yuzi, boldir, bel sohasi shishgan, astsit aniqlandi. Ohirgi 6 soat ichida siymagan. Siydigida oqsil miqdori 16,5 %, leykotsit 3-5 m/k, o'zgargan eritrotsitlar miqdori 1-2 m/k, tsilindrlar 0-1-2 m/k, anamenzida aniqlanganki, bola tez-tez O'RVI bilan kasallanib turgan, 1 yilda 1-2 marta angina o'tkazgan, lekin siydikda o'zgarish bo'lmagan.

Vazifa: 1. Klinik tashhis quying?

2. Davolashda qaysi preparatlarni qo'llaysiz?

3. Tekshirish uchun reja tuzing?

Masala № 19.

Bemor Sh, 9 yosh. Klinikaga quyidagi shikoyatlar bilan yotqizilgan: tana haroratini 38S gacha oshishi, qovoqlari tagida shish paydo bo'lishi, darmonsizlik, 1 – 2 marta qusishi, bosh og'rishiga.

Anamnezdan – keyingi 3 yil mobaynida buyrak kasalligi bo'yicha bir necha marotaba davolangan.

Ko'rikda – umumiy ahvoli og'ir, cs – xushi aniq. Teri va shilliq pardalari toza oqargan. Qovoqlar tagida shish bor. Oyoq va qo'llarning periferik qismida, yorg'oq sohalarda keng tarqalgan shish bor. NOS – 24 ta 1 daqiqada, o'pkasida vezikulyar nafas eshitiladi. Yurak tonlari bo'g'i, puls – 104 ta 1 daqiqada, o'rtacha to'liqlik va taranglikda. Tili toza nam. Qorin hajmi kattalashgan, astsit suyuqligi aniqlandi. Axlari shakllangan, siydigi – 1 sutkada 200-350 ml, rangi qizg'ich.

Qonda: Nb – 76 g/l , Erit. – 3, R. k. – 0,8; Lekotsit.- 12, EChT – 18 mm. s. Qonda umumiy oqsil – 53 g/l.

Vazifa: 1. Qaysi kasallik haqida o'ylash mumkin?

2. Tashhisni tasdiqlash uchun qaysi tekshirishlarni o'tkazish kerak?

3. Qaysi kasalliklar bilan taqqoslash kerak?

Masala № 20.

Bemor O., 12 yosh. Bolalar shifoxonasiga o'ta og'ir ahvolda olib kelindi. Ko'rikda umumiy ahvoli o'ta og'ir, karaht. Teri qoplamlari keskin oqargan, akrotsianoz aniqlandi. A/B 160/98 mm.s. u. NOS – 36 ta 1 daqiqada, o'pkasida dag'al

nafas eshitiladi. Yurak tonlari bug'iq, puls – 130 ta 1 daqiqada, to'liqligi va tarangligi pasaygan. Lablari quruq. Qorni yumshoq va og'riqsiz, jigar + 2 sm, talog'i katta emas. Axlati – shakllangan, siyishi keskin kamaygan. Qonda mochevina – 14, 5 mmol / l, azot qoldig'i – 44 mg %, kreatinin – 124 ga teng. Xolesterin – 23 mmol /l. UTT – nefrit belgilari bor.

Vazifa: 1. Klinik tashhis quying?

2. Qaysi qo'shimcha tekshirishlarni o'tkazish kerak?

3. Davolash taktikangiz?

«BOLALARDA GLOMERULONEFRIT KASALLIGI»

mavzusi bo'yicha test – nazorat savollari.

1. Yashirin shishlarni aniqlash sinamasi:

A) Mak-Klyur-Oldrich sinamasi

B) Zimnitskiy sinamasi

C) Shvaxman sinamasi

D) Mantu sinamasi

2. O'tkir diffuzli glomerulonefritda buyrak to'qimasini qaysi qismi zararlanadi:

A) buyrak koptokchalarini bazal membranasi

B) buyrak kanalchalari

C) buyrak jomlari

D) buyrakni pustlok qismi

3. Mannitning siydik ajralishiga ta'sir mexanizmi.

A) osmotik bosimni oshirib, naychalarda ultrafiltratsiyani oshiradi.

B) proksimal naychalarda natriy reabsorbtsiyasini susaytiradi.

C) aldosteronga qarshi ta'sir ko'rsatadi.

D) glyukoza reabsorbtsiyasini oshiradi.

4. Anuriya bu

A) sutkalik siydik miqdori 50 ml bo'lishi.

B) 500 ml.

C) 400 ml.

D) 600 ml

5. O'tkir buyrak etishmovchiligining postrenal sabablari.

A) shok holatlari

B) o'tkir glomerulonefrit.

C) siydik-tosh kasalligi.

D) qon bosimini yuqori bo'lishi.

6. O'tkir buyrak etishmovchiligini poliuriya fazasida tavsiya etiladi:

A) panangin

B) saluretiklar

C) sulfanilamid preparatlari

D) aminazin

7. O'tkir buyrak etishmovchiligi oligoanuriya stadiyasida qilinmaydi:

A) senadksin

B) mannit

C) gemodez

D) 5% glyukoza

8. Glomerulonefritlarni davolashda qaysi antiagregant preparat qullaniladi?

A) kurantil

B) eufillin

C) aspirin

D) korflam

9. Me'da va me'da osti bezining funktsiyasini korrektsiya qilish uchun qaysi dorilar ishlatiladi?

A) festal

B) lineks

C) bifidum-bakterin

D) laktobakterin

10. O'tkir diffuzli giomerulonefritni nefritik shaklida hos bo'lmagan belgi:

A) kuchli shish

- B) gipertoniya
- C) giperproteinuriya
- D) gipoproteinuriya

11. Surunkali glomerulonefrit deyish mumkin qachonki kasallikning klinik va labarator belgilari saqlansa:

- A) 6 oydan ko'proq
- B) 3 oydan ko'proq
- C) 9 oydan ko'proq
- D) 1 yildan ko'proq

12. O'tkir glomerulonefritda qonning bioximik analizlaridan qaysi biri hos emas:

- A) giperbilirubinemiya
- B) giperxolesterinemiya
- C) kreatinin miqdorini qonda ko'payishi
- D) mochevina miqdorini qonda ko'payishi

13. Diurez sutkalik normani necha % ni tashkil etsa, oliguriya deyiladi:

- A) 30% gacha
- B) 20% gacha
- C) 40% gacha
- D) 50% gacha

14. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan kechadigan surunkali glomerulonefritda qanday parhez tavsiya etiladi?

- A. Oqsilli
- B. Giperkaliyli
- C. Sutli-o'simlikli
- D. Djordano-Djiovanetti

15. O'tkir glomerulonefritning alohida siydik sindromida qaysi simptom uchramaydi?

- A. Keng tarqalgan shishlar
- B. Gematuriya

C. TSilindruriya

D. Siydikni nisbiy zichligini o'zgarishi

16. O'tkir glomerulonefritni nefritik varlantiga qaysi simptom kirmaydi?

A. Leykotsituriya

B. gematuriya

C. protcinuriya

D. tsilindruriya

17. O'tkir glomerulonefritni boshlang'ich davrida qanday asosiy klinik sindromlar paydo bo'ladi?

A. gipertonik

B. nefritik

C. chegaralangan siydik

D. nefrotik

18. Bolada kelgan vaqtda massiv shishlar, gipertoniya, gematuriya aniqlangan.

O'tkir glomerulonefritni qaysi varianti haqida o'ylash mumkin?

A. nefrotik sindrom, gematuriya va gipertoniya bilan

B. nefrotik

C. nefritik

D. siydik

19. O'tkir glomerulonefritni surunkali glomerulonefritdan farqlash uchun qaysi sinama yordam beradi?

A. Zimnitskiy sinamasi.

B. Nechiporenko sinamasi

C. Addisa - Kakovskogo sinamasi

D. Amburje sinamasi

20. O'tkir glomerulonefrit tasnifida ko'rsatilgan variantlardan qaysi biri kirmaydi?

A. aralash

B. nefrotik

C. nefritik

D. alohida siydik sindromi

21. O'tkir glomerulonefrit kasalligida qaysi dieta tavsiya etiladi?

A. tuzsiz

B. tuzli

C. oqsillarni iste'mol qilish

D. yog'larni iste'mol qilish

22. O'tkir glomerulonefritning nefrotik varinatiga hos bo'lgan qondagi bioximik o'zgarishlarni ko'rsating?

A. giperlipidemiya, giperxolesterinemiya

B. bilirubinemiya

C. gipoxolesterinemiya

D. giperkaltsiemiya

23. Qaysi simptom o'tkir glomerulonefritning nefritik variantida uchramaydi?

A. massiv shish

B. gematuriya

C. gipertenziya

D. anemiya

24. O'tkir glomerulonefritni nefrotik formasiga hos bo'lgan simptomokompleksni ko'rsating?

A. katta, keng tarqalgan shishlar, kuchli proteinuri , gipoproteinemi , giperxolesterinemi .

B. uncha kuchli bolmagan shishlar, gipertoni , gipoproteinemi , gipoproteinuri .

C. katta shishlar, gipertoni , gipoproteinemi , gipoproteinuri .

D. uncha kuchli bolmagan shishlar, kuchli proteinuri , gipertoni , gipoproteinemi .

25. O'tkir glomerulonefritni boshlang'ich davrida nefrotik sindrom gematuri va gipertoni bilan kechadigan shakliga xarakterli belgilarni ko'rsating.

A. arterial gipertenziya , makrogematuriya ,

B. mikrogematuriya

C. leykosituriya

D. bakteriuriya

AMALIY KONIKMALAR

Amaliy konikma №1

Shishni bunday lokalizatsiya (rasm. 83) quydagi kasallik uchun hos:



Rasm.Fig.83

- A.Nefrotik sindrom
- B.Nefritik sindrom
- C.Surunkali yurak yetishmovchiligi
- D.Kvinke shishi
- E.Surunkali piyelonefrit

Amaliy konikma № 2

83 –rasmda quydagi tashhis bilan bemor korsatilgan:



Rasm.Fig.83

- A.nefrotik shaklli surunkali glomerulonefrit
- B.gematurik shaklli surunkali glomerulonefrit
- C.izolirlangan variantli otkir glomerulonefrit
- D.otkir piyelonefrit

E. imunoglobulin A-bog'liq glomerulonefrit

Amaliy konikma №3

Rentgenogrammani qaysi turi korsatilgan (rasm. 84)



Rasm.Fig.84

A.Obzor rentgenogramma siydik ajratish tizimini

B.Vena ichi ekskretor urogramma

C.Miksion sistogramma

D.Miksion sistoureteropiyelogramma

E.Uretrosistogramma

Amaliy konikma № 4

Glomerulonefritda zararlanadi (rasm. 86):



Rasm.Fig.86

A.buyrak glomerulalari

B.Buyrak kanalchalari

C.Buyrak jomlari

D.Buyrak kosachalari

E.Buyrak interstisiysi

Amaliy konikma № 5

Rasmda quydagi tashhis bilan bemor keltirilgan:



Rasm.Fig.87

- A. anasarka bilan
- B. yurak shishlari bilan
- C. assit bilan
- D. uremiya bilan
- E. to'g'ri javob yo'q

Amaliy konikma № 6

Massiv shishlar (ris. 87) xarakterli:



Rasm.Fig.87

- A. glomerulonefritda
- B. pielonefritda
- C. siydik-tosh kasalligida
- D. Al port sindromida
- E. dismetabolik nefropatiyada

Amaliy konikma № 7

Anasarkaga xos (ris. 87):



Ris.Fig.87

- A.massiv shishlar barcha a'zo va toqimalarda
- B. yuzda shishlar
- C. faqat assit
- D.shishlar qollarda
- E. shishlar ko'krak qafasida

Amaliy konikma № 8

Anasarkaga (ris. 87) massiv shishlardan tashqari hos:



Ris.Fig.87

- A.plevral va perikardial bushliqda suyuqlik toplanishi
- B.gidrosefal-gipertenzion sindrom
- C.assit
- D.qo'l-oyoqlarda distal shishlar
- E. shishlar jinsiy a'zolarda

Amaliy konikma № 9

Anasarka sindromiga kiradi (rasm. 87):



Rasm.Fig.87

- A.assit, qo'l-oyoqlarda shish, bushlilarda suyuqlik
- B.assit, yuzda shishlar
- C.plevral bushliqda va perikardda suyuqlik
- D.shishlar oyoqlarda va z sohasida

E. assit va qol-oyoqlarda shishlar

Amaliy konikma № 10

Buyrak shishlariga (rasm. 88) xarakterli:



Ris.Fig.88

- A. iliq, oqimtir, yumshoq
- B. iliq, kokimtir, yumshoq
- C. iliq, oqimtir, qattiq
- D. sovuq, kokimtir, qattiq
- E. sovuq, oqimtir, yumshoq

Amaliy konikma №11

Yurak shishlari (rasm. 88) buyrak shishlaridan farq qiladi:



Rasm.Fig.88

- A. iliq
- B. oqimtir
- C. yumshoq
- D. sovuq
- E. ertalab namoyon boladi

Amaliy konikma № 12

Yurak shishlari (rasm. 88) buyrak shishlaridan farq qiladi:



Rasm.Fig.88

- a. kəkimtir
- b. oqimtir
- c. Yumshoq
- d. iliq
- e. Ertalab namoyon boladi

Amaliy konikma №13

Yurak shishlari (rasm. 88) buyrak shishlaridan farq qiladi :



Ris.Fig.88

- A. qattiq
- B. oqimtir
- C. Yumshoq
- D. iliq
- E. Ertalab namoën boladi

Amaliy konikma № 14

Yurak shishlari (rasm. 88) buyrak shishlaridan farq qiladi :



Ris.Fig.88

- a. kunni ohirida kopayadi
- b. oqimtir
- c. Yumshoq
- d. iliq
- e. Ertalab namoyon bo'ladi

Amaliy konikma №15

Buyrak shishlari (rasm. 89) yurak shishlaridan farq qiladi:



Ris.Fig.89

- A. iliq
- B. ko'kimtir
- C. qattiq
- D. sovuq
- E. kunni ohirida kopayadi

Amaliy konikma № 16

Buyrak shishlari (rasm. 89) yurak shishlaridan farq qiladi:



Ris.Fig.89

- a. asosan yuz sohasida joylashadi

- b. kokimtir
- c. qattiq
- d. sovuq
- e. kunni ohirida kopayadi

Amaliy konikma № 17

Buyrak shishlari (rasm. 89) yurak shishlaridan farq qiladi:



Ris.Fig.89

- A.oqimtir
- B.kokimtir
- C.qattiq
- D.sovuq
- E.kunni ohirida kopayadi

Amaliy konikma № 18

Buyrak shishlari (rasm. 89) yurak shishlaridan farq qiladi:



Ris.Fig.89

- a. yumshoq
- b. kokimtir
- c. qattiq
- d. sovuq
- e. kunni ohirida kopayadi

Amaliy konikma № 19

Rasm. 89da qanday yuzli bola tasvirlangan:



Rasm.Fig.89

- A. fcies nephritica
- B. fcies cordis
- C. Elf yuzi
- D. Soğlom bola
- E. Daun kasalligi

Amaliy konikma № 20

Pasient rasm. 89 quydagi kasallik bilan:



Rasm.Fig.89

- a. buyraklar
- b. jigar
- c. yurak
- d. opka
- e. soğlom

Amaliy konikma № 21

Buyrak shishlari uchun (rasm. 89) xarakterli:



Rasm.Fig.89

- A. yuz sohasida bolishi
- B. Qol panjalarida hosil bolishi
- C. Dumbada bolishi
- D. Sonlarda bolishi
- E. Hamma javob to'g'ri.

Javoblar etaloni:

Vaziyatli masalalar - 1 C), 2 D), 3 A), 4 A), 5 E), 6 C), 7 D), 8 B), 9 D), 10 E), 11 C), 12 B), 13 E), 14 B), 15 D).

Test-nazorat – 1 A), 2 A), 3 A), 4 A), 5 A), 6 A), 7 A), 8 A), 9 A), 10 A), 11 A), 12 A), 13 A), 14 C), 15 A), 16 A), 17 D), 18 A), 19 A), 20 A), 21 A), 22 A), 23 A), 24 A), 25 A).

Amaliy konikma - 1 A), 2 A), 3 B), 4 A), 5 A), 6 A), 7 A), 8 A), 9 A), 10 A), 11 D), 12 A), 13 A), 14 A), 15 A), 16 A), 17 A), 18 A), 19 A), 20 A), 21 A).

Foydalangan adabiyotlar royxati

1. Maydannik V. G. Pediatri : Uchebnik dlya studentov visshix meditsinskix uchebnix zavedeniy III—IV urovney akkreditatsii 3. chi nashr. — X.: Folio, 2006.
2. Tyajka O.V. Pediatri .2chi nashr. — Nova kniga, 2010.
3. Richard . Berman, Robert M. Kligman, Xol B. Djenson. Pediatriya po Nelsonu. — Rid Elsiver, 2009. — T 1-5.
4. Shabalov N.P. Detskie bolezni. 2 tom.— SPb.: SpesLit, 2010.
5. Pediatriya : milliy kollanma: 2 t.- M.: G OTAR - Media, 2009, t.1-1024 s.-5, t.2.
6. moodle.sammi.uz
7. Sigel. Detska nefrologiya . — Praktika, 2006.
8. Loymann. Detskaya nefrologiya : Prakticheskoe rukovodstvo. — Litterra, 2010.
9. Ignatova M.S. Detskaya nefrologiya : Rukovodstvo dlya vrachey. 3 chi nashr., qayta ishlab tldirilgan. — MIA, 2011.
10. E rman. Nefrologiya detskogo vozrasta. — SpesLit, 2010.
11. Axmedjanov I.A., Sobirov B.U. «Bolalar urologiyasi», T., 2003.
12. Mamatkulov X.M. «Nefrologiya detskogo vozrasta», uslubiy qollanma, Samarqand, 1990.
13. Mamatkulov X.M. «Bolalarda piyelonefrit kasalligi», oquv- uslubiy qollanma, Samarqand, 2006.