

**BOLALARDA GLOMERULONEFRIT O'TKIR KECHUVI,
DIAGNOSTIKASI**

Ergasheva Muxarram O'ktamovna

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Pediatriya kafedrasida assistenti

Annotatsiya. Ushbu maqolada bolalarda glomerulonefrit o'tkir kechuvi, diagnostikasi va davolash to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan. Ko'pchilik xolatlarda o'tkir glomerulonefrit streptokokk A, asosan 12 tipi (kam hollarda 4, 8 va 25 tiplari) bilan bog'liq gemolitik streptokokkli infeksiya natijasidir. Kasallik asosan 5 va 20 yoshdagi davrda namoyon bo'ladi, chaqaloqlarda kam uchraydi. O'tkir glomerulonefrit bilan ko'proq o'g'il bolalar kasallanadi.

Kalit so'zlar: Buyrak, shish, siydik, gematuriya, o'tkir va surunkali.

**ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ,
ДИАГНОСТИКА**

Эргашева Мухаррам Уктамовна

*Бухарский государственный медицинский институт,
ассистент кафедры Педиатрии*

Аннотация. В данной статье представлена информация об остром течении гломерулонефрита у детей, диагностике и лечении. В большинстве случаев острый гломерулонефрит является результатом гемолитической стрептококковой инфекции, ассоциированной со стрептококком А, преимущественно 12-го типа (реже 4-го, 8-го и 25-го типов). Заболевание проявляется в основном в возрасте от 5 до 20 лет, редко встречается у грудных детей. При остром гломерулонефрите страдают больше мальчиков.

Ключевые слова: почки, отек, моча, гематурия, острая и хроническая.

**ACUTE COURSE OF GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN,
DIAGNOSIS**

Ergasheva Muharram Uktamovna

Bukhara State Medical Institute, Assistant, Department of Pediatrics

Annotation. This article provides information about the acute course of glomerulonephritis in children, diagnosis and treatment. In most cases, acute glomerulonephritis is the result of a hemolytic streptococcal infection associated with streptococcus A, predominantly type 12 (rarely types 4, 8, and 25). The disease

manifests itself mainly at the age of 5 to 20 years, rarely occurs in infants. Acute glomerulonephritis often affects boys.

Key words: kidneys, edema, urine, hematuria, acute and chronic.

Glomerulonefrit infeksiya-allergiya tabiatiga ega, ko'pincha buyrak ko'ptokchalari shikastlanishi bilan kechadigan ikki tomonlama buyrak yallig'lanish kasalligidir. Kasallik asosan 5 va 20 yoshdagi davrda namoyon bo'ladi, chaqaloqlarda kam uchraydi. O'tkir glomerulonefrit bilan ko'proq o'g'il bolara kasallanadi. Odatda u infeksiya kasallikdan 2-3 haftadan keyin rivojlanadi. Ko'pincha angina, surunkali tonzilit, qizilcha kasalligi, inpetigo, saramasdan so'ng boshlanadi. O'tkir glomerulonefritning pnevmoniya, qizamiq, suvchechak, epidemik parotit, sildan keyin rivojlanishi ham qayd etilgan. Glomerulonefrit rivojlanishida ilgari boshdan kechirilgan kasalliklar, organizm reaktivligi, hayot va ovqatlanish tarzi muhim ahamitga ega. Ko'pchilik nefrologlar intrainfeksiya kechuvchi nefrit imkoniyatini tan olishadi, ya'ni kasallik infeksiya vaqtida uning boshlanishining 2-3 kunlarida boshlanadi. Ko'pchilik xolatlarida o'tkir glomerulonefrit streptokokk A, asosan 12 tipi (kam hollarda 4, 8 va 25 tiplari) bilan bog'liq gemolitik streptokokkli infeksiya natijasidir[1,2]. Glomerulonefrit hodisalari dorilar (sirop dorilari, antibiotiklar, sulfanilamidlar) qabul qilishdan, oqsil moddalarini quyish, ko'p miqdorda asal iste'mol qilish, emlash, hasharotlar, ilonlar chaqishidan so'ng yuzaga keladi. Bu xollarda ekzogen allergenlar allergik mexanizmlar faollashishiga imkon yaratadi. U oxir oqibat noinfeksiya glomerulonefrit chaqiradi. Bundan tashqari, 1% hollarda o'tkir glomerulonefrit rivojlanishini sovish bilan bog'lashadi[6,7].

O'tkir glomerulonefrit uchun simptomlar triadasi xos: gipertoniya, shishlar va siydik sindromi.

Gipertoniya (odatda 130/90-170/120 mm.sim.ust.gacha) organizmda suv va tuz tutilib qolishi bilan bog'liq. Sistolik va diastolik bosim birdek oshadi, ba'zida faqat sistolik bosim ko'tariladi. Arterial bosimning eng baland ko'rsatkichlari kasallikning birinchi kunlarida kuzatiladi[8].

Shishlar asosan yuzda, boldirlarda, bel soxasida, zichsimon konsistensiyaga ega. Shishlar xosil bo'lishida ham buyrak, ham buyrakdan tashqari omillar (kalava fil`tratsiyasi pasayishi, kapilyarlar o'tkazuvchanligining oshishi) rol o'ynaydi.

Siydik sindromi proteinuriya (siydik bilan oqsil chiqishi), gematuriya (siydik bilan eritrositlar chiqishi), ba'zida leykosituriya (leykositlar chiqishi) bilan xususiyatlanadi. Proteinuriya odatda baland emas (1-2 promille). O'tkir glomerulonefrit uchun proteinuriyaning turg'unsizligi, uning tezda yo'qolishi xos. Gematuriya barcha xollarda qayd etiladi (98% gacha), lekin uning darajasi katta chegarada o'zgarib turadi, Ko'pchilik bemorlarda eritrositlar mikroskop ostida

aniqlanadi (ko'rish maydonida 40 tagacha). Kam hollarda (taxminan 13%) kasallik qonsimon, qo'ng'ir-qizil siydik chiqishi bilan kechadi[4,5].

O'tkir glomerulonefritning atipik kechishi kasallik boshlanishida tipik nefrotik sindrom, ifodalangan shish va massiv proteinureya bilan namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, o'tkir glomerulonefrit boshlanishida o'tkir yurak yetishmovchiligi sindromi kuzatilishi mumkin, ko'pincha chap qorincha tipida, gipertonik ensefalopatiya (eklampsiya) va o'tkir buyrak yetishmovchiligi juda kam uchraydi. Yuqorida ko'rsatilgan barcha sindromlar o'zaro birga kelishi mumkin, siydik sindromi esa o'tkir glomerulonefritning 98,4% hollarda uchraydi. Notipik kechuvchi kasalliklar faqat alohida siydik sindromi buyrakdan tashqari simptomlarsiz keladi va "nefrisiz nefrit" deb ataluvchi, ya'ni siydikdagi o'zgarishsiz kechishi kuzatilishi ham mumkin[9,10].

O'tkir glomerulonefritda buyrak funksiyalari ahamiyatli o'zgarishlarga uchramaydi. Kasallikning birinchi kunlarida paydo bo'luvchi va yuqori solishtirma og'irligi bilan birga keluvchi siydik chiqishi kamayishi 2-3 kundan so'ng (ba'zida 5-6 kun) katta diurez bilan almashinadi. Kalava funksiyasi o'zgarmasligi mumkin, ba'zida uning funksional pasayishi (40-60 ml/daq gacha, me'yorda – 100-120 ml/daq) kuzatiladi. Shishlar yo'qolganidan keyin funksional buzilishlar ham kamayadi. Ushbu kasallik tashxisi tipik vaziyatlarda murakkab emas. O'tkir rivojlanishi, o'ziga hos shikoyatlar, shishlar va gipertoniya, yurak yetishmovchiligi aniqlanishi, shuningdek siydikda oqsil va eritrositlar borligi o'tkir diffuz glomerulonefritni osongina osongina tashxislash imkoniyatini beradi. O'tkir diffuz glomerulonefritni surunkalining zo'rayishi bilan differensiyatsiyalash qiyin bo'ladi. Bunday hollarda anamnez, buyrak funksiyasi o'zgarishlari, anemiya, shuningdek rentgenologik tekshiruvlar natijalarida angioneypatiya aniqlanishi o'tkir glomerulonefritni istisno qilish imkonini beradi[3].

Ba'zida o'tkir nefritni toksikoinfeksion buyrak deb ataluvchi xolatdan ajratish mumkin. Toksikoinfeksion buyrak ozgina proteinuriya bilan kechadi, bunday xolatlar ko'pgina infeksiya davrida bo'lishi xam mumkin. Ushbu o'zgarishlarning asosiy kasallik belgilari tinchiganidan keyin yo'qolishi, shishlar bo'lmasligi, gipertoniya o'tkir glomerulonefritga qarshi guvohlik beradi. Bundan tashqari, o'tkir nefrit differensial tashhisotida siydik o'zgarishlari kechuvchi yurak yetishmovchiligini, o'tkir buyrak yetishmovchiligini, amiloidozning o'tkir rivojlanishini, turli vaskulit va kollagenozlarda buyrak o'zgarishlarini, o'tkir pielonefritini istisno qilish kerak[7]. To'liq sog'ayish 80% hollarda, 15% hollarda kasallik surunkali kechishga o'tadi. Glomerulonefrit bilan kasallangan bolalar orasida o'lim 5% ni tashkil etadi. O'lim kasallikning o'tkir bosqichida buyrak yetishmovchiligi natijasida sodir bo'lishi mumkin. Sun'iy buyrak qo'llanilish imkoniyati bo'lgani uchun hozirgi paytda o'lim holatlari ancha kamaydi. Qonning sun'iy dializi bemorga anuriya (siydik chiqishi to'xtashi) davrini o'tkazish, keyin to'liq sog'ayish imkonini beradi. O'tkir

glomerulonefrit profilaktikasi tomoq, tanglay murtaklari, burun qo'shimcha bo'shliqlari, teri streptokokk infeksiyasini, shuningdek stafilakokkli infeksiyani erta va jadal davolashdan iborat. Bundan tashqari surunkali infeksiya o'choqlarini aniqlash va sanatsiyasi profilaktik ahamiyatga ega. Shu bilan birga bola organizmini chiniqtirish zarur.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Nelson textbook of pediatrics. — 20 th ed. / [edited by] Robert M. Kliegman ... [et al.]. USA, 2015. 5041 s.
2. Richard E. Berman, Robert M. Kligman.. *Pediatrica po Nel`sonu*. 19 izdanie. Moskva. T1-5. 2011 god
3. Ежова Н. В., Е. М. Русакова, Г. И. Кащеева. – *Педиатрия : учебник / 8-е изд., испр.* – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 639 с.: ил. ISBN 978-985-06-2388-1.
4. Drannik G.N. *Klinicheskaya immunologiya i allergologiya M., ООО Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo», 2003, s.392*
5. Расулова С.Х. "Педиатрические аспекты этиологии и патогенеза синдрома раздраженного кишечника." *Gospodarka i Innowacje*. 21 (2022):363-367. <http://www.gospodarkainnowacje.pl/index.php/poland/article/view/155>
6. Rasulova S.X. *Current Opinions on Etiopathogenesis, Clinical Picture,Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome. European journal of life safety and stability (ejlss) ISSN 2660-9630Volume 13, 2022*
<http://ejlss.indexedresearch.org/index.php/ejlss/article/view/408>
7. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. *Детские болезни.* - Т., 2013
8. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. *Болалар касалликлари.*-Т., 2012.
9. *Детские болезни, под ред. А.А. Баранова.* – М., 2010
10. *Детские болезни, под ред. Н П. Шабалова.* – М., 2010