

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

**SAMARQAND DAVLAT MEDITSINA INSTITUTI**



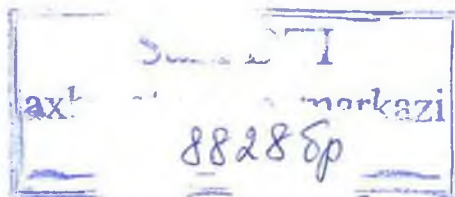
**BOLALARDA O'TKIR BA SURUNKALI  
GLOMERULONEFRITLAR**



**Samarqand-2016**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI  
SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT MEDITSINA INSTITUTI

**BOLALARDA O'TKIR VA  
SURUNKALI GLOMERULONEFRITLAR**  
(Uslubiy tavsiyanoma)



SAMARQAND 2016

**Bolalarda o`tkir va surunkali glomerulonefritlar.** Uslubiy tavsiyanoma pediatriya fakultetining 6-7 kurs talabalariga mustaqil ta`lim uchun mo`ljallangan. Camarqand, 28 bet.

**Tuzuvchilar :**

**Uralov S.H.M.**-SamMI 4-son pediatriya kafedrasining mudiri, t.f.n., dotsent

**Rustamov M.R.** – SamMI 4-son pediatriya kafedrasining professori, t.f.d.

**Yuldashev Sh.S.**- SamMI, dots.v.b., t.f.n.

**Maxmudova F.V.**- SamMI 4-son pediatriya kafedrasining assistenti

**Atayeva M.S.** – SamMI 4-son pediatriya kafedrasining assistenti

**Islamova D.S.** -SamMI 4-son pediatriya kafedrasining katta o`qituvchisi

**Taqrizchilar:-**

**Lim V.I.** - SamMI, 1-son pediatriya kafedrasini dotsenti, t.f.n.

**Rabbimova D.T.** - SamMI, bolalar kasalliklari propedevtikasi kursi mudiri, t.f.n., dotsent.

Ushbu uslubiy tavsiyanoma SamMI Ilmiy kengashida muhokama etildi va chop etish uchun ruxsat berildi

Baeonoma № 2, 23/11 / 2016 y.

Ilmiy ko`sh



S.S.Davlatov

## **BOLALARDA O'TKIR VA SURUNKALI GLOMERULONEFRITLAR.**

### **Kirish**

1. Uslubiy tavsiyanoma pediatriya fakulteti 6-7 kurs talabalarini "Pediatriya" fanidan belgilangan mavzu bo'yicha 2 soat davomida mustaqil ravishda amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlik ko'rishi uchun mo'ljallangan.

2. Mavzuni izohlash tartibi: maqsadni aniqlash, oldingi kursda olingan bilimlarni mustahkamlash, mustaqil tayyorgarlik uchun savollar, mavzuning asosiy qismini yoritish, diagnostika va differensial diagnostika uchun tavsiyalar, muammoli vaziyatli masalalarni yechish, test topshiriqlari va ularning javob etalonlari, tavsiya etilgan adabiyotlar.

Uslubiy tavsiyanoma yordamida talabalar oldingi kurslarda olingan bilimlarni mustahkamlaydi, mustaqil tayyorgarlik ko'rish uchun tavsiya etilgan adabiyotlarni o'rganadi, mavzuning asosiy qismini yoritadi, test topshiriqlari va vaziyatli masalalarni yechishga tayyor bo'lishlari lozim.

### **Mavzuning dolzarbligi:**

Glomerulonefrit (GN)-bu infeksiyon - allergik, immun tabiatli kasallik bo'lib, uning negizida buyrak ko'ptokchalari kapillyarlari endoteliy qavatining diffuz yoki o'choqlik immun yallig'lanishi yotadi, hamda buyrak va buyrakdan tashqari simptomlar bilan xarakterlanadi.

Glomerulonefrit bolalar o'rtasida ancha keng tarqalgan buyrak xastaligi bo'lib ko'pchilik hollarda jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin. Glomerulonefritni erta muddatlarda aniqlashda birmuncha qiyinchiliklar mavjud bo'lib bemorlarni tekshirishdagi laborator usullargina masalaga aniqlik kiritadi. Shu bilan birgalikda kasallikning erta tashhisoti ham uning oqibatini belgilashda muhim ahamiyat kasb etadi. Kasallik o'z vaqtida aniqlanib davolash chora tadbirlari o'tkazilmasa buyrak etishmovchiligi, eklampsiya kabi shoshilinch yordam ko'rsatilishi zarur bo'lgan asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Bunday bemorlar davolash profilaktika yordam ko'rsatishning barcha bo'g'inlarida faoliyat ko'rsatayotgan vrachlar qabuliga tushishi mumkin. Ayniqsa umumiy amaliyot pediatriyasi uchun glomerulonefritni o'z vaqtida aniqlash davolash chora-tadbirlarini belgilash, asoratlarning oldini olish borasida chuqur bilim va tajribaga ega bo'lishlarini taqozo etadi.

### **Mashg'ulot maqsadi:**

Bolalarda o'tkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining diagnostikasi, davosi, profilaktikasini olib borish standartlarini o'rganish, bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiyasini olib borish, amaliy masalarni yechish maqsadida amaliy ko'nikmalarni o'rganish.

### **Mashg'ulot vazifasi:**

➤ Talabalarni bolalarda o'tkir va surunkali glomerulonefrit kasalligini tashhislash, davolash va oldini olish bo'yicha bilimlarini chuqurlashtirish.

➤ Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligini klinik va mantiqiy fikrlashni rivojlantirish, turli kasalliklar bilan tafovutli tashhisni olib borish.

➤ Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligiga xos laborator va instrumental tekshiruvlarni tafovutli qoʻllash natijalarini interpretatsiya qila olish.

➤ Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining asosiy tashhisini klinik kechishiga, ogʻirligiga va yoʻldosh kasalliklariga qarab qoʻyish, davolash algoritmlarini ishlab chiqish.

#### **Talabalar bilishi kerak:**

- Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemorning qarindoshlari bilan muloqotni etik va deontologik asoslarini;

- Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemor bola organizmining anatomik va fiziologik xususiyatlarini;

- Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemor bolani tekshirish usullari xususiyatlarini;

- Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bolalarda aʼzo va tizimlarning asosiy jarohatlanish semiotikasi va sindromlarini;

- Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemor bolalardagi funksional va laborator tekshirish usullarining oʻtkazilishini, hamda tahlilini

- Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bola organizmidagi asosiy, yoʻldosh kasalliklarni va asoratlarni eʼtiborga olgan holda davolash.

#### **Talabalar bajara olishi kerak:**

▪ Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemorning bola organizmining anatomik va fiziologik xususiyatlari boʻyicha bilimlarni qoʻllashni;

▪ Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemorning obʼektiv tekshirish usullarini;

▪ Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemorning aʼzolar va tizimlarning asosiy jarohatlanish semiotikasi va sindromlarini aniqlashni, hamda oʻxshash sindromlarni qiyosiy tashhislashni;

▪ Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligi boʻlgan bemorning organizmidagi premorbid fon, asosiy, yoʻldosh kasalliklarni va asoratlarni eʼtiborga olgan holda davolash;

#### **Talaba tomonidan mustaqil ravishda koʻrib chiqiladigan savollar:**

1. Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining taʼrifi, etiologiyasi va patogenezi.

2. Bolalarda oʻtkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining tasnifi.

3. Bolalarda o'tkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining klinik manzarasi.

4. Bolalarda o'tkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining diagnostikasi va differensial diagnostikasi.

5. Bolalarda o'tkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining davolash prinsiplari.

6. Bolalarda o'tkir va surunkali glomerulonefrit kasalligining profilaktika va reabilitatsiyasi.

## O'tkir glomerulonefrit.

### Etiologiyasi.

O'tkir glomerulonefrit (O'GN) etiologiyasida quyidagilar farqlanadi.

1. Streptokokkli infeksiya (ko'pincha bu beta -gemolitik streptokokkning A guruxi 1:2:4 tiplari). Angina, streptokokkli impetigo va boshqa kasalliklarni o'tkazgandan so'ng.

2. Stafilokkok

3. Pnevmonokokk

4. Viruslar: qitomegaloviruslar

5. Malyariya plazmodiyalari, zaxm kuzgatuvcisi

6. SHuningdek O'GN boshqa sabablar natijasida rivojlanish mumkin

-Emlashlar, dori vositalari

-Ilon va ari chaqishlari

-Organizmni sovuqda qolishi

### PATOGENEZ.

• O'tkir glomerulonefrit odatda infeksiyon kasalliklar zo'rayishi davrida sodir bo'lmay, balki kasallik tuzalishidan 2-3 hafta o'tgach rivojlanadi; bu davrda buyrak to'qimalaridan streptokokkni topish imkonini bo'lmaydi. O'tkir glomerulonefritning vujudga kelishi mexanizmini infeksiya davrida mikroblar oqsilli antigenlarning qonga tushishi va bunga javoban qonda antitelalar hosil bo'lishi bilan bog'laydilar. Ko'pchilik bemorlar qonida antistreptolizin, streptokokk anti-gialuronidaza, ba'zan beta-streptokokkka qarshi preuipitin titrining yuqori bo'lishi buning isboti hisoblanadi. Mazkur antitanalar xujayralar parchalanishi-ning mahsuloti bo'lishi mumkin. Antitela qonda aylanib yurib, kalavacha kapillyarlari endoteliashi tomonidan ushlanadi va bu erda xujayra ichidagi antigen bilan qo'shiladi, natijada antigen-antitela immun kompleksi hosil bo'ladi. Mazkur birikma kapillyarlarning bazal giperergik yallig'lanish jarayoni rivojlanishiga olib keladi.

Bu jarayon davomida biriktiruvchi tukima dezorganizatsiyasi ro'y beradi. Fiksatsiyalangan antigenga mos immunoglobulin G ishlab chiqaradi, lekin baʼzan immunoglobulin M, A ishlab chiqarishi mumkin Natijada o'ta sezuvchanlikning sekin turida immun yallig'lanish rivojlanadi. Bu mexanizm o'tkir va o'tkir osti GN uchun xarakterli. Agar biriktiruvchi to'qima (shuningdek uning nokollagen strukturasi ) antigen sifatida yuzaga chiqsa autoimmun yallig'lanish rivojlanadi. Bunda o'ta sezuvchanlikning sekin turi namoyon buladi.

Koptokchalarga fiksatsiyalangan immun hosilalar taʼsirida kapillyarlar endoteliysi shikastlanadi, trombozlar va boshqa shaklli elementlar agregatsiyalanadi, kapillyar stazi kuzatiladi. Progressiyalanuvchi GNda fibrinoliz depressiyasi, parakoagulyatsiya kuzatiladi va koptokcha kapsulasi bo'shlig'i yonida fibrin to'planishiga sharoit yaratadi, bu esa sklerotik shakllari rivojlanishiga asos bo'ladi. SHunga bog'liq holda GN turli shakllarida turli harakter va darajadagi DVS-sindrom rivojlanadi. Gemostaz buzilishida prostaglandin , kalikrein-kinin sistemasi ishtirok etadi. Bunda rivojlanuvchi uirkulyator va neyroendokrin siljishlar GN ning klinik ko'rinishlarni tasdiqlovchi turli hil sindromlarga olib keladi

### Patologik anatomiyasi.

Topografiyasiga ko'ra intra va ekstrakapillyar xillari farqlanadi, yallig'lanish harakteriga kura ekssudativ, proliferativ va aralash turlari mavjud, kechishiga ko'ra: 1) o'tkir;2)o'tkir osti; 3)surunkali yallig'lanish jarayoni tarqalganligiga ko'ra: 1) diffuz; 2) o'choqli.

**O'tkir GN**-dastlabki kunlari koptokchalar giperemiyasi ustunlik qiladi, keyinchalik endoteliy va aymqsa mezenximal xujayralar leykozitar infiltratsiyasi ko'shiladi. SHuning uchun quyidagi fazalar farqlanadi:

1. Ekssudativ
2. Ekssudativ-proliferativ
3. Proliferativ

Baʼzan o'tkir nekrotik GN ko'rinishida uchrashi mumkin. Buyrak kattalashgan va shishgan. Piramidalar qoramtir va qizil rangda, po'stloq kulrangsimon qo'ng'ir rangda bo'ladi.

### Glomerulonefrit tasnifi.

Glomerulonefrit shakli	Buyrakdagi jarayon aktivligi	Buyraklar funktsiyasi

<p>O`tkir GN          -Nefrotik sindrom bilan          -Nefritik sindrom bilan          -Aloxida siydik sindromi bilan          -Nefrotik sindrom-gematuriya va gipertoniya bilan</p>	<p>-Boshlang`ich ko`rinishlar davri          -Ortga rivojlanish davri          -Klinik-laborator remissiya</p>	<p>-Buyraklar funkuiyasi buzilmagan          -Buyrak funkuiyasi buzilishi bilan          -O`tkir buyrak etish-movchiligi</p>
<p>Surunkali GN          -Nefrotik shakli          -Gematurik shakli          -Aralash shakli</p>	<p>-Avj olish davri          -Qisman remissiya davri          -Butunlay klinik laborator remissiya davri</p>	<p>-Buyrak funkuiyasi buzilishisiz          -Buyrak funkuiyasini buzilishi bilan          -Surunkali buyrak etishmovchiligi</p>
<p>O`tkir osti (xavfli) GN</p>		<p>-Buyrak funkuiyasi buzilishi bilan.          - SBE.</p>

Nefritik variantiga xos o`zgarishlar: kuchli rivojlanmagan shish, arterial gipertenziya, qonda azot shlaklarini oshishi.

Nefrotik variantiga - kuchli rivojlanuvchi shish, anasarka, oliguriya, protenuriya, gipoprotenemiya, giperxolesterinemiya, qon bosimi normada, azot shlaklari normada. Aloxida siydik sindromida-o`zgarish faqat siydik cho`kmasida bo`ladi.

**O`tkir glomerulonefrit** uchta asosiy simptom bilan ifodalanadi: tanada shish paydo bo`lishi, qon bosimining oshishi va siydikdagi o`zgarishlar. Kasallik, aksariyat, o`tkir boshlanadi, o`tkazilgan angina yoki streptokokk infekuiyasi o`chog`i bilan bog`lik. Bemorlar bosh og`rishiga, darmonsizlikka, umumiy bexollikka, ishtaxa pasayishiga, ko`ngil aynishiga, hansirashga, yurakning tez urishiga, yurak va bel sohalarida og`riqqa, diurezning kamayishiga va siydik rangining o`zgarishiga shikoyat qiladilar.

**SHish** kasallikning dastlabki va doimiy belgilaridan biri hisoblanadi. U 80-90 foiz bemorlarda kuzatiladi. SHish ertalab yaqollashadi yuzda, ayniqsa ko`z qovog`ida va ko`z ostida joylashadi, natijada ko`z yumilib ketadi, keyinchalik tananing hamma qismi va oyoqlarga tarqaladi. Suyuqlik pincha bo`shliqlarga (plevra, qorin va perikard bo`shlig`iga) yig`iladi. Tana vazni qisqa vaqt ichida oshadi. YAshirin shishlar ham bo`lishi mumkin. Bunday bemorlar organizmida suyuqlik yig`ilishini muntazam ravishda bemorni tarozida tortish,hamda bir kecha-kunduzda ichilgan suyuqlik va ajratilgan siydik miqdorlarini solishtirish orqali aniqlanadi. Ko`p hollarda kasallik ijobiy

yakunlanadi, shishlar 2-3 haftadan so'ng yo'qoladi. **SHishni hosil bo'lish mexanizmi:**

1. Kapillyarlarni o'tkazuvchanligini oshishi natijasida oqsillarni siydik bilan chiqishi ko'payadi. Albuminlar hisobiga qonda oqsil miqdori to'qimaga nisbatan kamayadi, natijada onkotik bosim kamayadi, suyuqlik tomirlardan to'qimaga o'ta boshlaydi.

2. Plazma hajmini kamayishi aldosteron ishlab chiqarishni va gipofizni antidiuretik gormonni ko'payishiga olib keladi. Aldosteron buyrak kanalchalarida natriy tuzini so'rilishini reabsorbuiya bo'lishini kuchaytiradi. Qonda natriy ko'payadi. Bu esa o'z navbatida antidiuretik garmonlarni chiqishini kuchaytiradi, natijada suvni so'rilishi va organizmda yig'ilishiga olib keladi.

**Arterial qon bosimining oshishi** ham o'tkir glomerulonefritning erta paydo bo'ladigan belgilaridan hisoblanadi va 70-90 foiz bemorlarda arterial qon bosimi o'rtacha ko'payadi. Odatda o'tkir glomerulonefritdagi gipertenziya uzoq vaqt saqlanmaydi, 2-3 hafta mobaynida me'ryorgacha pasayadi.

#### *Qon bosimini oshish mexanizmi:*

Infektsiya va uning toksini organizmda gistaminga o'xshash moddalar serotogistamin va boshqalar hosil qilib, buyrak tomirlarini qisqartiradi, buyrakni ishemiyaga olib keladi. Natijada ko'p miqdorda renin ishlab chiqariladi va u qonga o'tadi. Reninni o'zi noaktiv holatda bo'ladi, lekin qonda alfa-globulin bilan qo'shilib yangi modda hosil qiladi, u angiotenzin yoki gipertenzin I deyiladi. U aminokislotalardan iborat. Gipertenzin I plazmadagi enzim ta'sirida gipertenzin II ga aylanadi. Gipertenzin II tomir devoridagi silliq muskullarni qisqartirib, aldosteron chiqishini ko'paytiradi va bosimni oshishiga olib keladi. Buyrakda, eritrouitda va boshqa to'qimalarda gipertenzinaza fermenti bo'lib gipertenzin II ni parchalaydi, shuning uchun bosimni normallashtirib turadi. Bo'lmasa bosim hamma vaqt baland bo'ladi.

Arteriya qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi natijasida yurak zo'riqib ishlaydi va o'tkir yurak (ko'pincha chap qorincha) etishmovchiligiga olib keladi. Tekshirishda yurakning nisbiy chegarasi chapga kengayganligi aniqlanadi. Yurak tonlari bo'g'irlashgan, ko'pincha yurak cho'qqisida funktsionalistolik shovqin eshitiladi, o'pka arteriyasida va aortada II tonni kuchayishi, ba'zan ot dupuriga o'xshash tovush paydo bo'lishi mumkin. Tomir urishi tarang, sekin bo'ladi. O'pkalarda quruq va nam xirillashlar eshitiladi. EKG standart ulamalarida R va T tishchalari o'zgarishi, ko'pincha T tishi chuqur va QRS kompleksi voltaji pasayganligi aniqlanadi.

Siydikda paydo bo'lgan patologik elementlarni mexanizmi:

Bosimning oshishi natijasida va biologik aktiv moddalarni gitsamin, glyukuron kislota va boshqalarni buyrak tomirlariga ta'siri natijasida koptokchalar kaplyarlarini bazal membranasini butunligi buzilib, undan qon elementlari siydik bilan chiqa boshlaydi.

O'tkir glomerulonefritda siydik sindromi - proteinuriya, uilindruriya, makro va mikrogematuriya bilan ifodalanadi.

**Proteinuriya** - kalavachalar kapillyarlari o'tkazuvchanligining ortishi natijasida vujudga keladi, bunda qondan kapsulaga (g'iloftga) mayda dispersli albuminlardan tashqari globulinlar va fibrinogenlar ham ajralib chiqadi. Siydikda oqsillar soni 1 foizdan 10 foizgacha ko'payib ketishi aniqlanadi va bu faqat dastlabki 7-10 kunlar mobaynida saqlanadi. Deyarli katta bo'lmagan proteinuriya baʼzan kasallikning boshlanishidayoq sodir bo'ladi va uzoq vaqt saqlanishi mumkin, faqat 3-4-6, baʼzida 9-12 oydan so'ng umuman yo'qoladi.

**Gematuriya** - kasallikning doimiy belgisi xisoblanadi. 13-15 foiz bemorlarda makrogematuriya (siydik go'sht seli rangida bo'ladi), boshqa hollarda mikrogematuriya (siydik cho'kmasida eritrouitlar miqdori ko'rish maydonida 10-15 tagacha bo'ladi) kuzatiladi.

**Iilindruriya** - o'tkir glomerulonefritda kuzatilmasligi ham mumkin. Faqat 75 foiz bemorlarning siydik cho'kmasida juda oz miqdorda gialin va donali uilindrlar topiladi.

**Leykouitlar** miqdori siydik cho'kmasida juda kam, bazan 20-30 tagacha uchraydi.

Qon tarkibida gemogloblin va eritrouitlar miqdorining kamayishi (anemiya) kuzatiladi. Bu holat qon shishi (gidremiya), hamda kasallik rivojlanishiga sabab bo'lgan infeksiya taʼsiri natijasida vujudga keladi. ECHT-oshadi (20-50 mm/s) va maʼlum darajada patologik jarayon faolligining ko'rsatkichi hisoblanadi va oqsil bo'lakchalari o'zgarishini aks ettiradi. Eozinofillar miqdori ham ko'payadi.

**KECHISHI.** O'tkir glomerulonefritning 3 xil ko'rinishda kechishi tafavut qilinadi.

**I - uiklli (tipik) turi** - keskin boshlanishi, og'ir kechishi bilan ifodalanib, buyrak va buyrakdan tashqari belgilar (shish, hansirash, bosh og'rig'i va bel og'rishi, siydik miqdorining kamayishi, siydik tarkibida oqsil va qon bo'lishi, arterial qon bosimining ko'tarilishi) bilan namoyon bo'ladi. SHish 2-3 xafta davomida kuzatiladi, so'ngra kasallik kechishida burilish vujudga keladi: shish kamayishi natijasida siydik miqdori ko'payadi, arterial qon bosimi pasayadi, lekin oz miqdorda proteinuriya (0,03-0,1 g/l) va qoldiq mikrogematuriya uzoq vaqt kuzatilishi mumkin.

**II - cho'ziluvchan turi** - kasallikning asta-sekin rivojlanishi, shishning sust kuchayishi, arterial gipertenziya va gematuriyani kam ifodalanishi, nefrotik sindrom klinik laboratoriya belgilarining ustunligi bilan ifodalanadi. Kasallik kechishi davomli (6-12 oydan ortiqroq), ko'pincha surunkali glomerulonefritga o'tishi bilan yakunlanadi.

**III - yashirin (atipik) turi** - ko'pincha surunkali nefritga o'tadi. Kasallik asta-sekin boshlanadi sezilar-sezilmas hansirash va shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. kning yagona tashxisiy belgisi kroproteinuriya va mikrogematuriya ko'rinishidagi kuchsiz ifodalangan siydik sindromidir.

Agar o'tkir glomerulonefritning hamma belgilari bir yil davomida mutlaqo yo'qolmasa, surunkali turiga o'tdi deb hisoblash kerak.

#### **ASORATLARI.**

-O'tkir buyrak etishmovchiligi - anuriya, azotemiya, giperkaliemiya.

-O'tkir yurak etishmovchiligi (chap qorincha yoki yalpi-total, o'pka shishi).

-Eklampsiya (xush yo'qolishi, mushaklarning klonik va tonik tirishishi).

-Bosh miyaga qon quyilishi.

-Ko'z ko'rishining o'tkir buzilishi - to'r pardaning qisqarishi yoki shishi tufayli o'tkinchi ko'rlik .

**TASHXISI.** Kasallik anamnezi tipik bo'lsa, klinik belgilari yaqqol ko'zga tashlansa, streptokokk infekuiyasi bilan bog'liqligi aniqlansa o'tkir diffuz glomerulonefrit tashxisini qo'yish deyarli qiyinchilik tug'dirmaydi.

### **QIYOSIY TASHXISI.**

**O'tkir yurak etishmovchiligi** - hansirash, shish, yurak etishmovchilik belgilari bilan kechadi. O'tkir nefrit tashxisini aniqlashda kasallikning keskin rivojlanishi, yurak kasalligining ustunligini ko'rsatuvchi belgilar yo'qligi, siydik sindromining mavjudligi, ayniqsa gematuriya, hamda bradikardiya moyillik muhim ahamiyatga ega.

**O'tkir pielonefrit.** O'tkir glomerulonefritda yuqori leykosituriya, bel sohasida shiddatli og'riq , badan uvishishi bilan ifodalangan yuqori harorat pielonefritga nisbatan juda kam uchraydi, o'tkir pielonefritda esa shish sindromi va yurak etishmovchiligi kuzatilmaydi .

**Surunkali diffuz glomerulonefritning** zo'rayish davrida o'tkir turidan farqlash qiyinchilik tug'diradi. Bu erda infekuiya kasallik boshlanishidan nefritning o'tkir ko'rinishi namoyon bo'lguncha vaqtning qisqarishi ahamiyatiga ega. Bu muddat o'tkir glomerulonefritda 10-20 kun, surunkali nefritning qaytalanishida esa 1-2 kunni tashkil qiladi. Siydik sindromi bir xil bo'lishi mumkin, lekin siydik solishtirma og'irligining 1015 dan pastga turg'un pasayishi, siydikning filtratsion faoliyatining zaiflashishi, arterial gipertenziyaning barqarorlashishi, yurakning chap qorincha gipertrofiyasi, to'r parda arteriyasini torayishi surunkali glomerulonefrit zo'rayishiga ko'proq xos.

**OQIBATI** - ma'lum darajada nefritni erta aniqlashga va to'g'ri davolashga bog'liq. O'lim-kasallikning o'tkir davrida kam uchraydi, ko'pincha o'tkir yurak va o'tkir buyrak etishmovchiligi bilan bog'liq. Butunlay sog'ayish 50-70 foiz bemorlarda kuzatiladi. Samarali davolaganda sog'ayish 2-4 hafta yoki 2-3 oy ichida kuzatiladi. Kasallik qaytarilmasligi uchun organizmdagi infekuiya o'choqlarini yo'qotish kerak. Bemor yil davomida sovqotish, ayniqsa, nam sovq ta'siri bilan bog'liq bo'lgan xollardan bolalarni asrash lozim.

**O'TKIR OSTI GLOMERULONEFRIT** (xatarli ekstrakapillyarli) nefrotik va gipertenziya sindromlarining tez rivojlanishi, jadallashuvli kechishi, buyrak etishmovchiligining barvaqt (bir necha haftadan bir necha oygacha) vujudga kelishi va o'lim oqibati bilan (1 yilgacha) ifodalanadi.

**ETIOLOGIYASI** – to'liq aniqlanmagan.

-Streptokokk infekuiyasi.

-Dori-darmonlarni o'zlashtira olmaslikka javob reakuiyasi sifatida.

-Gemorragik kapillyarotoksikoz oqibati sifatida.

-Virusli infekuiyalar.

-Bakterial endokardit.

- Sistemli qizil bo`richa.
- Kimyoviy moddalar taʼsiri.
- Nomaʼlum etiologiyali xatarli idiopatik nefrit.

**KLINIK KO`RINISHI.** Ko`p hollarda kasallik shish, gipertenziya va siydik sindromlari bilan keskin boshlanadi. Siydik sindromlaridan proteinuriya eng ko`p ifodalangan bo`ladi. Ko`pincha kasallikning bu turida plevra va perikard bo`shliqlariga suyuqlik yig`ilishi kuzatiladi. Bundan tashqari diurez kamaygan, siydikning nisbiy zichligi yuqori, gematuriya yaqqol namoyon bo`ladi. Siydik cho`kmasida eritruitsitlardan tashqari har xil miqdorda leykositlar, uildirlar va lipidlar topiladi. Arterial qon bosim tezda ko`tariladi. Qonda oqsil miqdori kamayadi, xolesterin va leykositlar esa - ko`payadi.ECHT-tezlashadi. O`tkir va zo`raygan surunkali nefritdan farqi, yarim o`tkir turida klinika va laboratoriya belgilari kamaymaydi, tezda jadallashadi. Proteinuriya, shishlar va gipertenziya qatsiy kuchayadi. Buyrakning konuentraion qobiliyati pasayadi, gipo so`ngra izostenuriya rivojlanadi. Qon zardobida siydikchil va kreatin miqdori keskin ortadi. Azotemiya bilan bir vaqtda anemiya ham rivojlanadi. Arterial bosimning ko`tarilishi yurakning gipertrofiyasiga va dilyatauiyasiga, yurak etishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi.

#### QIYOSIY TASHXISI.

**O`tkir glomerulonefritdan** farqi kasallik jadallashuvchi, xavfli tabiatga ega bo`lib, barqaror oliguriya, giperazotemiya, anemiya bilan ifodalanadi, davo choralari samarasiz.

**Surunkali glomerulonefritning** zo`rayishi tashxisida kasallikning uzoq vaqt davom etishi, bemorning bir necha bor kasalxonada davolanganligi, birorta sindromning (siydik yoki nefrotik) yaqqol ifodalanishi muhim ahamiyatga ega. Gipertoniya surunkali nefritda yarim o`tkir turiga nisbatan kam keskinlashadi. Surunkali nefritda buyrak faoliyati uzoq vaqt kompensauiyalanadi, yarim o`tkir nefritda esa tezda buyrak etishmovchiligi vujudga keladi.

#### SURUNKALI GLOMERULONEFRIT.

Uzoq vaqt davom etuvchi ikki tomonlama immun-yallig`lanishli buyrak kasalligi bo`lib, kalavachalarning to`xtovsiz nobud bo`lishi, buyrak faoliyatining pasayishi, arterial gipertenziya va buyrak etishmovchiligi rivojlanishi bilan ifodalanadi. Bu og`ir kasallik xisoblanib, hamma yoshdagi bolalarda uchraydi, ayniqsa 5 yoshdan 20 yoshgacha, o`rtacha 7 yoshdan 12 yoshgacha ko`proq uchrab turadi. Surunkali glomerulonefritda nafaqat buyrak balki buyrakdan tashqari boshqa aszolar ham zararlanadi. Surunkali glomerulonefrit infeksiion-allergik kasallik hisoblanib buyrak ko`ptokchalarini zararlanishi bilan xarakterlanadi. Ignatov.A.I taʼbiricha glomerulonefrit infeksiion-allergik kasallik bo`lib, asosida autoimmun jarayon yotadi.

**Etiologiyasi:** CHaquiruvchisi stafilokokk, streptokokk, 80% xollarda gemolitik streptokokk «A». Streptokokkni 40 ta tipi bo`lib, nefrotik tipi 12,14,18,25 hisoblanib, ko`pincha 12 tipi bolalarda nefrotogen xususiyatga ega. Ignatov A.I. ko`rsatmasi bo`yicha infeksiion kasalliklar: O`RVI, gripp,

skarlatina, qizamiq, paratif, ko`kyo`taldan keyin ham kasallik rivojlanishi mumkin. Viruslar streptokokkni aktivlashtirib, kasallik rivojlanishiga sababchi bo`ladi.

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar quyidagilar hisoblanadi:

Sovuqda qolish- bola uzoq vaqt sovuqda qolganda buyrak tomirlari qiskarib, koptokchalarda qon aylanish jarayoni buziladi. Qon aylanishi sekinlashishi esa stazga olib keladi. SHuning uchun kasallik qish va bahor oylarida kuzatilib, yozda va kuz oylarida kamayadi.

-Ko`pincha to`liq davolanmagan yoki o`z vaqtida tashxisi aniqlanmagan o`tkir glomerulonefrit oqibati. Lekin ba`zan bemorlar anamnezida o`tkir nefrit bilan kasal bo`lganliklari haqida ko`rsatma bo`lmaydi. Bu holatda surunkali nefrit oz belgilar bilan kechuvchi o`tkir nefritning yashirin turi natijasi hisoblanadi.

-O`choqli infeksiya mavjudligi.

-Turmush va ishlash sharoitining noqulayligi..

-Qon zardobi, vakuinalar, ovqat antigenlari, turli zaharli moddalar taʼsiri. SGN polietologik kasallik bo`lib, A guruxli V – gemolitik streptokokk , stafilokokklar, V gepatit virusi, mitomegaloviruslar, bezgak plazmodiyasi kasallikning asosiy sababchilaridir. Noinfeksiyon omillardan SGN rivojlanishida profilaktik emlash, sovuqotish ahamiyatlidir.

SGN quyidagi kasalliklarda rivojlanadi.

-Membranoproliferativ GN

-Membronoz nefropatiya

-Alʼport sindromi

-Sistemali qizil yuguruk (SQYU)

-Diffuz glomeruloskleroz

-Gemorragik vaskulit

-Tez avj oluvchi GN

-Berje kasalligi.

**Patogenezi:** Streptokokk va uni toksinlari qonga o`tib, buyrakga borib buyrak xujayralaridagi oqsillarni sifatini o`zgartiradi, natijada bu oqsillar denaturatsiyaga uchrab autoantigena aylanadi. Buyrak autoantigeni qonga o`tib RES da unga qarshi antitela ishlab chiqariladi- nefrotoksinlar, autoantitelalar. Reaksiya antigen-antitela kompleksi taʼsiri ostida buyrak koptokchalarida bo`ladi va diffuzli glomerulonefrit rivojlanishiga olib keladi. Oksidlanish-qaytarilish reaksiyasi buzilib, organizmda gistamininga o`xshash moddalar hosil bo`ladi va qaytadan buyrakni zararlaydi bu esa jarayonni surunkali kechishiga olib keladi.

Surunkali glomerulonefrit shakllanishida giperergik reaksiya, ayniqsa autoimmun buzilishlari bilan namoyon bo`ladigan makroorganizm reaktivligining o`zgarishlari muhim rol o`ynaydi. Mazkur kasallikning autoimmun genezligini tasdiqlovchi quyidagi dalillar mavjud: bemor qonida buyrakka qarshi autoantitana topilishi, glyukosteroidli gormonlar va immundepressantlar qo`llanilishining samaradorligi, hamda kalava bazal

membranalari shikastlanishini va yallig'lanish reaktivitasini chaqiradigan A va M immunglobulinlaridan tashkil topgan kalava kapillyarlarining bazal membranalarida depozit ko'rinishidagi immun komplekslarini ajralib chiqishining mavjudligi. Noimmun omillardan giperkoagulyatsiya, tomir ichida qon ivishi, kalava kapillyarlariga fibrin va uning parchalanish mahsulotlarining tushishi, hamda qonda kinin, gistamin, serotonin, renin va prostoglandinlar miqdorlarining ko'payishi. Gemostaz va fibrinoliz tizimidagi buzilishlar. Kasallik rivojlanishida organizmda antigen-antitelo kompleksi hosil bo'lishi, uni qonda uirkulyatsiyasi va buyrak to'qimasi, ayniqsa ko'ptokchalar bazal membranasi shikastlanishi yotadi. Buning natijasida qon tomirlar o'tkazuvchanligi oshishi va oqsil moddalarini siydik orqali ko'p ajralishi, maxalliy qon aylanishi mikroirkulyatsiyasining buzilishi, kapillyarlarda staz, trombuotlar agregatsiyasi va maxalliy DVS-sindromning rivojlanishi kuzatiladi. Bu o'z navbatida buyrak tuqimalari gipoksiyasi, renin-angiotenzin tizimining faollanishi, gipertenziyaga olib keladi.

### KLINIK KO'RINISHI.

O'g'il bolalarda qizlarga nisbatan 1,5-2 marta ko'proq uchraydi. SHikoyati bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qusish, tana harorat ko'tarilishi, xolsizlik. Bolalarda klinik manzara har xil o'tishi mumkin, proteinuriyadan uremiyagacha kuzatilishi mumkin.

#### **Bolalarga xos tomoni:**

- Ko'pincha abdominal sindrom kuzatiladi. Ko'ngil aynish, qusish, qorin og'rig'i. Bunday kasallar jarroxlik bo'limiga tushishi mumkin.

- Baszi vaqtlarda nefritni boshlanishida eklampsiya bo'lishi mumkin: bunday xollarda kasallar nevrologiya bo'limida yotqizish mumkin

- Klinikasi kam namoyon bo'lganda - pielit, pielonefrit deb noto'g'ri diaqnoz qo'yish mumkin.

Kasallik zo'rayishida o'tkir glomerulonefrit belgilari bilan ifodalanadi. Remissiya davrida surunkali nefritning klinik ko'rinishi, kechishi xastalikning turiga bog'liq. Mazkur patologik jarayonning 5 xil turi tafovut qilinadi.

#### **Nefrotik turi:**

Siydik orqali ko'p miqdorda oqsil ajralishi (proteinuriya-sutkada 3,5 g dan ortiq), gipo va disproteinemiya (qonda oksil moddasi, ayniqsa albumin miqdorining kamayishi), giperxolesterinemiya (600-800 mg %), diurez kamayishi va bemor badanida gipoproteinemiya natijasida shishlar paydo bo'lishi bilan kuzatiladi. SHish sindromi asta-sekin rivojlanadi. Odatda shish ertalab yuzda, ayniqsa qovoqlarda, ko'z ostida namoyon bo'ladi. Keyinchalik shish tanaga tarqaladi va barqaror bo'lib qoladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishida, lipoidli nefritdan nefrotik sindrom buyrakning yal' sh belgilari (ozgina gematuriya, buyrak fil'trlash faoliyatining pasayishi) bilan birga namoyon bo'ladi. Qon bosimi xastalikning boshlang'ich davrida oshmaydi, lekin keyinchalik patologik jarayonning to'xtovsiz rivojlanishi natijasida buyrakning azot chiqarish faoliyati buziladi va arteriya bosimi balandlashadi.

**Gipertoniya turi:** Kasallikning etakchi belgisi - gipertenziya, siydikning ozgina o'zgarishi va shishning yo'qligi bilan ifodalanadi. Arteriya bosimi ko'pincha deyarli yuqori ko'tarilmaydi (160/100 mm sim. ust., kam hollarda 180/110 mm sim. ust. gacha, lekin baʼzan 200/115 va undan yuqori ko'tarilishi mumkin). Qon bosimi xastalikning boshlanishida doimiy bo'lmaydi, aksariyat sovuq va asab buzilishi taʼsirida kechga tomon ko'tariladi. Vaqt o'tishi bilan buyrak faoliyati pasaygach bosim muntazam oshib boradi va turg'unlashadi. Klinik, rentgen va EKG tekshirishlari chap qorinchaning gipertrofiya belgilarini aniqlaydi. Ko'z tubida arteriya torayishi, ilon izi shaklini olishi, ko'rish nervi gardishining va to'r pardasining shishi, qon quyulish hodisasi ham uchraydi; xastalikning boshlang'ich davrlarida retinopatiya vujudga keladi.

**Aralash (shish-gipertoniya) turi:**

Qon bosimining balandligi va nefrotik sindromning mavjudligi bilan ifodalanadi. Kasallikning mazkur turi jadallashuvli kechish xususiyatiga ega, qisqa vaqtda (2-5 yil) buyrak etishmovchiligi rivojlanadi, steroidlar va immundepressantlar ijobiy samarani kam ko'rsatadilar.

**Gematurik turi:**

Muttasil talaygina va sabotli gematuriya, ko'pincha makrogematuriya, bir ozgina proteinuriya bilan ifodalanadi; shish va gipertenziya kuzatilmaydi. Surunkali nefritning gematuriya ko'rinishi tashxisi gematuriyaga sababchi bo'ladigan boshqa kasalliklar (buyrak va siydik pufagi o'smasi, buyrak infarkti, buyrak tosh kasalligi, nefroptoz va hokazo) inkor etilgandagina qo'yiladi.

**Boshlang'ich belgilari.**

- Intoksikauiya-zaxarlanish belgilari: bosh og'rishi, xolsizlik, isitma, ishtaxani pasayishi, rangini oqarishi.

- Keyin shishlar paydo bo'ladi. Oldin qovog'i shishadi, yuzi shishiqiragan, keyin oyoqlarida, belida shish paydo bo'ladi.

- Baʼzi bolalarda kasallikni 1-chi kundan boshlab bosh og'rig'i, ko'zining xiralashishi, burun qonashi kuzatiladi. Ularni hammasi qon bosimini oshishi bilan bog'liq. Qon bosimini oshishi o'tuvchi, yaʼni tranzitor xususiyatga ega.

- YUrak urishini sustlashishi, og'riq paydo bo'lishi, xansirash, birinchi ton bo'g'iqlashishi, sistolik shovqin eshivilishi. EKGda R-tishchani pasaygani ikki fazali bo'lishi xarakterli.

- Doimiy belgilardan biri-siydik tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar oliguriya, anuriya, koptokchalarda fil'trauiyani kamayishi bo'ladi, solishtirma og'irligi 1018-1030. Pasternaukiy simptomi aniqlanadi. Siydik rangi go'sht yuvindisiga o'xshaydi, leykouitlar, oqsil 3-9%. Siydik qoldig'ida gialinli, donachalar, epitelial uildir dlar aniqlanadi.

**KECHISHI.**

Surunkali glomerulonefritning kechishida 2 bosqich tafovut qilinadi: Buyrak kompensauiyasi bosqichi - azot ajratish faoliyati saqlangan, siydik belgilari yaqqol ko'rinib turadi;

Buyrak dekompensatsiyasi bosqichi - azot ajratish faoliyatining etishmovchiligi vujudga keladi. Bu bosqichda siydik belgilari kam ifodalanishi mumkin, shish o'zgina, arteriya gipertenziyasi, hamda poliuriya bilan birga gipostenuriya kuzatiladi, azotemik uremiya, ya'ni ikkilamchi buyrak bujmayishi rivojlanishi bilan yakunlanadi.

**Laborator tekshiruvlari.**

1. Qonning umumiy taxlilida-ECHTni tezlashuvi, leykouitoz, leyko formulani chapga siljishi, qizil qon tanachalarini kamayishi, eozinofiliya kuzatiladi.

2. Bioximik taxlillarda:

gipoproteinemiya 35-40g/l, siydik bilan kunda 20-30 mg gacha oqsil ajraladi.

b) Disproteinemiya-alfa va beta globulinlar miqdori oshadi, albumin esa kamayadi.

3. Azot chiqarish funksiyasini aniqlash: mochevina 2,5-8,3 mmol/l, kreatinin 90-110 mkmol/l, siydik kislota 149mkmol/l, qoldiq azot 14-28 mmol/l.

Ayniqsa kreatinin miqdorini aniqlash qonda va siydikda ahamiyatlidir, chunki kreatinin ekstrarenal faktorlarga bog'liq emas. Qonda miqdori oshadi, siydikda kamayadi. Xolestirinni oshishi nefrotik sindromni asosiy belgilaridan biri normada 3,64-6,7 mmol/l ni tashkil qiladi.

4. rN-ni aniqlash: a) engil rN-7,33-7,31 b) o'rta og'ir rN-7,30-7,21 v) og'ir rN-7,2 va undan past.

5. Siydikni umumiy taxlili: proteinuriya 0,3%-16-18% bir kunda, 3,0-14,0 va undan ko'p oqsil chiqadi.

Koptokcha membranasi o'tkazuvchanligi oshishi natijasida, molekulyar og'irligi past oqsil albumin siydik bilan chiqadi. Bu glomerulonefritning nefrotik va nefritik shakliga xos. Molekulyar og'irligi yuqori va past bo'lgan oqsil siydik bilan chiqsa noselektiv proteinuriya - deyiladi. Bu o'tkir buyrak etishmovchiligining aralash formasida kuzatiladi.

**Gematuriya:** makro va mikrogematuriya shaklida bo'lishi mumkin. Neytrofilli granulouit pielonefritga xos. Monouitar leykouituriya, uilindruriya gialinli, donachali, mumsimon, epitelial-glomerulonefritga xarakterli. Eritrouitar uilindrlarni uchrashi buyrak koptokchalarini zararlanganidan dalolat beradi.

6.UTT, Ekskretor urografiya.

**Surunkali glomerulonefritni surunkali pielonefritdan farq qiluvchi belgilari.**

Simptomlar	Surunkali pielonefrit	Surunkali glomerulonefrit
Isitma	Ko'pincha febril	Kam hollarda subfebril

Leykouitoz, SOE	YUqori leykouitoz	Kam hollarda leykouitoz
Belda og'riq	Ko`pincha	Kam holatda
SHish	Yo`q yoki kam	Ko`pincha
Dezurik belgilar	1/3 - 1/4 xolatda	Yo`q

### Glomerulonefritning davolash prinuiplari.

1. Buyraklar strukturasi mikrobl-yalliglanish jarayonning bartaraf etish.
2. Immunopatologik jarayonning pasaytirish yoki bosish.
3. Mikrouirkulyauiya va koagulyauiya sistemasidagi buzilishlarning korrekuiyasi.
4. Buyrakning funkuiional holatini va diurezni tiklash.
5. Gipotenziv vositalar ( arterial gipertenziyani bartaraf etish).
6. Membranna stabillovchi yoki antioksidantlar.
7. Koptokchalar bazal membranasi sklerotik jarayonni to`xtatish.
8. Organizmning umumiy rezistentligini oshirish.
9. Boshqa organ va aʼzolardagi buzilishlarni korrekuiylash.

### Davolash.

#### 1.Parhez № 7.

Tuz va suvni kamaytirish- oliguriya gipertoniyada 4-5 hafta davomida sutkada 0,5 g tuz beriladi. 8-chi haftadan 1,5 g tuz beriladi.

Oqsil 1-1,5g/kg,shakar 12-15g/kg beriladi. 2-chi haftadan boshlab, oqsilga boy ovqatlar beriladi. Ovqat uglevod va vitaminlarga boy bo`lishi kerak

2.YOtoq rejimi 3-4 hafta davomida tayinlanadi.Kasal yotganda teri tomirlari va reflektor buyrak tomirlari kengayadi, qon aylanishi yaxshilanadi. Buyrakdagi tomirlar spazmi yo`qoladi. Bu esa bosimni pasaytiradi, modda almashinuvi yaxshilanib, azot qoldig`i hosil bo`lishi kamayadi.

Z.Antibiotiklardan-peniuilin, ampioks, ampiuilin, eritromiucin va boshqalar beriladi.

4.Desensibilizauiyalovchi dorilar: suprastin, diazolin, dimedrol, tavegil 1-1,5 oy davomida beriladi.

5.Antikoagulyantlar-geparin 200-300 ed/kg/sut marta teri ostiga qilinadi,davolash muddati 3-4 hafta.Asta sekin dozasi kamaytiriladi.Qon ivish muddati nazorat qilinadi.

6.Kurantil-2-5mg/kg uch marta beriladi. .

7.Glyukokortikoidlardan prednizolon 1- 2-2,5mg/kg 2-4 hafta davomida beriladi.

8. Diuretik preparatlar shish va gipertoniya bo'lsa: furosemid, laziks 2mg/kg, gipotiazid 5-10mg/kg, eufillin 2-4mg/kg, uregit 1,5-2,5mg/kg, veroshpiron 5-10mg/kg beriladi.

9. Gipotenziv preparatlardan: rezerpin 0,07mg/kg; dopegit 5-15mg/kg, apressin 0,2-0,6mg/kg, dibazol 2%-2ml, magneziya sulfat 25%-0,2ml/kg beriladi.

10. Kaliy preparatlari-asparkam, panangin, kaliy aetat, gipokaliemiya beriladi.

11. Uritostatik preparatlardan: 6-merkaptopurin 2-2,5mg/kg, aziotipurin 2-3 MG/KG, leykeran 0,15-0,25mg/sut, uiklofosfamid 2-Zmg/kg.

12. Indol birikmalari: metindol 2-Zmg/kg, indometuin. 1- Zmg/kg.

13. Aminoxinolin qatoridagi preparatlar (delagil, plakvenil, rezorxin, xloroxin) delagil 5mg/kg, plakvenil 8mg/kg.

Stacionardan keyin bemor sanatoriyaga yoki poliklinikaga dispanser nazoratiga o'tadi.

14. Immunitetni korrektsiya qiluvchi terapiya: - leykointerferon

- eleuterokokk, pantokrin 1 tomchidan yoshiga.

**Glomerulonefrit bilan bo'lgan bolalarning poliklinikada dispanser kuzatish sxemasi.**

Mutaxassislar ko'rigi	Maxalliy pediatr to'liq kliniko-laborator remissiya davrida 3-6 oyda 1 marta; qisman remissiya davrida 1-3 oyda 1 marta, LOR, stomatolog 1 yilda 2 marta; ko'z zararlanganda va davolashda aminoxinolon preparatlari qo'llanilganda – okulist 1 oyda 1 marta. Boshqa mutaxassislar ko'rsatmaga binoan.
Ko'rigda e'tiborga olish kerak.	Umumiy holatni, shish, A/B, surunkali infektsiya o'choq holati.
Qo'shimcha tekshiruvlar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Umumiy siydik taxlili 2-4 haftada 1 marta</li> <li>2. Nechiporenko bo'yicha siydik taxlili 1 oyda 1 marta</li> <li>3. Umumiy qon taxlili 2-6 oyda 1 marta</li> <li>4. Qonning bioximik taxlili (mochevina, kreatinin, xolesterin, kaltsiy, kaliy, proteinogramma 6-12 oyda 1 marta).</li> <li>5. Endogen kreatinin klirensi 1 yilda 1 marta</li> <li>6. Zimniy sinamasi 3-6 oyda 1 marta.</li> </ol>
Asosiy sog'lomlashtirish yo'llari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surunkali infektsiya o'choq'ini bartaraf etish</li> <li>2. Interkurrent kasalliklarni davolash</li> <li>3. Kasalxonadan chiqqan bemorlarni to'liq davolash:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- prednizolon 1-3 mg/kg 3 kun.</li> <li>- Uritostatik preparatlar (xlobutin, uiklofosfamid) davolash dozaning 1/2 kismi.</li> <li>- kurantil 5-10 mg/kg</li> </ul> </li> <li>4. Gormonoterapiya uzoq ushlab turuvchi dozada qo'llab davolash.</li> <li>5. Simptomatik davo</li> </ol>

	6. Jarayon faolligiga qarab fizioterapevtik muolajalar. 7. Sanator-kurort davolash.
Kuzatish davomiyligi	5 yildan kam emas. Qo'zg'alishlar kuzatilganda kattalar poliklinikasigacha terapevt kuzatuv.
Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish.	Maxsus gurux yoki davolash gimnastikalari A/B va pul'sni nazorati ostida. Siydik taxlili o'tkazish. Ochiq suv xavzalarida cho'milish mumkin emas.
Profilaktik emlashlar	Kalendar asosida remissiya davrida.

### PROFILAKTIKASI.

O'tkir yuqumli kasalliklardan saqlanish va ularni o'z vaqtida davolash.

O'choqli infekuiyalarni bartaraf qilish.

Davomli va kuchli sovuq ta'siridan saqlanish.

Allergik kasalliklarga chalingan bemorlarga, emlash man qilinadi.

### Testlar

1. Surukali glomerulonefritning aralash shaklida ko'pincha qanday patogenetik davo qo'llaniladi?

A. Prednizolon bilan monoterapiya

V. Prednizolon uıtoostatiklar bilan birga

S. Prednizolon geparin bilan birga

D. Prednizolon, geparin va kurantil birga

E. Prednizolon, geparin, kurantil va uıtoostatiklar birga

2. Glomerulonefritning dastlabki davrida buyrakning azot ajratish funkuiyasi buzilishi quyidagilarning qaysi biri uchun xarakterli?

A. CHegaralangan siydik sindromi

V. Nefrotik sindrom

S. Nefritik sindrom

D. Aralash sindrom

E. Hammasi to'g'ri

3. O'tkir buyrak etishmovchiligining oligoanurik bosqichida qaysi antibakterial preparatlar qatıyan ma'ın qilinadi?

A. Uıefalosporinlar

V. Makrolidlar

S. Tetratiklinlar

D. Sulfanilamidlar

E. Nitrofuranlar

4. Eksretor urografiya orqali nimani baholash mumkin? ( eng to'liq javobni ko'rsating )

A. Siydik ajratish yo'llarining anatomik holatini va urodinamikasini

V. Buyrak kosacha-jomchalarining holatini

S. Siydik ajratish yo'llarining funkuiional holatini

- D. Buyrak o'lchamini  
 E. Hammasi to'g'ri
5. Gipostenuriyada siydikning solishtirma og'irligi nechiga teng bo'ladi?  
 A. 1008-1012  
 V. 1012-1018  
 S. 1002-1010  
 D. 1005-1020  
 E. 1025-1017
6. O'tkir glomerulonefritning nefrotik sindromi uchun xarakterli belgilarni ko'rsating?  
 A. Periferik shishlar  
 V. Abdominal og'riq sindromi  
 S. Arterial gipertenziya  
 D. Siydikning « go'sht yuvindisi » rangida bo'lishi  
 E. Leykosituriya
7. Glomerulonefritda siydikda qanday o'zgarish aniqlanadi?  
 A. Ekstraglomerulyar eritrosituriya  
 V. Neyrofil leykosituriya  
 S. Glomerulyar eritrosituriya  
 D. Bakteriuriya  
 E. Oksalaturiya
8. O'tkir glomerulonefrit qancha vaqtdan keyin surunkali shakliga o'tadi?  
 A. 1 oy  
 V. 12 oy  
 S. 3 oy  
 D. 4 oy  
 E. 5 oy
9. O'tkir glomerulonefritning nefrotik shaklida gormonlar maksimal dozada qancha vaqtga buyuriladi?  
 A. 3 kun  
 V. 1 hafta  
 S. 2 hafta  
 D. 3 hafta  
 E. 4 hafta
10. Surunkali glomerulonefritning to'liq kliniko-laborator remissiya bosqichida uchastka pediatri necha marta ko'rikdan o'kazishi kerak?  
 A. 1 oyda 1 marta  
 V. 2 oyda 1 marta  
 S. 3 oyda 1 marta  
 D. 6 oyda 1 marta  
 E. 12 oyda 1 marta
11. Buyraklarning konentruiyalash faoliyatini baxolash uchun kaysi usul kulllaniladi?  
 A. Kakovskiy-Addis sinamasi

- B. Nicheporenko sinamasi.
- C. Amburje sinamasi.
- D. Zimniukiy sinamasi.
- E. 2,3,4

12. Giperstenuriya nima?

- A. Siydik solishtirma og'irligining oshishi.
- B. Siydik solishtirma og'irligining kamayishi.
- C. Kechasi to'shagiga siyib qo'yish.
- D. Siydik bilan uilindrlar ajralishi.
- E. 2,3,4

13. Gipostenuriya nima?

- A. Siydik solishtirma og'irligining pasayishi.
- B. Siydik solishtirma og'irligining oshishi.
- C. Siydik bilan leykouitlar ajralishi.
- D. Siydik bilan uilindrlar ajralishi.
- E. 2,3,4

14. Nikturiya nima?

- A. Kunduzgi diurezning kechkisidan ko'pligi.
- B. Okshomgi diurezning kunduzgisidan ko'pligi.
- C. Tez-tez va kam-kam siyish.
- D. Sutkalik diurezning kamayishi.
- E. 2,3,4

15. 2-14 yoshli bolalarda kreatinin klirensi nimaga teng?

- A. 140 ml/min  $1,73 \text{ m}^2$  dan yukori.
- B. 100 ml/min  $1,73 \text{ m}^2$ .
- C. 70-80 ml/min  $1,73 \text{ m}^2$ .
- D. 130-140 ml/min  $1,73 \text{ m}^2$ .
- E. 120 ml/min  $1,73 \text{ m}^2$ .

16. Ultratovush asbobi yordamida quyidagilarni aniqlash mumkin:

- A. Buyraklar joylashuvi, xajmi, soni, shakli va zichligi, anomaliyalari.
- B. Koptokchalar filytrauiyasi, anomaliyalar, kalъuifkatlarni.
- C. Koncentrauiyalash faoliyatini.
- D. Buyraklar azot ajratish faoliyatini.
- E. 2,3,4

17. Ekskretor urografiya nima?

A. Tomirlarga kontrast modda yuborib, buyrak faoliyatini rentgen apparat yordamida tekshirish.

- V. Siydik yullarini kontrast modda yordamida tekshirish.
- S. Siydik qopi va kanalini kontrast modda bilan tekshirish.
- D. Siydik yo'llari obzor rentgenogrammasi.
- E. Radioizotop tekshirish usuli.

18. Radionuklidli skanirlash usuli nima?

- A. Buyrak faoliyatini UTT yordamida tekshirish.

- V. Buyrak faoliyatini kompyuter tomograf yordamida tekshirish.
- S. Buyrak faoliyatini rentgen apparati yordamida tekshirish.
- D. Buyrak faoliyatini tomirlarga nishonlangan radioizotopli zarrachalar yuborish yordamida tekshirish.

E.2,3,4

19. Oligouriya deb kaysi xolatga aytiladi?

A. Diurez 250 ml/m<sup>2</sup> dan kam bolsa.

V. Diurez 300 ml/m<sup>2</sup> dan kam bolsa.

S. Diurez 400 ml/m<sup>2</sup> dan kam bolsa.

D. Diurez 500 ml/m<sup>2</sup> dan kam bolsa.

E. Sutkalik diurez normal diurezning 7% idan kam bo'lsa.

20. Kaysi kasalliklarda UTT tashxis qo'yish uchun aniq ma'lumot bermaydi?

A. Vilims o'smasi.

V. O'tkir naychalar nekrozi tufayli yuzaga kelgan buyrak etishmovchiligi

S. Buyrak polikistozi.

D. Jom-siydik naychasi bo'g'zi obstruksiyasi.

E. Nefrokalyinoz.

### Vaziyatli masalalar

1. Qizcha 10 yoshda. Onasi bolaning boshi og'rishiga, holsizlikka, siydigining qizil rangdaligiga shikoyat qiladi. Bola 1 haftadan buyon kasal. SHikoyatlari angina bilan kasallanganidan keyin 3 hafta o'tib paydo bo'lgan. Ko'rikda: terisi va shilliq qavatlar qo'qargan, tili oq karash bilan qoplangan. YUragi 1 minutda 88 marta uradi. AQB 110/70 mm simob ustuniga teng. Nafasi 1 minutda 18 ta. Pasternaukiy simptomi ikki tomonlama musbat. Umumiy siydik tahlili: sol. og'.- 1012, oqsil – 1.47 g/l, leykositlar – ko'ruv maydonida 2-4 ta, eritrouitlar – ko'ruv maydonini to'liq qoplagan. Sutkalik diurez 950 ml.

Savollar:

1. Tashxis qo'ying.

2. Bemorga qanday tekshirishlar buyurilishi kerak?

3. Davolash rejasini tuzing.

2. 9 yoshli bola klinikaga quyidagi shikoyatlar bilan kelgan: qorindagi og'riqqa, tana haroratining ko'tarilishiga, yuzida va qo'l-oyoqlarida shishga, siydik miqdorining kamayishiga. 3 hafta oldin O'RV1 bilan kasallangan. Umumiy siydik tahlili: sol. og'.- 1016, oqsil-5.5 g/l, leykositlar – ko'ruv maydonida 2-3 ta, eritrouitlar – ko'ruv maydonida 3-4 ta, gialin uilindrlar – ko'ruv maydonida 2-3 ta. Qonning bioximik tahlili: oqsil – 52.8 g/l, mochevina 5.8 mmol/l, kreatinin 0.079 mmol/l, xolesterin – 5.6 mmol/l.

Savollar:

1. Tashxis qo'ying.

2. Bolada shishlar paydo bo'lishi mexanizmini tushuntirib bering.

3. SHu bolaga diuretik tanlab bering.

3. 8 yoshli qizcha 1.5 oydan beri kasalxonada davolanayapti. Kasallanishidan 2 hafta oldin angina bilan kasallangan. Kasallik quyidagi belgilar bilan boshlangan: bosh og'rig'i, holsizlik, yuzida va qo'l-oyoqlarida shish. Davolashdan keyin shishlar yo'qoldi. Ko'rikda: terisi va shilliq qavatlar oqargan, tili oq karash bilan qoplangan. YUrugi 1 minutda 80 marta uradi. AQB 110/70 mm simob ustuniga teng. Umumiy siydik tahlili: sol. og'.-1010, oqsil - 3.7 g/l, leykositlar - ko'ruv maydonida 3-4 ta, eritrouitlar - ko'ruv maydonida 1-2 ta, gialin uilindrlar - ko'ruv maydonini 1-2 ta. Zimniukiy sinamasi o'tkazilganda: sutkalik diurez 900 ml, sol. og'.-1006 dan 1020 gacha, kunduzgi diurez nisbatan ko'proq. Qonning bioximik tahlili: oqsil - 50 g/l, xolesterin- 10 mmol/l, mochevina 5.8 mmol/l, kreatinin 0.088 mmol/l.

Savollar:

1. Klinik tashxis qo'ying.
2. Qaysi simptomlar kasallaikning shaklini ko'rsatadi?
3. Bolaga qanday patogenetik davo buyuriladi.

4.7 yoshli bola 1.5 yildan buyon nefrolog nazoratida turadi. Kasallik shishlar paydo bo'lishi, bosh og'riq, beldagi og'riq, siydik miqdorining kamayishi bilan boshlangan. O'tkazilgan davo-muolajalaridan so'ng shishlar yo'qoladi, umumiy ahvoli nisbatan yaxshilandi. Oxirgi rejali nazoratda quyidagilar aniqlandi. Umumiy siydik tahlili: sol. og'.-1018, oqsil - 5.7 g/l, leykositlar - ko'ruv maydonida 1-2 ta, eritrouitlar - ko'ruv maydonida 1-2 ta. Qonning bioximik tahlili: oqsil - 54 g/l, albumin-40%, globulin-60%, xolesterin- 12.6 mmol/l, mochevina 5.8 mmol/l, kreatinin 0.077 mmol/l.

Savollar:

1. Tashxis qo'ying.
2. SHu kasallik shaklining kriteriyalarini sanab bering.
3. Kasalga patogenetik davo buyuring.

5.11 yoshli bolaning onasi shifokorga quyidagi shikoyatlar bilan murojaat qildi: bolasining boshi og'rishiga, holsizligiga, siydik rangining to'q qizil bo'lishiga. Bolaga 2 hafta oldin maktabda silga qarshi emlash o'tkazilgan. Bemor 7 yoshligida o'tkir glomerulonefrit, nefritik shakli bilan kasallangan. Ko'rik vaqtida tovon qismida shish aniqlanadi. AQB 110/60 mm simob ustuniga teng. Umumiy siydik tahlili: sol. og'.-1020, oqsil - 0.91 g/l, leykositlar - ko'ruv maydonida 2-3 ta, eritrouitlar - butun ko'ruv maydonini qoplagan.

Savollar:

1. Tashxis qo'ying.
2. Buyrakda patologik jarayonning qo'zg'alishiga nima sabab bo'lgan?
3. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday o'lchovlar o'tkazilishi kerak?

## Rasmi testlar.

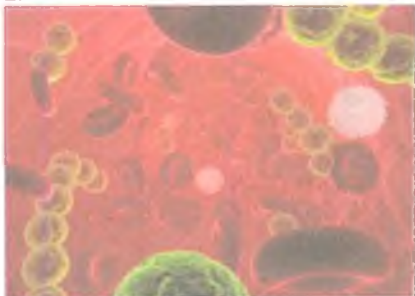
1.



12 yoshli bola 3 hafta oldin strepdodermiya bilan kasallangan. Hozirda makrogematuriya, subfebril temperatura, qorin sohasidagi og'riqqa shikoyat qiladi. Anamnezida oyisi surunkali pielonefrit bilan kasallangan. AQB 140/80 mm simob ustuniga teng. Pasternaukiy simptomi manfiy. Siyishi erkin, kuniga 6-7 marta. Mak-Klyura sinamasi-15 minut. Umumiy siydik tahlili: oqsil-0.25 g/l, leykositlar-ko'ruv maydonida 4-6 ta, eritrositlar-butun ko'ruv maydonini qoplagan, tuzlar uratlar butun ko'ruv maydonida. Dastlabki tashxis qo'ying.

- A. O'tkir glomerulonefrit
- V. Dismetabolik nefropatiya
- S. O'tkir pielonefrit
- D. Siydik tosh kasalligi
- E. Irsiy nefrit

2.

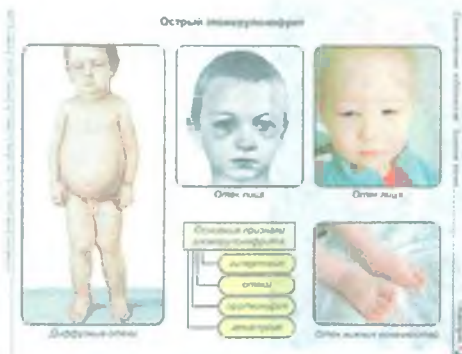


Glomerulonefrit kasalligini qo'zg'atuvchi mikroorganizm qaysi qatorda ko'rsatilgan?

- A. Respirator viruslar
- V. Enteroviruslar
- S. Streptokokklar
- D. Stafilokokklar

## E. Epshteyn-Barr virusi

3.



2 yoshli bolada anamnezidan oziq-ovqatga nisbatan allergik holat kuzatilgan. Hozirda anasarka tipidagi shish aniqlanadi. AQB 90/50 mm simob ustuniga teng. Umumiy siydik tahlili :oqsil – 5.2 g/l, leykositlar-ko`ruv maydonida 5-6 ta, eritrouitlar-kuruv maydonida 2-3 ta, Qonda: oqsil-41.8 g/l, albumin-40.1%, xolesterin-9.3 mmol/l. Dastlabki tashxis o`tkir glomerulonefrit deb qo`yildi. Patogenetik davolash uchun ishlatiladigan asosiy preparatlarni ko`rsating.

- A. Siydik haydovchilar
  - V. Kortikosteroidlar
  - S. Antikoagulyantlar
  - D. Gipotenziv vositalar
  - E. Antigistamin preparatlar
- 4.



O`tkir glomerulonefritning nefrotik shaklida prednizolon birinchi 4 hafta davomida qanday dozada buyuriladi?

- A. 10 mg/kuniga
- V. 20 mg/kuniga

- S. 30 mg/kuniga
  - D. 40 mg/kuniga
  - E. 50 mg/kuniga
- 5.



O'tkir glomerulonefrtning nefrotik shakli uchun xarakterli belgilarni ko'rsating:

- A. shish, gipoproteinemiya, disproteinemiya, giperxolesterinemiya, yuqori proteinuriya
- V. shish, gipoproteinemiya, disproteinemiya, gipoxolesterinemiya, yuqori proteinuriya
- S. shish, giperproteinemiya, disproteinemiya, giperxolesterinemiya, yuqori proteinuriya
- D. shish, giperproteinemiya, disproteinemiya, gipoxolesterinemiya, yuqori proteinuriya
- E. shish, gipoproteinemiya, disproteinemiya, giperxolesterinemiya

### Test javoblari.

1	V	11	D
2	V	12	A
3	V	13	A
4	A	14	V
5	S	15	E
6	A	16	A
7	S	17	A
8	V	18	D
9	E	19	A
10	D	20	V

## Rasmi test javoblari.

1	2	3	4	5
A	S	V	E	A

## Vaziyatli masalalar javoblari

### 1-masala.

1. O'tkir glomerulonefrit, klinik belgilar yaqqol namoyon bo'lgan davri, buyrak funkuiyasi buzilmagan.

2. Qonning bioximik tahlili, Zimniukiy sinamasi, Endogen kreatinin klirensini aniqlash, buyrak UTT tekshiruvi.

3. YOtoq rejimi, Parhez №7; Antibiotikoterapiya; Geparin – 2 ming ED kuniga 4 mahal teri ostiga; kurantil 1 tabletkadan kuniga 3 marta; askorutin 1 tabletkadan kuniga 3 marta; diazolin 0.05 dan kuniga 3 marta.

### 2-masala.

1. O'tkir glomerulonefrit, klinik belgilar yaqqol namoyon bo'lgan davri, buyrak funkuiyasi buzilmagan.

2. Gipoproteinemiya, minerallar almashinuvi buzilishi, giperaldosteronizm, qon tomirlar devori o'tkazuvchanligining oshishi.

3. Laziks 1% li sutksiga 3 ml v/i yoki m/o.

### 3-masala.

1. O'tkir glomerulonefrit, nefrotik shakli, klinik belgilar yaqqol namoyon bo'lgan davri, buyrak funkuiyasi buzilmagan.

2. SHishlar, gipoproteinemiya, disproteinemiya, giperxolesterinemiya, proteinuriya.

3. Prednizolon 4 hafta davomida sutkasiga 50 mg dan buyiriladi, keyin asta-sekinlik bilan kamaytiriladi.

### 4-masala.

1. Surunkali glomerulonefrit, nefrotik shakli, qo'zg'alish davri, buyrak funkuiyasi buzilmagan.

2. SHishlar, proteinuriya (3 g/sutka dan ortiq), gipoproteinemiya, disproteinemiya, giperxolesterinemiya.

3. Prednizolon – 2-4 hafta davomida 50 mg/sutka dozada beriladi va asta-sekin kamaytirilib boriladi, geparin – 3-4 hafta davomida 1 ming ED teri ostiga, xlorbutin – 6 hafta davomida kuniga 4.8 mg, keyin 6 oygacha kuniga 2.4 mg dozada beriladi.

### 5-masala.

1. Surunkali glomerulonefrit, gematurik shakli, qo'zg'alish davri, buyrak funkuiyasi buzilmagan.

Silga qarshi revakuinaiiya.

2. Zimniukiy sinamasi, qonning bioximik tahlili, endogen kreatinin klirensi, buyraklar UTT tekshiruvi, ekskretor urografiya, Mantu sinamasi.

### FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.

1. А.И.Гнатюк., В.А.Чеканов., Н.С.Пушкаръ. «Практическая нефрология детского возраста». Киев. 1984г.
2. М.С.Игнатова. Ю.Е.Вельтишев «Наследственные и врожденные нефропатии у детей». Москва. 1978г.
3. Г.А.Маковецкая//Диагностические ошибки в нефрологии. Москва., М.1987
4. Н.П. Шабалов. Детские болезни. 2003. с. 219-228.
5. Энциклопедия обследования больного со множеством иллюстраций, краткое описание болезней, тестирование.
6. J.E.Eshkobilov «Bolalar nefrologiyasi». Toshkent 2000y.
7. <http://www.embbs.com>
8. WWW.Sammi.moodle.uz.

## MUNDARIJA

Bolalarda o' tkir va surunkali glomerulonefritlar.....	3
O' tkir glomerulonefrit.....	5
Patogenez.....	5
Patologik anatomiyasi.....	6
Surunkali glomerulonefrit.....	11
Klinik ko' rinishi.....	13
Kechishi.....	14
Testlar.....	18
Vaziyatli masalalar.....	21
Rasmi testlar.....	23
Test javoblari.....	25
Foydalanilgan adabiyotlar.....	27

## **BOLALARDA O' TKIR VA SURUNKALI GLOMERULONEFRITLAR (Uslubiy tavsiyanoma)**

2016 yil 9-dekabrda original-maketdan bosishga ruxsat etildi.  
Bichimi 60x84/ 1,16. «Times New Roman» garniturasida. Ofset qog'ozi.  
Shartli bosma tabog'i 2,75. Adadi 50 nusxa. 93-buyurtma.

---

**SamDU bosmaxonasida chop etildi.**  
**140104, Samarqand sh., Universitet xiyoboni, 15.**