

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN NEFROLOGIYA VA BUYRAK
TRANSPLANTACIYASI ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“O‘TKIR NEFRITIK SINDROM” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025 y

«TASDIQLAYMAN»
RIN va BTIAFM direktori
t.f.d. professor Damirov B.T.


2025 yil



“O‘TKIR NEFRITIK SINDROM” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL

Tashkent – 2025y

Mundarija:

1	Nozologiya bo'yicha o'tkir nefritik sindromni tashxislash va davolash bo'yicha milliy klinik protokol	5 - 33
2	O'tkir nefritik sindromda milliy klinik protokol bo'yicha tibbiy aralashuvlar.....	34 - 35
3	O'tkir nefritik sindromda milliy klinik protokol bo'yicha tibbiy profilaktika va reabilitasiya.....	36 - 38

**«O‘TKIR NEFRITIK SINDROM» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TASHXIS VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent – 2025y

1. Kirish

1.1. Kasalliklarning xalqaro tasnifi – XKT -10 kod(lar):

Kod: N00	Nomi: O‘tkir nefritik sindrom (o‘tkir glomerulonefrit)
N00	O‘tkir nefritik sindrom (minimal o‘zgarishlar)
N00.0	O‘tkir nefritik sindrom, qisman glomerulyar o‘zgarishlar
N00.1	O‘tkir nefritik sindrom, o‘choqli va segmentar glomerulyar shikastlanishlar (O‘choqli va segmentar: gialinoz, skleroz. O‘choqli glomerulonefrit)
N00.2	O‘tkir nefritik sindrom, diffuz membranoz glomerulonefrit
N00.3	O‘tkir nefritik sindrom, diffuz mezangial proliferativ glomerulonefrit
N00.4	O‘tkir nefritik sindrom, diffuz endokapillyar proliferativ glomerulonefrit
N00.5	O‘tkir nefritik sindrom, диффузный mezangiokapillyar glomerulonefrit (Membranoz-proliferativ glomerulonefrit, 1 va 3 tipi)
N00.6	O‘tkir nefritik sindrom, qalin cho‘kma kasalligi (Membranoz-proliferativ glomerulonefrit, 2 tip)
N00.7	O‘tkir nefritik sindrom, diffuz o‘roqsimon glomerulonefrit (Ekstrakapillyar glomerulonefrit)
N00.8	O‘tkir nefritik sindrom, boshqa o‘zgarishlar (Proliferativ glomerulonefrit)
N00.9	O‘tkir nefritik sindrom, aniqlanmagan o‘zgarishlar
YUklab olish (XKT xavolasi)	https://mkb-10.com/index.php?pid=13001 https://www.rlsnet.ru/mkb/glomerulyarnye-bolezni-68
	XKT -11
Kod: GB 40	Nefritik sindrom
GB 41	Nefrotik sindrom
GB 42	Turgun proteinuriya yoki albuminuriya
GB 42.0	Albuminuriya, A2 bosqichi
GB 42.1	Albuminuriya, A2 bosqichi
GB42.Y	Boshqa aniqlangan turgun proteinuriya yoki albuminuriya
GB42.Z	Boshqa aniqlanmagan turgun proteinuriya yoki albuminuriya

1.2. Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: Ishlab chiqish sanasi 2025 yil, 2028 yil qayta ko‘rib chiqish sanasi yoki yangi asosiy dalillar ishlab chiqishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalar bo‘yicha barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

1.3. Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda masul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantaciyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi (RIN va BTIATM).

1.4. Klinik protokolni ishlab chiqishda o‘z xissasini qo‘shgan nefrologiyaning ishchi guruhi:

1.	Azizov Sobit Kurbonovich	O‘zRes SSV ning gemodializ bo‘yicha asosiy konsultanti	RIN va BTIATM 1 gemodializ bo‘limining bo‘lim boshlig‘i
2.	Zokirov Djurat Fatixovich	Tibbiyot fanlari nomzodi	RIN va BTIATM 2 gemodializ bo‘limining bo‘lim boshlig‘i
3.	Abdullaev SHERzod Saydullaevich	t.f.d., docent	RIN va BTIATM ilmiy bo‘lim boshlig‘i
4.	SHarapov Olimxon Nodirxonovich	Tibbiyot fanlari nomzodi	RIN va BTIATM ilmiy bo‘lim boshlig‘i
5.	Egamberdieva Dono Abdisamatovna	t.f.d., professor	ToshPTI
6.	Mirzaeva Barno Mirkamolovna	t.f.d., docent	ToshPTI
7.	Daminova Kamola Maratovna	t.f.d., docent	TDSI
8.	Munavvarov Burxon Abdujalilovich	t.f.n., docent	TDSI

1.5. Asosiy mualliflar ro‘yxati:

№	FISH	Ish joyi	Lavozim va unvoni
1.	Sabirov Maksud Atabaevich	RINvaBTIATM	Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘ribosari. t.f.d., professor
2.	Sultonov Nodir Nazirovich	RINvaBTIATM	RIN va BTIATM ilmiy bo‘lim boshlig‘i
2.	Ataxadjaeva Gulchexra Abdunabievna	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti	T.f.d. “Ichki kasallikalar. Nefrologiya va gemodializ” kafedrasida dotsenti
3.	Munavvarov Burxon Abdujalilovich	Tashkentskiy gosudarstvennyy medicinskiy institut	t.f.n., №2 son terapevtik fanlar kafedrasida dotsenti

1.6. Taqrizchilar:

№	FISH	Ish joyi	Lavozim va unvoni
1.	Djabbarov Ozimboy Otaxanovich	Toshkent tibbiyot akademiyasi	Kafedra mudiri, t.f.d, professor

2.	Alberto Ortiz	Ximenes Dias klinikasi (Madrid. Ispaniya),	Nefrologiya va gipertoniya klinikasi bo'lim mudiri. Professor, Evropa buyrak associaciyasi uyushmasining a'zosi
----	---------------	---	---

1.7. Texnik ko'rib chiqish va tahrirlash guruhi:

1. **Xalikov Alisher YUsupovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan YA.X. To'raqulov nomidagi endokrinologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi.

2. **Turgunova Dilorom Pulatovna** – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

1.11. **Muxokama bayonnomasidan ko'chirma sanasi va raqami:** RIN va BTIATM ilmiy kengashining

2025 yil 10 maydagi №5 sonli bayonnomasidan ko'chirma.

6) Protokolda qo'llaniladigan qisqartmalar;

№	Qisqartma	To'liq nomi
1.	AG	arterial gipertenziya
2.	AQB	arterial qon bosimni
3.	anti-NAD	antinikotinamidadenindinukleotidaza
4.	ANO	antinuklear omil
5.	AAF	angiotenzin almashtiruvchi ferment
6.	ASL-O	antistreptolizin-O
7.	KBM	koptokcha bazal membranasi
8.	ARB	angiotenzin II receptorlari blokatorlari
9.	GN	glomerulonefrit
10.	O'BT	o'rinbosuvchi terapiya
11.	MPGN	membranoproliferativ glomerulonefrit
12.	NS	nefrotik sindrom
13.	O'BE	o'tkir buyrak etishmovchiligi
14.	O'SKG	o'tkir streptokokdan keyingi glomerulonefrit
15.	PU	proteinuriya
16.	SKT	sistemali kizil toshma
17.	KFT	koptokcha filtraciya tezligi
18.	TBE	terminal buyrak etishmovchiligi
19.	SBK	surunkali buyrak kasalligi
20.	SBE	surunkali buyrak etishmovchiligi

7) Quyidagi tashxis / protokolni qo'llash/nozologiya;

- Terapevtlar;
- Nefrologlar;
- Urologlar;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;

- Kardiologlar;
- Endokrinologlar;

8) **Quyidagi tashxis/nozologiya bo'yicha bemorlar kategoriyasi:** 18 yoshdan katta bemorlar.

9) **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, ishonchlilik darajasi shkalasi (IDSH).**

Ishonchlilik darajasi	Tarif
1	Meta analiz qo'llash bilan RNT ni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta analiz qo'llash yordamida (RNT dan tashqari) tanlangan aloxida tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Randomizirlanmagan qiyosiy tekshiruvlar, shu jumladan kogort tekshiruvlar
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, misollar hisobotlari yoki "holatlar seriyasi", vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Aralashuvning tasir mexanizmi (klinik tadqiqotlarga) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud

Dalillarga asoslangan tibbiyotda ishonchlilik darajasi shkalasi.

Dalillarga asoslanganlik toifasi	Dalillar manbai	Tarif
A	Randomizirlangan nazorat ostidagi sinovlar	Dalillar ishonchli natijalarga erishish uchun etarli miqdordagi bemorlarda o'tkazilgan yaxshi randomizirlangan sinovlarga asoslangan. Keng qo'llanishga tavsiya etish mumkin.
B	Randomizirlangan nazorat ostidagi sinovlar	Dalillar randomizatsiyalangan nazorat ostidagi sinovlarga asoslangan, ammo kiritilgan bemorlar soni ishonchli statistik tahlil uchun etarli emas. Tavsiyadar cheklangan axoli uchun ko'llanilishi mumkin.
C	Randomizirlanmagan nazorat ostidagi sinovlar	Tasadifiy bo'lmagan klinik tadqiqotlarga yoki cheklangan miqdordagi bemorlarda o'tkazilgan tadqiqotlarga asoslangan dalillar
D	Ekspertlar fikri	Dalillar malum bir masala bo'yicha mutaxassislar guruhi tomonidan ishlab chiqilgan konsensusga asoslangan

II. ASOSIY QISM:

Kirish

1.1 Tarif va atama

O'tkir nefritik sindrom (O'NS), glomerulonefritlar bilan bog'liq bo'lib, buyrak patologiyasida 3-4 o'rinni egallaydi. Kasallik asosan bolalar va yoshlarda uchraydi. Erkaklar ayollarga nisbatan 2marotaba ko'proq kasallanadi. O'NS nefrologiyada xavfli holatlardan biri sifatida tan olinib, buyrak faoliyatining tez pasayishiga va yurak-qon tomir tizimining og'ir darajada asoratlanishi bilan kuzatiladi. Kasallikning oldini olish bo'yicha yangi davolash usullari va samarali choralarni ishlab chiqish o'z dolzarbligini yo'qotmaydi.

2.2. Umumiy tarif:

O'tkir nefritik sindrom – to'satdan makrosopik gematuriya, oligouriya, glomerulyar filtrasiyaning keskin pasayishi, suyuklikni ajralishi pasayib, shishlar kuzatilishi, arterial gipertenziya va o'tkir buyrak etishmovchiligi bilan tavsiflanadigan sindromdir. Sutkalik proteinuriya 3g/sut kam kuzatiladi. Bu turli birlamchi va ikkilamchi glomerulonefritlarning guruhi – o'tkir postinfekcion (diffuz GN), membranoproliferativ va ekstrakapillyar GN. O'tkir postinfekcion glomerulonefrit ciklik kechishga ega bo'lib, tuzalishi mumkin. Qolgan ikkita morfologik shakli ertami yoki kech terminal buyrak etishmovchiligiga olib keladi. (<https://diseases.medelement.com/disease/12642>)

2.3. Klinik tasnif:

1. *O'tkir postinfekcion (streptokokkdan keyingi) glomerulonefrit* – ciklik kayta rivojlanishi bilan – cho'zilib yoki surunkali kechishi
2. *Sistemali kasalliklardagi o'tkir nefritik sindrom* (lyupus nefrit, SHenleyn-Genox nefriti, boshqa vaskulitlardagi nefrit)
3. *IgA-nefropatiya*
4. *Tez rivojlanuvchi glomerulonefrit*
5. *Membranoproliferativ glomerulonefrit*

Bosqichlari bo'yicha:

- Klinik – laborator namoyon bo'lishi
- Tez rivojlanishi
- Asoratlanmagan
- Asoratlangan (gipertonik kriz, bosh miyada qon aylanishini o'tkir etishmovchiligi, O'BE, o'tkir chap qorincha etishmovchiligi)

Etiologiyasi:

Ushbu sindrom **glomerulonefritning** barcha turlarida shakllanadi – koptokchalarning birlamchi yallig'lanishi, jarayonga intersticiy qo'shiladi, avjlanib boruvchi kechish xususiyatiga ega. O'tkir shakllari ichida **streptokokkdan keyingi glomerulonefrit** oldingi o'rinda turadi. Kasallik rivojlanishida enterokokklar, gerpeviruslar, toksoplazmalar va shistosomalarning xam o'rni bor. Glomerulyar buzilishlarning boshqa sabablari:

- **IgA-nefropatiya.** Nefritik sindromni tarqalgan shakli bo'lib, koptokchalarda immun komplekslarning yig'ilishi bilan kechadi. Kasallik uchun uzluksiz rivojlanib kechishi xos. Xavf guruhiga yoshlar, o'smirlar, yosh erkaklar, evropoid va osiyo irqiga mansub aholi kiradi.
- **Tez rivojlanib boruvchi glomerulonefrit.** Kasallik koptokchalarni 50-60% i shikastlanganda, ularning membranalarida yarimoysimon xosilalarni yig'ilishi kuzatilganda rivojlanadi. O'NS tez shakllanib, buyrak etishmovchiligining terminal bosqichiga bir necha oy davomida olib kelishi xarakterli hisoblanadi.

- **Lyupus-nefrit.** Buyrak patologiyasi bo‘lib, tizimli qizil toshmaning yaqqol ko‘rinishi bo‘lib hisoblanadi. Bunda nospecific autoimmun shikastlanish kuzatiladi. Nefritik sindrom ko‘ptokchalarning bazal membranasi kalinlashishi, fibrin tolalarini yig‘ilishi, gialinli tromblarni xosil bo‘lishi bilan xarakterlanadi.
- **Irsiy nefrit.** Patologiya COL4A3 geni mutatsiyasi oqibatida rivojlanib, asosan X birikkan xromosoma mexanizmi bo‘yicha nasllanadi. O‘NS bolalik davrida paydo bo‘ladi, 20-30 yoshga kelib ko‘p bemorda **surunkali buyrak etishmovchiligi** kuzatiladi.
- **Revmatologik kasalliklar.** Tizimli qizil toshmadan tashqari buyrak shikastlanishi revmatoid artrit, **tizimli sklerodermiya**, dermatomiozitga ham xos. Patologiyaning sabablaridan yana biri bo‘lib, tugunli periarteriit, nospecific aortoarteriit xam o‘z o‘rniga ega.
- **Boshqa sabablari.** O‘NS 29% holatda **antifosfolipid sindromning**, 25% da esa krioglobulinemiya bilan bo‘lgan bemorlarni klinik debyut varianti hisoblanadi. SHenlyayna-Genox purpurasida 20% bemorlarda qaytalanuvchi buyrak shikastlanishi kuzatiladi. Ayrim holda klinik-laborator sindrom **alkogolli nefropatiyada** rivojlanadi.

Nefritik sindromni noinfekcion shikastlanishi buyraklarni kimyoviy agent bilan tasirlanishi natijasida kuzatiladi. Nefrotoksik tasirga zaxarli o‘simliklar, xasharotlar zaxri, organik erituvchilar ham ega. Koptokchalarni immun yallig‘lanishi kam hollarda vaktsinatsiya va davolovchi zardob natijasida rivojlanishi mumkin. Toksik tasirga endogen o‘zma antigenlari xam ega.

Patogenezi:

Nefritik sindrom rivojlanishining asosiy elementi bo‘lib, buyrak glomerularining bazal membranalari va podocitlar orasidagi bo‘shliqda immun komplekslarning cho‘kishi bilan tavsiflanadi. YAqqol namoyon bo‘lgan yallig‘lanish rivojlanib, ko‘ptokcha filtratsiya tezligi pasayadi, organizmda suv va tuz ushlanib qoladi. Natriyning yuqori darajasi va RAAT ning faollashuvi to‘qimadan tashqari suyuqlik yig‘ilishini oshiradi.

Gipergidrotatsiya sharoitida yurak zarbi kuchayadi, kon tomirlar devori shishadi, katexolaminlarga nisbatan sezuvchanlik oshadi, prostaglandin va kininlar ishlab chiqishi kamayadi. Bu mexanizmlar turg‘un arterial gipertenziyani keltirib chiqaradi. Suyuqlikni qayta bo‘sh klechatkada yig‘ilishi shishning sababi bo‘lib hisoblanadi.

Yallig‘lanish jarayoni ko‘ptokchalar kapillyarlarini shikastlab, filtratsiya jarayonini buzadi. Buning oqibatida eritrocitlar va yirikmolekulyar plazma oksillari birlamchi siydikka o‘tadi. Peshob cho‘kmasida cilindrlar, mikro- ili makrogematuriya paydo bo‘ladi. Nefritik sindromda aseptik leykocituriya, nisbiy proteinuriya bo‘lishi mumkin. Og‘irlik darajasi ko‘ptokchalar membranasi shikastlanish darajasi bilan korrelyatsiyalanadi.

Nefritik sindromda arterial gipertenziyani rivojlanish sabablari:

- Turli yo‘llar bilan RAA tizimini faollashishi;
- Angiotenzin II ni konstruktiv tasiri;
- Organizmda natriy va suvni ushlab qolinishi (aldosteronning reabsorbtsiya jarayoniga tasiri);
- Simpatik nerv tizimini faolligini o‘shishi;
- Cerkulyator pressor gormonlarning faollashuvi (endotelin, trombaksan i x.k.)
- Katexolaminlar darajasini oshishi;

Nefritik sindromda buyrak faoliyatining buzilishini sabablari:

- Koptokcha yallig‘lanishida peritubulyar va glomerulyar qon aylanishining buzilishi;
- Aorta yoki buyrak tomirlarini trombozi(okklyuziyasi);
- Kanalchalar bo‘shlig‘ini mexanik blokadasi;

Klinik ko‘rinishi:

Birinchi marotaba paydo bo‘lgan nefritik sindrom: o‘tkir boshlanishi, peshob rangini (go‘sh tseli) o‘zgarishi, shish kuzatilishi va AKB ni oshishi (triada simptomlari) bilan xarakterlanadi.

Simptomlar streptokokk (faringit) yoki boshqa infekciyadan keyin 1-4 hafta o‘tib rivojlanadi. Infekciya o‘choqlari, umumiy kasallikni o‘tkir kechishi: ko‘ngil aynishi, qusish, bosh og‘rishi(gipertonik encefalopatiya, miya shishi), oliguriya, anuriya, qorinda og‘riq, belda og‘riq kuzatiladi. Tana xaroratini oshishi(o‘choqli yoki o‘tkir infekciyani, immunokompleks yallig‘lanishni) faolligi bilan bog‘liq. CHap qorincha etishmovchiligi (ko‘pincha gipervolemik) — ortopnoe, taxipnoe, taxikardiya.

Fizikal tekshiruv:

- Teri rangini rangparligi, kamqonlik bilan bog‘liq;
- SHishlar (periferik va bo‘liqli)
- Arterial gipertenziya;
- Makrogematuriya;

Laborator tekshiruvlar:

Siydik kofe, choy yoki “gusht seli” rangida (gematuriya); kurinarli o‘zgarishlar eritrocituriyada (mikrogematuriya, faqat laborator aniqlanadi) kuzatilmasligi mumkin; nisbiy proteinuriya xos —1-3 g/sut. gacha yoki undan ko‘p. Peshob cho‘kmasi tekshirilganida-o‘zgargan eritrocitlar, eritrocitar cilindrlar aniqlanadi. Immunopatologik jarayonni namoyon bo‘lishi: ECHT ni 20-30 mm/s gacha oshishi, antistreptokokkli antitanalar titrini oshishi (antistreptolizin-O, antistreptokinaza, antigialuronidaza), gipokomplementemiya SZ-komponentni va krioglobulinni kamayishi xisobiga KFT ni kamayishi, qonda kreatinin miqdorini oshishi(azotemiya). YAllig‘lanishning nospecifiy ko‘rsatkichlari: SRO, fibrinogen konsentratsiyasini oshishi, umumiy oksil, albumin miqdorini kamayishi, engil kamqonlik bo‘lishi mumkin (gidremiya xisobiga).

Agar faol nefrotik sindromdan keyin S3 komplement 6-8xafta davomida kichik miqdorda bo‘lsada saqlansa bu holat MPGN ga xos bo‘lib, bunda buyrak biopsiyasi o‘tkazilib, nefrobiopatiya patomorfologik tekshiruvi lozim bo‘ladi. Bu holatda aniq nozologik tashxis qo‘yish mumkin. Biopsiyaga ko‘rsatmalar: surunkali glomerulonefritlarni qiyosiy tashxislashda, biriktiruvchi to‘qimaning tizimli kasallarida, tez rivojlanib boruvchi glomerulonefritda. Kasallik quyidagi xolatlarda atipik kechganda:

- ✓ bir hafta davomida ijobiy o‘zgarishlarsiz bo‘lganida;
- ✓ S3 komplement saqlanib turganida
- ✓ Buyrak faoliyatini progressirlanib pasayib borishida (TRGN)

O‘NS uchun quyidagi morfologik shakllar xos:

- ✓ Diffuz proliferativ endokapillyar glomerulonefrit
- ✓ Neyrofil va monocitlar bilan buyrak ko‘ptokchalarini infiltratsiyasi
- ✓ Immun komplekslarni elektron-zich depozitlari
- ✓ Ayrim ko‘ptokchalarda ekstrakapillyar proliferatsiya
- ✓ Kapillyar to‘rlari va mezangiyda IgG, S3 komplement, kam xollarda — S1q va S4, IgA, IgM (SQT da) ni yig‘ilishi.

EAgar yaqqol namoyon bo‘lgan proteinuriya shish bilan kuzatilsa, bu aralash shakliga xos (nefritik/nefrotik).

Dalillarga asoslangan toifasi	DID	Tekshiruv nomi
B	4	Umumiy qon tahlili(ECHT ni oshishi, kamqonlik, (renal normoxrom, temir preparatlariga rezistent))
A	1	Umumiy peshob tahlili(makro/mikrogematuriya, proteinuriya va cilindruriya)

A	1	Qon biokimyoviy tahlili(mochevina, kreatinin, umumiy oqsil, glyukoza, albumin, lipid spektr, kalcij)
A	1	Immunologik tekshiruvlar (komplement S4, S3, ASLO, IgA, IgG, IgM)
B	4	Koagulogramma (PV-PTI-XNB, fibrinogen, trombin vaqti, QATV)
B	4	Qonni IFA tekshiruvi (VGV, VGS, herpes-virusi, citomegalovirus, immunoglobulin M ga antitanalar)
A	1	Qonni nRIF tekshiruvi (opredenie ANF, ANCA, gistonga antitana, ANA, ENA, ikki spiral DNK ga antitana)

Qo‘shimcha laborator tekshiruvlar:

Isbotlanganlik toifasi	DID	Tekshiruvning nomi
D	4	Qon surtmasi antibiotikka sezgirlik va sterillikni aniqlash maqsadida (1 marotabadan kam bo‘lmagan kasallikning qo‘zish davrida sepsiss yoki lixoradkani boshqa sababini aniqlash maqsadida) ;
D	4	Qonda renin, angiotenzin va aldosteronni miqdorini tekshirish AKB oshganda;
D	4	Immunogramma («immun statusni aniqlash uchun (6 par)»: V-limfocitlar norma yoki deficitmi

Instrumental tekshiruvlar:

Isbotlanganlik toifasi	DID	Tekshiruvning nomi
B	1	Buyraklar UTT si (buyrak parenximasi exogenligini oshishi, o‘lchamlari normada yoki kattalashgan)
D	4	Buyrak tomirlarini UTDG (qon oqimi normal/oqim pasaygan)
A	1	Buyrakni punkcion biopsiyasi (surunkali nefritik sindrom shakllariga xos morfologik o‘zgarishlar)
B	1	Burun bo‘shliqlari rentgenografiyasi, KT si (yiringli nekrotik poliangiitli granulematoz, yazvali nekrotik rinosinusit, nazofaringit, laringit, burun to‘sig‘i va ko‘z soqqasini suyak va tog‘ayli destrukciyasi)

Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar:

Isbotlanganlik darajasi	DID	Tekshiruvning nomi
D	4	Ko‘krak qafasi KT (o‘pka zararlanishi kuzatilgan tizimli kasalliklarda): zotiljam, yoki tizimli kasallikka xos o‘zgarishlar;
D	4	ExoKG: norma (ko‘pincha) yoki yurakni chap bo‘limlarini gipertrofiyasi, yurak zarb xajmini pasayishi.
D	4	EKG: yurakning chap yuo‘limlarini gipertrofiyasi, kam hollarda ritm buzilishi;

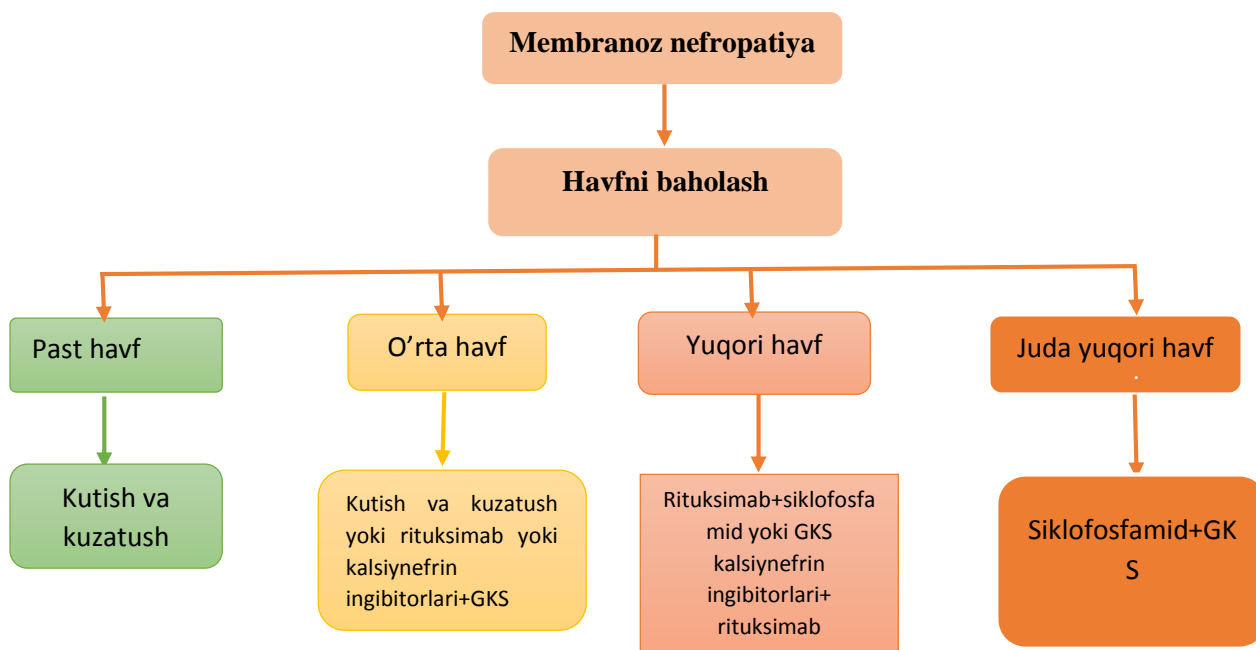
Kerakli mutaxassislar ko‘rigi:

- otolaringolog ko‘rigi – surunkali infekciya o‘choqlarini aniqlash va tozalash maqsadida;
- stomatolog ko‘rigi – surunkali infekciya o‘choqlarini aniqlash va tozalash maqsadida;
- kardiolog ko‘rigi – arterial gipertenziyada EKG tomonidan o‘zgarishlar aniqlanganda;
- infeksionist ko‘rigi – infeksion kasalliklar fonida glomerulonefrit rivojlanganda: virusli gepartit, zoonoz va boshqa infekciyalarda;

Labarator o‘zgarishlar o‘z ichiga quyidagilarni oladi:

- proteinuriya (umumiy peshob tahlilida);
- cilindruriya (umumiy peshob tahlili va Nechiporenko sinamasi);
- gematuriya (umumiy peshob tahliliva Nechiporenko sinamasi);
- Eritrositlar cho‘kish tezligining oshishi;
- Qonda umumiy oqsil miqdorining kamayishi;

2.2 Diagnostik algoritm: (sxema)



12.6 Qiyosiy tashxis:

Belgilar	O'tkir nefritik sindrom	Surunkali nefritik sindrom	Siydik yo'llari infeksiyasi (o'tkir gemorragik cistit)	Nefrotik sindrom
Kasallik boshlanishi	O'tkir kechishi, infeksiya bilan bog'liqligi (ko'pincha streptokokkli infeksiya), O'RVI	Tezkor yoki ketma – ket	O'tkir kechishi, sovuq qotish bilan bog'liqligi	Ketma - ket
SHish	Nisbiy, periferik	Asosan faqat debyutda, zich, recidiv bo'lishi mumkin.	yo'q	Massiv anasarka darajasigacha
Arterial gipertoniya	O'tib ketuvchi gipertenziya	Nisbiy, progressirlanib kechishi	yo'q	gipo-, xam gipertenziya kuzatilishi mumkin
Dizuriya	yo'q	yo'q	+++	yo'q
Intoksikaciya	++	+	yo'q	Xarakterli emas
Gematuriya	Glomerulyar xarakterli	Doimiy, nisbiy	Noglomerulyar tabiatli	Xarakterli emas
Proteinuriya	3 g/s dan kam	Ko'pincha 2 g/sut atrofida	minimal	3 g/s dan ortiq

Leykocituriya	Xarakterli emas	Xarakterli emas	+++	Xarakterli emas
Giperazotemiya	Debyutda, o'tib ketuvchi xarakterda	Kasallikni rivojlanishi bilan ortadi	yo'q	Kam hollarda, tranzitor NS ning faolligiga bog'lik

4. AMBULATOR DARAJADA DAVOLASH:

Davolash maqsadi:

- proteinuriya, gematuriyani nazorat qilish;
- normal ko'rsatkichlar oralig'ida arterial qon bosimini ushlab turish;
- buyrak faoliyatini nazorati.

3.1 Nomedikamentoz davolash:

Rejim: ximoyalovchi

Parhez: Kasallik boshlanganidan boshlab dastlabki 2-3 kun ichida tuzsiz ovqatlar tavsiya etiladi: qobig'ida qaynatilgan kartoshka, tarvuz pulpasi, kefir, banan, qovoq. 4 chi kundan boshlab oqsilli o'rtacha cheklash bilan parhez belgilangan 7- parhez stoli buyuriladi. Oqsil to'liq, oson hazm bo'ladigan, asosan hayvonlardan olingan bo'lishi kerak: tuxum, sut, baliq. Ruksat etilgan yog'lar va murakkab uglevodlar odatdagidek, fiziologik me'yorga muvofiq iste'mol qilinadi. Oddiy uglevodlar kuniga 50 g bilan cheklangan..

3.2 Medikamentoz davolash:

Asosiy dori-vositalarining ro'yxati (qo'llashning 100% ahamiyatga molikligi):

Farmakoterapevtik gurux	DV ning xalqaro patentlanmagan nomi	Qo'llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
Glyukokortikosteroidlar	Prednizolon	Peroral: 1 mg/kg/sut (maks sut doza 60-80 mg/sut) – 4 hafta, keyin dozani 40 mg/sut gacha kamaytirish – 4 hafta, 30 mg/sut – 2 hafta, va 20 mg/sut 2-4 hafta (xammasi 12-14 hafta)	1A
	Metilprednizolon	Peroral: 0,5-2 mg/kg/sut (maks sut doza 80 mg/sut)	1A
Immunodepressantlar	mikofenol kislota	Peroral 12.5 mg/kg xar 12 soatda – 3 kun keyin dozani 18 mg/kg gacha oshirish, xar 12 soatda 6-12 oy davomida ko'tarishi bo'yicha Qondagi MFK ning maqsadli koncentraciyasi – 1-3 ng/ml	1B
	Ciklosparin A	Peroral 2.5-5 mg/kg/kun 6-12 oy davomida	1B

	Takralimus	Peroral 0.05 – 0.1 mg/kg/kuniga, keyingi davom etish dozasi qondan takralimum miqdoriga karab belgilanadi. (qonda maqsadli miqdori ≤ 10 mg)	1B
	Azatioprin	Peroral 2-3 mg/kg/kun 4-10 hafta davomida. Keyin dozani $\frac{1}{2}$ kamaytirib 4-6 oy davom etish.	1B
Antiagregantlar	Dipiridamol	Peroral 225-400 mg/kuniga tavsiya etiladi 6-8 hafta keyin 150-200 mg/kuniga 6-12 hafta va undan kup.	1A
	Pentoksifillin	Peroral 600-1200 mg/kuniga tavsiya etiladi 6-8 hafta keyin 600 mg/kuniga 6-12 hafta davomida.	1A
	Klopidogrel	Peroral 75-150 mg/kuniga tavsiya etiladi uzok vakt davomida.	1B
Antikoagulyantlar	Rivaroksaban	Peroral 10-20 mg/kuniga tavsiya etiladi 8-14 hafta davomida.	1B

Qo'shimcha dori-vositalar ro'yxati (qo'llashning 100% dan kamligi):

Farmakoterapevtik guruh	DV ning xalqaro patentlanmagan nomi	Qo'llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
AAF ingibitorlari	fozinopril	Peroral, 0.1-0.6 mg/kg/sutkasiga, maksimal sutkalik doza 40mg, uzoq muddat AKB, KFT, qondagi kaliy nazoratida. KFT ni 30 ml/minutdan pasayganida ushbu dori vositasini qo'llash mumkin emas.	1A
	Enalopril,	Peroral, 0,08-0,6 mg/kg/sut, uzoq muddat AKB, KFT, qondagi kaliy nazoratida x 1 max/oyiga	1A

	Lizinopril	Peroral, 10-40 mg/sut, uzoq muddat AKB, KFT, qondagi kaliy nazoratida x 1 max/oyiga	1A
	Ramipril	Peroral, 2,5-10 mg/sut, uzoq muddat AKB, KFT, qondagi kaliy nazoratida x 1 max/oyiga	1A
Angiotenzin retseptorlari blokatorlari	lozaratan	Peroral, 0,7-1,4 mg/kg/sut, maks 100 mg, uzoq muddat	1A
	valsartan	Peroral, 0,7-1,4 mg/kg/sut, maks 160 mg, uzoq muddat	1A
Kalsiy kanallari blokatorlari	amlodipin	Peroral: 6-yoshgacha: boshlang'ich doza – 0,1 mg/kg/sutkasiga 0,6 mg/kg/sutkasigacha titrlash bilan, maks 5 mg/sutkasiga 6-yoshdan keyin: boshlang'ich doza 0,1 mg/kg/sutkasiga 0,6 mg/kg/sutkasigacha titrlash bilan, maks 10 mg/sut	1B
	nifedipin	Peroral, 1,2-3 mg/kg/sut v 2-4 marotaba qabul qilishga (maksimal doza 120 mg/sut)	1B
Beta-adrenobloktorlar	atenolol	Peroral, 1-2 mg/kg (maksimal doza 100 mg/sut, KFT ni 10 ml/min/1,73m ² dan pasayishida – maksimal doza 50 mg/sut)	1B
	metoprolol	Peroral, 0,5-1 mg/kg/sut (maksimal sutochkalik doza 2 mg/kg)	1B
Alfa va beta-adrenoblokatorы	karvedilol	Peroral, boshlang'ich doza: 0.04 - 0.075 mg/kg dan 2maxal, organizm ko'tarishiga qarab titrlash; xar 2 xaftada dozani 50	1B

		-100% ga oshirish; maksimal doza: 1 mg/kg/kuniga 50 mg/kunigacha	
	doksazozin	Peroral, boshlang'ich doza 1 mg/sut; maksimal doza 4 mg/sut	1B
Diuretika	furosemid	Peroral, parenteral xolda 0,5-2 mg/kg/sut, 1-4 marotaba qabulga	1A
	gidroxlortiazid	Peroral, 1-3 mg/kg/sut, maks. sutkalik doza 50 mg/sut, uzoq muddat AKB, KFT (SKF \geq 45 ml/min/1.73 m ²) nazoratida	1A
	spironolakton	1 mg/kg/sut v 1-2 marotaba qabulga; ko'rsatma bo'yicha maksimal sutkalik dozani titrlash: 3.3 mg/kg/sut yoki 100	1A
Proton nasosi ingibitorlari	omeprazol	Peroral, 3-5 kg: 2,5 mg/sut; 5-10 kg: 5 mg/sut; 10-20 kg: 10 mg/sut; \geq 20 kg: 20 mg/sut KFT 30 ml/min/1,73m ² dan pasayganda doza 50% ga kamaytiriladi	1B
Kombinatsiyalangan penicillin	amoksisillin+klavulon kislota	Parenteral, SKF >50 ml/min/1,73m ² – 45 mg/kg xar 12 da, maks. doza 2 gr/sut; KFT 50-30 ml/min/1,73m ² – 45 mg/kg bulganida xar 12 soatda KFT 29-10 ml/min/1,73m ² – 20 mg/kg da xar 12 soatda KFT <10 ml/min/1,73m ² – 20 mg/kg sutkasiga Peritoneal/gemo dializda - 20 mg/kg sutkasiga, maksimal	1B

		doza 1 gr	
	Ampicillin+sulbaktam	Doza trimetoprim xisobidan kelib chiqiladi, CrCl (kreatinin klirensi) >15 ml/min: 40-80 mg/sut yoki 80 mg/3 xaftasiga 3marta CrCl <15 ml/min da to'xtatish	1A
Gemopoez stimulyatorlari	Rekombinant eritropoetin	Epoetinlar t/o, v/i, 80-120 Ed/kg/tana vazniga, maksimal sutkalik doza 2000 Ed/sutkasiga, buyurish davomiyligi x 1-3marta/xaftasiga, uzoq muddat, gemoglobin nazorati ostida x 1 marta/ 2 hafta yoshga bog'liq normaga kelgunicha, keyin x 1/4 hafta davomida	1A
Vitamin va vitamanga o'xshash moddalar	xolekalciferol	16<30 ng/ml: 2000ME, per os, 3 oy yoki 50 ming ME dan x 1marta/oyiga, 3oy davomida 5-15 ng/ml: 4000ME, xar kuni, per os, 12 oy davomida yoki 50 ming ME x 1marta/oyiga, 3oy davomida < 5 ng/ml: 8000 ME x 1marta/kuniga, xar kuni, 4 hafta davomida, keyin 4000ME, xar kuni, 8 hafta davomida. YOki 50 ming ME dan x 1 marta/xaftasiga, 4 hafta va x.k.	2B
Vitamin va vitamanga o'xshash kombinatsiyadagi moddalar	kalciya karbonat +xolekalciferol	Peroral, kalciy va fosfor miqdoridan kelib chiqqan xolda: Gipokalcemiya, asimptomatik: 30-75mg/kg/kuniga, 4-5 max/kuniga Giperfosfatemiya	2B

		1500 mg/sutkasiga, ovkat vaqtida, davomiyligi: 2-3 max/kuniga, sutkasiga 2000 mg dan oshmagan holda	
--	--	---	--

3.3 Xirurgik aralashuv: yo‘q.

3.4 Keyingi olib borish:

Kasallik shifoxona sharoitida davo muolajalarini olgandan keyin bemor tuman ko‘p tarmoqli poliklinikasida nefrolog nazorati ostida turishi lozim.

O‘tkir nefrotik sindrom bilan bo‘lgan bemorlar dinamik kuzatuvga muhtoj.

- **Nefrolog ko‘rigi** kasallik bosqichiga bog‘liq:
 - ✓ faol davrida – oyiga 1marta;
 - ✓ nofaol davrida – yiliga 4marta.
- **Laborator tekshiruvlar nazorati** kasallikning kechishiga bog‘liq:

Kasallikning faol davrida:

- ✓ UQT, UPT oyiga 2-4 marta;
- ✓ qonni biokimyoviy tahlili(qonda kreatinin, ALT, AST, xolesterin, glyukozani aniqlash) oyiga 2-4 marta;
- ✓ peshobda oqsilni aniqlash (miqdoriy sinama) oyiga 1marta.

Kasallikni nofaol davrida:

- ✓ UKT, UPT oyiga 1 marta;
- ✓ qonni biokimyoviy tahlili(qonda kreatinin, ALT, AST, xolesterin, glyukozani aniqlash) 1-3 oyda 1 marta;
- ✓ buyraklar UTT si yiliga 1marta;
- ✓ peshobda oqsilni aniqlash (miqdoriy sinama) 3oyda 1marta;
- ✓ EKG- ko‘rsatma bo‘yicha.
- Bemor axvoli og‘irlashganida gospitalizatsiya masalasini xal qilish.
- Sog‘lom turmush tarzi ko‘nikmalari haqida tavsiyalar: xavf omillarini korrektsiyalash, psixoprofilaktika, rejim, parhez.
- Surunkali infeksiya o‘choklarini sanaciyasi.
- Jismoniy yuklamalarni cheklash.
- Insolyatsiya va sovuq qotishdan saqlanish.

3.5 Davo samaradorligi ko‘rsatkichlari:

- kasallik bo‘yicha to‘liq yoki noto‘liq remissiyaga erishish (kasallikni bostirish/shishlarni kamayishi, kasallikni bostirish/proteinuriyani 0,5 g/sutgacha kamaytirish, AKB ni normallashtirish);
- infeksiyon va trombotik asoratlar kuzatilmashligi;
- KFT ni normallashtirish/pasayishining sekinlashishi

GOSPITALIZACIYAGA KO‘RSATMA GOSPITALIZACIYA TURINI KO‘RSATGAN

XOLDA:

4.1 SHoshilinch gospitalizatsiyaga ko‘rsatma:

- og‘ir arterial gipertenziya fonida buyrak eklampsiyasi;
- anuriya;
- anasarka (periferik va bo‘shliqdagi shishlar);
- makrogematuriya;

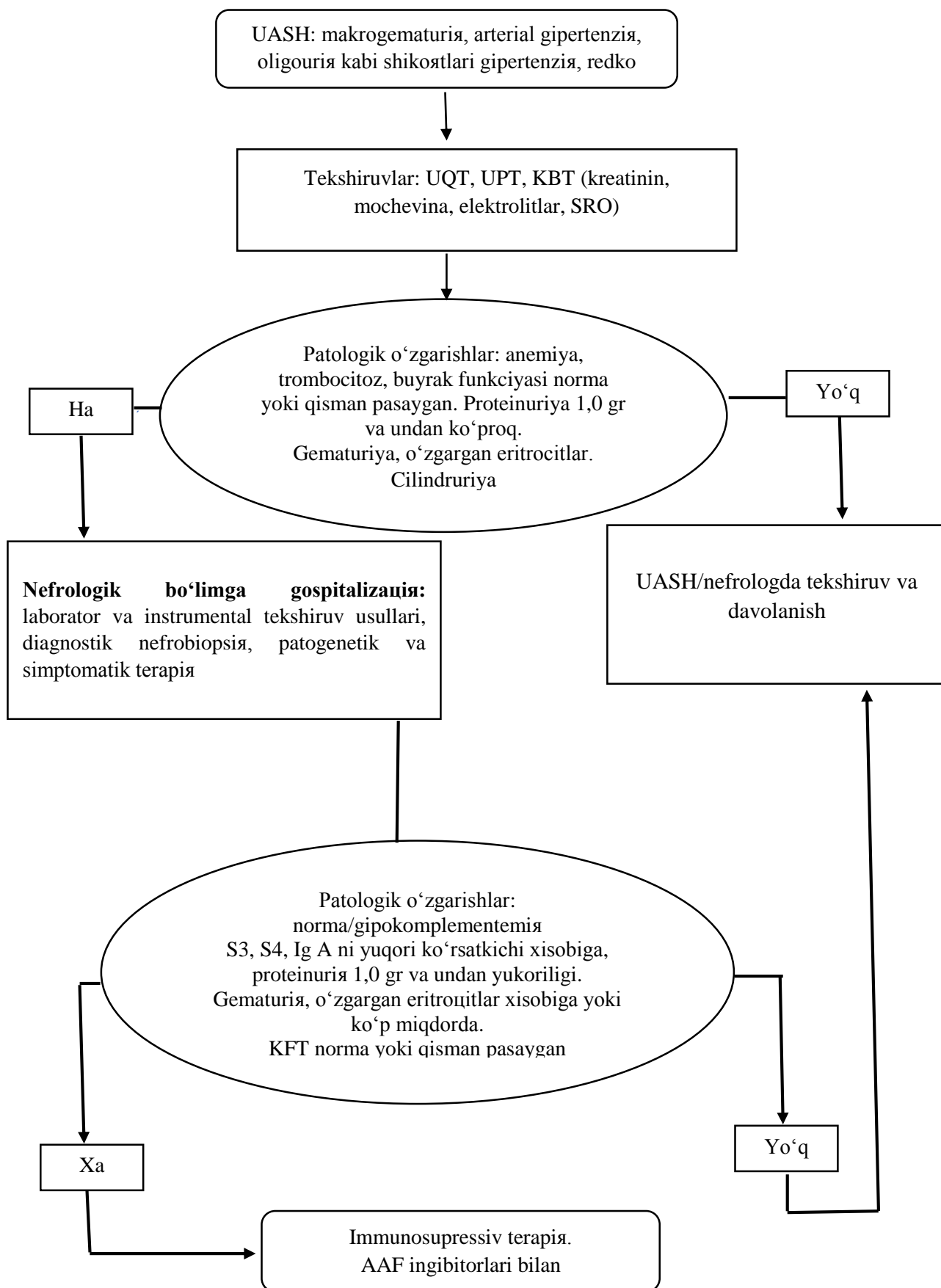
- giperkreatininemiya.

4.2 Rejali gospitalizaciyaga ko'rsatma:

- kasallikni faol davri (boshqarib bo'lmaydigan shishlar, yuqori gipertenziya, giperkreatininemiya, makrogematuriya);
- ambulator darajada davo muolajalari samara bermaganda, uni korrekciya qilish maqsadida;
- surunkali nefritik sindrom (diagnostik biopsiya o'tkazish va immunosupressiv terapiyani tanlash va korrekciyalash).

5. STACIONAR DARAJADA DAVOLASH TAKTIKASI:

5.1. Bemor kuzatuv xaritasi, bemorning yoʻnalishi



5.2 Nomedikamentoz davo:

Muvozanatlashtirilgan **parhez**:

- Kunlik oqsil iste'mol qilish 1,5-2g/kg nazorat qilish;
- shish bilan bo'lgan bemorlarda tuzni cheklash (1-2 g/sut.).
- Agar buyrak etishmovchiligi belgilari bo'lmasa, u holda oqsil miqdori normal tana vazniga 1 kg (o'rtacha 60 g gacha) uchun 0,9 g miqdorida tavsiya etiladi. Siydikdagi ijobiy o'zgarishlar bilan (qizil qon tanachalari, oqsillar, silindrlar sonining kamayishi, zichlikning pasayishi, diurezning ko'payishi) oqsil miqdori yana 10-15 g ga, keyin esa ijobiy tomonga o'zgarishi bilan ko'tariladi. Go'sht mahsulotlarini o'z ichiga olgan holda 90 g gacha. Hayvonlardan olingan oqsillar 50% ni tashkil qilishi kerak .
- O'rtacha og'irlikda kechgan glomerulonefrit bilan kasallangan bemorlarda oqsil miqdori 1 kg tana vazniga 0,6-0,7 g gacha kamaytiriladi. Ovqatga tuz qo'shish taqiqlanadi. Ovqatning ta'mini yaxshilash uchun pomidor va boshqa nordon sharbatlar, sabzavotlardan foydalanish mumkin.
- Suyuqlikni ushlab qolinishi va shish bilan kechgan o'tkir glomerulonefritning og'ir holatlarida 1-2 kun davomida ovqat va ichimliklarni cheklash tavsiya etiladi: ochlik va tashnalik bilan davolanadi. Keyin uglevodga boy ovqatlar 2-3 kun davomida tavsiya etiladi, oqsil iste'mol qilish esa 1 kg tana vazniga 0,3 g bilan cheklanadi .

.Rejim:

- yotoq – og'ir arterial gipertenziyada;
- palatali – nisbiy arterial gipertenziyada.

5.3 Medikamentoz davo:

Medikamentoz davoni tanlashdan oldin barcha bemorlarga diagnostik punkcion buyrak biopsiyasi va uni morfologik tekshiruvni amalga oshiriladi.

Turli morfologik variantlarida asosiy davo:

S3-glomerulopatiya va immunokompleksli glomerulonefrit (eski nomi «Membrano-proliferativ glomerulonefrit»): kasallikni davolash bo'yicha nazoratdagi ilmiy tekshiruvlar kuzatilmagan.

S3-glomerulopatiya (S3 glomerulonefrit va zich depozitlar kasalligi):

- antiproteinurik maqsadida barcha bemorlarga AAFi/ARB lari beriladi;
- agar buyrak faoliyatini normada bo'lib, nefrotik sindrom bo'lmasa AAFi/ARB tavsiya kilinadi va proteinuriya ketishi kuzatiladi;
- S3 komplement faollashishi natijasida autoantitanalar kuzatilsa, Rituksimab va MMF ishlatish tavsiya qilinadiagar buyrak faoliyati buzilishi va nefrotik sindrom kuzatilsa, unda plazmaforez va ekulizumab bilan davolashni o'ylab ko'rish kerak;
- davo samarasi 6 oyda kuzatilmasa, davo muolajalari davom ettiriladi;

Immunokompleksli glomerulonefrit IgG depoziti bilan:

- IgG-depozitlar maxsus sabablar, infekciya, autoimmun kasalliklar, o'smalar sababli paydo bo'lishi mumkin. Komplementni faollashishi klassik tip bo'yicha amalga oshiriladi.
- Asosiy sababni davolash.
- Nefrotik proteinuriya va /yoki buyrak faoliyatini buzilishlarida prednizolon va boshqa immunosuppressiv vositalar foydali bo'lishi mumkin.
- Idiopatik MPGN: nefrotik proteinuriyada boshlang'ich turapiya maqsadida ciklofosamid 1,5-2mg/kg per os qabul qilishga yoki MMF 800-1200mg/m2/sut kichik dozadagi kortikosteroidlar 1mg/kg/sut xar kuni, 6 oy davomida (**UD – 2D**).

- MPGN, virusli gepatit S bilan bog'liq va SBK ni 1 va 2 boskichida: umumiy populyaciya uchun kombinirlangan virusga qarshi davo, uzoq tasirli interferon va ribavirin, virusli gepatit S ni davolash protokoliga asosan (**UD-2S**). MPGN, virusli gepatit S bilan bog'liq SBK ni 3 va 4 darajasida, dializ olmagan holda: – buyrak funksiyasini buzilishini inobatga olib, uzoq tasirli interferon bilan davolash (**UD – 2D**).
- MPGN, virusli gepatit V bilan bog'liq, umumiy populyaciya interferon- α yoki nukleozid analoglari bilan virusli gepatit V ni davolash protokoliga asosan davolash (**UD –1S**).

Immunoglobulin A nefropatiya/SHenleyn-Genox purpurasidagi nefrit:

Antiproteinurik va antigipertenziv davo:

- proteinuriya 0,5-1,0g/sut 1,73m² ga teng bo'lganida AAFi va ARB tavsiya qilinadi (**UD – 2D**).ki ARB maksimal sutkalik miqdorgacha beriladi Proteinuriya 1,0g/sut gacha kamayganicha AAFi va/yoki ARB maksimal sutkalik miqdoriy dozagacha tavsiya qilinadi. (**UD – 2S**).
- Kortikosteroidli davo (**UD-2S**):
- proteinurii ≥ 1 g/sut bo'lganida, xar oy AAF va/yoki ARB bilan davolash samara bermaganda, KFT ≥ 50 ml/min bo'lganida 3-6 davomida kortikosteroid davo o'tkaziladi:
- metilprednizolon bilan puls terapiya 600-800mg/m², 3 marotaba kun ora;
- keyin prednizolon 30mg/m²/sutkasiga 4 hafta davomida;
- keyin 30mg/m²/48soatda – 8 hafta, 15mg/m²/48soatda 2 hafta davomida;
- keyin dori vositasi to'xtatiladi.

Immunosuppressiv vositalar (ciklofosamid, MMF): pri tez avj olib boruvchi yarimoysimon IgA nefropatiyada kortikosteroidlar va ciklofosamid tavsiya qilinadi, avj olib boruvchi glomerulonefrit protokoliga asosan (klinicheskiy protokol ko'rib chiqilmoqda).

Davoning boshqa turlari: Baliq yog'i 3-6 oylik davolash muolajalariga yaramasdan proteinuriya ≥ 1 g/sut. dan oshganida tavsiya qilinadi (AAF iva/yoki ARB bilan) (**UD – 2D**);

Lyupus nefrit:

I sinf (minimal mezangial volchankali nefrit) – davolash volchankani yaqqol namoyon bo'lgan buyrakdan tashqari belgilari kuzatilganda qilinadi (**UD – 2D**).

II sinf (mezangioproliferativ volchankali nefrit):

- proteinuriya ≤ 1 g/sut da davolash volchankani klinik namoyon bo'lishiga qarab olib boriladi (**UD –2D**);
- proteinuriya ≥ 3 g/sut da davolash kortikosteroidlar yoki kalcijnevrin ingibitorlari bilan amalga oshiriladi, xuddi minimal o'zgarish kasalligidagidek (**UD – 2D**)

III sinf (fokalnyy LN) va IV sinf (diffuz LN):

- ✓ metilprednizolon 600-800mg/m², maksimal doza 1g, v/i №3-5,
- ✓ keyin prednizolon 1,5-2mg/kg sutkasiga per os 4-6 hafta davomida keyinchalik dozani 0,5mg/kg/sutkasigacha kamaytirish bilan 3 oy davomida (**UD –1A**), ciklofosamid 500-1000 mg/m²/doza xar 4 haftada v/i №3-6 yoki 2mg/kg/sutkasiga per os 8 hafta davomida (**UD – 1V**) va MMF (**UD – 1V**).

3 oylik davo mobaynida VN faolligi oshganida, buyrakni qayta biopsiyasi tavsiya qilinadi davoni korrekciyalash maqsadida.

Qo'llab quvvatlovchi davo: MMF (800-1200mg/m²/sutkasiga 2marta qabul qilishga) va kichik dozalarda oral kortikosteroidlar (prednizolon 10mg/sut) (**UD – 1V**).

V sinf (membranoz LN):

- normal buyrak funksiyasida va proteinuriya kuniga 1g/sut dan kam bo'lganida AAFi va/yoki ARB, kortikosteroidlar pri normalnyx pochechnyx funkciyax i proteinurii menee 1g/sut –

lechenie iAPF i/ili BRA, nava immunosuppressiv dorilar volchankani faollik darajasiga qarab belgilanishi kerak.

- nefrotik sindromda:
- ✓ metilprednizolon 600-800mg/m², maksimal doza 1g, v/i №3-5;
- ✓ keyin:

prednizolon 3 mg/kg sutkasiga ichishga 4-6 hafta davomida dozani 0,5mg/kg/sutkasiga kamaytirish bilan 3oy davomida (**UD – 1A**) ciklofosamid 2mg/kg/sutkasiga per os qabul qilish bilan birga (**UD – 2S**);

yoki kalciynevrin ingibitorlari (ciklosporin) 100-150mg/m²/sutkasiga preparatning qondagi koncentraciyasiga qarab (maqsadli daraja 80-120ng/ml) (**UD – 2S**); yoki MMF 800-1200 mg/m²/sutkasiga v 2 maxal qabul qilishga (**UD – 2D**).

VI sinf (sklerozirlovchi LN) – kortikosteroid va immunodepressantlar bilan davo volchankani buyrakdan tashqari belgilarini namoyon bo‘lishiga qarab belgilanadi (**UD – 2D**).

Sindromli davo:

SHishni davolash

- ✓ SHish kuzatilganda diuretiklar tavsiya qilinadi.
- ✓ Diuretiklar kusish, diareya, gipovolemiyada tavsiya qilinmaydi.
- ✓ Uzoq saqlanadigan shishlarda furosemid 2-6mg/kg/sutkasiga v/i kuniga 3-4 marta vaqtni teng taqsimlagan holda.
- ✓ Turg'un shishlari kuzatilgan bemorlarda qovuzloqli va tiazid diuretiklar kombinatsiyasi va/yoki kaliy saklovchi diuretiklar(spirinolakton) qo‘llaniladi, og‘ir holatda – diuretiklar kombinatsiyasi va albumina (20% albumin 1 g/kg 2-4 soat davomida + furosemid 1-2mg/kg v/i) qo‘llaniladi.

Arterial gipertenziyani davolash:

- **AAFi:**
- ✓ enalapril 0,08-0,6mg/kg/sut (maksimal doza 40mg/sutkasigacha, tavsiya qilingan yosh ≥ 1 oydan katta yoshda);
- ✓ fozinopril boshlangich doza 0,1mg/kg (maksimal doza 40mg/sutkasiga, tavsiya qilingan doza ≥ 6 yoshdan kattalarda).
- **ARB:**
- ✓ valsartan 1,3-2,7mg/kg/sutkasiga (maksimal doza 160mg/sut, tavsiya qilingan doza ≥ 6 yoshdan kattalarda);
- ✓ lozartan 0,7-1,4mg/kg/sutkasiga (maksimal doza 100mg/sut, tavsiya qilingan doza ≥ 6 yoshdan kattalarda). (D).
- **β -blokatorlar:**
- ✓ atenolol 0,5-2mg/kg (maksimal doza 100mg/sut);
- ✓ metoprolol 0,5-1mg/kg/sut (maksimal sutkalik doza 2mg/kg).
- **kalciy kanallari blokatorlari:**
- amlodipin 0,1-0,6mg/kg/sut (maksimal doza 5-10mg/sut, tavsiya qilingan yosh 1-5 yosh atrofida);
- nifedipin 0,2-0,5mg/kg/sut 2-3 marotaba qabul qilishga (maksimal doza 3mg/kg/sutkasidan 120mg/sutkasigacha).
- **periferik alfa-adrenoblokatorlar:** doksazozin 1-4mg/sut.

Simptomatik davo

Proton pompa blokatorlari (gastrointestinal simptomlar paydo bo‘lganida va kortikosteroidlar bilan davolashda):

- omeprazol 0,5-1,0 mg/kg/sut.

Karbonat kalcii (kortikosteroidlar qabul qilganida osteoporozni profilaktikasi maqsadida) 250-500mg/sut.

Lipid kamaytiruvchi vositalar (oʻsmirlarda giperxolesterinemiya 5 mmol/l dan oshganida):

- atorvastatin 10mg/sut;
- simvastatin 10-20mg/sut [23].

Trombotik asoratlarni profilaktikasi va davolashda: uzoq muddat davomida kichik molekulyar heparin teri ostiga qoʻllaniladi. [1].

Infekcion asoratlarni olidini olish (2 jadvalni koʻring).

Infekcion asoratlarni davolash 2 jadval:

Infekciyalar	Klinik ko‘rinishi	Mikroorganizmlar	Davo
Bakterial infekciyalar	Gipertermiya, intoksikaciya simptomlari + specifik simptomlar u yoki bu tizimni shikastlashi bilan	Gramm «-», Gramm «+»	Parenteral: Amoksicillin+klavulan kislota yoki cefotaksim/ceftriakson 7-10 kun [43] (1A)
Gerpetik infekciyalar	Nerv yo‘nalishi bo‘yicha vezikulyar toshmalar	Nerpes zoster varicella zoster	v/i aciklovir (1500mg/m2/sut) 3 kun yoki ichishga 80mg/kg/sut 7-10 kun [44] (1A)
Zamburug‘li infekciyalar	O‘pkada infiltraciya, uzoq lixoradka, antibakterial davoga turg‘unlik.	Candida, Aspergillus spp.	Teri va shilliq qavatlar: flyukonazol 3mg/kg/sut 10 kun

Asosiy dori vositalar ro‘yxati (100% li qo‘llash ahamiyatiga ega):

Farmakoterapevtik gurux	DV ning xalqaro patentlanmagan nomi	Qabul qilish usuli	Isbotlanganlik darajasi
AAF ingibitorlari	fozinopril	Peroral, 0.1-0.6 mg/kg/sutkasiga, maksimal sutkalik doza 40mg,	1A
	enalopril	Peroral, 0,08-0,6 mg/kg/sutkasiga, uzoq muddat AKB nazoratida, KFT, qondagi kaliy nazoratida x 1 marta/oyiga	1A
	lozaratan	Peroral, 0,7-1,4 mg/kg/sutkasiga, maks 100 mg, uzoq muddat	2B
	valsartan	Peroral, 0,7-1,4 mg/kg/sutkasiga, maksimal 160 mg, uzoq muddat	2B
Immunodepressantlar	ciklofosamid	Peroral: 2 mg/kg/sutkasiga, maks doza 200 mg/sutkasiga 8-12 hafta (90 kundan ortiq davolash o‘g‘il bolalarda potencial sterillikka olib keladi)	1B
	Mikofenolat kislota	Peroral 12.5 mg/kg xar 12 soatda – 3 kun keyin dozani 18 mg/kg gacha xar 12 soatda oshirish 6-12 oy davomida qabul qilishiga qarab. MFK ni maqsadli koncentraciyasi – 1-3 ng/ml	1B
	Ciklosparin A	Peroral 2.5-5 mg/kg/kun 6-12 oy davomida	1B
	Takralimus	Peroral 0.05 – 0.1 mg/kg/kuniga, keyingi davom etish dozasini qondan takralimum miqdoriga karab belgilanadi. (qonda maqsadli miqdori ≤ 10 mg)	1B

Glyukokortikosteroidlar	prednizolon	Peroral: 1 mg/kg/sut (maks sut doza 60-80 mg/sut) – 4 hafta, keyin dozani 40 mg/sut kasigacha kamaytirish – 4 hafta davomida, 30 mg/sut – 2 hafta davomida, va 20 mg/sut 2-4 hafta davomida (jami 12-14 hafta)	1A
-------------------------	-------------	--	----

Qo‘shimcha dori – vositalar ro‘yxati (100% qo‘llash extimolligi kuzatiladigan):

Farmakoterapevtik gurux	DV ning xalqaro patentlanmagan nomi	Qabul qilish usuli	Isbotlanganlik darajasi
Immunodepressantlar	rituksimab	v/i, 375 mg/m ² 1 marta/xaftasiga 1-4 dozada; maks birmarotabalik doza 500 mg	1C
Qusishga qarshi vositalar	ondansetron	v/i, peroralno: 0.15 mg/kg/doza (5 mg/m ² /doza); maks doza: 8 mg/doza; ximioterapiya boshlanishidan 30min oldin yuboriladi, keyin xar 12 soatda ko‘rsatma bo‘yicha qilinadi.	1 B
Kalciy kanallari blokatorlari	amlodipin	Peroral: 6-yoshgacha: boshlang‘ich doza – 0,1 mg/kg/sutkasiga 0,6 mg/kg/sut. titrlash bilan, maks 5 mg/sut. 6 yoshdan so‘ng: boshlang‘ich doza 0,1 mg/kg/sut 0,6 mg/kg/sut.ga titrlash bilan, maks 10 mg/sut.	1B
	nifedipin	Peroral, 1,2-3 mg/kg/sut. 2-4 maxal qabulga (maksimal doza 120 mg/sut)	1B
Beta-adrenoblokatorlar	atenolol	Peroral, 1-2 mg/kg (maksimal doza 100 mg/sut, KFT 10 ml/min/1,73m ² dan pasayganida–maksimal doza 50 mg/sut.)	1B
	metoprolol	Peroral, 0,5-1 mg/kg/sut	1B

		(maksimal sutkalik doza 2 mg/kg)	
Alfa va beta-adrenoblokatorlar	karvedilol	Peroral, boshlang'ich doza: 0.04 - 0.075 mg/kg 2maxal qabulga, ko'tarilishi bo'yicha titrlash; xar 2 xaftada dozani 50-100% ga oshirish mumkin; maksimal doza: 1 mg/kg/kuniga 50 mg/sutkasigacha.	1B
	doksazozin	Peroral, boshlangich doza 1 mg/sut; maksimal doza 4 mg/sut.	1B
Diuretiklar	furosemid	Peroral, parenteral 0,5-2 mg/kg/sut, 1-4 maxal qabulga	1A
	gidroxlortiazid	Peroral, 1-3 mg/kg/sut, maksimal sutkalik doza 50 mg/sut, davomiyligi AKB nazoratida, KFT (KFT \geq 45 ml/min/1.73 m ²)	1A
	spironolakton	1 mg/kg/sutkasiga 1-2 maxal qabulga; maksimal sutkalik doza: 3.3 mg/kg/sut yoki 100 mg/sutkasigacha titrlash bilan	1A
Proton pompa ingibitorlari	omeprazol	Peroral, 3-5 kg: 2,5 mg/sut; 5-10 kg: 5 mg/sut; 10-20 kg: 10 mg/sut; \geq 20 kg: 20 mg/sut KFT 30 ml/min/1,73m ² dan pasayganda doza 50% ga kamaytiriladi	2B
Kombinatsiyadagi penicillinlar	amoksicillin+klavulan kislota	Parenteral, KFT >50 ml/min/1,73m ² – 45 mg/kg xar 12 soatda, maks doza 2 gr/sut; KFT 50-30 ml/min/1,73m ² – 45 mg/kg xar 12 soatda KFT 29-10 ml/min/1,73m ² – 20	1B

		mg/kg xar 12 soatda KFT <10 ml/min/1,73m ² – 20 mg/kg sutkasiga Peritoneal/gemo dializda - 20 mg/kg sutkasiga, maksimal doza 1 gr	
Cefalosporinlar	cefotaksim	m/o, v/i: 150-180 mg/kg/sut 3 maxal - xar 8 soatda; maksimal sutkalik doza: 8 gr/sut KFT 30-50 ml/min/1,73 m ² : 35- 70 mg/kg/doza xar 8- 12 soatda KFT 10-29 ml/min/1,73 m ² : 35- 70 mg/kg/doza xar 12 soatda KFT <10 ml/min/1,73 m ² : 35- 70 mg/kg/doza xar 24 soatda Intermittirlovchi gemodializda: 35-70 mg/kg/dozada xar 24 soatda. Peritoneal dializ (PD): 35-70 mg/kg/dozada xar 24 soatda. Uzluksiz o‘rinbosuvchi davu (UO‘BT): 35-70 mg/kg/doza xar 12 soatda	2B
	ceftriakson	m/o, v/i: 50-75 mg/kg/doza xar 24 soatda; maksimal doza: 1000 mg/doza Dializ olmagandializ yoki peritoneal dializdan keyin qo‘shimcha doza talab qilinmaydi;	2B
Zamburug‘ga qarshi vositalar	flukonazol	V/i, peroral: boshlang‘ich doza: 6- 12 mg/kg/dozada 1kun, keyin 3-12 mg/kg/doza kuniga	2B

		1marta; davomiyligi va dozasi infekciya og'irligiga bog'liq	
Virusga qarshi vositalar	aciklovir	Vena ichiga aciklovir (1500 mg/m ² /sut) 3 kun yoki ichishga 80 mg/kg/sut 7-10 kun	2C
Antikoagulyantlar	Geparin	Tromboz, davolash: CHaqaloqlar: v/i: boshlang'ich doza: 75 ED/kg 10 minut davomida; keyin, uzluksiz qo'llab quvvatlovchi doza infuziyada 28 ED/kg/soatiga tezlikda; anti-Xa faolligini saqlashda dozani 0,35-0,7 ED/ml da ushlab turish. Bolalar va o'smirlar: v/i: boshlang'ich doza: 75 ED/kg 10 kun davomida, keyin uzluksiz qo'llab quvvatlovchi doza: 20 ED/kg/soat; anti-Xa faolligini saqlash maqsadida 0,35 dan 0,7 ED/ml gacha dozani ushlab turish	1C
Qon komponentlari va plazma o'rnini bosuvchilar	albumin	v/i, 0,5-1 g/kg 4 soat davomida yuboriladi	1B

5.4 Xirurgik aralashuv:– asosiy emas:

- buyrak biopsiyasi;
- markaziy vena kateterizatsiyasi.

14.6 Keyingi olib borish: Stacionarda chiqarilgandan so'ng dispenser nazorati: rejimga rioya qilish (gipotermiya, stress, jismoniy yuklamalarni istisno qilish), parhez; davolashni tugatish (infekciya o'choqlarini sanaciya qilish, antigipertenziv terapiya) 5 yil davomida klinik kuzatuv (birinchi yili – xar chorakda qon bosimini o'lchash, qon va peshobni tekshirish, qon zardobida kreatinin miqdorini va KFT ni (SKD epi yoki Kokroft-Golt formulasi <http://mdrd.com>. dagi xavola orqali aniqlash). Yilda 1marta buyraklar UTT ni amalga oshirish. Xar 6 oyda 1marta siydikda oqsil miqdorini aniqlash (miqdoriy test), ko'rsatma bo'yicha EKG, agar ekstrarenal belgilar 2 oydan ortiq davom etsa (arterial gipertenziya, shish), og'ir siydik sindromi yoki ularning yomonlashishi kuzatilsa biopsiya buyraklar uchun zarurdir. CHunki bu xolatda glomerulonefritning morfologik shakllari immunosupressiv terapiyani talab qilishi mumkin.

Nefrolog ko‘rigi kasallikning bosqichiga bog‘lik:

faol davrida – oyiga 1marta;

nofaol davrida – yiliga 1marta.

15. Protokolda keltirilgan davolash va diagnostik usullarni xavfsizligi va samaradorligi indikatori: O‘tkir holatdan chiqarib olish; oligouriya; shish, tutqanoq va azotemiyani yo‘qotish, proteinuriya, gematuriyani kamaytirish/yo‘qotish; arterial qon bosimi va buyrak faoliyatini normallashtirish; tashxisni tekshirish.

**“O’TKIR NEFRITIK SINDROM” TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

2. Asosiy qism:

2.1 O'tkir nefritik sindrom (O'NS), glomerulonefritlar bilan bog'liq bo'lib, buyrak patologiyasida 3-4 o'rinni egallaydi. Kasallik asosan bolalar va yoshlarda uchraydi. Erkaklar ayollarga nisbatan 2marotaba ko'proq kasallanadi. O'NS nefrologiyada xavfli holatlardan biri sifatida tan olinib, buyrak faoliyatining tez pasayishiga va yurak qon tomir tizimining og'ir darajada asoratlanishi bilan kuzatiladi. Kasallik oldini olish bo'yicha yangi davolash usullari va samarali choralarni ishlab chiqish o'z dolzarbligini yo'qotmaydi.

2.2. Umumiy qism:

O'tkir nefritik sindrom – to'satdan makroskopik gematuriya, oligouriya, glomerulyar filtratsiyani keskin pasayishi, suyuklikni ajralishi pasayib, shish lar kuzatilishi, arterial gipertenziya va o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan tavsiflanadigan sindromdir. Sutkalik proteinuriya 3g/sut kam kuzatiladi. Bu turli birlamchi va ikkilamchi glomerulonefritlarning guruhi – o'tkir postinfeksion(diffuz GN), membranoproliferativ va ekstrakapillyar GN. O'tkir postinfeksion glomerulonefrit siklik kechishga ega bo'lib, tuzalishi mumkin. Qolgan ikkita morfologik shakli ertami yoki kech terminal buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

(<https://diseases.medelement.com/disease/12642>)

2.3. Klinik tasnif:

1. *O'tkir postinfeksion (streptokokkdan keyingi) glomerulonefrit* – siklik kayta rivojlanishi bilan – cho'zilib yoki surunkali kechishi
2. *Sistemali kasalliklardagi o'tkir nefritik sindrom* (lyupus nefrit, nefrit Shenleyn-Genoxa, boshqa vaskulitlar)
3. IgA-nefropatiya
4. Tez rivojlanuvchi glomerulonefrit
5. Membranoproliferativ glomerulonefrit

Bosqichlari bo'yicha:

- Klinik – laborator namoyon bo'lishi
- Tez rivojlanishi
- Asoratlanmagan
- Asoratlangan (gipertonik kriz, bosh miyada kon aylanishini o'tkir yetishmovchiligi, O'BE, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi)

3. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlar va muolajalari:

3.1. O'tkir nefritik sindromda muolajala qilishdan asosiy maqsad kasallikni erta aniqlash, davolash va asoratlarni oldini olishdir.

3.2. **O'tkir nefritik sindromda jarroxlilik aralshuviga qarshi ko'rsatmalar:**

Ushbu nazologiyani davolashda jarroxlilik aralashuvi talab etilmaydi.

**“O‘TKIR NEFRITIK SINDROM” TIBBIY PROFILAKTIKA
YOKI REABILITATSIYA BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

2. Asosiy qism.

1) **O'tkir nefritik sindrom** – to'satdan makroskopik gematuriya, oligouriya, glomerulyar filtratsiyani keskin pasayishi, suyuklikni ajralishi pasayib, shish lar kuzatilishi, arterial gipertenziya va o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan tavsiflanadigan sindromdir. Sutkalik proteinuriya 3g/sut kam kuzatiladi. Bu turli birlamchi va ikkilamchi glomerulonefritlarning guruhi – o'tkir postinfeksion(diffuz GN), membranoproliferativ va ekstrakapillyar GN. O'tkir postinfeksion glomerulonefrit siklik kechishga ega bo'lib, tuzalishi mumkin. Qolgan ikkita morfologik shakli ertami yoki kech terminal buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. (<https://diseases.medelement.com/disease/12642>)

Mualliflar guruhi xalqaro ekspertlarning fikrlarini to'liq qo'llab-quvvatlaydi va klinik tavsiyalar nashr etilgan paytda ekspert-mutaxassislar uchun mavjud bo'lgan eng haqqoniy ma'lumotlarni ifodalashini ta'kidlash kerak deb hisoblaydilar. Ular hech qachon alohida bemorni davolash taktikasini aniqlashda klinik tajribaning o'rnini bosa olmaydi, aksincha bemorning o'ziga xos xususiyatlari va nimalarni afzal ko'rishini hisobga olgan holda tanlov qilishga yordam beradi.

2) **Reabilitatsiya lotinchada reabilitatio** — tiklash degan ma'noni anglatib, tibbiyotda-organizmning buzilgan funksiyasini va bemorlar hamda nogironlarning mehnat qobiliyatini tiklashga qaratilgan tibbiy, pedagogik va ijtimoiy chora-tadbirlar majmuidan iborat bo'ladi. Tibbiy reabilitatsiya kasallik tufayli funksiyasini yo'qotgan a'zo faoliyatini qisman yoki to'liq tiklash yoki kasallangan sohadagi avj olayotgan jarayonning iloji boricha oldini olishga qaratiladi. [1]

Profilaktika yunonchada πρόφύλακτικός- saqlovchi, oldini oluvchi degan ma'noni anglatib, odamlarning uzoq umr ko'rishi, ishlash qobiliyatini saqlab qolishi, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilashga, kasalliklarning yuzaga kelishi va tarqalishini oldini olish hamda salomatlikni himoya qilishga qaratilgan iqtisodiy, ijtimoiy, gigiyenik va tibbiy chora-tadbirlar majmuidan iborat.[1]

3) **Tibbiy Profilaktika birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi bo'ladi.**

Birlamchi tibbiy profilaktika-kasalliklarning kelib chiqish sabablari va rivojlanishiga qarshi qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigiyenik va tarbiyaviy choralar, organizmning sog'lom holatini saqlab qolish, unga patologik ta'sir kursatuvchi omillarning oldini olish;

Ikkilamchi tibbiy profilaktika-kasalliklarni erta aniqlash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va retsidivlarining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar.

Uchlamchi tibbiy profilaktika- mavjud kasalliklarni davolash, natijalarni yaxshilash uchun bemorni reabilitatsiya qilish va hayot sifatini yaxshilash, nogironlik va o'lim ko'rsatkichlarini kamaytirish.

3.1. Profilaktika usullari va usullari:

1) profilaktika maqsadi (profilaktika maqsadlari ko'rsatilgan):

2) **1-profilaktika** — O'tkir nefritik sindrom birlamchi profilaktikasi kasallik rivojlanishiga ta'sir ko'rsatuvchi omillarni omillarni oldini olishdan iborat. Birlamchi profilaktika maxalliy shifokor

tomonidan o'tkaziladi. Bemorlarga kasallikni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan sabablarni oldini olish chora tadbirlari tushuntirilib boriladi.

3) **skringing** – O'tkir nefritik sindrom kasalligi skringida UASH va maxalliy nefrolog qatnashadi. Bemorlarni UASH agarda kasallik qaytalanishi kuzatilmasa 6 oyda bir marta UPT, Nechiporenko tekshiruvini o'tkazib lozim hisoblanadi. Agarda o'zgarishlar aniqlansa maxalliy nefrolog nazoratida davolash lozim.

4) **2-profilaktika** — O'tkir nefritik sindrom ikkilamchi profilaktikasida UASH va maxalliy nefrolog o'rni katta hisoblanadi. Ushbu nozologik kasallik bilan kasallangan bemorlarda 6 oy davomida oyda 1 marta UPT, peshobni Nechiporenko, qon plazmasidagi mochevina, kreatini tahlil o'tkazib turish talab etiladi..

5) **3-profilaktika** – O'tkir nefritik sindrom uchlamchi profilaktikasida kasallikni to'g'ri davolash, kasallik sabablarini bartaraf etish, bemorni kasallik rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadigan hayot tarzini o'zgartirish, kasallik rehabilitatsiyasi yaxshi olib borish bilan baholanadi.

3.2. Rehabilitatsiya usullari va muolajalari:

- Yuqori nafas yo'llari va LOR a'zolaridagi yallig'lanish jarayonlarini oldini olish;
- Og'ir metal tuzlari va turli xil kimyoviy moddalar bilan kontakti kamaytirish;
- Virusli gepatit bilan og'irigan bemorlarni o'z vaqtida davolash;

4.1. Profilaktika turlarini o'tkazishni aniqlash mezonlari (xalqaro standartlarga muvofiq, dalillarga asoslangan tibbiyot asosida);

5.2. Rehabilitatsiya muolajalarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari (hayot faoliyati va salomatlikning chegaralanishi Halqaro faoliyat tasnifi asosidagi xalqaro shkalalarga muvofiq bo'lishi kerak).

Protokolning tashkiliy jixatlari:

1) Ishchi guruhning barcha azolari manfaatlar to'qnashuvi yo'qligini malum qilgan.

2) *Ekspertlar:*

Jabbarov Ozimboy Otaxonovich – t.f.d, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasining 2-son fakultet va hospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrasida bo'lim mudiri.

Alberto Ortiz – Ximenis Dias klinikasi, nefrologiya va gipertoniya bo'limi mudiri, professor, Evropa buyrak assosiyasi uyushmasining azosi.

1) Protokol ishlab chiqilgandan va tasdiqlangandan so'ng, davolash va tashxislashning yangi usullari dalillarga asoslangan holda qayta ko'rib chiqilishi va to'ldirilishi mumkin.

20. Adabiyotlar ro'yxati:

1. Сигидин, Я. А. Биологическая терапия в ревматологии / Я.А. Сигидин, Г.В. Лукина. - М.: Практическая медицина, 2015. - 304 с
2. Тирикова О. В., Филатова И. А. Гломерулонефриты: учебное пособие. — Иркутск: ИГМУ, 2017. — 44 с.

3. Coppo R., Gianoglio B., Porcellini M. G., Maringhini S. Frequency of renal diseases and clinical indications for renal biopsy in children (report of the Italian National Registry of Renal Biopsies in Children) // *Nephrol Dial Transplant.* — 1998. — № 13. — P. 293–297.
4. Blyth C. C., Robertson P. W., Rosenberg A. R. Post-streptococcal glomerulonephritis in Sydney: a 16-year retrospective review // *J Paediatr Child Health.* — 2007. — № 6. — P. 446–450.
5. Stetson C. A., Rammelkamp C. H., Krause R. M. et al. Epidemic acute nephritis: studies on etiology, natural history and prevention // *Medicine (Baltimore).* — 1955. — № 4. — P. 431–450.
6. Anthony B. F., Kaplan E. L., Wannamaker L. W. et al. Attack rates of acute nephritis after type 49 streptococcal infection of the skin and of the respiratory tract // *J Clin Invest.* — 1969. — № 9. — P. 1697–1704.
7. Rodriguez-Iturbe B., Musser J. M. The current state of poststreptococcal glomerulonephritis // *J Am Soc Nephrol.* — 2008. — № 10. — P. 1855–1864.
8. Yoshizawa N., Yamakami K., Fujino M. et al. Nephritis-associated plasmin receptor and acute poststreptococcal glomerulonephritis: characterization of the antigen and associated immune response // *J Am Soc Nephrol.* — 2004. — № 7. — P. 1785–1793.
9. Batsford S. R., Mezzano S., Mihatsch M. et al. Is the nephritogenic antigen in post-streptococcal glomerulonephritis pyrogenic exotoxin B (SPE B) or GAPDH? // *Kidney Int.* — 2005. — № 3. — P. 1120–1129.
10. Rodríguez-Iturbe B., Batsford S. Pathogenesis of poststreptococcal glomerulonephritis a century after Clemens von Pirquet // *Kidney Int.* — 2007. — № 11. — P. 1094–1104.
11. Мухина Ю. Г., Бельмер С. В., Османов И. М. и др. Практическое руководство по детским болезням. Том 6: Нефрология детского возраста. — М.: Медпрактика-М — 2010. — 736 с.
12. Garnier A., Peuchmaur M., Deschênes G. Postinfectious acute glomerulonephritis // *Nephrol Ther.* — 2009. — № 2. — P. 97–101.
13. Törnroth T. The fate of subepithelial deposits in acute poststreptococcal glomerulonephritis // *Lab Invest.* — 1976. — № 5. — P. 461–474.
14. Melby P. C., Musick W. D., Luger A. M., Khanna R. Poststreptococcal glomerulonephritis in the elderly. Report of a case and review of the literature // *Am J Nephrol.* — 1987. — № 3. — P. 235–240.
15. Cattran D. S., Cook H. T., Feehally J. et al. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) glomerulonephritis work group. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis // *Kidney International Suppl.* — 2012. — № 2. — P. 139–274.
16. Научное общество нефрологов, Ассоциация нефрологов России. Диагностика и лечение острого постстрептококкового гломерулонефрита: клинические рекомендации. — М., 2014. — 16 с.
17. McMurray J. V., Adamopoulos S., Anker S. D. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of

Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC // Eur Heart J. — 2012. — № 14. — P. 1787–1847.

18. Муркамилов И. Т., Сабиров И. С., Фомин В. В. и др. Современное состояние этиопатогенетических, морфологических, диагностических и терапевтических аспектов острого гломерулонефрита // Архивъ внутренней медицины. — 2020. — № 3. — С. 198–208.
19. Couser W. G. Pathogenesis and treatment of glomerulonephritis-an update //J Bras Nefrol. — 2016. — № 1. — P. 107–122.
20. Тирикова О. В., Филатова И. А. Хроническая болезнь почек: учебное пособие. — Иркутск: ИГМУ, 2017. — 28 с.
21. KDIGO Clinical Practice Guideline 2022.