

БОЛАЛАРДАГИ ТУРЛИ ХИЛ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАРНИНГ КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШГА ЁНДАШИШ

М.Ш. Ганиева, Н.Н. Хамдамов, С.Ф. Убайдуллаева, М.М. Болтабоева, М.А. Тухтасинова, Н.М. Маджидова

Андижон Давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Гломерулонефритнинг кечиши ва оқибати унинг морфологик асоси, клиник белгиларининг яққолиги билан белгиланади. ВБКТМ нинг нефрология бўлимининг кўрсаткичлари асосан сўнгги йилларда болалар орасида нефротик синдром, касалликнинг гематурик шакллари ортгани таъкидланган. Ҳар бир аниқ ҳолларда базис даво схемаси индивидуал танланиши лозим - кортикостероид ва цитостатиклар.

Гломерулонефритлар масаласи гепатитга боғлиқ нефритлар аниқлангани билан мураккаблашади. Гломерулонефритни гематурик вариантлари касалликнинг сабабларини чуқурроқ ўрганишни талаб қилади, чунки аҳоли орасида сил инфекцияси ортиб бормоқда.

Калит сўзлар: гломерулонефрит, нефротик синдром, кортикостероидлар, цитостатиклар.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

М.Ш. Ганиева, Н.Н. Хамдамов, С.Ф. Убайдуллаева, М.М. Болтабоева, М.А. Тухтасинова, Н.М. Маджидова

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Течение и исход гломерулонефрита определяются его морфологической основой, выраженностью клинических симптомов. По данным нефрологического отделения ОДММЦ за последние годы отмечен рост больных детей с нефротическим синдромом, гематурическими вариантами болезни. Необходимо в каждом конкретном случае индивидуально выбирать схему базисной терапии - кортикостероиды и цитостатики. Проблема нефрита усугубляется выявлением так называемых гепатит-ассоциированных нефритов. Гематурические варианты гломерулонефрита требуют более глубокого изучения причин болезни с учетом возрастания туберкулезной инфекции среди населения.

Ключевые слова: гломерулонефрит, нефротический синдром, кортикостероиды, цитостатики.

COURSE AND MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF VARIOUS FORMS OF GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN

M.Sh. Ganieva, N.N. Hamdamov, S.F. Ubaydullaeva, M.M. Boltaboeva, M.A. Tuhtasinova, N.M. Madjidova

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The steam and the issue of the glomerulonephritis are determined by its morphologic base, by expressing its clinical symptoms. The growth of the sick children with nephritic syndrome, hematuric versions of the illness has been noted lately from the facts of the nefrologic section of the Regional Medical Center Children's multi. Observations showed the necessarily of individual approach to the appointment of the basis therapy - corticosteroids and citostatics. The problem of the glomerulonephritis is Deeping by the revealing such called carries of the HbsAg, that is hepatitis-associated nephritis, requiring corresponding approach to their therapy. Hematuric version of glomerulonephritis require deeper learn of the illness pea sons with the calculation the wide spreading of the tuberculosis infections lately.

Key words: glomerulonephritis, nephritic syndrome, corticosteroids and citostatics.

Долзарблги

Гломерулонефритларнинг (ГН) кечиши асосан унинг морфологик манбаси билан белгиланади. Шу туфайли даволашга ёндашиш иммунморфологик текширув маълумотлари, касаллик клиникаси ва аввалги даво чораларининг натижалари асосида тузилади. Маълум бўлишича, ГН оқибатини клиник белгиларни намоёнлиги, чунонан шиш, гематурия ва гипертензия даражалари белгилайди.

Сўнгги йиллар ичида, адабиётдаги маълумотлар ва болалар аҳолисининг касалланиш таҳлилига кўра (Андижон, Фарғона, Наманган вилоятлари бўйича) гломерулонефритни нефротик тури ва туғма нефротик синдромли (НС) беморлар сони ортиб бораётгани таъкидланмоқда. Нефротик синдром рецидив ва ремиссияларни алмашилиши ва кортикостероидларга

юқори сезувчанлиги билан ажралиб туради. Адабиётларда тасоддий ремиссияларни деярли тарқалиши тўғрисида маълумотлар бўлсада (50% ҳолларда), бизнинг амалиётимизда бу кўрсаткич сезиларли паст. НСни классификацияга кўра гормонга сезувчан, норецидивли, сурункали рецидивли, тез-тез рецидивли, стероид турғун вариантлари таффовутланади [1,2,3].

Иш мақсади. Фарғона водийси болалари орасида учрайдиган гломерулонефрит касаллигини турларини клиник турларининг таҳлили ва даволаш бўйича замонавий ёндашувларни асослаш.

Материал ва усуллар

Текшириш ва кузатувлар Андижон шаҳар вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг нефрология бўлимида ўтказилган. Текширувдаги бемор бо-

лалар сони 120 тани ташкил этди. Дастлаб ташхисланган нефротик синдромли боланинг стандарт даво тартиби ўз ичига кортикостероидларни олганлиги туфайли, бу болаларга базис даво воситаси сифатида преднизолон 1,5-2 мг/кг дозада 3-4 ҳафта мобайнида тавсия этилган. Бунда 90% беморларда ремиссияга эришилган ва кейинчалик преднизолонни дозасини қувватловчи дозагача камайтирилган - 0,3-0,5 мг/кг 1 суткада. Бу дозани алмашловчи методика бўйича - 3 кун ичилади, 4 кун танаффус билан буюрилади. Аммо лекин бу усулда 75% беморларда рецидивлар кўп кузатишган ва ремиссияга эришгандан сўнг ҳам преднизолонни 6 ой мобайнида кун ора буюриш самаралироқ бўлди. Преднизолонни эртароқ тўхтатиш рецидивлар сонини ортиш хавфини оширди. Бунинг сабаби стероидлар таъсирида гипопфиз-буйрак усти бези тизмининг босилиши ва нисбатан буйрак усти бези етишмовчилигидир. Адабиётдаги маълумотларга ва шахсий кузатувларга биноан глюкокортикоидли давога жавоб бўлмаслиги қисман унинг фармакокинетикасини бузилиши билан боғлиқ. 8 ҳафталик преднизолонотерапия курсидан сўнг ҳам касаллик динамикасини йўқлиги бу беморларни стероид тургун деб ҳисоблашга асос бўлади ва минимал ўзгаришлар билан кечувчи нефротик синдром билан морфологик жиҳатдан фарқланади. Шу билан бир қаторда 50 % ҳолатларда преднизолонга нисбатан кечки жавоб ҳам кузатишган, 30% да эса жавоб иммуносупрессантлар фонида пайдо бўлган.

1 йиллик кузатувлар натижасига кўра 35% беморларда 2 марта, 25 % да 1 марта рецидивлар кузатилиб, 19% да рецидивлар умуман бўлмаган. Тез-тез рецидивлар кузатишган беморлар орасида дастлабки рецидив 6 ой ичида кузатишган. Уларга преднизолон ўзгарувчан схема бўйича тавсия қилинган бўлиб, 6 ойгача 1 кунда 0,3-0,5 мг/кг, кейинчалик уни пасайтириш ва 2-3 ой ичида умуман тўхтатиш билан. Преднизолонга жавоб олинмаган ҳолларда 5 та беморда биз "пульс-терапия" қўладик, яъни 3 кун давомида преднизолон инъекцияда 5 мг/кг. Лекин бунда 2 та беморда гипертензия каби асорат кузатилди. Беморлардаги гормонга нисбатан резистентлик даво комплексига цитостатикларни - циклофосфамид ёки хлорамбуцил (хлорбутин) ва б. қўшишга асос бўлди. Қўлланилган цитостатиклардан азатиоприн қўнгил айланиши, қайт қилиш, бош айланиши каби асоратларни чақирган, 6-меркаптопуринни беморлар яхши қабул қилган. Уни преднизолон билан ҳамкорликда қўллаш эса ремиссияга олиб келган (стероидрезистент вариантларни стероидга сезгир вариантга трансформация бўлиш натижаси сифатида), ёки ремиссия узайган. 6-Меркаптопуринни дастлабки дозаси - 1 суткада 2-4 мг/кг 8 ҳафта давомида буюрилган, кейинчалик дастлабки дозани ярмига қадар туширилиб, 8 ҳафтага тавсия этилган. Ремиссия давомийлиги 1-5 йил бўлган. Шунингдек биз Т-лимфоцитларни носпецифик стимулятори сифатида кун ора 2,5 мг/кг дозада Левамизол ҳам қўллаганмиз. Бу препаратни қўллаш лейкопенияга (нейтропения) олиб келиши мумкин бўлгани боис, ҳар ҳафта уларнинг қон таҳлилини қилиб турдик. Кузатувларимизнинг таҳлили 28% ҳолларда рецидивлар сонини камайлганлигини кўрсатди.

Кузатув остидаги 25% беморларда кортикостероидли давонинг асоратларидан иккиламчи Иценко-Кушинга синдроми, гирсутизм, гипертензия, инфекциялар ва б. учради. С.Ponticelli ва Р.Passerini маълумотларига кўра метилпреднизолон билан ўтказилган

пульс-терапия катталардаги минимал ўзгаришли нефротик синдромда 100% ҳолатларда самарали бўлсада, 30% болаларда жавоб манфий бўлди. Шунингдек 20% беморларда пульс-терапия асосида ремиссияга эришилгандан сўнг давони тўхтатиб преднизолонни қувватловчи дозада берилмаса рецидивлар кузатилди. 2% нефротик синдромли беморларда кортикостероидларга нисбатан 3-4 ҳафта ичида жавоб бўлмаган ва уларда "капалак" симптоми, гепатомегалия, кардиомегалия, кардит кузатилди. Маълумки, бу белгилар СКЮ ёки бошқа коллагенозларга хос. Бу беморларлар кейинги текширувларни ва давони кардиоревматология бўлимида давом эттирдилар. Аммо лекин бу беморларни бирортасида ҳам LE - ҳужайралар топилмади.

Бизнинг клиникамизни маълумотларига асосан 30% нефротик синдромли беморларда 7-8 йил мобайнида рецидивлар кузатилди, 12% да эса 10 йил, лекин вақт ўтган сари улар камайиб борди. 10% беморларда кортикостероидларга нисбатан орттирилган резистентлик ривожланди (тез-тез рецидивлар фонида). Адабиётдаги маълумотларга асосан бу ҳолат фокал сегментар гломерулосклероз ривожлангани билан боғлиқдир. Шу билан бирга 13% беморлар аксинча, стероидларнинг стандарт дозасидан қуйироғига жавоб берган.

Кортикостероидлар билан узоқ муддат даволаш, айнан тез-тез рецидивларда кўплаб ноҳужа тасирлар туфайли қийинлашади: 35% беморларда - остеопороз, гипокальциемия ва гипокалиемия синдром, 2 беморларда - психозлар, 8 тасида - ўсишдан орқада қолиш, 40% да - артериал гипертензия, 90 % да - Кушин синдроми ва х.к.. Ноҳужа таъсирларнинг даражаси кучайгани саъри, кортикостероидлар давом эттириш ёки тўхтатиш масаласи жиддийлашди: спонтан ремиссияга умид қилган ҳолда фақатгина симптоматик давони буюриш (диуретиклар, натрийни чеклаш ва х.к.), ёки албатта цитостатик воситаларни тавсия қилиш: азатиоприн, 6-Меркаптопурин, хлорбутин ва х.к.. 56% ҳолатларда юқоридагилар фойдасига масала ҳал қилинади.

Нефротик синдромли беморларни даволашда маълум қийинчиликлар ва рецидивли кечишига мойиллик мавжуд бўлсада, умуман аксарият ҳолатларда оқибати яхши сифатли. J.Cameron ва ҳаммуаллифларни маълумотларига кўра беморларни ҳаёт давомийлиги 10 йилгача чўзилади. 95 % ҳолатларда ўлим сабаблари бўлиб инфекциялар, юрак-қон томир ва ўпка касалликлари, сурункали буйрак етишмовчилиги ҳисобланади. СБЕ ни биз 28% беморларда кузатдик.

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббий марказнинг нефрология бўлимидаги касалланишни таҳлили шуни кўрсатдики, сўнги 5 йил мобайнида гломерулонефритнинг энг кўп тарқалган тури сифатида гематурия ва гипертензия билан биргаликда кечадиган нефротик синдром бўлди. Унинг патогенезини асосида иммун-комплексли механизм ётиб, у -гемолитик стрептококкнинг нефритоген штаммларига жавобан ривожланади. Касаллик ташхиси қонда стрептококкнинг стрептолизин-О (О- антистрептолизинлар), никотинамид-адениннуклеотидаза (анти-НАД- азалар) и дезоксирибонуклеаза-В (анти- Дназа) ларга қарши антителолар титрини аниқлаш ёрдамида тасдиқланади. Касалликнинг клиникасида ренал белгилардан олигурия, гематурия, бел, қорин соҳасида оғриқлар, азотемия; экстраренал белгилардан - эрталабда қовоқ ва юзла-

ридаги шишлар, бош оғриғи, артериал босимни ортиши, рангпарлик устувор бўлади. Бу тоифадаги беморларни даволаш маълум қийинчиликларни туғдиради.

Биз қуйидаги антибактериал даво схемасини қўлладик - пенициллин ва яримсинтетик пенициллинлар 2-3 та қисқа 7-10 кунлик курслар, кейинчалик бициллинга ўтиш билан. Патогенетик даво сифатида антигистамин воситалар қўлланилди - (димедрол, супрастин и т.д.) - 2-3 та 10- кунлик курслар, буйракдаги қон айланишини яхшиловчилар (эуфиллин, РР витамини, папаверин, гепарин, курантил, трентал). Симптоматик даво: яққол шишлар ва гипертензияда диуретиклар, (фуросемид, урегит, амилорид, триампур и т.д.), турғун ва яққол гипертензияда гипотензив воситалар (папаверин, дибазол, резерпин, капотен, каптоприл).

30 % гепатосленомегалияли беморлардан 10% да ИФА да HbSAg аниқланди. Адабиётлардаги гепатит-биргаликдаги нефритлар ҳақидаги маълумотларга таянган ҳолда бу беморларнинг даволаш мажмуасига интерферронлар, иммуномодулин 0,5-1 мл м/о, дюфалак 5-10 мл per os, кобавит, липоевая кислотаси, эссенциале-форте, калия оротат киритилди. Касаллик оқибати соғайиш - 85 %, сурункаланиш - 15% ҳолатларда, 1,8% - летал натижа.

Гематурияли ўткир гломерулонефрит билан касалланган 3 та беморда сил касалли беморлар билан мулоқотда бўлганлиги аниқланди, шунингдек уларда Манту синамаси мусбат ва бронхаденитни рентген белгилари топилди. Барча беморларда сийдикни БК га текшириш манфий натижа берди. Фтизиопедиатр билан келишилган ҳолда бу беморларга махсус силга қарши воситалар билан даво курси белгиланди. Касаллик оқибати - 90% ҳолатларда соғайиш кузатилди.

Хулосалар

Юкоридаги текширишлар натижаларига асосланган ҳолда биз қуйидаги хулосаларга эга бўлдик:

1. Сўнги йилларда гломерулонефритни нефротик турини беморлар орасида ортганлиги;
2. Ҳар бир муқим нефротик синдром ҳолатида базис даво схемасини индивидуал танлаш лозим - кортикостероидлар ва цитостатиклар;
3. Гепатит-билан биргаликдаги нефритларни ажратиб олиш ва махсус давони тавсия этиш лозим;
4. Гломерулонефритларни гематурик вариантлари касаллик сабабларини чуқурроқ ўрганишни талаб қилади, чунки сўнги йилларда сил инфекцияси аҳоли орасида тарқалиб бормоқда.
5. Турғун протеинурия ёки гематурия ҳолатлари гломерулонефритни наслий вариантларини инкор қилишни талаб этади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Сергеева Т.В. Влияние комплексной терапии на течение и исход хронического гломерулонефрита у детей: /Дис. □ д-ра мед.наук. - М., 1988.
2. Barnett H.L., Schoeneman M., Bernstein J. et al. // Pediatric Kidney Disease // Ed. C.M. Edelmann. - Boston, 2009. - P.675.
3. Bergstein J.M., Andreoli S.P. // Pediatr. Nephrol. - 1995. - Vol. 9. P. 268-271.
4. Cameron J.S., Turner D.R., Heaton J. et al. // Amer. J.Med. - 2010. - Vol.74. - P.175-180/
5. Miliner D.S. Morgenstern B.Z. // Pediatr. Nephrol. - 2011. - Vol. 5. P. 587-590.

Келиб тушган вақти 12.03. 2019