



САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛЬТЕТИ

БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСИ

# РЕФЕРАТ

***Мавзу: Болаларда сийдик хосил қилиш ва сийдик чиқариш  
аъзоларининг анатомо-физиологик хусусиятлари, текшириш  
усуллари ва семиотикаси.***

Утениязова Г.

2017 йил

### **Сийдик хосил килиш аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятлари**

Буйракнинг ҳозирги замон талабларига жавоб берадиган текшириш усулларн (электрон микрошоп, гистокимё-вий усуд) унинг бутун нозик тузилмаларининг вазифаси хусусида аича кеинг тушунча беради. Шунинг учун ҳозирги вақтда буйракнинг микрошопии куриниши ва унинг вазифасини аниқламасдан, анатомик-физиологик хусусиятларини урганиш мумкин эмас.

Янги тугилган болаларнинг буйраги катталарникига Караганда бирмунча огир булиб, гавда огирлигининг 1/100 қисмига тугри келади. Уртача янги тугилган бола буйрагининг огирлиги 11—12 г булиб, 5—6 ойлик булганда икки баравар, бир яшар булганда уч баравар ва 15 ёшга кирганда эса 10 баравар ортади, 5 яшар бола буйрагининг огирлиги 55—65 г, 12 ёшда — 100 г га етади, катталар буйрагининг огирлиги эса 150 граммдир. Буй-рак нотекис равишда усади. Хусусан бола ҳаётининг би-ринчи йили буйрак тез усади, шиддатли усишнинг иккин-чи даври эса балогатга етиш даврига тугри келади.

Буйракнинг огирлиги ва ҳажми катталиги туфайли кушни аъзоларга нисбатан купрок. жойни эгаллайди.

Бола канча кичик булса, буйракнинг юкори кутби XI курак умурткасининг пастки кирраси билан баравар, бир яшар болада XII курак умурткасининг пастки кирраси билан баравар туради. Тахминан 2 ёшларга бориб катталарникига ухшаш биринчи бел умурткасига тенг туради.

Буйракнинг биринчи кутби бола канча кичик булса, шунча куйи туради. Янги тугилган ва курак ёшидаги болада эса ёнбош суягининг киррасидан паст, IV бел умурткаси билан баравар, икки ёшдан ошган болаларда — деярли ҳар ёнбош суягининг киррасидан баланд туради. Унг буйрак чап буйракка караганда 0,5—1 см паст-рокда жойлашган. Буйрак анча паст жойлашганлиги ва унинг нисбатан катта ҳажмга эга булиши сабабли, икки ёшгача булган боланинг соғлом буйрагини катта ёшдаги болалар буйрагига Караганда пайпаслаб куриш анча ен-гилдир.

Бола икки ёшга тулганда буйрак узининг эмбрионал булакли ҳолатини саклайди. Купинча буйракнинг булак-булакли ҳолати 2 ёшдан кейин ва баъзан бироз кечрок. йуколиб кетади. Янги тугилган болаларда буйракдаги кобик катламининг ташки киёфаси заиф куринади ва бола усган сари секин-секин ривожланади. Шунга ухшаш ҳаётининг биринчи ойларида сийдикнинг найсимон йуллари ҳали яхши етилмаган булади.

Буйрак гистологияси. Нефронлар буйрак тузилиши-нинг асосий ва функционал бирлиги ҳисобланади. Одам-нинг икки буйрагида ҳам нефронлар сони икки миллион-дан ортикдир. Ҳар бир нефрои буйрак калавасидан ва у билан боғланган найсимон йуллардан иборат. Калавалар Шумлянший-Боумен капсуласи билан коплангандир. Капсуланинг калин париетал ва юпка висцерал пардалари бор. Капсуланинг икки пардаси орасида жойлашган тиркишсимон бушлик сийдик йули томон давом этади. Филтрланган суюклик калава кил томирларидан капсула бушлигига тушиб, у ердан сийдикнинг найсимон йулларидан утиб кетади.

Нефронлар найсимон йуллари булагии бир неча қисм-лардан иборат: 1) тугри ва буралган кием дан иборат асосий ёки пароксимал бугим (сегмент); 2) юпка бугим; 3) урта бугимнинг буралган қисмини тупловчи най системаси билан туташтирувчи киша найсимон бугим.

Асосий (пароксимал) бугимда дастлабки сийдикнинг куп қисми, хусусан, сув ва куп микдорда эриган моддалар, масалан, глюкоза (узум шакари) тешари сурилади. Эҳтимол, урта бугим эпителийсининг тешари сурилиш жараёнида аҳамияти булса керак.

Янги тугилган ва ясли ёшидаги болалар буйраги тузилишига кура бирмунча хусусиятларга эга. Бир ёшгача булган бола буирагининг мия катлами нисбатан устун ту-ради, ёши орта борган сари кобик катлам 4 марта ва мия катлами эса 2 марта калинлашади. Янги тугилган бола-ларда кобик катламидаги калавалар кичик, етарлича ри-вожланмаган, айнаи вақтда мия катлами яқинида жой-лашган марказий калавалар эса анча йирик булади. Эҳтимол, уларнинг ривожланиш даражаси, нефроз ёки нефритнинг авж олишига боғлиқдир. Тажриба маълумот-ларига асосан, ёш хайвон калаваларида купинча ял-

лигланишга нисбатан дегенератив узгаришлар аниклана-ди. Бундай хол кичик болаларда нефритга Караганда не-фрознинг тез-тез ривожланиб туришига сабаб бўлади. Буйракнинг етилмаган тукумасини жойли пролифератив яллигланиш жараёнида крбилиятсиз деб тахмин килади-лар.

**Буйракнинг вазифаси.** Буйрак асосан организмдан охирги махсулотларни чиқариш ва ички муҳит доимийли-гини сақлаш каби икки муҳим вазифани бажаради. Сийдик ҳосил булишининг асосий жараёнлари, калава орқали утиш, найсимон йул орқали тешари сурилишдан иборат. Ковукда йигилган охирги сийдик бу икки жара-ённинг натижасидир. Бундан ташқари, буйрак ички секреция безларининг бири саналиб, маълум шароитларда организмда қон айланиши кийинлашганда қонда ренин деган гормон ажратади, бу гормон эса қон босимининг кутарилишига сабаб бўлади.

Найсимон йулларнинг асосий (пароксизмал) бугими-да: сувлар, аминокислоталар, узул шакари, оксиллар, электролитлар тешари сурилади. Урта бугинда эса: 1) фосфатлар, бикарбонатлар сурилиши сусайиши билан кислоталар нейтрализацияси; 2) кислоталарнинг ҳосил булиши; 3) аммиакнинг синтези кузатилади.

Сийдикнинг концентрацияси урта бугимда юз беради, бу жараён гипофиз кейинги палласининг гормони «вазоп-рессин» томонидан тартибга солинади. Бу гормоннинг йуклиги урта бугим хужайраларини сув утиб булмай-диган ҳолатга келтиради, шу сабабли солиштирма оғир-лиги паст сийдик ажралиб чиқади.

Бола буйраги сийдикни етарлича концентрацияламай-ди. Геллер, Линхвенларнинг курсатишларича, одам ва хайвонлар, янги тугилган болаларнинг буйраги гипофи-зининг антидиуретик гормонини киргизганда қам таъсирланади. Бу гармонии курак ёшидаги болаларга киргизганда қатталарга ухшаш етарлича концентрация л и сийдик ажралиб чикмайди. Геллер маълумотича, янги тугилган болаларда гипофиз кейинги палласи гормонининг таркиби қат-таларникининг 20 фоизини ташкил килади. Агар боланинг буйраги бирмунча сезувчан булса, бу микдордаги гормон ҳам юксак концентрацияли сийдик ажратиш учун етарли ҳисобланади. Бола биринчи йили мобайнида гипостенурик полиурия, яъни айни вақтда буйракнинг сийдикни концен-трациялаш вазифаси пасайиши билан қуп сийдик чиқариш мойиллиги сезилади. Сийдик ҳосил қилиш жараёни, буйрак вазифаси ниҳоят мураккабдир. Шу билан бир қаторда буйрак фаолияти турли аъзо ва системаларнинг таъсири ости-да туради. Шунинг учун буйракда юз берган патологик жараёнларни фақат бу аъзонинг жойли зарарланиши деб аж-ратиб қ.араш ярамайди, унга маълум даражада асаб, юрак-томир системаси, ички секреция безлари ва бошқаларнинг таъсири бордир.

Марказий асаб системаси ва унинг олий бўлими — бош миёна пустлоғи буйрак вазифасига идора қилувчи асосий таъ-сирни қурсатади. Бош миёна пустлогини қузғатиш сийдикнинг қуп ажқалишига, қормозланиш эса ақсинча, қам аж-қалишига сабаб бўлади. Миёна пустлоғи буйракнинг ажқатиш функциясига қугридан-қугри қормонал таъсир қурсатади. Сийдикни қиқаришга қалқонсимон без (сийдикнинг қуп қиқарилиши) — буйрак усти безларининг қормони (сийдикнинг қиқарилиши) шундай таъсир қурсатади.

**Буйрак қоми ва сийдик қуди.** Буйрак қоми (лоханқаси) ва сийдик нули янги қугилган ва қиқик ёшдаги болаларда нисбатан қенг бўлиб, уларнинг деворлари, мушак ва эластик қолаларининг етарлича ривожланмаганлиги сабабли, қувват даражаси қамдир. Буйрак қоми ривожланиб борган сари унинг деворлари нисбатан қораяди, шунингдек, сийдик йулларининг бурмалиги ҳам қамаяди. Янги қугилган болаларнинг сийдик нули узунлиги, қатталар сийдик йули узун-лигининг (6—7 см) тақминан 1/4 га қенгдир, қап сийдик йули унгига Қараганда бирмунча узунроқдир.

Сийдик йулларининг бурмалиги, мушак ва Пластик туқималарнинг етарлича ривожланмагани, бўқилиши сийдикнинг қухтаб қолишига шароит қугдиқари, бу ҳол қомда патологик жараёнларнинг пайдо бўлишига олиб қелади (пиелит, гидронефроз, пионефроз).

**Сийдик пуфағи (қовук).** Қатта ёшдаги болаларниқига

Караганда кукрак ёшидаги болалар ковуги юкорида туради ва кисман корин бушлигига киради. У тулганда унинг анча кисми корин бушлигига кириб кетади, шу сабабли уни баъзан киндик текислигида ёки хатто баландрокда енгаллик билан пайпаслаш мумкин. Ёши утиши билан ковук аста-секин тос суяги бушлигига тушади. Биринчи 3—4 йил мобайнида ковук бир текис усади ва ундан кейин усиш сусаяди. Ковук деворларини микрошоп остида текширганда, унинг шиллик пардаси яхши усганлиги, аммо мушак ва эластик толаларнинг эса суёт ривожлангани куринади.

Кичик боланинг ковуги тулмаган холда нокка ухшаган шаклда булади, кейинчалик эса думалок шаклга кира бошлайди, мактаб ёшидаги киз болаларда у думалок булади, угил болаларда эса бутун хаёти даврида тухум-симон — узунчок шаклда колаберади.

Н. П. Гундобин маълумоти буйича янги тугилган болалар ковугининг сизими 50 мл га якин булиб, 2 ойлик-да унинг сизими икки баравар, бир ёшда эса 4 марта ортади. 9—10 ёшларда 600—900 мл га етади. Ковук сизими ковук, мушакларининг бушалиши натижасида гоёт кенгаяди.

Ковук нервлари (plexиз *бур^авlmm* ш!епоп\$ *dex\*, *el* 51п) ва III—IV марказий нервларидан ажралиб, пуфак богини (plexи8 уевкаHз) ташкил килади. Ковукни бошқарувчи нервлар марказининг бири (рефлекс тарзи-даги) орка, иккинчиси эса (рефлекс тарзидаги ва ихтиё-рий) бош миядадир.

Угил болаларда сийдик чикариш канали эгрилиги кат-таларникига Караганда анча очик куринади. Янги тугилган болаларда унинг узунлиги 5—6 см га тенг, ба-логатга етиш даврида каналнинг узунлиги 6 дан 12 см га-ча етади, катталарники эса 14—18 см га тенгдир.

Сийдик чикариш канали шиллик пардаларининг бур-малари катталарникига Караганда суёт ривожланган, микрошопик текширганда гуддалар ва эластик тукималарнинг етарлича ривожланмагани куринади.

Янги тугилган болалар (киз болалар) сийдик чикариш каналининг узунлиги 0,8—1 см га тенг, 16 ёшда эса — 3,3 см, аёлларда эса 3—6 см булади. Унинг ташки тешиги очилиб туради, олдинги чети силлик, кейингиси эса тук-чалар — сургичлар (ворсинкалар) билан копланган булиб, маълум даражада каналда тораяди ва 12 ёшда те-шик торайиб, тиркишга ухшаб колади.

Катта болаларда бир суткалик сийдикнинг микдори 1500—1800 мл га тенг. Катталар истеъмол килган суюклик-нинг 60—70 фоизи буйрак оркали чикарилади. Сийдикнинг 96 фоизи сувдан ва 4 фоизи каттик органик ва анорганик моддалардан иборат. Катталарда 1500 грамм сийдикнинг таркибида 60 грамм каттик модда бор. Унда 35 грамм органик ва 25 анорганик бирикма мавжуддир.

Бола хаётининг биринчи кунларида сийдик жуда хам кам чикарилади, баъзи болалар биринчи суткада сиймай-дилар ёки 3—4 кунларгача организмда суюкликнинг ки-ришига караб жуда кам сиядилар. Биринчи кунларда сийдик кислотасининг таркиби кешин суратда Узгариб туради, унинг фоизи ва абсолют микдори кукрак ёшидаги бола сийдигига Караганда икки — уч марта куп. Мочевина (сийдикчил)нинг абсолют ва нисбий микдори кундан-кун купаяди, аммо унинг фоиз нисбати тушади, кундан-кун хлоридлар ва фосфатларнинг микдори купаяди.

Сийдик чикариш. Бола хаётининг биринчи кунлари ва биринчи ойларида уз остига сияди, аммо 5—6 ойдан, яъни сийдик чикаришга шартли рефлекс ишлаб чикиш вактидан бошлаб тозаликка ургатиш лозим. 6 ойдан кейин бола тугри тарбияланса, у уз остига сиймайди, баъзан 3 ёшга-ча уйкусида сийишни давом эттиради.

Боланинг тозаликка нисбатан сезгирлигини ошириш унинг жисмоний ва интеллектуал ривожланишига боглиқдир. Агар бола маълум бир сабабларга кура ривожланмай колса, уни тозаликка кечрок Ургатилади.

К^крак ёшидаги бола кун мобайнида 15 марта сияди. Чикарилган сийдик микдори асосан овкат микдорига боглик. Бола канча куп суюклик ичса, у шунча куп сийдик чикаради.

Бундан ташкари, иссиклик-совуклик даражаси хам муайян ахамиятга эга, бола совук уйда тез-тез сияди ва ичилган сувни буйрак оркали чикаради, иссик уйда эса нафас олиш й^ли билан ва тери оркали сувнинг шиддатли равишда ажралиши натижасида сийдик кам чикарилади.

Сунъий бокиладиган болалар табиий бокиладиган бо-лаларга нисбатан сийдикни бирмунча куп чикарадилар.

### **Сийдик хосил килиш ва чикариш аъзоларини тешириш усуллари.**

Сийдик хосил килиш ва чикариш аъзоларини теширишда беъморнинг шикоятлари субъектив ва объектив тешириш, пальпация, перкуция, лабаратор ва инструментал текширув усуллари утказилади.

Шикоятлари: шиш, огрик, кунлик сийдик микдорининг узгариши, сийдик ранг курсатгичининг узгаришлари, кунгил айнаш, тана хароратини кутарилиши. Субъектив сураб-суриштириш: касалликнинг қачон бошланганлиги, биринчи белгилари, муолажа ва текширув олиборган ёки йуклиги, шунингдек, ҳаёт анамнези ҳақида суралади. Объектив куздан кечириш: беъмор ёруғ, ҳона харорати миёрида булган ҳоналарда утказилади, бунда беъморнинг умумий ҳолатига, тери рангига, жинсий аъзоларининг қуринишига эътибор берилади.

Буйракни пайпаслаб қуриш нули билан текшириш утказилади. Бола орқаси ёки ёнбоши билан оёқлари йигилган вазиятда ётади. Текшириш икки кул билан утказилади. Катта болаларда буйрагини ётган вазиятда пайпаслаш имконияти булмаса, у вақтда қуйидаги усулни кул лаш мумкин: бола тик туриб куллари пастга туширади, гавдани то тугри бурчак хосил қилган ҳолда эгади: мана шу вазиятда буйрак икки куллаб пайпасланади.

Юқорида айтилганидек, куқрак ёшидаги болаларда қупинча нормал буйрак пайпасланади, чунки бу ёшда буйрак нисбатан катта, паст туради, ко­вургалар эса анча горизонтал жойлашган булади.

Буйракни пайпаслаганда унинг катта-кичиклигига, сатҳига, каттик-юмшоклигига, огрувчанлигига эътибор бериш зарур. Катта гадир-будир буйрак, шишларда чайкаланувчанлик гидронефрозда ва кисталарда (пуфакчаларда), огрувчанлик пиелитда, тошлар булганда қайд этилади. Бел томондан урганда огрикнинг пайдо булиши (Пастернацкий симптоми) қупинча буйракда тош борлигидан ва яллигланиш жараёнларидан далолат бе-ради.

### **ШИШЛАР ВА УНИ АНИКЛАШ УСУЛИ**



Рис. 10-3. Facies nephritica



Рис. 10-4. Сглаженность контуров суставов



Рис. 10-5. Следы от давления одежды



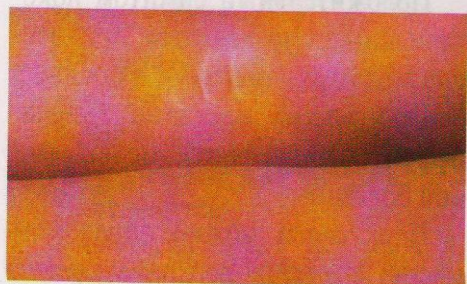
Рис. 10-6. «Лягушачий живот»



а



б



в

Рис. 10-7. Методика выявления отеков на нижних конечностях. Необходимо надавить пальцами правой руки в области голени над большеберцовой костью

Икки ёшдан кейин, агар буйрак катталашган булса, уша вақтдагина уни пайпаслаш мумкин.

Буйракни рентгенография ёрдамида текшириш катта ахамиятга эга. Сийдик аъзоларини рентгенологик тек-ширганда контраст модда киритмасдан раем олинади, бу усул билан тош борлигини, бегона жисмларни ва буйрак-нинг турини, катта-кичиклигини аниклаш мумкин. Рентгенологик текширишнинг бошқа усуллари, яъни ковокка ёки венага контраст моддалар (абродил, уроселектан, сергозин) юбориб текшириш хам кулланади. Бу ус/л

буйрак жомининг шаклини, катта-кичиклигини, сийдик йулининг вазиятини, ковулда ва сийдик чикариш каналида патологии узгаришларни аниклашга имкон беради.

**«Болаларда гломерулонефритларнинг кечиш хусусиятлари. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, давоси ва профилактикаси.»**

Гломерулонефрит ривожланишида илгари бошдан кечирилган касалликлар, организм реактивлиги, ҳаёт ва овқатланиш тарзи муҳим аҳамиятга эга. Кўпчилик нефрологлар интраинфекцион кечувчи нефрит имқониятини тан олишади, яъни касаллик инфекция вақтида, унинг бошланишининг 2-3 кунларида бошланади. Кўпчилик ҳолларда ўткир гломерулонефрит стрептокок А, асосан 12 типи (кам ҳолларда 4, 8 ва 25 типлари) билан боғлиқ гемолитик β-стрептококкли инфекция натижасидир. Қатор муаллифлар нефритнинг тоза вирусли этиологияси мавжудлигини таъкидлашади. Гломерулонефрит ходисалари дорилар (симоб дорилари, антибиотиклар, сульфаниламидлар) қабул қилишдан кейин, оксил моддаларини қуйиш, кўп миқдорда асал истеъмол қилиш, эмлаш, ҳашоратлар, илонлар чақишидан кейин юзага келади. Бу ҳолларда экзоген аллергенлар аллергик механизмлар фаоллашишига имқон тўғдиради, у охир-оқибат ноинфекцион гломерулонефрит чақиради. Бундан ташқари, 1% ҳолларда ўткир гломерулонефрит ривожланишини совиш билан боғлашади.

*Клиник кўриниши* ўткир гломерулонефритда жуда хилма-хил, уларни иккита асосий гуруҳга ажратиш мумкин: *буйрак* (шишлар, сийдик билан кўп миқдорда оксил, эритроцитлар, цилиндрлар чиқиши) ва *буйракдан ташқари* (кучли бош оғриғи, юрак ўйнаши, ҳансираш, кўнгил айланиши, иштаҳа пасайиши). Баъзида охиригилар клиник кўринишида устун келади.

Ўткир гломерулонефритнинг ижобий кечишида касаллик даврий ривожланади. Биринчи 7-10 кунда касалликнинг энг ёрқин кўриниши ходисалари қайд этилади, ўткир гломерулонефрит дебюти деб аталувчи. Бола бледнеет, унда сийдикнинг кунлик миқдори (диурез) камаяди, субфебрил тана ҳарорати, бош оғриғи пайдо бўлади. Баъзида тез-тез сийишга чақириш, белдаги оғриқлар кузатилади. 2 ҳафтанинг охирига келиб касалликнинг буйракдан ташқари белгилари ўтиб кетади, фақат сийдик синдроми қолади.

Ўткир гломерулонефрит учун *симптомлар триадаси* хос: гипертония, шिशлар ва сийдик синдроми. Гипертония (одатда 130/90–170/120 мм сим уст гача) организмда сув ва туз утилиб қолиши билан боғлиқ. Бирдек систолик ва диастолик босим ошади, баъзида фақат систолик босимгина кўтарилади. *Артериал босимнинг* энг баланд кўрсаткичлари касалликнинг биринчи кунларида кузатилади, кейин секин-аста пасаяди.

*Шिशлар* асосан юзда, болдирларда, бел соҳасида, зичсимон консистенцияга эга. Шिशлар ҳосил бўлишида ҳам буйрак, ҳам буйракдан ташқари омиллар (калава филтрацияси пасайиши, капиллярлар девори ўтказувчанлигининг ошиши).

Сийдик синдроми *протеинурия* (сийдик билан оксил чиқиши), *гематурия* (сийдик билан эритроцитлар чиқиши), баъзида *лейкоцитурия* (лейкоцитлар чиқиши) билан хусусиятланади. Протеинурия одатда баланд эмас (1-2 промилле). Ўткир гломерулонефрит учун протеинуриянинг турғунсизлиги, унинг тезда юқолиши хос.

*Гематурия* барча ҳолларда қайд этилади (98% гача), лекин унинг даражаси катта чегарада ўзгариб туради. Кўпчилик беморларда эритроцитлар фақат микроскоп остида аниқланади (кўриш майдонида 40 тагача). Кам ҳолларда (тахминан 13%) касаллик консимон, кўнғир-қизил сийдик чиқиши билан кечади. Ўткир гломерулонефритнинг атипик кечиши касаллик бошланишида типик нефротик синдром, ифодаланган шиш ва массив протеинурия билан намоён бўлади. Бундан ташқари, ўткир гломерулонефрит бошланишида ўткир юрак етишмовчилиги синдроми кузатилиши мумкин, кўпинча чап қоринча типиди, гипертоник энцефалопатия (эклампсия) ва ўткир буйрак етишмовчилиги жуда кам учрайди.

Юқорида кўрсатилган барча синдромлар ўзаро бирга келиши мумкин, сийдик синдроми эса ўткир гломерулонефритнинг 98,4% ҳолларида учрайди. Нотипик кечувчи

касалликда фақат алоҳида сийдик синдроми буйракдан ташқари симптомларсиз келади ва “нефрициз нефрит” деб аталувчи, яъни сийдикдаги ўзгаришсиз кечиши кузатилиши ҳам мумкин.

Ўткир гломерулонефритда буйрак функциялари аҳамиятли ўзгаришларга учрамайди. Касалликнинг биринчи кунларида пайдо бўлувчи ва юқори солиштирма оғирлиги билан бирга келувчи сийдик чиқиши камайиши 2-3 кундан кейин (баъзида 5-6 кун) катта диурез билан алмашинади. Калава филтрацияси ўзгармаслиги мумкин, баъзида унинг функционал пасайиши (40-60 мл/дақ гача, меъёрида – 100-120 мл/дақ) кузатилади. Шишлар юқолганидан кейин функционал бузилишлар ҳам камаяди.

Ушбу касаллик *ташхиси* типик вазиятларда мураккаб эмас. Ўткир ривожланиши, ўзига хос шикоятлар, шишлар ва гипертония, юрак етишмовчилиги аниқланиши, шунингдек сийдикда оксил ва эритроцитлар борлиги ўткир диффуз гломерулонефритни осонгина ташхислаш имкониятини беради. Ўткир диффуз гломерулонефритни сурункалининг зўрайиши билан *дифференциациялаш* кийин бўлади. Бундай ҳолларда анамнез, буйрак функцияси ўзгаришлари, анемия, шунингдек рентгенологик текширувлар натижаларида ангионейроретинопатия аниқланиши ўткир гломерулонефритни истисно қилиш имконини беради.

Баъзида ўткир нефритни токсикоинфекцион буйрак деб аталувчи ҳолатдан ажратиш мушкул, токсикоинфекцион буйрак озгина протеинурия, микрогематурия билан кечади, бундай ҳолатлар кўпгина инфекция даврида бўлиши ҳам мумкин. Ушбу ўзгаришларнинг асосий касаллик белгилари тинчиганидан кейин юқолиши, шишлар бўлмаслиги, гипертония ўткир гломерулонефритга қарши гувоҳлик беради. Бундан ташқари, ўткир нефрит дифференциал ташхисотида сийдик ўзгаришлари билан кечувчи юрак етишмовчилигини, ўткир буйрак етишмовчилигини, амилоидознинг ўткир ривожланишини, турли васкулит ва коллагенозларда буйрак ўзгаришларини, ўткир пиелонефритни истисно қилиш керак. Тўлиқ соғайиш 80% ҳолларда, 15% болаларда касаллик сурункали кечишга ўтади. Гломерулонефрит билан касалланган болалар орасида ўлим 5% ни ташкил этади. Ўлим касалликнинг ўткир босқичида буйрак етишмовчилиги натижасида содир бўлиши мумкин. Сунъий буйрак қўлланилиш имконияти бўлгани учун ҳозирги вақтда ўлим ҳолатлари анча камайди. Қоннинг сунъий диализи беморга анурия (сийдик чиқиши тўхташи) даврини ўтказиш, кейин тўлиқ соғайиш имконини беради.

*Ўткир гломерулонефрит профилактикаси* томоқ, танглай мутақлари, бурун қўшимча бўшлиқлари, тери стрептококк инфекциясини, шунингдек стафилококкли инфекцияни эрта ва жадал даволашдан иборат. Бундан ташқари сурункали инфекция ўчоқларини аниқлаш ва санацияси профилактик аҳамиятга эга. Шу билан бир қаторда бола организмни чиниқтириш зарур.

*Ўткир нефритни даволашнинг асосий услублари* – режим, диета ва медикаментоз терапия – бола соғлиги ҳолатига боғлиқ ҳолда педиатрлар томонидан аниқланади; даволаш стационарда или уйда олиб борилиши мумкин. Ўткир даврда болани тушакка ётқизиш керак, иссиқлик билан таъминлаш муҳим. Кўрпа-тушак режимини диурез тикланиши, шишлар юқолиши, артериал босим пасайиши ва массив гематурия бартараф этилишига қадар (одатда 3-4 ҳафта) олиб борилиши керак.

Ўткир гломерулонефрит ўтказган ҳар бир бола нефролог кузатуви остида 12 ойдан кам бўлмаган муддатда бўлиши керак. Назорат сийдикнинг даврий таҳлили (10-14 кун мобайнида 1 марта), қон босимини текшириш ва янги стрептококкли инфекция профилактикасидан иборат. Профилактик эмлашлар касалликдан сўнг 12 ой мобайнида мумкин эмас. Бундан ташқари, физкултура билан шуғулланишни камайтириш керак, чумилишни истисно қилиш ва совқотишдан эҳтиёт бўлиш зарур.

## **БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

*Сурункали гломерулонефрит (СГН)* – бирламчи гломерулопатиялар гуруҳи бўлиб, персистирловчи, авж олиб боровчи иммун яллиғланиш билан нефронларнинг склеротик ва

деструктив зарарланиши, кейинчалик тубулоинтерстициал склероз ва қисман сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланиши билан характерланади.

*Этиологияси.* СГН бирламчи, ирсий мойиллиги бўлган сурункали касаллик ҳисобланади. Триггер омиллари қуйидагилардан иборат:

- 1) нораціонал дори терапияси (узоқ вақт нефротик дори воситаларини қабул қилиш, полипрогмазия);
- 2) сурункали инфекция ўчоқлари;
- 3) персистенцияловчи вирусли инфекциялар;
- 4) ҳаддан ташқари антигенли зўриқиш (қўшилган ва рецидивловчи инфекциялар, иммуноглобулинларни қайта юбориш, иммунизацияни нораціонал ўтказиш).

*Патогенези.* Касалликнинг асосида иммунопатологик жараён ётади:

- 1) нефрон мембраналарининг ностабиллиги натижасида буйрак антигенларининг қон оқимида ўтиши, гистогематологик барерни турли хил омиллар натижасида зарарланиши, буйрак дисплазиясида кузатилади.

Бунинг натижасида каналчалар базал мембрани ва коптокчаларни зарарлайдиган аутоантитаначалар, цитотоксик лимфоцитлар, иммун комплекслар ҳосил бўлади, комплимент тизими активлашади;

- 2) иммунологик реактивликнинг бузилиши натижасида, буйракнинг зарарланмаган тўқималарида аутоиммун жараёнга олиб келади (тизимли касалликларда).

*Таснифи.* Халқаро амалиётда СГНнинг морфологик таснифидан фойдаланилади. Қуйидаги морфологик шакллари ажратилади:

- 1) мембранозли;
- 2) мембраноз-пролифератив ГН;
- 3) фокал-сегментар гломерулосклероз;
- 4) мезангиопротрофиератив (ИгА-нефропатия);
- 5) фибропластик (юқорида кўрсатилган шакллarning бошланиши СГН).

СГН кечиши қуйидагича бўлиши мумкин:

- 1) турли хил давомийликдаги дори ёки спонтан ремиссияли рецидивланувчи СГН;
- 2) персистенцияловчи жараёнинг тўхтовсиз фаоллиги билан кечувчи;
- 3) прогрессивланувчи тез ривожланувчи СГН (2-5 йилдан кейин) СБЕ ривожланиши билан бирга кечади.

*СГН клиник манзараси.* Гематурик шаклида касаллик бошланишини аниқлаш қийинроқ бўлади (микрогематурия тўсатдан аниқланади). Шикоят юқ, артериал қон босими нормада, шишлар транзитор характерга эга, дизурия ва интоксикация кузатилмайди. Баъзида тери ранги оқариши, қоринда ва белда оғриқ, тез чарчаш, бош оғриши аниқланади.

Касалликнинг асосий белгиси – турғун гематурик синдром. Гематурия аниқ билинади. Буйрак функцияси бузилмайди.

*СГНнинг шиш-протейнурия шакли* ўпинча ўткир бошланади. Ўтказилган респиратор инфекциядан кейин, ангиналар, вакцинация, совуқ қотиш, баъзида ташқи сабабларсиз ўткир нефрит клиникаси массив протейнурия билан бошланади. Касалликнинг асосий симптомлари қуйидагилар:

- 1) массив протейнурия (сўйдик анализида 3%дан ортиқ, 2,5 г/сутдан юқори);
- 2) шишнинг турли хил ривожланиши;
- 3) гипопротейнемия, гиперлипидемия.

Артериал гипертензия ва азотемия бўлиши мумкин, даволаниш давомида тез юқолади. Буйракнинг азот ажратувчи функцияси узоқ вақт сақланади, лекин кейинчалик СБЕ ривожланади.

*СГН аралаш шакли* ўткир нефритга ўхшаб бошланади. Қуйидагилар характерлидир:

- 1) қоринда ва белда оғриқ, дизурия;
- 2) яққол шишлар;

3) артериал гипертензия (бош оғриши, бош айланиши, ланжлик ёки кўзгалувчанлик, кўришни пасайиши, баъзида юз нерви параличи, қусиш, гиперрефлексия, атаксия ва ўчоқли ёкиумумий талвасалар). Артериал қон босими ёш нормативларидан ортади. Кўз туби текширилганда гипертензион ангиоретинопатия аниқланади. Қуйидагилар характерлидир:

а) сийдикдаги ўзгаришлар (гематурия,якқол протеинурия);

б) гипопроотеинемия, гиперлипидемия;

в) буйрак биопсиясида – пролифератив-фибропластик гломерулит аниқланади.

Касалликнинг бу шаклида СБЕ 1-2 йилдан кейин ривожланади.

СГН ташҳиси ЎГНдаги клиник лаборатор текширувларидек олиб борилади. Касалликнинг нефротик шаклларида кўшимча вирусли гепатит В маркерларига, цитомегаловирусга текширилади.Махсус нефрологик марказларда буйрак биопсияси ўтказилади, бунинг натижасида буйрак шикастланишининг морфологик тури аниқланади, глюкокортикоидлар иммунодепрессантларни беришни мақсадга мувофиқлиги аниқланади, ва касалликнинг оқибати ўрганилади.

*Дифференциал ташҳис* СГНда пиелонефрит, интерстициал нефрит, липоидли нефроз; геморрагик диатезлар; моддалар алмашинуви бузилиши касалликлари ва дисметаболик нефропатиялар; саркоидоз ва бошқа ўсма касалликлари билан ўтказилади.

*СГН давоси* касаллик кечиши ва шакли, буйрак етишмовчилиги белгиларининг борлиги, юлдош касалликлар ва касаллик асоратига қараб индивидуал белгиланади. Базис терапия парҳез, кун тартибига риоя қилиш, фитотерапия ва инфекция ўчоқларининг санациясидан иборат.

Парҳез буйракнинг функционал ҳолатига боғлиқ. СГН гематурик шаклининг қайталаниш даврида парҳез худди ЎГНдагидек белгиланади. Касалликнинг гематурик ва аралаш шаклларида тузсиз, таркибида оксил кам бўлган парҳез тавсия этилади. Парҳезни кенгайтириш ва оксил зўриқишини ошириш аста-секин олиб борилади

Ётоқ режими касалликнинг ўткир даврида тавсия этилади.

*Профилактикаси.* Сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, ЎГН адекват терапияси, гамма-глобулинлар, нефротоксик препаратлар ва бошқа қон препаратларини рационал қўллашдан иборатдир.

*Оқибати.* Касалликнинг клиник шаклларида боғлиқ. Коптокчалар мембранаси минимал ўзгарган нефротик синдромда оқибати яхши (80-90% беморларда соғайиш кузатилади). Лекин кўп ҳолларда СГН – буйракларнинг секин аста склерозига олиб келувчи, прогрессирловчи касалликдир.

*Согломлаштиришининг асосий юллари:*Сурункали инфекция ўчоқлари санацияси. Интеркуррент касалликларни даволаш.

## **Фойдаланиладиганадабиётларрўйхати**

### **Асосийадабиётлар:**

1. Bolalar kasalliklari propedevtikasi. – Karaxadjaev B.X. L.T.Salomov, M.N. Abdullaeva Toshkent, 2006
2. Пропедевтика детских болезней- Мазурин А.В., Воронцов И.М., 2 ое издание Санкт. П. 1999.
3. Болалар касалликлари пропедевтикаси. – Карахаджаев Б.Х. ва бошқалар, Тошкент, 1997

### **Қўшимча адабиётлар:**

1. Пропедевтика детских болезней. Т.В.Капитан, М. 2006 г.
2. Пропедевтика детских болезней. Под ред.А.А.Баранова. М. 1998 г.
3. Пропедевтика детских болезней- Мазурин А.В., Воронцов И.М., 2 ое издание Санкт. П. 2009.
4. Пропедевтика детских болезней: учебник под ред. Р.Р. Килдияровой, В.И. Макаровой. – М.: ЭОТАР – Медиа, 2012 г.