

0107000  
T 870

**TURAEVA NAFISA OMANOVNA**

**BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT**

**O'QUV - USLUBIY QO'LLANMA**



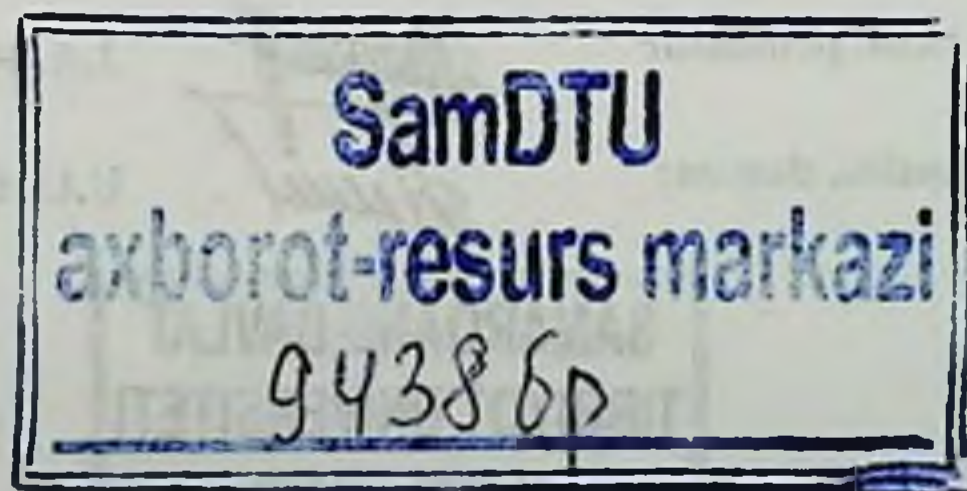
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**TURAEVA N.O.**

**BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT**

*Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun*

**O'QUV – USLUBIY QO'LLANMA**



**SAMARQAND – 2023**

**Tuzuvchilar:**

**Turaeva N.O** - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 3-son pediatriya va tibbiy genetika kafedrası PhD v/b dots.

**Taqrizchilar:**

**SH.T. Muxamedova** - BuxTI Bolalar kasalliklari propedevtkasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri PhD, dots.

**D.T.Rabbimova** - SamDTU bolalar kasalliklari propedevtkasi kafedrası mudiri, dotsent, t.f.d.

*O'quv-uslubiy qo'llanmada keltirilgan ma'lumotlar pediatrlar, talabalarda klinik qiziqish uyg'otadi degan umiddamiz.*

*O'quv-uslubiy qo'llanma SamDTU Ilmiy kengashining yig'ilishida ko'rib chiqildi va nashrga tavsiya etildi. (2023 yil "29" mart, 8-sonli bayonnoma)*

Ilmiy kengash raisi, professor



J.A. RIZAYEV

Ilmiy kengash kotibi, dotsent

U.U. OCHILOV

**SAMARQAND DAVLAT  
TIBBIYOT UNIVERSITETI  
ILMIY KOTIB**

**MUNDARIJA**

**KIRISH..... 4**  
**BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT KASALLIGI..... 5**  
**GLOMYERULONEFRITNI TASHHISLASH..... 15**  
**DISPANSYERIZATSIYA..... 25**  
**FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI..... 34**

## KIRISH

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

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

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

**MAVZU: BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT  
KASALLIGI**

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

**Jihozlar:** kompyuter, [www.mt.sammi.uz](http://www.mt.sammi.uz) tizimidagi materiallari, laborator analizator, mavzuga oid kasallar, tarqatma materiallar.

**1.Mashg'ulot davomiyligi: 6 soat.**

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

**Vazifalari:**

**Talaba bilishi kerak:**

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit (O'GN) epidemiologiyasini.

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit etiologiyasi

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit patogenezini.

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit tasnifini.

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit tashhis qo'yish mezonlarini.

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit klinikasini.

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit laborator ma'lumotlar tahlilini.

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit davolash prinsiplarini.

➤ Bolalarda o'tkir glomerulonefrit asoratlarini.

**Talaba bajara olishi kerak:**

➤ O'GN ni asosiy klinik simptomlarini aniqlash.

➤ O'GNni tashhish uchun zarur bo'lgan instrumental va laborator tekshirishlarni o'tkazish.

➤ O'GN da shoshilinch yordam ko'rsatish.

➤ O'GN da to'g'ri ovqat ratsionini tuzish.

➤ O'GN ni to'g'ri davolash.

**2.Motivatsiya:**

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

**Fanlar orasida bog'liqlik.**

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

**MAVZU MAZMUNI**

**NAZARIY QISM**

**Ushbu mavzu bo'yicha o'rganiladigan savollar:**

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

**EPIDEMIOLOGIYASI**

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

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

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

**ETIOLOGIYASI**

Glomerulonefrit etiologiyasida bakterial va virusli kasalliklar yotadi. Ayniqsa streptokokkli infeksiyani ahamiyati katta. Etiologik omillar orasida ko'proq infeksiyon agent, ya'ni A guruhidagi B-gemolitik streptokokk nefritogen shtammi hisoblanadi. Har xil viruslar ham GN -ga sabab bo'lmoqda. Shundan HBs - virusi 10% hollarda sabab bo'lmoqda. Bu ko'proq GNni og'ir shakllariga sabab bo'lmoqda. Har xil dorilar ta'siri ham ahamiyatli, chunki dorilar asosan buyrak orqali ajraladi, noto'g'ri qo'llanilishdan ko'ptokchalarni zararlaydi.

Diffuz glomerulonefrit buyrakning ikki tomonlama bakterial yallig'lanishidir. Birlamchi GN- bu biriktiruvchi to'qimani sistemali kasalliklarisiz rivojlanishi tushuniladi. Birlamchi va diffuz GN- bu sinonim hisoblanadi.

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

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

**PATOGENEZI**

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

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



80-85% bemorlarda glomerulonefrit kasalligi immun kompleksli mexanizm asosida rivojlanadi. Immunokompleksli glomerulonefritga poststreptokokkli glomerulonefrit, malyariyadagi glomerulonefrit, gepatit B virusi tomonidan chaqirilgan glomerulonefrit, idiopatik glomerulonefrit (birlamchi va ikkilamchi tipdagi membranoz-proliferativ, immunoglobulin –A –nefropatiya) kiradi.

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



*Rasm 1. Buyrak ko'ptokchasi mikroskop ostida*

Immunokompleksli nefrit bu qachonki qonda IK topilsa aytiladi. Bazalmembrana (BM) murakkab tuzilishga ega bo'lib, kollagen va nokollagen glikoproteinlardan iborat. Nefrotik AG nokollagen oqsillar bilan bog'liq, IK organizmga begona AG tushsagina paydo bo'lib, uning funksiyasi AGni elimenatsiya qilishdir. Ekzogen AG ko'p tushishi, fagositoz sistemasi etishmovchiligi, defitsitligidan

## BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT

organizmda IK uzoq sirkulyatsiyada bo'ladi. BM- yuqori -zaryadga ega, IK ham har xil elektrik zaryadga ega, IK ning (-) zaryadlisi BM orqali o'tmaydi. Neytral IK lar kichik zaryadlilari o'tadi. (+) zaryadli IK lar esa hammasi BM orqali o'tadi. IK larning ko'ptokchada fiksatsiyalanishi AGning zaryadiga bo'g'liq. Organizmda gepatotoksik xususiyati ham immunopatologik holat rivojlanishiga sabab bo'ladi. Ba'zi AGlar GN shakllariga nisbatan spetsifik hisoblanadi. Viruslar BMning mikro yopishqoqligini pasaytiradi, boshqa tomondan T-supressorlar etishmovchiligiga sabab bo'ladi. GN ko'ptokcha, BM kapilyarlarida IK joylashib olib, qator system o'zgarishlarni chaqiradi. Shular orasida gemostaz buzilishlari yetakchi o'rinni egallaydi. Ko'ptokchalarda fiksatsiyalangan IK kapilyar endoteliysini, trombositlar agregatsiyasini, boshqa shaklli elementlarni zararlab, kapilyarostaz va mikrosirkulyatsiya buzilishlariga sabab bo'ladi. Fibrinoz depressiyasi va aktivlashishi progressiv kesuvchi GN da kuzatilib, keyinchalik fibrin ko'ptokcha kapilyar yo'lida to'planadi va GNni sklerolanuvchi shakli rivojlanishiga olib keladi. Shuning, mikrosirkulyatsiya buzilib, DVS sindromlari har xil ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Har xil darajadagi sirkulyator va neyroendokrin buzilishlar GN ning turli xil klinik belgilarini namoyon qiladi.

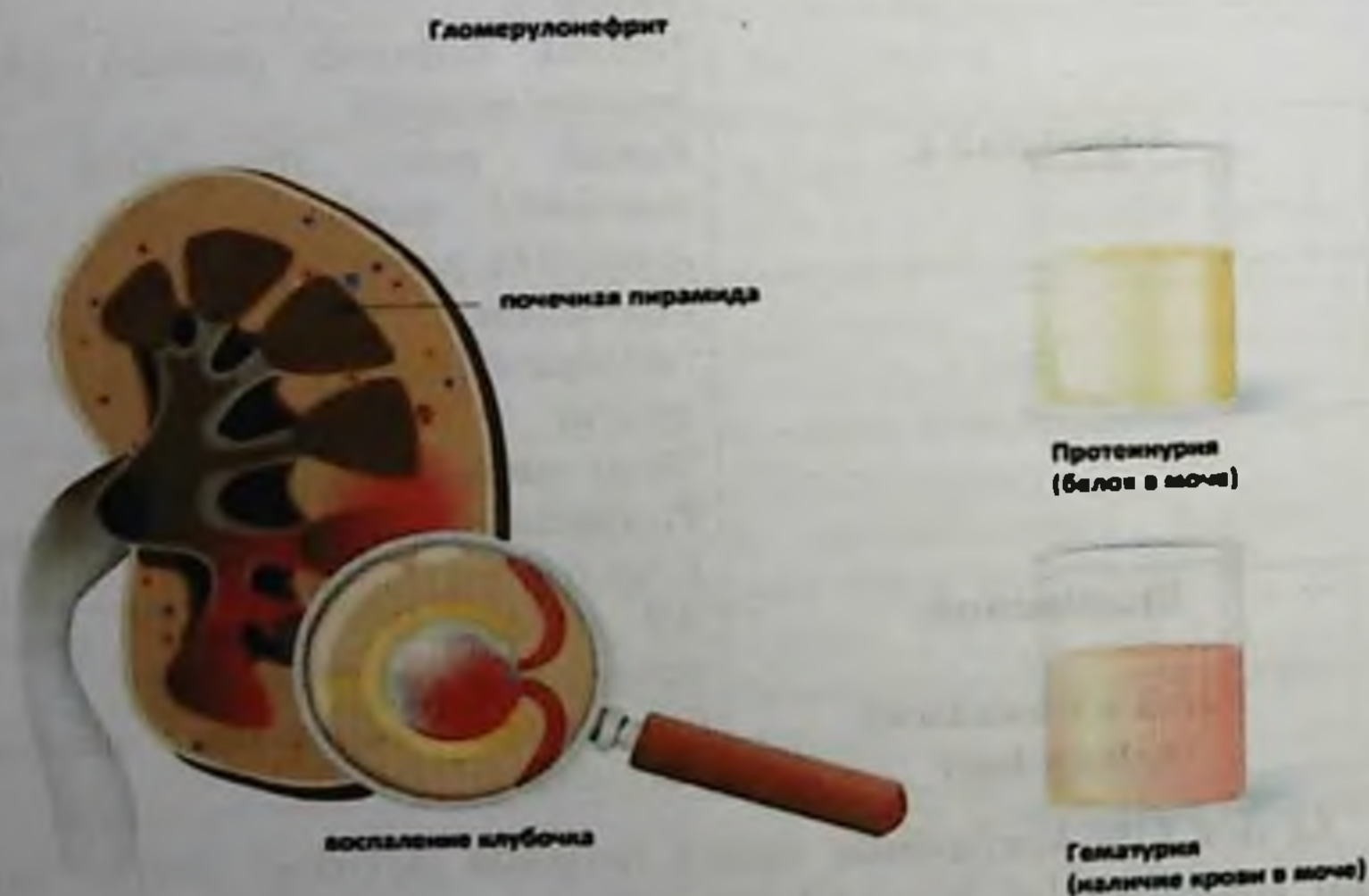
### TASNIFI

**Jadval 1. Bolalarda birlamchi glomerulonefrit tasnif**

GN shakli	Buyrakda jarayonning aktivligi	Buyrak funksional holati
O'tkir GN	Boshlang'ich davri	Buyrak funksiyalarining buzilishsiz
O'tkir nefritik sindrom		
Nefritik sindrom bilan	Avj olish davri	Buyrak funksiyalari buzilgan
Izolirlangan siydik sindromi	Qayta rivojlanish davri	O'tkir buyrak etishmovchiligi
Nefrotik sindrom gipertenziya va gematuriya bilan	Surunkali GN ga o'tishi	
Surunkali glomerulonefrit:	Avj olish davri	Buyrak funksiyalari buzilmagan
	Nefrotik shakli	
	Gematurik shakli	
	Aralash shakli	
O'tkir osti (yomon sifatli) glomerulonefrit	To'liq klinik - laborator remissiya	Surunkali buyrak etishmovchiligi
		Buyraklar funksiyasini buzilishi bilan.SBYe

chegaralangan siydik sindromi -34,3% va nefrotik sindrom, gematuriya va gipertoniya bilan 31,3 % (Naumova V.I. 1984 yil). O'tkir GN ko'p hollarda organizmni kuchli zaxarlanishi (intoksikatsiyasi) bilan boshlanib, bemor bolaning umumiy ahvolini og'irlashuvi, holsizlik, tez charchash, ishtaxani pasayishi va diurezni kamayishi bilan kichadi. 12-24 soatdan keyin bolaning terisi oqarib, yuzida, qo'l va oyoqlarda shishlar bo'lishi kuzatiladi. Ko'pchilik hollarda bosh o'g'rigiga, qusish, ko'ngil aynish va siydik rangining o'zgarishiga shikoyat qiladi. Maktabgacha yoshda bo'lgan bolalarda ko'pincha bel sohasida kuchli og'riq va dizurik holatlar kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalarda yurak tomir va asab sistemasini buzilish simptomlari namoyon bo'ladi, shish sindromisiz kechishixarakterlidir (jadval 3)

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



*Rasm 2. Renal belgilar*

## BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT

Nafas tezlashuvi lablar atrofida ko'karish, yurak sohasida og'riq – bu miokard gipoksiyasi natijasidir. Shishlar, ayniqsa, bemorning yuzi, qovoq osti va tanosil organlarda paydo bo'lib, anasarka holatiga (astsit, gidrotoraks, gidroperikardit) o'tishi mumkin. Shishlar ko'pincha o'zgaruvchan, vaqti-vaqti bilan kuchayib va kamayib turishi kuzatiladi. Sutkalik diurez kamayadi. Siydikda oqsil ajralishi ko'payib 2,5-3 g/sut bo'lishi mumkin. Siydikda kam miqdorda eritrotsitlar paydo bo'ladi, lekin silindrlar miqdori ko'payadi.



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

Nefrotik variant uchun xarakterli belgilaridan – kuchaygan gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya va giperlipidemiyadir. O'tkir GN ning *chegaralangan siydik sindromi* uchun xarakterli belgilari: intoksikatsiyani, shishlar, arterialgipertenziyani va boshqa organlarda jiddiy o'zgarishlarni yo'qlig'bo'lib, tashhis qo'yish faqatgina siydik sindromi (oliguriya, siydik solishtirma og'irligining ko'payishi to 1030 va undan yuqori proteinuriya va gialin donachalari silindrlarning oz miqdorda, albuminuriya, makrogematuriya, leykotsituriya) asosida qo'yiladi. O'tkir GNni boshlang'ich davrini *nefretik sindromi, gematuriya, gipertoniya* variant uchun xos simptomlar–shishlar,

makrogematuriya, arterial gipertenziya bo'lishi va bu simptomlarni ba'zida kuchayishi xarakterli.

GNni asoratsiz kechishida 3-4 haftalarni oxirida xastalikni orqaga qaytish davri boshlanib, asta –sekinlik bilan shish, arterial gipertenziya mo'tadil holatga qayta boshlaydi. Siydik sindromi va buyraklar funksiyasini tola tiklanishi faqatgina 3-6 oylarda kuzatilishi mumkin. Shundan keyingina, klinik –laborator remissiya davri kuzatiladi.

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

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

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

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

*o'tkir buyrak yetishmovchiligi*: (O'BYE, OPN) o'tkir GNni boshlang'ich davrida namoyon bo'lib, uning rivojlanishida gipervolemiya va arterial gipertenziyani axamiyati kattadir.

Buyraklarni orttirilgan yallig'lanishi immune jarohatlanishning eng og'ir va eng kam uchraydigan formasi *o'tkir osti* (xavfli) GN dir.

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

**GLOMYERULONEFRITNI TASHHISLASH**

O'tkir glomerulonefritni tashhishlash uchun qo'yidagi kompleks tekshirishlar o'tkaziladi.

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

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

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

4. Buyrakning funksional holatini aniqlash.

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

B) Reberg sinamasi – buyrakning og'ir zararlanishida filtratsiya buziladi: filtratsiyaga nisbatan reabsorbsiya ertaroq kuzatiladi.

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

5. Qonning biokimyoviy tahlili.

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

6. Siydik chiqarish yo'llari va buyrakning ultratovush tekshirish.

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

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



*Rasm 3. O'tkir GN diagnostik kriteriyarlari*

### **DAVOLASH**

Aktiv fazada statsionarda o'tkaziladi va tartib, parxez, etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyadan iborat. Bemorlarga kasallikni o'tkir davrida va surunkali shaklini avj olish davrida yotoq tartibi buyuriladi. Bu tartibga kasallikni ekstrarenal belgilari bartaraf bo'lmaguncha rioya qilinadi: arterialbosimning normalizatsiyasi, shishlarni so'rilishi, siydik va qon tahlili yaxshilanishi. Yotoq tartibiga rioya qilish, tomirlar spazmini kamayishiga, arterial bosimni pasayishiga, koptokchalar filtratsiyasini oshishi va yurak etishmovchiligi belgilarini kamayishiga olib keladi. Yotoq tartibini o'rtacha davomiyligi 10-14 kun. Qat'iy va davomli yotoq tartibiga rioya qilish shart emas. Dietoterapiyani asosiy talabi- zararlangan a'zoni asrash va buzilgan funksiyalarni qayta tiklash. O'tkir glomerulonefrit dastlabki kunlarda yoki surunkali glomerulonefritni avj olish davrida ko'plab shishlar, keskin gipertenziya, oligoanuriya namoyon bo'lganda engillashtiruvchi qandli-mevali dieta tavsiya qilinadi. Yengillashtiruvchi kunda suyuqlik hajmi to'qimalarni shish, gipertenziya darajasini inobatga olgan holda buyuriladi. Erta yoshdagi bolalarga yengillashtiruvchi dietani o'tkazish o'ta qiyin, shuning uchun kasallikni dastlabki kunlarida ularga oqsil va tuz cheklangan dieta buyuriladi (sut, sutli butqa, kefir, kasha, sabzavotli butqalar, kompot va soklar). Yengillashtiruvchi dietadan so'ng tuzsiz va go'shtsiz stol buyuriladi. Oziqa ratsioniga kartoshka, ovsyankali va guruchli butqalar, karam, qovoq, sut buyuriladi. Bu stol: oqsil -40-45 gr (1 kg tana vazniga

## BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT

1-1,5 gr), yog' 70-85 gr (1kg tana vazniga 2,5-2,8 gr), uglevodlar 300-400 gr (1kg tana vazniga 13-15 gr), 2000-2400 kkal dan iborat. Ikkinchi haftadan, shishlar kamaygandan so'ng, arterial bosim normallashtirganda, buyraklar funksiyasi yaxshilanganda dieta kengaytiriladi. Qaynatilgan go'sht, baliq birinchi kunlarda kunora, so'ng esa har kuni buyuriladi. Tuz miqdori ham har xil hafta 1 gr ga ko'paytiriladi, so'ng esa to 4-5 gr/sut gacha oshiriladi. Sabzavotli va mevali salatlar beriladi. Gematurik shaklda dieta tezroq shakllantiriladi, nefrotik va aralash shakllarda, nisbatan sekinroq. Kasallik boshlanishidan 1,5-2 oy o'tgach dieta sog'lom bolalar stoliga mos bo'ladi. Glomerulonefritni surunkali shaklda dieta, nisbatan yengilroq bo'ladi chunki bularga, asosan, o'rta og'irlikdagi siydik sindromi xos bo'ladi. Shishlar, gipertenziya va oliguriya kuzatilmasa tuz va suyuqliklar cheklanmaydi. Glomerulonefritni barcha shakllarda ovqat ratsionida dudlangan, achchiq, go'sht va baliq mahsulotlari, bulon, o'tkir ziravorlar, konservalar 1 yil davomida cheklantiriladi, klinik -laborator remissiyaga erishgach esa yana ruxsat beriladi.

Zarur bo'lgan suyuqlik miqdori glomerulonefritni aktiv davrida qo'yidagicha taqsimlanadi. O'tgan kunning diurez miqdori hisobga olinib, tana yuzasini har 1 kv.m. ga 300-500 ml yoki 200-250 ml qo'shiladi. Ayniqsa, boshlang'ich davrda va klinik belgilarni avj olish davrida B, P, C, A, E vitaminlar guruhi beriladi. O'tkir poststreptokokkli GT bilan kasallangan barcha bemorlarga antibakterial terapiya buyuriladi, bundan tashqari surunkali infeksiya o'choqlarini aktivlashuvi va immunodepressantlarni maksimal dozalari qabul qilinganda ham beriladi. Kasallikni etiologik sababini aniqlash juda qiyin bo'lgani uchun antibiotoklar hamma bemorlarga 2-3 hafta davomida beriladi (ularni har 7-10 kunda almashtirish kerak). Antibiotiklarni qo'llash davomiyligiqat'iy individual holda belgilanadi. Penitsillin guruhidagi preparatlarni buyurish tavsiya etiladi (ampitsillin, oksatsillin, ampioks, karbenitsillin va b.q.), ritromitsin, 1/2-1/3 sutkalik dozada. Bazisli terapiya sifatida antigistaminli preparatlardan foydalaniladi, ular ko'pchilik yallig'lanish mediatorlarini aktivligini susaytiradi. Bu preparatlar bolaning ahvoliga qarab beriladi. Agar klinikada lanjlik, uyquchanlik kuzatilsa suprastin, tavegil, fenkarol, qo'zg'alishda esa - dimedrol, pipolfen buyuriladi. Davolash kursi 4-6 hafta preparat dozalari yoshiga mos holda beriladi.

axborot-resurs markazi

943880



Diuretik vositalar- saluretiklar va osmodiuretiklar-shish sindromi, oliguriya, gipertenziya bilan kechadigan GT ga xos. Saluretiklardan dixlotiazid(gipotiazid), laziks(furosemid) beriladi, ular buyrak kanalchalarida natriy va xlor reabsorbsiyasini pasaytiradi. Gipotiazidni sutkalik doza 26mg dan erta yoshli bolalar uchun, 25-50mg dan maktabgacha yoshda va 50-100 mg dan maktab yoshida 2 mahal ichish uchun beriladi. Laziks 3-5 mg/kg sutkalik dozada qabul qilinadi, 2 mahal yoki m/o(v/i) 1 % eritma shaklida 1 sutkada 1 marta beriladi. Etakrin kislota (uregit) sutkalik doza 2,5 -5 mg/kg hisobida qo'llash mumkin. Preparat ertalab 1 marta ovqatdan so'ng har kuni yoki kunora beriladi. Bu preparatdan tezkor effekt olish uchun foydalaniladi va v/l 10% glyukoza yoki natriy xlor eritmasida yuboriladi. Klopamid (brinaldiks) ham saluretik ta'sirga ega, u ertalab 10-20 mg sutkalik doza miqdorida beriladi. Kaliy saqlovchi effektga ega preparatlardan foydalaniladi: triamterene, distal kanalchalarning hujayra membranasini natriy uchun o'tkazuvchanligini pasaytiradi va kaliyni saqlagan holda natriyni siydik bilan ajralishini oshiradi (diuretic ta'sir 15-20 min dan so'ng sutkalik doza 0,25-0,5 grdan ovqatdan so'ng 1-2 marta beriladi ); triampur, shunday ta'sirga ega , sutkalik doza ½ tabletkadan 2 mahal ovqatdan so'ng beriladi; aldakton (veroshpiron) 10 mg /kg 1 sutkada, lekin 200-300mg/sut dan oshmasligi kerak . Yuqorida ko'rsatilgan saluretiklar o'rtacha gipotenziv ta'sirga ega, shuning uchun ularni qo'shimcha gipotenziv preparatlar bilan birga qo'llash tavsiya etiladi. Osmotik diuretiklardan 20% mannitol (1g/kg hisobida) beriladi. Diuretik preparatlar bilan davolash kursi individual tarzda olib boriladi. Eufillin bilan trental ham diuretic effektga ega, chunki ular mikrotsirkulyatsiyani va buyraklar gemodinamikasini yaxshilaydi. Bu preparatlar diuretiklar bilan birga qo'llanganda effektivligi oshadi. Tajribalar asosida shu ma'lum bo'ldiki, birinchi navbatda euphillin yoki tental, 3040 min dan so'ng diuretiklar yuboriladi. Bunday sxema asosida qilingan davo choralari ijobiy effekt beradi.

Gipotenziv dori vosita sifatida rauvolfiy preparatlari qo'llaniladi (rezerpin, rautin va b.q). Ular buyrak gemodinamikasini normallashtiradi va qon oqimini yaxshilaydi, buyrak tomirlarini tonusini pasaytiradi, sedativ va vagotrop ta'sir qiladi. Effekt qabul qilgandan so'ng 2-6 kundan keyin kuzatiladi. Rezerpin 0,1-0,4 mg/sut dan ovqatdan so'ng 2-3 marta ichishga yoki m/o 0,1 -0,2 ml 0,1% yoki

0,25 % eritma holda qo'llaniladi; raunatin 1/3 -1/2 tabletkadan 2-3 mahal ovqatdan so'ng qo'llaniladi.

Kombinirlangan preparatlar kuchli ta'sir qiladi: kaptopril, adelfan (1/2 tabletkadan 2 marta 1 sutkada); adelfan-ezidreks-K (1/2 tabletkadan 2 mahal); trirezid (1/2 tabletkadan 2 mart). Gipotenziv vosita sifatida dibazol v/l, m/ o yoki ichish uchun (0,2-0,5ml 1% eritma 1 sutkada 1 marta yoki tabletkada 0,002 g dan 2 marta, klofelin, doesn't, isolating va b.q. Renin -angiotenzin tizimiga nifidipin va kaptopril ta'sir qiladi. (Ichish uchun, sublingval tabletkada ko'rinishida 25 mg da), ular fermentni ingibirlaydi, ya'ni angiotenzin -1 ni angiotenzin 2 ga aylanishini .GT da yurak-qon tomir tizimini tez-tez yallig'lanishini inobatga olgan holda korglikon, strofantin, digoksin, riboksin beriladi.

#### **Patogenetik terapiya.**

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

B) Immunomodulyatorlar -limfosit va makrofaglar subpopulyatsiyasini immunoregulyator funksional aktivligini normallashtiruvchi preparatlar guruhi.

Immunodepressantlar guruhiga glyukokortikoid va sitostatik preparatlarkiradi. Glyukokortikosteroidlar ko'proq o'tkir va surunkali glomerulonefritni nefrotik shaklida effektiv, aralash shakllarda monoterapiya kam ta'sir qiladi. Glyukokortikosteroidlar turli xil murakkab ta'sir mexanizmga ega. Ular: immunodepressiv ta'sir - immunokompetent hujayralarni differensirovkasini tormozlaydi, antitelolar sintezini Susaytiradi, limfositlar va immun komplekslar sonini kamaytiradi; yallig'lanishga qarshi effekt - sitomembranalarni stabilizatsiyasini amalga oshiradi , antigistaminli ta'sir ko'rsatadi, kollagen va mukopolisaxaridlar sintezini pasaytiradi, hujayralar proliferatsiyasini pasaytiradi va kapillyarlar o'tkazuvchanligini normallashtiradi, eritro -,leyko- va trombopoezga stimullovchi ta'sir ko'rsatadi. Ular oqsil, uglevodlar, lipidlar almasinuvini, glyukoneogenezni boshqaradi va koptokchalar filtratsiyasini kuchaytiradi. Prednizolon va urbazon (metialprednizolon, metipred) eng keng tarqalgan preparatlar. Triamcinolone va deksametazon keng qo'llaniladi. Bir preparatdan ikkinchi preparatga o'tish uchun quyidagi ekvivalentlar qo'llaniladi: 5 mg prednizolon 4-5 mg urbazonga, 4mg triamtsinolonga, 0,75 mg deksametazonga teng. Asosan,

kortikosteroidlar maksimal dozada 6-8 hafta davomida, so'ng uzoq davom etuvchi ushlab turuvchi dozaga o'tib davolanadi. Prednizoloni to'liq sutkalik dozasi 1,5-3 mg/kg ni tashkil qiladi. Bolaning yoshi qanchalik kichik bo'lsa, shunchalik preparat dozasi 1kg tana vazniga nisbatan baland bo'ladi, lekin 45-60mg dan baland emas. Kasallik aktivligi pasaygan sayin, klinik va laborator ko'rsatkichlar yaxshilanadi, sutkalik doza pasaytiriladi, 1,5 -2 oydan so'ng yarim doza ko'rinishida statsionarda davriy terapiyaga o'tadi va ambulator sharoitda 6-12 oy davom ettiriladi. Preparat har 6-8 hafta yarim dozaga kamaytiriladi, 2,5 mg ga, 5mg/sut doza esa kamaytirilmaydi to davo kursi tugaguncha. Davriy davo usuli asta-sekin tanaffusni 1-4 kungacha oshirishga olib keladi (3 kun bemorga prednizolon beriladi, 4 kun tanaffus). Interkurrent kasallik davomida preparatni har kuni biroz oshirilgan dozada berish tavsiya qilinadi. Glyukokortikoidlarni qabul qilish vaqti ham alohida ahamiyatga ega. An'anaviy holda, glyukokortikoidlarni ertalab qabul qilish tavsiya qilinadi, chunki bu gormonlarni sintezi organizmda shu sutka ritmiga mos keladi. Ammo so'nggi yillarda izlanishlar shuni ko'rsatdiki, maksimal immunodepressiv effekt kuzatiladi, agar glyukokortikoidlar kechqurun qabul qilinsa. Shuning uchun, glyukokortikoidlarni maksimal dozada qabul qilish, bemorlarga preparatlar an'anaviy sxema bo'yicha (ertalab va kunni birinchi yarimida), bu esa haqiqatdan ham glyukokortikoidlarni buyrak usti bezlariga nisbatan zararli ta'sirini kamaytirishga olib keladi. Ushlab turuvchi dozani qabul qilish, bemorlarga glyukokortikoidlar kechqurun (optimal qabul 22-23 soatlar orasida) buyuriladi. Bday sxema yuqori immunodepressiv effektga erishishga va preparatlar dozasini kamaytirishga yordam beradi. Gormonal terapiyada tez-tez uchraydigan nojo'ya ta'sirlar: tana vaznini oshishi, teritrofik buzilishlar, septik jarayonlar, suyaklar osteoporozi, katarakta, steroid diabet, oshqozon -ichak traktining erroziv -yarali zararlanishi, psixik buzilishlar.

GN da immun yallig'lanish sitostatik immunodepressantlarni berishga sabab bo'ladi: xlorbutin (leykeran), siklofosfamid (siklofosfan), azatioprin (Imuran). Bu preparatlar hujayraviy va gumoral immune javobni depressiyasini chaqiradi, antiproliferativ ta'sir ko'rsatadi, nuklein kislotalar metabolizmini pasayishi, yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega. Odatda, ko'rsatilgan preparatlardan

bittasi buyuriladi. Quyidagi dozada buyurish tavsiya etiladi: xlorbutin va leykeran 0,2-0,3 mg/kg 1 sutkada, siklofosfamid va azatioprin 2-3 mg/kg. Immunodepressantlar statsionarda buyuriladi.

### **Immunodepressantlarni qo'llashga ko'rsatma:**

- GN ni nefrotik shaklida dastlabki 3-4 hafta davomida gormonal terapiyadan effekt bo'lmasa (gormonrezistent variant), GNni nefrotik shaklini avj olishida va retsdivlanishida (gormonbog'liq variant)

- Gormonni sutkalik dozasini pasaytirish yoki to'liq to'xtatish zarur. Kortikosteroidlarni immunosupressantlar bilan birga qo'llanishi immunodepressiv effektni kuchaytiradi va qon yaratilishini susaytiradi. Immunosupressorlar to'liq dozada statsionarda 6-8 hafta davomida beriladi, keyin ularni ushlab turuvchi dozada (maksimal davolovchi dozani  $\frac{1}{2}$  qismini) to davo kursi tugaguncha. Davoni davomiyligi individual tarzda belgilanadi, kasallik dinamikasidan, preparatni ko'tara olish darajasidan, nojo'ya ta'sirlardan bog'liq holda davom ettiriladi. Ba'zan birinchi 3-4 kunda immunosupressorlar yuqori dozada beriladi, so'ng esa yana umumiy dozaga qaytadi.

### **Immunosupressorlarni nojo'ya ta'siri:**

1. Qon yaratish funksiyasini susaytiradi (anemiya, neytropeniya, limfopeniya, trombopeniya pantsitopeniya);

2. Qon zardobini bakteritsid aktivligini, compliment titrini, lizotsimni, leykotsitar interferonni, qonda v-2-mikroglobulinni pasayishi: o'choqli infeksiyani avj olishi, septik asoratlarni kelib chiqishi. Bunda immunosupressantlar bilan davolash keskin klinik – laborator nazoratni talab qiladi. Qon tahlilini 3-7 kunda 1 marta tekshirish zarur. Agar qonda leykositlar miqdori 3000 gacha kamaysa sitostatiklar dozasini kamaytirish lozim va prednizolon dozasini 10-15mg ga oshirish kerak, leykostimullovchi preparat beriladi. Agar qonda leykositlar 2000 gacha kamaysa preparatni berish man etiladi, prednizolonoterapiyani tahlili normashgunga qador davom ettirish shart bundan so'ng sitostastikotersapiyani qasytadan boshlash zarur. Doimiy va yuqori pantsitopeniyada sitostatik to'xtatiladi.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar-voltaren (diklofenak), ortofen, indometatsin, brufen (ibuprofen) va b.q. renin aktivligini va buyrakda prostaglandinlar sintezini susaytiradi, plazmada kininogen miqdorini pasaytiradi, lizosomalar membranasini

stabillashtiradi, buyrakka neytrofillar migratsiyasini kamaytiradi, gistamin realizatsiyasini susaytiradi, trombositlar agregatsiyasini va antigen –antitelo immun reaksiyasini susaytiradi, antidiuretik gormonning periferik ta'sirini kuchaytiradi, proteinuriyani pasaytiradi.

**NYaQVni qo'llashga ko'rsatma:**

1. Gipertenziyasiz va buyrak yetishmovchiligisiz kechayotgan surunkali GT.

2. Gematurik shaklda kam effektiv.

**NYaQVni qo'llashga qarshi ko'rsatma:**

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

Indometatsin dozasi 2-3 mg/kg 1 sutkada. Davolashni 1/3 dozadan boshlash kerak va har 3-4 kunda ko'paytirib boriladi to terapevtik dozagacha. Brufen doza -88 mg/sut 3-4 mahal berish kerak. Preparat ovqatdan so'ng sut bilan birga beriladi. Davolash kursi 3-6 oy. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarning asosiy ta'sir mexanizmi-siklooksigenaza fermentining aktivligini ingibitsiyasi bo'lib hisoblanadi va, shu bilan birga, prostaglandinlar sintezini blokirovkasi. Prostaglandinlar to'qimada hujayra membranasini fosfolipidlaridan (araxidon kislota) hosil bo'ladi. NYaQVlarni bu effekti nafaqat ijobiy ahamiyatga ega, balki buyraklar funksiyasiga zararlovchi ta'sir ko'rsatadi va ba'zi nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqaradi (dispepsiya, anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda og'riq, oshqozon – ichak traktidan qon ketishi, bosh og'rig'i, krapivnitsa). NYaQV lar ta'sirida buyraklarda qon aylanishi kamayadi, glomerulyar filtratsiya pasayadi va natriy reabsorbsiyasi kuchayadi, bu esa organizmda suv va tuz ushlanib qolishiga olib keladi hamda giperkaliemiyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Antikoagulyantlar va antiagregant terapiya bevosita antikoagulyant geparinni ishlatish bilan amalga oshiriladi. U bevosita qon ivish faktorlariga ta'sir qiladi, thrombin biosintezini bloklaydi, trombositlar va eritrotsitlar agregatsiya va adgeziyasini pasaytiradi, fibrinolizni aktivlaydi, tromblar hosil bo'lishini oldini oladi, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi, natriyuretik, diuretik, gipotenziv va immunosuppressiv ta'sirni yaxshilaydi.

**Geparinni ishlatishga ko'rsatma:**

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

Geparin teri ostiga qilinadi. U asta-sekin yuboriladi –4 mahal. Sutkalik doza 100 dan to 300 ed/kg. Geparinning ta'siri 40-60 min.dan so'ng boshlanadi va 8-12 soat davom etadi. GN da massiv shish sindromida va buyrak yetishmovchiligi fonida geparinni v/I yuborish lozim. Geparinni m/o ga yuborish tavsiya etilmaydi, chunki u tez inaktivatsiyalanadi. Davolash kursi 4-6 hafta. Preparat asta-sekin dozani kamaytirish yo'li bilan to'xtatiladi. Geparin bilan davolash koagulogramma nazorati ostida va Li-Uayt bo'yicha qon ivish vqtiga qarab 3 kunda 1 marta amalga oshiriladi. Geparin dozasi effektiv bo'lib hisoblanadi, agar preparat teri ostiga yuborilgandan so'ng qon ivish vaqti 4-5 sek.dan so'ng 1,5-2 martaga oshsa, plazmaning rekalsifikatsiyasi sekinlashsa, trombin vaqti uzaysa, geparinga tolerantlik pasaysa. So'nggi yillarda GN bilan kasallangan bolalarda geparinni notravmatik aerezolli kiritish usuli keng qo'llanilmoqda. Aerezolli usulda kiritish uchun geparinning 1 sutkalik dozasi 500 ed/kg. Ingalyatsiya 1 sutkada 2 mahal (har 12 soatda) 4 kun davomida, 3 kunlik tanaffus bilan amalga oshiriladi. Bunda 1 martalik doza (sutkalik dozani 1/2) distillangan suvda 1:4 nisbatda eritiladi. Geparinni ingalyatsiya usulida kiritish uchun eritmani eritmaning umumiy hajmini kamaytirish uchun tijoratli geparindan foydalaniladi, bunda geparin aktivligi 10000 XB/ml. Muolajani davomiyligi 10-15 min. Ingalyatsiya uchun ultratovushli ingalyatordan foydalaniladi, u eritmani monodisperst aerezolgacha parchalaydi,  $d=10\mu\text{m}$  dan oshmaydi. Muolaja texnikasi qabul qilingan fizioterapiya muolajasidan farq qilmaydi. Agar muolajani 2 mahal o'tkazish uchun sharoit bo'lmasa ingalyatsiyani 1 marta bajarish mumkin. Bunda preparatni sutkalik dozasi distillangan suvda 1:2 nisbatda eritiladi. Terapiyani agar 1 marta bajarsa 5 kun davomida 2 kunlik tanaffus bilan bajarish tavsiya etiladi. Davolash kursi geparin bilan – 1,5-2 oy davom ettiriladi. Agar geparin me'yoridan ortiq yuborilsa burundan va oshqozon –ichak traktidan qon ketishlar kuzatiladi, gematuriya kuchayadi. Bunda uning

antagonisti – protamine sulfat 1 % eritma ko'rinishida vena ichiga tomchilab yoki birdan yuboriladi, qon ivish xususiyatini nazorat ostida bajariladi. 1mg protamin sulfat (0,1 ml 1% eritma)100 XB geparinni neytrallaydi, agar u geparindan so'ng 15 min. keyin yuborilsa. Protamin sulfat dozasi oxirgi 4 soat ichida yuborilgan geparin miqdoriga nisbatan hisoblanadi. Bilvosita antikoagulyant ta'sirga ega vositalar (fenilin, neodikumarin va b.q) bolalar nefrologiyasida kamdan –kam foydalaniladi. Antiagregantlar geparin effektivligini oshiradi, trombotsitar trom hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi, trombositlar xususiyati o'zgarishi yo'li bilan, buyraklarda mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi. Kurantil 10-15mg/kg dozada geparin, sitostatiklar va prednizolon bilan birga 3-6 oy davomida qo'llaniladi (4 komponentli terapiya).

Immun buzilishlar, T-limfotsit-supressorlarni funksional aktivligini pasayishi, nospetsifik immunitet ko'rsatkichlarini pasayishi immunstimullovchi preparatlardan foydalanish uchun ko'rsatma, bo'ladi, lekin bularni immunodepressantlarni davolash sxemasiga qo'shishdan oldin berish kerak, chunki immunodefitsit holati doim va sitostatiklar bilan davolanganda yuzaga keladi. GN ni nefrotik va aralash shaklida avj olish davrida interferon hosil bo'lishi va leykositlarning fagositosi pasayadi. Bunday holatlarda odam interferonini intranazal yoki ingalyatsiya shaklida 2 mahal 2-3 hafta davomida beriladi. Agar kasal bolada T-limfotsit –supressorlarni funksiyasi pasaysa, T- va B- limfositlar orasidagi munosabatni, levamizolni qo'llashga asos bo'ladi, u esa immunocompetent hujayralarni funksiyalarini korrektsiya qilish xususiyatiga ega. Levamizol quydagi sxema bo'yicha beriladi: 2-2,5 mg/kg sutkalik dozada (lekin 150 mg dan oshirmasdan) 1hafta 3 kun so'nggi 4 kunlik tanaffus bilan, odatda, 8-12 sikl), immunogramma nazorati ostida. Preparat immun tizimini normalizatsiyasiga olib keladi, proteinuriyani kamaytiradi, remissiyani uzaytiradi va immunodepressantlar dozasini pasayishini ta'minlaydi. Sitostatiklar bilan davolaganda lizotsimni qo'llash tavsiya etiladi (2-4 mg/kg sut) 2 hafta davomida ingalyatsiya qilish yo'li bilan yoki 3 kunlik tanaffus bilan 1 hafta davomida.

Immunomodulyartor sifatida timus preparatlaridan –timalin (m/o 10-20 mgdan hgar kuni 3 hafta davomida) va T –activin (0,01% eritma t/o 1 sutkada 1 mahal 0,1-0,3 ml dan). Buyrak to'qimasini hujayra

membranasini struktur- funksional buzilishlari membrano- stabillovchi va antioksidant terapiya yordamida tiklanadi. Dimefosfan 30- 50mg/kg 1 sutkada, davolash kursi 2-3 hafta; karnitin xlorid, lipoyevaya kislota, unitio, magniy oksidi, essentsial, vit B6, A, E, aevit va b.q dan foydalaniladi.

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

Shunday qilib, kompleks davolash choralariga:

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

Patogenetik, qat'iy individualizirlangan terapiya: gematurik shaklda -geparin, kurantil, NYaQV (aspirin, indometatsin, brufen, voltaren), xinolin vositalar (delagil, plakvinil); nefrotik shaklda glyukokortikosteroidlar, geparin, kurantil (dipiridamol), sitostatiklar, NYaQV, atopik reaksiyalar aniqlanganda - intal yoki zaditen; aralash shaklda - to'rt komponentli terapiya: glyukokortikoidlar, immunosupressantlar (shishlar va gipertenziyasiz davrda), geparin va kurantil (giperkoagulyatsiya va mikrosirkulyatsiyani buzilish simptomlari).

GN ni surunkali shakliga o'tishini oldini olish maqsadida etapli davolash lozim. Aktiv fazada kompleks terapiya statsionarda o'tkaziladi, noaktiv fazada - bolalar rehabilitatsiyasi poliklinika sharoitida davolanadi.

### DISPANSYERIZATSIYA.

GN ni kechish xususiyatlaridan qat'iy nazar, hamma bolalar dispanser kuzatuv ostida bo'lishi kerak, nefrolog yoki mahalla pediatri tomonidan 5 yil davomida to'liq kliniko-laborator remissiya boshlangandan nazoratda bo'lishi shart. Dispanserizatsiya aktiv kuzatuv va davolashni, kasallikni avj olgan davrini o'z vaqida aniqlashni va kasallik retsidivini profilaktikasini, rehabilitatsion choralarni amalga oshirishni taqozo etadi. Bola statsionardan javob



bo'lgach medikamentoz davoni olishni davom ettiradi. Sitostatik va glyukokortikoidlar bilan davolanganda bolalar uy tartibida bo'lishi shart. Yil davomida jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish umumiy bolalar guruhida man etiladi, ortostatik zo'riqishlar va suv havzalarida cho'milish ham tavsiya etilmaydi. Avj olish davrini ambulator sharoitda o'z vaqtida aniqlash bolani regulyar ko'zdan kechirish yo'li bilan amalga oshiriladi (birinchi yilda har oy, keyingi yillarda har kvartalda), arterial bosimni o'lchash va siydik, qon tahlilini o'tkazish zarur. Retsidiv aniqlangandan so'ng tartib, dieta, medikamentoz terapiya, o'quv va jismoniy zo'riqishni o'z vaqtida korrektsiyasini va, albatta, surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasini talab qiladi. Immunodepressant va glyukokortikoidlar bilan davolanganda nojo'ya ta'sirlar ham yuzaga chiqishi mumkin, ular ham korrektsiyaga muhtoj. Retsidiv sabablari interkurrent kasalliklar bo'lib hisoblanadi, shuning uchun vrachning to'g'ri taktikasi katta ahamiyatga ega - bolaga yotoq tartibi, 8-10 kun davomida antibiotiklar, antigistamin preparatlar, simptomatik vositalar b.q. Davriy ravishda davolanish davomida bolalar iste'mol qilib yurgan sitostatiklar va kortikoidlar dozasini oshirib berish kerak va 7-10 kun davomida tavsiya qilinadi, so'ng esa yana boshlang'ich davriysimon dozaga o'tiladi. Buyraklar funksiyasini nazorat qilish maqsadida bolani 1 yilda 1 marta, to'liq klinik -laborator remissiya bo'lishiga qaramasdan, kompleks tekshiruvdan o'tkazish kerak (qonda kreatinin, mochevina, proteinogramma, xolesterin, endogen kreatinin klirensi, tubulyar funksiya ko'rsatkichlari va renostsintigrafiya).

### **KASALLIK ASORATLARI**

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

### **O'tkir glomerulonefr mazusi bo'yicha voqeyaviy masalalar**

#### **1 - Masala.**

Bemor S, 10 yosh shifoxonaga aprel oyiga tushgan, mart oyida qizamiq o'tkazgan. SHifoxonaga tushishdan oldin kayfiyati buzilgan, istimasi oshgan 38 gacha, qovoqlari shishgan, ertasiga siydigini rangi o'zgargan-gusht yuvindisiga o'xshab, boshi ogrigan, ko'ngli aynigan. Bo'limda tekshirilganda bemor atrofida qilarga qizikmaydi, rangi oqargan, yuzlari shishgan, ishtahasi yo'q. A\D 130 / 80 mm.rt. st. oxirgi

6 soat mobaynida 150 ml siydik chiqargan. Siydik tahlilida: solishtirma ogirligi – 1018, oqsil 0,9 %, leykotsitlar 10- 12 kurish maydonida, eritrotsitlar kurish maydonini tuliq qoplagan. Qon tahlilida: er. 4 mln, gemoglobin – 82 Ed, leykotsitlar 10200, SOE – 32 mm / soatiga.

Vazifa:

1. Klinik tashxis qo'ying?
2. Patogenetik davolang?

### 2 - Masala.

Bemor 8 yosh. Ota –onasi qo'yidagi shikoyatlar bilan murojat qilishgan, qizcha oxirgi vaqtlar tez charchaydigan, bosh ogrihiga, ba'zan qorin sohasida ogriq paydo bo'lishiga, ishtahasi yo'qligiga. Poliklinika sharoitida tekshirilganda siydik tahlilida oqsil 3,3 % aniqlangan, er. 35 – 40 kuruv maydonida, leykotsitlar 20 – 25 m \k, oksalat va uratlar ko'p miqdorda. A\D 110/60 mm rt. St. anamenzdan shu aniqlandiki qizcha URVI bilan tez – tez kasalanib turadi, yilda 1 – 2 marta angina o'tkazadi.

Vazifa:

1. Qaysi kasallik hakida o'yladingiz? a) b)
2. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis o'tkazish kerak? a) b) v)
3. Tashxisni aniqlash uchun qanaqa tekshirishlar o'tkazish kerak?

### 3 - Masala.

Bemor M. 9yosh shifoxonaga 13 oktyabrda tushgan. Angina o'tkazgandan 2 xaftadan keyin shikoyati tez charchashga, ishtaxasini yo'qligiga. 14 oktyabrda istimasi 38 s ga kutarilgan, kuz ostida shish paydo bulgan, kechga borib siydik chiqarishi kamaygan. Yuzida shish kamaygan, boldirlari shishgan. Qabul xonada bola holsiz, teri qoplamlari mumsimon, istimasi 37,5 s, qon bosimi 125 / 80, yuzi boldiri bel sohasi shishgan, assit aniqlanadi. Oxirgi 6 soat ichida siymagan. Siydigida oqsil miqdori 16,5 %, leykotsit 3-5 m/k, o'zgargan eritrotsitlar miqdori 1-2 m/k, silindrlar 0-1-2 m/k, anamenzida aniqlanganki, bola tez-tez URVI bilan kasallanib turgan yilda 1-2 marta angina o'tkazgan, lekin siydikda uzgarish kuzatilmagan.

Vazifa:

1. Klinik tashxis qo'ying?
2. Davolash a, b, v, g, d, e, j, z, i.
3. Tekshirish uchun reja tuzing ?

**4 – Masala.**

Bemor Sh. 9 yosh. Klinikaga qo'yidagi shikoyatlar bilan yotqizilgan: Tana haroratining 38 s gacha oshishi, qovoqlari tagida shish paydo bo'lishi, darmonsizlik, 1 – 2 marta qusishi, bosh ogrishiga. Anamenzdan – keyingi 3 yil mobaynida buyrak kasalligi buyicha bir necha marotaba davolangan.

Ko'rikda – umumiy ahvoli ogir, es – hushi aniq. Teri va shilliq pardalari toza oqargan. Qovoqlar tagida shish bor. Oyoq va qullarning periferik qismida, yorgoq sohalarda keng tarqalgan shish bor. NOS – 24 ta 1 daqiqada, upkasida vezikulyar nafas eshitiladi. Yurak - tonlari bugiq, puls – 104 ta 1 daqiqada, o'rtacha tuliqlik va taranglikda. Tili toza nam. Qorni xajmi kattalashgan, assit suyukligi aniqlanadi. Axlati – shakllangan, siydigi – sutkada 200-350 ml, rangi qizgich.

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

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

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

3. Qaysi kasalliklardan taqqoslash kerak?

**5 - Masala.**

Bemor, O. 12 yosh. Bolalar shifoxonasiga o'ta ogir ahvolda olib kelindi. Ko'rikda umumiy ahvoli o'ta ogir, karaxt. Teri qoplamlari keskin oqargan, akrotsianoz aniqlanadi. A / D 160 / 98 mm.s. NOS – 36 ta 1 daqiqada, o'pkasida dagal nafas eshitiladi. Yurak tonlari bugiq, puls – 130 ta 1 dakikada, tuliklik va tarangligi past. Lablari kuruk. Korni yumshoq va ogriqsiz, jigar + 2 sm, talogi katta emas. Axlati – shakllangan, siyishi keskin kamaygan. Qonda mochevina – 14, 5 mmol / l, azot qoldigi – 44 mg %, kreatinin – 124 ga teng. Xolesterin – 23 mmol / l. UTT – nefrit belgilari bor.

Vazifa:

1. Klinik tashxis qo'ying?

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

Davolash taktikangiz?

**O'tkir glomerulonefr mazusi bo'yicha test savollari**

**1. O'tkir diffuzli glomerulonefritni nefritik shakliga hos bo'lmagan belgi**

- A. kuchli shish
- V. gipertoniya
- S. proteinuriya
- D. gipoproteinuriya

**2. Surunkali glomerulonefrit deyish mumkin qachonki kasallikning klinik va laborator belgilari saqlansa**

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

**3. O'tkir glomerulonefritda qonning bioximik tahlillaridan qaysi biri hos emas**

- A. giperbilirubinemiya
- B. giperxolesterinemiya
- C. kreatinning miqdorini qonda ko'payishi
- D. mochevinaning miqdorini qonda ko'payishi

**4. Mannitning siydik ajratuviga ta'sir mexanizmi**

**A. osmotik bosimini oshirib, naychalarda ultrafiltratsiyani oshiradi**

- B. proksimal naychalarda natriy reabsorbsiyasini susaytiradi
- C. aldosteronga qarshi ta'sir ko'rsatiladi
- D. glyukoza reabsorbsiyasini oshiradi

**5. Anuriya bu -**

- A. sutkalik siydik miqdori 10 ml
- B. sutkalik siydik miqdori 100 ml
- C. sutkalik siydik miqdori 400 ml
- D. sutkalik siydik miqdori 150 ml

**6. O'tkir buyrak etishmovchiligining postrenal sabablari.**

- A. shok holatlari
- B. o'tkir glomerulonefrit
- C. siydik tosh kasalligi
- D. qon bosimining yukori bulishi

**7. O'tkir buyrak etishmovchiligining poliuriya fazasida tavsiya etiladi**

- A. panangin
  - B. saluretiklar
  - C. sulfanilamid preparatlari
  - D. aminazin
- 8. O'tkir buyrak etishmovchiligi oligoanuriya stadiyasida qilinmaydi**
- A. senadeksin
  - B. mannit
  - C. gemodez
  - D. 5% glyukoza
- 9. Glomerulonefritlarni davolashda qaysi antiagregant preparat qo'llaniladi**
- A. kurantil
  - B. eufillin
  - C. aspirin
  - D. korflam
- 10. Glomerulonefritda shish patogeneziga hos emas.**
- A. koptokchalar filtratsiyasining oshishi
  - B. renin sintezining ko'payishi
  - C. qon hajmining ko'payishi
  - D. antidiuretik gormon sekretsiasining oshishi.
- 11. Surunkali buyrak etishmovchiligi bilan kechadigan surunkali glomerulonefritda qanday parxez tavsiya etiladi.**
- A. Djiordano-Djiovanetti
  - B. giperkaliyli
  - C. sutli-o'simlik
  - D. oqsilli
- 12. O'tkir glomerulonefritning alohida siydik sindromida qaysi symptom uchramaydi?**
- A. keng tarqalgan shishlar
  - B. gematuriya
  - C. silindruriya
  - D. siydigning nisbiy zichligi o'zgarishi
- 13. O'tkir glomerulonefritning nefritik variantiga kaysi simptom xos emas?**
- A. leykotsituriya
  - B. gematuriya

C. proteinuriya

D silindruriya

**14. O'tkir glomeronefritning boshlangich davrida qanday asosiy klinik sindromlar paydo bo'ladi.**

A. gipertonik

B. nefritik

C. chegaralangan siydik

D. nefrotik

**15. Bolada kelgan vaktida massiv shishlar gipertoniya, gematuriya aniqlangan. O'tkir glomerulonefritning qaysi varianti haqida o'ylash mumkin?**

A. nefrotik sindrom gematuriya va gipertoniya bilan

D. nefrotik sindrom

C. nefritik sindrom

D. siydik sindrom

**O'TKIR GLOMERULONEFRIT MAZUSI BO'YICHA RASMLI TESTLAR**

**1. Qo'yidagi rasmda buyrakning qaysi qismi tasvirlangan.**



A.\* Buyrakning glomerulasi

B. Buyrak kanalchalari

C. Buyrak jomi

D. Buyrak intersitsiyasi

**2. Buyrak shishi qaysi belgilar bilan xarakterlanadi**



- A. \*Issiq, oqargan, yumshoq
- B. Issiq, ko'kargan, yumshoq
- C. Issiq, oqargan zich
- D. Sovuq, ko'kargan, zich

**3. Buyrak shishi yurak shishidan farq qilib unda**



- A. \*Yuzlarda joylashadi
- B. Zichlashgan
- C. Sovuq
- D. Kun oxiriga borib ko'payadi

**4. Rasmda nima tasvirlangan**



- A. Buyrak kanalchalari
- B.\* Buyrak glomerulasi
- C. Buyrak jomi
- D. Buyrak kosachalari

**5. Bu rasmda qaysi tipdagi rentgenogramma tasvirlangan**



- A.\* Vena ichiga ekskretor urogramma
- B. Siydik ayirish tizimining umumiy rentgenografiyasi
- C. Miksion sistogramma
- D. Uretrosistogramma



**FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI**

1. Nefrologiya. Klinicheskie rekomendatsii. Pod red. SHilov E.M., Smirnov A.V., Kozlovskaya N.L. – M.: GEOTAR-Media — 2016.
2. Intervensionnaya nefrologiya. A. Azif, A. K. Agarval, A.S. Evzlin – M.: Destion — 2015.
3. Nefrologiya i vodno-elektrolitnyy obmen. Rukovodstvo. V. Ou, J-P. Ginyar, SH.Baumgart – M.: Logosfera — 2015.
4. Nefrologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Kratkoe izdanie. Pod red. N.A.Muxina – M.: GEOTAR-Media — 2014.
5. Nefrologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. V 2-x tomax. Tom 1: Zabolevanie pochek. Ryabov S.I., Rakityanskaya I.A. – SPb.: SpetsLit — 2013.
6. Nefrologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. V 2-x tomax. Tom 2: Pochechnaya nedostatochnost. Ryabov S.I. – SPb.: SpetsLit — 2013.
7. Rukovodstvo po nefrologii. Pod red. Roberta V. SHrayera/perevod s angl. pod red. N.A. Muxina, 6-e izdanie – M.: GEOTAR-Media — 2009.
8. Nefrologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Pod red. N.A. Muxina. — M.:GEOTAR-Media. — 2009.

9. Ratsionalnaya farmakoterapiya v nefrologii: Rukovodstvo dlya praktikuyushix vrachey / Pod obshchey red. N.A. Muxina, L.V. Kozlovskoy, E.M. SHilova. — M.: Litera — 2006.

10. Naglyadnaya nefrologiya. Kallagxan K.A., Perevod E.M. SHilova. M.: GEOTAR-Media — 2009.

10. Diagnostika i lechenie bolezney pochek. Muxin N.A., Tareeva I.E., SHilov E.M., L.V. Kozlovskaya. M.: GEOTAR-Media — 2011.

Отпечатано в типографии ООО "ARTEX NASHR" 140100.

г. Самарканд, ул. Почта 185,

Подписано в печать 29.03.2023 Протокол 8

Формат 60x841/16. Гарнитура "Times New Roman". усл. печ. л. 1.86

Тираж: 200 экз. Заказ № 48 / 2023

Тел: +998 (97) 897-80-00

