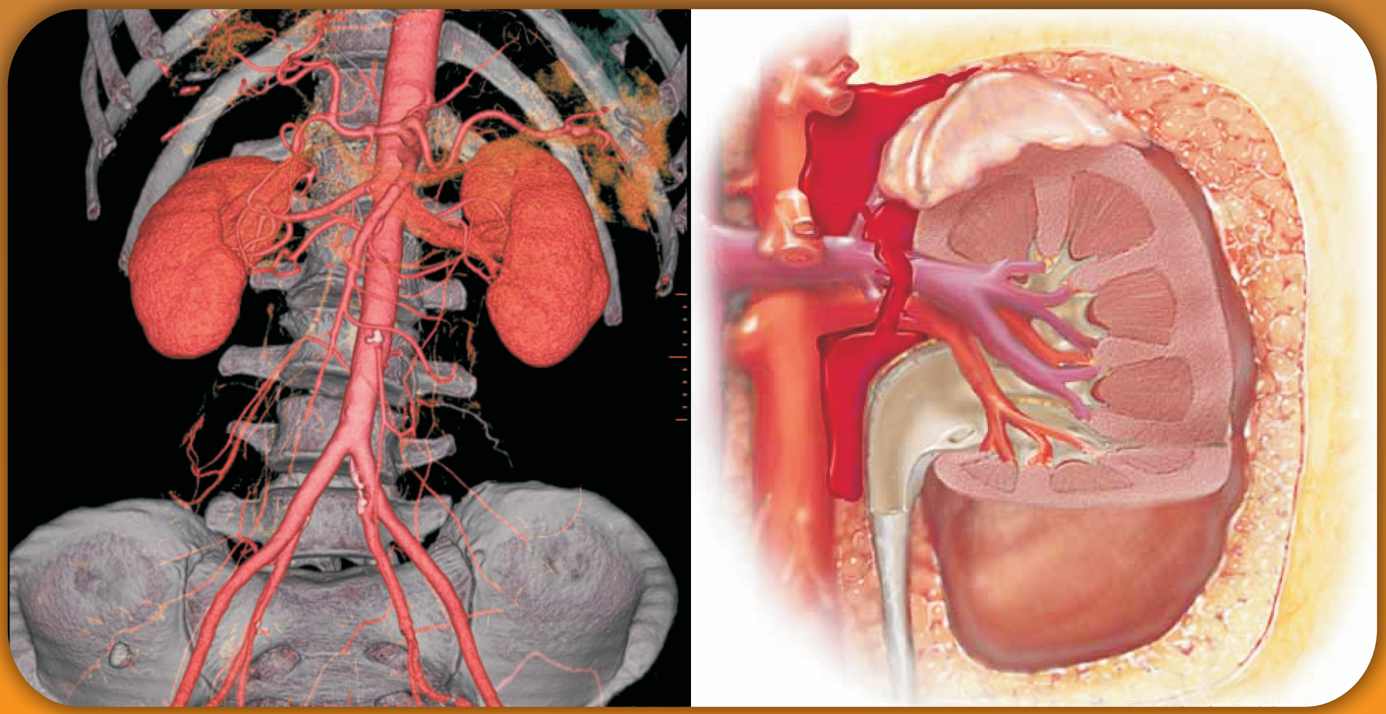
ننگرهار پوهنتون
طب پوهنځی

د پښتورګو ناروغی



پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)
۱۳۸۹

سره له سي ډي

د پښتورګو ناروغی
Renal Diseases
پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

D.A.M.F.
e.V.

Nangarhar University
Medical Faculty

Renal Diseases

Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai
2010

With CD

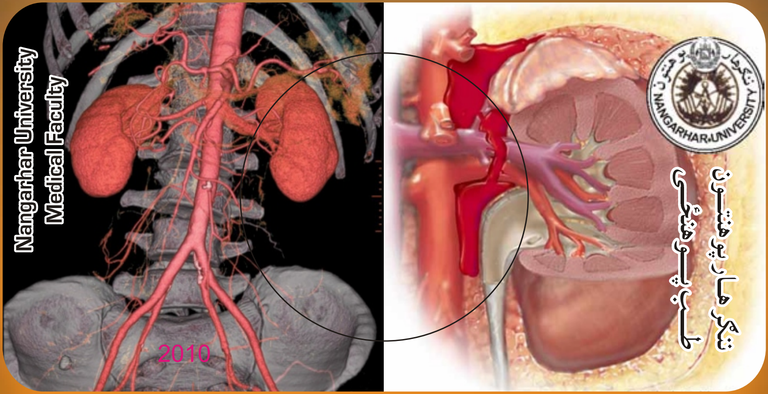
Funded By: DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst German Academic Exchange Service
ISBN 9-7899-3621
9789936211353
Printed in Afghanistan

www.ketabton.com

د پښتورګو ناروغۍ

In Pashto PDF
2010

پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)



Funded by DAAD

Renal Diseases

Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai

Download: www. nu.edu.af

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

www.ketabton.com

دلــوړو زده کــړو وزارت
دننګرهـــــار پوهنتون
دطـــب پوهـــنځی
دداخلـــی څـــانګـــه

د پښتورګو ناروغۍ

پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

۱۳۸۹

www.ketabton.com

د کتاب ځانګړتیاوې:

د کتاب نوم:	د پښتورګوناروغۍ
لیکوال:	پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)
خپروندوی:	د ننګرهارطب پوهنځی
چاپ ځای:	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
کمپوز:	ډاکتر رحمت الله رحمت
مرستیالان:	پوهندوی دکتور بریالی ولي زاده، پوهنیار دکتور کامران ظفرزی، پوهنیار دکتور عمران ظفرزی
چاپ شمېر:	۲۰۰۰ ټوکه
د چاپ نېټه:	۱۳۸۹ لمریز
ډانلوډ:	www.nu.edu.af

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالی دولت له پانګې څخه تمویل شوی دی. اداری او تخنیکی چارې یې په آلمان کې د افغان طب پرسونل عمومي ټولنې (DAMF e.V.) او افغانیک (Afghanic.org) لخوا ترسره شوې دي.
د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځۍ پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسولیت نه لري.

د طبي تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یحیی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل

تیلفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴ ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 621 1353

www.ketabton.com

ډالۍ

دا کتاب هغه چا ته چې دیو مړی ډوډی د پیدا کولو په ستونځمنو حالاتو کې کار کوي او بیا هم د خوارځواکی سره مخامخ دي ډالۍ کوم.

www.ketabton.com

مننه لیك

ددې کتاب په تالیف کې زمونږ دداخلي څانګې محترم پوهنوال دکتور سید انعام سیدي ډیره زیاته مرسته کړیده د زړه له کومې ورڅخه مننه او د لازیات بریالیتوب غوښتونکی یم.

دمحترم پوهندوی دکتور بریالي ولي زاده چې دداخلي څانګې ددندو دښه تنظیم او ترتیب کې پراخه ونډه لري. زما سره یې دکتابونو نوي معلوماتو په راټولولو، ترتیب ، تنظیم اودکتاب په معیاري کولو کې زیار ایستلی دی دزړه دتل څخه مننه کوم او دتل لپاره ورته کامیابي او خوشحالي د الله جل جلاله څخه غواړم.

او هم د داخلي څانګې غړي پوهنیار دکتور کامران ظفرزي څخه دزړه له کومې مننه کوم چې ماسره یې دکتابونو په ترتیب، تنظیم او دموادو په راټولولو کې زیار ویستلی دی او په راتلونکې کې دلا بریالیتوب هیله کوم.

او په پای دمحترم دکتور رحمت الله رحمت څخه چې دکتاب په کمپوز، ډیزاین او چاپولو کې خاص مرستیال وه او زما ټولې مشورې یې په عملي او نظري توګه په تالیف کې په نظر کې نیولي او دکتاب دتالیف او معیاري کولو کې ملاتړ کړیدی بریالیتوب او ورته علمي پرمختګ دلوی الله جل جلاله څخه غوښتونکی یم.

www.ketabton.com

سریزه

نن ورځ دپښتورګو ناروغۍ دانسانانو د ژوند په هره برخه مرحله کې منځ ته راتلای شي او د دغو ناروغیو ډیره غوره پیښې دانسانانو د ژوند لپارهستونځمن زمینې برابروي او کیدای شي دکوچنیوالي څخه نیولي تر زړښت پورې مرګونې نابېره ناروغۍ راپیدا کړي نو ځکه مې دا تصمیم نیولی وه چې داسې یو کتاب دپښتورګو دناروغیو په هکله ولیکم چې د طب داکترانو او ماهرطبي پرسونل پام دغه وژونکي ناروغیو ته راوګرځوم.

ددې کتاب په تالیف کې ما زیارویستلی دی چې ددې رنځورۍ تشخیص، درملنه، لاملونه او اختلاطاتو په هکله یادونه وکړم اوداڅرګنده ده که چیرې په وخت ددې ناروغۍ تداوي ترسره شي ناروغ دمرګ څخه ژغورلی شو که څه هم دا ناروغي ډیرو خلکو ته ساده اوبې ارزښته ښکاري خو بیاهم دانسان دبدن حیاتي اعضاو دندې دګډوډۍ سره مخامخ کولای شي ترڅو چې دمرګ کندې نه ور ورغورځوي.

ددې کتاب په تالیف کې ټول هغه اړین کړنلارې چې د تشخیص، درملنې او ستونځو دمخنیوې لپاره څرګندې لارښوونې په ځای شوي او ښه خبره داده چې په ډیره ساده اسانه پښتو ژبې تالیف شوی چې پرته دپښتو ژبې دنورو ژبو ویوونکي هم ترې ګټه اخیستلای شي او دناروغۍ په هکله معلومات ترلاسه کړي دکتاب په تالیف کې دنړۍ والود پرمختګونو سره برابر معلوماتي ذخایر راټول شوي او ددې کتاب تالیف او لیکنې لاهم بډا کړېدی.

www.ketabton.com

زما په هان ددی درسي کتاب تالیف دپښتورګو دناروغیو په هکله د طب ډاکټرانو او نور پرسونل لپاره دلوستلو ، ریسرچ، تدریس لاره اواره کړي اوزیاته ګټه تری اخیستلای شي او دطب په ډګر کې یو علمی پانګه دڅو لسیزو لپاره کافي بولم.

ددی کتاب دوهم تالیف داوسنی نړی دعملی معیارونو سره برابر ورته والی لري دلوستونکو څخه هیله ده چې دکتاب داصلاح په هکله خپل نیک نظریات څرګند ترڅو چې په راتلونکي کې هم ښه والی پیدا کړي.

www.ketabton.com

یادونه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو !

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګڼل کیږي. ددې ستونزې د هوارۍ لپاره موږ تېر کال د ننګرهار پوهنتون د طب پوهنځي د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) له خوا پیل کړ. بیا د هېواد د پوهنتونونو، د لوړو زده کړو وزارت او د آلمان په غوښتنه موږ خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځیو ته هم وغځاوو.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰-۲۰۱۴ کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې هم راغلي چې:

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او محصلینو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي، د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګلیسي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژباړل اړین دي. له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او ښوونکي نشي کولای عصري، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او ښوونکي له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاړه مېتود تدریس کوي. محصلین او ښوونکي نوي معلومات په واک کې نلري او درسي میتود ډېر زوړ دی. محصلین له کتابونو او هغه چېپټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپي کېږي. لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځیو ته لازیاته پاملرنه وشي.

ددې ستونزې د حل لپاره هغه ګټور کتابونه چې د طب پوهنځیو د استادانو لخوا لیکل شوي، باید راټول او چاپ شي. په دې لړ کې مو د ننګرهار، کندهار، مزار او خوست له طب پوهنځیو څخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب یې یوه نمونه ده.

څرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام یوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو ټکي راوړم:

- درسي طبي کتابونه

موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېپټر او نوټ ورکولو دوران ختم شي.

- د نوي مېتود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځی یوازې د یو پراجیکټور درلودونکي وو، چې په ټول تدریس کې به ترې ګټه اخیستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوریکي شکل درس ورکاوه. په کال ۲۰۱۰ م کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځیو په ټولو تدریسي صنفونو کې پروجکټرونه نصب کړو.

- د هېدل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

په نظر کې ده چې د هېواد د طب پوهنځیو د عامې روغتیا د څانګو استادان د جرمني هیدل برګ پوهنتون ته د ماسترۍ لپاره ولېږل شي.

- د اړتیاوو ارزونه

www.ketabton.com

په کار ده چې د پوهنځیو روان وضیعت (اوسنۍ ستونزې او راتلونکې چلنجونه) وارزول شي، او بیا ددې په بنسټ په منظمه توګه اداري، اکادمیک کارونه او پرمختیایي پروژې پلې شي.

و. کتابتونونه

په انګلیسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړیوال معیاري کتابونه د پوهنځیو کتابتونونو ته وسپارل شي.

و. لابراتوارونه

په هره طب پوهنځۍ کې باید په بېلا بېلو برخو کې لابراتوارونه موجود وي.

و. کادري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هېواد هره طب پوهنځۍ باید کادري روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلینو لپاره د عملي زده کړو زمینه برابره شي.

و. ستراتیژیک پلان

دا به ډېر ګټور وي، چې د طب هره پوهنځۍ د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په رڼا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، یا یې وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه اډېټ او د بیا چاپولو لپاره تیار کړي. او زموږ په واک کې یې راکړئ، چې په ښه کیفیت چاپ او بیا یې په وړیا توګه د محصلینو په همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس واک کې ورکړو. وسپارئ، څو په ګډه مؤثر ګامونه واخلو.

له ګرانو محصلینو هیله کوم، چې په یادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.

د آلمان د اکاډمیکو همکاریو ټولنې DAAD مؤسسې څخه ډېره مننه کوو، چې د کتابونو د چاپ او د پروجکټرونو لګښت یې په غاړه اخیستی. همدارنګه یې زمونږ له کاري پروګرام څخه ملاتړ ښوودلی او د لانورو مرستو وعده یې کړې ده. په المان کې د افغان طبي پرسونل چترې ټولنې (DAMF e.V.) نه هم مننه کوم، چې په آلمان کې له موږ سره دایمي همکار وو.

په افغانستان کې د کتابونو په چاپ کې د لوړو زده کړو وزارت ګرانو همکارانو په تیره بیا د پوهاند صابر خویشکي لارښونه او ملاتړ، د پوهنتونونو او پوهنځیو رییسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او له خپلو نېږدې همکارانو بهار صابر او روح الله وفا څخه هم منندوی یم.

ډاکتر یحیي وردګ، د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۰ م کال، دسمبر
موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
ایمیل: yahya_wardak@hotmail.com

www.ketabton.com

فهرست

عنوان	مخ
سریزه	الف
دپښتورګي دناروغ څرنګوالی	۱
دپښتورګي دناروغ معرفي او پيژندګلوی	۱
پروتينيوريا او دپښتورګو دناروغی تشخيص	۳
دپښتورګی بايوپسي	۵
دپښتورګي ددندو تستونه	۹
دګلوميرولوفلتريشن ريټ کلينيکي حسابول	۱۵
دپښتورګو حاده بی وسي	۲۱
ايتولوژي او پتوجنيزس	۲۲
کلينيکي بڼه	۲۲
درملنه	۳۵
دپښتورګو ځنډنی بی وسي	۴۲
کلينيکي بڼه	۵۸
درملنه	۷۲
ګلوميرولر ناروغی	۷۷
ايتولوژي	۷۹
Anti Glumerular basement membrane	۸۳

www.ketabton.com

ایتولوژي ۸۳
درملنه ۸۴
ابتدایي امیون کامپلکس ګلومیرولونفرایتس ۸۵
حادپوست ستریپتوکاکل ګلومیرولونفرایتس ۸۵
پرولیفراتیف او ممبرانو پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس ۸۹
ادیوپتیک ممبرانوس ګلومیرولونفرایتس ۹۰
ممبرانو پرولیفراتیف هایپوکامپلیمینت ګلومیرولونفرایتس ۹۳
امیون کامپلکس ګلومیرولونفرایتس او سیستمیک ناروغی ۹۴
بکتریل اندوکاردایتس او نفرایتس ۹۶
پولي ارترایتس نودوزا، ویګنرګرانولوما او نفرایتس ۹۷
درملنه ۹۹
میکسد کریوګلوبولینمیا او نفرایتس ۹۹
پوست پورتم دپښتورګي عدم کفایه ۱۰۰
هیمالتیک یوریمیک سندروم ۱۰۱
سکلیرودرما او نفرایتس ۱۰۲
انافلکتوئید (هینوخ شونین پورپورا) ۱۰۳
فوکل سکلیروزینګ ۱۰۵
دیابتیک ګلومیرولوپتي ۱۰۶
امیلوئید ګلومیرولوپتي ۱۰۷

www.ketabton.com

Interstitial Nephritis ۱۰۸
نفروتیک سندروم ۱۱۰
دنفروتیک سندروم اختلاطات ۱۲۰
دنفروتیک سندروم درملنه ۱۲۲
نفروسکلیروزس ۱۲۲
کلینیکي بڼه ۱۲۷
دپښتورګو دورید ترمبوزس ۱۳۰
پری اکلمپسیا، اکلمپسیا اودحاملګی توکسمیا ۱۳۱
پوست پورتم رینل فیلر ۱۳۲
دبولی لاری انتانات ۱۳۷
حادپایلونفرایتس ۱۴۲
کرونیک پایلونفرایتس ۱۴۷
کلینیکي بڼه ۱۴۸
پاپیلري نکروزس ۱۵۰
پروستاتایتس ۱۵۲
انسدادي یوراپتي ۱۵۲
دپښتورګو ډبری ۱۲۲
درملنه ۱۲۲
دپښتورګو سستیک ناروغی ۱۲۷

www.ketabton.com

درملنه ۱۷۰
میډولر اسفنجي پښتورګی ۱۷۱
دپښتورګو نوری ارثي او ولادي ناروغی ۱۷۲
ارثي نفرایتس ۱۷۲
انجیوکیراتوکورپوریس ډفیوژم ۱۷۳
اوستیونیخوډیس پلیزیا ۱۷۴
نفروجینیک دیابیتس انسپیدس ۱۷۴
فامیلي نفروتیک سندروم ۱۷۵
دبولي لاری تومورونه ۱۷۶
نفروبلستوما ۱۷۶
دپښتورګو کارسینوما ۱۷۷
حویضي پاپیلري ترانزایشنل سل نیوپلازم ۱۸۰
دمثانی کارسینوما ۱۸۰
ملتي پل میالوما اودپښتورګي افات ۱۸۲
سیکل سل نفروپتي ۱۸۴
کایلویوریا ۱۸۵
راډیشن نفروپاتي ۱۸۵
نقرص یا ګوټ ۱۸۷
ددواګانو په مقابل کې د پښتورګو عکس العمل ۱۸۹
ماخذونه ۱۹۱

www.ketabton.com

دپښتورګو او بولي لارې ناروغۍ

Disorders of the Kindney and Urinary Tract

دپښتورګي دناروغ څرنګوالی:

دپښتورګي دناروغ معرفي او پيژندګلوی

دپښتورګي ديو ناروغ ستونځی ډير پراخه ډګر لري، شايد دداسې ګيلو څخه ګيله من وي چې په اساني سره دبولي لارې په ګډوډي دلالت وکړي لکه او ځينی نورې داسې ګيلې موجود وي چې په غلطه سره دپښتورګو دناروغيو نوم ورکول کيدای شي لکه دملا درد.

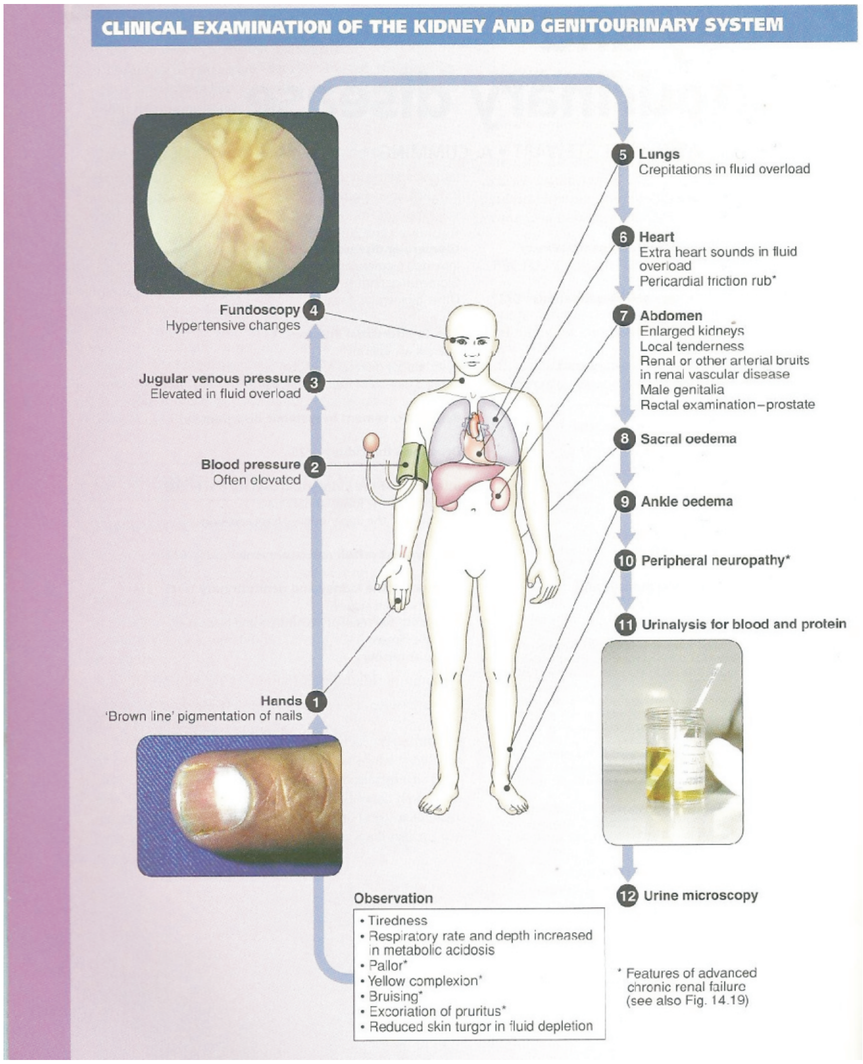
کيدای شي په خپله ناروغ اويا دهغه ډاکتر په متيازو کې وينه وګوري اويا په روتين ازموينه کې پروتينوريا وموندل شي، نو ويلای شو چې داګيلې او نښې دناروغی دتشخيص لپاره لږ وصفي دي او ډير زيات ډاکتر دشک سره مخامخ کوي.

دبلې خوا هغه ناروغان چې نامعلومه تبه، ستوماتيا، بې اشتهايي، زړه بدوالی، ضعيفي او ازيما ولري دپښتورګو دناورغيو پلټڼه په کار ده.

همدارنګه هايپرتنشن، دزړه عدم کفايه او ازيما هم دپښتورګو دناروغۍ کلينيکي بڼه جوړولی شي. عصبي ستونځی لکه سردردي، رعشه، کوما او اختلاجات په لمړني وخت کې ډير کم د ډاکټر پام ځان ته دکليوي ناروغۍ په هکله راګرځوي. په ځو ماشومانو کې د ودی ځنډيدل دپښتورګو د ځنډنيو ناروغيو غوره نښه ده. دهډوکو دميتابوليزم خرابوالی

www.ketabton.com

دپښتورګي په عدم کفايه کې منځته راځي مونږ شايد هغه په غلطه سره د ارترايتس، نقرص اويا ريکتس په نومونو يادکړو.



۱-۱ شکل: د پښتورګو او بولي لارو د ناروغ کلينيکي څرګندونې

www.ketabton.com

ځینی ناروغان داسی دي چې د کلینیکي له نظره ندرتاً پیداکیږي خو دهغی علاج د امکان وړ دی دبلګی په ډول د پښتورګي یوطرفه چې هایپرتنشن یې پیداکړی وي په اسانۍ سره درملنه کیږي. لیکن هغه ناورغی چې عمومیت لري او په اسانه توګه پیژندل کیږي لکه سفلیس چې دنفروتیک سندروم لامل ګرځي دعلاج له نظره ګرانه ستونځه ده. خو دپښتورګي دناروغۍ ددرملنې په هکله ډاکټر باید دعضویت دمایعاتو په فزیولوژي وپوهیږي ترڅو چې وکولای شي په زړه پورې توګه خپل ناروغ ددغه وژونکو ستونځو څخه وژغوري.

دپروتینوریا اودپښتورګو دناروغۍ تشخیص:

دازموینی په لړ کې ځینی ټکي په وصفي ډول دباور وړ او ډاډ وړ دي. دمثال په ډول Postural پروتینوریا او هغه پروتینوریا چې وروسته دتمرین او تبی څخه پیداکیږي باید د ناروغی له ډګر څخه وویستل شي.

په غور سره د ناروغ تاریخچه ډیر ارزښت لري اوباید د تازه تنفسي لارې انتانات، دپوستکي رش او انتانات، متناوب پیالایتس، اذیما او د حاملګی هایپرتنشن او د درملو د حساسیت په هکله ترې پوښتنه وشي اوپه وصفي ډول دانتي بیوتیکو او هغه انلجزیک چې فیناستین لري او متي سرجید داخیستلو په باره کې پوښتنې اړینی دي. که چیرې رنځور د ۱۰ کلنۍ نه زیات عمر کې دشپې په بستره کې متیازې کوي دا ښنبه د ولادي تنګوالي اویا عصبي رنځورانو کې دپښتورګي دناروغی کورنی تاریخچه مثبت وي او همدارنګه د دیابیتس او نقرص ناروغی په هکله معلومات تر لاسه کول ګټور تماميږي.

www.ketabton.com

برسیره پردې دويني فشار باید و لاړې او ناستې په حالت کې وکتل شي او د شبکې اومحیطي اوعیو معاینه هم ضروري بلل کیږي. که چیرې په کتنه کې رنځور لوی ځیګر او طحال ولري او په امایلوئیدوزس دلالت کوي او که چیرې په دواړو پورتنی کوادرانت کې کتلې موجود وي دپولي سیستیک ناروغی نښه ده. په فزیکي کتنه کې د سستوسل او دپروستات دجسامت په هکله معلومات باید ترلاسه شي.

دمتیازو تازه سمپل باید په خپله د ډاکټر لخوا معاینه او کلچر شي. دپښتورګو د وظیفو کلینیکي تستونه او دويني یوریا او کریاتینین باید معلوم کړی شي. ۲۴ ساعته متیازې باید ټولې او دپروتین ورځنی مقدار په ښه توګه وڅیړل شي او دهمدی متیازو یومقدار دکریاتین داوټ پوټ د تعین لپاره ساتل کیږي، کله کله په وینه کې دیوریک اسید لوړوالی د ګوټ په نفروپاتي دلالت کوي. دوينې په کتنه کې دلوپوس دناروغۍ لپاره انتي نوکلیر انتي باډي لټول کیږي او دا د لوپوس دناروغی دمقدم تشخیص غوره ګام دی.

دسیروم الکتروفوریزس کې دملتي پل مایلوما وصفي ګلوبولین دلیدلو وړ دی دسیروم الکتروفوریزس دلایت چین مایلوما تشخیص نه ربنتینی کوي نو ځکه پدې حادثه کې دمتیازو الکتروفوریزس هم ضروري بلل کیږي.

دسیروم کامپلمنیت سویه دحاد نفرایتس په دغه لاندنیو ناروغیو کې ټیټیږي.

۱- حاد ستریپتوکاکل نفرایتس.

۲- ممبرانو پرولیفراتیف ګلومیرولو نفرایتس

۳- لوپوس نفرایتس

www.ketabton.com

په ایکسری د پښتورګو جسامت دکلیسونو ساختمان او دحالبونو د څرنګوالي په هکله کافي معلومات وړاندی کوي. دپایلوګرافي قوي انفیوژن حتی کولای شي، که چیرې ګلومیرولو فلتریشن ریټ کم وي په زړه پورې معلومات وړاندې کوي اوکه چیرې GFR مقدار ۷ سي سي په یوه دقیقه کې هم وي ددې معاینې داجراء کولو مخنیوی نه کوي، خو دابایډ وویل شي چې دپښتورګي ناروغ داکسری لپاره باید ډیر ډیهایدری نه شي. داکسری اخرنی فلم په مثانی کې دمتیازو دتولیدو په هکله معلومات ورکوي او ضروري نه ده چې کتیتر واچول شي. دپښتورګو جسامت دګیډې دساده رادیوګرافي په فلم کې دفقراتو دسوري په تناسب اندازه کیږي. نورمال پښتورګی دقطني فقری دجسم د نیمایي درې چنده وي. که چیرې یو پښتورګی وړوکی اوبل پښتورګی هایپرتروفي ښکاره نه کړي داسې ویل کیږي چې د پښتورګې افت دوه طرفه دی. ډیر لوی پښتورګی په پولي سستیک ناروغی دلالت کوي. که چیرې رنځور دپښتورګي عدم کفایه لري او جسامت یې نورمال وي داډول افت په حاده عدم کفایه کې نظر مزمن عدم کفایی ته زیات د لیدنی وړ دی. که چیری دپښتورګو غاړې غیر منظم او کلیسونه نښتي ښکاره شي په مزمن پایلونفرایتس او یا انلجیزیک نفروپتي دلالت کوي.

دپښتورګو بیوپسي

دپښتورګو بایوپسي د نفروتیک سندروم د ډول ډول لاملونو دتفریقي تشخیص لپاره داهمیت وړ ده او کولای شي چې امایلوئیدوزس او پیر ارترایتس او انترستیشیل نفرایتس یو تربله جلاکړي اودبلې خوا بایوپسي کولای شي چې دناروغی دطبیعت، وخامت او

www.ketabton.com

دګلوميرولر ناروغی دسير او تګ لاری په هکله څرګندنه لارښودنه وکړي. په دغه لاندنيو ناروغيو کې بايوپسي استطباب لري.

۱- کتلوي پروتينيوريا چې دهغې علت معلوم نه وي او دستروئيد پر وړاندی ځواب ونه وايي.

۲- دنفروتيک سندروم دتوپيري تشخيص لپاره دارزښت وړ دی.

۳- دپښتورګو ګلوميرولر ناروغی.

دپوستکي دلارې دپښتورګو بيوپسي دغه لاندی زيانونه لري:

۱- دپښتورګي په کپسول کې د وينې بهيدنی له کبله وينه راټوليږي.

۲- دپښتورګي په منځ کې شرياني وريدي فستولونه منځته راځي.

داخطرات کم دي خو په دې شرط چې دماهر ډاکټر لخوا او دفلورسکوپي تر کنترول لاندې اجراشي. په دغه لاندنيو ناروغيو کې دپښتورګو بايوپسي په غوڅه توګه استطباب نه لري:

۱- وينی د پړنديوګډوډي

۲- يوريميا

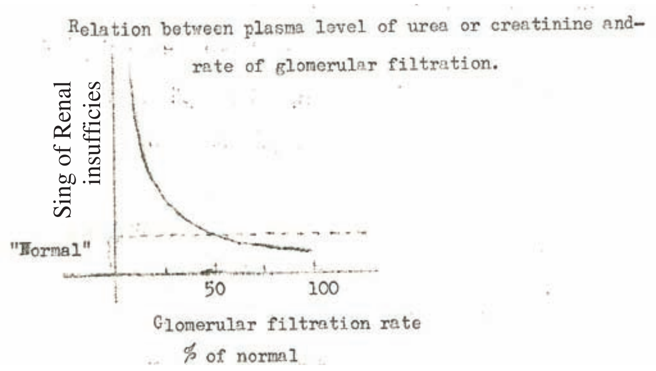
۳- هايپرتنشن

دبايوپسي پايله دماهر ډاکټر، ښه سمپل برابرولو پورې اړه لري، همدارنګه دغوڅ تشخيص دامينوفلوريسنت تلوين او الکترونيک ميکروسکوپ کتنه اړينه ګڼل کيږي.

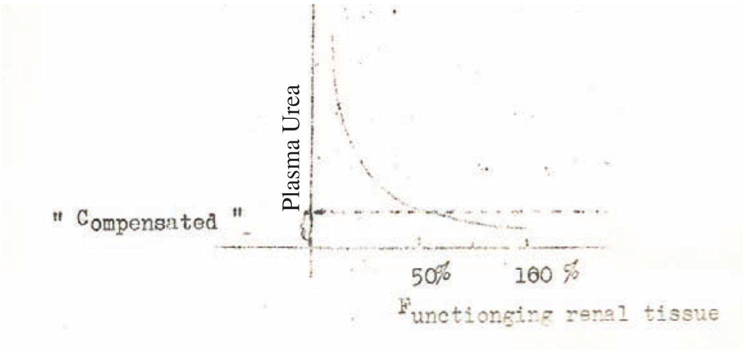
www.ketabton.com

دپښتورګو د بې وسې دناروغانو سمون لار

دپښتورګي په ځنډني بې وسی کې درنځور ځرنګوالی دپښتورګي د دندو ګیلو او نښو سره تړلي دي دغه لاندني شکل د GFR او پلازما دیوزما دیوریا او کریاتینین په منځ کې اړیکی ښکاره کوي. ۱-۱ ګراف :



په پورتني شکل کې ګورو چې د GFR کلیرانس کم په زیاته اندازه دپلازما دیوریا اوکریاتینین مقدار لوړیږي. دپښتورګو په بې وسی کې د دندو او کلینیکي نښو اړیکی په دې لاندني شکل کې دلیدنی وړ دي. ۱-۲ ګراف



Relation Between Functioning renal tissue and Clinical signs of Renal Failure.

www.ketabton.com

داشکل برسیره په غوره معلوماتو دناروغی د درملنی په برخه کې د فوري سمون لارو لارښودنه کوي. هغه رنځوران چې دهغی دپښتورګي وظیفی نورمال اویا لږ خرابی شوي وي دزیاتو ستونځو په وړاندې لکه ډي هایدریشن، انستیزیا، سپتیک شاک او بکتریمیا پر وړاندې د زغم وړتیا لري او هغه پښتورګي چې دنده یې دلاسه ورکړې ډیری ستومانه کوونکی پیښې منځ ته راوړي.

همدارنګه درنځور د درملنی په هکله دپښتورګو دناروغی وخامت اودهغی دښه والي وړتیا په نظر کې نیول کیږي.

دپښتورګو دبی وسی لاندی لاملونه د درملنی وړ دي:

١- دحالب او احلیل بندیدل.

٢- قلبي احتقاني عدم کفایه (Congestive Heart Failure)

٣- Dehydration

۴- انتانات

۵- دمالګی کموالی.

٦- دهایپو کالیمیا بین الخلالي نفرایتس

٧- هایپر کلسیمیا او یوریسمیا.

٨- زیات حساسیت دناروغی او دثقیله فلزاتو تسمم.

٩- دانلجزیک نفروپاتي

دپښتورګو بی وسي په دغه لاندی افاتو کې ډیره شدیده او وخیمه وي ځکه چې دیوریا مقدار ډیر زیاتیږي.

www.ketabton.com

۱- په کولمو کې دويني بهيدنه چې داکار ديوريا توليد زياتوي.

۲- دپروتين زيات مقدار اخيستل.

۳- انتانات او جراحي عمليات.

۴- تروما

۵- ديابيتس مليوتس

۶- دستروئيد اخيستل او دتتراسايکلين خوړل.

کله کله دپښتورګي ناروغۍ ډير کم اختلاط ورکوي که چيرې رنځور په دغه وخت کې مړنه شي دبيا ښه والي هيله شته لکه حاد ګلوميرولونفرايتس اوحادتوبولر نکروزس، که چيرې دوخامت په لور لاړ شي پريتونيل ديااليزس اوهيموديااليزس داختلاطاتو د پلټنې لپاره کافي وخت برابروي.

پښتورګو د دندو تستونه

دمتيازو د سدمنت ازموينه :

دپښتورګو دناروغيو دتشخيص لپاره دمتيازو د تازه سمپل ازموينه په خپله د ډاکټر له خوا غوره ګام دی. دمتيازو اخيستل د کرنی او ميکروسکوپيک معاينی له پاره هغه وخت په زړه پورې کار ګڼل کيږي چې خارج بولي غړي لمړی پريمنځل شي او مهبل ديو تلمپون په واسطه پاک او دمتيازو د داری نيمايي په يو پاک ظرف کې راټولی شي. دسمپل ۱۵ سي سي متيازی د ۲۰ دقيقو له پاره ثابته وساتل شي او وروسته له هغی څو څاڅکي دسلايد له پاسه اچول کيږي مقداري او توصيفي معاينه کافي ده دهمدی سمپل پاتی ساتتريفيوژ

www.ketabton.com

شوی برخه دګرام میتود پواسطه تلوین کیږي اودبولي لاړې دانتاناتو او میکرواورګنیزم د ډول لپاره کافي معلومات وړاندی کوي.

په نورمال تشو متیازو کې یواځی دوه یا درې سری ژونکی اویا یو یا دوه سپینی ژونکی او اپیتیلیل ژونکی دلیدو وړ دي او دمیکروسکوپ په قوي اوکولر باندی لیدل کیدای شي، ځینی وخت په ضعیفه اوکولر کولای شو څو دانی هیالین کیست وګورو. دپښتورګو په ډیرو ناروغیو کې دتوبولونو داپیتیلیل حجرات پاتی شوي او په ادرار کې تیریږي او داډول حجری په ګلومیرولو نفرایتس کې زیات دلیدنی وړ دي داحجری بایددمثانی دسکوامس اپیتیلیل حجرات څخه توپیري تشخیص شي ځکه ددی ډول حجرو څخه په سیستایتس کې دمتیازو سګمنت ډک وي. توبولر حجرات دشحم څخه ډک دي چې هغی ته Oval Fat body هم وایي اودشحمي کیست په څیر ښکاري چې معمولاً په کتلوي پروتینیوریا کې منځ ته راځي.دکیستونو جوړښت اودهغی ډولونه زیات ارزښت لري، کیستې دپښتورګو په توبولونو کې دپروتین اوخرابی شوو پارچو داګلوتینیشن څخه پیداکیږي اوپه لاندی ډولونو دي:

۱- Hyalin cyst : دا کیست روښانه، بی رنګه او استوانوي شکل لري چې په ډیره سختی سره دلیدنی وړ دی. داډول کیست دپښتورګو په توبولونو کې دټام هلرسفال دپروتین اودلور مالیکولي موکوپروتین څخه پیداکیږي چې معمولاً دتوبولونو په اخرنی برخه کې دهانلي دتیوب څخه لری جوړیږي، ددی کیست انحلالیت دالبومین په موجودیت کې کم دی، که چیری په متیازو کی صفراوي صبغات اوهیموګلوبین موجود وي دهیالین دکیست

www.ketabton.com

پروتین رنګه کیږي او دهماغی نوموړي صباغ رنګ اخلي داډول کیستونه په اسیدي ادرار کې چې دزیات مقدار پروتین لري دلیدنی وړ دی.

۲- برود کیست Broad : ځینی وخت دې ته د پښتورګو د عدم کفایې کیست هم وایي او په وصفي ډول د پښتورګو په ډیر پرمختللي ناروغی کې پیداکیږي، پدې حالت کې دپښتورګو هغه توبولونه چې سالم پاتی شوی هایپرتروفي کوي او دمتیازو د رکودت لامل ګرځي او دا افت معمولاً په اخرني کولکټینګ سیستم کې ځای لري.

۳- لوکوسیت کیست: داکیست دسپینوکریواتو د راټولیدو څخه منځ ته راځي او معمولاً په پایلونفرایتس او د پښتورګو په معقم بین الخلالي التهابي وتیرو کې دلیدنی وړ وي او همدارنګه دا ډول کیستې دحاد ګلومیرولونفرایتس په اکزوداتیف مرحله کې هم پیداکیدای شي، هغه اپیتیلیل حجرات چې کیست ته ننوزي د وینی د سروکریواتو اویا شحمي قطیراتو سره ملګرتیا کوي او داهم دحاد ګلومیرولونفرایتس په ناروغی کې دلیدنی وړ دي خو د ناروغی داصلي افت په پیژندنه کې رول نه لري.

۴- ګرانولر کیست: ویل کیږي چې دا دسلولر کیست د پرمختللي ډي جینریشن یوه مرحله ده.

۵- دسروکریواتو کیست: معمولاً نارنجي رنګ وهلی نصواري رنګ لري او که چیری دسری کریوی جدارونه تخریب شوي وي دا ډول کیست پیژندل کیدای شي، لیکن که چیری دسری کریوی جدارونه سالم او سره یوځای وي نو داکیست بی رنګه شکل غوره کوي ددې ډول کیستې موجودیت او هیماتوریا دزیاتی پاملرنی وړ ده او په ګلومیرولو فتونو دلالت کوي، اترایتس او خبیثه هایپرتنشن او داسی نور.

www.ketabton.com

ددې کیستونو نشتوالی نشي کولای چې مزمن ګلومیرولونفرایتس اویا پایلونفرایتس رد کړي.

که چیرې دبولي لارې اتنانات په نظر کې وي نو دمتیازو تازه تخلیوي سمپل اخیتسل کیږي اودګرام تلوین صورت نیسي داکار د مقدم تشخیص او مناسبی تداوي لپاره غوره لاره ده.

Protien uria

یو مقدار پروتین دنورمال ګلومیرولونو لخوا فلتر کیږي نو لدی کبله یو ډیر کم مقدار پروتین په نورمالو متیازو کې شته. خو که چیری دامقدار په ورځ کې یې **۱۵۰** ملي ګرامه اویا **۲۰** ملي ګرامه په سل سي سي کې زیات شي غیر نورمال بلل کیږي، په نورمال انسان کې په لاندنیو حالتونو کې پرته له ناروغی څخه پروتینوریا دلیدنی وړ ده:

۱- د اپي نفرین زرقول.

۲- زیات تمرین.

۳-اسکیمیا او ډي هایدریشن.

۴- دمالګی کموالی.

که چیرې پروتین یوریا دوامداره او ثابته وي دپښتورګو په ناروغی دلالت کوي دمتیازو پروتین په زیات شمیر رنځورانو کې دالبومین په څیر وي او دا البومین دتخریب شوي ګلومیرولونو دلارې فلتر کیږي او همدارنګه که چیرې دګلومیرولونو نفوذیه قابلیت بدلون ومومي نو په انتخابي ډول ځینی پروتینو ته دتیریدو اجازه ورکوي لکه په لیپوئید نفروزس کې برسیره په البومین یو مقدار نور پروتینونه هم تیریدای شي. دګلومیرولونو په نور

www.ketabton.com

پرمختللي ناروغيو کې لکه پروليفراتيف او ممبرانوس ګلوميرولونفرايتس کې د نورو پروتينو تناسب مخ په زياتيدو دی.

په مايلوما، امايلوئيدوزس او مکروګلوبولينيميا کې ګلوبولين د البومين په څير زياتيږي ځکه چې دلته په سيروم کې غير نورمال نن البومين پروتين زيات دی اود ګلوميرولونو پواسطه فلتراو اطراح کيږي.

دوراني پروتين چې کم ماليکولي وزن لري دګلوميرولونو لخوا فلتر او په نورمال حالت کې د پرکسميل توبولونو لخوا دوباره جذبيږي نو ځکه يې په ادرار کې په نورمال حالت کې ليدلی نه شو او لايزوزوم ددې غوره مثال دی.

خو کله چې پروکسيمل توبولونه تخريب او د دوباره جذب وتيره خرابه شي توبولر پروتينوريا منځ ته راځي او دلته لايزوزوم او نن البومين پروتين متبارز وي.

Massive Protein uria

کله چې په ورځني متيازو کې د پروتين مقدار د ۴ ګرامو څخه زيات شي هغې ته کتلوي پروتين يوريا وايي او دګلوميرولر په پراخه ناروغيو کې دليدنی وړ وي اودلته په ګراس ډول دګلوميرولونو نفوذيه قابليت زيات دی او برسيره پر هغې چې دغه لاندني ناروغيو کې هم کتلوي پروتين يوريا شتون لري.

۱- Malignant Hypertension

۲- Congestive Heart Failure چې دپښتورګو د وريدونو درکودت لامل ګرځي.

۳- Constructive Pericarditis

www.ketabton.com

کله چې داډول کتلوي پروتين يوريا پيداشي نو دپروتين يوريا مقدار دګلوميرولو د GFR اودسيروم البومين دسويه په لحاظ توپير کوي، که چيری د پريدنيزولون دوز د GFR دزياتيدو په مقصد ناروغ ته ورکړو د پروتين اطراح هم زياتيږي دپښتورګو ځينی ناروغی شته چې هيڅ پروتين يوريا نه لري او هغه دادي:

۱- Polycystic kidney disease

۲- Pylonephritis

۳- دغټو او وړو اوعيوناروغی

۴- هايپرکلسيميا او هايپوکاليميا .

۵- Gouty Nephropathy

۶- انسداداو ډبری.

۷- ولادي سوشکل او تومورونه

پروتين يوريا دپښتورګو په عدم کفايه کې کمه اويا هيڅ نه وي ځکه چې دا ناروغان ډير دي هايدريشن او Pre renal azothemia لري.

Orthostatic and functional protein uria

درې پر څلور د کاهلانو هغه خلک چې د ولاړې په حالت کې کار کوي اويا زيات تمرين اجراء کوي په خپلو متيازو کې يو مقدار پروتين اطراح کولی شي او هغه خلک چې لورډوزس لري پروتين يوريا يې ډيره څرګنده ده. دپښتورګو په دوران کې ګډوډي دمحيطي اوعيو پراخوالی داډول پروتينوريا منځ ته راوړي شي. او هغه ناروغان چې اورتوستاتيک پورتين يوريا لري د سهار وختي متيازی يې دپروتين څخه پاکی دی او زيات مخصوصه

www.ketabton.com

کثافت لري، دې رنځورته ویل کیږي چې د شپې ۱۲ بجې خپله مثانې پرته لدې چې پاخیږي خالي کړي او هغه متیازې چې تر پرون مازدیګره پورې جوړې شوې تخلیه کیږي او هغه متیازې چې وروسته له هغې څخه په مثانه کې راټولیږي شاید ۱-۳ ګرامه پروتین په یو لیتر متیازو کې ولري او معمولاً دیو ګرام څخه کم پروتین په ورځ کې اطراح کوي.

دپروتین یوریا سره دکیست او نورو عناصرو خارجیدل زیاتیدای شي او همدارنګه دمخ سوري کیدل، ضعیف او داتونوم اعصابو نور تشوشات ورسره ملګري شي. په ډیرو ځوانانو کې متناوبه اورتوستاتیک پروتین یوریا باالکل سلیم خاصیت لري او هیڅکله دپښتورګي دناروغی سره ملګری نه وي، یوکم شمیر هغه رنځوران چې متناوبه پروستاتیک پروتین یوریا لري.

دپښتورګي په بیوپسي کې څه ناڅه نفرایتس ښکاره کیږي او ځینی نور په رښتیا سره چې د پښتورګو دمزمنو ناروغیو نښی په ګوته کوي.

دګلومیرولو فلتریشن ریټ کلینیکي حسابول

یو نورمال کاهل انسان کې دواړه پښتورګو ته دزړه د دهانی یو پر څلور اویا ۱۲۵۰ سي سي وینه په دقیقه کې رسیږي. دپښتورګو د پلازما جریان ۷۰۰ سي سي په دقیقه کې وي نو دګلومیرولرفلتریشن اندازه ۱۰۰-۱۵۰ سي سي په دقیقه کې اټکل شویده. د GFR اندازه کول دپلازما دکلیرانس دمانیتول او انولین له مخی اجراء کیدای شي. دپلازما دځینو موادو غلظت اودګلومیرول څخه دهغی فلتریشن اودتوبولونو څخه د دوباره نه امتصاص کیدل پواسطه معلومولی شو. همدلته داسی ماده انتخابیږي چې د توبولونو لخوا نه جذب او نه اطراح شي دمادي کلیرانس ددغی معادی پواسطه ښودل شویدي.

www.ketabton.com

$$\text{Clearance} = \frac{\text{Excretion rate mg/ml urine x ml Urine/min}}{\text{Plasma Concentration mg/ml Plasma}}$$

دیوریا اوکریاتینین دپلازما دکلیرانس سویه که څه هم یوه اندازه دتوبولونو پورې اړه لري په ډیر نژدی او په کافي اندازه د GFR داندازی سره تړلی دی اودایو ډیر ښه لارښود دی چې دگلومیرولونو د دندو په هکله معلومات ورکوي. یوریا په گلومیرولس کې فلتر او یو کم مقدار داوبو د دوباره امتصاص سره یوځای د جذب د وتیری لاندی راځي. نو ځکه د هغی رښتینی د GFR اندازه ۴۰-۷۰ سلنه پورې منل شویده او دال عدد گلومیرولس په نورمالو وظیفو دلالات کوي کله چې د ادرار جریان زیات شي د یوریا دبیک دیفیوژن قدرت کمیږي که چیری دمتیازی اندازه په ورځ درې لیتر ته ورسیږي دیوریا کلیرانس خپل لوړ حد ته نژدی کیږي.

او که چیری دمتیازو اندازه کمه او GFR ټیټ شي دیوریا کلیرانس هم کمیږي داپندوحینس کریاتینین کلیرانس دمتیازو دمقدار سره کومه اړه نه لري اودهغی مقدار په پلازما کې ثابت دی. دکریاتینین دکلیرانس دمعلومولو لپاره ۲۴ ساعته متیازی راټولیږي او په دغه وخت دوینی سمپل هم اخیستل کیږي. په نرانو کې نورمال حد یې ۱۴۰-۲۰۰ لیتره په ورځ (۹۷-۱۴۰ سسي سي په یوه دقیقه کې) اوپه ښځو کې ۱۲۰-۱۸۰ لیتر په ورځ (۸۵-۱۲۵ سي سي په دقیقه) کې اټکل شویدی. دکریاتینین د مقدار جوړښت اواطراح دبدن د عضلي کتلی پورې اړه لري او په ډیره کمه اندازه دغذایي پروتین

www.ketabton.com

دمیتابولیزم سره بدلون مومي. دسیروم کریاتینین تست دویني دیوریا څخه ډیر دباور وړ دی او دغه لاتدنی معادله کې دهغی اندازه کول ترسره کیدای شي.

$$\text{Clearance} = \frac{\text{Clearance substance}}{\text{Clearance Creatinine}} = \frac{\text{U Substance V}}{\text{P Substance}}$$

$$\text{Clearance} = \frac{\text{U Creatinine V}}{\text{P Creatinine V}} = \frac{\text{(U/P) Substance}}{\text{(U/P) Creatinine}}$$

دپښتورګو دتوبولونو د دندو معلومول دتشو متیازو غلظت

یو نارمل ډي هایدریتد کاهل کولای شي چې خپلی متیازی د ۷۰۰-۱۴۰۰ ملي اوسمول په یوه لیتر کې غلیظی کړي (مخصوصه کثافت یې ۱،۰۲۰-۱،۰۳۲) دی.

که چیری د ۱۲-۱۸ ساعتو پورې دشپی لخوا یو سړی ته اوبه ورنکړل شي دایو قوي تنبه کوونکی عامل نه دی چې دازیمایي ناروغ پښتورګی مجبور کړی چې داوبو اعظمي مقدار دوباره جذب کړي. لیکن داکار په ډي هایدریشن اودپښتورګي د بی وسی په ناروغ کې ډیر خطرناک دی نو ځکه باید د غلیظیدو قدرت د مخصوصه کثافت او اسمولاریتي له مخی وروسته د ۵ یونټه وازوپریسین د زرق څخه معلوم کړی شي که چیری د یو رنځور متیازی وروسته د لنډ ډي هایدریشن اویا وازو پریسین د زرق څخه وروسته مخصوصه کثافت ۱،۰۲۲ ته ورسیږي دپښتورګو دغلیظیدو قدرت نورمال دی. که چیری ګلوکوز، پروټین او کثیفه رنګه مواد په زیات مقدار په متیازو کې تیر شي نو مخصوصه کثافت مونږ د غلطی سره مخامخ کوي نودلته د ادرار د کنګلیدو نقطه بایدتعین شي.

www.ketabton.com

دغلیظ ادرار پیدا ایښت د پښتورګي په میدولاکې دبین الخلالي مایع دسودیم اویوریا دغلیظیدو پورې اړه لري اوهمدارنګه دسودیم فعاله ترانسپورت د میډولري نازکې طبقې څخه د هانلي دلوپ او شعریه اوعیو پورې اړه لري هغه افات چې دپښتورګي میډولا طبقه خرابوي او د ادرار د غلیظیدو دقدرت دکمښت لامل ګرځي په لاندې ډول دي:

۱- حاد توبولر نکروزس.

۲- پایلونفرایتس

۳- پاپیلري نکروزس

۴- انسدادي یوراپاتي.

۵- هایپوکالیمیا او هایپرکلسیمیا.

۶- میډولري سست

۷- سکل سل ناروغۍ.

پرته له پورتنۍ ناروغۍ څخه په نورمال انسانانو کې په دغه لاندني حالتونو کې د تشو متیازو د غلیظیدو قدرت کمیدای شي.

۱- لوږه.

۲- په غذایي رژیم کې دپروتین کموالی.

۳- دزیات اوبو څښل.

۴- Over hydration

www.ketabton.com

که چیرې یومانیک رنځور ته لیتیم ورکړل شي په هغې کې د دیابیتس انسپیدس په څیر قابل رجعي ناروغي پیدا کیږي، همدارنګه دمیتوکسي فلوران په انستیزي کې هم داحادثه منځته راتللی شي.

دمتیازو رقاقت:

یو نورمال انسان ۷۰ سلنه داوبو د لوړ یعنی ۲ سلنه د بدن دوزن په پنځو ساعتو کې اطراح کوي او کولی شي غلظت ۵۰ ملي اوسمول په یو لیتر کې راکم کړي، په دغه لاندنیو ناروغیو کې داوبو د ډیورسیزس او دمتیازو درقاقت خرابتیا منځ ته راځي. ځکه چې نوموړې حالتونه په نامناسب ډول د انتي ډیوریتیک هورمون افراز لامل ګرځي اوهغه حالتونه دادي:

۱- شدید انتانات

۲- دماغي ترضیضات

۳- دسږو کارسینوما

همدارنګه په قلبي عدم کفایه، هیپاتیک سیروزس د دوراني ګډوډي له کبله پورتنی حادثه منځ ته راځي. دبلې خوا د ادرینال عدم کفایه هم دپښتورګو د عدم کفایې په څیر د متیازو رقاقت خرابوي او دادرقاقت تست وصفي نه دی او دپښتورګو دناروغی دځارنی له پاره حساس تست نه بلل کیږي.

دپښتورګو د توبولونو نور وظیفوي تستونه:

په نورمال حالت کې ټول ګلوکوز په ګلومیرولر فلترات کې تیریږي، په مکمل ډول د پرکسیمل توبولونو لخوا دوباره جذبیږي نو ځکه په ادرار کې دلیدنی وړ نه دی. که چیرې

www.ketabton.com

په متیازو کې ګلوکوز ولیدل شي شاید دويني دګلوکوز سويه د ۱۸۰ ملي ګرامه په سل سي سي وينه کې زياته ده اويا شايد په څرګند ډول دپراکسيمل توبولونو تخريب موجود وي. دا ډول خلک رينل ګلوکوز يوريا لري چې علت يې شايد ارثي ناروغی او يا د توبولونو ځانګړی افت وي اودپښتورګو دنورو ناروغيو نښې په کې نه ليدل کيږي، دغه حالات کوم شديد اختلاط منځ ته نه راوړي. رينل ګلوکوز يوريا پرته د توبولونو دافت څخه هم کيداي شي. دمثال په ډول که چيرې د ګلوکوز سويه په وينه کې ډيره زياته شي زيات مقدار ګلوکوز توبولونو ته رسيږي چې دامتصاص قدرت نه لري نو له همدې کبله يو مقدار په متيازو کې تيريږي او ددې غوره مثال دحامله ميندو دګلوکوز يوريا ده.

د ادرار داسيديفيکيشن تست پدې ډول اجراکيږي چې ناروغ ته ۲ ،. ګرام په هر کيلو ګرام دبدن دوزن امونيم کلورايد کپسول دخولې له لارې ورکول کيږي وروسته له هغې د ۲-۸ ساعتو پورې دمتيازو سمپل راټوليږي. په نورمال حالت کې دمتيازو PH ۵،۳ اويا ددې څخه هم ټيټ وي که چيرې د ادرار PH تر دې حد پورې راټيټ شي په رينل توبولر اسيدوزس دلالت نه کوي. که چيرې دمتيازو PH ړومبی له تست څخه ۵،۳ اويالدې څخه هم ټيټ وي بايد تست اجرانکړي او همدارنګه په اسيدوزس ناروغ کی استطباب نه لري.

دتستونو لمړنی ارزښت

دپښتورګو په ځنډنيو ناروغيو کې شايد يو تست غيرنورمال وي نو لدې کبله ديولړ تستونو اجراکول دناروغی دپرمختګ اوپوهيدو لپاره ډير اړين دي. کله چې ازوتيميا پيداشي د GFR په تناسب ديوريا په مقدار کې هم بدلون راځي. دپښتورګو په شديدی عدم کفايه کې دادرار مخصوصه کثافت ثابت او ۱۰ ،. ۱ ته راټيټيږي. څرنګه چې دويني ديوريا

www.ketabton.com

مقدار دپروتين دميتابوليزم سره بدلون مومي نودكرياتينين دكليرانس تست يوائنى په زړه پورې لار پاتى كيږي چې په ازوتيميک ناروغ كى يې اجرا كولى شو.

دپښتورګو حاده بى وسي (Acute Renal Failure)

دپښتورګو حاده بى وسى هغه حالت ته وايي چې دپرانكيم دتخريب وروسته په حاده ډول د پښتورګو ټولى دندى دګډوډى سره مخامخ شي او حاد توبولر نكروزس (دښکتني نفرون نكروزس) هغه كلينيكي اوپتالوژيک سندروم دى چى په هغى كى دپښتورګو افراغي وظيفى ته موقتي ډول له منځه تللى وي. دا حالت دپښتورګو دتوبولونو د خرابى څخه منځ ته راځي چې اصلي لامل يې دپښتورګو اسكيميا او توكسيک موادو پيداكيدل دي ARF **٥** سلنه په روغتون كې د داخليدو او **٣٠** سلنه د ICU پيښى جوړوي.

پتالوژي:

دپتالوژي له نظره دوه ډوله افت شته:

١- كله چې دپښتورګو توكسين (دسيمابو باى كلورايد، كاربن تتراكلورايد، ايتيلين ګلايكو) وركړ شي دپركسيمل توبولونو دحجراتو پراخه نكروزس پيداكيږي، حال داچى دهمدى توبولونو قاعدوي غشا پراخه ريجينريشن ښكاره كوي.

٢- هغه افت چې داسكيميا له كبله منځ ته راځي دنفرون په هره برخه كې پيداكيداى شي. پدې پيښه كې دتوبولونو بشپړ تخريب او غونجيدل دليدنى وړ دي او قاعدوي غشا په څرګند ډول خرابيږي. د دواړو ډولو پيښو دښه والي په مرحله كې ميتوتيک حجرات پيداكيدونكي دي. ليكن په پرمختللي اوشديده اسكيميا كې كورتيكل نكروزس پيدا او

www.ketabton.com

ګلوميرولونه نورمال پاتې کيږي او دميډولا طبقې په توبولونو کې کيستونه چې داپيتيليل حجراتو اويا هيموګلوبين څخه ډک شوي وي ښکاريږي.

ARF دتشخيص او درملنې له نظره په درې ډولو ويشل شويدي:

۱- Pre renal azotemia: چې د ARF نژدې **۵۵** سلنه پيښې جوړوي پښتورګو ته دويني بهير کميږي او پښتورګي روغ وي.

۲- Intrinsic renal Azotemia: د ARF نژدې **۴۰** سلنه جوړوي پښتورګي په کې ناروغه وي.

۳- Post Renal Azothemia: د ARF **۵** سلنه پيښې جوړوي

ايتولوژي او پتوجنيزس

دحاد توبولر نکروزس په وصفي ډول په هغه ناروغيو او ترضيضاتو کې چې دشاک سره دپښتورګو داوعيو وازو کانسترکشن پيداکوي منځته راځي. په **۲۵** سلنه پيښو کې داسکيميک افت د ناپيژندګلوي له کبله ډاکټر دستونځو سره مخامخ کيداى شي ددې ناروغۍ عمومي لاملونه دادي:

۱- هغه هيموليزس او هايپوتنشن چې دشديدې سوختګۍ وروسته پيداکيږي.

۲- شديد او چټک هيموراژ او هايپوتنشن چې دعمليات دميز له پاسه منځ ته ارځي.

۳- کرش سندروم چې د هيموګلوبين دتوکسيک تاثير له امله اودشاک په ملګرتيا داډول افت پيداکوي.

۴- داخل وعايي هيموليزس چې د غلط ترانسفيوژن اويا مقطرى اوبو د تطبيق پواسطه پيداکيږي.

www.ketabton.com

۵- قلبي عمليات چې دپښتورګو اروا خرابوي او په کمه اندازه حاد توبولر نکروزس منځته راوړي.

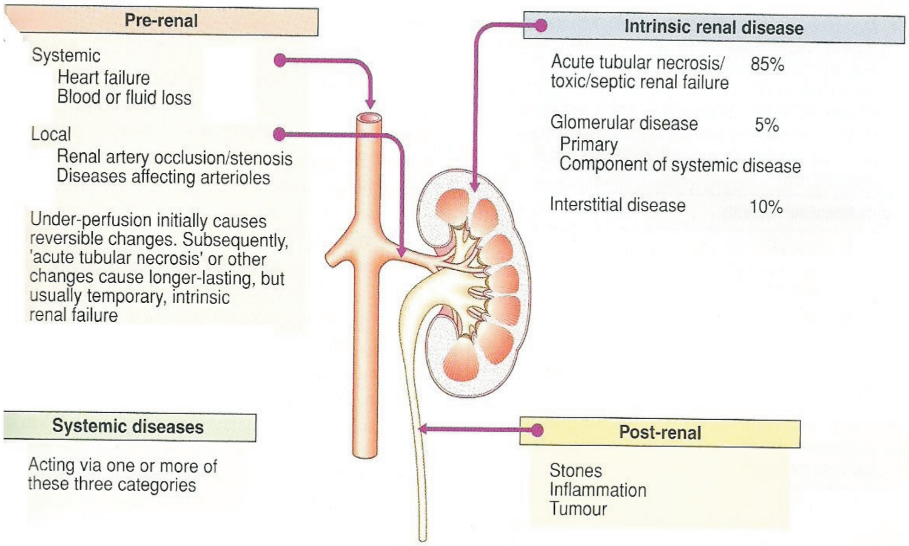
۶- داسې فکر کيږي چې حاملګی څه ناڅه دحاد اسکيميک کليوي ناروغی له پاره زمينه برابروي او په يو لړ څيړونکې دامعلومه شويده چې دپښتورګی حاد عدم کفايه په دغه نسايي ناروغيو کې زياتی ليدل کيږي.

الف: پلاسنتا پريويا

ب: سپتيک ابورشن

ج: پوست پورتم هيموراژ

د: اکلامپسيا



۱ - ۲ شکل: کی دپښتورګی دحادی عدم کفايې لاملونه

www.ketabton.com

۷- دسليسلات داستعمال څخه هم دپښتورګو حاد عدم کفايه پيدا کيږي.

۸- Status Epilepticus

څرنګه چې دپښتورګي حاده عدم کفايه په ډې هايدري رنځورانو کې زياته پيدا کيږي کولی شو چې د دې هايدريشن له لارې ړومبی ددې چې د اتوکسيک مواد پښتورګو ته ورسيږي مخنيوی وکړو. دامعلومه شويده چې سالم توبولونه اوتوکسيک موادو په مقابل کې خراب شوی توبول ډير حساس دی.

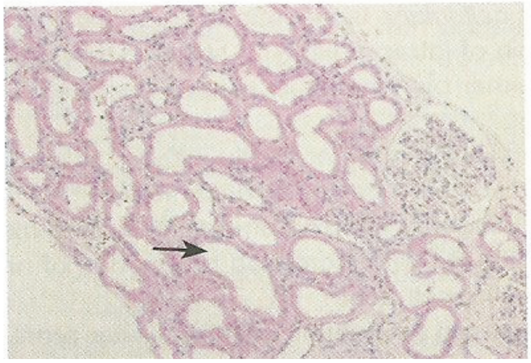
هغه رنګه مواد چې دويني اوياعضلاتو د تخريب څخه پيدا کيږي په توبولر نکروزس کې دهغی رول تراوسه معلوم نه دی خو خالصه هيموګلوبين دميتيازو جريان کموي اوشايد دتوبولونو له پاره توکسيک وي برسيره په داخل وعايي هيموليزس ځينی نور وازوکانسترکتور مواد هم شته چې دپښتورګي اسکيميا مخ په وړاندی بيايي.

دانوريا پيتوفزيولوژي:

دکيستونو جوړښت اودتوبولونو دلومن بنديدل شايد څه ناڅه په Oligo Uria کې رول ولوبوي خو داخبره ښکاره ده چې دمتيازو په کموالي کې کيست ليدل کيږي اودا چې خپله کيست دمتيازو دکمښت سبب ګرځي پوره دباور وړ خبره نه ده. ليکن په ملتهي پل مايلوما ناروغ کې په توبولونو کې دجلاتيني موادو او غير نورمال پروتين د توليد له کبله اولي ګويوريا پيداکيدای شي. دحادی اسکيميا وروسته د توبولر نکروزس پيدا کيږي او پښتورګو ته دويني جريان تقريبا يو پر دري يا يو پر دوه دنورمال حد څخه راکميږي. اودهمدی پيښي په لومړی ورځ اوليګويوريا دليدنی وړ ده. دويني کموالی د کورتکس په خارجي برخه کې نظر داخلي برخی او ميډولاته زيات دی. دبلی خوا د Efferent شريان د

www.ketabton.com

تقبض له امله په GFR کې دپاملرنې وړ کموالی پیدا کیږي. او د GFR فشار دپلازما د انکوتیک فشار ځخه راټیټیږي او دا ډول غبرګون د Densa Macular او جکستراګلومیرولر اپراتوس او داخل کلیوي انجیوتنسن ۲ پورې اړه لري دبلې خوا د خارج الحجروي ازیما له امله هم دویني جریان او GFR کمیږي اودتوبولونو د کولپس لامل ګرځي او همدا علت دی چې د اذیما له کبله دپښتورګو وزن د حاد توبولر نکروزس په وخت کې زیاتوالی مومي. نو ویلی شوو دغه پورتنی تول فکتورونه دمتیازو دکمښت لامل کیدای شي.



۱-۳ شکل: دحاد توبولر نکروزس مایکروسکوپیک منظره

داچې دتوبولر نکروزس هستالوژیک بدلون دپښتورګي په حاده عدم کفایه کې نه لیدل کیږي نو د (پلک لیک) تیوري چې اناتومیک ملاتړ ورسره دی دباور وړ ده کله چې توبولونه ترمیم شي پلک له منځه ځي اودمتیازو په جریان کې ښه والی ځرګندیږي.

www.ketabton.com

کلینیکي بڼه:

په یو زیات شمیر پیښو کې دحاد توبولر نکروزس لمړنی مرحله اولیګوریا سره پیل کوي او د پښتورګي دعدم کفایی کلینیکي او کیمیاوي ځیره څرګندیږي دځو ورځو نه نیولی په ۲-۸ اونیو په موده کې داګیلی له منځه ځي لیکن معمولاً داعراضو دورک کیدو وخت ۱۰-۱۴ ورځو پوری اټکل شویدی دغه مرحله دمتیازو دپیدا ینبت دمرحلی سره سمون لري اودپښتورګو ددندو دښه والي سره ملګرتیا کوي هغه اوبه او میتابولیک مواد چې په اولیګویوریک مرحله کې راټول شوي په دوهمه مرحله کې اطراح کیږي.

ناروغ لومړی په اولیګویوریا سره خپله ناروغی ښکاره کوي. متیازی غلیظلی او وینه لرونکی دی. مخصوصه کثافت لوړ دی داځکه چې په متیازو کې سره کریوات او پروتین شتون لري. دمتیازو دکنګل نقطه د پلازما سره نژدی وي. دسودیم غلظت معمولا ۵۰ ملي اکیولانت په یو لیتر کې اټکل شوی اویو کم مقدار ګلوکوز هم په ادرار کې تیریږي.

بشپړ نوریا په ډیرو نادرو پیښو کې دلیدنی وړ ده خو معمولاً دمتیازو مقدار د څو ورځو لپاره ۳۰-۴۰ سي سي پوری راټیټیږي. که چیری داحادثه ژر ونه پیژندل شي ازیما او هایپونا یتریمیا داوبو د نه بندیز له کبله منځ ته راځي. که چیری ناروغ دځارنی لاندی ونیسو اوشاک په بریالي توګه تداوي شي یواځني امراض چې په لومړی اونی کې موجود دي لیترجي او زړه بدوالی دی او دزړه بد یدل اومیتابولیک اسیدوزس پایله ده.

وروسته د لومړی یا دوهمی ورځی څخه تبه عمومیت نه لري. لوکوسایتوزس داتتان سره ایواپرته له هغی دپښتورګي په حاده عدم کفایه کې دلیدنی وړ ده. په راتلونکي څو ورځو کې ډاکتر باید دسستمیک اعراضو د پیدا ینبت له کبله تیار اوسي چې داکار د پښتورګي

www.ketabton.com

دعدم کفایی له کبله نه پیداکیږئ بلکه د اضافي خرابو حالتونو دپیدا ښت پایله ده.
دپښتورګي په عدم کفایه کې دسیروم امیلاز او لیپاز سویه لوړه وي او ناروغ هیڅ ډول د
پانکراس افت نه لري. دوینی دیوریا نایتروجن مواد دحجراتو دنکروزس اودپروتین
دکتابولیزم له کبله زیاتیږي. په مزمن ناروغ کې که چیری غلط ترانسفیوژن اجراشي دیوریا
مقدار د ورځی ۲۰ ملي ګرامه په ۱۰۰ سي سي کې رسیدای شي، لیکن دامقدار ندرتاً تر
۵۰ ملي ګرامه پورې په ۱۰ سي سي کې رسیږي. که چیری ناروغ ترضیض یا شدید انتان
سره مخامخ وي دسیروم فاسفیت او کریاتینین جګوالی یو بل تشخیصیه ملاتړ دی.
د اولیګوریا په دوهمه اونی کې زړه بدوالی، کانګی، ضعیفي، خوبوړی حالت زیات
څرګند وي اودا د ازوتیمیا او اسیدوزس د پرمختګ خبرتیا ده دسیروم پوتاشیم هم
لوړیږي.
تنده معمولاً موجود اوډیره شدید وي که څه هم دسیروم د سودیم سویه ډیره ټیټه ده خو
داوبو دزیات څښناک له امله دخارج الحجروي مایعاتو حجم هم زیات وي لیکن دلته
دشاک او قلبی عدم کفایی ښکاره علامی نه لیدل کیږي.
په اولیګوریک مرحله کې کاردیووسکولر اختلاطات هم منځ ته راتللای شي که څه هم د
زیاتو مایعاتو ورکول دریوي ازیما غوره سبب ګرځي خو بیا هم دسږو د کانجشن او قلبي
عدم کفای علامی سره له دې چې دناروغ وزن زیات شوی ندی بیا هم لیدل کیږي اوداشاید
دخارج الحجروي مایعاتو سره داوبو دیوځای کیدو له کبله منځته راغلی وي. پلمونري
ازیما پرته د هایپرتنشن اومحیطي ازیما څخه لیدل کیدای شي. دولیګوریا په دوهمه هفته
اونی کې په **۲۵** سلنه ناروغانو کې دیاستولیک هایپرتنشن منځته راځي.لیکن د سترګو

www.ketabton.com

معاینه نورمال پاتی کیږي په ځینو نادرو پیښو کې په شبکیه کې د اوعیو نکروزس دلیدنی وړ دی.

دزړه بی نظمي عمومیت لري او اړینه ده چې دپوتاشیم د تسمم اویا کموالي پورې اړه ولري.

پیري کاردایتس کیدای شي خو ډیر خراب انزار ونه لري داناروغ شاید دشدید درد څخه گیله من وي او د Acute Abdomin په څیر بڼه ښکاره کوي ندرتاً ناروغ د حاد قلبی، تنفسي عدم کفایی څخه مري چې نوموړی ناروغ د مرگ په وخت کې شدیده ساه لنډي، ثابت او دوامداره Wheezing لري چې د پرمختللي سیانوزس او هایپوتنشن په لور پرمختگ کوي. پدې ناروغانو کې دسږو امبولی نشته اوپه کمه اندازه دسیږو Terminal کانجشن په اتوپسي کی څرگندیږي.

پوتاسیم انتوکسیکیشن : دعضلاتو دتخریباتو اویا داتتان له کبله دحجراتو څخه دپوتاسیم دراوتلو پورې اړه لري دبلی خوا داخل وعایي هیمولیزس او هیماتوما هم رول لري. نادراً دپښتورگو دعدم کفایی په ناروغانو کې وروسته د عملیات څخه د هیموراژ او ترانسفیوژن عکس العمل دپوتاشیم په زیاتیدو سره ښکاره کیږي. همدارنگه دازیاتوالی دعضویت دحجراتو دکتابولیزم سره نیغ په نیغه اړیکه لري. دغه لاندني فکتورونه دحجراتو څخه دپوتاشیم د راوستلو لامل گرځي.

۱- انوکسیا

۲- اسیدوزس

۳- ډي هایدریشن

www.ketabton.com

دپوتاسیم دزیاتوالي مهمترین خطرات دزړه اریتمیا اود زړه ناڅاپي دریدل دي که چیری مقدار ۷ ملي اکیوولانت په یو لیتر کې ورسیږي الکتروکارد یو ګرافي تشوشات پیداکوي. که چیری ۹ ملي اکیوولانت په یو لیتر کې لوړ شي ډیر څرګنده ګډوډي منځ ته راوړي. دسیروم دپوتاشیم په زیاتوالي کې د T موجه لوړه او تیره وي. د P موجه ورک کیږي او QRS پراخه او هواریږي. براډي کاردیا په اوله کې موجود او وروسته له هغی په بطیني تکي کاردیا باندی بدلیږي. دغه بدلون د ډیجیتالس په ورکولو او داسیدوزس او هایپونایتریمیا په اصلاح کولو سره ښه والی مومي داډول ناروغان د واګوس عصب دتنبه په مقابل کې ډیر حساس دي او دناڅاپي مرګ سره مخامخ کیږي.

Infection

دحاد توبولر نکروزس غوره اختلاط دی او اکثراً دمرګ سبب ګرځي. انتان شاید دیوریمیک سندروم له کبله پټ پاتی شي په ستومانه او نیمه کوما ناروغ کې دسږو او دوینی انتانات د روغتون دمکروبونو له کبله عمومیت لري چې دهغی عمده مساعد کوونکي فکتورونه دښوخي دقدرت ورک کیدل، وچ فرنګس او مخاطی پلک او داسی نور دي.

دعملیاتي زخم ښه والی ځنډیږي او کله کله جراحي بخی په خپله خلاصیږي دبولي لارې انتانات پټ وي خو دناروغ سره تنبه اودتشو درد او ګرام منفي سیپتیسیمیا باندې اخته کیدای شي اودهغی غوره لامل داحلیل دکتیتر استعمال دی.

Neurologic Manifestation : زیات عمومیت لري خو دوه ښنی لکه کوما او اختلاجات دزیاتی پاملرنی وړ دي. دناروغی په لومړنی مرحله کې هایپونایتریمیا د خوبه وړي حالت

www.ketabton.com

او اختلاج عمده لاملونه دي چې دغه نیمګړتیا دهایپوتونیک سالین په ورکولو سره له منځه وړای شو. لکین د Over hydration او احتقاني عدم کفایی خیال په سر کې وساتی. هایپوکلسیمیا هم داختلاجاتو لپاره زمینه برابروي او داهغه وخت پیداکیدای شي چې ناروغ د اسیدوزس په تداوي کې زیات مقدار الکلي مواد پرته دکلسیم څخه اخیستي وي. دوعایي افت پایله وي ځینی نور کیدای شي دکانګو، قلبي عدم کفایی، هایپوالیمیا او ډیوریزس سره ملګري شي.

انیمیا : معمولاً په دوهمه اونۍ کې پرته د وینی بهیدنی څخه ښکاره کیږي، امکان لري چې د انیمیا علت د سروکریواتو تخریبات اویا دهغی خراب جوړیدل وي دبلی خوا د وینی د پړندیدو خرابوالی ترمبوسایتوپینیا او ابنارمل پروترومبین تایم او داسی نور څه ناڅه رول ولوبوي.

ځینی دتوبولر نکروزس ناروغانو کې د اولیګویوریا مرحله نه لیدل کیږي ځکه د مرحله لنډه او پرته د پیژندنی څخه تیریږي، دمتیازو مقدار په ورځ کې د ۸۰۰-۱۲۰۰ سي سي پورې رسیدای شي ددې ډول ناروغ پیژندګلوی یواځی دوینی دیوریا د جګیدو له مخی (۱۵-۲۰ ملي ګرام په ۱۰۰ سی سی کې) اټکل کیږي. متیازی زیات مقدار سودیم (۲۰-۳۰ ملي اکیوولانت په لیتر کې) لري څو ورځی وروسته له اولیګوریا څخه متیازی خپله وینه لرونکي رنګ له لاسه ورکوي او پاک کیږي او په تدریجي ډول هره ورځ دمتیازو مقدار مخ په زیاتیدو دی.

دتوبولر نکروزس دښه والی مرحله د تشومتیازو په زیاتیدو سره پیل کوي او دهغی Oup put په ورځ کې ۴۰۰ سي سي ته رسیږي،پدې مرحله کې متیازی کم پروتین لري خو

www.ketabton.com

په سدمنټ کې لاتراوسه هم سره کریوات او دهیماتین کیست دلیدنی وړ دی. دمتیازو زیاتیدل په ځینو رنځورانو کې کې دراماتیک بڼه لري یعنی هره ورځ ۵۰-۱۰۰ سلنه زیاتیږي او دورځی ۳۰۰۰ سي سي ته رسیدای شي.

داناروغ پولي یوریا لري، په ځینو نورو رنځورانو کې متیازی په تدریجي ډول زیاتوالی مومي او د ۱-۲ اونیو کې دهغی مقدار یو لیتر ته رسیدای شي که چیری فوري او په زړه پورې ډیوریزس پیدا نشي د Blood urea ډیر په تدریجي ډول ښکته راځي اویا لوړه پاتی کیږي او دامتیازی ۳-۴ ګرامه پروتین په یو لیتر کې اطراح کوي چې دغه ډول افت د پښتورګو په کورتیکل نکروزس دلالت کوي. که چیری دمتیازی مقدار په ورځ کې یو لیتر ته ورسیږي دوینی یوریا مخ په لوړیدو ځي. د ډیوریزس په مرحله کې کیدای شي چې کلینیکي بڼه کې هایپرکالیمیا، احتقاني عدم کفایه او اختلاجات راپیداشي، پدې وخت کې پایلونفرایتس هم خپله خبیثه څیره ښکاره کوي او ناروغ د شدید انتان له کبله مړ کیږي.

د ډیوریزس دصفحی شروع باید ډاکټر غافله نه کړي او دناروغ د ژغورلو لپاره لانور هم خپلو هلو ځلو ته دوام ورکړي.

ډیوریزس معمولاً د وزن دکمیدو سره پیل کوي او داد هغی مایع له منځه تلل دي چې د اولیګویوریا په مرحله کې راټولی شوی دي. دمتیازو دسودیم غلظت معمولاً ۵۰-۷۵ ملي اکیوولانت په لیتر کې رسیږي.

یو مقدار دا سودیم د ازیمایي مایع څخه راخارجیږي او که چیری دغه سودیم معاوضه نه شي د هایپوناتریمیا اوډي هایدریشن لامل ګرځي. که چیری ناروغ باندی داوبو بندیز

www.ketabton.com

ولګول شي دسیروم دسودیم او کلوراید سویه زیاتیږي. کله کله پدې مرحله کې زیات مقدار پوتاسیم هم اطراح کیږي چې د هغی کموالی منځ ته راوړي. که چیری دا مرحله دبولی لارې د انسداد ، اتناناتو،شاک او ازوتیمیا سره مختل نه شي په کراری سره ۱-۳ اونیو کې ختمیږي.که چیری وروسته ډیوریزس څخه زیات اولیګوریا پیدا شي دمثانی او حالب بندیدل په خیال کې راځي.

کله چې رنځو ر دروغتون څخه خارج شي انیمیا دڅو اونیو یا میاشتو لپاره پاتی کیږي اوپه تدریجي ډول پرته له کوم تدابیرو څخه ښه والی مومي د عضلاتو سستي او دبندونو شخوالی هم ښه والی پیداکوي او ازوتیمیا په کراری سره له منځه ځي او د پښتورګو دندی نورمال حد ته راګرځي.

دپښتورګو دوینی جریان او GFR په بشپړ توګه خپل نورمال حد ته نه راګرځي، هغه خلک چې دحاد توبولر نکروزس څخه ښه والی مومي د هایپرتنشن داختلاطاتو څخه په امان کې پاتی کیږي، ځنی خلک چې د Anuria څخه ښه شي نادراً په کورتیکل نکروزس باندې اخته کیږي.

توپیري تشخیص

ډاکټر داولیګوریک ناروغ سره که چیری له لمړی مرحله کې مخامخ شي په ډله ایزه توګه دشاک د قلبي احتقانی عدم کفایی، ډي هایدریشن او هایپوناتریمیا درملنه دا ستونځی کمولی شي او په رنځور کې د ډیوریزس مرحله شروع کیږي. دادرار اسمولاریتي په ساده ډیهایدریشن او نورو پري رینل ازوتیمیا کې لوړه ده. په توبولر نکروزس کې د پلازما او متیازو دیوریا تناسب د ۱۰ څخه کم دی او حال داچی دشاک او ډیهایدریشن په

www.ketabton.com

ناروغانو کې ددې څخه زيات وي. دتوبولر نکروزس په ناروغانو کې دمتيازو او سوديم غلظت ۳۰ ملي اکيوولاتته په يوليتر کې اټکل شويدی اوپه هغه اوليګوريک ناروغ کې چې وروسته له حاد ګلوميرولونفرايتس اودپښتورګو دشريان د بندش له امله پيداکيږي لدې څخه کم وي. دتوبولر نکروزس ناروغان که چيری د هيپاتيک او قلبی عدم کفايه پيداکړي د ادرار دسوديم غلظت کميږي، همدارنګه دا غلظت دپښتورګو دعدم کفايي او اوليګوريک ناروغانو کې د ليدنی وړ دی. که چيری اوليګوريا موجود هم وي او د وينی د يوريا سويه لوړه نه شي دتوبولر نکروزس تشخيص شکمن دی. نو په داسی حالت کې بايديوليتر لس سلنه مانيتول اويا ۴۰ ملي ګرامه فورس امايد دوريدي لارې ورکول کيږي ترڅو چې دهغی تاثير دادرار په جريان کې معلوم کړی شو. په توپيري تشخيص کې دغه لاندنی ناروغی په نظر کې نيول کيږي:

۱- دبولی لارې د لاندنی برخی بندوالی: دپښتورګو دعدم کفايي په هر ناروغ کې د ګيډې ساده راديوګرافي اجراکيږي ترڅو چې دپښتورګو اندازه او اوپک ډبری ښکاره شي که چيری دحالب بندوالی وليدل شو نو دهغی پلټنی ته نوره هڅه په کار ده که چيری انوريا بشپړه وي او د ۴۸ ساعتو څخه زياته دوام وکړي نو د پښتورګو دشريان دوه طرفه امبولی اويا ترومبوزس دلالت کوي اويا داچی ناروغ په کورتيکل نکروزس اويا حاد ګلوميرولونفرايتس اخته دی. دپښتورګو د وړوکو شراينو امبولی غير وصفي افات پيداکولی شي اودا زياتره دابهر د غوڅولو اويا کتيتريزيشن له کبله پيداکيږي دکارسينوما له امله دحالب بندش اويا د اديوپاتيک، ريتروپريتونيل، پيري يوريترل

www.ketabton.com

فبروزس هم دمتناوبی اولیګوریا سره ملګری کیږي،چې ځینی وخت پولي یوریا او ډیوریزس منځ ته راوړي.

۲- پاپیلري نکروزس هم داولیګوریا لامل ګرځي. دلوکیمیا اولمفوما په ناروغانو کې چې دکانسر ضد درمل اخلي دیوریک اسید دزیاتوالي له امله په موقتي ډول د پښتورګو داخلي بندش پیداکیږي او همدارنګه هغه ډیهایدری ناروغان چې سلفامید اخلي هم داډول ریتروګرید پایلوګرافي ځخه دوامداره انوریا پیداکیږي چې دهغی علت دحالبونو دفوحی التهابي اذیما ده.

۳- اولیګوریا کله کله د پښتورګو دناروغیو په اخره مرحله کې پیداکیدای شي چې دلته تاریخچه دپاملرنی وړ رول لري. دا رنځور هایپرتینشن، ابنارمل قعر عین اودپښتورګو وړوکوالی ښکاره کوي چې دغه نښې اوګیلی د حاد توبولرنکروزس د توپیري تشخیص لپاره مهم بلل کیږي.

۴- دهیپاتیک عدم کفایی په اخره مرحله کې چې د ډیهایدریشن، هیموراژ او هایپوتنش سره ملګری شي اولیګوریک سندروم پیداکیږي چې د ازوتیمیا په لور پرمختک کوي. دا اولیګوریا معمولاً شدیده نه ده او دمتیازو اندازه په ورځ کې ۱۵۰ ملي لیتره ته رسیدای شي دمتیازو داسمولاریتي دپلازما ځخه زیاته اودسودیم غلظت یې کم دی دوینی ترانسفیوژن او وازوپریسین کارول په موقتي ډول د متیازو جریان ښه کولای شي.

www.ketabton.com

درملنه

دپښتورګو دټولو ناروغیوڅخه د پښتورګو د عدم کفایې سیر دهغې دواګانې سره ترلې دي چې رنځور یې اخلي. ددرملنې په پیل کې دري ټکي په نظر کې نیول کیږي چې اصلي هدف یې د اسکیمیا معاوضه کول دي.

دپښتورګو دعدم کفایې په ناروغ کې زیات مایعات ورکول د پلمونري ازیما کړکیچن اختلاط منځ ته راوړي، دبلې خوا په هایپووالیمیک شاک کې دوازوپریسین دوایي تطبیق لاهم د پښتورګو د تخریب لامل ګرځي او کواګولیشن توبولر نکروزس پیداکیږي.

کله چې دوراني عدم کفایه اصلاح شوه ناروغ ته په کافي اندازه اوبه او مالګه ورکول کیږي او برسیره پردې ۱۰۰-۱۵۰ ګرامه کاربوهایدریت اخلي ترڅو د پروتین دماتیدلو او کیتواسیدوزس مخه ونیسي. ددې مقدار ګلوکوز ورکول دورځې په اوږدو کې څو ځله ښه دي که چیرې ناروغ ته دپروتین ورکول استطباب نه لري په غذايي رژیم کې دهغې کمول ضروري دي. که چیرې رنځور کانګې ونه لري ۵۰ ګرامه لکتوز ۲۵ ګرامه سکروز او ۲۵ ګرامه ګلوکوز دورځې لخوا په کافي اندازه اوبو کې حل او ناروغ ته ورکول کیږي عادي غذا اودمیوې اوبه نه ورکوو. ځکه چې د پوتاسیم زیاتوالی لامل ګرځي، که چیرې رنځور زړه بدوالی او کانګې ولري دخولې له لارې تغذې منع ده. سودیم لکتیداو کلسیم ۴۰-۸۰ ملي اکیولانت د ورځې توصیه کیږي ترڅو چې داسیدوزس دپرمختللو څخه مخنیوی وکړي که چیرې د پلازما کاربن ډای اکساید ۱۰ ملي اکیوولانت په یو لیتر کې کم شي باید فوري معاوضه شي خو پدې شرط چې په رنځور کې قلبي احتقاني عدم کفایه موجود نه وي.

www.ketabton.com

دپوتاشیم د تسمم دمخنیوي لپاره ډیری لاری چاری شته یوه یې ناروغ ته په کافي اندازه اوبه او ګلوکوز ورکول دي. بله لاره یې داده چې دخولی له لاری رنځور ته پوتاشیم دبدلون سلفونیک ریزین ورکول کیږي (کې اکزیلیت) داد وینتروب دکمپنی دواده چې دورځی دری ځلي ورکولای شو. دا دوایي یو تر دوه ملي اکیوولانت پوتاشیم په ۲۴ ساعتو کې کموي. که چیری هایپرکالیمیا داسیدوزس سره ملګری وي نو دسودیم بای کاربونیت اویا سودیم فاسفیت سره ترکنترول لاندې راوستل کیږي.

دهایپرتونیک ګلوکوز او انسولین ورکول په عین ډول تاثیر لري خو تاثیر یې ګذري دی دپوتاسیم بده قلبی اغیزه د کلسیم په ورکولو اویا ډیجیتالیس سره کمولی شو که چیری بیا هم پوتاسیم کنترول ونشي دمصنوعي ډیالیزس له لاری کیمدای شي قلبي عدم کفایه د ډي جیتالیس سره تداوي کیږي که چیری ازیما کمه کړی شي اومصنوعي دیالیزس اجراشي په ډراماتیک ډول ښه والی منځ ته راځي او د پلمونري ازیما وقوعات له منځه درومي. همدارنګه تیستستیرون پروپیونیت یا نور ایتاندرولون ۲۵-۵۰ ملي ګرام دورځی په لومړنیو دوو هفتو کې دنایتروجني موادو د کمښت په هدف ورکول کیږي.

انتاناتو څخه مخنیوی بل غوره ګام دی، که چیری رنځور په خراب حالت کې وي دمثانی د کتیتر اچول اودمتیازو مقدار باید تعین شي که چیری رنځور بیدار وي ټوخی او ژور تنفس ته ضرورت لري ځکه داکار د اتلکتازس څخه مخنیوی کوي. که چیری رنځور داسناخو افرازات خارجولی نشو نو تراخیوتومي اړین بلل کیږي. دخولی پاکول داتتان او قرحاتو څخه مخنیوی کوي او دمنتنو موادو د اسپریشن او نکفیه غدی دالتهاب څخه مخه نیسي په وقایوي توګه د انتي بیوتیکو په ورکولو څخه کلکه ډډه په کار ده.

www.ketabton.com

دمصنوعي دياليزس غوره استطباب هايپرکاليميا ده (خو کيداى شي چې پوتاسيم ډير کم شي). اسيدوزس دسوديم په ورکولو ښه کولى شو که چيرى رنځور احتقاني قلبي عدم کفايه او اسيدوزس ولري داحالت هم ددياليزس بل استطباب دى دياليزس په ازوتيميک ناروغ کې اشتهاء اوسرګرځيدنه له منځه وړي.

پريتواني دياليزس بله پرمختللى طريقه ده چې دلته کولى شو چې زيات مقدار مايعات د غليظ ګلوکوز دايريګيشن پواسطه وباسو. همدارنګه خارج المنشه توکسين لکه باربيتورات، سليسلات، برومايد هم دديالېزس پواسطه خارجيږي، که چيرى درست اوپه زړه پورى سمون لاری ونيول شي داضافي اختلاطاتو پيدا ايښت نشته.

د ديوريزس په مرحله کې دمالګې کمښت اواوبو کموالى په نظر کې نيول کيږي اوبايد په حتمى توګه دواړه معاوضه شي. دمتيازو اودسيروم الکترولايت تعين ښه لارښود دى ديو کواتر متيازو په حجم رنځور ته نارمل سالين يو پر شپږ سوديم لکتيت او يو پر دوه پنځه فيصده ګلوکوز ورکول کيږي، که چيرى رنځور دخولى له لارې غذا اخستلى شي اوبه او سوديم دهمدى لارى ورکول کيږي کله چى ازوتيميا کمه شوه او دتوبولونو او اوبه دمالګې دجذب قدرت ښه شي نودزياتو مايعاتو ورکول ضروري نه دي کله چې دويني يوريا ۸۰ ملي ګرامه په ۱۰۰ سي سي کې راښکته شي رنځور کولای شي چې پروتين واخلي.

www.ketabton.com

دپښتورګو دحادي عدم کفایي داختلاطاتو درملنه

د درملنې موخه

۱- د ARF دلامل پیژندل

۲- د زیانمنو فکتورونو (نفروتوکسین) لرې کول لکه ACE نهی کوونکي او نن ستروئید ضد درملو لرې کول.

۳- دیوریمیک اختلاطاتو مخنیوی او درملنه

ځانګړې درملنه

Pre Renal ARF : دشدید هیموراژ ناروغ ته یوازې سرې ژوونکې په منځنۍ کچه هیموراژ او دپلازما دضایع کیدلو (سوځیدو، پانکراتایتس) په صورت کې ایزوتونیک سالین ورکول کیږي. دمعدې معایي ضایعاتو په وخت کې هایپوتونیک سیروم (0.45%) سالین ورکول کیږي.

Intrinsic Renal ARF : ټیټ دوز ډوپامین، لوپ دایوریتیک، Calcium channel Blocker ، Alfa adrenorecptor بلاکر او پروستاګلاندین ته ورته درمل داسکیمیک او نفروتوکسیک ARF په درملنه کې کارول کیږي خو لږه اغیزه لري.

که ARF دحاد ګلومیرولونفرایتس یا وازکولایتس له سببه وي نو کورتیکوستروئید، قلوي درمل او پلازما فوریزس کارول کیږي.

www.ketabton.com

داختلاطاتو درملنه

۱- Intra vascular Volume over load : دمالګی (دورځی ۱-۲ ګرامه) او اوبو (دورځی دیولیتر څخه کم) بندیز لوړ دوز لازیکس (۲۰۰-۴۰۰ ملي ګرامه درګ له لاری) ورکول کیږي. که ټینګار وکړي د یالیزس ترسره کیږي.

۲- هایپونا یتریمیا : دخولی دلاړې داوبو ورکول دورځی دیولیتر څخه کم وي او هایپوتونیک مایع لکه دیکستروز نه ورکول کیږي.

۳- هایپرکلیمیا: پوتاشیم لرونکی درمل او خواړه ورنکړل شي پوتاشیم نه اطراح کوونکی دای یوریتیک باید بند شي.

Potassium binding ion exchange resin ، سودیم پالی سفلونیت ورکول کیږي. ګلوکوز (۵۰ سلنه ۵۰ لیتره) ریګولرانسولین ۱۰ یونته، سودیم بای کاربونیت (۵۰-۱۰۰ ملي مول) ورکول کیږي. کلسیم ګلوکونات ۱۰-۱۵ ملي لیتره یې په ۵ دقیقو کې ورکول کیږي.

۴- میتابولیک اسیدوزس: دخوړو پروتین دي کم شي (0.4mg/kg/Bw) سودیم بای کاربونیت هغه وخت ورکول کیږي چې دسودیم بای کاربونیت کچه ۱۵ ملي اکیولانت په لیتر او PH ۷،۲ څخه کم شي.

دبای کاربونیت اختلاطات د هایپروالیوما ، میتابولیک الکالوزس، هایپوکلسیمیا ، هایپوکالیمیا دی. په مقاویم اسیدوزس کې دیالیزس ترسره کیږي.

۵- هایپرفاسفتیمیا : خوړو کې فاسفیت دورځی د ۸۰۰ ملي ګرامو څخه کم شي کلسیم کاربونیت او المونیم هایدرواکساید چې دفاسفیت سره نښلي ورکول کیږي.

www.ketabton.com

۶- هایپرکلسیمیا : کلسیم گلوکونات ۱۰ سلنه ۱۰-۲۰ ملي لیتره اویا کلسیم کاربونیت ورکول کیږي.

۷- هایپرمگنیزیمیا: مگنیزیم لرونکی انتي اسید باید بند شي.

۸- هایپریوریسیمیا: که دسیروم دیوري اسید کچه (15mg/dl) څخه کمه وي درملنه یې نه کیږي.

۹- غذايي رژیم : پروتین 0.6 گرامه په هر کیلو گرام دورځی ورکول کیږي کاربونیت دورځی ۱۰۰ گرامه ورکوي.

۱۰- انیمیا : دارتیا په صورت کې وینه ورکول کیږي. Recombinant human اریتروفویتین په ARF کې نادراً کارول کیږي ځکه چې دهډوکو مغز دهغی په مقابل کې مقاوم دی.

۱۱- وینه بهیدنه: دیوریمیک وینه بهیدنه د Desmopressin یا ایستروجن یا دیالیزس سره ښه کیږي.

۱۲- دمعدی او کولمو دوینی بهیدنی په صورت کې دوینی دبندولو لپاره انتي اسید نسبت پروتون پمپ بلاکر او H2 ریسپتور بلاکر ته ښه دی.

۱۳- دانتان دمخنیوي لپاره انتي بیوتیک نه ورکول کیږي.

مخنیوی

دتوکسیک او اسکمیک توبولر نکروزس پیدا ېښت په کلینیکي او تجربوي ډگر کې دهایدریشن دوضعیت اودمتیازو دغلظت سره تړلی دی. وازو کانسترکشن او هیمورژ دا وتیری مخ په وړاندی بیایي. په مقدم ډول دسیروم فزیولوژیک ورکول ددې ناروغی مخه

www.ketabton.com

نيسي. دمانيتول ديوريزس په قلبي خلاص عمليات اودابهر په جراحي کې دپښتورګو دحادې عدم کفايې دپيدا ښت دکموالي سبب ګرځي، ځکه مانيتول دخارج الحجروي مايعاتو حجم زياتوي اودبلې خوا د اسموتيک دايوريزس مخه نيسي. ليکن ددې ميخانيکيت حادثه پيداشوه مانيتول اونور دايورتيک نشې کولای چې دناروغي دوتيرې مخه ونيسي.

انزار

دتيوري له نظره دتوبولونو داپيتيليوم تخريبات دعلاج وړ نه دي، خو دتوبولر نکروزس پيښه خطرناک انزار لـه ځان سره لري.په ۵۰ سلنه پيښو کې دمناسبو تدابيرو سره سره دمرګ لامل ګرځي. دمړينې اندازه دناروغۍ د پراختيا اختلاطاتو،انتاناتو، قلبي تنفسي عدم کفايې پورې اړه لري کـه چيرې د پښتورګو اسکيميا زياتـه دوامداره وي دحاد کورتيکل نکروزس اود ګلوميرولو دخرابوالي لامل کيداى شي. ددې ډول ناروغانو د جوړيدو هيله نشته او مرګ يې په نصيب دى، دکورتيکل نکروزس زياتې پيښې په لاندنيو ناروغيو کې ليدل کيږي:

۱- حاملګي.

۲- دپلاسنتا مقدم جداکيدل.

۳- اکلمپسيا

۴- سپتيک ابورشن او سپتيک شاک.

۵- وعايي ناروغي.

www.ketabton.com

د دوامداره اولیګوریا وروسته انوریا عمومیت لري دپروتین مقدار په ادرار کې زیاتیږي هغه یو څو ناروغان چې ژوندي پاتې شي هغوی کې دپښتورګو کلسیفیکیشن او وړوکوالی منځته راځي. دا خلک ۱۲-۲۸ میاشتو کې دخبیث هایپرتنشن له امله مري.

دپښتورګو ځنډنی عدم کفایه (Chronic Renal Failure)

پیژندنه

دپښتورګو ځنډنی بی وسي دپښتورګو ددندو نه ګرځیدونکی خرابوالي ته وایي چې د څو کالو په موده کې منځته راځي.

په CRF کې لمړی بیوشمیک بیا اطراحي، میتابولیک، اندوکرایني ابنارملتي او په پای کې کلینیکي بڼه چې دیوریمیا پنوم یادیږي څرګندیږي.

ESRD (End Stage disease) هغه حالت ته وایي چې دپښتورګو اندوجینوز دنده بیخي له منځه تللی وي او دناروغ ژوند یوازی په دیالیزس ترانس پلانتیشن پورې تړلی وي.

د CRF لاملونه:

لاندې جدول کې د CRF لاملونه ښودل شویدي.

ناروغی	د ESRD دپیښدلو سلنه	شرحه
ولادي او ارثی ناروغی	۵سلنه	دپښتورګو پولي سیستیک ناروغی او الپورت سندروم
ولادي او ارثی ناروغی	۵ سلنه	
دپښتورګو دشریانونو تنګوالی	۵-۲۵ سلنه	داڅرګنده نه ده چې دابدلون

www.ketabton.com

		توکمی یا تشخیصي توپیروالی وي
ګلومیرول ناروغی	۱۰-۲۰ سلنه	IgA نفروپاتي ډیر معمول دی
انترستي شیل ناروغی	**۵-۱۵** سلنه	
سیستمیکي التهابی ناروغی		وازکولایتس
دشکری ناروغی	۲۰-۴۰ سلنه	ډیر زیات توکمی توپیروالی
ناځرګندی ناروغی	**۵**-۲۰ سلنه	

پتوفزیالوژي

دپښتورګو دناروغیو دپوهیدو لپاره دپښتورګي دفزیولوژي پوهیدل اساسي بنسټ دی. کله چې دپښتورګو GFR کم شي دویني دیوریا سویه لوړیږي اوپاتی شوی نفرون هایپرتروفي کوي. کله چې سلوټ مواد په دغه نفرون کې زیات شي نو په پلازما کې دیوریا غلظت اوپه هر ګلومیرول کې دفلتریشن اندازه زیاتوالی مومي. نود ددې کبله په سالم نفرون کې دغلظت قابلیت کمیږي او پښتورګی نشي کولای چې دمالګی څخه ازادی متیازی اطراح کړي نو ځکه دهغی لمړی پایله پولي یوریا ده. دمتیازو دمقدار کموالی دپښتورګو دپرمختللی ناروغی څخه پیداکیږي کله چې د فلتریشن اندازه **۵**-۱۰ سلنه کمه شي دمتیازو دهانه هم کمښت مومي. دنورمال غذايي رژیم مالګه نوره دبدن څخه نه خارجیږي له همدې امله د هایپرتنشن، ازیمايي اواحتقاني بی وسي کې دمالګی بندیز لګول کیږي.

www.ketabton.com

اوبه

څرنګه چې دپښتورګو د بې وسی ناروغ نشي کولای چې غليظې متيازې جوړې کړي نو ځکه دا رنځور زياتې اوبه څښي او ډېرې متيازې کوي او د دې لارې کولی شي چې دسلوټ موادو دلوړوالی زغم وکړي، دپښتورګو د وظيفو د خرابوالي لمړنی علامه پولي يوريا او پولي ډيپسيا ده. دپښتورګي يو شمير ناروغان کولای شي چې غليظې متيازې دګلوميرول فلترات په اندازه اطراح کړي ليکن د ميډولا په افت کې په وصفي ډول هايپوتونيک متيازو اطراح منځ ته راشي که چيرې متيازې په دوامداره ډول نظر پلازما ته هايپوتونيک پاتې شي (نفروجنيک ديابيتس اسيپدس) په نوم يادېږي.

په دغه لاندنيو ناروغيو کې داډول پيښه د ليدنی وړ ده:

۱- دبولي لارې انسداد

۲- ځنډنی پايلونفرايتس

۳- ميدولاري سستيک ناروغی.

۴- امايلوئيدوزس نفروکلسينوزس

۵- فاميلي بی مزی ديابيتس.

پولي يوريا څو موده وروسته ديهايدريشن پيداکوي. دپښتورګو په ناروغ کې داوبو بنديزاګاهانه کار نه دی او همدارنګه په وړوکي جراحي عمليه کې بايد د وريدي لارې دمايعاتو بيلانس په نظر کې ونيسو. هغه پولي يوريا چې دشپې پيداکيږي دسهار لخوا په رنځور کې تنده اولوږه پيداکوي چې په فوري ډول په زړه بدوالي او کانګی بدليږي.

www.ketabton.com

دا علامې اصلاً دډيهايدريشن سره اړه لري او کولای شو چې دشپې لخوا وروسته د هر متيازو کولو څخه يو وار اوبه وڅښي اويا داچې ناروغ ته دبيداری وروسته وړوکی نرم غذايي رژيم ورکړی شي که چيری په رنځور کې دمالګی کموالی موجود وي اوزيات مقدار مايعات واخلي هايپونا يتريميک منځته راځي چې دزړه بدوالي، عضلي کرمپ اودماغي خړپړتيا سره پيل کوي.

سوديم

دپښتورګي دعدم کفايي ناروغان ددې قدرت نه لري چې په متيازو کې دسوديم داطراح مخه ونيسي اوپه دوامدار ډول زيات مقدار سوديم په ادرار کې خارجيږي. که چيری دی رنځورانو ته بی مالګی غذايي رژيم هم ورکړو بيا هم په تشو متيازو کې زيات مقدار سوديم لري. په لمړی وخت کې اوبه او مالګه په مساوي ډول کميږي وروسته له هغه هايپونا يتريميا منځ ته راځي. دا کموالی دخارج الحجروي مايعاتو دسوديم دکمښت له مخی اټکل کيدای شي يوميخانيکيت يې دادی چې دپښتورګو دناروغ په سالم نفرون کې زيات مقدار سلوټ موادتوليږي اواسموتيک ديوريزس پيداکوي، بل وصفي ميخانيکيت يې دادی چې دپښتورګو په توبولونو کې دمالګی ذخيروي برخه خرابه شوی ده اوپه دغو لاندنيو ناروغيو کې دمالګی کموالی دليدنی وړ دی.

۱- مزمن پايلونفرايتس

۲- بين الخلالي نفريايتس.

۳- پولي سيستيک ناروغی او ميډولری‌سستيک ناروغی.

۴- دپښتورګو عدم کفايه چې له هره سببه وي.

www.ketabton.com

په هغه رنځورانو کې چې اسیتینیا ، ډیهایدریشن او هایپوناتریمیا موجود وي په ادیسون ناروغی دلالت کوي. د ۵۰-۱۰۰ ملي اکیولانت دورځی اړین دی چې دسودیم دکموالي مخه نیسي اوحتی ځینی وخت تر ۲۰۰ ملي اکیولانته پورې اړتیا شته. دمالګی دزیات مقداري تشخیص دمتیازو د سودیم له مخه اټکل کیږي که چیری د وایلیوم اودمالګی کموالی ۱۰ ملي اکیوولانت په ورځ اویا یولیتر کې موجود وي په هایپوناتریمیا دلالت کوي. لیکن دپښتورګو دعدم کفایي په اخرنی مرحله کې دمتیازو ضایع کیدل له منځه ځي. که دوینی حجم په واضح ډول کم شوی وي اویا رنځور په احتقاني عدم کفایه اخته وي GFR نه شی کولای چې سودیم دمتیازو څخه لری کړي ولوکه دپښتورګي ناروغی ډیری خطرناکی هم وي.

په یوریمیک ناروغ کې برسیره دمتیازو دسودیم په ضیاع، کانګی او اسهال هم دسودیم دکمښت ملاتړ کوي اوبی اشتهایي دا کموالی نور هم په مخ بیایي دخارج الحجروي مایعاتو کموالی که هایپوناتریمیا ورسره وي او که نه د پښتورګو دوینی جریان دکموالی سره مخامخ کوي اود GFR دکمښت لامل ګرځي. په رنځورانو کې د هایپوتنشن او دپوستکي الاستیکي له منځه تلل کیږي. ستوماتتیا ، زړه بدوالی او دماغي خړپړتیا ددې پیښې غوره کلینیکي بڼه ده او که چیری سودیم لانور هم کم شي ناروغ خوبوړی، کانفیوژ او کوماتوز کیږي. باید په یاد کی ولری چی د هایپوناتریمیا دغه اعراض او علامی دیوریمیا سره په یو قطار کې رانه ولي. په هغه ایزوتومیک ناروغ کې چې ازیما ، هایپرتنشن او احتقاني عدم کفایی سره ملګری نه وي دمالګی بندیز اګاهانه عمل نه دی او رنځور باید د مالګی اخستلو ته وهڅول شي. مالګه باید د تابلیت په شکل وانه خلي ځکه

www.ketabton.com

د معدې دتخریش لامل ګرځي. که چیرې اسیدوزس موجود وي یو اندازه سودیم بای کاربونیت اویا ستریت ورکول کیږي که چیرې په غذا کې مالګه زیاته شي دخارجي الحجروي مایعاتو حجم زیاتیږي اود GFR دزیاتیدو لامل ګرځي. همدارنګه سلفیت او فاسفیت اویوریا زیاته اطراح کیږي اوداسید اوسودیم افراغ مخ په وړاندې ځي ځکه چې مالګه تنده او داوبو څښل زیاتولی شي اودمتیازو جریان زیاتیږي. دپښتورګي ځینې ناروغان دمالګې ښه زغم لري اوځینې نور دتحمل قدرت نه لري نو لدې کبله دهایپرتنشن او احتقاني عدم کفایې په ناروغ کې دمالګې بندیز ضروري بلل کیږي د دیالیزس په وخت کې دمالګې کموالی هایپرتنشن کنترولوي خودپښتورګو د دندو دخرابوالي لامل هم ګرځي لیکن داکار په هغه ناروغ کې په منظم ډول تداوي کیږي دومره ارزښت نه لري.

پوتاشیم

که څه هم دپښتورګي دپوتاسیم اطراح دنورمال غذایي رژیم ۵۰-۸۰ ملي اکیوولانته پوتاسیم اطراح کوي بیاهم هایپرکالیمیا دپښتورګو په مزمن عدم کفایه کې عمومي اختلاط نه دی پدې شرط چې دمتیازو اوټ پټ ښه وساتل شي. د ډیستل توبولونو قابلیت کافي دی یو مقدار پوتاسیم په متیازو کې اطراح کړی اودسیروم پوتاسیم دلوړوالي مخه نیسي. یو میخانیکیت دادی چې دپښتورګو په ځنډني عدم کفایه کې دالدوسترون افراز زیاتیږي اوزیات مقدار پوتاسیم په متیازو کې تیروي. بل میکانیزم دادی چې د پښتورګي سالم نفرون کې دسلوټ لوډ په زیات مقدار پوتاسم داطراح اجازه ورکوي.

دتوبولونو دپوتاسیم اطراح دسودیم دغني غذایي رژیم پواسطه زیاتیدای شي او کله چې دسودیم اطراح کمه شي دپوتاشیم اطراح هم کمیږي.دسیروم دپوتاسیم سویه په

www.ketabton.com

Azothomic ناروغ کې هغه وخت زياتوالى مومي چې رنځور بى مالګى غذايي رژيم اخلي اويا دميوى اوبه خوري په اسيدوزس کې دپوتاشيم زياتوالى دليدنى وړ دى، هايدروجن ايون د داخل الحجروي پروتين پواسطه بفر کيږي او پوتاسيم خارج الحجروي مسافى ته راکاږي.

که چيرى دسوديم باى کاربونيت په مناسبه توګه معاوضه شي دسيروم دپوتاسيم سويه راټيټيږي که چيرى رنځور پرته له پورتنيو لاملونو بيا هم هايپرکليميابنکاره کړي د ادرينل په عدم کفايى او هايپورينينن يميک، هايپو الدوسترونيزم دلالت کوي. پدې رنځورانو کې د متيازو مقدار نورمال وي که چيرى رنځور کې دمتيازو دهانه ۵۰۰-۱۰۰۰ سي سي ته راکمه شي اوپښتورګي غير معاوضوي مرحلى ته داخل شي په خطرناک ډول دپوتاشيم سويه لوړيږي.

يوشمير ناروغى شته چې خپله هايپوکليميا دپښتورګو دتوبولر اسيدوزس لامل ګرځي.لکه نفروکلسينوزس، فنکونى سندروم اودتوبولر نکروزس دديوريزس په اخر وخت کې که چيرى په متيازو کې ۱۵-۲۰ ملي اکيوولانت پوتاسيم دورځى په يوليتر کې اطراح شي د هايپرکاليميا لامل ګرځي. اوداشايد دعاجل الدوسترون زياتوالى دى که چيرى رنځور ازوتونيک وي اودکانګو اواسهال پواسطه پوتاشيم ضايع کړي د پښتورګو تخريبات زياتيږي ددې مقصد لپاره هايپوکاليميا بايد معاوضه شي.دحادى هايپرکاليميا په درملنه کې دزړه مانيتورنګ، کلسيم کلورايد ۵،۵-۳۰ ملي ليتره، کلسيم ګلوکونات، ګلوکوز ۵-۱۰ سلنه، انسولين، باى کاربونيت دخولى يا ريکتم له

www.ketabton.com

لاري Ion Exchange resin sodium polysteren salfonate ، بیتااګونیست، البوتیرول ۱۰-۲۰ ملي ګرامه په ۴ ملي لیتره نارمل سالین په ۱۰ دقیقو کې ورکول کیږي.
دځنډني هایپرکالیمیا په درملنه کې پالي ستیرون سلفات دورځې یوځل ۱۵-۳۰ ګرامه د جوس یا سوربیتول سره ورکول کیږي.

اسیدوزس

په نورمال انسان کې ۴۰-۷۰ ملي اکیوولانت هایدروجن ایون د ۷۰ ګرامه خوړل شوي پروتین څخه اطراح کوي او اسیدي موادو هغه اسید امینونه چې داوکسید یشن له امله پخپل ترکیب کې سلفر اویا فاسفور لري منځته راځي اودا مواد په سلفوریک اوفاسفوریک اسید بدلیږي. دهایدروجن ایون دلوړ نیمایي په متیازو کې دامونیا (NH4 په څیر جارجیږي پاتی نور دفاسفیت په څیر بفر کیږي، دپښتورګو دعدم کفایی په زیاتو ناروغانو کې دامونیا جوړیدل خرابوالی مومي او داسید اطراح دخرابتیا سره مخامخ کیږي. دمتیازو پي ایچ پنځو ته راټیټیږي اودبای کاربونیت کموالی سیستمیک اسیدوزس منځ ته راوړي. څرنګه چې دزیات مقدار اسید محصول دعضویت دبفرسیستم پواسطه خنثی کیږي نو لدی کبله هډوکی هم برخه اخلي او همدا علت دی چی داسیدوزس په ناروغ کی دهډوکو اوستیوپوروزس دلیدنی وړ دی کله چې دتوبولونو دهایدروجن اطراح په وصفي ډول خرابه شي او GFR سالم وي نوپدې ډول توبولراسیدوز کې دسیروم کلوراید لوړ بای کاربونیت ټیټ او ایزوتیمیا نشته اودسلفیت او فاسفیت زیاتوالی په سیروم کې نه لیدل کیږي، لیکن په یوریمیک اسیدوزس کې دا مواد دجي اف ار دلاری اطراح مومي دسیروم دسودیم سویه نورمال او کلوراید زیاتیږي. څرنګه چې د ډیستل

www.ketabton.com

توبولونو وظيفه خرابه ده نو ځکه په شديد سيستميک اسيدوزس کې دمتيازی پی اچ په ثابت ډول ده د پنځو څخه زياتيږي، ليکن په پرکسيمل توبولر اسيدوزس کې دادرار پي اچ دپنځه څخه کم دی ځکه چی دسيروم بای کاربونيت سويه ټيټه ده اوزيات مقدار بای کاربونيت په متيازو کې تيريږي.

ډيستل توبولر اسيدوزس يو فاميلي ارثي ناروغی دی چې دپښتورګو دکلسيفيکيشن سره ملګری وي همدارنګه دکلسيم او امفوتريسين بی د توکسيستي له امله پيداکيدای شي.

پراکسيمل توبولر اسيدوزس په ټول هغو ناروغيو کې چې د فانکوني سندروم لامل ګرځي دليدنی لامل ګرځي.

سستميک اسيدوزس د زړه بدوالي ، ستوماتيا ، ساه لنډي، کوزمل ريسپريشن سره کلينيکي ډکر ته راوځي. که چيری رنځور ته دورځی ۴۰-۲۰ ملي اکيوولانت الکلي مواد ورکړل شي دسستميک اسيدوزس څخه مخنيوی کيږي او کولای شو۱-۲ قاشقی دچای بيکينګ سودا اويا دسوديم سترايت ۱۰ سلنه محلول ۳-۴ قاشقی دالوبالو په شربت کې ورکړو. دامواد کولی شي چې دبای کاربونيت ۱۸-۲۲ ملي اکيوولانت په ليتر کې ورکړو او اسيدوزس نامطلوب عوارض له منځه وړي دالکلي مواد دزياتوالي څخه ډډه وکړی که چيری د اسيدوزس په اصلاح کولو کې کلسيم ورنه کړل شي په رنځور کې تيتاني اواختلاجات منځ ته راځي په احتقاني عدم کفايه کې زيات مقدار سوديم بای کاربونيت، ستريت او لکتيت مضاد استطباب دي.

www.ketabton.com

کلسیم، فاسفیت او هډوکي

دکلسیم او فاسفیت ایون په نورمال حالت کې په خارج الحجروي مایعاتو کې شته خو ده هغې غلظت دکلسیم فاسفیت دانحلالیت سره نژدې اړیکې لري یعنې کله چې دفاسفیت غلظت زیات شي نو کلسیم فاسفیت په هډوکو او رخوه اجسامو کې ځای په ځای کیږي. اودکلسیم سویه په سیروم کې ټیټیږي، هغه فاسفیت چې د GFR له لارې اطراح شي ۸۰ سلنه یې په پرکسیمل توبولونو کې جذب کیږي کله چې د پښتورګو GFR کم شي فاسفیت په سیروم کې زیاتوالی مومي او د سیروم دکلسیم سویه کمښت ته مجبوروي نو له همدې کبله دپاراتایروئید غده تنبه کیږي چې خپل هورمون ددې ګډوډۍ دسمون له پاره راولیږي. تاسو پوهیږي چې د پراد هورمون دادی چې دپښتورګو دتوبولونو دفاسفیت دوباره امتصاص کم کړو اود دې لارې دسیروم دکلسیم او فاسفیت سویه نورمال وساتي.

لیکن دپښتورګو دناروغۍ په پرمختک کې دتوبولونو لخوا دفلتر شوي فاسفیت دوباره امتصاص کمیږي اوزیات مقدار په متیازو کې بهر ته وځي کله چې دفاسفیت اطراح دګډوډۍ سره مخامخ شي سویه په سیروم کې لوړه ځي او کلسیم دنورمال ساتلو له پاره پراد هورمون باید افراز شي.

دسیروم دکلسیم سویه په څرګندډول دپښتورګو په ځنډنۍ عدم کفایه کې راولویږي چې دهغې علت یواځې دفاسفیت دزیاتوالي پورې اړه نه لري او شاید نور فکتورونه پدې رنځورۍ کې رول ولوبوي چې یو یې دهضمي جهاز دکلسیم دجذب خرابوالی دی چې شاید یودلیل دا وي چې په ازوتومیک ناروغانو کې په غایطه موادو کې زیات مقدار کلسیم تیریږي او د متیازو دکلسیم سویه ټیټه ده او په یورمیک ناروغ کې دکلسیم جذب وروسته

www.ketabton.com

د ویتامین ډي دقوي دوز (۵۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰ یونټه) سره ښه کیدای شي اوکه چیری دا مقدار نورمال انسان کې تطبیق شي اکثراً دهایپرکلسیمیا لامل ګرځي. یوریمیک ناروغان دویتامین ډي پر وړاندی چې فزیولوژیک بنسټ لري زیات ټینګار کوي پدې ناروغ کې کلسیفرول په فعاله ویتامین دي بدلیدلی نشي. په نورمال حالت کې داوتیره په یولړ هایدورکسیلیشن مرحلو کې صورت نیسي چی اصلي ځای یې ځیګر او پښتورګی دی. په ځیګر کې ویتامین ډي ۳ په ۲۵ هایدروکسي کولي کلسیفرول بدلیږي او دامادہ په پښتورګوکې په خپل نوبت سره دهایدروکسلیټډ وتیری په اساس ۱، ۲۵ هایدروکسي کولي کلسیفیرول چی ډیره قوي ماده ده بدلون مومي. دا ماده په کولمو کې دکلسیم دترانسپورت وتیره تنبه کوي خوکله چې پښتورګی ناروغ وي دغه پورتنی فزیولوژیک فعاله میتابولایت جوړیدل هم خرابیږي نو ځکه دسیروم دفاسفورس ایون دپښتورګو هایدروکسلیشن کنترول په غاړه اخلي او ددغه پورتني نورمل هایدروکسلیشن مخه نیسي. نو همدا علت دی چی دفاسفیت احتباس دا ستونځی پیداکوي که چیری ددی ناروغی سره ثانوي هایپرپارا تایروئیدیزم تر ډیر وخت ملګری شي دپاراتایروئید ادینوما منځ ته راځي دااختلاط دسیروم دکلسیم دلوړوالي له مخی پیژندلی شو په رنځورانو کې پراخه اوستیتیس فبروزاو دهډوکو درد او دکلسیم خارج اسکلیتي ځای په ځای کیدل میندل کیږي چې معمولاً دا ټولنه د بندونو په شاوخوا او پوستکي کې صورت نیسي چې دخارښت عمده لامل ګڼل کیږي که چیری دسترګو په منضمه کې زیات کلسیم راټول شي دپښتورګي دعدم کفایی سور سترګی ناروغ دلیدنی وړ دي چی هغی ته دپښتورګی دناروغی سور سترګی Red eye of Renal Failur وایي اوکه چیری داوعیو په جدار کې

www.ketabton.com

ټولنه وکړي دګانګرین لامل ګرځي. پاراتایروئید یکتومي دغه ستونځی په دراماتیک ډول له منځه وړای شي همدارنګه دپښتورګو دیالیزس او ترانسپلنتیشن هم مرسته کوي دبلی خوا دغیر عضوي فاسفیت ورکول هم ګټور تمامیږي.

دپښتورګو په عدم کفایه کې ددغه دریو لاندنیو لاملونو له مخی منځته راځي:

۱- دپارا تایروئید غدی زیات فعالیت

۲- دویټامین ډي دمیتابولیزم خرابوالی

۳- په ډکومیټیازو کې د کلسیم زیات ضایع کیدل او اسیدوزس

ددی ناروغی په ځنډني حالت کې دهډوکو اوستیوډیستروفیا دلیدنی وړ دی او په ماشومانو کې زیات تصادف کوي او دغه لاندنی ډول رادیوګرافیک بدلونونه ښکاریږي:

۱- دهډوکو دنشونما په اخرنی برخه کې داوستوئید پراخه کیدل ښکاري (دپښتورګي ریکتس)

۲- اوستویتس فایبروزا دلویو هډوکو او فلانج په سب پیریوستل ناحیه کې دکلسیم له منځه تلو له کبله تقرحي او سستیک بدلون پیدا کیږي.

۳- هایپراوستیوزس او اوستیوسکلیروزس چې معمولاً دفقراتو په پورتنی او ښکتنی غاړه کې معلومیږي چې رادیولوژیک بڼه یې د (اګر، جرسي سپاین) بڼه لري. دسیروم دالکالین فاسفتاز سویه شاید لوړ یا نورمال وي نشونما ځنډیږي هډوکی او بندونه دردناک دي درد ناک او پړسیدلي بند او په بورسا کې دکلسیم تجمع دکلاسیک ګوټ منظره جوړوي دعلوي عضلاتو ضعیفي دموازنی دخرابیدو لامل ګرځي چی شاید د امیوپتي اویا انوریا

www.ketabton.com

سره مغالطه شي خو دغه لمړنی افت معمولاً دویتامین ډي په ورکولو سره دراماتیک ښه والی مومي.

دپښتورګو په عدم کفایی په ناروغ کې د هیپ Hip بند اسیپتیک نکروزس پیداکیږي خصوصاً که چیری رنځور ددیالیزس او ترانسپلنتیشن پواسطه تر ډیره وخته ژوندی پاتی شي دستروئید اخیستل شاید رول ولري خو په زیات شمیر ناروغانو کې ستروئید اخیستلو تاریخچه نشته.

ازوتیمیک اوستودیستروفیا دویتامین ډي سره (۵۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰) یونټه دورځی تداوي کیږي. که چیری په رنځور کې ددې تداوي سره دکلسیم سویه ۱۰ ملي ګرام په ۱۰۰ سي سي کې زیاته شو او په ناروغ کی بی اشتهایي، زړه بدوالی او ستوماتتیا اویوریا ښکاره شو علت یې دویتامین ډي تسمم دی او په فوري توګه دوایي قطع کیږي دبلی خوا دی رنځورانو ته کلسیم کاربونیت، لکتیت ستریت ۱۰-۲۰ګرامه دورځی ورکولی شو. دالومونیم هایدروکساید جل ۳۰-۲۰ سي سي دهر غذا سره ورکول کیږي دا دوایي دفاسفیت امتصاص کموي که چیری دناروغی په مقدمه مرحله کې المونیم پیل شي دثانوي هایپرتایروئیدیزم مخه نیسي دا دوایي یو ضرر لري چی دناروغ اشتهاء خرابوي دبلی خوا ځنډني هیمودیالیزس دثانوي هایپر پاراتایروئیدیزم علامی کموي خو د هډوکو دناروغی پتالوژیک ښه ثابته پاتی کیږي که چیری دپښتورګو بریالی پیوند اجراشي دهډوکو ډیستروفیا بشپړ ښه والی مومي.

www.ketabton.com

مګنیزیم

دسیروم مګنیزیم سویه تر هغه نه لوړیږي ترڅو چې دپښتورګو GFR په یوه دقیقه کې ۳۰ سي سي پورې راټیټ شي کیدای شي چې نس ناستی، لوړه او دایورتیک د مګنیزیم سویه کمه کړي دپښتورګي په پرمختللي عدم کفایه کې په کافي اندازه مګنیزیم نه لوړیږي چې په رنځورانوکی ګیلی پیداکړي (۴ ملي اکیوولانت په یولیتر کې).
دمګنیزیم مالګی د مسهلاتو، انتي اسید او اختلاجاتو دمخنیوي لپاره ورکول کیږي نو ددغه پورتنیو شرایطو لاندی په رنځور کی دمثانی احتباس، خواب الودګي دعضلاتو ضعیفي اوکوما منځ ته راتلی شي.

یوریک اسید

دپښتورګو دعدم کفایي په لمړنی مرحله کې یوریک اسید په کمه اندازه لوړیږي او حتی په شدید عدم کفایه کې تر ۱۰ ملي ګرامه په ۱۰۰ سي سي کې نه زیاتیږي ځکه چې په هضمي جهاز کې یوریکولیزس ماده شته او نه پریږدي چې دیوریک اسید سویه دنورمال څخه زیاته شي ثانوي ګوت پدې ناروغی کی نادر دی کلسیم ګوت چې دکلسیم فاسفیت دکریستلونو د تولیدو څخه پیداکیږي دلیدنی وړ دی په یوریمیک ناروغانو کې ځینی وخت دیوریک اسید نفروپتي له امله په یوریا کې زیاتوالی منځته راوړي.

یوریا

یوریا دحجراتو دسل ممبران څخه تیریږي اود عضویت ټولو افرازاتو ته ننوزي دیوریمیک ناروغ په خوله کې دیوریا هایرولیزس دبدبوي مسول دی داځکه چې په خوله کې یوریا په امونیا بدلیږي همدارنګه په کولمو کې هغه بکتریا چې یوریا افرازوي یوریا

www.ketabton.com

په امونيا بدلولی شي او داد هضمي جهاز دتخريب او پولسريشن لامل ګرځي ديوريميک ناروغ ناروغ ګيلی ديوريا دزياتوالي سره نيغ په نيغه اړيکی لري هيموډيالېزس، بی اشتهايي اوزړه بدوالی کموي.

دکاربوهايدريت ميتابوليزم

دګلوکوز دنه زغم تست پدې رنځورانو کې شته چې د ديابيتيک ګراف په څير معلوميږي چې تقريباً ديوريميا ۵۰ سلنه پيښنو کې دا ابنارملتي د ليدنی وړ دی، د ولوږې دحالت دويني دګلوکوز سويه نورمال ده او کوم کلينيکي ارزښت نه لري دغه ابنارملتي دانسولين په وړاندی د رنځور د ټينګار پورې اړه لري خو په خپله دانسولين سويه نورمال ده ځيني دغه حالت دويني دګلوکاګون دزياتوالي پورې مربوط ګڼي که چيری رنځور په کافي اندازه ديالېزس شي دغه ګډوډي له منځه ځي.

نوری کيمياوي ابنارملتي

دپښتورګو د بی وسی په نه ګرځيدونکی مرحله کې انډول، فينول، امينواسيد او دهغی مشتقات په وينه کې لوړ دی. ليکن په يورميک سندروم کې ددی موادو برخه اخيستل لاتر اوسه معلوم نه دی فکرکيږي چې په وينه کې دګوانيدونوسوکسينيک اسيد زياتوالی دترومبوسيد وظيفی دګډوډي سره مخامخ کوي او شايد په يوريميک ناروغ کې يوه اندازه دويني بهيدنی مسوليت په غاړه واخلي.

دپښتورګو دعدم کفايی فارمکولوژيک اغيزی

هغه دواګانی چې دپښتورګي دلارې اطراح کيږي که چيری دپښتورګي دعدم کفايی ناروغ ته ورکړ شي په فوري ډول د هغی تراکم او تسمم منځ ته راځي نو لدې کبله دهغی دوز

www.ketabton.com

دناروغ د وضعیت سره برابر تجویز شي. دقانون په ډول دشروع دوز باید قوي وي ترڅو چې د دوایي اغیزه ناکه تاثیر پیل شي. لیکن وروستنی دوزونه په غوره سره څیړل کیږي هرڅومره چې دوینی د کریاتینین کلیرانس لوړ وي په هماغه اندازه درمل کلیرانس کم دی نو لدی کبله د درملو دورکولو وخت باید اوږد وي او دغه حسابي معامله په اوتوتوکسیک درملو کې دپاملرنی وړ دی دغه لاندني انتي مکروبیل دواګانی دپښتورګو له لارې اطراح کیږي:

سفالوتین، سیفلوریدین، کولیستین، پولي میکزین، جینامایسین، کنامایسین، ستریپتومایسین او پنسلین. همدارنګه ونکومایسین او نایتروفورانتوئین او سلفامید هم دپښتورګي له لارې اطراح کیدای شي د تتراسایکلین یوه برخه او فینوباربیتال ټول دپښتورګي له لارې خارجیږي. په خپله مسکن اوباربیتورات دواګانی دومره توکسیک تاثیر نه لري نودهغی میتابولایت لکه فینوتیازین دزیات سیدیشن، شخوالي او هایپوتنشن لامل ګرځي فین فارمین او کلورپروپامايد هم دپښتورګو دعدم کفایی په ناروغ کې احتباس کوي چی معمولاً دلکتیک اسیدوزس او هایپوګلایسیمیا لامل کیږي.

دبلی خوا دپښتورګي په ناروغ کې د ازاتیوپین دوز کمیږي.

دقلبي ګلایکوزید دواګانی هم دپښتورګي په ناروغ کې دپاملرنی وړ دي ډیجوکسین په مکمل ډول د پښتورګي له لاری اطراح کیږي نو ځکه دپښتورګي په ناروغ کی احتباس پیداکوي او تسمم منځ ته راوړي نو اړینه ده چې دی ډول رنځور ته دنورمال دوز یو په څلور اویا یو پر درې دنورمال دوز ورکړو.

www.ketabton.com

پراکسمیل توبولر سندروم

دګلوکوز، فاسفیت، امینواسید، یورات، بای کاربونیت دوباره جذب د پراکسمیل توبولونو غوره دنده ده. که چیری دپراکسیمل توبول دا دنده ګډه وډه شي پورتنی مواد په زات مقدار په متیازو کې تیریږي.

داډول پیښې په دغه لاندنیو ناروغیو کې دلیدنی وړ دي:

۱- سیستینوزس (ډی تونې فانکونی سندروم) په ماشومانو کې لیدل کیږي.

۲-د دندو فلزاتو تسممات.

۳- هیپاتولاتتیکولر ډي جینریشن (په توبولونو کې دمسو تراکم)

۴- ګلکتوزومیا

۵-ملتي پل مایلوما (چې غیر نورمال پروتین په توبولونو کې ترسب کوي)

فانکوني سندروم هغه حالت دی چی ناروغ هایپوفاسفتمیا، ګلوکوزوریا، اسید امینویوریا، هایپوریوریسیمیا او کله کله اسیدوزس اوهایپوکلیمیا ولري او دغه پورتنی ټول خرابوالی دپراکسیمل توبولونو د دندو دخرابوالی پایله ده.

کلینیکي بڼه

دپښتورګو دځنډنی بی وسي پیل تدریجي دی په لومړي وخت کې پولي یوریا او نکچوریا شاید یواځنی ګیلي دي وروسته له هغی ناروغ د ضعیفي اوستوماتتیا څخه ګیله من کیږي، خستګي،خوبوړی حالت او تنفسي ستونځی غوره ګیلي بلل کیږي. اشتهاء کمه اودخولی مزه ډیره خرابه ده دسهار لخوا دوامداره زړه بدوالی رنځور د ډاکټر لیدلو ته

www.ketabton.com

اړوي نومونړی ناروغ خاسف وي او شايد په لمړی ليدنه کې دانيميا له کبله هيمتالوجست ته ور وپيژندل شي.

کله چې پرمختللي ازوتيميا او اسيدوزس ښکاره شي رنځور په بستر محکوم کيږي پدې رنځور کې ليترجي اوشديده هټکی او دتنی دعضلاتو ټکانونه ډيری زورونکي نښی دي که چيری دپښتورګو عدم کفايه تداوي نه شي دزړه عدم کفايه، پرمختللي انيميا په پوستکي اومخاطي غشا اوهضمي جهاز کې وينه بهيدنه پيداکيږي. درنځور پوستکي وچ، خاسف دی او تنفس يی دمتيازو په شان بوی لري که چيری دسترګو معاينه کې هيموراژ او اکزوديت وليدل شي دناروغ دسترګو ديد خرابيږي.

دپښتورګو دعدم کفايی په ناروغ کې يوځه اندازه سترګی راوتلی او اکزوفتلميا لري د ميتازو مقدار مخ په کميدو وي فبرونيزي، پريکارډايتس او پلور وزي منځ ته راتللی شي چې معمولاً بی درده او کله کله درد هم لري دا ګيلی دمرګ په نژدی ښوورځو کې ډګر ته راوځي.

ډيس اورينتيشن اوکوما دخدای بخښلي ناروغ دژوند اخرنی نښی دي.

۱-۱ جدول: کې د CRF ګيلی او نښی چې دبدن په هر سيستم پوري اړه لري يادونه شويده.

سيستم	ګيلی	نښی
عمومي	کمزورتيا، بی علاقه ګي، ستومانتيا	رنګ يې الوتی وي او ناروغ ښکاري
پوستکی	خارښت او ژر ژر وينه بهيدل	خاسف، ايکوموزس، پړسوب، وچوالی، نوکان يې نصواري

www.ketabton.com

		ښکاري، یوریمیک فراست
غوږ، پوزه او ستونی	پـه خولـه کـې دمیتالیـک مـزی احساس، دپوزی څخه وینه بهیدل	یوریمیـک فیتـور، دتـشو متیـازو بوی
سږي	سالنډي	رالونه، پلورل ایفیوژن
زړه او رګونه	دتمرین سره سالنډي دسترنوم شاته درد (پریکاردایتس)	هایپرتنــشن ، کاردیومیګــالي، فریکـشن رب فلـومرمر، دمتـرال والب تنګوالی دکلسیفیکیـشن لـه کبله، دابهر او ریوي دسام بی وسي دوالیوم دزیاتوالی له کبله
معده او کولمی	بـی اشــتهایي، زړه بــدوالی، کانګی، ایټکی، نس ناستی	
بولي تناسلي	نکچوریا، پولي یوریا، په نارینـه و کې جنسي کمزورتیا په ښځو کې امینوریا	ایزوستین یوریا
عصبي عضلي	Resless leg سندروم همیـشه پـه لنګیو کې کرامپ ډوله دردونه، بی حــسي او ښــکتنی اطرافــو تــه دموقعیت تغیر ورکول	
عصبي	تخرشــیت، دمــاغي او جنــسي کمزورتیا، بی حسي، تیتاني	ســـــتوپور، اســـــتریکزس، مایوکلونوس، محیطي نیوروپاتي او هایپوکلسیمیا

www.ketabton.com

۱-۲ جدول: دپښتورګو دځنډنی بی وسي ستیژونه

ستیژ	یادونه	GFR ml/min/1.73 m^2	کړنه
لومړی پړاو	پښتورګو اغیزمن خو GFR نارمل یا زیات	≥ ۹۰	لابراتواري پلټنی هیماچوریا، پرویتني یوریا
دوهم پړاو	پښتورګی اغیزمن وي GFR لږ کم شوی وي	۶۰-۸۹	دوینی فشار کنترول شي خواړه بدل شي
دریم پړاو	GFR په منځنی کچه کم شوی وي	۳۰-۵۹	دوینی فشار کنترول شي خواړه بدل شي
څلورم پړاو	GFR ډیر زیات کم شوی وي	۱۵-۲۹	دپښتورګو Transplantation
پنځم پړاو	دپښتورګو بی وسی	۱۵> یا دیالیزس	دپښتورګو ترانس پلانتیشن

قلبي وعایي تظاهرات

دپښتورګو بی وسی په حقیقت قلبي احتقاني عدم کفایه نه پیدا کوي. لیکن هایپرتنشن دزړه دهایپرتنسیف ناروغی دپښتورګو دناروغی سره معمولاً ملګری کیږي چې دزړه بی وسي دیوریمیا دمهمترینو اختلاطاتو څخه شمیرل کیږي. برسیره پردی هایپرتنشن او

www.ketabton.com

انیمیا دزړه بی وسي دپرمختګ ملاتړ کوي کله چې دپښتورگو بی وسي پرمختګ وکړي او رنځور د اولیګوریا مرحلی ته داخل شي نودمالګی او اوبو احتباس دوراني حجم زیاتوي او پلونري ازیما منځ ته راوړي چی د ډي جیتالیس پواسطه دهغی درملنه گران کار دی.

دپښتورگو په ناروغانو کې که چیری ازیما موجود وي دهغی علت دزړه بی وسي او هایپوپروتینیما دی لیکن دحادګلومیرولونفرایتس اودحاملګی دتوکسیمیا ازیما استثنایي حالت دی. دتوبولر نکروزس په اولیګوریک مرحله کې ازیما پرته دقلبي عدم کفایه اوهایپوپروتیمیا څخه منځ ته راتلای شي پدې شرط چې رنځور زیات مایعات واخلي.

هغه دزړه بی وسي چی د پښتورگو دعدم کفایی سره یوځای وي کله کله د ډي جیتال سره څه ناڅه ځواب وایي خو که چیری د GFR اندازه ډیره کمه شوی وي اودیوریا مقدار د ۱۰۰ ملي ګرام په سل سي سي کې زیات وي ډیورتیک هیڅ اغیزه نه لري پدې رنځورانو کې زیات مقدار فورس امايد او ایتاکرونیک اسید که دوریدي لاری تطبیق شي دمتیازو په جریان کې زیاتوالی ښکاره کیږي لیکن ددی دواګانو د اوتوتوکیستي خیال په سر کې وساتي.

دپښتورگو د بی وسی په ډیرو ناروغانو کی پولمونري ازیما پیداکیږي چې هغی مرکزي بڼه لري او په اکسری کې د اسمان سکالي (شب پرک) دوزونو په څیر ښکاري او دغه حالت ته کله کله (یوریمیک نومونیا) غلط نوم ورکول کیږي پرته داسناخو د ازیما څخه کانجشن نشته اوپه رنځور کې رالونه نه اوریدل کیږي ناروغ نارامه، متهیج دی او په

www.ketabton.com

پلمونیک ناحیه دزړه دوهم اواز لوړ وي چې دغه نښه د ډاکټر خبرتیا ده چې فوري ډي جیتالیس او ډایورتیک اویا دیالیزس پیل کړي.

پیري کاردایتس : که څه هم درد نه لري خو ځینی وخت شدید درد پیداکوي او دپریکارد په جوف کې وینه لرونکی مایع راټولیږي. یو خشن رپ نشته اوداالکتروکادیوګرام وصفي علامی ښکاري. دا افت تر هغه چې دویني دیوریا مقدار د ۸۰ ملي ګرامه په سل سي سي کې کم وي دلیدنی وړ نهدی داتر اوسه ښکاره نه دی چې په کوم میخانیکیت وروسته د هیمودیالیزس څخه د پري کاردایتس، پلوریزي انتخابي نښه ورک کیږي. خو کله چې دوینی یوریا او د سیروم کریاتنین سویه لوړه شي بیا عود کوي. مزمن پري کاردایتس د دیالیزس په ناروغ کې ترڅو اونیو پورې پاتی کیږي او قلبي خیال په اکسری کی غټ او لوی معلومیږي لیکن د تامپونادوصفي کلاسیکی نښه نه شته کله کله تامپوناد ښکاره کیږي پدې شرط چې دیالیزس په ناروغ کې وروسته دهیپارین دوا ورکولو څخه دپریکارد په جوف کې په ثانوي توګه وینه بهیدنه پیداشي.

هایپرتنشن: دپښتورګو دعدم کفایی په ناروغ کې هایپرتنشن تقریبا هروخت موجود وي دپښتورګو په پرمختللي عدم کفایه کې دمالګو احتباس غوره فکتور دی. دپلازما دامنیون سویه یوائی په څو ناروغانو کې چی خبیث هایپرتنشن لري ډیره لوړه ده په څو نورو رنځورانو کې د رینین دوامداره زیاتوالی اودزیاتی مالګی لوړوالی په ګډه سره دهایپرتنشن مسولیت په غاړه اخلي.

دبده مرغه دمالګی بندیز اودفشار ضد دواګانی دپښتورګو د دندو دنوری خرابی لامل ګرځي خصوصاً په هغه ناروغانو کې چې دوینی دیوریا مقدار د ۸۰ ملي ګرامه په سل سي

www.ketabton.com

سي کې زيات وي کيداى شي چې د پرفيوژن ډير کم کموالی دپښتورګو دغير معاوضوي عدم کفايې لامل وګرځي. ديالېزس او دمالګې بنديز يواځنى دتداوي لارى دي دهايپرتنشن تداوي هغه وخت اړينه بلل کيږي چې رنځور کې سردردي، ريتينوپاتي او دزړه احتقاني عدم کفايې ګيلى راڅرګنديږي.

ميتل دوپا د ۷۵۰ملي ګرامه څخه تر ۳ ګرامه پورې دورځى ورکول کيږي او فشار تر کنترول لاندې راوړل کيږي. دابه ډيره ښه وي چې پروپرانول ۱۰-۴۰ ملي ګرامه دورځى درى ځلي يوځاى ورکړل شي او همدارنګه هايدراليزين ۲۵-۷۵ ملي ګرامه دورځى درې ځلي ورکول کيږي د (ډاى بنزيليسن ۱۰ ملي ګرامه درى ځلي دورځى هم ورکول کيداى شي)

دغه دواګانى کله کله پرته دپښتورګو دخرابوالي څخه په زړه پورى ښه والى منځته راوړي. ګواتيندين ۱۰-۲۵ ملي ګرامه دورځى توصيه کيداى شي. ډايورتيک د ناروغى په اخر کې خپل تاثير دلاسه ورکوي او د متيازو جريان نه شي زياتولاى اودسوديم داطراح لامل نه ګرځي د هايپرتنشن سردردي داناالجزيک اويا دبسترى دسرد جګيدو پواسطه تداوي کيږي.

دمعدى او کولمو څرګندونى

دخولى يولسريشن اودنکفيه غدى التهاب په پرمخ تللي يوريميا کې منځ ته راځي اودهغى علت په خوله کې ديوريا بدلون په امونيا باندى اړه لري اودغه بدلون دخولى بکتريا له خوا اجراکيږي. اودبلى خوا ديوريا غلظت په لعابيه غدواتو کې ترټولو زيات دى.

www.ketabton.com

داډول بدبوی په اسیدوزس اوډیهایدریشن کې شته که چیری دخولی پاکولو ته پاملرنه وشي او غاښونه پاک کړل شي ددې اختلاطاتو څخه مخنیوی کیږي.
بی اشتهایي، زړه بدوالی، هټکی اوکانګی دیوریمیا غوره ګیلی دي په ۵۰ سلنه ناروغانو کې کانګی ازاد اسیدونه نه لري. دهضمي جهاز په هره برخه کې دوړوکو اوعیو دتخریباتو له کبله وینه بهیدنه پیداکیدای شي. وینه لرونکی نس ناستی ډیره خواشیني کونکی ګیله ده دګیدی شدید درد، نس ناستی او کانګو سره یوځای پیداکیږي. همدارنګه کیدای شي چې دپري کاردایتس او یا پانکراتایتس عوض وي دپانکرایتس تفریقي تشخیص ځینی وخت ګران دی دلته ځکه دپښتورګو په عدم کفایه کې هم دسیروم امیلاز لوړه ده.
دکانګو درملنه زیاته پاملرنه غواړي باید مناسب ډیهایدریشن اجراشي.اسیدوزس تداوي کړو اودسودیم کموالی معاوضه شي. بی اشتهایي چې دسودیم دکموالي اولنی عرض دی دسودیم په اصلاح کولو سره بی اشتهایي اودزړه بدوالي دواړه له منځه ځي.ځینی وخت سره له دې چې دسیروم الکترولیت اصلاح شوی هم دی زړه بدوالی اوکانګی دوام کوي په داسی پیښو کې کم مقدار فینوتیازین اویا ډي فینل هیدرامین ورکول کیږي او غذایي رژیم باید دوړوکي او څو ځله ورکړل شي چې داکار د کانګو او دزړه بدوالي دښه والي لپاره ګټور تمامیږي. که چیری بیا هم کانګی دوام ولري ټول خوراک دخولی له لاری درول کیږي او دزړه بدوالي وروسته دپریتونیل دیالیزس اویاهیمودیالیزس څخه ښه والی مومي. که سره لدی هم ثابت پاتی شي دهیاتل هرنیا لټه وکړي خصوصاً په هغه ناروغانو کې چې کولی سستمیک ناروغی هم لري.

www.ketabton.com

عصبي عضلي ګډودي

دماغي خړپړتيا ، يوټکی ته دپام اړول، خوبوړی اوليترجي حالت د پرمختللي يوريميا اودمهمو اعراضو د ډلی څخه شميرل کيږي، الکترو انسفالوګرافي زياتره غير نورمال ده، سايکوتيک پرابلمونه هم زورونکي دي ناروغ ځينی وخت غير کنترولي نارامي لري. هايپوناتريميا ، اسيدوزس او ډيهايدريشن دکوما غوره لاملونه دي اوکله کله چې نوموړی عوامل تداوي شي کوما له منځه ځي څرنګه چې ډير مسکن درمل دپښتورګو دلاری اطراح کيږي نو دهغی ټولنه هايپوتنشن اوغير شعوري حالت پيداکوي چې بايد ديوريميا اخرنی مرحله دکوما سره غلطه نه شي.

سره لدی چې هايپوکلسيميا دپښتورګو په ناروغيو کې عموميت لري خو تيتاني زياته نه ليدل کيږي. ددې اصلي ميکانيزم لاتر اوسه معلوم نه دی داسی فکر کيږي چی شايد اسيدوزس دا حملات وقايه کوي ځکه چې دپروتين کامپليکس څخه کلسيم ازاديږي دبلی خوا په يوريميک ناروغ کی دسيروم دمګنيزيم زياتوالی هم شايد رول ولوبوي.

څرګنده تيتاني الکلي په ورکولو کی دليدنی وړ دی خصوصاً که چيری هايپوکلسيميا موجود وي اوکولای شي چې داحالت دکلسيم دمالګو په ورکولو سره تداوي کړو (کلسيم ګلوکونات يا کلورايد). هايپوکلسيميا او الکلوزس اختلاجات منځته راوړي پرته لدی چې تيتاني پيداشي څرګنده رعشه، عضلي ټکان او تخرشيت ديوريميا له کبله پيداکيږي اود هايپو کلسيميا پوری هيڅ اړه نه لري اودکلسيم په ورکولو سره اصلاح کيږي. کله کله دا اعراض دهايپوناتريميا داصلاح سره ښه والی مومي معمولاًدا اعراض د دياليزس پواسطه له منځه ځي نوويلای شو چی ددی اعراضو منشه ميتابوليک ده نه وعايي.

www.ketabton.com

فليپينګ رعشه دهيپاتيک کوما دعشې په څير ده. په ازوتيميک ناروغ کې کله کله دفينوتيازين زيات ورکول شخي، رعشې او حتی اختلاجات پيداکولی شي. دميرګيوحملات په هايپرتنشن ناروغ کې دليدنې وړ دي او ښکاره وعايي منشه لري دا ډول حملات د ديازيپم اوسوديم فينوباربيتل په ورکولوسره د وريدي يا عضلي لاري ښه کنټروليږي. ډي فينيل هيدانتوئين دحملاتو د ريلپس څخه کلک مخنيوی کوي، همدارنګه اختلاجات دهايپوناتريميا له کبله هم پيداکيږي چې داوبو د انفلتريشن پورې اړه لري کله چې دويني يوريا په چټکتيا سره دهيموديالېزس پواسطه کمه شي دخوبوړي، سردردي او اختلاجات په رنځور کې منځ ته راځي چې دهغی علت دماغي ازيما ده چې دخارج الحجروي د اسموتيک فشار دکموالي څخه پيداکيږي او ورته (ډيس ايکويليبريم سندروم) وايي. بله عقيده داسې ده چې دا اختلاجات په يوريميک ناروغی کې دهغه دېپريسانت موادو ژر له منځه وړل دي چې په يوريميک مرحله کې راټول شوي وو او داسې مثال لري لکه دمعتاد رنځورانو کې باربيتورات او الکول منع شي.
دشپې لخوا عضلي دردونه او کرمپ شايد د ډيهايډريشن اويا دمالګې کموالی نتيجه وي او اکثره دهايپوټنشن په تداوي کې ليدل کيږي اويا داچې دمحيطي نيوراپاتي شايد لمړنی خبرورکونکی ګيلي دي.

محيطي ډي ميالينتنګ نيوراپاتي

اکثراً په هغه ناروغانو کې چې دڅو مياشتو لپاره ديوريميا سره ژوند کوي منځ ته راځي او اکثراً په لنګو کې ځای لري همدارنګه په هغه ناروغانو کې چې ناکافي ديالېزشوی همدا ډول دردونه شته دکندکشن تايم هيڅکله نه اوږديږي. ناروغ شايد دپښو دکرښتې، ستن

www.ketabton.com

وهلو او ستونځو څخه ګيله من وي کله چې دعضلاتو ضعيفي پيداشوه دپښو وچيدل او پراليزس پرمختګ کوي ويتامين بي ۲ او ويتامين او نور ويتامينونه مرسته نشي کولای چې ناروغ ددې اعراضو څخه وژغوري ددې امراضو دمخنيوي لپاره يواځی اساسي هيمودياليزس ګټور تماميږي چې په تدريجي ډول درنځور دښه والي لامل ګرځي نوراپاتي دپښتورګو داساسي پيوند اوبريالي عملياتو سره ښه والی مومي.

هيماتولوژيک ګډوډي

نورموسيتيک اونورموکروميک انيميا غوره نښه ده که څه هم دازوتيميا دمقدار سره اړه لري خوبيا هم دانيميا ميکانيزم دپښتورګي په عدم کفايه کې ډير کړکيچن بحث دی ويل کيږي چې هيموليزس اودهډوکو دمخ انحطاط رول لري. دهډوکو دمخ وظيفي ګډوډي پيداکوي اونشي کولای چی اوسپنه دوينی دجوړښت له پاره چمتو کړي ځکه چی دلته د اريتروپوئيتين سويه او اسپنی ذخيره او هيموليزس دری واړه په ګډه سره دکمخونی مسوليت په غاړه اخلي.

د ريتيکولو اندوتيليل ميتابوليزم هم خرابيږي اودهيموګلوبين دکتابوليزم څخه داوسپنی ازاديدل چی دهډوکو دمخ ذفيره جوړوي دخرابی سره مخامخ کيږي دفوليت اواسکوربيک کموالی داريتروپوئيتين په ګډون د يوريميا په ناروغ کې کمخوني پيداکولی شي.

که چيری دوينی دهيموګلوبولين د ۷ ګرامه په سل سي سي کې کم وي ترانسفيوژن د انيميا ګيلی لکه بی اشتهايي، ضعيفي اونفس تنګي کموي. که چيری وغواړی چې ترانسفيوژن پواسطه هيموګلوبين نورمال حد اويا نژدی نورمال حد ته راورسوي داکار

www.ketabton.com

اګاهانه عمل نه دی او درنځور په ضرر تماميږي. که چيری دويني پروتين کم وي دتولی
ويني ورکول ښه دي او د هيموګلوبين دزياتوالي لپاره يواځی سروکريواتو ته ترجيح ورکول
کيږي. دزړه احتقاني عدم کفايی په ناروغ کې د ترانسفيوژن ورکول زياته څارنه غواړي
اوبايد خالص سره کريوات دناستی په حالت کې رنځورته ورکړي دبيځايه ترانسفيوژن
څخه ډډه په کار ده ځکه پرله پسی ترانسفيوژن دوايرل هيپاټيټس وقوعات زياتوي.

هغه ناروغان چې په مزمن ډول د دياليزس لاندی دي د ۱۵-۲۰ سلنه پوری هيماتوکريت
زغملی شي، ځينی وخت انيميا د اوسپنی دکمښت له امله چې په دياليزس کې پيداکيږي
هم منځ ته راځي. داډول انيما داوسپنی او اندروجن په ورکولو ره څه ناڅه ښه والی مومي په
څو هغه ناروغانو چې دپښتورګو پولي سيستيک ناروغی لري انيميا لږه اويا هيڅ نه وي.
داځکه چې پدې رنځورانو کې داريتروپويتين سويه دنورمال څخه زياته ده.

په يوريميک ناروغ کې دويني بهيدنی پيښنی زياتی دليدنی وړ دي. ايکيموزس دپزی
ويني کيدل اودمخاطي غشا څخه دويني راتلل عمده نښې دي.

بليډينګ ټايم او کلاټنګ ټايم معمولاً نورمال دی خو داوعيو فرجيلتي زياتيږي
اوترومبوسايت شمير کم دی دپروترومبين تايم کله کله غير نورمال وي دترومبوسيت په
توصيفي وضعيت کې هم بدلون پيداکيږي.

چې دترومبوسيت دښتلو وظيفه په غاړه لري په نزفي حادثو کې خرابيږي دترومبوسيت
التصاقي خاصيت کم شوی او دپروتين دکم غذايي رژيم سره نه اصلاح کيږي درملنه يې
عرضي ده اودتازه وينی په ورکولو سره چې دترومبوسيت څخه غني ده ښه والی پيداکولی

www.ketabton.com

شي په منظم ډول هيموديالېزس دويني بهيدني پېښې کموي او دا دترومبوسيت دنده بيرته دنورمال حد ته راګرځوي.

پوستکی

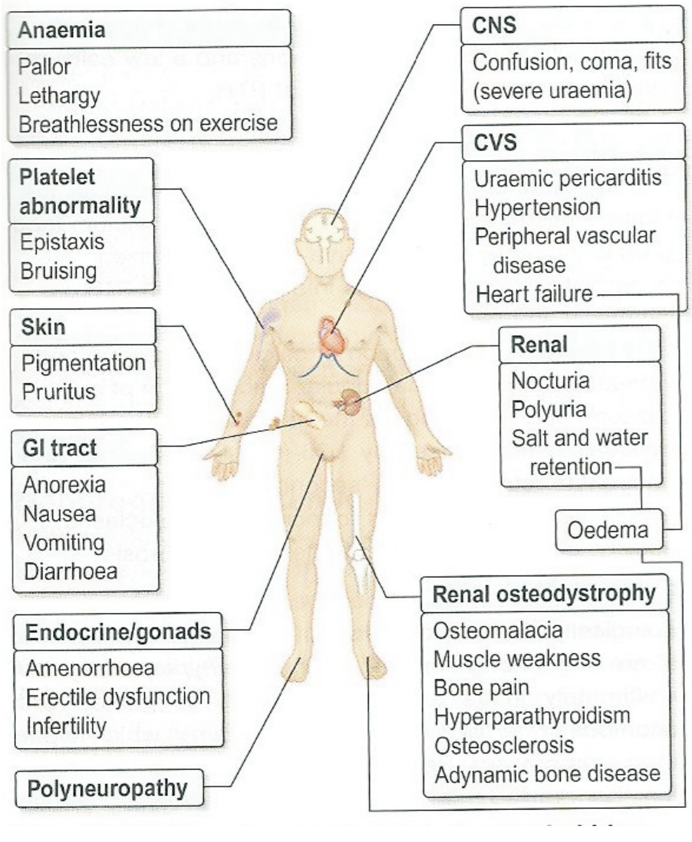
دکيروتين په شان دژيړي مادي توليد له يوی خوا انيميا اودبلی خوا د رنځور پوستکی ته ژيړ بخن رنګ ورکوي په خولو کې دزيات يوريا موجوديت کولی شي چې وروسته دوچيدو څخه دپوستکي له پاسه ديوريا کرستلونه ديخ وهلي شبنم په څير معلوم شي.
خارښت يوغير ثابت عرض دی اودويني ديورياسره کومه اړه نه لري بلکه سطحي تخريش او وچ والی دخارښت غوره عوامل دي. شديد خارښت په پوستکي کې دکلسيم دځای په ځای کيدو پايله ده ځينی وخت په شديد ثانوي هايپرپارا تايروئيديزم کې خارښت دليدنی وړ دی اوپه دراماتيک ډول وروسته د پراتايروييدکتومي څخه ورک کيږي.خارښت ځينی وخت دحمام په کولو د ځينو مرحمونو داستعمال او ډي فينيل هيدارمين HCL پواسطه کراريږي.
که چيری ستروئيد په خفي توګه استعمال شي هم خارښت کمولی شي داتتي مکروبيل صابون کارول دپوستکي دتخريش څخه هم مخنيوی کوي.

انتانات

که چيری ازوتيميا کمه وي دا ناروغان داتتاناتو په وړاندی بی لامله حساس دي ليکن دپښتورګي په پرمختللي عدم کفايه کې داتتاناتو اختلاطات زيات دليدنی وړ دي ديوريميا له کبله دلوکوسيت شمير نه کميږي خودهغی فګوسايتس اومکروب وژونکی توان له منځه ځي. سلولراميونيتي هم خرابه ده خراب غذايي رژيم دسږو احتقان اوازيما

www.ketabton.com

اوکوما اوداوعیو عدم کفایه دمثانی کتیتر داتول په ګډه سره داتناني پیښو لپاره زمینه برابروي دکتیتر داستعمال پواسطه نکروتایزینګ سستایتس اووژونکی پیښنه پیداکیږي که چیری په یوریمیک ناروغ کې دنامعلوم سبب له کبله دوینی فشار ټیټ اوپه ناڅاپي ډول د بی هوشی او کوما پیداشي داتناناتو اووینی بهیدنی پیښو پلټنه په کار ده.



۱-۴: شکل دپښتورګو دمزمن عدم کفایې ناروغ کې کلینیکي ګیلې او نښې

www.ketabton.com

درملنه

دپښتورګو ناروغی په هره مرحله کې چې Oligouria پیداشي دغذايي رژیم په پروتین بندیز لګول کیږي، لیکن په نکروتیک سندروم کې د پروتین ورکول باید زیات شي. دپروتین بندیز یواځی دوینی دیوریا او نایتروجن مواد او میتابولیک اسیدونه کموي. لیکن دپښتورګو په دنده کې کوم بدلون نه شي راوړلی. دپښتورګی دعدم کفایی په ناروغ کې د تستستیرون ورکول دوینی یوریا کمولی شي پدې شرط چې دا هورمون دځو اونیو لپاره تطبیق شي خو سره لدی اغیزه یې کمه او محدوده ده. رنځور ته باید کافي اندازه کاربوهایدریت او کالوري ورکړل شي اوداکار کیتواسیدوزس مخه نیسي او رنځور وزن نه بایلي. دبلی خوا زړه بدوالی، کانګی او لیترجي ددی ډول غذايي رژیم سره ښه والی مومي. دپښتورګي عدم کفایی ناروغی نن ورځ ددیالیزس اودپښتورګو دپیوند پواسطه تداوي کیږي.

ددیالیزس د درملنی رول

داخبره نن ثابته ده چې متناوب دیالیزس دځینو ناروغانو عمرزیاتوي لیکن ټول ناروغان ددې ګټې څخه بهره نشي اخیستلی. برسیره پردی تداوي دسودیم کمښت د هایپرتنسیف ناروغانو کې ښه والی منځ ته راوړي. نن ورځ دیالیزس په دوه ډوله دی اودمصنوعي پښتورګي په توګه کارول کیږي.

www.ketabton.com

پریتونیل دیالیزس

پدې عملیه کې فزیولوژیک مایعات دهغه کتیتر له لارې چې د پریتوان په جوف کې اینښودل شوی داخلیږي. دامایع د ۲۰ دقیقو نه تر یوساعت پورې دپریتوان په جوف کې پرینښودل کیږي او په دغه وخت کې سلوټ مواد (یوریا ، فاسفیت، یوریک اسید) دوینې څخه د ډیالیزس دممبران له لارې فزیولوژیک مایع ته ننوزي او بیا ددغه ځایه څخه مایع را ایستل کیږي او دازیان رسونکي مواد له ځانه سره راباسي. دا عملیه ۳۰-۴۰ ځله پورې اجراء کولی شو. دپریتونیل دیالیزس درې استطبابه لري.

۱- که چیرې رنځور د ټولو ساتونکو درملنو پر وړاندې چې مخکې ترې یادونه وشو ښه والی پیدانه کړي دا عملیه تر اجراء لاندې نیسو. دازوتیمیا شدید ناروغ وروسته لدې عملې څخه په درې ورځو کې ښه والی مومي. دېلې خوا هغه رنځوران چې په کافي اندازه الکترولیت مایعات او غذایي رژیم نه شي اخیستلی ددې عملې استطباب شته.

۲- دهولډینګ اکشن په څیر په هغه رنځورانو کې چې ۲۰ ګرامه پروتین او کافي کالوري اخلي داعملیه وروسره استعمالیږي ترڅو چې رنځور دمزمن دیالیزس (هیمودیالیزس) په منظم پروګرام کې شامل شي اویا هغه رنځوران چې دپښتورګو پیوند یې اجراکړیدی ددې عملې استطباب شته.

۳- داعملیه ددې لپاره کارول کیږي چې دمزمن یویمیا ناورغ د هیمودیالیزس اشنایي پیداکړي او باید د (ډیس ایکویلیبریم) سندروم څخه مخنیوی وشي چې پدې پروګرام کې راتلونکی دی.

www.ketabton.com

داسندروم په مزمن ديالیزس ناروغانو کی دسایکوزس او اختلاجاتو پواسطه پیل کوي او په اسانی سره پیژندل کیږي.

ځنډنی پریتونیل دیالیزس

څرنګه چې د ډیر وخت لپاره د پریتوان په جوف کې د کتیتر ایښودل مناسب نه دي اودبلی خوا دا درملنه دڅومیاشتو وروسته کوم تاثیر نه لري نو ځکه مزمن پریتونیل دیالیزس په زیاته پیمانه داجراء وړ نه دی او دغه اختلاطات پیداکوي:

۱- انتانات

۲- دپریتوني مایع له لاری دپروتین ضایع کیدل.

۳- درد

۴- دوینی بهیدنی پیښی

خو نن ورځ داسی پروګرامونه شته چې رنځور په کور کې خپله درملنه کولای شي دپروتین ضیاع مهم پرابلم نه دی دپروتین سره علاج کیدای شي لیکن سره لدی هم ډیر خلک هیموديالیزس خوښوي.

هیموديالیزس

دپښتورګي دعدم کفایی لپاره ډیر پرمختللی میتود دی دلته دیو پلاستیکي تیوب پواسطه دایمي شریاني وریدي شنټ پیداکیږي چې بی درده او ساده دی. دغه لاندیني ناروغان دهیموديالیزس کاندیدان نه دي:

۱- واړه ماشومان

۲- شدید دیابیتیک ناروغان

www.ketabton.com

۳-هغه خلک چې د سامان پر وړاندی حساسیت لري .

دهیمودیالیزس تدابیر

دهیمودیالیزس استطبابات:

۱- که GFR په یوه دقیقه کې د ۱۰ ملي لیترو څخه کم شي.

۲- دسیروم کریاتینین ۸ ملي ګرام پر دیسي لیتر وي.

۳- دسیروم یوریا د ۳۰ ملي مول پر لیتر (۱۸۰ ملي ګرام پر دیسي لیتر) څخه زیات شي.

۴- په دیابیتیک کسانو کې په یوه دقیقه کې GFR د 15ml او دپلازما کریاتنین ۶ ملي ګرام پردیسي لیتر وي.

۵- هایپرکلیمیا (پوتاشیم د ۶ ملي مول پر لیتر څخه زیات وي)

۶- میتابولیک اسیدوزس (PH د ۷،۲ څخه کم وي)

۷- یوریمیک پریکاردایتس

۸- یوریمیک انسفالوپاتي (اختلاجات ، نیوروپاتي)

۹- هایپروالیومیا چی د درملنی په وړاندی ټینګار وي.

۱۰- کوواګولوپاتي.

رنځور باید په فوري ډول دهیمودیالیزس پروګرام کې داخل شي ترڅو دخطرناکو اختلاطاتو څخه لکه دهډوکو افت، ضعیفي نیوراپاتي مخه ونیوله شي. دهیمودیالیزس په ناروغانو کې دمړګ اصلي علت وعایي افت دی او یا دوینی فشار دلاړښود په ډول تر کتنی لاندی ونیسو. هیمودیالیزس دغه لاندنی اختلاطات لري:

www.ketabton.com

۱- محيطي نيوراپاتي که څه هم ددی ناروغی سره ښه والی مومي خو په ځينو پيښنو کې په خپله عمليه ددی اختلاط لامل ګرځي.

۲- انيميا : معمولاً ددی عملی سره ښه والی پيداکوي خو په لمړی مرحله کې تر يوکال پوری د سروکويواتو خالص ترانسفيوژن د تطبيق وړ دی، ليکن ځينی داسی پيښنی شته که چيری د رنځور دواړه پښتورګي ايستل شوی وي زيات انيمی کيږي او د ترانسفيوژن پر له پسی ورکول په رنځور او ستاف کې د هيپتايتس پيښنی زياتوي، داسترلين انتي جن لټول په کار دي که چيری هيپتايتس وموندل شو رنځور بايد تجريد او دهغه مصنوعي سامان بل چاته استعمال نه شي. ډاکټر او نور ستاف ساتونکی درملنه بايد ونيسي دګاماګلوبولين ورکول ساتونکی رول لري.

۳- دا رنځوران سخت خارښت لري او حتی دهيموديالېزس سره ځواب نه وايي او شايد پزه تايروئيدکتومي په مقابل کې دراماتيک ښه والی ښکاره کړي.

۴- پريکارډايتس دهيمورژيک او غير هيمورژيک انفيوژن سره پيداکيږي ولو که رنځور کافي دياليزس شوی هم وي دا اختلاطات محافظوي تداوي غواړي او په لږو پيښنو کې پري کارډيکتومي ته ضرورت پيښيږي.

۵- سب ډيورل هيماتوما او ډس ايکويلبيريم سندروم پرته له کوم ترضيض څخه پيداکيدای شي.

۶- اوستيوپوريزس او ميتاستاتيک کالسيفيکيشن بل مهم اختلاط دی چی دپښتورګو دعدم کفايی په ناروغانو کې ليدل کيږي دا د پاراتايروئيد غدی د زيات فعاليت پايله ده.

www.ketabton.com

که چیرې رنځور کافي دیالیزس هم شي دا اختلاط سپین سترګي کوي دلته یوازې د هایپرکلسیمیا تداوي ګټوره ده.

۷- دفخذي حرفقي مفصل (Hip) اسپتیک نکروزس پیداکیږي اودامعمولاً په هغه خلکو کې چې د دوه کلو لپاره چې د هیموديالیزس لاندې وي زيات د لیدنې وړدي.

۸- رینل اوستیودستروفیا بل مهم اختلاط دی.

۹- دخارجي شنټ انتانات او علقې پیداکیدل.

۱۰- د دیالیزیت مایع منتن کیدل.

۱۱- هایپرتنشن.

ګلومیرولر ناروغۍ (Glomeruler Disease)

کلینیکي بڼه او د ګلومیرولر ناروغۍ ویشنه

هغه رنځور چې پدې ناروغۍ اخته دي دځو کلینیکي ستونځو له کبله د ډاکټر مشورې ته ورځي، دحاد نفراتیک سندروم رنځوران، دګروس هیماتوریا او خړې پړې متیازو څخه ګیله من وي، هیماتوریا میکروسکوپیک بڼه هم لرلای شي. ځینې رنځوران دزیړمو دپړسوب او یا د ښکتني اطرافو د ازیما له امله د ډاکټر مرستې ته ورودانګي. همدارنګه په حاد نفراتیک سندروم کې د هایپرتنشن او دمایعاتو د احتباس نښې هم شته. برسره پردې کلینیکي بدلونونه په ناروغانو کې هستالوژیک او مورفولوژیک بدلون هم منځ ته راولي چې ډول ډول انزار غوره کوي. دنمونې په ډول هغه ناروغان چې ګروس هیماتوریا لري شاید دفوکل ګلومیرولونفرایتس اولنی عرض دی اویا داچې په چټک پرولیفراتیف ګلومیرلو نفرایتس علامه وي دا دیوپاتیک ریکورنت هیماتوریا انزار ډیر ښه او د

www.ketabton.com

پروګراسيف ګلوميرولونفرايتس انزار ډير خراب دي حال داچې په دواړو ناروغيو کې يوازې ګروس هيماتوريا غوره نښه ده. دبلې خوا د حاد ستريپتوکاکل ګلوميرولو نفرايتس انزار ښه دي خو کله چې پښتورګي وړوکي او سکليروتيک ګلوميرولونفرايتس ښکاره شي انزار يې ډير خراب دي.

۱- حاد نفرايتس سندروم

که چيرې پدې رنځورانو کې هيماتوريا او د سروکريواتو کيست وليدل شي په ډيفيوژ يا فوکل ګلوميرولونفرايتس دلالت کوي. ددغه التهابي وتيرې ارتشاح دميزانجيوم اويا دشعريه اوعيو د اندوتليل اويا اپي تيليل طبقه اخته کوي اويا داچې دواړه طبقې ماوفه کيږي. همدارنګه ګلوميرولونه د لوکوسيت او پولي مارفونوکلير حجراتو پواسطه نيول شوي او هغې ته اکزوداتيف ګلوميرولونفرايتس هم وايي. دابايد وويل شي هغه خلک چې ۳۰-**۵۰** سلنه پيښو کې چې هيماتوريا ولري د پروليفراتيف ګلوميرولونفرايتس څرګندونې په کې نه ښکاري اوشايد يوازې دممبرانوس او فوکل ګلوميرولو سکليروزس نښه وي. يوشمير نور ناروغان هيڅ ډول کلينيکي ګيلې نه لري، يوازې د روتين معايناتو په ترڅ کې ابنارملتي ښکاره کيږي، په ګلوميرولر ناروغۍ کې د متيازو ابنارملتي داده چې سره کريوات اودهغه کيست او پروتينوريا موجود وي دپښتورګو د وظيفوي تستونو او دهغه کليرانس نورمال يا دنورمال څخه زيات اويا ډير کم خراب شوي وي.

که چيرې پښتورګي په زياته اندازه خراب شي رنځوران سمپاتوماتيک دي په هغه رنځورانو کې چې دوامداره هيماتوريا اوکم دوامه پروتينوريا لري انزاريې ښه دي ځکه ددغه درې علامو شته والې دپښتورګې دپرانشيم په ناروغۍ دلالت کوي د سروکريواتو

www.ketabton.com

دکیست موجودیت په عین اندازه کلینیکي ارزښت لري که چیرې دسروکریواتو کیست او پروتینوریا موجود نه وي اورنځور یوائې هیماتوریا ولري دبولي لارې د نورو ناروغیو اوکانسر فکر په کار دی.

۲- نفروتیک سندروم

که چیرې پروتینوریا زیاته و رنځور ازیما او دنفراتیک سندروم نورې ګیلې او نښې ښکاره کړي دا ناروغان په کلینیکي نفروتیک سندروم اخته دي.

دلته هم دفارمکولوژي او فزیولوژي له نظره دپښتورګو وظیفې ډول ډول دي که چیرې په عادي میکروسکوپیک معاینه کې ګلومیرولونو نورمال (منیمل چینج اویا نیل ناروغې په لیپوئید نفروزس) ولري دکورتیکوستروئید تداوي په زیات شمیر رنځورانو کې ښه والی پیداکوي. لیکن په هغه ناروغ کې چې نفروتیک سندروم په ثانوي توګه وروسته دممبرانوس ګلومیرولونفرایتس اویا پرولیفراتیف ګلومیرولو نفرایتس پیداشوی وي دکورتیکوستروئید درملنه کوم رول نه لري. نو ویلی شو چې دوامداره نفروتیک سندروم دخراب انزارو سره مل دی.

۳- دپښتورګو دګلومیرولونو ناروغې کیدای شي چې دپښتورګي مزمن عدم کفایه پیداکړي.

اتیولوژي

اسباب یې په لاندې ډول دي

دګلومیرولر ناروغیو ویشنه

۱- کلینیکي

www.ketabton.com

الف- حاد نفراتیک سندروم

ب- یواځې دمتیازو ابنارملتي چې ګیلې نه لري.

ج- نفروتیک سندروم

د- دپښتورګو ځنډنی عدم کفایه.

۲- مارفولوژي

الف: منیمل چینج

ب: ممبرانوس نفراپاتي

ج: فوکل ګلومیرولوسکلیروزس

د: پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس

۱- فوکل ورسوز ډیفیوز

۲- اکزوداتیف

۳- میزانجیل

۴- میزانجو کپیلري (ممبرانو پرولیفراتیف)

۳- ایتالوژي

الف: پرایمري ګلومیرولر ناروغی

ب: ګلومیرولر ناروغی چې په ثانوي توګه د اسکیمیک ناروغی څخه پیداکیږي.

ج: ارثي ګلومیرولر ناروغی.

www.ketabton.com

پتوجنيزس

په اخرنيو څوکلونو کې څېړنو داسي ښودلې دې چې امينولوژيک ميکانيزم چې د ګلوميرولونفرايتس په پيدا ايښت کې رول لوبوي. يونه تر پنځه سلنه ناروغانو کې په خپله ګلوميرولونه دقاعدوي عشا په ضد انتي باډي جوړوي دا انتي باډي که چيرې دماوفه ګلوميرولرلس څخه جدا اوپه حيوان کې زرق شي په عين څير افت پيدا کوي اودی ته انتي (GBM) ګلوميرولو نفرايتس وايي.

بل ډول يې امينوکامپلکس ګلوميرولر ناروغی ده چې پدی ناروغی کې انتي جن، انتي باډي کمپلکس دوينی په دوران کې جوړيږي او د دوراني لارې د پښتورګو ګلوميرولونو ته ځان رسوي.په دغه دواړه ډوله افتونو کې لمړی التهابی وتيره اوبيا دګلوميرولونو تخريب منځ ته راځي او په التهابي وتيره کې دکامپليمنت سيستم فعاليه کيدل ستر رول لري.دکامپلمينت سيستم دکاسکيت په څير غبرګون پيداکوي. همدارنګه دکاتينک سيستم فعاله کيدل دهجمن فکتور له مخی په ګلوميرولرنو کې دفبرين د تولیدو لامل ګرځي چی په پايله کې فايبروبلاست مداخله کوي او دګلوميرولونو فايبروزس منځته راوړي. دفعال هجمل فکتور يوه برخه د کينين او کيليکرين او برايډی کينين سيستم فعاله کوي. کليکيرين څرګنده کيموتکتيک او بريډيکنين يو وازواکتيف امين دی چی دپښتورګو د اوعيو د پرميبياليتي دبدلون لامل ګرځي.

همدارنګه کامپليمنت سيستم پرته له پورتني لاری د پروپرډين اونورو فکتورونو پواسطه فعاله کيدای شي پدې لاره کې په مستقيم ډول (سی بيتااګلوبولين) رول لري. اودکامپلمينت نوری برخی C4,C2,C1 برخه نه لري.

www.ketabton.com

دامینوفلوریسنت کتنی داښکاره کړیده چی C4,C2,C1 غلظت نورمال او پښتورګو کې نشته همدارنګه په سیروم کې د فعال فکتور(فکتور بي) کمیږي.

ځینی داسی ناروغی شته چی نه انتیجن انتي باډي اونه کامپلیمنت سیستم رول لري، بلکه یواځی دکلاټینک فکتور فعاله کیږي اودګلومیرولونو دشعریه اوعیو په لوپ کې زیات مقدار فبرین ځای په ځای کوي.

بله نظریه داده که چیری دګلومیرولونو میزانجیل حجرات خپله دنده اجرانه کړي داډول ناروغی پیداکیږي.

میزانجیل حجرات دپښتورګو په ریتیکولواندوتیلیل دنده لري او اجنبي مواد رومبی لدی چی دشعریه اوعیولخوا تخریب شي ددی حجرو پواسطه لری کیږي دا دنده هغه وخت دخرابی سره مخامخ کیږي چې امین ګلوبولین په میزانجیل حجراتو کې ځای ونیسي.

بالاخره دپښتورګو یو لړ ناروغی دمیتابولیک ګډوډیو پایله ده لکه:

۱- دیابیتس میلیتوس

۲- امایلوئیدوزس

۳- فایبریز ناروغی

۴- ګوشیر ناروغی

۵- دګلومیرولر ارثي فامیلي ناروغی (Alport syndrome)

۶- فامیلي سندروم

۷- نیل، پتیلا سندروم Nil pettela

www.ketabton.com

Anti glumerular basement membrane ناروغی

ایتولوژي

ددی ناروغی کلاسیک مثال Good posture's سندروم دی. داسندروم دژوند ویره ونکی، ریوي هیمورژ او هیموپتیزس لري اودبلی خوا هیموسیدرین، لیدن مکروفاژ حجری په بلغم کې دلیدنی وړ دي. او برسیره پردی دا رنځوران په نکروتایزینګ، ګلومیرولونفرایتس باندی اخته دی، دا ناروغی اکثراً په نرانو کې پیداکیږي اوزیاتی وژونکی پیښې منځته راوړي، نوموړی سندروم په ۱۹۱۹ کال کې د ګوډپاسچرلخوا تشریح شویدی، دا ډول ناروغی د انفلوانزا په اپیدیمي اوهایدروکاربن په تماس کې زیات دلیدنی وړ دی. که چیری دا رنځوران دانفلوانزا اویا هایدروکاربن اویا نورو انتاناتو سره ملګری شي لمړی داسناخو په قاعدوي غشا کې تخریبات پیداکوي اوبیا دامادہ انتي جنیک خاصیت ځانته نیسي چی په پایله کې په سږو کې ددی انتیجن په ضد انتي باډي جوړیږي او دسږو دافت لامل ګرځي او برسیره پردی په چټکتیا سره دګلومیرولونو نکروتایزینګ افت څرګندیږي.

پتالوژي

په دوران کې دانتي GBM انتي باډي معلومول د امینوفلوریسنت دمیتود پواسطه اجراء کیږي اوزیات تشخیصیه رول لري. ددی سندروم کلینیکي بڼه دامین ګلوبولین (لمپي بمپي) ویش په څیر منل شویده. دابڼه زیاتره امین کامپلکس ته ورته والی لري کله کله داډول بدلون دلوپوس په ناروغانو کی هم لیدلی شو.

www.ketabton.com

تشخیص

ددی ناروغی په توپیري تشخیص کې ټولی هغه رنځوری چی دپلمونري هیمورژ او کلیوي عدم کفایی سره ملګری په فکر کې نیول کیږي. داډول افت په پولي ارترایتس نوډوزا ، ویګنرګرانولوماتوس او بکتریل اندوکاردایتس کې منځته راځي. همدارنګه په یوریمیک ناروغانو کې دزیاتو مایعاتو ورکول او دپلمونري ازیما پیدا ایښت همدا ډول کلینیکي بڼه لري. لیکن په یوریمیک رنځور کې داډول ګیلي پرته د دیالیزس اوډیورتیک څخه له منځه نه ځي حال داچی پدې سندروم کې ځینی وخت شدیده وینه بهیدنه پرته دهیماپتیزس څخه ښکاره کیدای شي.

رادیوګرافي داسناخو ځانګړی انفلتریشن اوپه بلغمو کې داوسپنی لیدن مکروفاژ حجری دلیدنی وړ دي.

درملنه

که چیری وینه بهیدنه ډیره شدیده وي دوه طرفه نفروکتومي ډیره ګټوره تمامیږي. داډول عملیه تراوسه دټولو خلکو دقناعت وړ نه ده. بنفسهه ښه والی هم لیدلی شو. دسږو وینه بهیدنه په هغه ناروغ کی چی دپښتورګو د دندو خرابوالی هم لري خطرناک دی دوه طرفه نفرکتومي مطلوبه تداوي نه ده دګلوکوکورتیکویید او امینوسپریشن رول هم تراوسه په زړه پوری نه دی لیکن په هغه رنځور کې چی دسږو شدیده وینه بهیدنه او هایپوکسیا لري دپریدنیزولون قوي دوز (یوګرام دورځی) دراماتیک ښه والی پیداکوي. انتي کامپلیمنت دواګانی هم دناروغی په ښه والي کې زیاته مرسته کوي.

www.ketabton.com

ابتــدايي امينوکــامپلکس ګلوميرولــونفرايتس (Primary immune complex glomerule nephritis)

په پنځه ډوله دي:

۱- پوست ستريپتوکاکل ګلوميرولونفرايتس

۲- پروليفرتيف ګلوميرولونفرايتس

۳- ممبرانوپروليفراتيف ګلوميرولونفرايتس

۴- اديوپاتيک ممبرانوس ګلوميرولونفرايتس

۵- راپيډلي پروګراسيف ګلوميرولونفرايتس

حادپوست سترپتوکاکل ګلوميرولونفرايتس

پتوجنيزس

دا افت وروسته دسترپتوکاکس دفرنجايتس، تانسيلايتس او دپوستکي پيودرمل انتان څخه پيداکيږي، دانتان او د ناروغی دپيدا ايښت په منځ کې پټه دوره ۱۰-۱۴ ورځو پوری اوحتی تر څلورو اونيو پوری دوام کوي. که چيری پټه دوره ديوی اونی څخه کمه وي دمزمنی ناروغی په اکساسربيشن دلالت کوي، دپوستکي دپيودرمل انتان اوګلوميرولونفرايتس خفي دوره اوږده او تر دريو اونيو پوری دوام کولی شي.

اپيديمولوژي

هغه فرنجايتس چی دګلوميرولونفرايتس سره ملګرتيا کوي زياتره په ژمی او پسرلي کې زياته وي او پيودرمل افات اوګلوميرولونفرايتس زياتره په اوړي او منی کې زيات تصادف کوي.

www.ketabton.com

دپوستکي په انتاناتو کې دواړه جنسه برابر اخته کيږي، خو په غريبو او غم ځپلو خلکو کې زيات دليدنې وړدی.

دفرنجايتس ناروغی په نرانو کی زياته ده ځو ډوله وصفي ستريپتونفروتيک ستريپتوکاکس پيژندل شويدی چی فرنجايتس اودګلوميرولونفرايتس دپيدا ينبت مسول دی. ستريپتوکوکس چی ګلوميرولونو اخته کوي په خپل حجروي جدار کی د ان پروتين لري.

کلينيکي تګ لاره

دفرنجايتس سره يوځای ميکروسکوپيک هيماتوريا شته خو کله چی نفرايتس پيداشو ميکروسکوپيک هيماتوريا له منځه ځي. او ۱-۲ اونی وروسته منځته راځي. پدی وخت کې کيدای شي چی هيماتوريا ميکروسکوپي اويا ګروس ډول ولري. د ميتازو ورځنی حجم کميږي اونصواري اويا دکافي په څير رنګ غوره کوي. دتشو دوه طرفه ثابت درد اويا دکوليک په څير منځته راځي. پدې وخت کې دفرنجايتس اعراض له منځه ځي خو ستوماتتيا اوبی اشتهايي پاتی کيږي دوامداره تبه شايد دستريپتوکاکس انتان دوام اويا دبلی سستميک ناروغی ملګرتياوي.

دمخ پړسوب ډيره عموم نښه ده، خو په زړو خلکو کې دمخ په ځای ښنګري پړسيږي، دمايعاتو دزيات احتباس له امله سالنډي او دوراني احتقاني نوری نښی څرګنديږي. ددی رنځورانو په ۵۰ سلنه پيښو کې هايپرتنشن منځته راځي په شديدو پيښو کې دهايپرتنشن دانسفالوپاتي او ريتينوپاتي، اکزودايت او پپيلري ازيما سره يوځای کيږي.

شديده سردردي، خوبوړی حالت او حتی اختلاجات دانسفالوپاتي پيژندونکی ګيلی او نښی دي.

www.ketabton.com

تشخيص

په لابراتواري ازموينه کې دپوستکي اوستوني کلچر مثبت وي او رنځوران لږ شانته لوکوسايتوزس اوکمه انيميا لري.

دمتيازو په انالیزس کې زيات شمير سره کريوات، دسروکريواتو کيست اوپروتينوريا شته. که چيرې پروتينوريا شديده او کتلوي بڼه ولري نو دنفروتيک سندروم دپيدا ايښت احتمال لري چې دهايپوالبومينميا ، هايپرکولسترولیمیا او ترای ګلايسرايدیميا سره کلينيکي ډګر ته راوځي.

داتني ستريپتوليزين تايتر (ASO) بايد دړومبي انتان دمعلومات لپاره استعمال شي. په ۵۰ سلنه پيښو کې داتست يو دوه، درې اونيو پورې وروسته داتتان څخه لوړ اوحتی تر ۲ مياشتو پورې زيات پاتې کيږي داتتاناتو مقدمه درملنه شايد داتست بدل کړي. دستوني دستريپتوکاکس ړومبی داتتان د معلوماتو لپاره دستريپتوکوکس، نيکوتين امايد ادينين ډی نوکليوتيداز تايتر غوره تست دی اودپوستکي دړومبي انتان دمعلومات لپاره انتي ډي اکس ريبونوکلياز يې ډير ښه معيار بلل کيږي.

که چيرې دپوستکي په انتان کې ASO لوړ نه وي نو داتني هيالورينيداز تايتر لوړ وي. دناروغی په حاده مرحله کې دهر ډول کمپليمنت تايتر ټيټ او د سيدمنتيشن ريټ لوړيږي کريبوماکروګلوبولينميا شايد زياته وي.

www.ketabton.com

پتالوژي

دهستالوژي له نظره د دوا ړو پښتورګو ګلوميرولونو پړسيدلي او هايپرسلولر دي. پاپيلري لوپ دپولي مورف نوکلير حجراتو سره ډک (اګزوداتيف افت) اوګلوميرولر حجرات اندوتيليل اواپي تيليل حجرات سره انفلتری معلوميږي.

په زيات شمير پيښو کې داپيتليل حجراتو کريسنت ښکاري دغه هستولوژيک بدلون داوليګوريا اوخراب تګ لاری سره ملګری وي دامينوفلوريسنت ميتود پواسطه د ګلوبولين لمپی بمپی تولیدل څرګنديږي او يا شايد نوډولر شکل ځانته غوره کړي چې داغه ډول ښه دامين کمپلکس وتيره په ګوته کوي د پورپرډين تلوين مثبت دی او په سيروم کې مقدار کميږي ددی رنځور په دې ناروغانو کې دام پروتين مقدار چی دستريپتوکاکس د حجراتو دپلازما څخه لاس ته راغلی په زياته پيمانه موندلی شو ليکن ځينی خلک ددی ډول پروتين دموجوديت په هکله ډاډه نه دی اودهغه هلی ځلی په ناکامی سره مخامخ شوی دي.

انزار

دبشپړ ښه والي انزار په ماشومانو کې نظر کاهلانو ته ډير ښه دي.په ځينو پيښو کې پروتينوريا ترڅو مياشتو پوری دوام کوي، که چيری پروتينيوريا له منځه لاړه هم شي تويوکال پوری هماتوريا دوام کولی شي خو بيا هم بشپړه ښه والی پيداکيدونکی دی.

هغه کاهلان چی په حاد ګلوميرولونفرايتس اخته کيږي ۵۰ سلنه خراب انزار لري او دمزمنوالي خواته تګ کوي. که چيری په رنځورانو کې دناروغی څو حملی تکرار شي دبشپړ ښه والي هيله کميږي، ځينی مولفين وايي چې په ماشومانو کی ۹۰ سلنه باالکل

www.ketabton.com

ښه والی مومي او ۵۰ سلنه په ۴ کلونو کې په ځنډني ګلومیرولو نفرایتس اخته کیدای شي.

درملنه

کورتیکوستروئید اوامینوسپریشن هیڅ ګټه نه لري، ډیورتیک یواځی دسږو په کانجشن اودمایع په احتباس کې ورکول کیږي. که چیری قلبي افات دزیاتو مایع د ټولیدو څخه پیداشوی وي دقلبي ګلایکوزید اغیزی ډیری کمی دي.

هایپرتنشن دزیاتو مایعاتو داحتباس پایله ده اوهمدارنګه د رینین خارجیږي او که چیری اړتیا احساس شو دفشار دضددرملنی څخه هم کار اخیستل کیږي.

دناروغی په حاده مرحله کې دبستر استراحت ښه دی لیکن دنقاحت په دوره کې رنځور خپل نورمال فعالیت ته دوام ورکوي.

پرولیفراتیف او ممبرانوپرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس

په ډیرو پیښو کې دحاد او مزمن پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس لامل لاتراوسه معلوم نه دی په ناروغ کی دستریپتوکاکس دړومبي انتان اویا سستمیک ناروغی لکه لوپوس کوم شواهد نه لیدل کیږي.

دسیروم کامپلیمنت اکثرا نورمال وي اودغه کموالی نوموړی افت د ممبرانو پرولیفراتیف دګلومیرلونفرایتس څخه جلاتشخیص کوي په دغه دواړه ډول ناروغیو کې دامینوفلوریسنت څیړنو دامین ګلوبولین او کمپلمینت نوډولر ټولنه ښکاره کوي چې په قاعدوي غشا کی ځای نیولی دی.

www.ketabton.com

سب اپتيليل همس (Hunps) چې داوښ د ګوپان په شکل معلوميږي دناروغی دډير خراب انزارو دلالت کوي.

کلينيکي بڼه

رنځور شايد دلمړی ځل لپاره ډاکټر ته دنفروتيک سندروم دګيلو سره راشي ځينی رنځوران دهايپرتنشن اوځينی نور دپښتورګی د عدم کفايی اويوشمير دواړه لري.
په روتين ازموينه کې شايد هيماتوريا اويا پروتينيوريا کشف شي.
دناروغی سير لاتراوسه معلوم نه دی ليکن که چيری پرمختللی هايپرتنشن دپښتورګو عدم کفايه او نفروتيک سندروم پيداشي دناروغی انزار خراب دي ليکن دناروغی تدريجي سير زيات عموميت لري

درملنه

درملنه لاتراوسه دکورتيکوستروئيد اويا امينوسپريشن سره کيږي او کومه پايله نده ورکړی.

اديوپاتيک ممبرانوس ګلوميرولونفرايتس

دا ناروغان دغير عرضي پروتينيوريا اويا نفروتيک سندروم سره ميدان ته راوځي. يو په دوه ايوا يو په پنځه ناروغانو کې لږ هايپرتنشن اوميکروسکوپيک هماتوريا موجوده ده داتتان پخوانی تاريخچه نه شته او ASO تايتر نورمال دی برسيره پر اديوپاتيک شکل داډول رنځوری په دغه لاندنی ناروغيو کی دليدنی وړ ده:

www.ketabton.com

۱- دیابیتس میلوتس

۲- سستمیک لوپوس ایریتماتوزس

۳- وایرل هیپاتیتس

۴- سفلیس

۵- خبیثه افات

۶- وروسته دطلا اوسیمابو دتداوي څخه هم لیدل کیږي.

هستولوژیک بڼه وصفي ده یعنی ټول قاعدوي غشا پیړ شوی اوکوم التهابي وتیره په کی نشته.

دالکترون مایکروسکوپ اویا مخصوص تلوین پواسطه وصفي پتالوژیک وتیره لیدلای شو دناروغی طبعي تګ لار ډول ډول ده. په ۲۰-۳۰ سلنه پیښو کې په خپله ښه والی پیداکوي او په ۷۵-۹۰ سلنه پیښو کې دپنځو کلو د ژوند هیله شته دی.

دممبرانوس ګلومیرولونفرایتس نفروتیک سندروم ملګری کیږي. ددی ډول یو په دری پیښو کې نفروتیک سندروم خراب دی ددی ناروغانو په ۱۰-۳۰ سلنه پیښو کې د پښتورګو دورید دترومبوزس ویره شته که چیری د پښتورګو دورید ترومبوزس معلوم شو نومزمن انتي کواګولانت په بیړه سره پیل کیږي دبلی خوا دسږو د امبولی دخطراتو دکمولو لپاره کله کله وینا کاول شنتې په اړتیا پیښیږي نه ستروئید اونه امینوسپریشن دادیوپاتیک ممبرانوس ګلومیرولونفرایتس په درملنه کې رول لري.

www.ketabton.com

راپیډپروګراسیف ګلومیرولونفرایتس

دا افت یوحاد فولمینانت ګلومیرولونفرایتس دی چې علت یې لاتراوسه معلوم نه دی.دناروغی شروع ناڅاپي او په متیازو کې میکروسکوپیک وینه دسروکریواتو کیست او پروتینوریا موجود وی کیدای شي چی دناروغی پیل په ګروس هیماتوریا اواولیګوریا سره میدان ته راوځي.درنځور په حاده مرحله کې دپښتورګو د عدم کفایی علامی نشته، خارج کلیوي اعراض لکه دمفاصلو درد ، دمفاصلو التهاب دپوستکي رش او تبه نه لیدل کیږي ترڅو چی د پښتورګي عدم کفایی پیدانه شي هایپرتنشن دناروغی عمومي خاصیت نه دی.

کله کله نفروتیک سندروم دناروغی وصفي کلینیکي بڼه بدلوي خو دا اختلاط زیات دلیدنی وړ نه دی.

په هستولوژیک بڼه کې ددې ډول ناروغانو پښتورګو په ګلومیرولونوکې څرګنده حجروي ارتشاح او فوکل نکروزس ښکاري اودګلومیرولونو په شعریه اوعیو کې واضحاً دفبرین الیاف ترومبوزس شوی اودلیدنی وړ دي. دهستولوژي غوره او عمده علامه داده چې په بومن کپسول کې داپي تیلیل حجراتو کرپسن تجمع منځته راځي که چیری ددی وتیری ۷۰ سلنه ګلومیرولونه اخته کړي وي دناروغی په خراب انزار دلالت کوي.

امینوفلورسینت څیړنو دقاعدوي غشا په اخرنی برخه کې دامینوګلوبولین او کامپلمینت ټولنه په ګوته کیږي ځینی وخت دغه وصفي پتالوژیکي وتیره د لیدنی وړ نه دی یو شمیر نوری ناروغی چی چټک پرمختللی ګلومیرولونفرایتس پیداکوي اوخراب انزار لري عبارت دي له:

۱- پوست ستریپتوکاکل ګلومیرولونفرایتس

www.ketabton.com

۲- بکتیریل اندوکاردایتس

۳- انافلکتوئید پورپورا

۴- پولي ارترایتس نودوزا

خو بیا هم ددې ناروغیو انزار نظر راپید پروګراسیف ګلومیرولونفرایتس ته ښه دی تراوسه کومه درملنه نشته چې دباور وړ وي که څه هم دفبرین دترومبای د اشتباه له کبله هیپارین استعمالیږي خوتاثیر یې د ډاډ وړ نه دی.

ممبرانوز پرولیفراتیف هایپوکامپلیمنت ګلومیرولونفرایتس

شروع یې دحاد سترپتوکاکس ګلومیرولونفرایتس په څیرده. ناروغی په ماشومانو او کاهلانو کې وروسته دتنفسي انتان څخه پیل کوي. رنځور شاید ازیما، هایپرتنشن، هیماتوریا او پروتینیورا لري، ځینی پروتینیوریا دورمره شدیده ده چی نفروتیک سندروم جوړوي، دناروغی مهمی لابراتواري ازموینی کی د C3 کامپلمینت او پروپردین په سیروم کې کم دی لیکن C4,C2,C1 په سیروم کې نورمال پاتی کیږي دناروغی وصفي امینوپتالوژیک بڼه کې د C3 او IgG امینوګلوبولین لمپی، بمپی ټولنه دلیدنی وړ ده.

لیکن میزانجیل حجراتو کې داټولنه کمه ده دناروغی انزار ډول ډول دي کله ښه والی مومي او کله کله دپښتورګي دعدم کفایی په لور پرمختګ کوي اوتقریبا د کار د ۵- ۱۰ کال پوری وخت نیسي د C3 کموالی مهم تشخیصیه معیار دی دستروئید او امینوسپریشن تداوي دناروغی کلینیکي سیر نشي پیداکوی.

www.ketabton.com

امیون کامپلکس گلومیرولونفرایتس او سستمیک ناروغی

لوپوس او نفرایتس

دا ډول نفرایتس د امیون کامپلکس ناروغی غوره مثال دی، دلوپوس دوه په دريو ناروغانو کې نفرایتس منځته راځي اودپښتورگو عدم کفایه دمرگ غوره لامل دی، ناروغی په ښځو کې زیاته پیښیږي کلینیکي او هستالوژیک بڼه یې ډول ډول ده او حتی کیدای شي چي دپښتورگو په ناروغی کې دمتیازو څیړنه اودپښتورگو دندی نورمال وي. په عادي میکروسکوپ کې ددې ناروغانو پښتورگی نورمال لیکن په امینوفلوروسنت ازموینو کې دپښتورگو میزانجیل حجرات دامیون گلوبولین او کامپلمینت پواسطه ډک شویدی.دامعلومه نه ده چی پدې رنځورانو کې دپښتورگو افت مخ په وړاندی ځي خودومره ویلی شو چې دلوپوس نور اختلاطات ناروغ وژني. ځینی وخت په متیازو کې سره کریوات اودهغی سیر اولږ پروتینیوریا دلیدنی وړ دی.په میکروسکوپیک معاینه کې فوکل نفرایتس لیدل کیږي، لیکن **۲۵-۵۰** سلنه پاتی گلومیرولونه نورمال دي. داډول رنځوران دپښتورگي دعدم کفایي او نفروتیک سندروم په لور پرمختگ نه کوي سره لدې هم په ځینو ناروغانو کې دفوکل گلومیرولو نفرایتس سیر دډیفیوژ پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس او بلاخره د پښتورگو په عدم کفایه ختمیږي. ډیفیوژ پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس دلوپوس نفرایتس غوره شکل دی که چیری په ادرار کې د سره کریواتو کیست بروډگرانولر کیست او پروتینوریا ولیدل شي دپښتورگي په حاد او مزمن عدم کفایه دلالت کولی شي او نفراتیک سندروم هم دلیدنی وړ دی. پدی شکل کې توبولر نکروزس او

www.ketabton.com

فانکوني سندروم هم منځ ته راځي. ممبرانوس نفروپاتي دلوپوس نفرایتس ډیر نادر شکل دی که چیری رنځور دا ډول افت ولري خالص نفروتیک سندروم باندی اخته کیږي.
راپیډپروګراسیف ګلومیرولونفرایتس هم دلیدنی وړ دی چی په یوه اونی یا څو میاشتو کې رنځور دپښتورګي دعدم کفایی له کبله دمرګ خواته راکاږي دلوپوس نفرایتس لپاره وایرس ذیدخل ګڼي خو تراوسه پوری داخبره معلومه نده، یواځی په الکترونیک میکروسکوپ کې ځینی پارتیکل لیدل شوي چې دوایرس په څیر ښکاري اوهمدارنګه هیماتوکسلین بادي په لوپوس نفرایتس کې لیدلی شو. او برسیره پردی دامیون ګلوبولین اوامیون کامپلکس لمپي بمپي اویا نوډولر تراکم شته والی دالکترونیک میکروسکوپ پواسطه په قاعدوي غشاء کې دننه اویا دهغی دپاسه ښکاري.

درملنه

دلوپوس نفرایتس په درملنه کې تر ټولو باید ډیفیوژ پولیفراتیف ډول ته پام لرنه وشي ځکه چې دا ډول نفرایتس خراب انزار لري. تراوسه کوم اثبات نشته چی ستروئید ددې وخیم ډول مخه ونیسي. که چیری دا افت په مقدم ډول د ستروييد اویا دستروئید او امینوسپریشن سره په ګډه تداوي شي په ۷۵ سلنه پیښنو کې دپنځو کلو دژوند امید شته. لیکن په ډیفیوژ پولي نفرایتیف ګلومیرولونفرایتس دا اندازه ۵۰ سلنه اټکل شویده که چیری دسیروم کریاتینین کلیرانس ۳۰ ملي ګرام په یوسي سي کې وي انزار یې خراب دي او دا دپښتورګي په زیات خرابوالي دلالت کوي. که چیری رنځور ته ۲۰ ملي ګرامه ستروئید دورځی ورکړو دلوپوس اعراض له منځه وړي او که چیری دا دوز ۲۰-۸۰ ملي ګرامه ته لوړ شي د دیفیوز پرولیفراتیف په زیاته پیمانه اوپه کمه اندازه ممبرانوس

www.ketabton.com

ګلوميرولونفرايتس تداوي کولی شي. برسيره پردی ازاتيوپرين ياسيکلوفاسفمايد ۲-۳ ملي ګرامه په هر کيلو ګرام وزن دبدن ورکول کيږي.

که درمل د کورتيکوستروئيد سره په ګډه استعمال کړو د درملو اړخيزی اغيزی کموالی مومي خو داتتان په وړاندی درنځور حساسيت زياتيږي.

بکتريل اندوکاردايتس او نفرايتس

داشکل دفوکل امبولی اويا ډيفيوز ګلوميرولونفرايتس په نوم يادېږي. په ډيفيوز ډول کې اميون کامپلکس او کامپليمنت کميږي او اميون ګلوبولين په نوډولر ډير په ګلوميرولونو کې ذخيره کيږي هغه خلک چې په باکتريميا اخته او ګلوميرولونفرايتس لري دستافيلوکاکس البوس او انتروکاکس انتيجن په ګلوميرولونو کې موندل شوی ددی مکروبونو انتي جن بادي کمپلکس داميون کمپلکس دناروغی دپيدا ښت مسول دی همدارنګه داناروغی په هغه رنځورانو کې چی بطيني اذيني شنټ اجراشوی وي داډول نفرايتس منځ ته راوړي داناروغی دعلاج وړ ده اوپه پنځه سلنه پيښو کې دعدم کفايی په لور پرمختګ کوي.

نوری سستميک ناروغی او نفرايتس

په شرقي او غربي افريقا کې دنفروتيک سندروم غوره لامل کوارتن مليريا ده په ځينی ناروغانو کې په ګلوميرولونو کې د فلسيفارم ملاريا انتي جن موندل شويدی.

شستوزميازس او جذام هم پښتورګی داميون کامپلکس ناروغی مسول دی. ثانوي سفليس هم داډول ناروغی پيداکوي خودګلوميرولونو په قاعدوي غشا کې کوم انتي جن لاس ته نه دی راغلی دنوموکاکل نومونيا انتي باډي هم داډول ناروغی منځته راوړي دلته

www.ketabton.com

دنوموکاکل دکپسول پولي سکراید پروپاردین فعاله کوي اوداماده په پښتورګي کې موندلی شي همدارنګه وایروسي ناروغی اووایرل هیپاتیتس هم دنفرایتس مسولیت په غاړه اخلي.

خبیثه افت او نفرایتس

داړول نفرایتس په هوچکن، لمفوسرکوما او کرونیک لمفوسایتیک لوکیمیا کې لیدلی شو.

په هوجکن ناروغی کی امیون ګلابولین په قاعدوي غشا کې نشته په خبیثه افاتو کې پروتینیوریا او نفروتیک سندروم څو میاشتی ووروسته پیداکیږي. دکولون په کانسر کې کارسینوما امبریونیک انتي جن په ګلومیرولونو کې موندل شویدی او حتی داړول انتي جن په اسناخو او ګلومیرولونو کې ځای نیولی شي.

په خبیثه افاتو کې حتې رینل امایلوئیدوزس هم پیداکیدای شي.

پولي ارترایتس نودوزا، ویګنرګرانولوما او نفرایتس

کله چې نامعلومه تبه، لوکوسایتوزس، ایزونوفیلیا او کبدي غیر نورمال تستونه او استما دمیکروسکوپیک اوګروس هیماتوریا سره یوځای ولیدل شي ددی ناروغی خیال په سر کې ساتل کیږي اوبرسیره پردی په متیازو کې د سروکریواتو دکیست لیدل او پروتینوریا داشک دیقین خواته نژدې کوي خو کلینیکي پیښی چې لامل یې فرط حساسیت دی دسلفامید، پنسلین اوتیوراسیل سره هم دپولي ارترایتس په څیر کلینیکي بڼه جوړوي.

ددې ناروغی ۲۰ سلنه پیښو کې استرلین انتي جن کشف شویدی.

www.ketabton.com

همدارنګه داډول سندروم دامفیتامین او هیروئین په معتادانو کې منځ ته راځي.
هغه دپښتورګي افات چې په پولي ارترایتس نودوزا کې لیدل کیږي دوه ډوله دي:
لومړی فبرونوئید بدلون چې دمتوسط جسامت اوعیو په جدار کې پیداکیږي دلته داوعیو جدار ضعیفه کیږي او میکروانوریزم منځته راوړي دپښتورګو ریتوګراد معاینه په تشخیص کې زیاته مرسته کوي دپښتورګو بایوپسي زیات ارزښت نه لري.
دویم ډول هغه ناروغی دی چی په ۳۰ سلنه پیښنو کې دپرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس یه ثیرر میدان ته راوځي داډول هم پراخه ، فبرونوئید نکروزس او خراب انزار لري که چیری دواړه افته په نظر کې ونیسو تقریبا دپولي ارترایتس نودوزا په ۸۰ سلنه پیښنو کې دپښتورګو واسکولایتس اوپرولیفرایتف ګلومیرولونفرایتس دلیدنی وړ دی امیون کامپلکس لیدل داسی نظریه ورکوي چې دا افت هم دامیون میکانیزم قرباني شوي افت دی.سیروم کامپلیمنت نورمال دی دا افت ممکن په خپله ښه شي اویا داچې هیڅ د علاج وړ نه وي.

درملنه

دکورتیکوستروئید قوي دوز کولای شي چې دپښتورګو او د پښتورګو بهرنی افت ټول تداوي کړو. د درملنی پایله هغه وخت ډیره ښه ده چی دپښتورګو افت ډیر پرمختللی نه وي.
دغه تداوي ۱۰-۵۰ سلنه پیښنو کې دپنځو کلو عمر امید زیاتوي، که چیری د پولي اترایتس نودوزا ناروغان هایپرتنشن ولري او دمتوسط جسامت اوعیو افت ورسره ملګری شي ډیر خراب انزار منځ ته راوړي.

www.ketabton.com

دويګنرګرانولوما رنځورانو په سږو کې نادرا افت شته، شديد سينوزايتس او حتی دپوزی دپردی سوری کيدل منځ ته راځي دپښتورګو عدم کفايه پيداکيږي، رنځور فوکل نفرايتس باندی اخته او په متيازو کې سره ،سپين کريوات ليدل کيږي دسروکريواتو کيست او پروتينيوريا هم دليدلو وړ ده په دې افت کې دټولو څيړولو سره سره داميون کمپلکس ميکانيزم اثبات شوی نه دی.

درملنه

دويګنرګرانولوما افات دازاتيوپرين يا سيکلوفاسفامايد د کورتيزون سره يوځای اويا پرته له هغی ډير ښه ځواب ورکوي د ناروغی لمړنی تشخيص او تداوي د پاملرنی وړ دی که چيری تداوي ژر پيل شي د ويګنرګرانولوما دسږو او پښتورګو افات ژر له منځه ځي.

ميکسدکريوګلوبولينميا او نفرايتس

ددی سندروم ګيلی ضعيفی، دبندونو درد ، دپوستکي پرپورا او چټک پرمختللی ګلوميرولونفرايتس دی، همدارنګه لمف ادينوپاتي، سپلينوميګالي، تايروئيدايتس او سجوګون سندروم ددی ناروغی سره ملګرتيا کوي.

دناروغ په سيروم کې IgG او د IgG دشعريه اوعيو په جدار کې ځای نيسي تقريبا ۹۰ سلنه IgG شته چی داتتي IgG فعاليت لري هايپرګاماګلوبولينيما او روماتوئيد فکتورونه مثبت دي دسيروم ټول کاملمينت ټيټيدای دناروغی انزار خراب دي، سپلينکتومي او سکافاسفامايد په ځينو رنځورانو کې ښه والی پيداکوي.

www.ketabton.com

دکواګولیشن فعاله کیدل او نفرایتس

پدې ناروغی فبرین او فبرونوجن په اپیتیلیل حجراتو کې دکریسندو وتیره جوړوي چې دګلومیرولونو د دندو دخرابوالي لامل ګرځي پدې ډله کې دغه لاندني ناروغی شاملېږي د کواګولیشن دسیستم دخرابوالي له امله پیدا کیږي:

۱- دحاملګی توکسیمیا

۲- پوست پورتم دپښتورګی عدم کفایه.

۳- هیمولیتیک یوریمیک سندروم.

۴- شاید سکلیرودرما شامل وي.

پوست پورتم د پښتورګي عدم کفایه

دایو غیر ارجاعي سندروم دی چی په ملتي پارا ښځو کې څو ورځی یا اونۍ وروسته د نور ولادت څخه پیدا کیږي ددې سندروم بل نوم پوست پورتم نفروسکلیروزس دی.

وایرل انفکشن اویا دهضمي جهاز تشوشات او نس ناستی دسندروم دپیدا ښت لمړنی خبر ورکونکی ګیلي دي. دلته دکلینیک له نظره دحاملګی دتوکسیمیا ګیلی کم لیدل کیږي. اویواځی علت په دواړو ناروغیو کې دکواګولیشن ګډوډي ده. پدی رنځورانو کې میکروانجیوپاتي هیمالتیک انیمیا دلیدنی وړ ده. دداخل وعایي هیمولیزس محصولات د ترومبوسیت د ترومبوز پلاستین دافراز لامل ګرځي چی دامادہ داوعیو دننه وینه پرند وي. دمهبل څخه دوینی راتلل رعاف اوپرپورا ددی ډول ناروغی سره ملګری وي. همدارنګه خطرناک کاردیووسکولر اختلاطات هم پیدا کیدونکي دي. دناروغی په شروع کې

www.ketabton.com

هايپرتنشن نشته ليکن کـه چيري پيداشي دکنترول وړ نه دی او دانسفالوپاتي پـه لـور پرمختګ کوي اودقلبي عدم کفايی او ريوي ازيما عمده لامل بلل کيږي.
دپښتورګي په هستالوژيک معاينه کې پرمختللی نفروسکليروزس وتيره دليدنی وړ ده.
دپښتورګي کورتيکل نکروزس او دفبرين نکروترومبای څرګنديږي.

درملنه

دهيپارين سره درملنه څه ناڅه ګټه نه لري. ځينی وخت هيپارين شديدی وينی بهيدنی لامل ګرځي. دناروغی انزار خراب وي دپښتورګو افت غير رجعي دی او حتی د دياليزس سره ځينی خلک دکاديو وسکولر اختلاطاتو څخه مري.
په غير کنترولي هايپرتنشن کې په عاجل ډول دوه طرفه نفرکتومي توصيه کيږي ځينی وخت داعمليه کواګولاپتي هم ښه کولی شي.

هيمالتيک يوريميک سندروم

داسندروم په دغه لاندی ناروغی کې ليدلی شو:

١- خبيثه هايپرتنشن

٢- دحاملګی توکسيميا

٣- دپښتورګو عدم کفايه.

دناروغی په ځوانو ماشومانو کې ليدل کيږي، معمولاً درنځوري څخه ړومبی وايرس انتانات اويا دهضمي جهاز ګډوډي موجودوي وروسته له هغی چی هيماليزس، انيميا، دپښتورګو عدم کفايه، ترومبوسايتوپينيا او پرپوريا پيداکيږي. دوينی په معاينه کې برسل او څيري شوي سري کريوی دليدنی وړ وي او دغه اخرنی دوه لابراتواري موندنی

www.ketabton.com

دمیکروانجیوپاتي هیمولیتیک انیمیا له پاره وصفي بلل کیږي. داسندروم په کاهلانو کې هم پیداکیدای شي او دترومبوتیک، ترومبوسایتوپینیک پرپورا څخه فرق لري.
هایپرتنشن نشه خو عصبي ګیلی او نښې پرته له هایپرتنشن څخه هم منځ ته راتلی شي.
دتشومتیازو انالایزس، سره کریوات، دسروکریواتو کیست، او پروتینوریا ښکاره کوي.
دسیروم کامپلمینت نورمال دی، لوکوسیت اودفبرین تخریب شوی پارچې په وینه او ادرار کې شته وي د پښتورګو په بیوپسي کې دګلومیرولونو په شعریه اوعیو کې فبریني ترومبای دلیدنې وړ دی همدارنګه کورتیکل نکروزس دفبرینوئید نکروزس سره یوځای منځ ته راځي چې په انترالوبولر او افیرنت شریان کې دلیدنی وړ دی.

درملنه

دهیپارین درملنه پیشنهاد شوی ګڼه اواغیزه یې د ډاډ وړ نده دمورټالیټي اندازه ۴۰ سلنه ده. پاتې ماشومانو ۲-۴ اونیو کې ښه والی مومي او ځینې نور ثابت فشار اودپښتورګو په عدم کفایه اخته کیږي.

سکلیرودرما اونفرایتس

دسکلیرو درما دوه په درې ناروغانو کې دپښتورګو په افت اخته کیږي یو په درې پیښو کې دمرګ غوره لامل دی. تر ډیره وخته پورې رنځور یوازې لږ شاتته پروتینیوریا لري. خو رنځورانو کې چې دپښتورګو شدید افت ښکاره کیږي په څو اونیو یامیاشتو کې وژونکې پیښې منځ ته راوړي او هایپرتنشن په پرمختللي پیښه کې زیات تصادف کوي.
دهستولوژي له نظره دهایپرتنشن او سکلیرودرما پښتورګی یو تربله نه پیژندل کیږي په دواړو ناروغیو کې د کورتیکل فایبرونوئید نکروزس اویا داچې اسکیمیا څرګندیږي او

www.ketabton.com

داوعیو اتیمیل پیړوالی منځته راځي دامینوفلوروسنت پلټنو څرګندکړیده چی فبرونوئید تولیدنه د پیژندګلوی اساسي لاره ده ترڅو شدیدهایپرتنشن نه وي دسکلیرودرما په ناروغانو کې دکواګولیشن ګډوډي نه لیدل کیږي.

درملنه

دسکلیرودرما د پښتورګو دناروغیو تداوي لاتراوسه هم بریالی نه ده.

ګلومیرولوپاتي دمیزانجیل ډیپوزیشن سره یوځای وي:

دلته یواځی میزانجیل حجرات د امیون ګلوبولین سره ډک کیږي او ددی ناروغی لمړنی هستولوژیک بڼه جوړوي دناروغی دمیزانجیل څخه بل طرف ته پراختیا نه مومي. څرنګه چی داحجری دریتکولراینډوتیلیم دنده په غاړه لري نو ددغه دندی خرابوالی دناروغی یواځنی پتوجنیزس دی.

انافلکتوئید (هینوخ شونلین پورپورا):

پدې سندروم کې عمومي وسکولایتس دنیمایي سفلي طرف بدن پورپورا، د ګیډې کولیکي درد اوهضمي جهاز وینه بهیدنه او دبندو درد لیدل کیږي ددی سندروم په ۴۰ سلنه پیښو کې پښتورګی اخته کیدای شي داسندروم په هغه ماشومانو کې چی عمر یې د ۱۲ څخه کم وي دلیدنی وړ دی خو په کاهلانو کې هم موندلی شو.

په متیازو کې میکروسکوپیک هیمتوریا اویا ګروس هیماتوریا دسروکیریواتو کیست او شدید د پروتینوریا موندل کیږي چی حتی مقدار یې دنفروتیک سندروم ته رسیږي په کوچنیانو کې دهضمي جهاز دوخامت اودپښتورګي دناروغی ترمنځ اړیکی شتون لري.

www.ketabton.com

په هستولوجيک معاينه کې د ډيفيوز او يافوکل ګلوميرولونفرايتس شته په ميزانجيوم کې داميون ګلوبولين تراکم په اميون فلوريسنت معاينه کې ښکاري په سيروم کې او پروپرډين دواړه زيات دي په الکترون مايکروسکوپ کې متکاثفه تراکم په سب اندوتيليل طبقه کې شته.

دکلينيک له نظره دناروغۍ سير ارام اويا ډير چټک وي چې دپښتورګو دعدم کفايې په لورځي. په هر صورت په ماشومانو کې انزار ښه دي او مورتاليتي د ۱۰ سلنه څخه کمه دی په کاهلانو کې که چيری ډيفيوژ کرستيتيک ګلوميرولونفرايتس موجود وي دمورتاليتي اندازه زياته ده تر نن ورځې پورې د ډاډ وړ درملنه نشته.

ناروغيو او اديوپاتيک متناوبه هيماتوريا

پدې ناروغيو کې خفيفه ګلوميرولونفرايتس او په ميزانجيوم کې د IgA او IgG تراکم ليدل کيږي. دا رنځوری په ماشومانو کې اوحتی په کاهلانو کې پيداکيدای شي هيماتوريا مايکروسکوپيک اويا ګروس شکل لري. داډول هيماتوريا دوايرس انفکشن او فعاليت سره اړيکی لري داسندروم په نرانو کې زيات دليدنی وړ دی او هايپرتنشن نه لري په ۵۰ سلنه پيښو کې پروتينوريا شته خو مقدار يې ديو ګرام څخه په ورځ کې کم دی.

زيات شمير ناروغان په عادي ميکروسکوپ کې نورمال ګلوميرولونه لري خو په ځينی پيښو کې فوکل ګلوميرولونفرايتس او په کمو پيښو کې پروليفراتيف ګلوميرولونفرايتس ليدل کيږي د ناروغۍ انزار ښه دي يوکم شمير رنځورانو کې دپښتورګو عدم کفايه منځته راځي.

www.ketabton.com

درملنه

په عمومي ډول تداوي ته اړتیا نه لري.

فوکل سکلیروزیټک

دنفروتیک سندروم په ځینی پیښو کې چی دسستمیک ناروغی سره ملګری نه وي فوکل ګلومیرولوسکلیروزس لیدل کیږي او اکثراً په جکسترا ګلومیرولو کې زیات څرګندیږي. زیات شمیر ناروغان لیپوئید نفروزس (نیل ناروغی منیمل چینج ناروغی) باندې اخته دي دلته په عادي میکروسکوپ کې ګلومیرولونو نورمال او په الکترونیک میکروسکوپ کې فوټ پراسیس شته. دا رنځوران د ستروئید سره ښه ځواب وایي او که چیری د ستروئید په مقابل کې ټینګار وکړي بیا افت دګلومیرولو سکلیروزس خواته فکر کیږي.

دنفروتیک سندروم برسیره د سکلیروزس ناروغان هیماتوریا او هایپرتنشن لري د هیروئین معتادین پدې ناروغی اخته کیږي او ډیر ژر په کې کلیوي وظیفی خرابوالی مومي دامینوفلورویسنت په څیړنه کې د IgM او کامپلمینټ ډیپوزیشن معلومیږئ دسیروم کمپلمینت سویه همیشه نورمال ده.

هغه فوکل سکلیروزس چی د هیروئین په معتادینو کې پیداکیږي یوکال وروسته منځته راځي اوپه **۲۵** سلنه پیښنو کې نفروتیک سندروم ښه کیږي.

والډینستروم ماکروګلوبولینیمیا

پدې رنځوری کی پښتورګي اخته کیږي داامایلوئیدوزس مرضي وتیره نشته خو بیا هم د امیون ګلوبولین تراکم په ګلومیرولو کې ګورو.

www.ketabton.com

د IgM ګلوبـولين زيـات تـراکم کـوي او داافـت دوينـی دغلظـت لـه کبلـه پيـداکيږي دګلوميرولونو داخلي ترومبای هم عموميت لري يو په درې ناروغـانو کې د پښتورګو عـدم کفايه شته پروتينوريا ۲ ګرامه او يوريا ۵۰ ملي ګرامه په سل سي سي کې دی موندلی شو تداوي يې معلومه نه ده.

ديابيتيک ګلوميرولوپتي

دځوانی د ديابيتس په زيات شمير پيښنو کې چی ۱۵ کالـه يې تير شوي وي ديابتيـک نفروپاتي منځ ته راځي پدې رنځوری کی نفروپتي او رتينوپتي د ليدنی وړ ده.
کم افت يواځی د پروتينوريا سره ښکاره کيږي زيات افت د نفروتيک سندروم سره ملګری دی د نفروتيک سندروم د پيل اودپښتورګو د ناروغی وروستی مرحله پـه منځ کی پنځـه کاله وخت شته پرته د نفروتيک سندروم څخه پرمختللی ازوتيميا پيداکيدلی شي.
هايپرتنشن د ديابيتيک نفروپاتي عمومي ګيله ده که چيری هايپرتنشن دکنتـرول وړ نـه وي نو دبولي لاری انتانات، پايلونفرايتس او کله کله پاپيلري نکروزس ته فکر کيږي د غير معاوضوي حالت قلبي عدم کفايه دپيري رينل ازوتيميا سبب کيدای شي.
پـه هستولوجي کې ديابتيـک نفروپتـي عمومـا د ډيفيـوز ګلوميرولر سکليروزس (کميـل ستييل ويلسن سندروم) دديابتيک نوراپتي له پاره نظر ډيفيوز ګلوميرولر سکليروزس تـه ډير وصفي دی ليکن يواځی دپښتورګو داخته شوو پيښنو په ۱۰-۱۵ سلنه پيښنو کې دليدو وړ دی.

www.ketabton.com

د دیابتیک نفروپاتي افت امینولوجیک منشه لري او په **۵۰** سلنه پیښو کې د IgG او IgM ګلوبولین تراکم کوي سیروم کامپلمینت په پښتورګو کې نه شته او امیون کامپلکس هم په دوران کې نه لیدل کیږي.

پدې اخرو وختو کې څو پیښې په ماشومانو کې لیدل شوي چې دستروئید په وړاندې ځواب وایي داشاید د خارج المنشه انسولین په وړاندې دامینولوجیک غبرګون پایله وي پرته لدې څخه ستروئید او هیڅ ډول تداوي اغیزمنه نه ده.

امیلوئید ګلومیرولوپتي

دثانوي امیلوئدوزس په **۷۵** سلنه پیښو کې چې وروسته د اوستیومیالایتس ریجونل انترایتس، روماتوئیدارترایتس، ملتیپل مایلوما، توبرکلوزس، جذام څخه منځ ته راځي پښتورګی اخته کولی شي.

په خبیثه افاتو کې هم داډول منځته راځي دابتدایي امایلوئیدوزس په **۲۵** سلنه پیښو کې پښتورګی ماوف وي په فامیلي میدیترانیل تبه کې دپښتورګو عدم کفایه دمرګ اصلي علت بلل کیږي کتلوي پروتینوریا د ناروغۍ غوره نښه ده لیکن که چیرې د پښتورګو افت زیات نه وي پروتینوریا لږه ده.

دامایلوئیدوزس **۵۰** سلنه رنځورانو کې نفروتیک سندروم منځ ته راځي برسیره پر دغې علامې نورې دوه علامې هم شته چې د رنځورې د تشخیص مرستیال بلل کیږي. یوداچې پدې رنځورانو کې هم دپښتورګو وظیفې ډیرې خرابې او عدم کفایه لري بیا هم دوینې فشار نورمال دی. همدارنګه دپښتورګو جسامت نورمال اویا زیاتیږي په کم شمیر پیښو کې دپښتورګي د ورید ترومبوزس منځته راځي. دبلې خوا دپښتورګو توبولر نکروزس

www.ketabton.com

اوبای کاربونیتمیا دلیدنی وړ دی چی په پایله کې نفروجنیک دیابیتس انسپیدس پیداکیدای شي. پدی ډول افت کې کولیکتینګ تیوبولونه دامایلوئید مـوادو څخه ډک او خارج المنشه انتي دیوریتیک هورمون په وړاندی ځواب نه وایي.

په هستولوجیک معاینه کې ګلومیرولونه دهیموجینس موادو سره ډک شوي اودکانګوریډ په تلوین کې سور رنګ اخلي تیوفلاوین (تي) بله ملونه ماده ده چی امایلوئید موادوته شین رنګ ورکوي او دکانګو دتلوین څخه ډیره وصفي ده په امینوفلوریسنت معاینه کې (IgG) ګلوبولین شته سیروم کامپلمینت په پښتورګو کې نه لیدل کیږي.

درملنه

که چیری افت وروسته د ثانوي انتاناتو څخه پیداشوی وي د درملنی لار د عمده علت له منځه وړل دي پرته له دی څخه درملنه بریالی نه وي.

Interstitial Nephritis

Intrstitial نفرایتس دپښتورګو دانترستیشیل اوتوبولونو ناروغی ده چی دالتهابي بندښتي او ارثي ناروغیو له کبله منځته راځي.

کلینیکي بڼه یې دپښتورګو دبی وسي کلینیکي څیره ده خو دالکترولایتو او اسیدوبیز (هایپرکلیمیا) ستونځی په کې ډیری دي نادراً پروتین یوریا په ۲۴ ساعتو کې د ۱ ګرام څخه زیاته وي همیاچوریا اوپایوریا په عمومي ډول شته وي.

د Acute interstitial Nephritis لاملونه

۱- الرژیک : پنسلین ، نن ستروئید التهاب ضد درمل، الوپورینول.

۲- امیون : اتوامیون نفرایتس

www.ketabton.com

۳- انتانات : بيړني بکتريايي پيالونفرايتس ، ليپټوپسروزس، توبرکلوز، هاټنا وايرس

۴- توکسيک : مرخيړی، ميالومالايټ چاين

تشخيص

په ۳۰ سلنه ناروغانو کې د درملو د الرژي تاريخچه تبه، رش، ايزنوفيليا او په ۷۰ سلنه ناروغانو کې ليوکوسايتوپوريا او ايزونوفيليوريا شته وي.

تشخيص يې د پښتورگو دبايوپسي پواسطه کيږي.

بيړني انتر ستيي شيل نفرايتس هر وخت دپښتورگو د نان اوليگويوريک عدم کفايی لامل کيږي.

درملنه

۱- هغه درمل چې دبيړني انتر ستيي شيال نفرايتس لامل شويدي بايد ودرول شي.

۲- پريدنيزولون دورځی يو ملي گرام په کيلو گرام وزن دبدن ورکول کيږي چې دپښتورگو دفبروزس څخه مخنيوی کوي.

۳- ډياليزس کله کله کارول کيږي.

www.ketabton.com

نفروتيک سندروم (Nephrotic Syndrome)

پروتينوريا دنفروتيک سندروم غوره ښه ده نوری علامی د پروتين دضايع کيدو پايله بلل کيږي. کله چې دپروتينوريا مقدار ۳،۵ ګرامه في متر مربع دبدن دسطحی په ورځ کې ورسيږي نفروتيک سندروم رښتينی بڼه لري او په بشپړ نفروتيک سندروم کې هايپوالبومينيميا، عمومي ازيميا، هايپرلپيديميا او ليپدوريا موجود ده.

دا ناروغی دګلوميرولونو دشعريه اوعيو دجدار خرابوالي دی چی فلتر شوی پروتين بيا جذب کولی نه شي اودامرضي وتيره دډيرو سببونو له کبله منځته راځي.

دګلوميرولونو دنفوذيه قابليت خرابوالی او دپروتينوريا ميکانيزم

په نورمال حالت کې دغه لاندني ميکانيزم په متيازو کې دپروتين داطراح مخه نيسي.

۱- دګلوميرولونو دکپيلري دجدار غير قابل نفوذيه خاصيت دی چی لوړ ماليکولي وزن پروتين ته دتيريدو اجازه نه ورکوي.

۲- دتوبولونودوباره جذب اودکم وزنه ماليکولي پروتين ميتابوليزم.

داندوتيليل طبقه سايتوپلازميک وړوکی سوری لري چی په کافي اندازه غټ اودغير موثره بنديز کرښه جوړوي. دګلوميرولونو قاعدوي غشاء دلوی پروتين لکه فبرين چی ماليکولي وزن يې ۵۰۰۰۰۰ څخه زيات دی دتيريدو اجازه نه ورکوي هغه پروتيني مواد چی وزن يې د ۴۰۰۰۰ څخه کم دی دهغی تيريدل دشکل جسامت او الکتريک خاصيت پورې اړه لري. هغه پروتين چی ماليکولي وزن يې ۲۴۰۰۰ دی تقريبا ۸۰ سلنه دانولين او کرياتينين دکليرانس په اندازه تيريږي اوحتی دغه پروتين هم په وصفي ډول په متيازو کې

www.ketabton.com

نشته ځکه چې توبولونه د دی ظرفیت لري چې داپروتین دوباره جذب شي پروتين لمړی په راکسیمل توبول کې جذب کنه بولایز اوبیا دوران ته داخلیږي.
په دغه لاندنیو ناروغیو کې دپروتین دوباره جذب ګډوډي پیدا کوي.

۱- فانکوني سندروم

۲- سیستینوزس

۳- ریتل توبولر اسیدوزس

۴- کاردمیم توکسیستي

۵- بالکان نفروپتي

۶- میدولري سستیک ناروغی

۷- پایلونفرایتس

پدی حالتونو کې هغه مقدار پروتین چې دډیستل توبولونو ته تیریږي دهغی دوباره جذب صورت نه نیسي، پداسی حالت کې چې فلتر شوی او افراغ شوی پروتین دوباره جذب نشي رنځور په څرګنده توګه توبولر پروتینوریا لري.

ددی پروتینوریا مقدار په ۲۴ ساعتو کې ۲ ګرام څخه کم دی او هیڅکله د نفروتیک سندروم لامل نه ګرځي دتوبولر پروتینوریا پیښه شاید له نظر څخه پټه پاتی شي، که چیری زمونږ هلی ځلی یواځی دالبومین د تعین لپاره وي توبولر پروتینوریا دمیتازو په الکتروفوریزس کې دالبومین دفقدان له مخی او مالیکولي وزن پواسطه پیژندل کیږي.

دسلفاسلیسلیک اسید تست البومین او ګلوبولین دواړه په متیاو کې بیلولی شي او هغه پروتین چې دګلومیرولر د افاتو له کبله میتازو ته تیریږي زیات مقدار دپلازما پرویتن

www.ketabton.com

او البومین لري. ددې پروټینوریا میخانیکیت معلوم نه دی خو ویل کیږي چې دکپیلرونو دجدار په پولي انیون کې (ګلایکوکیلکس) بدلون منځته راځي چې دمنفي چارج لامل ګرځي او دالبومین داطراح له پاره لاربرابروي سره لدی هم ځینی داډول پروتین دوباره امتصاص هم میتابولیز کیږئ دبلی خوا دتوبولونو د دوباره جذب توان ددې پروتین له پارهکم دی نو همدا علت دی چې زیات مقدار پروتین په متیازو کې تیریږي نو اوس ویلی شو چې ګلومیرولر افات هغه دي چې دورځی **۱۵** ګرامه کتلوي پروتینوریا په تشومتیازو کې موجود دي.

پتوفزیالوژي

هایپوالبومینیما: دسیروم دالبومین مقدار په ځیګر کې دالبومین د سنتیزس اودپښتورګو اونوراعضاو دکتابولیزم له مخې معلومیږي او د پښتورګو په ناروغی کې په متیازو کې دالبومین داطراج سره هم تړلی دی.

په نفروتیک سندروم کې دمتیازو دالبومین اطراح زیاته او دهغی جذب شوي پروتین کتابولیزم زیاتیږي نو که چیری د پوریتن اخیستل کم او دهغی کبدي سنتیزس خراب شي نو په څرګند ډول دسیروم د البومین سویه ټیټیږي. لیکن د پروتین داطراح او هیپاتیک سنتیز تر منځ ډول ډول اړیکی موجود دي که چیری یو رنځور زیات پروتین اخلي اوپه **۲۴** ساعتو کې د دری ګرامه څخه کم پروتین اطراح کړي ډیره کمه هایپوالبومینیمیا منځته راځي او هغه ناروغ چې **۲۴** ساعتو کې **۸** ګرامه پروتین دمتیازو له لاری خارج کړي د سیروم د البومین سویه په سل سي سي کې د دری ګرامه څخه کمه ده داسی فکر کیږي چې

www.ketabton.com

په نفروتيک سندروم کې پرته له دغه ميخانيکيت څخه نور فکتورونه لکه (دپروتين مل ابسورپشن ا دهضمي جهاز کتابوليزم) هم رول لري او داخبره لاتراوسه يقيني نه ده.

دخارج الحجروي مايعاتو ويش

دخارج الحجروي مايعاتو ويش د وعايي اوخارج الوعايي مسافو په منځ کې دهايدروستاتيک اوکولوئيد اسموتيک (انکوتيک) توان پواسطه منځ ته راغلی دی هغه فکتورونه چې مايعات د وعايي بستر څخه خارج الوعايي مسافی ته راوباسي دادي:

۱- په کاپيلري کې دهايدروستاتيک فشار زياتوالی.

۲- دانساجو په مسافه کې دهايدروساتيک فشار کموالی.

۳- دکاپيلري انکوتيک فشار کمښت

۴- دخارج الوعايي کولوئيد اسموتيک فشار زياتيدل.

۵- دلوی ماليکولي پروتين په وړاندی دکاپيلري دنفوذيه قابليت زياتوالی.

څرنګه چې البومين دپلازما اسموتيک فشار غوره عنصر دی نو که دهغی کمښت او هايپوالبومينيميا دپلازما د کوليوئيد د اسموتيک فشار دکموالي لامل ګرځي نو دغه هايپوانکوتيک اغيزه مايعات د انتراوسکولر ناحيې څخه اکسراوسکولر مسافی ته تيل وهي او په پايله کې د اکسراوسکولر مايعاتو دحجم د زياتوالي لامل ګرځي چې دغه لاندني کلينيکي علامو سره څرګنديږي.

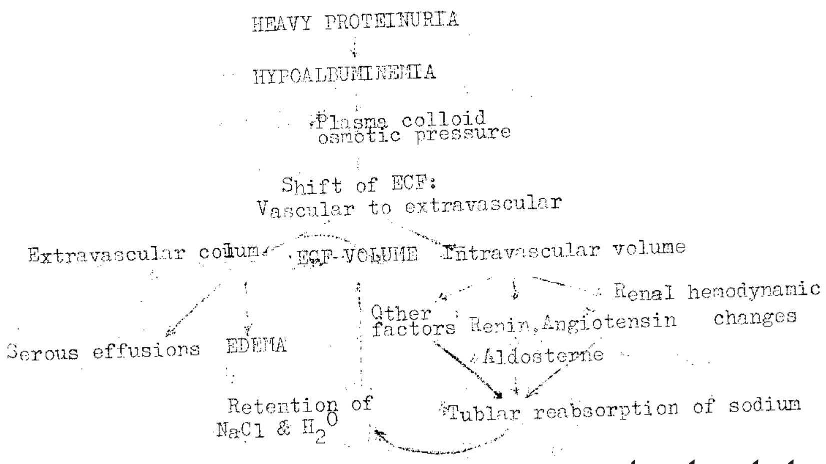
۱- دسترګو اوزيږمو پړسيدل.

۲- دښينګرو پړسوب

www.ketabton.com

۳- په سیروزي اجوافو کې دمایع ټولنه (پلورل ایفیوژن، اسایتس) دداخل الوعایي مایعاتو کموالي هایپوتنشن منځته راوړي چې دپښتورګودلاری دسودیم داحتباس غوره تنبه ده

۱-۱ شمیا : په نفروتیک سندروم کې د ادیما منځ ته راتګ پتوجنیزس ښودل شویدی



دسودیم او اوبو احتباس

هغه ناروغان چې په نفروتیک سندروم اخته دي د ۱۰-۲۰ لیتره پورې ازیمایي اوبه راټولیدای شي دایواځې دوسکولر ناحیې څخه اکستراوسکولر ناحیې داوبو دتیل وهلو پایله نه ده بلکه دسودیم کلوراید او اوبو تېپارزیتیف بیلانس پوری هم اړه لري اوداځکه منځ ته راځي چې پښتورګی تنبه کیږي او سودیم ذخیره کوي هغه میکانیزم چې دسودیم اطراح دګډوډۍ سره مخامخ کوي لاتراوسه معلوم نه دی په هر صورت په پورتنی شکل کې کله چې دانتراوسکولر مایعاتو حجم کم شي دشریاني وینې حجم دکموالي سره مخامخ کیږي. پدغه وخت کې پښتورګی رینین افرازوي او انجیوتنسین دوه جوړیږي اودامعنی د ادرینل دغدی دقشر څخه د الدوسترون افراز تنبه کوي چې داهورمون دسودیم دوباره

www.ketabton.com

جذب دپښتورگو په توبولونو او کولکتنگ ډکټ کې زیاتوي چی په سستمیک سیستم کې هم دبدلون لامل گرځي. دابدلون او انجیوتنسین دوه دواړه په گډه سره دپښتورگو د اوعیو دټینگار لامل کیږي دغه عملیه دشعریه اوعیوپه هایدروستاتیک فشار کې بدلون منځته راوړي او دغه دستارلینگ دقانون بدلون په توبولونو کې دمالگی او اوبو امتصاص زیاتوي چی په نتیجه کې دمالگی او اوبه امتصاص دشریاني وینی حجم اغیزه ناکه نورمال حد ته راگرځوي او هغه مایع چی ورسره یوځای امتصاص شوي خارج الحجروي مسافی ته ووځي او داهم درنځور ازیما زیاتوي.

هایپرلیپدیمیا

هایپرلیپید یمیا د هایپوالبومینیمیا سره یوځای منځته راځي او دهغی علت د الفا او بیتا گلوبولین چی یو لایپوپروتین دی د ډیروالي پورې اړه لري.

داسی عقیده موجوده ده چی دکبد دالبومین زیات جوړښت په هڅه کې داډول لایپوپروتین هم زیات جوړیږي. دبلی خوا د ترای گلیسراید کولیسترول او فاسفولیپد سویه هم په پلازما کې لوړیږي او داسی ویل کیږي چې دلیپید زیات جوړیدل او کم میتابولیزم دسیروم دلیپید دزیاتوالي بل عمده دلیل دی.

دمتیازو دسگمنت ابنارملتي

دپښتورگو په توبولونو کې دپلازما دپروتین دزیات غلظت له کبله ډول ډول کیستونه جوړیږي داکیستونه هیالیني، گرانولر او واکسي خاصیت لري.

هغه کیست چی دشحمي موادو څخه ډک دی د اوول فیټ باډي سره یوځای لیدل کیږي که چیری هیموتوریا اودسروکریواتو کیست موجود وي دگلومیرولر په تخریب دلالت کوي.

www.ketabton.com

ایتولوژي

دنفروتیک سندروم دعمده علت معلومول دتشخیص ډیر اساسي ګام دی که څه هم دنفروتیک سندروم اسباب ډیر زیات دي او هریو په ځانګړي توګه مخصوص تداوي ته اړتیا لري بیاهم ډول ډول انزار او تګ لاره غوره کوي نولدې کبله مناسبه سمون لار هغه وخت ټاکل کیږي چې د ناروغۍ اصلي علت معلوم شي دنفروتیک سندروم ټاکلی اسباب په لاندې ډول دي:

انترازیک رینل ناروغۍ

الف: لیپید نفروزس

ب: ممبرانوس نفروپتي

ج: دحاد او مزمن پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس

د: ممبرانو پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس

هـ: فوکل سکلیروزینګ ګلومیرولونفرایتس

و: ارثي نفرایتس (الپورت ناروغي)

ز: ولادي نفروتیک سندروم

ح: هوموګرافت ریجکشن

ط: نفروتوکسین

۱- دسیمابو مرکبات

۲- بسموت

۳- طلا

www.ketabton.com

ی: الرجن مواد

۱- دمچی چیچل

۲- پولین

۳- دلړګیو زهر

۴- دحشراتو خوړل

ک: دوایي

۱- پنسلین

۲- داختلاج ضد دواګانی

۳- پروبیناسید

سیستمیک ناروغی

الف: میتابولیک ناروغی

۱- امایلوئیدوزس

۲- دیابتیس میلیتوس

۳- میکزودیما

ب: کولاجن وسکولر ناروغی

۱- سستمیک لوپوس اریتماتوزس

۲- پولي ارترایتس نودوزا

۳- ګوډ پاسچر سندروم

۴- درماتومایتوزایتس

www.ketabton.com

۵- شويين لاين پورپورا

۶- اريتيما ملتي فورم

ج: انفکشن ناروغی

۱- سفليس

۲- ملاريا

۳- هيپاتيتس

۴- بکتريال اندوکاردايتس

۵- سايتوميګالووايرس

د: خبيثه افات

۱- هوچکن

۲- ملتيپل مايلوما

۳- کارسينوما

۴- لمفوسيتيک لوکيميا

هغه سستميک ناروغی چی دپښتورګو د وريدونو د فشار دزياتوالي لامل ګرځي

الف: دپښتورګو وريد ترومبوزس

ب: دسفلي اجوف وريد ستينوزس او ترومبوزس

ج: دترای کسپيد عدم کفايه.

د: کورپولمونل

هـ: کانسترکتيف پری کاردايتس

www.ketabton.com

و: پولمونري ارتري

ز: شدیده قلبي احتقاني عدم کفایه

تشخیص

دتشخیص لپاره طبي تاریخچه، فزیکي ازموینه، دمیتازو انالیزس، دوینې دیوریا معلومول ضروري دي. بله غوره تشخیصیه لار د پښتورګو بیوپسي ده چې د رنځوري تشخیص او پرانشیمل تخریب او څرنګوالي ښکاره کړي حتی بیوپسي کولی شي چې د درملو رول او د ستروئید اغیزه معلومه کړي که چیرې دګیډې تروما او شدید درد په رنځور کې پیداشي د پښتورګو د ورید ترومبوزس په خیال کې راوړل کیږي پدې شرط چې رنځور په نفروتیک سندروم اخته شوی وي دلته د پښتورګو وینوګرافي د تشخیص لپاره مرستیال بلل کیږي.

انزار

دنفروتیک سندروم پروتینوریا حمله شاید دوام وکړي یا کمه شي الویا د درملنې سره مخ په ښه والي راشي. حتی د درملنې په وخت کې هم د پروتینوریا یوه حمله پیداکیږي نولدی کبله دناروغۍ د انزارو داټکل لپاره پروتینوریا ښه لارښود نه دی. دمثال په ډول هغه رنځور چې لیپوئید نفروزس باندې اخته دی اودورځې **۲۵** ګرامه پروتین اطراح کوي بیا هم ښه انزار نه دي.

که چیرې GFR ډیر کم اوپه اکسریز کې وړوکې پښتورګې ښکاره شي انزار یې خراب دي ځکه چې د پرانکیم په پرمختللي تخریباتو دلالت کوي. دپرویتن دنوعیت څرنګوالی هم دناروغۍ طبیعت په هکله څه ناڅه معلومات ورکوي، هغه رنځوران چې البومین

www.ketabton.com

یامکروګلوبولین یوریا لري دی ته انتخابي پروتینوریا وایي او دلیپوئید نفروزس رنځوران چی د ښه انزار خاوندان دي داډول انتخابي پروتینوریا لري اوهغه ناروغ چی غیر انتخابي پروتینوریا باندی اخته دي دپښتورګو افت پرمختللی او د تداوي پر وړاندی د رنځور د ښه والي هیله کمه ده. ځینی هغه خلک چی سلکتیف پورتینوریا لري هم دخراب انزارو سره مخامخ کیدای شي.

دپښتورګو بیوپسي د رنځوري د طبیعت، وخامت او تداوي د نتیجی په هکله معلومات ورکولی شي او همدارنګه د ناروغی د پتالوژي په باره کې لاړښودنه کوي او خصوصاً داکار د امینوفلوریسنت معاینی پواسطه ترسره کیدای شي.

دنفروتیک سندروم اختلاطات:

که څه هم د نفروتیک سندروم په ناروغ کې یواځی ازیما زورونکی نښه ده خو بیا هم کیدای شي چی ډیرخلک د ژوند ویره ونکی اختلاطاتو سره مخامخ شي.

۱- هایپوتنشن: کله چی مایع داتتراوسکولر مسافی څخه اکستراوسکولر مسافی ته راوځي د نفروتیک سندروم ناروغ کې دهایپوتنشن سنکوپ او حتی شاک ته زمینه برابروي او دافت هغه وخت منځته راځي چی په رنځور کې زیات ډیوریتیک استعمال شي اویا کتلوي توراسنتیزس اویا پاراسنتیزس صورت ونیسي، او همدارنګه هایپوتنسیف دواګانی هم داکارکولی شي اوحتی ناڅاپي مرګ پیداکیږي.دبلی خوا هایپوتنشن د پری رینل ازوتیمیا عمده لامل بلل کیږئ داوبو داطراح میکانیزم هم خرابیږي کله چې هایپووالیمیا ډیره زیاته شي نو دوازوپریسین د افراز سبب ګرځي.

www.ketabton.com

۲- دپښتورګو عدم کفایه : هغه نفروتیک سندروم چې علت یې دګلومیرولونو مزمن پرمختللی افت دی په اخر کې د ازوتیمیا او یوریمیا اعراض منځ ته راوړي هایپوتنشن ددی اختلاط لمړنی پیژندونکی عرض دی.

۳- دارتیروسکلروزس چټکتیا : پدی رنځورانو کې دمقدم اتیروسکلروزس له پاره دهایپرلیپیدیمیا له کبله زمینه برابریږي او دا افت هغه وخت چټکتیا مومي چې دهایپرتنشن سره ملګری شي ددماغي اوعیو او د اکلیلي شریانو ناروغی پیداکیدونکی ده.

۴- ترومبوامبولیک پیښې: ډیر عوامل ددی پیښې مسول دي خو زیاته ازیما چې رنځور ته دحرکت اجازه نه ورکوي دیوې خوا او دبلې خوا دستروئید زیات استعمال دوریدي ترومبوزس له پاره لاره برابروي. برسیره پردی داډول رنځوران دوینې هایپرکواګولوپټي هم لري. د فبرینوجن زیاتوالی او د فبرینولیتیک موادو نهی کول او د **۵،۷،۸،۹** فکتور ګډوډي هم دلیدنې وړ دی د ترومبوسایت زیاتوالی او هجمن فکتور زیات فعالیت هم مسولیت لري داچې کوم فکتور زیات مسول دی تر اوسه معلوم نه ده.دپښتورګو دورید ترومبوس ډیر دپام وړ اختلاط دی چې دممبرانوس ګلومیرولو نفرایتس افت او دهغه په مربوطه نفروتیک سندروم کې زیات تصادف کوي.

۵- انفکشن (انتانات): کوچنیان د انتاناتو پر وړاندې حساس کیږي د انتي بیوتیکو څخه رومبی د اریزیبل او نموکاکل پریتونایتس پیښې ډیرې زیاتې دي او وژونکي بکتریمیا یې پیداکوله اوس نه یوازې باکتریایي انتان بلکه فنګس او پرازیتي ناروغی هم زیاتې لیدل کیږي. پریتونایتس اوانتروکولایتس دتبې، لوکوسیت، دګیډې د درد او پړسوب، کانګې،

www.ketabton.com

قبضيت او دماغي خرپړتيا سره ښکاره کيږي دغه کلينيکي وتيرې ته نفروتيک کرايزس هم وايي.دنفرو تيک سندروم درملنه دامينوسپريشن اويا سيروئيد سره دناروغ مقاومت او ټينګار داتتان پر وړاندې کموي.

۲- پروتين مل نوتريشن: دپروتين دضياع له کبله او کتابوليزم په اساس د پروتين د سوء تغذيې لامل ګرځي او خصوصاً هغه ناروغانو کې چې ازوتيميا ، بې اشتهايي، دلبدي ، کانګې او نس ناستې لري زيات دليدنې وړ دي. سپين زر مايتدونکي نوکان د پروتين د فقدان علامه ده مايواديما د عضلاتو پوکانې کيدل د پورتين د فقدان بله علامه بلل کيږي.

دنفروتيک سندروم درملنه

دنفروتيک سندروم درملنې بنسټ عبارت دي له:

۱- دنفروتيک سندروم دلامل درملنه (دلامل لاندې څيړل شوې)

۲- دپروتين يوريا کنترول

۳- داختلاطاتو کنترول

که چيرې پورتين يوريا د معافيت ځپونکو درملو سره ښه نه شوه نو د پروتين يوريا غير وصفي درملنه پيل کيږئ لکه ACE نهې کوونکې يا ارجنين رسپتور بلاکر د نفروتيک سندروم په ټولو ډولونو کې انتي پروتين يوريا اغيزه لري چې دا درمل دګلوميرولو دکپيلرو د فلتريشن فشار کموي نوځکه دپروتين يوريا څخه مخنيوی کوي همدارنګه ددې درمل دکارولو پوخت کې بايد دوينې فشار اودپښتورګو دندې وکتل شي نن ستروئيد التهاب ضد درمل هم پروتين يوريا کموي.

www.ketabton.com

داختلاطاتو درملنه

۱- ازيما : دپړسوب دكمولو لپاره په خوړلو کې مالګه بايد کمه شي او تيازايد پيل شي. که ددی سره ښه والی پيدا نشو نو لازيکس د ورځی ۲۰-۱۲۰ ملي ګرامه يوازی اويا داميلوريد (دورځی ۵ ملي ګرامه) سره سره نه ښه کيږي نوزرقي بايد ورکړل شي دزيات دايوريتکو دورکولو له کبله هايپووالیوما او پری رينل ازوتيميا پيداکيږي.

۲- هايپرليپيديميا: دليپيد زياتوالی دمايورکارد انفارکشن اودمحيطي رګونو د ناروغی خطر زياتوي چی ددی دمخنيوي لپاره ستاتين ورکول کيږي.

۳- انتي کواګولانت

که دسيروم البومين د ۲ ګرام في ديسي ليتر څخه کم شي نو هايپرکوواګولابل حالت مينځته راځي چی د ۳-۲ مياشتو لپاره دانتي کواګولانتو په واسطه يې درملنه کيږي او دمتکرر ترومبوزس اودپښتورګو د وريدونو ترومبوزس لپاره د اوږدی مودې لپاره کارول کيږي هيپارين نه ورکول کيږي ځکه چی انتي ترومبين ۳ نه وي.

۴- سيپ سيس: په نفروتکي سندروم کې دمړيني لمړني لامل انتان دی څرنګه چی امينوګلوبولين په تشو متيازو کې ډير وزي نو داناروغان انتان ته ډير مساعد وي نموکاکل انتان ډير معمول دي ناروغان بايد ددی دمخنيوي لپاره واکسين شي.

۵- خواړه: زيات پروتين لرونکي خواړه (دورځی ۸۰-۹۰ ګرامه) پروتين يوريا زياتوي. بايد د نارمل اندازه پروتينو سپارښتنه وشي.

۶- که دويتامين ډي لږوالی شته وي درملنه يې ترسره کيږي.

www.ketabton.com

دپروتينوريا درملنه

دمرض داصلي علت تداوي غوره لار ده په ځينی ګلوميرولوپاتي کې د ستروئيد اوسايتوتوکسيک دواګانی دپروتينوريا مخه نيولی شي او خصوصاً هغه ناروغان چې دپښتورګو په بيوپسي کې دافت ښه والی ښکاره کړي د بريالي تداوي غوره دليل دی دی ناروغی ته مينميل چينج، نيل ناروغی ، ليپوئيد نفروزس وايي. دا افت په ماشومانو کې پيداکيږي اوپه عادي ميکروسکوپ کې ډير کم بدلون او امينوفلوريسنت معاينه کوي هيڅ ډول ابنارملتي نشته دغه رنځوران دکورتيکوستروئيد ښه کانديدان دي. که چيری دمرض عمده لامل لوپوس دستروئيد اويا امينوسپريشن تداوي څخه ناڅه ښه والی پيداکوي. ليپوئيد نفروزس او دستروئيد تداوي يواځنی مرض دی چی ډير پلويان لري دستروئيد دځای ورکول او استعمال په خپله د زياتو جانبي ګيلو او ګړاو لامل ګرځي.

ممبرانوس نفروپتي اوليپوئيد نفروزس

که چيری دنفروتيک سندروم ناروغ نورمال GFR لري او دسستميک ناروغی شواهد په کې نه وي اوپه متيازو کې پرته دهيالين، ګرانولر او ول فټ باډي او واکس کيست څخه بله ابنارملتي ښکاره نه شي رنځور ممبرانو ګلوميرولوپتي اويا ليپوئيد نکروزس باندی اخته دی او داد انتيجن انتي باډي کمپلکس پايله ده. دا ناروغی شايدپه خپله ښه والی پيداکړي او بيا ښکاره شي خو په اخر کې د پښتورګي عدم کفايه په لور پرمختګ کوي. دستروئيد تداوي د ممبرانوس شکل کې نه د رنځوری مخه نيسي او نه پروتينوريا کنترولولی شي.

www.ketabton.com

لیپوئید د نکروزس علت تراوسه معلوم نه دی په ماشومانو کې ۲۰-۸۰ سلنه اوپه کاهلانو کې ۱۰-۳۰ سلنه نکروتیک سندروم لامل گرځي.

په ۳-۲ میاشتو کې په خپله ښه والی منځته راځي لکین دسترویید تداوي دغه ښه والي ته چټکتیا ورکوي، دواړه ناروغی باید ړومبی د تداوي څخه جلا تشخیص شي. لیپوئید نفروزس په عادي میکروسکوپ کې کوم هستوپتالوژي بدلون نه ښکاره کوي لیکن ممبرانوس گلومیرولونفرایتس کې دگلومیرولونو دقاعدوي غشا پرېړوالی شته د جلا تشخیص اخرنی پریکړه دامینوفلوریسنت او الکترونیک میکروسکوپ پواسطه کیدای شي.

په لیپوئید نکروزس کې IgG او IgM اویا BC کمپلیمنت نه لیدل کیږي، لیکن په ممبرانو نفروپاتي کې نوډولر شکل دقاعدوي غشا له پاسه څرگندیږي. که چیرې بیوپسي د ممبرانوس نفروپتي ملاتړ وکړي دسترویید ورکول بی فایدي دي اویواځی دیوریتیک اوغذایي رژیم مرسته کوي. په ځوانو ناروغانو کې که چیری سترویید د ۴-۲ هفتو پورې دوام وکړی شي او دښه والي کومه علامه ښکاره نشوه د تداوي په ناکامي دلالت کوي اوکه چیری کوم وصفي ممانعت د سترویید په باره کې دلیپوئید نفروزس ناروغ کې موجود نه وي سترویید پیل کیږي او د ورځي ۲۰-۸۰ ملي گرام پریتنیزون ورکولی شو کله چی په رنځور کې دښه والي علامی ښکاره شوی یوه ورځ بعد دوز باندی پیل کوو تر هغه چی په رنځور کې بشپړ ښه والی منځ ته راشي. دیو ورځ بعد دوز فایده داده چی په رنځور کې جانبي عوارض کموي.

www.ketabton.com

که چیری رنځور ۸-۲ اونیو کې جواب ورکړ دی حالت دی ستروئیدریسپانس وایي. پدی رنځورانوکې د تداوي دوز تدریجي کمیږي او په څو اونیو کې په بشپړ توګه قطع کوو. که چیری افت بابیږی وکړي ستروئید یواځی اویا دامینوسپریشن دواګانو سره یوځای ورکوو. که چیری رنځور دتداوي دقطع کولو وروسته بیا په دی ناروغی اخته شي دی شکل ته ستروئید دیپینډنت وایي، نو دی ناروغ ته لږ ستروئید او امینوسپریسف دواګانی څه ناڅه ګټوری تمامیږي که چیری رنځوري د ستروئید په مقابل کې ټینګار وکړي نو زمونږ لمړنی تشخیص لیپوئید نفروزس نه دی اوشاید رنځور په امایلوئیدوزس دیابتیک ګلومیرولو سکلیروزس اویا فوکل ګلومیرولو سکلیروزینګ افت باندی اخته دی دا باید وویل شي که چیری رنځوران دستروئید په مقابل کې ځواب ورنه کړي دی ته ستروئید ریزیستنډ وایي.

دپښتورګو د اوعیو ناروغی

تر دی عنوان لاندی نفروسکلیروزس دپښتورګو دشریان بندش، دپښتورګو ورید ترومبوزس پری اکلمپسیا او ایکلمپسیا او پوست رینل فیلر شامل دی.

نفروسکلیروزس

تعریف او پتالوژي

داساسي هایپرتنشن په لمړی مرحله کی شاید هیڅ ډول مورفولوژیک بدلون په پښتورګي کی ښکاره نشي او هغه خلک چې دهایپرتنش له کبله مري دهغو په پښتورګو کې دوړو شراینو اوارتیریول بدلون شته. په ۱۰ سلنه ناروغانو کې دغه بدلون دومره شدید وي چی کفایت کوي د پښتورګو عدم کفایی پیداکړي. لوی اودمتوسط جسامت شراین په انتیماکې پیړوالی ښکاره کوي برسیره پردی د ارتریول او پری ارتریول په ټول جدار کی د

www.ketabton.com

ایزونوفیلیک حجراتوانفلتریشن دلیدنی وړ دی دغه بدلون د کورتیکس د اتروفي او اسکارینګ لامل ګرځي. دګلومیرولونو هیالینزیشن یو ډیره شکمنه منظره ده، هغه ناروغ چې دخبیثه هایپرتنشن او دپښتورګو دعدم کفایی له کبله مری دمتوسط شراینو هایپرپلازیا ښکاره کوي چې دشراینو دلومن دکموالي عمده سبب دی او د پیري ګلومیرولو شراینو نکروزس هم دلیدنی وړ دی چې دګلومیرولو نو دژوروالي پوری رسیږي. دبومن کپسول کی هیموراژ او کریسن جوړښت منځته راځي.

کلینیکي بڼه

هغه خلک چې په خبیثه هایپرتنشن اخته دي ځو کاله وروسته پورتینوریا ښکاره کوي اوپه متیازو کې کوم وصفي ابنارملتي نشته. کیداې شي میکروسکوپیک اویا ګروس هیماتوریا موجود وي او کله کله پورتینوریا تر ۴ ګرامه پورې په ورځ کی رسیږي. دګلومیرولونو دشعریه اوعیو پراخه نکروزس داډول افت پیداکوي. دګلومیرولونو دشعریه اوعیو پراخه نکروزس داډول افت پیداکوي. دپښتورګودپرمختللی انیمیا پیداکیږي که چیری رنځور هایپرتنسیف نیوراپتي او ازوتیمیا پرته له انیمیا پیداکیږي که چیری رنځور هایپرتنسیف نیوراپتي اوازوتیمیا څخه ولري واسکولر افت دلالت کوي هغه ناروغ چې هایپرتنسیف دي اود قعر عین معاینه نورمال وي دګلومیرولونفرایتس اویا پایلونفرایتس غوره نښه ده.

دنفروسکلیروزس دانزار ټاکل ډول ډول دي، لیکن دفشار د لوړوالي له مخی څه ناڅه معلومات کیدای شي، پروتینوریا او لږه ازوتیمیا چې ګیلی نه لري تر ډیره وخته دوام کوي خودخباثت مرحله د شدیدی پروتینوریا او هیمتوریا سره ځان ښکاره کوي که چیری فشار

www.ketabton.com

ډېر لوړ او په شبکه کې هیمورژ او پاپیلري ازمیا او ازوتیمیا پیداشي دمرګ دخطر نښې
بلل کیږي. داډول خلک کم تر کمه تر ۸ کلو پورې هایپرتنشن اخته وو خبیثه هایپرتنشن
هغه حالت ته وایي چې دغه لاندني خواص ولري.

۱- هایپرتنشن او پاپیل ازیما

۲- هایپرتنشن او دپښتورګو چټکه پرمختللې عدم کفایه.

۳- هایپرتنشن او نکروتایزینګ ارتیرایتس.

پاپیل ازیما، هیمتوریا، دوزن بایلل، پرمخ تللي یوریمیا، نکروتایزینګ ارتیریولایتس د هایپرتنشن علامې دي خو کیدای شي چې په ځینو خلکو کې موجود نه وي په یو لړ څیړنو کې چې ۶۸ هایپرتنشن ناروغی مطالعه شو په ۲۳ پیښو کې چې په پرمختللې یوریمیا هایپرتنشن درلوده پاپیل ازیما موجود نه وو. ځینو رنځورانو دسترګی په ژوره معاینه کې یوائې دشراینو تنګوالی ښکاره اوهیمورژ نه وو. کیدای شي چې کله کله په میاشتو او کلونو کې یوائې پاپیل ازیما پرته د نکروتایزینګ ارتیرولایتس څخه ولیدل شي، په ځینو ناروغانو کې دیوریمیا سندروم په ۱-۲ کلو کې پیداکیږي هیمتوریا او پروتینوریا کمه ده. نوروریتینوپتي شایدهیڅ نه وي داډول ناروغان داتیمل طبقې پراخه او کتلوي هایپرپلازیا لري او نکروتایزینګ وتیره نښته داډول خلک ښه انزار لري او ښه تداوي کیږي.

کیدای شي پدې ناروغی کې نفروسکلیروزینګ او خبیثه هایپرتنشن منځته راشي.

www.ketabton.com

دپښتورګودشریان بندیدل

دپښتورګو شریان انفارکشن په ګیډه کې د ناڅاپي تیز درد سره چې په پورتنی اویا تشو کې ځای لري پیداکیږي، همدا علت یې امبولیک انسداد دی، تبه او لږ لوکوسایتوزس عمومیت لري، پدې شرط چې دپښتورګو دشریان غټه شاخچه بنده شویوي، ګروس هیماتوریا نه لیدل کیږي خو په پنځه سلنه پیښوکې میکروسکوپیک هیمتوریا شته دوینی اوعیه نورمال وي پدی شرط چې بل پښتورګی جوړ اوتیار وي.

دانفارکشن څخه لږ وروسته د پښتورګو انتراوینوس پیالوګرافي غیر نورمال ده لیکن د پښتورګو جسامت نورمال معلومیږي.

که چیری دپښتورګودشریان بندش قسمي وي نوپه رنځور کی غوره وصفي علامه هاپیرتنش دی دافشار ډیر شدید او دنفریکتومي سره له منځه ځي. دپیالوګرافي سره داډول ماوفه پښتورګی ۱-۲ دقیقی وروسته د کثیفه موادو سره ډک کیږي په یولږ شمیر پیښوکې البومینوریا نشته اودپښتورګي ټولی دندی نورمال دي.

تشخیص

په دغه لاندنیو ازموینو سره تشخیص ترسره کیدای شي.

۱- دادرار دحجم او جوړښت ځیړنه چې دحالب دکتیتر سره د دواړو خواو څخه ادرار اخلي.

۲- اورتوګرافي

۳- دپښتورګو دورید درینین اندازه کول.

۴- کله کله ماوفه پښتورګی وړوکی شوی وي.

www.ketabton.com

که چیری دپښتورګي شریان تنګ شوی اویا د دواړو پښتورګو شریانونه بندوي دپښتورګي پرمختللي عدم کفایی خواته میلان لري او معمولاً د هایپرتنشن سره ملګری وي داډول عدم کفایه دپښتورګو د ارتیروګرافي پواسطه معلومیدای شي دجراحي باپپاسینګ عملیات دتداوي غوره لاره ده دپلازما د رینین سویه لوړه یا نورمال وي او دا د اوبو اومالګی د احتباس سره اړیکی لري او دایوطرفه پښتورګی په هایپرتنشن کې سویه لوړه ځي.

دپښتورګو دورید ترومبوزس

په یو یا دواړو پښتورګو کې دورید ترومبوزس پیداکیږي. د دواړو پښتورګو دوریدو بندش دلاندني اجوف ورید په ترومبوزس کې زیاته تصادف کوي.

عمومي لاملونه یې دادي:

۱- دپښتورګو په وریدونو باندی دهایپرنفورمابریداو تهجم.

۲- دخبیثه افاتو پواسطه دزلاقي جذعی دلمفونود نیولو اوپه وریدونو دفشار راوړل.

۳- دلنګیو ترومبوفیلیبایتس او پورته خواته دهغی پراختیا.

۴- پیري ارترایتس

۵- قلبي احتقاني عدم کفایه

۶- شدید ډي هایدریشن (په ماشومانوکې)

۷- دګیډی تروما او جراحي

۸- په خپله دپښتورګي ناروغی لکه:

الف: پاپیلري نکروزس

www.ketabton.com

ب: دپښتورګو امايلوئيدوزس

کلينيکي بڼه

دپښتورګو دوريدونو بشپړه ترمبوزس په ناڅاپي ډول دملا دشکتنی ناحيی درد دپښتورګو غټوالی، هيماتوريا او پروتينوريا سره پيل کوي، که چيری افت دوه طرفه وي اوليګوريا اوازوتيميا او بالاخره مرګ دناروغی تګ لاره ده. که چيری بندش قسمي وي د کولاتيرل پواسطه د پښتورګو دندی څه ناڅه ساتل کيږي دا افت داتراوينوس پايلوګرافي پواسطه معلوميدای شي چی په هماغه ناحيه کې دحالب کوږوالی دليدنی وړ دی.

په يو څو پيښو کې کتلوي پروتينوريا او بشپړ نفروتيک سندروم پيداکيږي په نورو پيښو کې پروتينوريا عموميت نه لري او هيماتويا په کلينيکي صفحه کې تبارز کوي.دويني فشار معمولانورمال دی نو که چيری فشار لوړ شي خطرناک بلل کيږي.

تشخيص

که چيری رنځور دګيډی د وريدونو کولايترل چی پورته خواته دويني جريان لري وليدل شي او برسيره پردی د سفلي اطرافو او تنی نامعلومه ازيما او متکرری ريوي امبولی پيداشي د پښتورګو دوريد دترومبوزس خواته فکر کيږي او يقيني تشخيص يې دسفلي اجوف وريد دوينوګرافي پواسطه ترسره کيدای شي.

پري اکلمپسيا، اکلمپسيا اودحاملګی توکسيميا

دحاملګی توکسيميا هغه حالت ته وايي چی دحاملګی اويا لږ وروسته له ولادت څخه په رنځور کی هايپرتنشن، ازيما او پروتنيوريا (پری اکلمپسيا) وليدل شي او که برسيره پر

www.ketabton.com

دغه پورتني افاتو اختلاجات اوکوما منځته راشي نو هغې ته (اکلمپسيا) وايي ليکن داسی دليل نشته چې ووايو چی په رنځور کی اختلاجات پرته د اکلمپسيا څخه نه پيدا کيږي داتصنيف بندي نور افات دخپل ځان سره ګډوډي.

ليکن مونږ دلته هغه څه څخه بحث کوو چی دحاملګی په اخرو دريو مياشتو کې دپښتورګو افات او وسکولايتس پيدا کيږي اوپه دراماتيک ډول وروسته له ولادت څخه له منځه ځي.

پتالوژي

دحاملګی په توکسيميا کې د پښتورګو هستالوژيک منظره دګلوميرولونو داندوتيليم او اپي تيليم حجراتو ښکاره پړسوب دی په پرمخ تللي او دوامداره پيښه کې د افيرنټ شريان زيات پيړ والی او فبرونوئيد نکروزس منځته راوړي.

هغه ښځی چی دحاملګی دتوکسيميا دحادی حملی څخه مري هميشه دپښتورګو توبولر نکروزس باندی اخته دي دهمدی حجراتو نکروزس او پيري پورتل هيموارژ دليدنی وړ دی او داسی ويل کيږي چی دپښتورګو نکروزس د اوعيو د سپزم اويا شاک څخه وروسته منځ ته راځي.

دحاملګی په توکسيميا کې وصفي افت په ګلوميرولونو کې د فبريني موادو تراکم دی، دامادہ د امينوفلوريسنت دتلوين سره دښکاره کيدو وړ ده. دپښتورګي دقشر په نکروزس کې حادثه ډير وخيمه او شوارتس من دحادثی په څير ده ځکه دلته دوينی په ټولو وړوکو اوعيو کې دفبرين ځای په ځای کيدل ښکاري.

www.ketabton.com

کلينيکي بڼه

دا افت د لمړی ځل لپاره په هغه ښځه کی چی ۲۵ کلنی نه پورته او لومړی ځل حامله شوي وي پيداکيږي، په غبرګونوکې زيات تصادف کوي وقوعات په هيداتيدمول کې ترټولو زيات دي او ډير ژر هايپرتنشن او البومينوريا څرګنديږي چاغ ښځی د ناروغی له پاره ډيری مساعدی دي او هغه ښځی چی غريبی او اقتصادي وضعه يې خرابه ده د ناروغی سره تل لاس او ګريوان دي. همدارنګه په هغه ښځو کې ړومبی د پښتورګو اويا د سږو افت درلوده زيات دليدنی وړ دی همدارنګه که چيری ښځه حامله او ثابت هايپرتنشن باندی اخته شي ويل کيږي چی دحاملګی په توکسيميا اخته کيږي.
ديابيتيک ناروغ ترڅوچې وعايي اويا کليوي تشوشت پيدانکړي داډول مرض منځ ته نه راځي.
دناروغی پيل تدريجي اويا په اني اويا شاکي ډول پيداکيږي معمولاً مرض دحاملګی ۲۴ اونی کې يويا دوه ورځی ړومبی له ولادت څخه منځ ته راځي اودپښتورګو په ناروغ کې مخکی پيداکيږي. دهايپرتنشن دناروغ لومړی علامه ده څرنګه چی د حاملګی په اخر کی فشارکميږي نو ډاکټر بايد دفشار زيات لوړوالی هيله مند نه وي اوشايد د رنځور فشار 140/90 وي. دفشار سره سم سردردي اودرويت تشوش شته خو رنځوران معمولاًلدی ګيله من وي د قعر عين معاينه کې کله کله د شبکی د شراينو سپزم ښکاري، شبکيه ځلانده او لمده معلوميږي خو دا علامه وصفي نه بلل کيږي په شديدو پيښو کې اکزوديت او هيموراژ منځ ته راتلای شي.

www.ketabton.com

پروتينوريا تصادفي معلوميږي دويني مقدار د فشار داندازې سره تړلی دی مقدارېې شايد لږ اوياتر ۸-۱۰ ګرام په ۲۴ ساعتو کې رسيدای شي. ګرانولر اوهياليين کيست دليدنی وړ دی دحاد ګلوميرولونفرايتس په خلاف دلته دسروکريواتو کيست ډير کم ليدلی شو. دپښتورګو د غليظيدو قدرت پرته د وخيمو پيښو څخه نه خرابيږي. دويني ديوريا مقدار د ۲۰ ملي ګرامه په سل سي سي کې زيات نه دی، اکثرا پدی ناروغی کې GFR نه کميږي دويني يوريميک اسيد ډير زيات نه وي په ځينو وخيمو پيښو کې کميږي.دويني يوريميک اسيد ډير زيات نه وي په ځينو وخيمو پيښو کې اوليګوريا زياته او دپښتورګودحادی عدم کفايی اوتوبولولر نکروزس لامل ګرځي.

ازيما دويش او وصف او پتوجنيزس په لحاظ دحادګلوميرولونفرايتس دازيما په څير ده که چيری ناروغي ډير شديد وي ازيماشايد ونه ليدل شي اويواځی اختلاجات ښکاره شي. په نورو پيښو کې د وزن زياتوالی دمخ پړسوب دګوتو اوښينګرو اذيما شايد لومړنی ګيلې اونښی وي چی دهايپرتنش او اذيما سره ملګری وي دازيما د هايپوالبومينيميا پورې اړه لري خو دالبومين مقدار د ۲ ګرامه په سل سي سي سيروم کې زيات نه وي د توکسيميا ازيما د البومين په زرق سره له منځه نه ځي حال داچی په نفروزس کې ورک کيږي.

په زيات شمير پيښو کې دقلبي عدم کفايی اعراض او نښی شته د ازيما د ښکاريدو سره سم اورتوپنيا او ديس پنيا زياتوالی مومي. دا ګيلی اونښی داستراحت او دي جيتاليس اوډيوريتيک سره له منځه ځي سرکوليشن تايم نورمال او وريدي فشار لوړ وي.

www.ketabton.com

داډول شدید ناروغان که اختلاجات ولري اوکه نه دکلاتینګ فکتورونو خرابوالی په کې شته. په رنځور کې وروسته له ولادت څخه داخل وعایي هیمولیزس منځ ته راځي چې داحالت دوینی د پړندیدو دخرابوالي پورې اړه لري.

اختلاجات وروسته د عکساتو مشتدوالي او اپي ګستریک ناحیی له درد څخه پیل کوي، اختلاجات د ډیر لوړ فشار له امله هم پیداکیدای شي دا اختلاجات وروسته له ولادت اویا دحاملګی په وخت کې منځته راځي هغه ناروغان چې د Eclampsia څخه مري په دماغ کې Petichial هیموراژ دلیدنی وړ دی.

دحاملګی دختمیدو سره سم دمور وضعیت ښه والی مومي پروتینوریا او هایپرتنشن یو دوه اونی وروسته له ولادت څخه له منځه ځي او کله کله تر زیات وخته هم پاتی کیږي. په ۳۵ سلنه پیښو کې اصلي فشار د اکلپزیا دفشار څخه په مشکل توپیري تشخیص کیږي هرڅومره چې دتوکسیما مرحله اوږده وي په هماغه اندازه دپښتورګو تخریبات زیات دي.

درملنه

دیره مناسبه درملنه د رحم تخلیه کیدل دي. ګانګلونیک بلاکینګ ایجنت باید دفشار دښکته کیدو په مقصد استعمال نه شي ځکه چی دا دوران د پلاسنتا څخه تیریږي او دفیوتوس د خرابیدو لامل ګرځي په ناڅاپي ډول دا دواګانی فشار ټیټوي چی د مور دپښتورګي د عدم کفایی او فیوتوس د ډسترس لامل ګرځي. په خفیفو پیښو کې هایپرتنشن دوازودایلیټېد دواګانو سره لکه ریزرپین، هادرالازین، الفامیتیل دوپااومګنیزیم سلفیت پواسطه تداوي کولی شو.ازیما داستراحت، بی مالګی غذایي رژیم او دیورتیک پواسطه کمیږي. ساده مسکن باربیتورات د اختلاجاتو مخنیوی کوي او په

www.ketabton.com

شدیدو اختلاجاتو کې د وریدي لارې د باربیتورات اویا دیازیپم ورکول اغیزه ناکه تماميږي که چیرې ددې تداوي سره هم پروتینوریا او هایپرتنشن دوام وکړي نو بیا د پلاسنتا اودپښتورګو د اوعیو د ساتلو لپاره زمونږ هلې ځلې شکمن دي نو په داسې پیښو کې دحمل دوام دمور او رشیم په ضرر تماميږي.

پوست پورتم رینل فیلر

دایو نادر حالت دی اودپري اکلمپسیا سره کوم اړه نه لري څو ورځې وروسته د نورمال ولادت ماشوم د زیږیدنې څخه پرمختللی ازوتیمیا پیداکیږي چې د مکروانجیوپاتي او هیمالتیک انیمیا سره ملګرې ده دوینې فشار نورمال او یا ډیر لوړ وي د پښتورګي وضعیت دپرمختللي خبیثه هایپرتنشن ته ورته والی لري.

په بیوپسي کې دګلومیرولونو داوعیې اولوپ پرمختللې ترومبای اونکروتیک حجرات دلیدنې وړ دي د شراینو لومن د انتیما دطبقې د پیړوالې له امله تنګ شوي دي د اولیګوریا پیدا ایښت د پښتورګو د عدم کفایې په لور د پرمختګ علامه ده.

درملنه

که چیري دهیپارین مقدمه تداوي شروع شي کله کله مرضي وتیره بیاښه والی مومي.

www.ketabton.com

دبولي لارې انتانات (Urinary Tract infection)

پایلونفرایتس او دهغې مربوطه حالتونه

پیژندنه

دبولي لارې انتانات او پایلونفرایتس ډیرو ډاکترانو ته یو شانته معنی لري دبولي لارې انتان هغه حالت ته وایي چې په متیازو کې زیاتې بکتریا ولیدل شي، او پایلونفرایتس هغه حالت ته وایي چې شاید د بولي لارې دانتان وروسته په ناڅاپي توګه اویا په کراري سره منځ ته راځي نو له دې کبله اړینه نه ده چې په پایلونفرایتس کې د بولي لارې انتان موجود وي اویا داچې د بولي لارې په انتان کې پایلونفرایتس حتمي او ضروري ولیدل شي.

دبولي لارې انتانات

دبولي لارې انتانات ډیر زیات دي ځینې د درملنې پر وړاندې زیات ټینګار کوي او وژونکې پیښې منځته راوړي یو شمیر زیات خلک دخپل بولي لارې دانتان څخه تر ډیره وخته ناخبره وي دناروغ څخه په غور سره پوښتنه او تر څارنې لاندې نیول د بولي لارې د انتان په هکله معلومات ورکولی شي ځینې وخت انتانات د نورو انتاني ناروغیو په څیر ګیلې ورکوي انیمیا، هایپرتنشن، یوریمیا اوپه ماشومانو کې د نشونما ځنډیدل شاید د پښتورګي دتخریب پایله وي.

ایتالوژي

دبولي لارې انتانات زیات دي خو تر ټولو زیات ګرام منفي کولي فورم بکتریا ګانې عمده رول لوبوي او اشریشیا کولای دپاملرنې وړ دی نورې باکتریایي لکه پریوتوس،

www.ketabton.com

زودومونس او کليبسيلا هم بولي لارې منتن کولای شي ستافيلوکوکس کم رول لري خو معمولاً په ديابيتس او د پښتورگو او مثانی د ډبرو په رنځورانو کې زيات دليدنی وړ دی.
وايرس په حيواناتو کې پايلونفرايتس پيداکوي ليکن په انسانانو کې پښتورگی دکولي فورم بکتريا په مقابل کې حساس کوي دانسانانو په متيازوکې وايرس موندل شوی خو اعراض په کې نشته ليکن ادينو وايرس کله کله د هيمورژيک سيستايتس لامل گرځي نور مکروبونه لکه انتيروکوکس اکروموبکتيريا او ځينی ايست دافت مسول دي.

دانتان منشه او پتوجنيزس

دبولی لارې داتتاناتو غوره لاملونه د کولمو دلوی کولمو اوسيدونکی مکروبونه دي په زيات شمير پيښنو کې دا مکروبونه داحليل دلاری مثانی ته ځان رسوي په عادي حالت کې دمثانی متيازی پاکی اوهيڅ مکروب نه لري او کله چی کوم مکروب هلته ورسيږي په فوري ډول له منځه ځي. ليکن د انتاناتو زياتوالی او د رنځور د عضويت د دفاعي ميکانيزم خرابتيا ستر رول لري. دبولي لارې داتتان د پيداښت لپاره بايد ټوله بولي لاره په غور سره وکتل شي ځکه چې د پښتورگو د پرانکيم انتان د همدی لارې صورت مومي.
هيموجنيزس پايلونفرايتس په هغه خلکو کې چی زيات ناروغ وي او دعضويت دفاعي توان له منځه تللی وي پيداکيږي. ستافيلوکوک پايلونفرايتس ديو لرى انتاني محراق څخه لکه کاربنکل او اوستيوميالايتس څخه منځ ته راځي توبرکلوزيک پايلونفرايتس دويني له لارې پراختيا مومي.

www.ketabton.com

نور اضافي حالتونه

دبولي لارې انتانات د عمر او جنس او کوچنيوالي او غټوالي ترمنځ په ښځو او نرانو کې 1:4 دي وروسته له هغې چې ۲۰ کلنی کې زيات مونډلی شو د ۵۰ کلنې څخه ړومبی په نرانو کې انتاني پيښی هم تصادف کوي همدارنګه ټولنيزه او اقتصادي بڼه هم دانتاناتو او پرمختګ متاثره کولی شي.

حاملګی

دبولي لارې انتانات ۴-۸ سلنه پيښو کې په حامله ښځو کې زيات پيدا کيږي. که چيری په ښځو کې دمثانی کتيتر تطبيق شي د بولي لارې دانتان پيدا ايښت لاهم زياتيږي. په حامله ښځو کې انتانات د رحم دتوسع څخه ړومبی منځته راځي دحاملګی په توکسيميا کې انتاني پيښی زياتی دي اوهمدارنګه سقط او دوخت څخه ړومبی ولادت دبولي لارې دانتان لپاره زمينه برابروي.

ديابيتس ميليتوس

په ديابيتيک رنځورانو کې د پايلونفرايتس پيښی زياتی ليدل کيږي داځکه چې ديابيتيک پښتورګی زيات ماوفه دی دبلی خوا دزيات ګلوکوز مقدار دبولي لارې دتخريب لامل ګرځي اودا د انتان د نشونما لپاره لاره برابروي. دبلی خوا ديابتيتک نيوراپاتي دمثانی دخالي کيدو د خرابوالي لامل ګرځي اوپه پايله کې مقاوم بکتريا پيداکيږي په ديابيتيک ناروغ کې دانتاناتو پيدا ايښت د اسيدوزس مهمه وسيله ده همدارنګه پدې رنځورانو کې نکروتايزينګ پيپيلايتس هم دليدنی وړ ده او کله کله پاپيلري نفروسکليروزس هم منځ ته راتلای شي.

www.ketabton.com

انسدادي یوراپاتي

ټولی هغه پیښی چی دمتیازو دجریان دبندش لامل ګرځي لکه تومور ، تضیق، ډبری اوداسی نور هایدرونفروزس منځ ته راوړي چی دبولي لارې داتتان غوره عامل دی پدې رنځوری کې د اتتان پیدا ایښت په چټکتیا سره د پښتورګو دنسج دخرابتیا لامل ګرځي او داخبره هغه وخت داهمیت وړ ده چی دمکروبونو په موجودیت کې متضیقه ناحیی دوباره ترمیم شي دبلی خوا که چیری بندوالی بشپړ نه وي او بکتریا وجود ونه لري د تنګوالي جراحي اصلاح کول زیاته پاملرنه غواړي.

وزیکویوریترل ریفلکس

دا هغه حالت ته وایي چی په عکسوي ډول متیازی دمثانی څخه حالب ،حویضی اوحتی پرانکیم ته لاړی شي. دا دمثانی دتخلیه کیدو پوخت کې صورت نیسي، که چیری ریتروګرید پایلوګرافي اجراشي کثیفه مواد پورته تیریږي او زیاتره د لاندني او پورتني برخی تر منځه دمایع ارتباط ښکاره کوي. نو که چیری دحالب اومثانی دمعصری دنده خرابه وي د ریفلکس لپاره زمینه برابره ده. په ۵۰ سلنه پیښو کې دا حادثه په ماشومانو کې دانومالي له کبله منځته راځي او دعمر په تیریدو سره ښه والی مومي. او که چیری ماشوم د بولی لارې اتتان او دپښتورګي بی وسي ښکاره کړي دا د ریفلکس پایله ده او اتتان پورې کومه اړه نه لري.

هغه ماشومان چی پراخه وزیکویوریترل ریفلکس ولري په انتراونیوس پایلوګرافي کې هایدرونفروزس اوهایدرویوریتلر څرګندیږي داحالت داتتي بیوتیکو په درملنی سره له منځه ځي او دجراحي مداخلی استطباب نشته.

www.ketabton.com

انسترومينتيشن

دساماني داستعمال پواسطه بکتريل احليل اومثانی ته تيريږي په نورمال خلکو کې دهغی زيان کم دی خودشفاخاني په ناروغانو کې خطرناک تماميږي. دمثانی کتيتر بايد دسخت ضرورت له مخی استعمال شي او بايد دناروغ او پرسونل دخوشحالی لپاره هغی ته هڅه ونه کړو.

اوهرڅومره چی ژر امکان ولري داحليل څخه کتيتر بايد وويستل شي که چيری پاک اهتمامات ونه نيول شي ۲۴-۴۸ ساعتو څخه وروسته بکتريا په نشونما پيل کوي ښه به داوي چی داتناناتو دمعلومولو لپاره د مثانی څخه دپوستکي له لارې متيازی واخيستل شي اوداکار د انتان دمداخلی چانس کموي.

دپښتورګو ناروغی اوهايپرتنشن

دپښتورګي ټولی ناروغی رنځور دپښتورګو د انتان پر وړاندی حساس کوي او په هغه ناروغ کې چې دمتيازو معاينه غير نورمال ده دساماني کارولو پوښتنه اړينه ده.

نوروجينيک مثانه

په هغه ناروغانو کې چې دمثانی تعصيب خراب شي لکه دنخاع ترضيضات تابيس ډورساليس، ملتي پل سکليروزس او داسی نور دبولي لارې داتنان لپاره زمينه برابروي مکروب شايد په مثانه کې د دوامداره کتيتر دايښودلو پواسطه پيداشي، بل دليل دادی چې ناروغ دحرکت دبنديز له کبله د هډوکو موبيليزيشن اوهايپرکلسيميا پيداکوي چې په پايله کې ډبری او انسدادي يوراپاتي منځته راوړي.

www.ketabton.com

دمثانې التهاب

دانوم دډاکترانو لخوا دبولي لارې هغه انتان ته کارول کيږي چې پتوګونومونيک ګيلې لري. دمتيازو په وخت کې فريکونسي او ارجنسي اوپه احليل کې د سوزش او درد احساس پيداکيږي دانتاناتو سستميک ګيلې لکه لوړه تبه، (۱۰۱ فارنهايت) دعضلاتو درد، زړه بدوالی او کانګې، ستوماتتيا اوداسې نور منځ ته راځي.

حاد پايلونفرايټس (Acute Pylonephritis)

دحاد پايلونفرايټس اعراض په ناڅاپي ډول وروسته له څو ساعتو ورځو اويا څو اونيو څخه پيداکيږي. وصفي ګيلې يې دقطني ناحيې شديد درد، لوړه تبه (۱۰۳-۱۰۵ فارنهايت) ده چې دلړزې سره ملګرتيا کوي رنځور شايد زړه بدوالی، کانګې، اسهال او کله کله قبضيت ولري. ډيسوريا او فريکونسيي دناروغ غوره ګيلې دي.
په فزيکي ازموينه کې برسيره پرتبې اوعضلي دردونو ددوارو تشو تندرنس موجوددی او ندرتاً دا علامه ورکه وي که چيرې په رنځور کې پاپيلري نکروزس او يا دبولي لارې انسداد نه وي دنومړي ناروغۍ اعراض په يوه ورځ کې له منځه ځي ولو که رنځور وصفي انتي بيوتيک هم اخستی نه وي د رنځور ګيلې ورک کيږي خو بکترياايي يوريا کله کله وي که چيرې پايلونفرايټس شديد وي تبه څو ورځې دوام کوي په داسې پيښه کې ناروغ ته مناسب انتي بيوتيک پيل کيږي اوزيات شمير ناروغان وروسته دلمړۍ حملې څخه بشپړ ښه والی مومي اوپه يو زيات شمير پيښو کې پر له پسې ليدلې شو ځينې وخت رنځو تر يو کال پورې اعراض نه لري خو په متيازو کې بکتريا شته.

www.ketabton.com

لابراتواري ازموینه

په نوموړي ناروغۍ کې د پولي مورفونوکلیر حجرات دپام وړ دی لاکن په هغه ناروغ کې چی اعراض کم دي سپین کریوات لږ څه لوړ وي. دمتیازو په معاینه کې په ځانګړی توګه زیات شمیر سپین کریوات کلمپ اویا کیست په څیر معلومیږي کله کله سری کریوی هم دلیدنی وړ وي. که چیری سیستایتس موجود وي ګروس هیمتوریا هم شته. که چیری وروسته له موضعي اویاعمومي اعراضو دتداوي څخه ثابته او دوامداره هیمتوریا ولیدل شو ډاکټر باید خپل پام او فکر ډېری ، تومور او توبرکلوز ته واړوي. په ځینو افت کې چی لږ اعراض لري دمتیازو دمخی دمرض تشخیص ګران کار دی د ادرار په متکرره معاینه کې شاید ځو قیحي حجری ولیدل شي.

په متیازو کې د بکتریاو شمیر د تشخیص اساسي لاره ده. دبولي لارې په عرضي انتان کې بکتریا همیشه موجود او په اسانه توګه لیدل کیږي. دبکتریا مقداري شمیر د رښتیني انتان د مخکني احلیل دمنتن کیدو څخه توپیري تشخیص کیږي. ددی مقصد له پاره غیر سانتري فیوژ تازه اخرنی متیازی اخیستل کیږي اودګرام تلوین صورت نیسي. که چیری دبکتریا شمیر په یو سي سي کې ۱۰۰۰۰۰ وي په انتان دلالت کوي. دتداوي دشروع څخه ړومبی باید دمتیازو ځو نموني کلچر او معاینه شي که چیری د اخرني ادرار په کلچر کې د ۱۰۰۰۰ بکتریا څخه په یو یونت پر سي سي کې کم وي داشمیر وصفي نه ده که چیری ۱۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰ پورې ولیدل شي څه ناڅه وصفي بلل کیږي که چیری بکتریا په مثانه کې موجود او نشونما یې کړیوي د پښتورګو او حالب متیازی هم مکروبونه لري او دا د بولي طرق دانتان عمده دلیل دی. که چیری انتي بکتریل دواګانی موجود اویا دمتیازی

www.ketabton.com

پي ایچ دپنځه څخه کم وي دبکتریا نشونما دځند سره مخامخ کیږي نو له دی کبله د انتي سپتیک محلول سره دکتیتر خوله باید ونه منځل شي. دمثانی دفوق عانی پنکچر دبکتریا د معلومات لپاره ډیره ښه عملیه ده. انتراوینوس پایلوګرافي هم د پایلونفرایتس د تشخیص لپاره ګټوره تمامیږي ځکه چې دلته د دواړو پښتورګو دجسامت نابرابري ښرګندیږي او کثیفه مواد په پاچي شکل د پایلونفرایتس له کبله ویشل شوي ښکاري. په زیات شمیر پیښو کې په غور سره د رادیولوژیک معاینه د کلیسونو، حویضی او حالب هایپوتومي ښکاره کوي اوباید خپل پام د قشر پاپیلونو او سکارینګ ته را واړوو. دپښتورګي بیوپسي دناروغی د منتشری ویش له کبله دومره ګټور ګام نه دی.

درملنه

ددرملنی اساسي ټکی د انتان معلومول اودهغی دمرستیال فکتور له منځه وړل دي.دمثانی د انسداد له منځه وړل د انتاناتو دورک کیدو غوره لار ده. کله چې دانتان تداوي ته هڅه وشي باکتري سید دواګانی پیل کیږي او بکتیروستاتیک داروګان دومره رول نه لري. سستمیک پنسلین ډیره ښه دوا ده، سلفامید د لاندی بولي لارې دانتان له منځه وړلو لپاره کارول کیږي.

انتروکاکس دامپیسیلین سره ځواب وایي د پریوتوس له پاره جنتامایسین، کنامایسین، امپي سیلین، سفالوسپورین او دپنسلین زیات دوز په زړه پوری او ګټور انتي بیوتیک دي یو زود دوموناز انتان لپاره جنتامایسین، کارینسیلین، پولي مګزین او کولیستین استعمالیږي.

www.ketabton.com

ځینې خلک دسستوسکوپي په وخت کې مثانه دانتي بيوتيکو سره پريمنځي. د ډاکټر قضاوت او پريکړه د ناروغی د وضعيت پورې اړه لري داتتان دلمړنی حملی لپاره د ۷-۱۰ ورځو پوری دانتي بيوتيکو ورکول منطقي کار دی. ليکن اساسي ټکی داده چی شايد اعراض ورک او انتان پاتی شي نوددې نیمګړتيا دمخنيوي لپاره دتداوي څخه وروسته رنځور ځینی وخت معاينه اودهغه متيازی کلچر ا وکتل کيږي حتی کيدای شي چې داکلچر ۱-۳ اونيو يا ۲-۳ مياشتو اويا يو کال پورې اجراءکړو.

کله چی ګيلی ښکاره شي دمتيازو انالیزس او کلچر له پاره لاره پرانيزي دا خبره اګاهانه ده چی دمتيازو دمعاينی لپاره بايد کتيتر استعمال نه شي ځکه چی کتيتر داتتان دپيدا ايښت لامل ګرځي. دښځی څخه بايد (کلين او وايد) دمتيازو نمونه واخيستل شي اودانمونه په يخچال کې ايښودل کيږي. او وروسته له هغه دکلچر لپاره داستعمال وړ ده. که چيری متيازو نمونه دساتني ګريد په ۴ درجو کې وساتل شي ۱-۴ اونيو پوری دکلچر په مقصد استعماليدای شي. اوس داخبره ښکاره شوی چی په متکررو انتاني حملاتو کې بايد څو انتي بيوتيک په ګډه سره تر ډيره وخته استعمال شي او ددی مقصد لپاره رنځور ته ۵۰-۱۰۰ ملي ګرام نيتروفورانتوئين ، ۵،. تر يو ګرام نليډيکسيک اسيد ، نيم نه تر يو ګرام منحل شارټ اکتينک سلفامين دخوب په پای کی اوبل دوز دپاڅيدو په وخت کې ورکول کيږي داميتود د رنځور متيازی پاکی ساتي او هره يوه مياشت وروسته تکراريږي حتی هغه رنځوران چی په نن پروګرسيف انسداد ، عصبي مثانه، دګوزن دښکرو په څير د ډبری رنځوران هم ددی تداوي په مقابل کې څه ناڅه ځواب وايي.

www.ketabton.com

انزار

دبولي لارې ټول هغه اتتانات چې اختلاط يې نه وي ورکړی په دراماتيک ډول وروسته له تداوي څخه ښه والی مومي، ليکن کړکيچنه مسله هغه ده چې اتتانات ټيګ او دوامداره شي دغه لاندني رنځوران خراب انزار په مخ کې لري.

۱- دبولي لارې انسدادي پيښې

۲- ډبری

۳- پاپيلري نکروزس: چې په لاندنيو ناروغيو کې ليدل کيږي:

الف: سيکل سيل انيميا

ب: دفيناسيتين زيات اخيستل

ج: ديابيتس ميليتوس

د: هايپرتنسيف وسکولر ناروغی

ليکن په ځينو غير اختلاطي ناروغيو کې داتتان له منځه وړل سخت کار دی لکه:

۱- نيوروجنيک مثانه.

۲- بشپړ انسدادي پيښې

۳- زياتی ډبری

خو بيا هم کولی شو چې ددغه لاندنيو تدابيرو له مخی څه ناڅه مرسته وکړو:

۱- جراحي مداخله.

۲- دډبرو دجوړښت مخنيوی

۳- مناسبه کيموتراپي

www.ketabton.com

کرونيک پايلونفرايتس (Chronic Pyelonephritis)

مزمن پايلونفرايتس دپښتورګو د بين الخلالي نفروپتي ځخه چی داتتان له کبله پيداشوی وي توپير لري، دمزمن پايلونفرايتس تشخيص ډيری سختی هلی ځلی په کار لري ځکه چې په رنځور کې وصفي او پتوګونومونيک اعراض نشته.

ايتولوژي

انسداد زيات رول لري خو داسې فکر کيږي چې برسيره پر انسداد نوری پتالوژيکی وتيری هم رول لوبولی شي.

پتالوژي

پښتورګی دجسامت له نظره يوتربله توپير لري سطح يې غير منظمه ده، ګلوميرولونه او توبولونه دمنضم نسج پواسطه ډک شوي دي زيات شمير لمفوسيت اوپلازماسيل حجری د ليدنی وړ دي، بين الخلالي التهاب د کورتکس او ميډولر طبقی دلوکوسيت لخوا نيول شويدی ځينی توبولونه دکولوئيد دکيست لخوا ډک او ځينی نور قاعدوي غشا پريړه شويده او برسيره پردی په اوعيو کې بدلون او پيړوالی معلوميږي. حتی په اتوپسي کې دمزمن پيالونفرايتس پيژندنه ګران کار دی دغه پورتنی پتالوژيکي منظره د تشخيص له پاره وصفي نه بلل کيږي ځکه چی په لاندني ناروغيو کې هم منځ ته راځي:

۱- دپوتاشيم دکموالي نفروپتي.

۲- نفروکلسينوزس

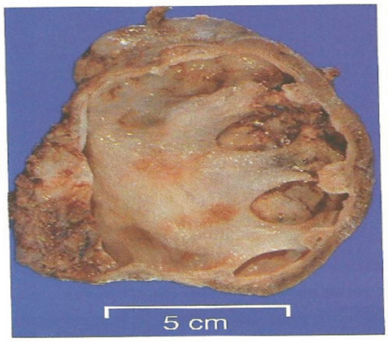
۳- دانلجزيک مزمن تسمم

www.ketabton.com

۴- دپښتورګو داوعیو لمړنی افات

۵- دیابیتس میلیتوس اوتوبولر نکروزس

مزمن پایلونفرایتس دپښتورګو یو بین الخلالي التهاب دی چی داتنان له کبله منځ ته راځي.



۱-۵ شکل: د مزمن پایلرونفرایتس ګراس منظره نبودل شویده

کلینیکي بڼه

نوموړي ناروغی رنځور داسی پیژندل کیږي:

پیالایتس چی په ماشومتوب کې شروع شوی وي اویا شاید انتان دحاملګی په وخت کې په برخه شویوي. نوموړی ناروغ دحاد پایلونفرایتس څو حملی تیری کړیوي خو معمولاً کله کله نامعلومه تبه لري چی دقطني ناحیی د درد سره ملګرتیا کوي. هره حمله د خړوپړو متیازو سره پیل کیږي کله کله د البومینوریا یو کلنه تاریخچه بیانیږي. ځینی وخت دمل نوتریشن اودماشوم دنشونما دځنډیدو لامل ګرځي او دریکتس په لور د رومي او داسې هم کیدای شي چې هیڅ اعراض ونه لري.

www.ketabton.com

ګیلې په دوه طرفه اتروفیک پښتورګو کې چې انسداد نه لري نښته، یواځې دماشوموالي د بولي لارې دانتان تاریخچه ستونځمنه ده ځکه اعراض کیداې شي چې دهضمي جهاز دګډوډۍ سره ییل وکړي د باکتري یوریا معلومول ستونځمن کار دی یواځې دشپې د دوامداره متیازو کولو تاریخچه لږڅه کومک کوي.

دارنځوران د ډاکټر پام د هایپرتنشن اودپښتورګي دعدم کفایې اویا پروټینوریا له کبله ځانته را اړوي. ستوماتیا ، خستګي،انیمیا شاید دناروغ عمده ګیلې وي. که چیرې عدم کفایه شدیده او رنځور زړه بدوالی او کانګې ولري دتنفسي مشکلاتو سره مخامخ کیږي. ازیما معمولاً نښته لیکن که چیرې پیدا شي د قلبي عدم کفایې پورې اړه لري. داسې یوه ورځ رارسیږي چې هایپرتنشن کلینیکي ډګر ته راوځي. داځکه چې د التیامي نسج له کبله د اوعیو لومن تنګ او موضعي اسکیمیا پیداکوي. که چیرې فشار دوام وکړي د پښتورګي د دندې دخرابوالي لامل ګرځي یواځې تشخیص دمتیازو مثبت کلچر اوپه انتراوینوس پایلوګرافي کې دپښتورګو پتالوژیکي بدلون اساسي اوخبیث فرط فشار اود پښتورګو د ناروغۍ ترمنځه توپیر کولی شي.

په عمومي صورت GFR او پښتورګو ته دوینې جریان کمیږي د ښي اوچپ پښتورګو په دندو کې توپیر دلیدنې وړ دی دناروغۍ په پیل کې د تشو متیازو د غلظیدو قدرت خرابیږي. ځینې ناروغان په پرمختللي ازوتیمیا اخته او هایپوتونیک متیازې لري. ډیر ناروغان دمالګې د ذخیره کیدو توان دلاسه ورکوي داډول خلک پولي یوریا اونکتوریا باندې اخته کیږي او په اخر کې هایپرکلورومیک اسیدوزس منځته راځي اوداکار داسید

www.ketabton.com

داطراح او بای کاربونیت دامتصاص دخرابوالي پایله ده، پروتینوریا له دوه ګرامه څخه کمه او ندرتاً ۴-۲ ګرامه پورې رسیدای شي.

تشخیص

دتشو متیازو معاینه دتشخیص کیلي ده. سپین کریوات زیات خو دسپینو کریواتو دکیست لیدل مهمه علامه ده قیحي حجرات او بکتریا په ادرار کې لیدل کیږي لیکن دناروغی په مزمنه مرحله کې دمتیازو هیڅ ابنارملتي لیدلی نه شو، په انتراوینوس پایلوګرافي او ریتروګرید معاینه کې دحویضی تاویدل، اواریدل اودهغی په جسامت کې کموالی مهمی علامی دي او همدارنګه دکلیسونو بلنټ څرګندیږي. لیکن دابدلون موجود نه وي دمزمن پایلونفرایتس تشخیص نه ردیږي. که چیری دابدلون موجودنه وي دمزمن پایلونفرایتس تشخیص نه ردیږي. که چیري پایلونفرایتس دهایپرتنشن سره ملګری نه وي رنځور تر ډیر وخته ژوند کولی شي.

دمتکررو انتاناتو حملی ددې ناروغی ستومانه کوونکی ستونځی دی خو دبولي لارې دانسداد تداوي او دمثانی ښه خالي کیدل اړین یو پښتورګی وړوکی اوبل غټ خو زیاتره پایلونفرایتس دوه طرفه افت دی.

پاپیلري نکروزس (Papilary Necrosis)

دمزمن بین الخلالي نفرایتس لپاره دپښتورګو پاپیلونو زیات ارزښت لري او دهمدی پاپیلونو دمنتن کیدو له امله یو ریښتینی ناروغی منځ ته راځي یوشمیر زیات فکتورونه شته چې دپښتورګو د حلیمو نکروزس په ابتدایي ډول پیداکوي او دهغی عمده بین

www.ketabton.com

الخلالي پايلو نفرايتس دى كه چيرى د پښتورگو اتتان معلوم نه شي او په پټه توگه خپل پرمختگ ته دوام وركړي په اخر كى د پښتورگو د عدم كفايې لامل گرځي.

پتالوژي

ددى ناروغى پتالوژي د مزمن پايلونفرايتس سره گران كار دى خو داتتان رول دپاملرنى وړ دى. برسيره پردى ځينى نورى ناروغى لكه گاوټ اوديابيتس مليتوس دپاپيلونو دنكروزس لامل گڼل كيږي. ځينى انلجزيک دواگانى چې په خپل تركيب كې فيناسيتين لري د پښتورگو لپاره توكسيک اغيزه لري او پورتنى ناروغى منځ ته راځي كه چيرى د پښتورگي د ناروغيو شديد اتتان موجود وي او د وعايي او يا انسدادي افاتو سره يوځاى شي په پايله كې پاپليري نكروزس ښكاره كيږي. دابايد وويل شي چې دغه لاندني رنځوران ددى رنځوران ددى رنځورى لپاره زيات حساس دي.

۱- ديابيتس مليتوس

۲- سيكل سيل هيموگلوبين

۳- مزمن الكوليزم

۴- وعايي ناروغى

كلينيكي بڼه

هيمتوريا دگيډى او تشى دردونه ، تبه او لړزه ډير عمومي پيژندونكى گيلي دي. اوليگوريا او انوريا دپښتورگي دحاد عدم كفايى علامى بلل كيږي، ځينى وخت د پيراميد اخته كيدل هيڅ گيلى نه وركوي او يواځى په متيازو كې نكروتيک پارچى تيريږي دپايلوگرافي له پاسه دحلقى په شان سيورى د ليدنى وړ دى كه چيرى د ديابيتيس او

www.ketabton.com

دبـولي لارې د انسـداد پـه ناروغـانو کـې د پـښتورګو د دنـدو ناخـاپي خرابـوالی پـاپليري نکروزس فکر ته راوړي. ولوکه ناروغ تبه او درد هم ونه لري، پاپيلري نکـروزس معمـولاً دوه طرفه وي که چيری افت په يو طرف کې ځای ونيسي نفرکتومي دمرګ دژغورلو يـواځنی لار ده.

رينل او پري نفريک ابسی

دا بحث په يورلوژيک کې مفصل ولولی.

پروستايتس (Prostatitis)

داهغـه حالـت دی چـی پروسـتات د ډول ډول مکروبونـو لخـوا د بريـد لانـدې راشـي او داحالت په حاد او مزمن ډول پيدا کيږي. لـيکن ځينی وخت د پروسـتات التهـابي ګيلی او علامی شته چی کوم وصفي ميکرواورګنيزم په کې موندلی نشو.

داډول رنځوران د ملا د ښکتنی برخی د مقعدي ناحيی او خصيی دنـا رامي څخه ګيلـه مـن دي.دوی شايد ميکروسکوپيک هيمتوريا او پای يوريا له نورو اعراضو څخه ولري. داډول ناروغان په عرضي ډول تداوي کيږي د پروسـتات مسـاژ پـه ګرمـو اوبـو کـې کـښيناستل او انتي بيوتيک ګټور تماميږي.

حاد بکتريايي پروستايتس

دا ناروغی زياتره کاهل نارينـه اختـه کـوي نـاروغی پـه خپلـه اويـا دکتيتـر دتطبيـق څخـه وروسته پيدا کيږي.

معمولاً د تبی، لړزی دسيوريا سره پيل کوي، پروستات غټ او دردنـاک دی دپروسـتات جس يـواځی تشخيـصيه لار ده. مکروب د بـولي لارې يوپتـوجن بکتريـا يـا سـتافيلوکوکس

www.ketabton.com

اوريوس وي. دمناسبي درملنی سره ښه ځواب ورکوي. دناروغی انزار ښه دي. لیکن په یو شمير پيښو کې دابسی جوړيدل او دپروستات مزمن انتان منځ ته راتلی شي.
د ننی انتي بيوتيکو د کارولو سره داډول اختلاط کم شوی دی نن ورځ د حاد پروستایتس عمده علت دخلفي احلیل التهاب دی ځکه چی دغه ناحیی ته د انتي بيوتيکو رسيدل ناکافي دي.

مزمن بکتریل پروستایتس

پدې افت کې انتان نشته او پروستات د جس پواسطه نورمال دی، زيات شمير سپين کریوات په متيازو کې تيريږي. دبکتريا لوژي له نظره کوم انتان نه ليدل کيږي، یو کم شمير بکتريا وروسته د پروستات د فشار ورکولو څخه دمتيازو په کلچر کی دليدنی وړ دی او دابکتريا ديو مخصوص تکنيک پواسطه معلوميږي او ډيسوريا منځ ته راځي. دانتي بيوتيکو ورکول د پروستات د مزمن التهاب په له منځه وړلو کې لږ رول لري خو سره لدی هم دحادی التهابي وتير ګيلی کموي او د هغی علت دادی چی یو زيات شمير انتي بيوتيک د پروستات د PH په ډيره کمه اندازه پروستات ته ننوځي. اريترومايسين او اولیندومايسين د پروستات د افرازاتو ته ننوتلی شي. خو دبده مرغه دا دواګانی په ګرام منفي بکتريا باندی کوم اغيز نه لري. سلفونامید، میتوپریم په ځينو پيښو کې ډير ګټور تماميږي تداوي ته تر ډيره وخته دوام ورکول کيږي ترڅو چی اعراض کم اودمثانی متيازی پاکی شي.

www.ketabton.com

دبولی لارې التهاب په نرانو کې نظر ښځو ته کم دی ځکه د پروستات افرازات د انتي بکتریل خواص هم دی، په ښځو کې د احلیل دشاوخوا غدوات او ډکټ التهابي وتیرې د بولي لارې لپاره زمینه برابروي.

۱-۳ جدول: دبولي لارې دانتاناتو د اټکلي درملنې جدول:

تشخیص	دمایکروب ضد درمل	دتطبیقولو لاره	د درملنې موده
Acute Pyelonephritis	Ampicillin یوګرام هر ۶ ساعته او Gentamycin یو ملي ګرام هر ۸ ساعته وروسته.	دخولی دلارې	۲۱ ورځې
	Ofloxacin د ۲۰۰-۳۰۰ ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته د	دخولی دلارې	۲۱ ورځې
	Ciprofloxacin ۷۵۰ ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته.	دخولی دلارې	د ۲۱ ورځو لپاره
	Trimethoprim sulfa metexazole هر ۱۲ ساعته	دخولی دلارې	د ۲۱ ورځو لپاره
Chronic Pyelonephritis ځنډنی پایلونفرایتس	دحاد پایلونفرایتس د درملنې سره په عین ډول سرته رسیږي خو د درملنې موده یې د ۳-۶ میاشتو پورې دوام مومي		
حاد Cystitis	Cephalexin 250-500mg هر ۶ ساعته وروسته	دخولی دلاری	۱-۳ ورځې
	Ciprrofloxacin 250-500 mg هر ۱۲ ساعته وروسته		
	Nitrofurantion 100 mg هر ۱۲ ساعته وروسته	دخولی دلارې	۱-۳ ورځې
	Nor floxacin 400 mg هر دولس ساعته وروسته		

www.ketabton.com

	هـر Ofloxacin 200 mg ۱۲ ساعته وروسته Trimethoprim sulfamethazol دوه تابليته 160/800mg	دخولي دلاری دخولي دلاری ۱-۳ ورځی دخولي دلاری	۷ ورځی ۱-۳ ورځی ۱-۳ ورځی واحد دوز
Acute Bacterial Prostitis	دپورتني حاد Cystitis د درملنې په شان ده خو د درملنې موده يې ۲۱ ورځی ده.		
Chronic Bacterial Prostatis	هـر دولـس ساعته وروسـته 250-500 ملـــي ګرامـــه Ciprofloxacin هـر دولـس ساعته وروسـته Ofloxacine 200-400mg Trimethoprime sulfamethoxazol 160/800mg هر ۱۲ ساعته وروسته	دخولي دلاری	۲۱ ورځی ده
حاد Epididymitis Sexualy transmitted Non sexually tramitted	Ceftriaxon 250 + هر Doxcycyclin 100 mg دولس ساعته دځنـــــــډني بکتريـــــــل پروسـتـايتس سـره پـه عـين ډول	عضلي دوکـسي سـايکلين دخـولی دلاری	يوځل ۱۰ ورځی دری اونی

www.ketabton.com

انسدادي يوراپاتي (Obstractive Uropathy)

دمثانې دغاړې بنديدل

دناروغۍ څکه اهميت لري چې زياتره د پښتورګي د عدم کفايې لامل ګرځي او زيات شمير وژنکې پيښې د پرمختللي ازوتيميا له کبله منځ ته راځي د متيازو دجريان بندوالی زياتره د مثانې په اوږ لټ اويا دهغې په ښکتنې برخه کې پيدا کيږي بنستيز لاملونه يې دادي:

١- دمياټل ستينوزس

٢- داحليل کسبي اويا ولادي تنګوالی

٣- داحليل والو

۴- دمثانې د غاړې تنګوالی

۵- دپروستات او يورترل کارسينوما

۶- دپروستات هايپرتروفي

دپروستات انسداد اکثرا فريکونسي، دمتيازو دجريان کموالی، ارجنسي ترمينل ډربلينګ، درد او هيمتوريا سره پيل کوي. ځينې وخت رنځور ډاکټر ته په داسې حالت کې راځي چې په شديده ازوتيميا اخته او دګيډې په ښکتنې برخه کې په مثانې کې د متيازو د احتباس له امله غټه کتله جس کيږي چې معمولاً د ګيډې د تومور سره غلطيدلې شي.

په ۳۰-۵۰ سلنه پيښو کې ټول خلک د ۵۰ کلنې وروسته د پروساتيزم ګيلې لري. خو يوازې ۱-۱۰ سلنه پيښو کې تر ۸۰ کلنې ړومبې جراحي مداخلې ته اړتيا پيدا کوي.

www.ketabton.com

دمثانې د غاړې بندوالې د پروستات د کارسینوما وروستنۍ علامه ده ځکه چې دا کارسینوما معمولاً د پروستات په شاتنۍ برخه کې ځای لري او ښه نه پیژندل کیږي خو کله چې لرې میتاستاز اودحالب بندش پیداکړي د ناروغۍ پلټنه اجباري ده.

دمثانې د اوټ پټ بندوالې د نیوروجینیک مثانې سره نژدې شباهت لري او په تابیس، ملتي پل سکلیروزس او دیابیتیک نیوراپتي کې منځ ته راځي دمثانې د غاړې انسداد په ډیسوریا ، فریکونسي او اینکانتیننس سره پیل کوي.دامهمه خبره ده چې په بستر شوي ناروغ کې زړه بدوالې او کانګې شاید د پړسیدلي مثانې ګیلې وي.

دمثانې د اوټ پلیټ ځنډنې بندوالې په ماشومانو کې د ویزیکویوریترل د ریفلکس لامل ګرځي دغه ډول پیښه د حالب او حویضې دپراخوالي او انتان لامل کیدای شي او په اخر کې پایلونفرایتس پیداکوي.

ځینې رنځوران هیڅ ګیلې نه لري اویواځې رادیولوژیک بدلونونه او مزمن پایلونفرایتس د لیدنې وړ ده. که چیرې د پښتورګو پرانکیم اخته شوی وي دحالب د بیا ترمیم پواسطه ښه والې مومي، لیکن هغه ریفلکس چې پرته له انتان څخه پیداکیږي د وزیکویوریترل اواناتومیک خرابتیا پورې اړه لري ښه والې مومي. ریفلکس اکثرا د لویدو او کهولت په واسطه په بنفسه ډول له منځه ځي. په کاهلانو کې دمثانې د اوټ لیټ بندوالې کم تصادف کوي او په ۱۰ سلنه پیښو کې پیژندل کیږي. په حاد سیستایتس کې هم ریفلکس منځ ته راتلی شي خو کله چې انتان کنترول شي ریفلکس ښه والې مومي.

www.ketabton.com

دحالب بندوالی

داډول افت دحالب دډبری، کانسر، ترضیضات،ولادي انومالي او ریتروپریتونیل فبروزس سره ملګری کیږي. دیو حالب بندوالی شاید پټ پاتی شي. که چیری شدید درد او هیمتوریا منځ ته راغلی وي دافت له مخی پرده لری کیږي.

دمثانی او حالب انومالي اکثرا د اپرنټ اوعیو او ولادي بینډ سره منځ ته راځي چې معمولاً د هایدرونکروزس لامل ګرځي. کله کله متناوب شکل نیسي پدی شرط چی پښتورګی خوځنده وي د حویضی د کلیسونو بندوالی کله کله د ډبرو له امله پیداکیدای شي.

دتشو درد معمولي عرض دی لیکن دا درد ځینی وخت مبهم او دګیډی پورته خواته ځای نیسي او دهضمي جهاز دناروغی سره غلطیږي. دمتناوب هایدرونفروزس درد دزیاتو اوبو څښلو او کار سره پیداکیږي او دملاستی په حالت کې له منځه ځي.

د ولاړې دحالت پایلوګرافي او دفورس ډیوریزس په وخت کې دتشخیص لپاره ګټور بلل کیږي.

دحالب دسفلي برخی ولادي عضلی عصبي ابنارملتي د حالب وظیفوي ګډوډي منځ ته راوړي او دحالب علوی برخه پراخه کیږي. دا ستونځه کله په ماشومانو کی دوه طرفه وي او هایدرویوریترو نفروزس پیداکوي او شاید د ځنډني یوریمیا ا ود پښتورګو د بی وسی په لور پرمختګ وکړي.

www.ketabton.com

ریتروکاول یوریتر

داحالت یو ولادي انومالي ده چې حالب شکل غوره کوي او د انسداد سره ملګری وي. دښي مبیض او ورید د هایپرتروفي او توسع دحوصلې په چوکاټ کې دحالب د بندوالي سبب ګرځي، په موقتي ډول په حاملګۍ کې حالب توسع کوي او وروسته له ولادت څخه څو میاشتې پاتې کیدای شي.وروسته د جراحي عملیې څخه په حالب کې میخانیکي ستینوزس پیداکیدای شي کله چې د حوصلې تومور د عملیاتو څخه څو میاشتې وروسته بیا د حالب بندوالی منځ ته راوړي دتومور په بیا پیداکیدو دلالت کوي.
دحالب دوه طرفه بندیدل د خبیثه ناروغیو غوره اوصاف دی دا افت کیدای شي د ځای تومور اویا لرې میتاستاز څخه منځ ته راغلی وي. ددی ناروغی انزار ډیر خراب دي که چیرې ددې ناروغانو کې نفرکتومي اجراء شي په ۲ میاشتو کې ۸۰ سلنه مړ کیږي، کله کله دواړه حالبونه دیوریک اسید د ډبرو له امله بندیږي، دا ډبرې نن اوپک دي او له نظر څخه پټې پاتې کیږي.

دپریتوان خلفي فبروزس

دایو التهابي حالت دی چې علت یې تراوسه معلوم نه دی او فبروزي نسج دښکتنې برخې ټولې غټې اوعیې راچاپیرې کړې دی. دا افت د میتي سرجید درملو له کبله چې د میګرین لپاره استعمالیږي منځ ته راتلی شي، ځینې وخت دا فبروزس ښکتنۍ اجوف ورید اویا ابهر هم اخته کوي نادراً دا افت پورته خواته پراختیا مومي، منصف،اثناعشر، بایل ډکټ او پورتنی اجوف ورید هم د برید لاندې راوستی شي. افت معمولاً د حالب منځنی

www.ketabton.com

برخه اخته کوي چې په پایله کې د فشار لوړوالی، هایدرونفروزس او ازوتیمیا منځ ته راوړي.

کلینیکي بڼه

رنځور دمتوسط عمر نارینه دی دګیډې اودملا د ښکتنی برخې څخه ګیله من دي، برسیره پردې ضعیفي، بې اشتهايي او ستوماتتیا او تبه هم لري د بولی لارې ګیلې لکه فریکونسي، هیمتوریا د بندوالي د ځرنګوالي پورې تړلې دی کیدای شي چې پولي یوریا اویا انوریا پیداشي.

جراحي عملیه یې غوره درملنه ده کله کله خپله هم ښه والی مومي، تشخیص یې دلمفوما او کانسر سره کیږي.

پتوفزیولوژي

دحالب بشپړ بندوالی د یو پښتورګي داتروفي او دمقابل طرف د پښتورګي د غټوالي سبب ګرځي، ځکه چې معاوضوي وظیفه اجراء کیږي. که چیرته دغه غټوالی ښکاره نه شي دمقابل طرف د پښتورګي د ماوفه کیدو دلیل دی.

په حالب کې دفشار زیاتوالی د پښتورګو GFR کم او دقشر دوینی جریان کموي او بلاخره د پښتورګو د غلیظیدو توان له منځه ځي.

دحالب په قسمي انسداد کې دمتیازو جریان نورمال اویا زیاتیږي پولي یوریا په انسدادي ناروغ کې د غلیظیدو د توان د خرابوالي پورې اړه لري که چیرې په رنځور کې د وینی دیوریا مقدار ثابت نه وي دبولي لارې د قسمي بندوالی پلټنه په کار ده.

www.ketabton.com

کله چې انسداد رفع شي زياته اندازه متيازې خارجيږي، متيازې رقيقې الکلي او زيات مقدار سوديم لري. دا د ازموتيک ډيوريزس پايله ده چې د راټولې شوي يوريا له کبله پيداکيږي. برسيره پردې د توبولونو د بيا جذب قدرت خراب او داسيد اطراح کميږي. ځينې وخت د ډيهايدريشن له کبله زيات مقدار پوتاسيم خارج او په متيازو کې تيريږي.

وروسته له انسداد څخه زيات مقدار مايعات او د مالګې معاوضه د ډيهايدريشن د مخنيوي لپاره غوره ګام دی. دانسدادي مثانې د ناڅاپي ډي کمپريشن څخه وروسته اني ډي هايدريشن او شاک پيداکيدای شي.

ددې حادثې د مخنيوي په مقصد رنځور ته نارمل سالين ورکول کيږي ترهغه چې د يوريا مقدار ۸۰ ملي ګرام په سل سي سي کې راټيټ شي. کله چې مزمن انسداد کې د غلظت قدرت خراب او رقيقې متيازې خارجيږي او رنځور ته وازوپريسين تطبيق شي همدا ډول وتيره د ليدنې وړ ده.

دنفروجينيک ديابيتيس انسيپدس دارجاع وړ کلمه ده او کله چې انسداد له منځه يوړل شي ښه والی مومي دابايد وويل شي چې انسدادي پښتورګی د انتان پر وړاندې ډير حساس دی.

کلينيکي ښه

پړسيدلې مثانه د حوصلې لپاسه چې دسست په څير جس کيږي او کيداې شي چې د فشار پواسطه يوخوا اوبله تيله شي ولوکه متناظر هم نه وي. په چاغو خلکو کې چې بطني عضلاتو يې استرخاء نه وي کړي مثانه په ډيره سختۍ سره دجس وړ وي، پدې مسله کې د احليل دکتيتر داخلول د ژوندي پاتې کيدو ښه لاړ ده.ځينې وخت د پروستات لږ غټوالی هم

www.ketabton.com

انسداد پيداکولی شي. دقسمي انسداد حالب په وريدي پايلوګرافي کې معلوميږي چی مثانه د کثيفه موادو سره ښه نه ډکيږي او غټ سيوری ښکاري. دبولي لاری بندوالی د يوريميا او پرانکيما ناروغی په شان څرګنديږي،همدارنګه زياتی مسکنی دواګانی هم دمثانی بندش پيداکوي چی دا پيښه د پروستګمين اويا د يتانول سره تداوي کولی شو دبولي لاری د پورتنی انسداد د معلومات لپاره زيات کثيفه مواد زرق اويا يوروګرافي، توموګرافي او ۴-۱۲ ساعته وروسته فلم اخيستل کيږي. که بيا هم دا ميتود دناکامی سره مخامخ شو ريتروګريت پايلوګرافي اجراء کوو. که چيری په مثانه کې ذخيره شوی متيازی نه وي او دهايدرونفروزس شواهد ښکاره نه شي دا انسدادي وتيره نه ده بلکه د ازوتيميا پورې اړه لري متيازی د مقداري تعين او کلچر له پاره د کتيتر پواسطه را ايستل کيږي.

دبولی لارې د بندوالي ناروغ ډير ژر وروسته له دريناژ څخه ښه والی مومي. په ۲-۳ اونيو کې د پښتورګي دندی خپلی نورمال خواته راګرځي ځينی وخت ښه والی څو مياشتی وروسته ښکاره کيږي د دندو نورمال کيدل د بندوالی په وخت پوری تړلی دي.

دپښتورګو ډبری (Nephrolithiosis)

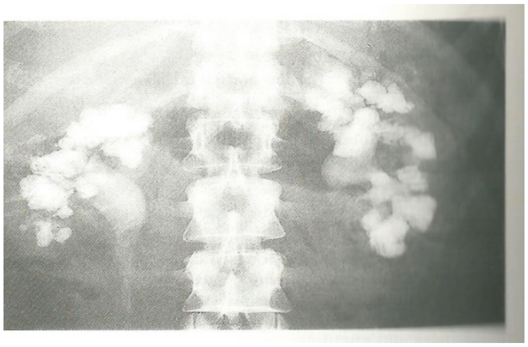
دپښتورګو ډبری د وړوکو پارچو نه نيولی تر لوی ستاګ هارن ډبری په څير چی ټوله حويضه يې نيولی وي جوړيدای شي اوشايد بی عرضه او تريو کال پوری پرته د پښتورګو د وظيفو د خرابوالي سره خارج شي ليکن کله کله د پښتورګو د کوليک حملات منځ ته راوړي حتی غټه د ستاګ هارن ډبره تر ډيره وخته پرته دګيډی د نارامي او نامعلوم درد څخه هيڅ ډول اعراض نه ورکوي.

www.ketabton.com

ځینی وخت د اتناناتو دمداخلی اودپښتورګو دوظیفی دخرابوالي زمینه برابروي هغه ډېره چی د پورتنی بولی لارې د پاسنی برخی څخه راځي په مثانه کې نه بنديږي پدی شرط چی مثانه په بندوالي اخته نه وي.

کلینیکي بڼه

دپښتورګي دکولیک وصفي حمله ډیره زورونکی او دردناکه ده د تشی درد سره پیل کوي دګیډې ښکتنی برخی، خصیې او ورانه ته پراختیا مومي. د درد دوام یو ساعت دی اویا په څو دقیقو کې له منځه ځي. دحملی وروسته دیسوریا تر ډیره وخته شته. ځنی وخت دحالب په انسداد کې تیندرنس او د درد احساس پیداکيږي تبه او لوکوسایتوزس داتناناتو دمداخلی غوره دلیل دی هیمتوریا او پروتینوریا زیاتره موجود وي ځنی وخت دردونه خپل معمولي تګ لار نه تعقیبوي اوشاید د صفراوي کڅوړې دناروغی اپندیسایتس پیتیک قرحات اودملا دتیر دناروغی سره مغالطه شي.
دپښتورګی کولیک دوینی د علقی او قیح د بندوالي له امله منځ ته راځي.په لاندی شکل د پښتورګو دوه اړخیزه ستاک هارن ډبری په اکسری کې ښودل شویدي.



۱-۶ شکل : پښتورګو دوه اړخیزه ستاک هارن ډبری

www.ketabton.com

پتوجنيزس

مزمن ديهايدريشن دتيږې د جوړيدو غوره عامل دی او خصوصاً په ګرمو منطقو کې داخبره زيات صدق کوي اوخصوصاً هغه ناروغان چی په مزمن نس ناستی اخته دي دتيږې د پيدا يښت پيښې زياتی دي. دبولی لاری انسداد چی داتناناتو د مداخلی له امله منځ ته راځي دتيږې د جوړښت بل احتمالي دليل دی د ډېرو فاميلي تاريخچه پيژندل شويده هغه خلک چی دپښتورګو ډېری لري زيات مقدار موکوپروتين په ميتازو کې اطراح او د ډېرو دجوړښت مسوليت په غاړه اخلي او دا ډول موکوپروتين دډېرو په متريکس کې شته.

ايتولوژي

هايپرکلسوريا : تقريبا يو په دوه دهغه خلکو چی د پښتورګي ډېری لري په ميتابوليک ګډوډي باندی اخته دی او هغه ناروغی چی په متيازو کی دزيات مقدار کلسيم داطراح لامل ګرځي داډول ډېری جوړيږي اوهغه دادي:

۱- هايپرپاراتايروئيديزم

۲- زياتی شيدی خوړل

۳- دالکلي او ويتامين ډي زيات اخيستل

۴- دهډوکو ناروغی

۵- سرکوئيدوزس

۶- رينل توبولراسيدوزس

۷- اديوپاتيک هايپرکلسوريا

www.ketabton.com

په ټولو هغه ناروغانو کې چې دکلسیم او کرلات ډبرې خارجیږي موندل شوي دي دا ناروغان په میتازو کی دورځی ۲۵۰-۳۰۰ ملي ګرامه کلسیم خارجوي. دسیروم کلسیم نورمال اودسیروم فاسفیت نورمال اویا لږ څه ټیټ دی.

ستینوریا

دایوولادي افت چې دتوبولونو بندش د سستین، وینیتین، ارجینین او لایزین دخراب جذب له امله منځ ته راځي. څرنګه چی سستین غیر منحل ماده ده په بولي لاره کې تراکم او ترسب کوي او ډبرې جوړیږي. زیات مقدار سلفر لري نولدی کبله په ساده رادیوګرافي کې اوپک خیال ورکوي، تشخیص یې د سستین د کریستال له مخی چی هکزاګونل خواص لري او دنیتروپروساید سره مخصوص تعامل ورکوي تشخیص کیدای شي.
که چیری دمتیازو مقدار زیات اوالکلي شي ددی ډبرو د جوړښت څخه مخنیوی کوي او جوړی شوی ډبری مغلق کیږي.

ګلایسینوریا

ارثي ګلایسینوریا یو نادر فامیلي تشوش دی چی د پښتورګو ډبری جوړوي زیات مقدار ګلایسین خارجیږي خو نور اسید امینونه په کی نشته.

یوریک اسید ډبری

دا ډیولومنت دی اوپه زیات اسید محیطي کې جوړیږي که چیری متیازی زیات فلورنسی شي شاید د ډبرو د جوړښت څخه مخنیوی شي. اکثرا په نقرص او هیمتولوجیک ناروغی او پولي سایتیمیا کې منځ ته راځي. همدارنګه هغه رنځوران چی ایلستومي شوي

www.ketabton.com

اويا مزمن نس ناستی لري هم ديوريک اسيد ډبرو د جوړښت له پاره مساعد دي د نيمايي څخه زيات خلک چې دا ډول ډبری لري نه هايپريوريسميا اونه هايپريوريسوريا لري پدې خلکو کې دمتيازی PH د ٥،٥ څخه کم دی نو ځکه ديوريک اسيد ډبرو له پاره زمينه برابروي.

هايپراوکزل يوريا

زيات شمير خلک چې دکلسيم اوکزلات ډبری اطراح کوي زيات مقدار اوکزلات په متيازو کې خارجيږي يواځنی حالت چې ابتدايي هايپر اوکزل يوريا لري او دنفروکلسينوزس سره ملګری کيږي په ماشومانو کی د ليدنی وړ دی دويتامين بی ٦ (پايرودوکسين) فقدان هم دهايپر اوکزل يوريا سره ملګرتيا کوي اودهغی متکرری ډبری دکولمو په ناروغی کې د اوکزلات د زيات مقدار د دوباره امتصاص پورې اړه لري.
دپښتورګو انتانات هم کولی شي چې يوريا تجزيه کړي او دپښتورګو د ډبری له پاره مساعده زمينه برابروي او دغه انتاني ډبری مګنيزيم امونيم فاسفيت خواص لري.

درملنه

هغه ډبره بايد تجزيه شي ځکه دهغی داصلي علت معلومول دتداوي کيلي ده. دکلسيم اوکزلات ډبری ديوريک اسيد اويا سستين وړوکی نوه لري اوپه اطراف کې مګنيزيم، امونيم فاسفيت ځای نيولی دی. درنځور تداوي د اعراضو او علامو او د پښتورګو داضافي ناروغيو سره اړه لري، وړوکی بی عرضه تيږه چی په کليس کې ځای لري او انتان ورسره نشته په خپل حال پريښودل کيږي ډيری وړوکی ډبری په خپله خارجيږي ليکن زيات

www.ketabton.com

شمیر مخصوص یورولوژیک او جراحي پروسیجر ته ضرورت لري. د ادرار حجم د ۲۵۰۰ سي سي پورې ساتل کیږي.

ناروغ ته د زیات اوبو څښلو توصیه لازمه ده اتنانات باید په ډیر شدت سره له منځه یوړل شي که چیرې رنځور څرګندهایپرکلسوریا ولري دغذایي رژیم په تنظیم اوسمون سره دومره فرق نه کوي. د تشو متیازو کلسیم دفاسفیت پواسطه کمولی شو تیازاید دیوریتیک په متیازو کې دکلسیم اطراح کموي او دنوو ډبرو د جوړښت مخنیوی کوي.

دپښتورګو دسستیک ناروغی (Cystic Disease of the Kidney)

پدې ناروغی کې دپښتورګو نورمال نسج دیو زیات شمیر سستونو سره ډکیږي دا ناروغی په کاهلانو کی یو پر درې اویا دوه پر درې پیښنو کې فامیلي تاریخچه لري افت دوه طرفه دي خو کیدای شي چې یو پښتورګی نظر بل ته زیات ماوف وي.

پتالوژي

پښتورګی نظر نورمال حالت ته څو ځله غټیږي او دانګور د وږي په شان د کلستر موادو څخه ډک اوپه منځ کې شفافه اویاپه وینه لرونکي مایع ټوله شوی وي د دوه سیستونو په منځ کی پرانکیم د فبروتیک نسج په واسطه احاطه شویدي.

www.ketabton.com

۱-۷ شکل: د پولي سیستیک پښتورګي ناروغۍ ګراس منظره

د دوه سیستونو په منځ کې پرانکیم د فبروتیک نسج په واسطه احاطه شویدي په ماشومانو کې کیست تړلی او حویضی سره کوم ارتباط نه لري ځینی شواهد شته چې وایي په کاهلانو کې سست وظیفوي دنده دپښتورګی په سستمیک ناروغی کی دځیګر سستونه هم ملګری کیږي او نادرا په پانکراس او طحال کې هم لیدلی شو زیاتره دناروغی بی عرضه ده خو ددماغي انوریزم وقوعات زیات دی په لس سلنه پیښنو کې مرګ ددماغي هیمورژ له امله منځ ته راځي.

کلینیکي بڼه

په فامیلي پولي سستیک ناروغی کې د کبد ، پانکراس اوتوري سستونه هم ملګري کیږي او زیات شمیر ماشومان وژني. دواړه پښتورګي غټ دي دا یو ارثي ناروغی ده چې د اتوزومل ریسیسف په ځیر انتقال کوي لیکن دکاهلانو سستیک ناروغی او توزومل دومینانت انتقال دی.

www.ketabton.com

دکاهلانو په شکل کې دواړه پښتورګي زيات شمير کيستونه لري فاميلي تاريخچه په غير عرضي صفحه کې نښته دناروغی تشخيص په ۴۰-۵۰ ، ۲۰ کلنی کې منځ ته راځي او شايد د روتينی ازموينی په لړ کی ښکاره شي اويا دهيمتوريا (بی درده) پروتينوريا او هايپرتنشن له مخی پيژندل کيږي.

په فزيکي معاينه کې دواړه پښتورګي د جس وړ دی شايد يو اويا هيڅ ډول کتله جس نه شي. په هر صورت د انتراوينوس پايلوګرافي او ريتروګراد پايلوګرافي کې يو پښتورګی لوی پراخه شوی او کليسونه او سستونه وليدل شي.

د ادرار د غليظيدو قدرت خراب دی او شايد د وينی يوريا نورمال وي دګيډی او قطني ناحيې مبهم دردونه د ناروغ عمومي ګيلی دي.

چې دا درد د پښتورګی دغټوالي او فشار له امله منځ ته راځي او ځينی وخت په سست کی دننه هيمورژ هم د درد لامل ګرځي درد دفعاليت سره زيات او ملاستی په حالت کې کميږي، کله کله درد کوليکي بڼه نيسي چی دهيمتوريا دوينی د علقی اويا ډبرو سره ملګرتيا کوي کتلوي او دوامداره وينه که چيری په ميتازو کې وليدل شي د مرض عمده اختلاط دی کله کله دګيډی په تړلو سره کموالی مومي. هايپرتنشن په ۴۰ کلنی کی پيداکيږي.

ددی څخه وروسته بيا د پښتورګو دعدم کفايی د ليدنی وړ دی. که چيری يو رنځور داکټر ته ديوريميا څخه راشي او په فزيکي کتنه کې لوی کبد اوطحال پيداشو د پولي سستيک ناروغی پام په سر کې ساتل کيږي. پولي يوريا عموميت لري اوليګوريا حتی د ناروغی په اخره مرحله کې هم نښته. دمرګ اساسي وخت ۵۰-۲۰ کلنی کې دی، که څه هم

www.ketabton.com

دناروغی پر مختګ په کراره دی او که چیری د وینی یوریا **۵۰** ملي ګرامه په سل سي سي کې ورسیږي. د ژوند چانس د پنځو کلو څخه زیات نه وي په ځینی انتخابي پیښو کې مزمن دیالیزس او دپښتورګو پیوند د ژوند هیله اوږدوي اضافي التانات د ناروغی طبعي تګ لاره ده او پایلونفرایتس پیداکیږي او د پښتورګي عدم کفایه منځ ته راځي که چیری مناسبه او په وخت درملنه پیل شي د رنځور دښه والي شتون شته.

درملنه

په ځینو خلکو کې دا ناروغی دنورمال ژوند اجازه ورکوي، دسستونو سوری کول او تخلیه د رنځور عمر نشي اوږدولی اوشاید ډیر ستومانه کوونکی التانات پیداکړي. څرنګه چی افت دوه طرفه دی د پښتورګي ایستل هیڅ استطباب نه لري خو که چیری په یو پښتورګي کې شدیده نزف پیداشي اوبل پښتورګی نورمال وظیفی ولري او د رنځور ژوند دمرګ سره مخامخ کړي نو دی هماغه پښتورګی ایستل مجاز ګڼل کیږي.

هیمتوریا دبستر په استراحت سره له منځه ځي ږومبی لدی چی هایپرتنشن پیداشي حاملګی ته خاتمه ورکول په کار دی د یوریمیا او التاناتو تداوي د پښتورګو دنورو ناروغیو په څیر داجراء وړ ده.

میډولري سست ناروغی

دا یو نادر افت دی چی پښتورګی په کی نه ډکیږي او حتی واړه وي دسست جسامت د څومایکرون نه نیولی تر سانتي متره پوری رسیږي ځای یی کورتیکومیدولر اتصالي ناحیه ده.

www.ketabton.com

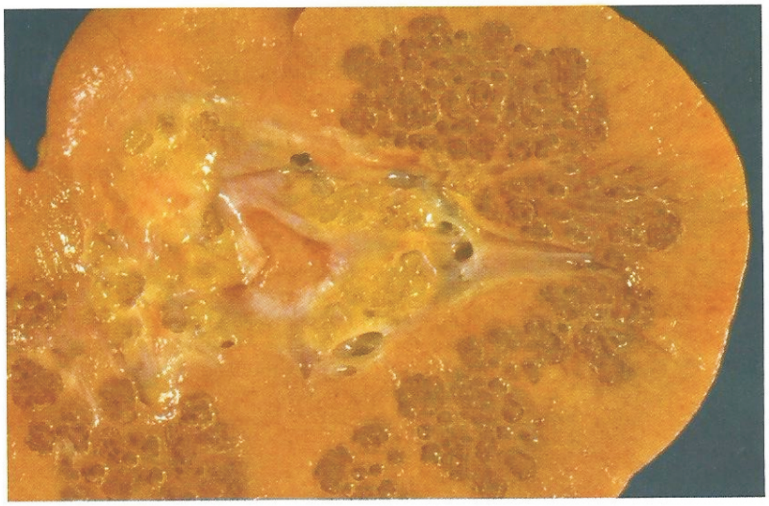
سست يوائې د اپيتيليم نازکه طبقه لري رنځور باالکل دښه صحت خاوند دی او يوائې په متيازو کې اوکثيفه موادو په ازموينه کې څو ابنارمتلي ښکاري تر اخره وخته پورې د وينی فشار نورمال پاتی کيږي انيميا پولي يوريا او دمالګی کموالی عمومي ګيلي دي د ۳۰ کلنی څخه ړومبی مرګ د پښتورګی دعدم کفايی څخه منځ ته راځي ځينی خلک تر ۵۰ کلنی پوری ژوندی پاتی کيږي.

ميډولر اسفنجي پښتورګی

دايو ځانګړی ناروغی ده چی لمړی راديولوجست لخوا کشفيږي دا ناروغی غير عرضي ده او پرمختګ نه کوي ښه انزار لري. دا سست وړوکی دکثيفه موادو څخه ډک او د کليس په اوږدو کې ځای لري.

په ريتروګريت پايلوګرافي کې وړوکی ډبره ښکاري کله کله داډبره تخريش، هيمتوريا او کوليک دردونه پيداکوي کورنی پيښی يې نشته کلينيکي ارزښت يې داده چی اسفنجي داده چی اسفنجي پښتورګی د توبرکلوز اونفروکلسينوزس سره غلطيږي څرنګه چی دا ناروغی سليم افت دی دسامان په داخلولو څخه په کلکه ډډه وشي.

www.ketabton.com



۱ -۸ شکل: د میډولري اسفنجي پښتورګي ګراس منظره

دپښتورګو نور سیستونه

کیدای شي چې د پښتورګي په ښکتنی برخه کې ځانګړی سست پیدا شي دسیروزي مایع څخه ډک او متیازی نه لري، ځینی وخت دتشی مبهم درد پیدا کوي خو ترڅو چې هیموراژ او انتان مداخله ونه کړي اعراض نشته.

دپښتورګو نوری ارثي او ولادي ناروغۍ

ارثي نفرایتس (Alport's)

دایو فامیلي افت دی چې دعصبي کوڼوالي، کترکت، دکورنیا تشوش او د شبکی دافاتو سره ملګری وی.

دا افت داوتوزومل ډومینانت په څیر انتقال کوي. په نرانو کې نظر ښځو ته دا رنځوري ډیره شدیده ده اکثرا ۴۰ کلنی څخه ړومبی د پښتورګي دعدم کفایی له کبله رنځور وي

www.ketabton.com

مرض د مور لخوا انتقال کوي په هر رنځور کې چې ددې ناروغی فکر وشي اوديو ګراف ضروري دی.

مکروسکوپیک یا ګروس هیمتوریا عمومیت لري وروسته د غیر وصفي انتان څخه ډیره زیاتیږي، دمتیازو معاینه نورمال ده د پښتورګي بیوپسي نورمال خویوائی په تیوبولونه کې وینه ښکاري په اتوپسي کې پښتورګی د مزمن ګلومیرولونفرایتس اویا پایلونفرایتس خیال لري په بین الخلالي حجراتو کې د شحمي قطیراتو حجری د لیدنی وړ دي.

په فامیلي تاریخچه کې دګلومیرولونفرایتس دحاملګی د توکسیمیا غیر عرضي البومینوریا شواهد شته، کیدای شي چی کوښوالی ا لینتیکولر ابنارملتي نه وي په ځینو فامیلیو کې داسید امینونو دمیتابولیزم د خرابوالي علامی موندل کیږي اوشاید هایپرپروتنیمیا ولري.

انجیوکیراتو کورپوریس ډفیوژم (Fabry's Disease)

دایو فامیلي ګډوډي ده چې داوعیو په ملسا عضلاتو، میوکارد یوم، دسمپاتیک ګانګلیون او مرکزي اعصابو په حجراتو کې ګلایکولیپید ذخیره کیږي او همدا ډول دپښتورګو ګلومیرولونه اپیتلیل حجری ددی موادو لخوا ډکی شوي ښکاري.

افت اکثراء دپوستکي لپاسه دوړوکي هیمورژیک ټکوله مخی چی په بولي تناسلي جهاز او ورنونو کې ځای لري پیژندل کیږي ددی هیمورژ جسامت د سنجاق د سر په اندازه وي تور نصواري یاابي رنګ لري رنځور د اکروپرستیزیا ازیما او خولو کولو د تشوش او نامعلومی تبی او درد څخه ګیله من وي په ۲۰ کلنی کی پروتینوریا پیدا کیدای شي دشحم ګلوبول او فوم سل حجری په متیازی کې دلیدنی وړ دی په ۴۰-۲۰ کلنی پوری یوریمیا او

www.ketabton.com

هایپرتنشن منځ ته راځي پتالوژیک منظره وصفي ده د ګلومیرولو په اپیتلیم حجرو کې فوم حجری ښکاري خو د سوډان بلیک سره رنګ نه اخلي اندوکپیلري او ډیسترتوبولي حجری د شاتو دمچی د ګبینی منظره غوره کوي او د سوډان پلک سره رنګیږي.

دالکترونیک میکروسکوپ پواسطه حجری دمیالین په شان ښکاري دا ناروغی دګلایکوسپینګو لیپید یو میتابولیک ګډوډي ده چې دالفا ګلکتوزاید دفقدان له امله منځ ته راځي.

د پښتورګو پیوند که انزایم معاوضه هم نشي رنځور کې ښه والی پیداکوي پرته د دیالیزس څخه رنځور دپښتورګي دعدم کفایی څخه مري.

اوستیونیخوډیس پلیزیا (Nail Paletlla syndrome)

دا افت یو ارثي ناروغی ده چې د څنګلو د بندونو د ارتروډیسپلیزیا وړوکی پتلا، د نوکانو سوء شکل او د حرفقی د هډوکي د ښکرونو سره یوځای لیدل کیږي. پښتورګی ډیر کمه اندازه مزمن ګلومیرولونفرایتس ښکاره کوي په عادی میکروسکوپ کې څه شی نه لیدل کیږي افت د پښتورګی د عدم کفایی په لور پرمختګ کوي.

نفروجینیک دیابیتس انسپیدس

داد پښتورګو دتوبولونو یوارثي ګډوډي ده چی اکثره په نارینه و کې زیات لیدل کیږي، پدې رنځورانو کی دنخامیه غدی د بی مزی دیابیتس په څیر ناروغ زیات مقدار رقیقی میتازی کوي چی اسمولاریتي یې دپلازما څخه ډیره کمه ده.

لیکن د پښتورګی په مزی دیابیتس کې د وازو پریسین ورکول کوم رول نه لري او دا ډیر ښه تشخیصیه علامه ده پولي یوریا او پولي ډیپسیا د عمر په اول وخت کې پیداکیږي

www.ketabton.com

(واټربايي) چې دی ته داوبو ماشوم هم وايي دلته دپښتورګو دتوبولونو دنورو وظيفو ابنارملتی نه ليدل کيږي خو کيدای شي کله کله اتونيک مثانه او هايدرونفروزس منځ ته راځي.

درملنه

رنځور ته زياتی اوبه دکلوروتيازايد سره يوځای ورکول کيږي او دا دتداوي ګټور ګام دی.

فاميلي نفروتيک سندروم

دا يو ارثي ناروغی ده د عمر په اولو وختو کی پيداکيږي رنځور کتلوي پروتينوريا او زياته ازيما لري چی د پښتورګي دعدم کفايی په لور پرمختګ کوي دا افت د ستروئيد په وړاندی ځواب نه وايي. په هستولوژيک ازموينه کې پروليفراتيف، ګلوميرولونفرايتس او دقاعدوي غشا پيړوالی د ليدنی وړ دی ميکروسکوپيک افت او دتوبولونو اتروفي هم شته.

تداوي

نفرکتومي اودبل پښتورګي پيوند د تداوي يوائنی بريالی لار ده.

بالکان نفراپاتي

دا ناروغی ارثی افت نه دی ليکن په بلغاريا ، رومانيه او يوګوسلاويا کې په فاميلی ډول پيداکيږي داچی کوم توکسين د افت مسول دي تراوسه معلوم نه دي دګلوميرولونو په اپيتيليل او ميزانجيل حجراتو کې هايپرپليزيا دليدنی وړ ده.

www.ketabton.com

د ناروغی پیل تدریجی ده او دپښتورګی د عدم کفایی په لور پرمختګ کوي دتداوي کومه بریالی لار نشته که چیری دا توکسین کشف شي د تداوي هیله زیاتیږي.

دبولي لارې تومورونه (Tumors of the Urinary Tract)

دپښتورګو سلیم تومورونه نادراً پیدا کیږي، هیمشه وړوکی اوبی عرضه وي اکثراً داتومورنه ادینوما، فیبرولیپوما یوما دی. که چیری ډیر غټ شي په مشکل سره دخبیث تومور سره تفریقي تشخیص کیږي. د اپیتیلیوم تومورونه دخباثت خواته میلان لري. خبیث تومورونه په ماشوم والي او د ۴۰ کلنی څخه وروسته پیدا کیږي. په نرانو کاهلانو کې یې پیښې زیاتی دي.

نفروبلاستوما

دماشوموالي ډیر عمومي تومور دی نوموړی تومور دامبریونیک نفروجنیک انساجو څخه چی اپیتیلیل او منظم نسج دواړه لري منشه اخلي دا د ماشوموالي د خبیثو پیښو ۲۰-۲۵ سلنه پیښی جوړولی شي اوپه ۸۰ سلنه پیښو کې د ۷ کلنی څخه ړومبی لیدل کیږي.

تومور معمولاً دګیډې دیوی غټی کتلی په څیر نشونما کوي په زیات شمیر پیښو کی د هایپرتنشن سره ملګری وي چی یوائی د نفرکتومي پواسطه تداوي کیږي داتومور باید دپولي سستیک ناروغی نوروبلاستوما هایدرونفروزس او دپښتورګي دځانګړي سست څخه توپیري تشخیص شي یو تر دوه فیصده پیښو کې تومور یو طرفه دی.

www.ketabton.com

درملنه

دجراحی کیموتراپي او شعاع ورکولو سره صورت نیسي داډول ډله ایز اقدام په ځرګند ډول د ناروغی په انزارو کې بدلون راوړي، که چیری رنځور ته اکتینومایسین او وینکروستین د عملیاتو وروسته په لومړی اونۍ کې ورکړل شي اویو کال وروسته بیا تکرار شي په ۲۰-۷۰ سلنه پیښو کې د پنځو کالو لپاره عمر اوږدیږي، د شعاعي تداوي ته هغه وخت هڅه کوي چې تومور نژدی ګاونډنې منضم نسج او لمفاوي عقدات نیولې وي په هغه ماشومانو کې چې تومور د دوه کلنی څخه رومبی تشخیص شوی وي ښه انزار لري دعملیاتو څخه رومبی شعاع ورکول دتومور دعملیاتو د اسانتیا په غرض اجراء کیږي. دماشوم هیمارتوما د عمر په اولنی کال کې لیدل کیږي د نیفروبلاستوما په څیر ده میتاستاز نه ورکوي.

دپښتورګي کارسینوما (هایپرنفروما)

په کاهلانو کې دا دپښتورګي عمده نیوپلازم دی ددغه درې لنګه ګیلو څخه یو یا دوه تل موجود وي لکه هیمتوریا، دتشي درد اودګیډی کتله.

دا ګیلې په ۵۰سلنه پیښو کې د لیدنی وړ دي لیکن نادراء د ناروغی لومړنی پیل دکانسر دمیتاستاز له کبله سږو، هډوکو، کبد او دماغ ته ښکاره کیدای شي دګیډی په ساده رادیوګرافي کې د تومور کلیسیفیکیشن ځرګندیږي. د پښتورګي داکتله درینل انجیوګرافي له مخی اینبودل کیدای شي. کثیفه مواد باید د فخذی دلاری څخه زرق شي. ځانګړی جامد تومور د نفروتوموګرافي پواسطه ښه معلومیږي دسست اوتومور جلا تشخیص د التراساوند سکیننک پواسطه میدان ته راوځي. په ارتیروګرام که د کثیفه

www.ketabton.com

موادو ټولنه او نیوروسکولیزیشن چې وریدي سینوزوئید له امله په تومور کې پیدا کیږي دلیدنی وړ دي او همدار رنګه دوړوکو شراینو او وریدو تفمم داډول بڼه پیدا کوي او همدا هایپر وسکولاریتي دتومور (بلش) مسولیت په غاړه لري. د ارتیروګرافي په وخت کې که چیری اپي نفرین دپښتورګي په شریان کې زرق شي دنوو اوعیو شکل د تقبض له کبله ښه روښانه څرګندیږي. که چیری نیووسکولاریتي ونه لیدل شي داډول منظره په پاپیلري ادینوکارسینوما دلالت کوي.

دبلی خوا د ترانزیشنل، سل تومورنو وسکلولیزیشن نه لري داهم باید د سیست په څیر نفروتوموګرافي، التراساوند ګرافي او د سست د پنګچر له لارې وپیژندل شي په هیپل لیندا ناروغی چی یو فامیلي افت دی اوریتینل همانجوما بلاستوما او پښتورګي دکارسینوما سره ملګری کیږي.

سیستمیک ګیلی

نامعلومه تبه، لکوسیتوز پرته له اتنان څخه عمومي ګیلی دي کله کله د هضمي جهاز اعراض تبارز لري، په نادرو پیښو کې پولي سایتیمیا چې لکوسیتوز او ترومبوسایتوزس نه لري او سپلینومیګالي هم نشته منځ ته راځي او داشاید د ایریتروپویتیک فکتور پورې اړه ولري د تومور لخوا افرازیږي دا ډول فکتور د پښتورګو د ځینی سست په مایع کې هم موندل شوی دی داډول پولي سایتیمیا دتومور په ایستلو سره ښه والی مومي، سیدیمنتیشن ډیر جګ او په محیطي وینه کې لوکوموئید ریکشن دلیدنی وړ دی.پولي نورایتس اومیوپاتي په نورو خبیثه افاتو کې زیات او د پښتورګی او مثانی په کارسینوما کې هم کله کله لیدل کیږي. پرته دکبدي میتاستاز څخه ځینی وخت کبدي تستونه غیر

www.ketabton.com

نورمال وي بروموسلفوفیتالین الکالین فاسفتاز او هایپوالبومینیما او پروترومبین ټایم اوږدیږي. هیپاتوسپلینومیګالي شته چې هغې ته نفروجنیک هیپاتوپاتي هم وایي.

دا ابنارملتي هغه وخت له منځه ځي چې تومور وویستل شي. دسیروم دکلسیم د سویې زیاتوالی او دفاسفور کموالی د هایپرپاراتایروئیدیزم کلینیکي بڼه جوړوي. لیکن دافت د تومور دهغې افرازي مادې پورې اړه لري چې د پارات هورمون په څیر ده. هایپرتنشن معمولانه دی که چیرې پیدا شي دتومور دکومې افرازي مادې پورې اړه لري او هغه تومور چې رینین افرازوي د پښتورګو په جیکستیراګلومیرول ناحیه کې ځای لري او د لوړ فشار لامل ګرځي کله چې نفرکتومي اجرا شي دافشار هم ښه والی مومي. که چیرې تومور د پښتورګو ورید د برید لاندې راولي د ورید د ترومبوزس لامل ګرځي. همدارنګه عمومي امیلوئیدوزس د پښتورګو په کارسینوما کې پیداکیدای شي چې کبد، توری او میوکاردیم اخته کوي.

انزار او درملنه

یوځو پیښې راپور ورکړل شوي چې وروسته د نفریکتومي څخه دتومور دمیتاستاز ځایو کې کوچنیوالی پیداشویدی. دبده مرغه داکارسینوما ډیر چټک او خبیث سیر لري، تومور د شعاع پر وړاندې مقاوم دی په ځینو پیښو کې د اندروجن او جستیشینل هورمون ورکول دمیتاستاز دمخنیوي لپاره بریالی ګام دی لیکن په عمومي ډول هر ډول اقدام د اندیښنې څخه ډک وي په څو پیښو کې د وینبلاستین ورکول دتومور د کوچنیتوب لامل ګرځي.

www.ketabton.com

دحویضی پاپیلري تر انزیشنل سل نیوپلازم

داتومور چټک سیر لري، دحالب اودمثانی دتومور سره یوځای وي هیمتوریا ډیره غوره عرض دی، ډبری او انتانات په مس سل کارسینوما کې لیدل کیږي انزار یې خراب دي نفریکتومي یې انتخابي درملنه ده.

دمثانی کارسینوما

دوه ډوله دی:

١- پاپیلري

٢- سالډ کارسینوما

ایتولوژي دادی:

١- په فابریکو کې دانالین رنګه موادو سره دوامداره تماس د پیدا ینبت لامل ګرځي چی تقریبا ٣-۴ کلو پوری وخت نیسي.

٢- شستوزومیازس هیماتوبوئیم.

٣- قوي سګرت کښانو کې

۴- د RNA وایرس مداخله.

پاپیلري تومور

نشونمایي نسبتا سلیمه ده تومور شاید ځانګړه اویا څو دانی وي داتومور دمثانی په جدار تهاجم نه کوي اکثرا د اندوسکوپیک کنترول پواسطه ایستل کیدای شي څرنګه چی دمثانی مخاطي غشا د خبیثه افاتو په مقابل کې حساس ده نو د نورو تومورو د پیدا ینبت

www.ketabton.com

احتمال شته. دڅارنې لپاره د معاینې ضروري ده د ملتي پل افاتو او د تومور د عود دمخنیوي لپاره مثانه د ترای ایتیلین نیوفاسفورامید سره وینځل کیږي یو نا پړسیدلی بالون په مثانې کې داخلول د پاپیلري تومور دکنترول دپاره ګټور دی یو شمیر دا تومورونه وروسته د څو مودې دبرید او تهاجم لپاره چمتو کیږي.

جامد لیژن

داشاید ځلانده تقرحي وي، ډیر غوره عرض یې بې درده هیمتوریا ده. دیسوریا او فریکونسي پرته له اتنان څخه هم شته. دحالب انسداد ښکاره کیدل دمثانې په جدار کې دتومور دمداخلي علامه ده سستیوګرام دتومور د ځای دتعین لپاره ګټور ګام دی. انجیوګرافي د لمفاوي عقداتو دمیتاستاز دمعلومولو لپاره غوره تست دی. سستیسکوپي، بیوپسي، یا مینوال معاینه د انستیزي لاندې د افت د مشخص کولو ضروري لاړې چارې دي د ناروغۍ انزار دهغې ژوروالي او انابلیزیا پورې اړه لري هغه تومور چې پرې وزیکول انساجو ته سرایت کړیدی او په سختۍ سره تفریقي تشخیص کیږي دهر ډول درملنې سره سره خراب انزار لري.

په زیات شمیر پیښو کې هغه تومور چې مثانې دقاعدوي وحشي جدار یې نیولی دی دمتیازو د ډایورژن پرې او پرتیف ایراډیشن او ټوټل سستکتومي سره ښه درملنه کیږي هغه تومور چې دمثانې په ډومو کې ځای لري دقسمي سستیکتومي سره درملنه کیدای نشي هغه رنځور چې دجراحي زخم نه لري او خراب انزار یې په برخه ده د سوپرولتاژ ایرادیشن توصیه کیږي او دا یو پلاپاتسیف تداوي هم دی خود شعاعي سستیایتس او پروستایتس موربیدتي هم ډیره زیاته ده.

www.ketabton.com

دپروستات سليمه نشونما او کارسينوما

دابحث يو رولوژي کې په تفصيل سره ولولی.

هغه ناروغی چی پښتورګی ماوف کوي

تر دی عنوان لاندې دغه ناروغی لوستل کيږي:

۱- ديابتيک نفروپاتي: چی د ګلوميرولر په بحث کې تری يادونه وشوه او په ميتابوليک ناروغی کې به يې ولولی.

۲- اميلوئيدوزس: په ميتابوليک ناروغی کې تری يادونه شويده.

ملتي پل ميالوما او دپښتورګي افات

دملتي پل ميالوما په **۵۰** سلنه پيښو کې د پښتورګي دندی خرابيږي، پروتينوريا که څه هم زيات عموميت لري خو اکثره په توبولونو کې دغير نورمال دپروتين او په نفرون کې د هغه د تخريبي توان پورې اړه لري د ناروغی تخريب او وخامت د بينس جونس پروتينوريا سره کوم اړيکی نه لري، هايپرکلسيميا شايد په ګذري او يا غير رجعي ډول د پښتورګو دپيدا ايښت سبب شي په ځينو پيښو کې پښتورګی د امايلوئيد موادو سره ډک شوی دی.
نادرا اميلوما حجرات په منتشر ډول په پښتورګو کې ځای نيسي. په زيات شمير پيښو کې د بينس جنسن پروتين لکه په توبول کې تخريبات منځته راځي پروکسيمل توبولونه پړسيدلی او دڅاڅکو په څير انکولوژن په کې ښکاري. نوي انسدادي کيستونه د توبول په اوږدو کې د ليدنی وړ دی او اکثراً د ميدولاپه مستقيم توبول کې يې ځای نيولی دی.

www.ketabton.com

دهغې چارچاپیره ملتي نوکلیتید جنت سیل حجرات ښکاري چې شاید د اپیتلیم د ډې جینریزیشن پایله وي د ګلومیرولو قاعدوي غشا پیړه او کریسیت ساختمان په کې نشته.

دپښتورګو لمړنی ابنارملتي په وینه کې د یوریا زیاتیدل دغلیظیدو قدرت له منځه تلل دي. هایپرتنشن، ازیما او دشبکې التهاب نه پیداکیږي.

پروتینوریا شته او بینس جونس پروتین په متناوب ډول په متیازو کې تیریږي انیمیاهم دلیدنی وړ ده دګلومیرولونه دګلومیرولونفرایتس او یا پایلونفرایتس په څیر ښکاري پدې رنځورانو کې نفروتیک سندروم منځ ته نه راځي که چیرې امایلوئیدوزس پیداشي د نفروتیک سندروم لامل ګرځي.

په ځینو پیښو کې ړومبی د ازوتیمیا د ځرګندیدو څخه کلینیکي بڼه د توبولونو د وظیفې دخرابوالي له مخې ښکاره کیږي په رنځور کې ګلوکوز یوریا اسید امینویوریا، لږ یوریک اسید او رینل پوتاشیم ضیاع (دکاهلانو فانکوني سندروم) دی. دعلظیدو دقدرت کمښت عمومیت لري او نفروجنیک دیابیتس انسپدس هم راپور ورکړل شویدی. فاسفوتیمیا په متیازو کې د پوتاشیم د ضیاع له کبله پیدا کیدای شي او دالکالین فاسفتاز جګیدل عیناء د هایپرپراتایروئیدیزم بڼه ورکوي داډول ناروغان باید د ډي هایدریې نه شي ځکه د بولي لارې د بندښ لامل ګرځي. دانوریا ځو پیښې وروسته د وریدي پیالوګرافي څخه لیدلی شو که چیرې په یو زوړ ډي هایدریشن ناروغ کې په ناڅاپي ډول اولیګوریا او انوریا او په اخر کې د پښتورګي عدم کفایه پیداشي په ملتي پل میالوما دلالت کوي.

www.ketabton.com

۱-۹ شکل: د کې دملتيي پل ميالوما ګراس منظره

سيکل سل نفروپتي

پدې ناروغی کې دپښتورګو وړوکی بی شميره اسکميک انفارکشن منځ ته راځي په ماشومانو کې د سيکل سيل سروکريواتو له امله د ميډولاد طبقی د اوعيو احتقان دليدنی وړ دی ګلوميرولونه انتخابي اود سروکريواتو سره ډک معلوميږي.

دکاهلانو په افت کې د ناروغی وتيره په کورتيکل ناحيه کې نکروزس او --- ليزنيشن ښکاري چی دمزمن ګلوميرولونفرايتس اويا مزمن پيالونفرايتس په څير معلوميږي دهوموزايګوس په ناروغانو کې پاپيلري نکروزس هم پيداکيږي دلته د ادرار دغليظيدو قدرت خراب او نور ټول معاينات نورمال دي داډول خفيفه ناروغی په سيکل سيل تريټ ښی دليدنی وړ ده ګروس يا ميکروسکوپيک هيمتوريا عموميت لري د پښتورګو د سکارينګ له امله په کاهلانو کې د پښتورګو عدم کفايه معلوميږي د سيکل سل لړ بدلون رنځور دحاملګی د توکسيميا د وقوعاتو له پاره برابروي.

www.ketabton.com

کايلو يوريا Chyluria

ددی افت عمده لامل فيلاريازس دی چی داخل بطني اوتوراسيک لمفاتيک چينل بدلوي په پښتورګو کې دلمفاتيک اوعيو وريس پيداکيږي چی په توبولونو کې د هغی ځيريدل د لمفاتيک مايع د تجمع لامل ګرځي، متيازی د شيدو په څير ښکاري که چيری په زرق کې پريښودل شي لمړی طبقه شحم منځنی طبقه د کريواتو علقی او اخرنی طبقه وينه او دحجراتو تخريبي پارچی احتواء کوي.

هيمتوريا عموميت لري او پيالونفرايتس ورسره ملګری کيږي داتتان په حاده مرحله کې ميکروفلاريا په ادرار کې موندلی شو ليکن وروسته د ۲ اونيو څخه دليدنی وړ نه دی لمف او وينه حالب ته ننوځي او درينل کوليک په شان درد پيداکوي کاريلوريا دملاستی په حالت کې په کمه او د کارسره زياتيږي داحالت دګيډی د کمربند په تړلو سره کمولی شو.

راډيشن نفروپاتي

وروسته دقوي دوز شعاع څخ (۲۵۰۰ راډه په پنځو اونيو کې) چی دګيډی د کارسينوما دتداوي لپاره استعمال شوی يو وصفي سندروم منځ ته راوړي کلينيکي منظره کې سليم يا خبيث هايپرتنشن په څير اويا دګلوميرولو نفرايتس بڼه ښکاره کوي دشعاع اخيستلو او د اعراضو دپيدا ښت په منځ کې خفي دوره کم ترکمه ۲ مياشتی اويا لدی څخه اوږده وي.

هايپرتنشن کله چې پيدا شوه د احتقاني عدم کفايې ، ريتينوپاتي او انسفالوپاتي په لور پرمختګ کوي شديده انيميا عموميت لري يوريميا ښکاره کيږي خو په ځينو پيښو کې وروسته د ۲ مياشتو د پښتورګي عدم کفايه ښه والی مومي کمه پروتينوريا شته خو په

www.ketabton.com

وصفي ډول همتوريا د ليدنی وړ نه ده اوليګوريا هيڅ نشته خو فشار دقلبي عدم کفايی څخه پيداشي.

په هستولوژيک منظره کې پراخه فبروزس په اتروفيک توبولونو کې څرګنديږي تقريبا ټول ګلوميرولونه ماوف اوه ارتيريول کې فبرينوئيد نکروزس موندلی شو.

هايپرکلسيميک نفروپاتي

دسيروم دکلسيم ناڅاپي جګوالی د څرګندی پولي يوريا، ډي هايدريشن ،اوليګوريا اود چټکی پرمختللی ازوتميميا سره ملګری کيږي. په دوامداره هايپرکلسيميا کې چی د هايپرپراتاييروئيدزم ، ويتامين توکسيکيشن، سروکوئيدوزس ، ملتي پل ميالوما اويا کارسينوماتوزس لـه کبلـه منځتـه راځـي دنفروکارسـينوزس او دپـښتورګي عـدم کفايـه پيداکوي چی دا عدم کفايه په تدريجي ډول پرمختګ کوي.

پدې ډول پيښو کې د پښتورګو د دندو ډيره څرګنده ګډوډي نه ښکاري ځينی ناروغـان چی څو کراتو شيدی او زيات مقدار الکالي مواد د پيپتيک قرحی لپاره اخلي وروسته لـه څو مودی څخه ازوتيميا او هايپرکلسيميا منځ ته راوړي چې دالکالين فاسفتاز د لوړوالی سره ملګرتيا نه کوي پدې رنځورانو کې کارسينوزس د بتـﻪ کيراتوپاتي سره ښکاره کيـږي. (ملک الکلي سندروم)

دمتيـازو د غليظيـدو دقـدرت خرابـوالی دکلسيم نفروپـاتي لمړنـی علامـه ده پـولي يوريـا اوپولي ډپسيا هم شتـه. پـه شـديدو پيـښو کـې د پـښتورګو GFR او دوينـی جريـان کمښت مـومي او دوينـی يوريـا لـوړيږي دمتيـازو د سـدمنت پـه معاينـه کـې سـره کريـوات سـپين کريوات اودسپينوکريواتو توکيست دليدنی وړ دی.

www.ketabton.com

ډيرو پيښنو کې په متيازو کې هيڅ ډول عناصر نه شته، رنځور ډيره کمه پروتينويا لري په دی شرط چی قلبي احتقاني عدم کفايه پيداشي کله چې نفروسکلسينوزس منځ ته راشي هايپرتنشن هم پيداکيږي او کله چې د سيروم کلسيم بيرته نورمال حد ته راوګرځي بياهم دا فشار له منځه نه ځي د پښتورګو عدم کفايه دمالګی د کموالي او ډي هايدريشن پايله ده که چيری کلسيميا تداوي نه شي رنځوران د يوريميا هايپرتنشن واسکولر افاتو په لور پرمختګ کوي دافت اهميت د ناروغی دوخامت دکلسيم د سکارينګ اودميدولر دانسداد پورې اړه لري.

نقرص يا ګوټ

۳۰ = ۵۰ سلنه پيښنو کې دګوټي ناروغ د پښتورګی ناروغی څخه مری ددی ناروغی پښتورګی مخصوص بڼه لري چی په ميدولاکې ديورات د ټوليدو له امله دپکی شکل غوره کوي پايلونفرايتس عموماً دليدندی وړ دی او ارتيرولرسکليروزس هيمشه موجود وي په ۱۵ سلنه پيښنو کې ديورات ډبری شته اوخصوصاً دا ډبری ديوريکوزويک دتداوي په وخت کې زياتيږي پرته دګوټی ارترايتس څخه ديورات ډبره هم په هايپريوريسيميا ناروغ کې منځ ته راتلی شي.

دپښتورګو دخرابوالي لمړنی علامه لږه پروتينوريا دکرياتين د کليرانس کموالی او د غليظيدو د قدرت دخرابوالي سره ښکاري په ځينو ناروغانو کې يواځی لږه ازومينوريا موجود اونور معاينات نورمال دي ځينی وخت يواځی هايپريوريسيميا او ارتيرولوسکليروزس موجود وي.

www.ketabton.com

په یوشمیر رنځورانو کې زیات اوبه څښل، زیات قلوي مواد خوړل او دیوریکو زوریک دواګانو استعمال د ډېرو د انحلال او دپښتورګي دښه والی لامل ګرځي دګوټي نفروپاتي دمخنیوي په مقصد الوپیرینول ورکول کیږي.

یورات نفروپتي

داډول پیښه په لوکیمیا، پولي سایتیمیا روبروایرا او لمفوما ځینو پیښو کې دلیدنی وړ دی همدارنګه داډول ناروغی په سوریازس او الیاستومي ناروغ کې لیدلی شو. دلوکیمیا اولمفوما دتداوي مهم اختلاط دحاد نفروپاتي ده ځکه دلته زیاتی حجری تخریب اوزیات مقدار نوکلیوپروتین افرازوي چی په یوریک اسید میتابولیز کیږي. دا کرستلونه په کولتینګ ډکټ کې تجمع کوي او وینه لرونکی متیازی منځ ته راوړي چی په اخر کې حاده انوریا اوداخلي هایدرونفروزس پیداکوي. دحالب دکتیتر اچول انوریا نه رفع کوي ځکه بلاک د پښتورګي په داخل کې ځای لري که چیری دسیروم دیوریک اسید اندازه کنترول شي ښه والی په بنفسه ډول منځ ته راځي.

سرکوئید نفروپتي

پدې ناروغی کې نفروپتي د هایپرکلسیمیا او هایپرکلسوریا له امله پیداکیږي فرق نه کوي چی دکلسیم ډېری شته او کنه ځینی وخت نن کازیتیک ګرانولوما یوالتهابي وتیره منځ ته راوړي او ددی ناروغی لامل ګرځي پدې حادثه کې د پښتورګو جسامت نورمال او یا لوی وي برسیره پردی په سرکوئید ناروغی کې د پښتورګي د امین کامپلکس میکانیزم له امله ممبرانوس اویا پرولیفراتیف ګلومیرولو نفرایتس په څیر ماوفه کیدای شي.

www.ketabton.com

ددواګانو په مقابل کې د پښتورګو عکس العمل

پښتورګی دزیات الرجیک دواګانو اوتوکسین په مقابل کې حساسه عضو ده. دسیروم سکنس په حالتونو کې په پښتورګو کې انجایتس منځ ته راځي (پنسلین) اکثراء میکروسکوپیک هیمتوریا او پروتینوریا پیداکیږي، دپښتورګو بیوپسي کې لږ شاتته موضعي نفرایتس دلیدنی وړ دی لیکن دعدم کفایی لامل ګرځي پرته دالرجیک سستمیک ناروغی څخه هم نفروتیک سندروم د ځینو درملو د استعمال له کبله لیدلی شو لکه ترای دیون، سیمابي مستحضرات، پروبیناسید او پنسیلین امید داکار کولی شي. دالکترونیک میکروسکوپ پواسطه دګلومیرولونو په قاعدوي غشاء کې دامیون کمپلکس عکس العمل لیدل کیږي افت وروسته د دواء دقطح کولو ځنډیږي ترڅو هفتی اویاوروسته ښه والی مومي دا ښه والی دکورتیزون په ورکولو سره چټکتیا پیداکوي خوداخبره باوري نه ده.

حاد توبولرنترستیشیل نفرایتس هم یو الرجیک حادثه ده داډول افت په سلفامید، میتي سلین او نورو پنسلونو کې دلیدنی وړ ده همدارنګه ځینی دیوریتیک لکه فورس امایداو تیازاید هم ددی ناروغی لامل کیدای شي.

پدې ناروغی کې زیات مقدار سپین کریوات، پلازما سیل او ایزونوفیل حجری په توبولونو کې تراکم کوي او دهغی دتخریب لامل ګرځي دتوبولونو په غشاء کې کله کله انتي بادي لیدای شو دشراینو التهاب عمومیت نه لري. دکلینیکي نظره دا رنځوري د تبی، ایزونوفیلیا او موربیلي فورم رش سره ځان ښکاره کوي اودا د فرط حساسیت علامی دي هیمتوریا او پروتینوریا شته په لمړی وخت کې اولیګوریا او وروسته له هغی په بیړه سره دپښتورګي عدم

www.ketabton.com

کفایه منځ ته راځي چې داډول منظره حاد توبولر نکروزس اویا حاد ګلومیرولونفرایتس ته ورته والی لري کله چې دوایي قطع شي په تدریجي ډول ښه والی مومي دکورتیزون ورکول د ښه والی دچټکتیا لامل ګرځي خوډیر خلک پدی خبره باور نه لري.

دپښتورګي دمزمني عدم کفایه په ناروغانو کې د تتراسایکلین ورکول خطرناکی حادثی پیداکوي او یواځی اکسي سکلین ددی حادثی څخه مبرا ده د GFR اندازه کمه او غیر قابل ارجاع ده د تتراسکلین د انتي انابولیک تاثیر له مخی زیات مقدار یوریا په وینه کې تولیږي اودپښتورګي دعدم کفایی له کبله خپله درمل هم راټولیږي.

دهغه تتراسکلین کارول چې وخت پری وتلی وي د پښتورګو د پراکسیمل توبولونو د تخریب لامل ګرځي او فانکوني سندروم منځ ته راوړي.

امفوتریسین بي که چیری زیات مقدار په فوري ډول او قوي دوز ورکړل شي د پښتورګو د GFR اودوینی دجریان دکموالي لامل ګرځي دا دواء په انتخابي ډول ویستل توبولونه تخریبوي او توبولولر اسیدوزس اودپوتاشیم دکمښت لامل کیدای شي.

که څه هم د دوا په قطع کولو سره څه ناڅه ښه والی پیداکیږي خود پښتورګو تخریبات ثابت اودوامداره دي.

همدرانګه ستریپتومایسین، جنتامایسین، کنامایسین، ونکومایسین، نیومایسین ټول د پښتورګو او داتم عصبي زوج لپاره توکسیک دی که چیری سلفوسپورین او جنتامایسین په ګډه سره استعمال شي د پښتورګو دتخریب زمینه برابروي افت په پراکسیمل توبولونو کې پیداکیږي او د دوا په قطع کولو سره ښه والی منځ ته راځي.

پولي مګزین او کولیستین هم توکسیک اغیزه لري همدا ډول د انلجزیک دوامداره کارول چی فیناستین لري دمزمن بین الخلالي نفرایتس اویاپاپیلري نکروزس غوره لامل بلل کیږي.

www.ketabton.com

ماخذونه

1. Andreoli and Charles C.J Car Penter, Robertc. Griggs, ivorj. Benjamin, Cecil Essentials of Medicine, Saunders company, 2007 England.
2. Christopher – Haslett, EDvin.R. Chilvers DAVIDSON'S Principles and Practice of Medicine, Chruchill Living Stone, 2002 England
3. Edward C. Klatt, Robbins and Cortan Atlas of Pathology, Saunders Company 2006, England.
4. Fauci Anthonys. Braunwald Engene, Longo- Houser- Harrison's Principle of Internal Medicine 17th Edition, Mc Graw Hill Company, 2008 New York.
5. KUMAR and CLARK Clinical Medicine, 7th Edition, Saunder company, 2009 England.
6. Stephen J. MC Phee – Maxine A. Papadakis, Current Medical Diagnosis and Treatment MC Graw-Hill Company 2010 USA.

www.ketabton.com

Abstract

As we knew Afghanistan is one of the poorest counties in the world, and still suffers from war and post war conflict. Our young students, especially medical students can't afford buying medical books and also their level of understanding from English is very low. There for, I decided to write some medical books in Pashto which is in lined with the curriculum of medical college.

I have incorporated all the international changes and progresses happened so far, so that every medical person and student will be benefited.

I believe my following books would be better resources for teaching and research for coming several decades.

1. Gastro Intestinal Disease
2. Liver and Biliary System and Pancreas Diseases
3. Hematologic Diseases
4. Renal Diseases

www.ketabton.com

د مؤلف لنډه پېژندنه:

نوم: محمد ظاهر ظفرزی

د پلار نوم: محمد ظفر

علمي رتبه: پوهاند

اوسنی رتبه: مافوق رتبه

علمي کدر کې د شمولیت نېټه ۱۳۴۵/۱۱/۱

استاد د ننګرهار ولایت د چپرهار ولسوالی د سرې قلعې په کلي کې زیږدلی او خپلې لومړنی زده کړې یې د همدې ولسوالی په لېسه پای ته رسولې او منځنی ښوونځی یې د کابل د ابن سینا په متوسطه ښوونځي کې په اعلی درجه بشپړې کړې دی، د کابل د عالي دارالمعلمین څخه یې د فراغت سند لاسته راووړ، او له هغې وروسته د کابل په طب پوهنځي کې شامل او په ۱۳۴۵ کال کې له نوموړې پوهنځی څخه فارغ او له ازموینې ورسته په ۱۳۴۵/۱۱/۱ د ننګرهار پوهنتون د طب په پوهنځي د داخلې په څانګه کې د استاد په توګه ومنل شو او خپلې دندې ته لې ادامه ورکړه. لوړې زده کړې یې د امریکا د انډیاناپولس، انډیانا میډیکل سنټر کې د داخله ناروغیو په څانګه کې سرته رسولې او د دری کالو لپاره د fellow او Reiden علمي کدر یې بشپړ چې د بریالیتوب څخه وروسته په ۱۳۵۷ کال خپل ګران هېواد ته راستون شو.

استاد له ۱۳۶۰-۱۳۶۴ کال پورې د لومړي ځل لپاره د طب د پوهنځي د ریاست مقام ته وټاکل شو، په ۱۳۷۲/۸۱۹ هـ ل د ۴۴۱ ګڼې فرمان له مخې د دویم ځل لپاره د طب پوهنځي د رییس په توګه مقرر شو او د دریم ځل لپاره د جهادي حکومت د راتګ په وخت کې هم د طب پوهنځي د رییس په توګه په خپله دنده پاتې شوی، پوهاند ظفرزی

www.ketabton.com

په ۱۳۸۰/۱۰/۲۰ نېټه د ۱۶۷۷ ګڼې حکم په اساس د ننګرهار د طب پوهنځي د داخلې او بیوشمي څانګې آمر ټاکل شوی.

همدارنګه استاد د لوړو زده کړو د وزارت د ۲۵۶/۷۵۳ ۱۳۸۴/۲۱۴ هـ ل مکتبوب په اساس د ننګرهار پوهنتون د سرپرست رییس په توګه وټاکل شو.

د استاد پوهاند ظفرزي اوسنۍ دندې او فعالیتونه په لاندې ډول دي:

1. د ننګرهار د طب پوهنځي د داخلې څانګې آمر په توګه له ۱۳۵۸ـ۱۳۸۹ هـ ل
2. د ننګرهار د طب پوهنځي د علمي شورا غړی
3. د ننګرهار پوهنتون د علمي ترفیعاتو د کمېټې غړی
4. د ننګرهار پوهنتون د علمي عالي شورا غړی
5. د ننګرهار پوهنتون د دسپلین او انضباط کمېټې رییس
6. د ننګرهار د طب پوهنځي د مشورتي بورد غړی

هېره د نه وي چې محترم استاد پوهاند ظفرزی یو شمېر زیات علمي کتابونه، مقالې، رسالې لیکلې او د څېړنې او ارزونې یې کړې چې بهر او خپل هېواد کې خپرې شوې دي او د ننګرهار پوهنتون په ځانګړي توګه د طب پوهنځي ډېره پراخه ګټوره علمي زېرمه یې برابره کړې ده.

په درنښت

www.ketabton.com

Book Name: Renal Diseases
Author: Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai
Publisher: Nangarhar Medical Faculty
Number: 2000
Published: 2010
Download: www.nu.edu.af

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affaires of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan
Afghan cell: 0706320844, Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 621 1353

Printed in Afghanistan, 2010

www.ketabton.com