

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ



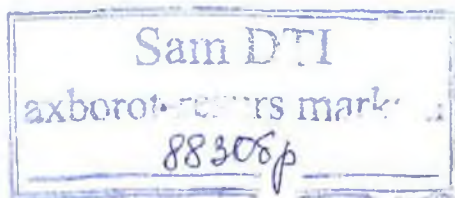
БОЛАЛАРДА ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАР



Самарқанд-2016

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАР
(Услубий тавсиянома)



Самарканд 2016

Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефритлар. Услубий тавсиянома педиатрия факультетининг 6-7 курс талабаларига мустақил таълим учун мўлжалланган. Самарканд, 28 бет.

Тузувчилар :

Рустамов М.Р. – СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг профессори,
т.ф.д.

Уралов Ш.М.-СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг муdiri,
т.ф.н., доцент

Юлдашев Ш.С. - СамМИ, доцент в.б., т.ф.н.

Махмудова Ф.В. СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг ассистенти

Атаева М.С. – СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг ассистенти

Исламова Д.С. -СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг катта
укитувчиси

Такризчилар:

Лим В.И. - СамМИ, 1-сон педиатрия кафедраси профессори, т.ф.д.

Раббимова Д.Т. - СамМИ, болалар касалликлари пропедевтикаси
курси муdiri, доцент, т.ф.н.

Ушбу услубий тавсиянома СамМИ Илмий кенгашида муҳокама
этилди ва чоп этиш учун рухсат берилди

Баённома № 23/11 / 2016 й.

Илмий кенгаш



С.С.Давлатов

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАР

Кириш

1. Ушбу услубий тавсиянома педиатрия факультети 6-7 курс талабаларининг “Педиатрия” фанидан белгиланган мавзу бўйича 2 соат давомида мустақил равишда амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш учун мўлжалланган.

2. Мавзунинг изохлаш тартиби: мақсадни аниқлаш, олдинги курсда олинган билимларни мустахкамлаш, мустақил тайёргарлик учун саволлар, мавзунинг асосий қисмини ёритиш, диагностика ва дифференциал диагностика учун тавсиялар, муаммоли вазиятли масалаларни ечиш, тест топшириқлари ва уларнинг жавоб эталонлари, тавсия этилган адабиётлар.

Ушбу услубий тавсиянома ёрдамида талабалар олдинги курсларда олинган билимларни мустахкамлайди, мустақил тайёргарлик кўриш учун тавсия этилган адабиётларни ўрганади, мавзунинг асосий қисмини ёритади, тест топшириқлари ва вазиятли масалаларни ечишга тайёр бўлишлари лозим.

Мавзунинг долзарблиги:

Гломерулонефрит (ГН)-бу инфекция - аллергия, иммун табиатли касаллик бўлиб, унинг негизида буйрак коптокчалари капиллярлари эндотелий қаватининг диффуз ёки ўчоқли иммун яллиғланиши ётади, ҳамда буйрак ва буйракдан ташқари симптомлар билан характерланади.

Гломерулонефрит болалар ўртасида анча кенг тарқалган буйрак хасталиги бўлиб кўпчилик ҳолларда жиддий асоратларга олиб келиши мумкин. Гломерулонефритни эрта муддатларда аниқлашда бирмунча кийинчиликлар мавжуд бўлиб беморларни текширишдаги лаборатор усулларгина масалага аниқлик киритади. Шу билан биргаликда касалликнинг эрта ташхисоти ҳам унинг оқибатини белгилашда муҳим аҳамият касб этади. Касаллик ўз вақтида аниқланиб даволаш чора тадбирлари ўтказилмаса буйрак етишмовчилиги, эклампсия каби шошилинич ёрдам кўрсатилиши зарур бўлган асоратлар юзга келиши мумкин. Бундай беморлар даволаш профилактика ёрдам кўрсатишнинг барча бўғинларида фаолият кўрсатаётган врачлар қабулига тушиши мумкин. Айниқса умумий амалиёт педиатрлари учун гломерулонефритни ўз вақтида аниқлаш даволаш чора-тадбирларини белгилаш, асоратларининг олдини олиш борасида чуқур билим ва тажрибага эга бўлишларини тақозо этади.

Машғулот мақсади:

Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг диагностикаси, давоси, профилактикасини олиб бориш стандартларини ўрганиш, беморларни диспансеризация ва реабилитациясини олиб бориш; амалий масаларни ечиш мақсадида амалий кўникмаларни ўрганиш.

Машгулот вазифаси:

•Талабаларни болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигини ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича билимларини чуқурлаштириш.

•Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигини клиник ва мантиқий фикрлашни ривожлантириш, турли касалликлар билан тафовутли ташхисни олиб бориш.

•Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигига хос лаборатор ва инструментал текширувларни тафовутли қўллаш натижаларини интерпретация қила олиш.

•Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг асосий ташхисини клиник кечилишига, оғирлигига ва йулдош касалликларига қараб қўйиш, даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш.

Талабалар билиши керак:

- Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган беморнинг қариндошлари билан мулоқотни этик ва деонтологик асосларини;

- Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган бемор бола организмнинг анатомик ва физиологик хусусиятларини;

- Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган бемор болани текшириш усуллари хусусиятларини;

- Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган болаларда аъзо ва тизимларнинг асосий жароҳатланиш семиотикаси ва синдромларини;

- Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган бемор болалардаги функционал ва лаборатор текшириш усулларининг ўтказилишини, ҳамда тахлилини

- Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган бола организмдаги асосий, йулдош касалликларни ва асоратларни эътиборга олган ҳолда даволаш.

Талабалар бажара олиши керак:

■Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит яра касаллиги бўлган беморнинг бола организмнинг анатомик ва физиологик хусусиялари бўйича билимларни қўллашни;

■Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган беморнинг объектив текшириш усуллари;

■Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган беморнинг аъзолар ва тизимларнинг асосий жароҳатланиш семиотикаси ва синдромларини аниқлашни, ҳамда ўхшаш синдромларни қиёсий ташхислашни;

■Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги бўлган беморнинг организмдаги преморбид фон, асосий, йулдош касалликларни ва асоратларни эътиборга олган ҳолда даволаш;

Талаба томонидан мустақил равишда кўриб чиқиладиган саволлар:

1. Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг таърифи, этиологияси ва патогенези.
2. Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг таснифи.
3. Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг клиник манзараси.
4. Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.
5. Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг даволаш принциплари.
6. Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефрит касаллигининг профилактика ва реабилитацияси.

Ўткир гломерулонефрит.

Этиологияси.

Ўткир гломерулонефрит (ЎГН) этиологиясида қуйидагилар фарқланади.

1. Стрептококкли инфекция (қўпича бу бета –гемолитик стрептококкнинг А гурухи 1:2:4 типлари). Ангина, стрептококкли импетиго ва бошқа касалликларни ўтказгандан сўнг.

2. Стафилоккок

3. Пневмококк

4. Вируслар: цитомегаловируслар

5. Малярия плазмодийлари, захм кузгатувчиси

6. Шунингдек ЎГН бошқа сабаблар натижасида ривожланиш мумкин

-Эмлашлар, дори воситалари

-Илон ва ари чақишлари

-Организмни совуқда қолиши

ПАТОГЕНЕЗ.

Ўткир гломерулонефрит одатда инфекциян касалликлар зўрайиши даврида содир бўлмай, балки касаллик тузалишидан 2-3 ҳафта ўтгач ривожланади; бу даврда буйрак тўқималаридан стрептококкни топиш имкони бўлмайди. Ўткир гломерулонефритнинг вужудга келиши механизмини инфекция даврида микробли оксилли антигенларнинг қонга тушиши ва бунга жавобан қонда антителалар ҳосил бўлиши билан боғлайдилар.

Кўпчилик беморлар қонда антистрептолизин, стрептококк антигиалуронидаза, баъзан бета-стрептококка қарши преципитин титрининг юқори бўлиши бунинг исботи ҳисобланади. Мазкур антитаналар хужайралар парчаланиши-нинг махсулоти бўлиши мумкин. Антитела қонда айланиб

юриб, калавача капиллярлари эндотелияси томонидан ушланади ва бу ерда хужайра ичидаги антиген билан қўшилади, натижада антиген-антитела иммун комплекси ҳосил бўлади. Мазкур бирикма капиллярларнинг базал гиперергик яллиғланиш жараёни ривожланишига олиб келади.

Бу жараён давомида бириктирувчи тукима дезорганизацияси рўй беради. Фиксацияланган антигенга мос иммуноглобулин G ишлаб чиқаради, лекин баъзан иммуноглобулин M, A ишлаб чиқариши мумкин. Натижада ўта сезувчанликнинг секин турида иммун яллиғланиш ривожланади. Бу механизм ўткир ва ўткир ости ГН учун характерли. Агар бириктирувчи тўқима (шунингдек унинг неколлаген структураси) антиген сифатида юзага чиқса аутоиммун яллиғланиш ривожланади. Бунда ўта сезувчанликнинг секин тури намоён бўлади.

Коптокчаларга фиксацияланган иммун ҳосилалар таъсирида капиллярлар эндотелийси шикастланади, тромбоцитлар ва бошқа шаклли элементлар агрегацияланади, капилляр стази кузатилади: Прогрессияланувчи ГНда фибринолиз депрессияси, паракоагуляция кузатилади ва коптокча капсуласи бўшлиғи ёнида фибрин тўпланишига шаронт яратади, бу эса склеротик шакллари ривожланишига асос бўлади. Шунга боғлиқ ҳолда ГН турли шаклларида турли характер ва даражадаги ДВС-синдром ривожланади. Гемостаз бузилишида простагландин, каликреин-кинин системаси иштирок этади. Бунда ривожланувчи циркулятор ва нейрорэндокрин силжишлар ГН нинг клиник кўринишларни тасдиқловчи турли ҳил синдромларга олиб келади.

Патологик анатомияси.

Топографиясига кўра интра ва экстракапилляр хиллари фарқланади, яллиғланиш характерига кўра экссудатив, пролифератив ва аралаш турлари мавжуд, кечишига кўра: 1) ўткир; 2) ўткир ости; 3) сурункали яллиғланиш жараёни тарқалганлигига кўра: 1) диффуз; 2) ўчоқли.

Ўткир ГН-дастлабки кунлари коптокчалар гиперемияси устунлик қилади, кейинчалик эндотелий ва айниқса мезенхимал хужайралар лейкоцитар инфильтрацияси қўшилади. Шунинг учун куйидаги фазалар фарқланади:

1. Экссудатив
2. Экссудатив-пролифератив
3. Проллифератив

Баъзан ўткир некротик ГН кўринишида учраши мумкин. Буйрак катталашган ва шишган. Пирамидалар қорамтир ва кизил рангда, пўстлоқ кулрангсимон кўнгир рангда бўлади.

Гломерулонефрит таснифи.

Гломерулонефрит шакли	Буйракдаги жараён активлиги	Буйраклар функцияси
<p>Ўтқир ГН</p> <p>-Нефротик синдром билан</p> <p>-Нефритик синдром билан</p> <p>-Алохида сийдик синдроми билан</p> <p>-Нефротик синдром-гематурия ва гипертония билан</p>	<p>-Бошланғич кўринишлар даври</p> <p>-Ортга ривожланиш даври</p> <p>-Клиник-лаборатор ремиссия</p>	<p>-Буйраклар функцияси бузилмаган</p> <p>-Буйрак функцияси бузилиши билан</p> <p>-Ўтқир буйрак етиш-мовчилиги</p>
<p>Сурункали ГН</p> <p>-Нефротик шакли</p> <p>-Гематурик шакли</p> <p>-Аралаш шакли</p>	<p>-Авж олиш даври</p> <p>-Қисман ремиссия даври</p> <p>-Бутунлай клиник лаборатор ремиссия даври</p>	<p>-Буйрак функцияси бузилишисиз</p> <p>-Буйрак функциясини бузилиши билан</p> <p>-Сурункали буйрак етишмовчилиги</p>
<p>Ўтқир ости (хавфли) ГН</p>		<p>-Буйрак функцияси бузилиши билан.</p> <p>- СБЕ.</p>

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

Нефротик вариантга - кучли ривожланувчи шиш, анасарка, олигурия, протенурия, гипопротенемия, гиперхолестеринемия, кон босими нормада, азот шлақлари нормада. Алохида сийдик синдромида-ўзгариш фақат сийдик чўкмасида бўлади.

Ўтқир гломерулонефрит учта асосий симптом билан ифодаланади: танада шиш пайдо бўлиши, кон босимининг ошиши ва сийдикдаги ўзгаришлар. Касаллик, аксарият, ўтқир бошланади, ўтказилган ангина ёки стрептококк инфекцияси ўчоғи билан боғлиқ. Беморлар бош оғришига, дармонс зликка, умумий беҳолликка, иштаха пасайишига, кўнгил айнишига, хансирашга, юракнинг тез уришига, юрак ва бел соҳаларида оғриқка, диурезнинг камайишига ва сийдик рангининг ўзгаришига шикоят қиладилар.

Шиш касалликнинг дастлабки ва доимий белгиларидан бири ҳисобланади. У 80-90 фоз беморларда кузатилади. Шиш эрталаб яқоллашади юзда, айниқса кўз ковоғида ва кўз остида жойлашади, натижада

кўз юмилиб кетади, кейинчалик тананинг ҳамма қисмига ва оёқларга таркалади. Суюқлик кўпинча бўшлиқларга (плевра, қорин ва перикард бўшлиғига) йиғилади. Тана вазни қисқа вақт ичида ошади. Яширин шишлар ҳам бўлиши мумкин. Бундай беморлар организмда суюқлик йиғилишини мунтазам равишда беморни тарозиди тортини ҳамда бир кеча-кундузда ичилган суюқлик ва ажратилган сийдик миқдорларини солиштириш орқали аниқланади. Кўп ҳолларда касаллик ижобий яқунланади, шишлар 2-3 ҳафтадан сўнг йўқолади. **Шишни ҳосил бўлиш механизми:**

1. Капиллярларни ўтказувчанлигини ошиши натижасида оксилларни сийдик билан чиқиши кўпаяди. Альбуминлар ҳисобига қонда оқсил миқдори тўқимага нисбатан камаяди, натижада онкотик босим камаяди, суюқлик томирлардан тўқимага ўта бошлайди.

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

Артериал қон босимининг ошиши ҳам ўткир гломерулонефритнинг эрта пайдо бўладиган белгиларидан ҳисобланади ва 70-90 фоиз беморларда артериал қон босими ўртача кўпаяди. Одатда ўткир гломерулонефритдаги гипертензия узок вақт сақланмайди, 2-3 ҳафта мобайнида меъёргача пасаяди.

Қон босимини ошиш механизми:

Инфекция ва унинг токсини организмда гистаминга ўхшаш моддалар серотогистамин ва бошқалар ҳосил қилиб, буйрак томирларини қискартиради, буйракни ишемияга олиб келади. Натижада кўп миқдорда ренин ишлаб чиқарилади ва у қонга ўтади. Ренинни ўзи ноактив ҳолатда бўлади, лекин қонда альфа -глобулин билан қўшилиб янги модда ҳосил қилади, у ангиотензин ёки гипертензин I дейилади. У аминокислоталардан иборат. Гипертензин I плазмадаги энзим таъсирида гипертензин II га айланади. Гипертензин II томир деворидаги силлик мускулларни қискартириб, альдостерон чиқишини кўпайтиради ва босимни ошишига олиб келади. Буйракда, эритроцитда ва бошқа тўқималарда гипертензинга ферменти бўлиб гипертензин II ни парчалайди, шунинг учун босимни нормаллаштириб туради. Бўлмаса босим ҳамма вақт баланд бўлади.

Артерия қон томирларида босимнинг кескин ортиб кетиши натижасида юрак зўриқиб ишлайди ва ўткир юрак (кўпинча чап қоринча) етишмовчилигига олиб келади. Текширишда юракнинг нисбий чегараси чапга кенгайганлиги аниқланади. Юрак тонлари бўғиклашган, кўпинча юрак чўққисида функционал систолик шовқин эшитилади, ўпка артериясида ва аортада II тонни кучайиши, баъзан от дупурига ўхшаш товуш пайдо бўлиши мумкин. Томир уриши таранг, секин бўлади. Ўпкаларда қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. ЭКГ стандарт уламаларида R ва T тишчалари

ўзгариши, кўпинча Т тиши чуқур ва QRS комплекси волтажи пасайганлиги аниқланади.

Сийдикда пайдо бўлган патологик элементларни механизми:

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

Ўткир гломерулонефритда сийдик синдроми - протеинурия, цилиндрурия, макро ва микрогематурия билан ифодланади.

Протеинурия - калавачалар капиллярлари ўтказувчанлигининг ортиши натижасида вужудга келади, бунда кондан капсулага (глобофа) майда дисперсли албуминлардан ташқари глобулинлар ва фибриногенлар ҳам ажралиб чиқади. Сийдикда оксиллар сони 1 фоиздан 10 фоизгача кўпайиб кетиши аниқланади ва бу факат дастлабки 7-10 кунлар мобайнида сакланади. Деярли катта бўлмаган протеинурия баъзан касалликнинг бошланишидаёқ содир бўлади ва узок вақт сакланиши мумкин, факат 3-4-6, баъзида 9-12 ойдан сўнг умуман йўқолади.

Гематурия - касалликнинг доимий белгиси ҳисобланади. 13-15 фоиз беморларда макрогематурия (сийдик гўшт сели рангида бўлади), бошқа ҳолларда микрогематурия (сийдик чўкмасида эритроцитлар миқдори кўриш майдонида 10-15 тагача бўлади) кузатилади.

Цилиндрурия - ўткир гломерулонефритда кузатилмаслиги ҳам мумкин. Факат 75 фоиз беморларнинг сийдик чўкмасида жуда оз миқдорда гиалин ва донали цилиндрлар топилади.

Лейкоцитлар миқдори сийдик чўкмасида жуда кам, базан 20-30 тагача учрайди.

Кон таркибида гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг камайиши (анемия) кузатилади. Бу ҳолат кон шиши (гидремия), ҳамда касаллик ривожланишига сабаб бўлган инфекция таъсири натижасида вужудга келади. ЭЧТ-ошади (20-50 мм/с) ва маълум даражада патологик жараён фаоллигининг кўрсаткичи ҳисобланади ва оксил бўлакчалари ўзгаришини акс эттиради. Эозинофиллар миқдори ҳам кўпаяди.

КЕЧИШИ. Ўткир гломерулонефритнинг 3 хил кўринишда кечиши тафовут қилинади.

I - циклли (типик) тури - кескин бошланиши, оғир кечиши билан ифодланиб, буйрак ва буйракдан ташқари белгилар (шиш, хансираш, бош оғриғи ва бел оғриши, сийдик миқдорининг камайиши, сийдик таркибида оксил ва кон бўлиши, артериал кон босимининг кўтарилиши) билан намоён бўлади. Шиш 2-3 ҳафта давомил кузатилади, сўнгра касаллик кечиш та бурилиш вужудга келади: шиш камайиши натижасида сийдик миқдори кўпаяди, артериал кон босими пасаяди, лекин оз миқдорда протеинурия (0,03-0,1 г/л) ва қолдик микрогематурия узок вақт кузатилиши мумкин.

II - чўзилувчан тури - касалликнинг аста-секин ривожланиши, шишнинг суст кучайиши, артериал гипертензия ва гематурияни кам

ифодаланиши, нефротик синдром клиник лаборатория белгиларининг устунлиги билан ифодаланади. Касаллик кечиши давомли (6-12 ойдан ортиқроқ), кўпинча сурункали гломерулонефритга ўтиши билан якунланади.

III - яширин (атипик) тури - кўпинча сурункали нефритга ўтади. Касаллик аста-секин бошланади, сезилар-сезилмас хансираш ва шиш пайдо бўлиши билан ифодаланади. Касалликнинг ягона ташхисий белгиси - микропротеинурия ва микрогематурия кўринишидаги кучсиз ифодаланган сийдик синдромидир.

Агар ўткир гломерулонефритнинг ҳамма белгилари бир йил давомида мутлақо йўқолмаса, сурункали турига ўтди деб ҳисоблаш керак.

АСОРАТЛАРИ.

-Ўткир буйрак етишмовчилиги - анурия, азотемия, гиперкалиемия.

-Ўткир юрак етишмовчилиги (чап коринча ёки ялпи-тотал, ўпка шиши).

-Эклампсия (хуш йўқолиши, мушакларнинг клоник ва тоник тиришиши).

-Бош мияга кон куйилиши.

-Кўз кўришининг ўткир бузилиши - тўр парданинг кискариши ёки шиши туфайли ўткинчи кўрлик .

ТАШХИСИ. Касаллик анамнези типик бўлса, клиник белгилари яққол кўзга ташланса, стрептококк инфекцияси билан боғлиқлиги аниқланса ўткир диффуз гломерулонефрит ташхисини кўйиш деярли қийинчилик туғдирмайди.

КИЁСИЙ ТАШХИСИ.

Ўткир юрак етишмовчилиги - хансираш, шиш, юрак етишмовчилик белгилари билан кечади. Ўткир нефрит ташхисини аниқлашда касалликнинг кескин ривожланиши, юрак касаллигининг устунлигини кўрсатувчи белгилар йўқлиги, сийдик синдромининг мавжудлиги, айниқса гематурия, ҳамда брадикардияга мойиллик муҳим аҳамиятга эга.

Ўткир пиелонефрит. Ўткир гломерулонефритда юқори лейкоцитурия, бел соҳасида шиддатли оғрик , бадан увишиши билан ифодаланган юқори харорат пиелонефритга нисбатан жуда кам учрайди, ўткир пиелонефритда эса шиш синдроми ва юрак етишмовчилиги кузатилмайди .

Сурункали диффуз гломерулонефритнинг зўрайиш даврида ўткир туридан фарқлаш қийинчилик туғдиради. Бу ерда инфекцион касаллик бошланишидан нефритнинг ўткир кўриниши намоён бўлгунча вақтнинг кискариши аҳамиятига эга. Бу муддат ўткир гломерулонефритда 10-20 кун, сурункали нефритнинг қайталанишида эса 1-2 кунни ташкил қилади. Сийдик синдроми бир хил бўлиши мумкин, лекин сийдик солиштирама оғирлигининг 1015 дан пастга тургун пасайиши, сийдикнинг фальтратион фаолиятининг заифлашиши, артериал гипертензиянинг барқарорлашиши, юракнинг чап коринча гипертрофияси, тўр парда артериясини торайиши сурункали гломерулонефрит зўрайишига кўпроқ хос.

ОҚИБАТИ - маълум даражада нефритни эрта аниқлашга ва тўғри доволашга боғлиқ. Ўлим-касалликнинг ўткир даврида кам учрайди, кўпинча

Ўткир юрак ва ўткир буйрак етишмовчилиги билан боғлиқ. Бутунлай соғайиш 50-70 фоиз беморларда кузатилади. Самарали даволанганда соғайиш 2-4 hafta ёки 2-3 ой ичида кузатилади. Касаллик қайтарилмаслиги учун организмдаги инфекция ўчоқларини йўқотиш керак. Бемор йил давомида совқотиш, айниқса, нам совуқ таъсири билан боғлиқ бўлган ҳоллардан болаларни асраш лозим.

ЎТКИР ОСТИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (хатарли экстракапиллярли) нефротик ва гипертензия синдромларининг тез ривожланиши, жадаллашувли кечиши, буйрак етишмовчилигининг барвақт (бир неча haftaдан бир неча ойгача) вужудга келиши ва ўлим оқибати билан (1 йилгача) ифодаланади.

ЭТИОЛОГИЯСИ – тўлиқ аниқланмаган.

-Стрептококк инфекцияси.

-Дори-дармонларни ўзлаштира олмасликка жавоб реакцияси сифатида.

-Геморрагик капилляротоксикоз оқибати сифатида.

-Вирусли инфекциялар.

-Бактериал эндокардит.

-Системли қизил бўрича.

-Кимёвий моддалар таъсири.

-Номаълум этиологияли хатарли идиопатик нефрит.

КЛИНИК КЎРИНИШИ. Кўп ҳолларда касаллик шиш, гипертензия ва сийдик синдромлари билан кескин бошланади. Сийдик синдромларидан протеинурия энг кўп ифодаланган бўлади. Кўпинча касалликнинг бу турида плевра ва перикард бўшлиқларига суюқлик йиғилиши кузатилади. Бундан ташқари диурез камайган, сийдикнинг нисбий зичлиги юқори, гематурия яққол намоён бўлади. Сийдик чўкмасида эритроцитлардан ташқари ҳар хил микдорда лейкоцитлар, цилиндрлар ва липоидлар топилади. Артериал қон босим тезда кўтарилади. Қонда оксил микдори камаяди, холестерин ва лейкоцитлар эса - кўпаяди. ЭЧТ-тезлашади. Ўткир ва зўрайган сурункали нефритдан фарқи, ярим ўткир турида клиника ва лаборатория белгилари камаймайди, тезда жадаллашади. Протеинурия, шишлар ва гипертензия катъий кучаяди. Буйракнинг концентрацион қобиляти пасаяди, гипо сўнгра изостенурия ривожланади. Қон зардобиди сийдикчил ва креатин микдори кескин ортади. Азотемия билан бир вақтда анемия ҳам ривожланади. Артериал босимнинг кўтарилиши юракнинг гипертрофиясига ва дилатациясига, юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келади.

КНИСЙ ТАШХИСИ.

Ўткир гломерулонефритдан фарқи касаллик жадаллашувчи, хавфли табиатга эга бўлиб, барқарор олигурия, гиперазотемия, анемия билан ифодаланади, даво ч ралари самарасиз.

Сурункали гломерулонефритнинг зўрайиши ташхисида касалликнинг узок вақт давом этиши, беморнинг бир неча бор касалхонада даволанганлиги, бирорта синдромнинг (сийдик ёки нефротик) яққол ифодаланиши муҳим аҳамиятга эга. Гипертония сурункали нефритда ярим ўткир турига нисбатан кам кескинлашади. Сурункали нефритда буйрак фаолияти узок вақт

компенсацияланади, ярим ўткир нефритда эса тезда буйрак етишмовчилиги вужудга келади.

СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ.

Узок вақт давом этувчи икки томонлама иммун-яллиғланишли буйрак касаллиги бўлиб, калавачаларнинг тўхтовсиз нобуд бўлиши, буйрак фаолиятининг пасайиши, артериал гипертензия ва буйрак етишмовчилиги ривожланиши билан ифодаланади. Бу оғир касаллик хисобланиб, ҳамма ёшдаги болаларда учрайди, айниқса 5 ёшдан 20 ёшгача, ўртача 7 ёшдан 12 ёшгача кўпроқ учраб туради. Сурункали гломерулонефритда нафакат буйрак балки буйрақдан ташқари бошқа аъзолар ҳам зарарланади. Сурункали гломерулонефрит инфекцион-аллергик касаллик хисобланиб буйрак коптокчаларини зарарланиши билан характерланади. Игнатов.А.И таъбирича гломерулонефрит инфекцион-аллергик касаллик бўлиб, асосида аутоиммун жараён ётади.

Этиологияси: Чакирувчиси стафилококк, стрептококк, 80% холларда гемолитик стрептококк «А». Стрептококкни 40 та типи бўлиб, нефротик типи 12,14,18,25 хисобланиб, кўпинча 12 типи болаларда нефротоген хусусиятга эга. Игнатов А.И. кўрсатмаси бўйича инфекцион касалликлар: ЎРВИ, грипп, скарлатина, қизамиқ, паратиф, қўқйўталдан кейин ҳам касаллик ривожланиши мумкин. Вируслар стрептакоккни активлаштириб, касаллик ривожланишига сабабчи бўлади.

Касалликни келтириб чиқарувчи омиллар қуйидагилар хисобланади:

Совукда қолиш- бола узок вақт совукда колганда буйрак томирлари қискариб, коптокчаларда қон айланиш жараёни бузилади. Қон айланиши секинлашиши эса стазга олиб келади. Шунинг учун касаллик киш ва баҳор ойларида кузатилиб, ёзда ва куз ойларида камаяди.

-Кўпинча тўлик даволанмаган ёки ўз вақтида ташхиси аниқланмаган ўткир гломерулонефрит оқибати. Лекин баъзан беморлар анамнезида ўткир нефрит билан касал бўлганликлари ҳақида кўрсатма бўлмайди. Бу ҳолатда сурункали нефрит оз белгилар билан кечувчи ўткир нефритнинг яширин тури натижаси хисобланади.

-Ўчоқли инфекция мавжудлиги.

-Турмуш ва ишлаш шароитининг ноқулайлиги..

-Қон зардоби, вакциналар, овқат антигенлари, турли захарли моддалар таъсири.

СГН полиэтиологик касаллик бўлиб, А гуруҳли В – гемолитик стрептококк, стафиликоклар, В гепатит вируси, цитомегаловируслар, безгак плазмодийси касалликнинг асосий сабабчиларидир. Ноинфекцион омиллардан СГН ривжланишида профилактик эмлаш, совуқотиш аҳамиятлидир.

СГН қуйидаги касалликларда ривожланади.

-Мембранопродлифератив ГН

-Мемброноз нефропатия

-Альпорт синдроми

-Системали кизил югурук (СКЮ)

- Диффуз гломерулосклероз
- Геморрагик васкулит
- Тез авж олувчи ГН
- Берже касаллиги.

Патогенези:Стрептококк ва уни токсинлари конга ўтиб, буйракга бориб буйрак хужайраларидаги оксилларни сифатини ўзгартиради, натижада бу оксиллар денатурацияга учраб аутоантигенга айланади. Буйрак аутоантигени конга ўтиб РЭС да унга қарши антитела ишлаб чиқарилади-нефротоксинлар, аутоантителалар. Реакция антиген-антитела комплекси таъсири остида буйрак коптокчаларида бўлади ва диффузли гломерулонефрит ривожланишига олиб келади. Оксидланиш-қайтарилиш реакцияси бузилиб, организмда гистаминга ўхшаш моддалар ҳосил бўлади ва қайтадан буйракни зарарлайди бу эса жараёни сурункали кечишига олиб келади.

Сурункали гломерулонефрит шаклланишида гиперергик реакция, айниқса аутоиммун бузилишлари билан намоён бўладиган макроорганизм реактивлигининг ўзгаришлари муҳим роль ўйнайди. Мазкур касалликнинг аутоиммун генезлигини тасдиқловчи қуйидаги далиллар мавжуд: бемор қонида буйракка қарши аутоантитана топилиши, глюкокортикоидли гормонлар ва иммундепрессантлар қўлланилишининг самарадорлиги, ҳамда калава базал мембраналари шикастланишини ва яллиғланиш реакциясини чақирадиган А ва М иммунглобулинларидан ташкил топган калава капиллярларининг базал мембраналарида депозит қўринишидаги иммун комплексларини ажралиб чиқишининг мавжудлиги. Ноиммун омиллардан гиперкоагуляция, томир ичида қон ивиши, калава капиллярларига фибрин ва унинг парчаланиш маҳсулотларининг тушиши, ҳамда қонда кинин, гистамин, серотонин, ренин ва простагландинлар миқдорларининг кўпайиши. Гемостаз ва фибринолиз тизимидаги бузилишлар. Касаллик ривожланишида организмда антиген-антитело комплекси ҳосил бўлиши, уни қонда циркуляцияси ва буйрак туқимаси, айниқса коптокчалар базал мембранасининг шикастланиши ётади. Бунинг натижасида қон томирлар ўтказувчанлиги ошиши ва оксил моддаларини сийдик орқали қўп ажралиши, маҳаллий қон айланиши микроциркуляциясининг бузилиши, капиллярларда стаз, тромбоцитлар агрегацияси ва маҳаллий ДВС-синдромнинг ривожланиши кузатилади. Бу ўз навбатида буйрак туқималари гипоксияси, ренин-ангиотензин тизимининг фаол-ланиши, гипертензияга олиб келади.

КЛИНИК ҚЎРИНИШИ.

Ўғил болаларда қизларга нисбатан 1,5-2 марта кўпроқ учрайди. Шикоятни бош оғриғи, қўнгил айниш, қусиш, тана ҳарорат кўтариллиши, холси тик. Болаларда клиник манзара ҳар хил ўтиши мумкин, протеинуриядан уремиягача кузатилиши мумкин.

Болаларга хос томони:

- Кўпинча абдоминал синдром кузатилади. Қўнгил айниш, қусиш, қорин оғриғи. Бундай касаллар жаррохлик бўлимига тушиши мумкин.

- Баъзи вақтларда нефритни бошланишида эклампсия бўлиши

мумкин: бундай ҳолларда касаллар неврология бўлимида ётқизиш мумкин

-Клиникаси кам намоён бўлганда - пиелит, пиелонефрит деб нотўғри диагноз қўйиш мумкин.

Касаллик зўрайишида ўткир гломерулонефрит белгилари билан ифодаланади. Ремиссия даврида сурункали нефритнинг клиник кўриниши, кечиши хасталикнинг турига боғлиқ. Мазкур патологик жараённинг 5 хил тури тафовут қилинади.

Нефротик тури:

Сийдик орқали кўп миқдорда оксил ажралиши (протеинурия-суткада 3,5 г дан ортик), гипо ва диспротеинемия (конда оксил моддаси, айниқса альбумин миқдорининг камайиши), гиперхолестеринемия (600-800 мг %), диурез камайиши ва бемор баданида гипопротеинемия натижасида шишлар пайдо бўлиши билан кузатилади. Шиш синдроми аста-секин ривожланади. Одатда шиш эрталаб юзда, айниқса ковокларда, кўз остида намоён бўлади. Кейинчалик шиш танага тарқалади ва барқарор бўлиб қолади. Сурункали гломерулонефритнинг нефротик кўринишида, липоидли нефритдан фарқи, нефротик синдром буйракнинг яллиғланиш белгилари (озгина гематурия, буйрак филтрлаш фаолиятининг пасайиши) билан бирга намоён бўлади. Қон босими хасталикнинг бошланғич даврида ошмайди, лекин кейинчалик патологик жараённинг тўхтовсиз ривожланиши натижасида буйракнинг азот чиқариш фаолияти бузилади ва артерия босими баландлашади.

Гипертония тури: Касалликнинг етакчи белгиси - гипертензия, сийдикнинг озгина ўзгариши ва шишнинг йўқлиги билан ифодаланади. Артерия босими кўпинча деярли юқори кўтарилмайди (160/100 мм сим. уст., кам ҳолларда 180/110 мм сим. уст. гача, лекин баъзан 200/115 ва ундан юқори кўтарилиши мумкин). Қон босими хасталикнинг бошланишида доимий бўлмайди, аксарият совук ва асаб бузилиши таъсирида кечга томон кўтарилади. Вакт ўтиши билан буйрак фаолияти пасайгач босим мунтазам ошиб боради ва турғунлашади. Клиник, рентген ва ЭКГ текширишлари чап коринчанинг гипертрофия белгиларини аниқлайди. Кўз тубида артерия торайиши, илон изи шаклини олиши, кўриш нерви гардишининг ва тўр пардасининг шиши, қон қуйилиш ҳодисаси ҳам учрайди; хасталикнинг бошланғич даврларида ретинопатия вужудга келади.

Аралаш (шиш-гипертония) тури:

Қон босимининг баландлиги ва нефротик синдромнинг мавжудлиги билан ифодаланади. Касалликнинг мазкур тури жадаллашувли кечиш хусусиятига эга, қиска вақтда (2-5 йил) буйрак етишмовчилиги ривожланади, стероидлар ва иммунодепрессантлар ижобий самарани кам кўрсатадилар.

Гематурик тури:

Муттасил талайгина ва саботли гематурия, кўпинча макрогематурия, бир озгина протеинурия билан ифодаланади; шиш ва гипертензия кузатилмайди. Сурункали нефритнинг гематурия кўриниши ташхиси гематурияга сабабчи бўладиган бошқа касалликлар (буйрак ва сийдик пуфағи ўсмаси, буйрак

инфаркти, буйрак тош касаллиги, нефроптоз ва хоказо) инкор этилгандагина кўйилади.

Бошланғич белгилари.

- Интоксикация-захарланиш белгилари: бош оғриши, холсизлик, иситма, иштахани пасайиши, рангини оқариши.

- Кейин шишлар пайдо бўлади. Олдин ковоғи шишади, юзи шишинкираган, кейин оёқларида, белида шиш пайдо бўлади.

- Баъзи болаларда касалликни 1-чи кунидан бошлаб бош оғриғи, кўзининг хиралашиши, бурун қонаши кузатилади. Буларни ҳаммаси қон босимини ошиши билан боғлиқ. Қон босимини ошиши ўтувчи, яъни транзитор хусусиятга эга.

- Юрак уришини сулшлашиши, оғрик пайдо бўлиши, хансираш, биринчи тон

бўгиклашиши, систолик шовкин эшитилиши. ЭКГда Р-тишчани пасайгани икки фазали бўлиши характерли.

- Доймий белгилардан бири-сийдик томонидан бўладиган ўзгаришлар олигурия, анурия, коптокчаларда фильтрацияни камайиши бўлади, солиштира оғирлиги 1018-1030. Пастернацкий симптоми аниқланади. Сийдик ранги гушт ювиндисига ўхшайди, лейкоцитлар, оксил 3-9%. Сийдик қолдигида гиалинли, доначалар, эпителиал цилиндрлар аниқланади.

КЕЧИШИ.

Сурункали гломерулонефритнинг кечишида 2 босқич тафовут қилинади: Буйрак компенсацияси босқичи - азот ажратиш фаолияти сақланган, сийдик белгилари яққол кўриниб туради;

Буйрак декомпенсацияси босқичи - азот ажратиш фаолиятининг етишмовчилиги вужудга келади. Бу босқичда сийдик белгилари кам ифодаланиши мумкин, шиш озгина, артерия гипертензияси, ҳамда полиурия билан бирга гипостенурия кузатилади, азотемик уремия, яъни иккиламчи буйрак бужмайиши ривожланиши билан яқунланади.

Лаборатор текширувлари.

1. Қоннинг умумий тахлилида-ЭЧТни тезлашуви, лейкоцитоз, лейко формулани чапга силжиши, кизил қон таначаларини камайиши, эозинофилия кузатилади.

2. Биохимик тахлилларда:

гипопротеинемия 35-40г/л, сийдик билан қунда 20-30 мг гача оксил ажралади.

б) Диспротеинемия-альфа ва бета глобулинлар микдори ошади, альбумин эса камаяди.

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

Айниқса креатинин микдорини аниқлаш қонда ва сийдикда ахамиятлидир, чунки креатинин экстраренал факторларга боғлиқ эмас. Қонда микдори ошади, сийдикда камаяди. Холестиринни ошиши нефротик

синдромни асосий белгиларидан бири нормада 3,64-6,7 ммоль/л ни ташкил қилади.

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

5. Сийдикни умумий таҳлили: протеинурия 0,3%-16-18% бир кунда, 3,0-14,0 ва ундан кўп оксил чиқади.

Коптокча мембранаси ўтказувчанлиги ошиши натижасида, молекуляр оғирлиги паст оксил альбумин сийдик билан чиқади. Бу гломерулонефритнинг нефротик ва нефритик шаклига хос. Молекуляр оғирлиги юқори ва паст бўлган оксил сийдик билан чикса носелектив протеинурия - дейилади. Бу ўткир буйрак етишмовчилигининг аралаш формасида кузатилади.

Гематурия: макро ва микрогематурия шаклида бўлиши мумкин. Нейтрофилли гранулоцит пиелонефритга хос. Моноцитар лейкоцитурія, цилиндрурія гиалинли, доначали, мумсимон, эпителиал-гломерулонефритга характерли. Эритроцитар цилиндрларни учраши буйрак коптокчаларини зарарланганидан далолат беради.

6. УТГ, Экскретор урография.

Сурункали гломерулонефритни сурункали пиелонефритдан фарк қилувчи белгилари.

Симптомлар	Сурункали пиелонефрит	Сурункали гломерулонефрит
Иситма	Кўпинча фебрил	Кам холларда субфебрил
Лейкоцитоз, СОЭ	Юқори лейкоцитоз	Кам холларда лейкоцитоз
Белда оғрик	Кўпинча	Кам ҳолатда
Шиш	Йўқ ёки кам	Кўпинча
Дезурик белгилар	1/3 - 1/4 ҳолатда	Йўқ

Гломерулонефитнинг даволаш принциплари.

1. Буйраклар структурасида микробли-яллигланиш жараёнининг бартараф этиш.

2. Иммунопатологик жараёнининг пасайтириш ёки босиш.

3. Микроциркуляция ва коагуляция системасидаги бузилишларнинг коррекцияси.

4. Буйракнинг функционал ҳолатини ва диурезни тиклаш.
5. Гипотензив воситалар (артериал гипертензияни бартараф этиш).
6. Мембранна стабилловчи ёки антиоксидантлар.
7. Коптокчалар базал мембранасида склеротик жараёни тўхтатиш.
8. Организмнинг умумий резистентлигини ошириш.
9. Бошқа орган ва аъзолардаги бузилишларни коррекциялаш.

Даволаш.

1. Пархез № 7.

Туз ва сувни камайтириш- олигурия гипертонияда 4-5 ҳафта давомида суткада 0,5 г туз берилади. 8-чи ҳафтадан 1,5 г туз берилади.

Оксил 1-1,5г/кг, шакар 12-15г/кг берилади. 2-чи ҳафтадан бошлаб, оксилга бой овқатлар берилади. Овқат углевод ва витаминларга бой бўлиши керак

2. Ётоқ режими 3-4 ҳафта давомида тайинланади. Қасал ётганда тери томирлари ва рефлектор буйрак томирлари кенгайди, қон айланиши яхшиланади. Буйракдаги томирлар спазми йўқолади. Бу эса босимни пасайтиради, модда алмашинуви яхшиланади, азот қолдиғи ҳосил бўлиши камаёди.

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

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

5. Антикоагулянтлар-гепарин 200-300 ед/кг/сут 2 марта тери остига қилинади, даволаш муддати 3-4 ҳафта. Аста секин дозаси камайтирилади. Қон ивиш муддати назорат қилинади.

6. Курантил-2-5мг/кг уч марта берилади. .

7. Глюкокортикоидлардан преднизолон 1- 2-2,5мг/кг 2-4 ҳафта давомида берилади.

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

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

10. Калий препаратлари-аспаркам, панангин, калий ацетат, гипокалиемияда берилади .

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

12. Индол бирикмалари: метиндол 2-3мг/кг, индометацин. 1- 3мг/кг.

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

Стационардан кейин бемор санаторияга ёки поликлиникага диспансер назоратига ўтади.

14.Иммунитетни коррекция қилувчи терапия: - лейкоцитар интерферон - элеутерококк, пантокрин 1 томчидан ёшига.

Гломерулонефрит билан бўлган болаларнинг поликлиникада диспансер кузатиш схемаси.

Мутахасислар кўриги	Маҳаллий педиатр тўлик клинико-лаборатор ремиссия даврида 3-6 ойда 1 марта; қисман ремиссия даврида 1-3 ойда 1 марта, ЛОР, стоматолог 1 йилда 2 марта; кўз зарарланганда ва даволашда аминохинолон препаратлари қўлланилганда – окулист 1 ойда 1 марта. Бошқа мутахасислар кўрсатмага биноан.
Кўригда эътиборга олиш керак.	Умумий ҳолатни, шиш, А/Б, сурункали инфекция ўчоқ ҳолати.
Кўшимча текширувлар.	1.Умумий сийдик тахлили 2-4 ҳафтада 1 марта 2.Нечипоренко бўйича сийдик тахлили 1 ойда 1 марта 3.Умумий қон тахлили 2-6 ойда 1 марта 4.Қоннинг биохимик тахлили (мочевина, креатинин, холестерин, кальций, калий, протеинограмма 6-12 ойда 1 марта). 5.Эндоген креатинин клиренси 1 йилда 1 марта 6.Зимницкий синамаси 3-6 ойда 1 марта.
Асосий соғломлаштириш йўллари	1.Сурункали инфекция ўчоғини бартараф этиш 2.Интеркуррент касалликларни даволаш 3.Касалхонадан чиқган беморларни тўлик даволаш: - преднизолон 1-3 мг/кг 3 кун. - цитостатик препаратлар (хлобутин, циклофосфамид) даволаш дозанинг ½ қисми. - курантил 5-10 мг/кг 4.Гормонотерапия узок ушлаб турувчи дозада қўллаб даволаш. 5.Симптоматик даво 6.Жараён фаоллигига қараб физиотерапевтик муолажалар. 7. Санатор-курорт даволаш.
Кузатиш давомийлиги	5 йилдан кам эмас. Қўзғалишлар кузатилганда катталар поликлиникасигача терапевт кузатуви.
Ҳисмоний тарбия билан шугулланиш.	Махсус гуруҳ ёки даволаш гимнастикалари А/Б ва пульсنى назорати остида. Сийдик тахлили ўтказиш. Очиқ сув хавзаларида чўмилиш мумкин эмас.
Профилактик эмлашлар	Календар асосида ремиссия даврида.

ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Ўткир юқумли касалликлардан сақланиш ва уларни ўз вақтида даволаш.

Ўчки инфекцияларни бартараф қилиш.

Давомли ва кучли совук таъсиридан сақланиш.

Аллергик касалликларга чалинган беморларга, эмлаш ман қилинади.

Тестлар

1. Сурукали гломерулонефритнинг аралаш шаклида қўпинча қандай патогенетик даво қўлланилади?

- А. Преднизолон билан монотерапия
- В. Преднизолон цитостатиклар билан бирга
- С. Преднизолон гепарин билан бирга
- Д. Преднизолон, гепарин ва курантил бирга
- Е. Преднизолон, гепарин, курантил ва цитостатиклар бирга

2. Гломерулонефритнинг дастлабки даврида буйракнинг азот ажратиш функцияси бузилиши қуйдагиларнинг қайси бири учун характерли?

- А. Чегараланган сийдик синдроми
- В. Нефротик синдром
- С. Нефритик синдром
- Д. Аралаш синдром
- Е. Ҳаммаси тўғри

3. Ўткир буйрак стишмовчилигининг олигоанурик босқичида қайси антибактериал препаратлар қатиян маън қилинади?

- А. Цефалоспоринлар
- В. Макролидлар
- С. Тетрациклинлар
- Д. Сульфаниламидлар
- Е. Нитрофуранлар

4. Экскретор урография орқали нимани баҳолаш мумкин? (энг тўлиқ жавобни кўрсатинг)

- А. Сийдик ажратиш йўллариининг анатомик ҳолатини ва уродинамикасини
- В. Буйрак косача-жомчаларининг ҳолатини
- С. Сийдик ажратиш йўллариининг функционал ҳолатини
- Д. Буйрак ўлчамини
- Е. Ҳаммаси тўғри

5. Гипостенурияда сийдикнинг солиштирма оғирлиги нечига тенг бўлади?

- А. 1008-1012
- В. 1012-1018
- С. 1002-1010
- Д. 1005-1020
- Е. 1025-1017

6. Ўткир гломерулонефритнинг нефротик синдроми учун характерли белгиларни кўрсатинг?

- А. Периферик шишлар
- В. Абдоминал оғрик синдроми
- С. Артериал гипертензия
- Д. Сийдикнинг « гўшт ювиндиси » рангида бўлиши
- Е. Лейкоцитурия

7. Гломерулонефритда сийдикда қандай ўзгариш аниқланади?
 А. Экстрагломеруляр эритроцитурия
 В. Нейрофил лейкоцитурия
 С. Гломеруляр эритроцитурия
 Д. Бактериурия
 Е. Оксалатурия
8. Ўткир гломерулонефрит қанча вақтдан кейин сурункали шаклига ўтади?
 А. 1 ой
 В. 12 ой
 С. 3 ой
 Д. 4 ой
 Е. 5 ой
9. Ўткир гломерулонефритнинг нефротик шаклида гормонлар максимал дозада қанча вақтга буюрилади?
 А. 3 кун
 В. 1 ҳафта
 С. 2 ҳафта
 Д. 3 ҳафта
 Е. 4 ҳафта
10. Сурункали гломерулонефритнинг тулиқ клинικο-лаборатор ремиссия босқичида участка педиатри неча марта кўриқдан ўқизиши керак?
 А. 1 ойда 1 марта
 В. 2 ойда 1 марта
 С. 3 ойда 1 марта
 Д. 6 ойда 1 марта
 Е. 12 ойда 1 марта
11. Буйрақларнинг концентрациялаш фаолиятини баҳолаш учун қайси усул қулланилади?
 А. Каковский-Аддис синамаси
 В. Ничепоренко синамаси.
 С. Амбурже синамаси.
 Д. Зимницкий синамаси.
 Е. 2,3,4
12. Гиперстенурия нима?
 А. Сийдик солиштирма оғирлигининг ошиши.
 В. Сийдик солиштирма оғирлигининг камайиши.
 С. Кечаси тушагига сийиб қўйиш.
 Д. Сийдик билан цилиндрлар ажралиши.
 Е. 2,3,4
13. Гипостенурия нима?
 А. Сийдик солиштирма оғирлигининг пасайиши.
 В. Сийдик солиштирма оғирлигининг ошиши.
 С. Сийдик билан лейкоцитлар ажралиши.
 Д. Сийдик билан цилиндрлар ажралиши.
 Е. 2,3,4
14. Никтурия нима?
 А. Кундузги диурезнинг кечкисидан кўплиги.
 В. Окшомги диурезнинг кундузгисидан кўплиги.

- C. Тез-тез ва кам-кам сийиш.
 - D. Суткалик диурезнинг камайиши.
 - E. 2,3,4
15. 2-14 ёшли болаларда креатинин клиренси нимага тенг?
- A. 140 мл/мин $1,73 \text{ м}^2$ дан юқори.
 - B. 100 мл/мин $1,73 \text{ м}^2$.
 - C. 70-80 мл/мин $1,73 \text{ м}^2$.
 - D. 130-140 мл/мин $1,73 \text{ м}^2$.
 - E. 120 мл/мин $1,73 \text{ м}^2$.

16. Ультратовуш асбоби ёрдамида қуйидагиларни аниқлаш мумкин:
- A. Буйраклар жойлашуви, хажми, сони, шакли ва зичлиги, аномалиялари.
 - B. Коптокчалар фильтрацияси, аномалиялар, кальцификатлари.
 - C. Концентрациялаш фаолиятини.
 - D. Буйраклар азот ажратиш фаолиятини.
 - E. 2,3,4

17. Экскретор урография нима?

A. Томирларга контраст модда юбориб, буйрак фаолиятини рентген аппарат ёрдамида текшириш.

B. Сийдик йулларини контраст модда ёрдамида текшириш.

C. Сийдик копи ва каналини контраст модда билан текшириш.

D. Сийдик йуллари обзор рентгенограммаси.

E. Радиоизотоп текшириш усули.

18. Радионуклидди сканирлаш усули нима?

A. Буйрак фаолиятини УТТ ёрдамида текшириш.

B. Буйрак фаолиятини компьютер томограф ёрдамида текшириш.

C. Буйрак фаолиятини рентген аппарати ёрдамида текшириш.

D. Буйрак фаолиятини томирларга нишонланган радиоизотопли заррачалар юбориш ёрдамида текшириш.

E. 2,3,4

19. Олигоурия деб қайси ҳолатга айтилади?

A. Диурез 250 мл/м^2 дан кам булса.

B. Диурез 300 мл/м^2 дан кам булса.

C. Диурез 400 мл/м^2 дан кам булса.

D. Диурез 500 мл/м^2 дан кам булса.

E. Суткалик диурез нормал диурезнинг 7% идан кам бўлса.

20. Қайси касалликларда УТТ ташхис қўйиш учун аниқ маълумот бермайди?

A. Вильмс ўсмаси.

B. Ўткир найчалар некрози туфайли юзага келган буйрак етишмовчилиги

C. Буйрак поликистози.

D. Жом-сийдик найчаси бўғзи обструкцияси.

E. Нефрокальциноз.

Вазиятли масалалар

1. Қизча 10 ёшда. Онаси боланинг боши оғришига, ҳолсизликка, сийдигининг қизил рангдалигига шикоят қилади. Бола 1 ҳафтадан буён касал. Шикоятлари ангина билан касалланганидан кейин 3 ҳафта ўтиб пайдо бўлган.

Кўриқда: териси ва шиллик каватлари оқарган, тили оқ караш билан қопланган. Юраги 1 минутда 88 марта уради. АҚБ 110/70 мм симоб устунига тенг. Нафаси 1 минутда 18 та. Пастернацкий симптоми икки томонлама мусбат. Умумий сийдик таҳлили: сол. оғ.-1012, оксил – 1.47 г/л, лейкоцитлар – кўрув майдонида 2-4 та, эритроцитлар – кўрув майдонини тўлик қоплаган. Суткалик диурез 950 мл.

Саволлар:

1. Ташхис қўйинг.
2. Беморга қандай текширишлар буюрилиши керак?
3. Даволаш режасини тузинг.

2. 9 ёшли бола клиникага қуйидаги шикоятлар билан келган: кориндаги оғриққа, тана ҳароратининг кўтарилишига, юзида ва қўл-оёқларида шишга, сийдик микдорининг камайишига. 3 ҳафта олдин ЎРВИ билан касалланган. Умумий сийдик таҳлили: сол. оғ.- 1016, оксил-5.5 г/л, лейкоцитлар – кўрув майдонида 2-3 та, эритроцитлар – кўрув майдонида 3-4 та, гиалин цилиндрлар – кўрув майдонида 2-3 та. Қоннинг биохимик таҳлили: оксил – 52.8 г/л, мочевино 5.8 ммоль/л, креатинин 0.079 ммоль/л, холестерин – 5.6 ммоль/л.

Саволлар:

1. Ташхис қўйинг.
2. Болада шишлар пайдо бўлиши механизмини тушунтириб беринг.
3. Шу болага диуретик танлаб беринг.

3. 8 ёшли кизча 1.5 ойдан бери касалхонада даволанапти. Касалланишидан 2 ҳафта олдин ангина билан касалланган. Касаллик қуйидаги белгилар билан бошланган: бош оғриғи, ҳолсизлик, юзида ва қўл-оёқларида шиш. Даволашдан кейин шишлар йўқолди. Кўриқда: териси ва шиллик каватлари оқарган, тили оқ караш билан қопланган. Юраги 1 минутда 80 марта уради. АҚБ 110/70 мм симоб устунига тенг. Умумий сийдик таҳлили: сол. оғ.-1010, оксил – 3.7 г/л, лейкоцитлар – кўрув майдонида 3-4 та, эритроцитлар – кўрув майдонида 1-2 та, гиалин цилиндрлар – кўрув майдонини 1-2 та. Зимницкий синамаси ўтказилганда: суткалик диурез 900 мл, сол. оғ.-1006 дан 1020 гача, кундузги диурез нисбатан кўпроқ. Қоннинг биохимик таҳлили: оксил – 50 г/л, холестерин- 10 ммоль/л, мочевино 5.8 ммоль/л, креатинин 0.088 ммоль/л.

Саволлар:

1. Клиник ташхис қўйинг.
2. Қайси симптомлар касалликнинг шаклини кўрсатади?
3. Болага қандай патогенетик даво буюрилади.

4.7 ёшли бола 1.5 йилдан буён нефролог назоратида туради. Касаллик шишлар пайдо бўлиши, бош оғриқ, белдаги оғриқ, сийдик микдорининг камайиши билан бошланган. Ўтказилган даво-муолажаларидан сўнг шишлар йўқолади, умумий аҳволи нисбатан яхшиланди. Охири режали назоратда қуйидагилар аниқланди. Умумий сийдик таҳлили: сол. оғ.-1018, оксил – 5.7 г/л, лейкоцитлар – кўрув майдонида 1-2 та, эритроцитлар – кўрув майдонида 1-2 та. Қоннинг биохимик таҳлили: оксил – 54 г/л, албумин-40%, глобули -60%, холестерин- 12.6 ммоль/л, мочевино 5.8 ммоль/л, креатинин 0.077 ммоль/л.

Саволлар:

1. Ташхис қўйинг.
2. Шу касаллик шаклининг критерияларини санаб беринг.
3. Касалга патогенетик даво буюринг.

5.11 ёшли боланинг онаси шифокорга қуйдаги шикоятлар билан мурожаат қилди: боласининг боши оғришига, ҳолсизлигига, сийдик рангининг тўқ қизил булишига. Болага 2 ҳафта олдин мактабда силга қарши эмлаш ўтказилган. Бемор 7 ёшлигида ўткир гломерулонефрит, нефритик шакли билан касалланган. Қўрик вақтида товон қисмида шиш аниқланади. АҚБ 110/60 мм симоб устунига тенг. Умумий сийдик таҳлили: сол. оғ. -1020, оксил – 0.91 г/л, лейкоцитлар – қўрув майдонида 2-3 та, эритроцитлар – бутун қўрув майдонини қоплаган.

Саволлар:

1. Ташхис қўйинг.
2. Буйрақда патологик жараённинг қўзғалишига нима сабаб бўлган?
3. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?

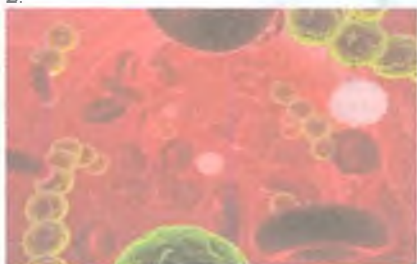
Расмли тестлар.

1.



12 ёшли бола 3 ҳафта олдин стрептодермия билан касалланган. Ҳозирда макрогематурия, субфебрил температура, қорин соҳасидаги оғриққа шикоят қилади. Анамнезида ойиси сурункали пиелонефрит билан касалланган. АҚБ 140/80 мм симоб устунига тенг. Пастернацкий симптоми манфий. Сийиши эркин, қунига 6-7 марта. Мак-Клора синамаси-15 минут. Умумий сийдик таҳлили: оксил-0.25 г/л, лейкоцитлар-қўрув майдонида 4-6 та, эритроцитлар-бутун қўрув майдонини қоплаган, тузлар уратлар бутун қўрув майдонида. Дастлабки ташхис қўйинг.

- А. Ўткир гломерулонефрит
 - В. Дисметаболик нефропатия
 - С. Ўткир пиелонефрит
 - Д. Сийдик тош касаллиги
 - Е. Ирсий нефрит
- 2.



Гломерулонефрит касаллигини кузгатувчи микроорганизм қайси қаторда кўрсатилган?

- А. Респиратор вируслар
- В. Эпштейн-Барр вируси
- С. Стрептококклар
- Д. Стафилококклар
- Е. Эпштейн-Барр вируси

3.



2 ёшли болада анамнездан озиқ-овқатга нисбатан алергик ҳолат кўзатишган. Ҳозирда анасарка типдаги шиш аниқланади. АҚБ 90/50 мм симоб устунига тенг. Умумий сийдик таҳлили :оқсил – 5.2 г/л, лейкоцитлар-қурув майдонида 5-6 та, эритроцитлар-қурув майдонида 2-3 та, Қонда: оқсил-41.8 г/л, албумин-40.1%, холестерин-9.3 ммоль/л. Дастлабки ташхис ўткир гломерулонефрит деб қўйилди. Патогенстик даволаш учун ишлатиладиган асосий препаратларни кўрсатинг.

- А. Сийдик ҳайдовчилар
- В. Кортикостероидлар
- С. Антикоагулянтлар
- Д. Гипотензив воситалар
- Е. Антигистамин препаратлар

4.



Ўткир гломерулонефритнинг нефротик шаклида преднизолон биринчи 4 ҳафта давомида қандай дозада буюрилади?

- А. 10 мг/қунига
- В. 20 мг/қунига
- С. 30 мг/қунига
- Д. 40 мг/қунига

Е. 50 мг/кунига

5.



Ўткир гломерулонефрининг нефротик шакли учун характерли белгиларни кўрсатинг:

А. шиш, гипопроteinемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, юкори протейнурия

В. шиш, гипопроteinемия, диспротеинемия, гипохолестеринемия, юкори протейнурия

С. шиш, гиперпротеинемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, юкори протейнурия

Д. шиш, гиперпротеинемия, диспротеинемия, гипохолестеринемия, юкори протейнурия

Е. шиш, гипопроteinемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия

Тест жавоблари.

1	В	11	Д
2	В	12	А
3	В	13	А
4	А	14	В
5	С	15	Е
6	А	16	А
7	С	17	А
8	В	18	Д
9	Е	19	А
10	Д	20	В

Расмни тест жавоблари.

1	2	3	4	5
А	С	В	Е	А

Вазиятли масалалар жавоблари

1-масала.

1. Ўткир гломерулонефрит, клиник белгилар яққол намоён бўлган даври, буйрак функцияси бузилмаган.

2. Қоннинг биохимик таҳлили, Зимницкий синамаси, Эндоген креатинин клиренсини аниқлаш, буйрак УТТ текшируви.

3. Ётоқ режими; Парҳез №7; Антибиотикотерапия; Гепарин – 2 минг ЕД кунига 4 маҳал тери остига; курантил 1 таблеткадан кунига 3 марта; аскорутин 1 таблеткадан кунига 3 марта; диазолин 0.05 дан кунига 3 марта.

2-масала.

1. Ўткир гломерулонефрит, клиник белгилар яққол намоён бўлган даври, буйрак функцияси бузилмаган.

2. Гипопротеинемия, минераллар алмашинуви бузилиши, гиперальдостеронизм, қон томирлар девори ўтказувчанлигининг ошиши.

3. Лазикс 1% ли суткасига 3 мл в/и ёки м/о.

3-масала.

1. Ўткир гломерулонефрит, нефротик шакли, клиник белгилар яққол намоён бўлган даври, буйрак функцияси бузилмаган.

2. Шишлар, гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, протеинурия.

3. Преднизолон 4 ҳафта давомида суткасига 50 мг дан буюрилади, кейин аста-секинлик билан камайтиради.

4-масала.

1. Сурункали гломерулонефрит, нефротик шакли, кузғалиш даври, буйрак функцияси бузилмаган.

2. Шишлар, протеинурия (3 г/сутка дан ортик), гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия.

3. Преднизолон – 2-4 ҳафта давомида 50 мг/сутка дозада берилади ва аста-секин камайтирилиб борилади, гепарин – 3-4 ҳафта давомида 1 минг ЕД тери остига, хлорбутин – 6 ҳафта давомида кунига 4.8 мг, кейин 6 ойгача кунига 2.4 мг дозада берилади.

5-масала.

1. Сурункали гломерулонефрит, гематурик шакли, кузғалиш даври, буйрак функцияси бузилмаган.

Силга қарши ревакцинация.

2. Зимницкий синамаси, қоннинг биохимик таҳлили, эндоген креатинин клиренси, буйрақлар УТТ текшируви, экскретор урография, Манту синамаси.

Фойдаланилган адабиётлар.

1. А.И.Гнатюк., В.А.Чсканов., 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. Ж.Э.Эшкobilов «Болалар нефрологияси». Тошкент 2000й.
7. <http://www.cmbbs.com>
8. WWW.Sammi.moodle.uz.

МУНДАРИЖА

Болаларда ўткир ва сурункали гломерулонефритлар.....	3
Ўткир гломерулонефрит.....	5
Патогенез.....	5
Патологик анатомияси.....	6
Сурункали гломерулонефрит.....	12
Клиник кўрилиши.....	13
Кечиши.....	15
Тестлар.....	19
Вазиятли масалалар.....	21
Расмли тестлар.....	23
Тест жавоблари.....	26
Фойдаланилган адабиётлар.....	27

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАР (Услубий тавсиянома)

2016 йил 9-декабрда оригинал-макетдан босишга рухсат этилди.
Бичими 60x84/ 1,16. «Тимес Нев Роман» гарнитураси. Офсет қоғози.
Шартли босма табоғи 2,75. Адади 50 нусха. 93-буюртма.

СамДУ босмахонасида чоп этилди.
140104, Самарқанд ш., Университет хиёбони, 15.