

Ўзбекистон Республикаси  
Солини салаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**“ГЛОМЕРУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРГА ШУБХА ҚИЛИНГАНДА  
ДИАГНОСТИК ТАКТИКА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**Тошкент - 2025**

**"КЕЛИШИЛГАН"**

**Тиббиёт ходимларининг касбий  
малакасини ривожлантириш маркази  
директори**

**профессор Акилов Х.А.**



« \_\_\_\_\_ » 2025 йил

**“ГЛОМЕРУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРГА ШУБХА ҚИЛИНГАНДА  
ДИАГНОСТИК ТАКТИКА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**Тошкент - 2025**

## Мундарижа

<b>1</b>	“Гломеруляр касалликларга шубҳа қилинганда диагностик тактика” нозологиясининг ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник протоколлар	<b>5</b>
<b>2</b>	“Гломеруляр касалликларга шубҳа қилинганда диагностик тактика” нозологиясининг тиббий аралашувлар бўйича миллий клиник протоколи	<b>24</b>
<b>3</b>	“Гломеруляр касалликларга шубҳа қилинганда диагностик тактика” нозологиясининг профилактика ва реабилитацияси бўйича миллий клиник протоколи	<b>29</b>

**“ГЛОМЕРУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРГА ШУБХА ҚИЛИНГАНДА  
ДИАГНОСТИК ТАКТИКА” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**Тошкент – 2025**

## 1. Кириш қисми.

Халқаро касалликлар таснифи – МКБ -10 код(лар):

<b>ХКТ-10 бўйича кодланиши:</b>	
<b>Код</b>	
N00	Ўткир нефритик синдром
N01	Тез кечувчи нефритик синдром
N02	Рецидивланувчи ва турғун гематурия
N03	Сурункали нефритик синдром
N04	Нефротик синдром
N05	Нефритик синдром, аниқланмаган
N06	Изолирланган протеинурия, морфологик аниқланган
N07	Наслий нефропатия, бошқа туркумларда таснифланмаган
N08	Касалликларда гломеруляр зарарланиш, бошқа туркумларда таснифланган
N .0	Кичик гломеруляр ўзгаришлар
N .1	Ўчоқли ва сегментар гломеруляр зарарланишлар (ўчоқли ва сегментар Гиалиноз, склероз. Ўчоқли гломерулонефрит)
N .2	Диффуз мембраноз гломерулонефрит.
N .3	Диффуз мезангиал пролифератив гломерулонефрит.
N .4	Диффуз эндокапилляр пролифератив гломерулонефрит.
N .5	Диффуз мезангиокапилляр гломерулонефрит (Мембраноз-пролифератив гломерулонефрит, 1 ва 3 тип ёки қўшимча тушунтиришларсиз)
N .6	Қаттиқ чўкма касаллиги (Мембраноз-пролифератив гломерулонефрит, 2 тип)
N .7	Диффуз ўроқсимон гломерулонефрит (Экстракапилляр гломерулонефрит)
N .8	Бошқа ўзгаришлар билан (Пролифератив гломерулонефрит қўшимча тушунтиришларсиз)
N .9	Аниқланмаган ўзгаришлар билан.
Юклаб олиш	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=13002">https://mkb-10.com/index.php?pid=13002</a>
<b>ХКТ-11 бўйича кодланиши:</b>	
GB40	Нефритик синдром
GB41	Нефротик синдром
GB41	Турғун протеинурия ёки альбуминурия
GB4Y	Бошқа аниқланган гломеруляр касалликлар
GB4Z	Аниқланмаган гломеруляр касалликлар
	<i>Касалликнинг кечиши</i>
	<i>(агар керак бўлса, қўшимча коддан фойдаланинг)</i>
XT5R	ўткир кечиши
	<i>Билан боғлиқ (агар керак бўлса, қўшимча коддан фойдаланинг)</i>
MF80	Диффуз мезангиал склероз
MF84	Пролифератив гломерулонефрит, сусайган иммунитетга боғлиқ холда
MF85	Коптокчалар базал мембранасига қаратилган антителаларга боғлиқ касаллик
MF8Y	Сийдик чиқариш тизимидан олинган намуналарда бошқа аниқланган
MF8Z	клиник натижалар

	Сийдик чиқариш тизимидан олинган намуналарда аниқланмаган клиник натижалар
Юклаб олиш	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#658360080">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#658360080</a>

**Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқишнинг эҳтимолий санаси:** ишлаб чиқиш санаси 2025 йил, янги асосий далиллар мавжуд бўлганда 2029 йилда қайта кўриб чиқиш санаси. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот:**

Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази

**Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:**

№	Ф.И.О.	Иш жойи	Лавозими ва илмий даражаси
1 .	Арипходжаева Гулноза Зайнитдиновна	Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази	«Нефрология, гемодиализ ва буйрак трансплантatsияси» кафедраси мудир, DSc
2 .	Акалаев Рустам Нурмухамедович	Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази	«Нефрология, гемодиализ ва буйрак трансплантatsияси» кафедраси профессори, т.ф.д.
3 .	Тургунова Дилорам Пулатовна	Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази	«Нефрология, гемодиализ ва буйрак трансплантatsияси» кафедраси ассистенти
4 .	Баситханова Дилбар Эркиновна	Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази	«Нефрология, гемодиализ ва буйрак трансплантatsияси» кафедраси ассистенти
5.	Рахманова Лола Каримовна	Тошкент тиббиёт академияси	“Оилавий тиббиётда болалар касаликлари” кафедраси доценти
6.	Азимов Сардор Марифжонович	Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий амалий тиббиёт маркази	Бош шифокор
7.	Келдиярова Дилорам Хайруллаевна	Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий амалий тиббиёт маркази	“Нефрология” бўлими мудир
8.	Эгамбердиев Санжар Бахриддинович	Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси	“Кардиревматология и нефрология” бўлими мудир

- Тақризчилар (2 та ташқи тақриз, республика ва ҳориждан), (тўлиқ исм-шарифи, иш жойи, лавозими/унвони);

- Мултидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида Миллий клиник протоколларни лойиҳасини муҳокамаси баённомасидан кўчирманинг рақами ва санаси;

**Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:**

- (тўлиқ исм-шарифи, иш жойи, лавозими/унвони);

**Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:**

- (тўлиқ исм-шарифи, иш жойи, лавозими/унвони);

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

**Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Мувофиқлаштирилган Кенгаш йиғилиш баённомасидан кўчирма (сана, №рақам)**

**ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙҲАТИ**

№	Сокращение	Полное название
1.	<i>КФТ</i>	Коптокчалар филтратсия тезлиги
2.	<i>УТТ</i>	Ультратовуш текшируви
3.	<i>СКД-ЕПИ</i>	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
4.	<i>МСКТ</i>	Мультиспирал компьютер томография
5.	<i>АПФи</i>	Ангиотензинга айланттирувчи фермент ингибитори

Мазкур нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартларнинг фойдаланувчилари — Педиатрлар, нефрологлар, урологлар, эндокринологлар, умумий амалиёт шифокорлари, кардиологлар, тиббиёт олий ўқув юр்தларининг магистратура ва докторантлари;

Мазкур нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартларга тўғри келадиган беморлар тоифаси;

N00- N 08	Гломеруляр касалликлар
-----------	------------------------

- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи – шарҳлари келтирилади.

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи  
(ташхислаш аралашувлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизатсияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи

5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси
---	---

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи  
(профилактика, даволаш ва реабилитатсион тадбирлар учун)**

<b>Далилларнинг исботланганлик даражаси</b>	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизатсияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

## **1. Асосий қисм.**

### **2.1. Кириш**

"Гломерулонефрит" (ГН) атамаси коптокчаларнинг зарарланиши билан кечадиган гетероген касалликлар гуруҳи бўлиб, бунинг натижасида буйракларнинг одатда сийдикда мавжуд бўлмаган ёки оз миқдорда мавжуд бўлган қон таркибий қисмларини танлаб филтрлаш ва чиқариш қобилияти бузилади. Гломеруляр касалликлар турли клиник кўринишларда намоён бўлади, у симптомларсиз (гипертония, шиш, гематурия ёки протеинурия одатий физикал текширувда аниқланади) кечиши мумкин, ёки яшинсимон кечиш тури ўткир буйрак ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу бирламчи тизим шифокорлари ва мутахассисларидан ушбу патологияга ко'проқ эътиборни талаб қилади.

### **2.2. Умумий таъриф:**

Гломеруляр касалликларнинг таснифи

Келиб чиқишига кўра:

- бирламчи,
- иккиламчи,
- ирсий

Клиник кечишига кўра:

- изолирланган гломеруляр гематурия
- ўткир нефритик синдром
- нефротик синдром
- тез прогрессив синдром

Буйрак тўқималарининг гистологик текшируви асосида

- иммуноглобулин А нефропатия,
- юпқа базал мембрана касаллиги,
- ўткир постстрептококк гломерулонефрит,
- мембранопротролифератив гломерулонефрит,
- зич депозит касаллиги,
- минимал ўзгаришли гломерулонефрит,
- фокал сегментар гломерулонефрит,
- ярим ойсимон гломерулонефрит,
- "Анти-нейтрофил цитоплазматик антителалар" (АНСА) ижобий гломерулонефрит

ХКТ-10 га кўра, фарқланади

N 00 - ўткир нефритик синдром (гематурия, шиш, 1 ҳафта ичида ривожланадиган гипертензия)

N 01 - тез прогрессив нефритик синдром (гематурия, шиш, протеинурия, КФТнинг пасайиши, бир неча ҳафта давомида ривожланадиган гипертензия)

N 02 - такрорий ва доимий гематурия (гематурия доимий симптом сифатида, эҳтимол асимптоматик тури)

N 03 - сурункали нефритик синдром (гематурия, шиш ва 3 ойдан ортиқ гипертензия)

N 04 - нефротик синдром (протеинурия суткада 2 г/л дан ортиқ, гипоалбуминемия, шиш)

N 05 - нефритик синдром, аниқланмаган (гематурия, шиш ва гипертензия симптомлар давомийлигини ва симптомларнинг ривожланиш сабабларини аниқламасдан)

N 06 - белгиланган морфологик ташхис билан изоляцияланган протеинурия

N 07 - ирсий нефропатия, бошқа жойда таснифланмаган

**Этиологияси ва патогенези** табиатан ирсий бўлиши мумкин - подоцитларнинг базал мембранаси ва скелет хужайраси оксиллари тузилмаларининг бузилиши ёки иммун комплексларнинг гломеруляр тузилмаларига бевосита зарар етказиши мумкин: қон томир эндотелияси, гломеруляр базал мембрана, подоцитлар. Агар зарарланиш жараёни тўғридан-тўғри фақат буйракларда бошланган бўлса, бу асосий зарар; Агар жараён тизимли бўлса, бу иккиламчи буйрак шикастланишидир. Локализatsiяга, табиатига ва зарар етказувчи иммунитет мажмуасининг тузилишига қараб, гистологик ташхис қўйилади, бу даволаш тактикасини ва касалликнинг прогнозини аниқлаш учун жуда муҳимдир.

**Буйрак шикастланишининг патогенези** . Буйрак жуда мураккаб аъзо бўлиб, унда барча асосий компонентларнинг яхлитлиги - гломерула, томирлар, тубулоинтерстициал бўшлиқ ва катта захира сифмлари узоқ муддатли нормал фаолиятни таъминлайди. Кўпгина буйрак касалликларида дастлабки зарар шунчалик оғирки, морфологик ўзгаришлар асосида доимий бузилиш кутилади, аммо тузилиш ва функцияларнинг тўлиқ нормаллашиши билан ўз-ўзидан ёки даволаниш натижасида ремиссия пайдо бўлиши мумкин. Бироқ, кўпгина касалликларда спонтан ремиссия содир бўлмайди ва тегишли даволаш талаб этилади. Кўпинча даволаниш симптоматик бўлиши мумкин, асосан генетик ҳолатларда ёки асосий касалликни даволаш буйраклар фаолиятини тиклашга олиб келади. Аммо баъзи ҳолларда курс прогрессивдир. Ривожланиш стереотипик йўллардан боради. Бирламчи гломеруляр касаллик артериолаларнинг тузсизланиши (коллапс, ишемик шикастланиш) билан бирга гломеруляр функциянинг йўқолишига олиб келади. Артериолалар окклюзияси тубулоинтерстициал бўшлиқда самарали қон оқимининг пасайишига олиб келади, бу эса тубуляр атрофия, интерстициал фиброз ва енгил бирга келадиган яллиғланиш билан бирга келади. Шу билан бирга, томирлар қаршилигининг кучайиши натижасида артериялар шикастланади, кейин интимал фиброз ва томир торайиши кузатилади. Бу буйрак касаллигининг асосий сабабидан қатъи назар, қон томирларининг шикастланишининг патогенетик аҳамиятини кўрсатади. Буйрак тўқималарининг кўпайиши билан креатинин даражаси аста-секин ўсиб боради. Буйрак тўқималарининг нобуд бўлишининг кучайиши билан, буйрак массасининг 30% дан камроғи ва бу қолдиқ тўқималарнинг компенсация гипертрофияси бошланганда, яъни ҳаддан ташқари юкланган нефропатия пайдо бўлганда, муқаррар равишда бир ҳолат юзага келади. Гломерулар гипертрофияланади, яъни уларнинг диаметри ва ҳажми ортади, гломеруляр капиллярлар шундай узаядики, капилляр лўменларнинг кўндаланг кесими катталашади. Мезангий матрицанинг кўпайиши туфайли бироз кенгаяди ва оддий гломерулусга нисбатан эндотелиал хужайралар сони ҳам ортади. Бундан ташқари, подоцитлар сони ўзгаришсиз қолади, бу подоцитларнинг постмитотик хужайралар еканлигини акс еттиради. Тегишли гломеруларнинг каналчалари гиперпластик, уларнинг ташқи диаметри кенгайган, қувурли эпителий хужайралари сони ҳам кўпайган (гиперплазия) ва алоҳида эпителий хужайралари каттароқ ва гипертрофияланган. Бундан ташқари, сегментар склероз гломерулярларда, яъни иккиламчи Фсгсда ривожланади, эҳтимол подоцитлардаги бузилишлар туфайли, ҳатто гипертензия, рефлюксли нефропатия каби бирламчи қон томир ёки тубулоинтерстициал касалликларда ҳам протеинуриянинг нефротик даражага кўтарилиши билан бирга келади. Ҳаддан ташқари юкланган нефропатия бирламчи буйрак касаллигининг ривожланишини тезлаштиради. Терминал буйрак етишмовчилигининг ривожланиши охир-оқибат турли хил этиологик ва патогенетик механизмларнинг натижасидир:

1. бирламчи буйрак касалликларининг этиологияси ва патогенези,
2. ортикча юкланган нефропатия.

Юқорида тавсифланган ўзгаришларнинг бу эволюцияси секин кечадиган бўйрак касалликларида энг аниқ намоён бўлади. Паренхимани тезда йўқ қилиш ҳолатларида, масалан, АНСА-ГН билан ортиқча юкланган нефропатия ривожланмайди.

Протеинуриянинг сабаблари кўпинча подоцитларнинг шикастланиши билан боғлиқ. Улар шикастланганда, подоцитларнинг оёқлари орасидаги бўшлиқ бузилади ва подоцитларнинг заряди ижобий томонга ўзгаради, бу эса манфий зарядланган оксилнинг, хусусан, албуминнинг йўқолишига олиб келади. Агар подоцитлар орасидаги бўшлиқлар сезиларли даражада ошмаса, оксилнинг бир қисми ГБМда жойлашиши ва унинг қалинлашишига олиб келиши мумкин.

Гематурия қон томир эндотелиясининг шикастланиши натижасидир. Улар қизил қон таначалари ва оксиллар учун ўтказувчан бўлади. ГБМ орқали ўтиб, эритроцитлар ўз шаклларини ўзгартириб, қадаҳ шаклида бўлади. Кейин улар бўйрак тубуласига тушади, сийдикнинг рН ўзгариши, осмолярлиги туфайли улар қисқаради, лекин қадаҳга ўхшаш кўринишини йўқотмайди. Диурезнинг камайиши билан, тубулада бўлганида, улар оксилларга (уромодулин) ёпишади ва 'ритроцитлар цилиндрларига айланади. Сийдикда ўзгарган қизил қон таначалари (goblet шаклидаги ва ўзгарган), қизил қон таначалари, макрогематурия (кўзга кўринадиган) ва микрогематурия (лаборатор томонидан микроскоп остида кўринадиган) кўринади. Агар гломеруляр капилляр ва ГБМнинг ёрилиши қоннинг базал мембрана ва подоцитлар орасидаги бўшлиққа оқиши билан содир бўлса, бу "ярим ой" деб аталади, бу бўйрак етишмовчилигининг ривожланишининг илк белгиси ҳисобланади.

ГНдаги шиш икки сабабга кўра ривожланади

- бўйраклар орқали альбуми йўқолиши туфайли онкотик босимнинг пасайиши
- суюқлик ва натрийни ушлаб туриш

Бу сабаблар бир-бирини кучайтириши ёки ягона бўлиши мумкин.

Гломеруляр касалликларда гипертензия ривожланишига ёрдам берадиган бир неча сабаблар мавжуд.

- Дистал каналчаларда натрий таъминотининг пасайиши;
- Дистал каналчаларда суюқлик ҳажмининг пасайиши;
- гломеруларда филтратсиянинг пасайиши, бунинг натижасида ренин фаоллашади

Гломеруляр касалликларда гипертензиянинг ягона сабаби йўқ; одатда гипертония ривожланишининг юқорида айтиб ўтилган сабабларининг комбинатсияси бўлиб, ҳар бир аниқ ҳолатда бу сабабларнинг комбинатсияси ҳисобланади.

### **Гломерулопатияларнинг клиникаси**

Гломерулопатияларнинг клиник кўриниши қуйидаги белгилар билан намоён бўлади: шиш, гипертензия, олигурия, сийдикнинг қизариши. Гломеруляр касалликларнинг ҳар хил турлари билан улар ҳар хил интенсивлик билан намоён бўлиши мумкин ва ҳатто баъзи аломатлар йўқ бўлиши мумкин.

Нефротик синдром - протеинурия (сийдикда оксил миқдори 2 г/л/л дан ортиқ), гипоалбуминемия (қонда 25 мг/л дан кам), шиш

Нефритик синдром: гематурия (микро - ёки макрогематурия), гипертензия, эҳтимол шиш, протеинурия (қунига 2 г / л дан кам). Синдромнинг ривожланиш давомийлигига қараб қуйидагилар ажралиб туради:

- 1 ҳафта ичида ўткир нефритик синдром,
- ўткир бўйрак етишмовчилиги ривожланиши билан 1-2 ҳафтадан ортиқ давом этадиган тез прогрессив нефритик синдром;

- узоқ муддатли ремиссия даврлари билан 3 ойдан ортиқ сурункали нефритик синдром;
- асемптоматик тур, фақат гематурия мавжудлиги, такрорий ва доимий гематурия ҳисобланади.

### Нефритик ва нефротик синдромларнинг дифференциал диагностикаси

Кўринишлар	Нефритик синдром	Нефротик синдром
Бошланиши	Ўткир	Аста-секин
Шиш	Зич	Юмшоқ
Гипертензия	Бор	Йўқ
Марказий веноз босим	Норма/паст	Ошган
Протеинурия	++	++++
Гематурия	Макро/микрогоматурия	+/-
Эритроцитар цилиндрлар	Йўқ	Бор
Қон зардобдаги альбумин	Норма ёки ўртача камайган	Паст

Изолирланган гломеруляр гематуриянинг клиник кечиши – бунда клиник симптомлар кузатилмайди, фақат пешобда гематурия (бир кўрув майдонида 2 тадан кўп ўзгарган эритроцит ёки  $10 \times 10^6$  эритроцитлар/литр), протеинурия (қунига 150 мг-3г) аниқланади.

Ўткир нефритик синдром қуйидаги белгиларнинг комбинatsияси билан юзага келади: гематурия, шиш, 1 ҳафта ичида ривожланадиган гипертензия.

Нефротик синдром симптомлар учлигини ўз ичига олади: суткада 2 г дан ортиқ протеинурия, шиш, гипоалбуминемия.

Тез прогрессив нефритик синдром буйрак етишмовчилиги ривожланиши хавфининг юзага келиши билан гломеруляр касалликларнинг энг оғир туридир. Симптомлар бир неча ҳафта давомида ривожланади: гематурия (эритроцитар цилиндрлар), протеинурия қунига 3 г дан ортиқ, КФТнинг пасайиши, олигурия ва эҳтимол қон босимининг ошиши.

### Асосий гломерулопатияларнинг клиник вариантлари

Изолирланган гломеруляр гематурия	Нефритик синдром	Нефротик синдром	Тез ривожланувчи нефритик синдром (шошилиш холат)
1. IgA-нефропатия 2. БТБМ 3. Алтпорт синдроми	1. ЎПСГН С3↓ 2. Постинфекцион гломерулонефрит С3↓ билан 3. МПГН 1 тури, БПД С3↓ 4. Люпус нефрити 5. Анти-ГБМ ГН (камдан-кам) 6. IgA нефропатия	1. Коптокчаларда минимал ўзгаришли ГН 2. ФСГС 3. МПГН1 тури, БПД С3↓ 4. Мембраноз нефропатия 5. Люпус нефрит 6. Амилоидоз	1. Люпус нефрит 2. ЎПСГН 3. Анти-ГБМГН (камдан-кам) 4. АНСА-ГН (камдан-кам)

### Диагностика мезонлари :

Клиник белгилари: шиш, холсизлик, безовталиқ, қусиш ва кўнгил айнаши, буйрак соҳасидаги оғирлик, қон босимининг ошиши, сийдикнинг қизариши, диурезнинг пасайиши, кўпикли сийдик.

### Лаборатория кўрсаткичлари:

Умумий сийдик таҳлилида: макро ва микрогематурия, сийдик микроскопиясида бир кўрув майдонида 2 тадан ортиқ қадахсимон ёки ўзгарган эритроцитлар ёки эритроцитар цилиндрлар; протеинурия 0,1 г/л дан ортиқ ёки албуминурия 150 мг/л/кун. Оқсилнинг ва креатининга нисбати (ОКН) <200 мг/г (<20 мг/ммол ёки 8 мг/м<sup>2</sup> / соат кунлик сийдикда).

Қон биокимёвий таҳлилида: креатинин кўпайиши, мочевина кўпайиши, умумий оқсилнинг камайиши, нефротик синдромда альбумин 25 мг/л дан паст, калий кўпайиши, натрий кўпайиши мумкин.

Ишончилиқ даражаси В	<p>Амалий маслаҳат:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Иммуносупрессияни бошлаш ёки кучайтириши керак бўлган ёки клиник ҳолати ўзгарган гломеруляр касаллиги бўлган беморларда оқсилнинг умумий экскрециясини аниқлаш учун 24 соатлик сийдик намунасини олинг;</li><li>• 24 соатлик сийдик тўплаш идеал синама эмас, чунки у нотўғри йиғилиши мумкин ва кўп меҳнат талаб қилади. Бунинг ўрнига, эрталабки пешобда оқсил-креатинин нисбатини (ОКН) назорат қилинг;</li><li>• ОКН учун "бир марталик" сийдик тўплаш тўғри эмас, чунки оқсил ва креатининнинг ажралиб чиқиши вақт ўтиши билан ўзгаради;</li><li>• ортостатик протеинурияда эрталабки биринчи сийдик намуналари кунлик оқсил экскрециясини камайтириб баҳолаши мумкин;</li><li>• имконият бўлса, кунлик сийдик миқдорини "тахминий" йиғиш ва намунада ОКНни ўлчаш мақсадга мувофиқдир.</li><li>• ҳар бир сийдик намунасида натрийнинг миқдорий чиқарилишини мунтазам равишда аниқлашнинг ҳожати йўқ, агар натрийни рацияда чеклаш бўйича тавсияларга амал қилинмаятиклики сезмасангиз.</li></ul>
----------------------	---

Гломеруляр касалликларда протеинурияни миқдорий жиҳатдан баҳоланг, чунки у касалликнинг прогнози ва даволаш тактикаси учун ўзига хос аҳамиятга эга. Баъзи ҳолатларда протеинурияни сифатли баҳолаш фойдали бўлиши мумкин.

Болаларда протеинурияни миқдорий аниқланг, аммо даволаш мақсадлари касалликнинг этиологиясига қараб фарқ қилмаслиги керак.

Ишончилиқ даражаси А	Гломеруляр касалликларнинг барча шаклларида эритроцитлар морфологияси ва эритроцитар цилиндрлар ва/ёки акантоцитларни аниқлашга қаратилган сийдик чўкмасини баҳолаш лозим.
----------------------	--

Гематурияни назорат қилиш (намоён бўлиш даражаси ва давомийлик) гломеруляр касалликларнинг кўп шаклларида прогностик аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Бу, айниқса, IgA нефропатия ва IgA васкулитига тўғри келади.

Ишончлилик даражаси А	Оқсилнинг-креатинин нисбати (ОКН) <200 мг/г (<20 мг/ммол ёки 8 мг/м <sup>2</sup> / соат 24 соатлик сийдикда) гломеруляр касаллиги бўлган ҳар бир бола учун мақсадли текширув бўлиши керак. Бундан юқори даража фақат буйрак биопсияси натижаларида буйракнинг бужмайишини кўрсатса, асос сифатида олиниши мумкин.
-----------------------	---

Қон реологияси: гематокритнинг кўпайиши, ивиш вақтининг қисқариши, фибриноген кўпайиши мумкин.

Иммунологик тестлар: С-реактив оқсил, ревматоид омил, РНКга антителалар, ДНКга антителалар, антифосфолипаза А2 рецепторларига антителалар, БГМ га антителалар, АНЦА га антителалар (миелопероксидаза ва протеиназа 3), ОИВ, анти-НСV, HbsAg.

#### Буйрак фаолиятини баҳолаш

Ишончлилик даражаси А	Буйрак функциясини баҳолаш - Шварц формуласи ёрдамида коптокчалар филтратсия тезлигини (КФТ) аниқлаш билан баҳоланади. $\text{КФТ (мл/мин/1,73 м}^2\text{)} = \text{К} \times \text{Нт} / \text{Рсг (мг/дл)},$ Бу ерда К - ёшга қараб таҳлилларнинг ўзгариши билан белгиланадиган доимий константа Нт – бўй узунлиги см; Рсг - қондаги креатинин.
-----------------------	--

#### Ёшга қараб болаларда қонда нормал креатинин кўрсаткичлари

Ёш	Креатинин мг/дл
Қам вазнли бир ёшгача бўлган болалар	0,33
Оддий тана вазнига эга бўлган бир ёшгача бўлган болалар	0,45
2-12 ёшли болалар	0,55
13-18 ёшли қизлар	0,55
13-18 ёшли ўғил болалар	0,70

#### Ёшга қараб нормал КФТ қийматлари

Ёш	КФТ±SD мл/мин/1,73м <sup>2</sup>
Ҳомиладорликнинг 29-34 ҳафтаси - туғруқдан кейинги даврнинг 1-ҳафтаси	15,3±5,6
29-34 ҳафталик ҳомиладорлик - туғруқдан кейинги 2-8 ҳафта	28,7±13,8
Ҳомиладорликнинг 29-34 ҳафтаси > туғруқдан кейинги 8 ҳафта	51,4
Янги туғилган чақалоқлар: 1-ҳафта	41±15
Янги туғилган чақалоқлар: 2-8 ҳафта	66±25
Туғилгандан 8 ҳафтадан катта бўлган бир ёшгача бўлган болалар	96±22

2-12 ёш	133±27
13-18 ёш (ўғил болалар)	140±30
13-18 ёш (қизлар)	126±22

Гломеруляр касалликларда комплемент тизимидаги ўзгаришлар

Фаоллашиш йўли	Комплементлар тизимидаги ўзгаришлар	Гломеруляр касалликлар	Бўлмаган касалликлар
Классик	C3 ↓, C4 ↓, C50 ↓	Люпус нефрит 4-синф МПГН 1 тури	
Алтернатив йўл	C3 ↓, C4 норма, C50 ↓	ЎПСГН Инфекцион эндокардит билан боғлиқ ГН ГУС	Буйрак артерияси эмболияси
	C3 нефритик омил	БПД	
Комплемент синтезининг пасайиши	Орттирилган		Жигар касалликлари БЭН
	Туғма: C2 ёки C4 етишмовчилиги Factor H етишмовчилиги	Люпус нефрит Атипик ГУС БПД	

Гломеруляр касалликларнинг нефротик кечишида серологик кўрсаткичларнинг ўзгариши

Касалликлар	Ассоциацияланган касалликлар	Серологик кўрсаткичлар
БМИ	Аллергия Атопия Ходжкин лимфомалари ЯҚНП (НПВС) лардан фойдаланиш	-
ФСГС	ОИВ	ОИВ га антитаначалар
МН	ЯҚНП (НПВС) лардан фойдаланиш	-
	Гепатит В ва С	HBsAg Ҳвсга қарши
	Люпус нефрит	ДНКга антикорлар
МПГН	C4 нефритик омил	C3 ↓, C4 ↓
Z	C3-нефритик омил	C3 ↓, C4 норма

Гломеруляр касалликларнинг нефритик шаклида серологик кўрсаткичларнинг ўзгариши

Касалликлар	Ассоциацияланган касалликлар	Серологик кўрсаткичлар

ЎПСГН	Фарингит, тонзиллит импетиго	АСЛО, С-реактив оқсил
Эндокардит	Юрак титраши	Бактериал экма С3 ↓
Абсцесс	-	Бактериал экма С3, С4 норма ёки юқори
IgA-нефропатияси	Юқори нафас йўллари инфекцияси Ошқозон-ичак инфекцияси	IgA нинг қон зардобиди кўпайиши
Люпус нефрит	Бошқа тизимларнинг шикастланиши	Антинуклеар антителалар, ДНКга антителалар, С3 ↓, С4↓

Гломеруляр касалликларнинг тез прогрессив нефритик синдромида серологик кўрсаткичларнинг ўзгариши

Касалликлар	Ассоциацияланган касалликлар	Серологик кўрсаткичлар
Гудпасчер синдроми	Ўпкадан қон кетиши	БГМ га антителалар Баъзида АНСА антителалар мавжуд бўлади
Вегенер касаллиги (васкулитлар)	Юқори ва пастки нафас йўллари яллиғланиши	Цитоплазматик АНСА
Люпус нефрит	Бошқа тизимларнинг шикастланиши	Антинуклеар антителалар, ДНКга антителалар С3 ↓, С4↓
ЎПСГН	Фарингит тонзиллит импетиго	АСЛО, С-реактив оқсил С3 ↓, С4↓
IgA нефропатияси ва Шенлей-Генох касаллиги	Характерли тошма, қоринда оғриқ, артритлар	IgA нинг қон зардобиди 30% га ошиши С3, С4 норма
Эндокардит	Юрак титраши, бактериемия туфайли бошқа органларнинг шикастланиши	Бактериал экма С3 ↓, С4 норма Баъзида АНСА кўтарилади

Инструментал текшириш усуллари:

- Буйрак биопсияси
- Буйракларнинг ультратовуш текшируви

Ишончлилиқ даражаси А	Буйрак биопсияси гломеруляр касалликларни диагностик баҳолаш учун олтин стандарт ҳисобланади. Агар биопсия натижалари даволанишни ўзгартириши кутилса ёки прогноз ҳақида қўшимча маълумот керак бўлса, биопсия ўтказилиши керак.
-----------------------	--

Биопсия учун кўрсатмалар:

## 1. Нефротик синдром:

а) сезиларли гематурия, гипертензия ва буйрак функциясининг бузилиши билан биргаликда;

б) стероидга чидамли шакл (8 ҳафталик терапиядан кейин);

в) экстраренал белгиларнинг мавжудлиги (даврий касаллик, тизимли касалликлар).

2. Номаълум этиологияли ўткир буйрак етишмовчилиги (тез прогрессив гломерулонефрит)

3. Доимий (1 йилдан ортик) протеинурия  $> 1$  г/л, гематурия билан ёки бўлмасдан

4. Такрорий макрогематурия (доимий изолирланган микрогематурия, унинг оилавий табиатидан ташқари, биопсия учун кўрсатма эмас).

5. Буйрак билан боғлиқ тизимли қизил югурук (бошқа тизимли касалликлар).

6. Трансплантациядан сўнг (асосан, рад этишга шубҳа қилинганда бўлса ёки сийдик таҳлилларида доимий ўзгаришлар бўлса, буйраклар фаолиятининг тушунарсиз пасайиши).

7. Шенлейн-Генох нефрити кўп ҳолларда буйрак биопсияси учун кўрсатма эмас.

Барча қарши кўрсатмалар нисбийдир, биопсияни ўтказиш сабабларини бартараф этгандан сўнг, агар керак бўлса, уни бажариш мумкин. Буйрак биопсиясига қарши кўрсатмалар:

- қон ивишининг бузилиши;
- ягона ишлайдиган натив буйрак;
- гидронефроз;
- фаол пиелонефрит;
- нефрокальциноз;
- поликистоз;
- ўсмалар;
- Уремия қон кетиш хавфини оширади, бу кўпинча биопсиядан 1 соат олдин бериладиган десмопрессин томонидан олдини олади. Қон босими мониторинги зарур.

Ишончлилик даражаси А	Буйрак биопсиясидан ўтмаган ва буйрак биопсияси билан ташхисни тасдиқламасдан даволанадиган беморлар: <ul style="list-style-type: none"><li>• 12 ёшгача бўлган беморларда стероидга жавоб берадиган нефротик синдром</li><li>• Пострептококк ГН</li></ul>
-----------------------	---

Ишончлилик даражаси В	Буйрак биопсияси билан диагностик тасдиқламасдан даволанишни кўриб чиқиш мумкин бўлган клиник ҳолатларга мисоллар: <ul style="list-style-type: none"><li>• Мембраноз нефропатия PLA2R АТ+ (айниқса, нормал КФТ)</li><li>• АНСА васкулитлар МПО+ ёки ПР3+</li><li>• Анти-ГБМ касаллиги</li><li>• Альпорт касаллиги</li><li>• Фабри касаллиги</li><li>• Оилавий фокал сегментар гломерулосклероз, матциялар аниқ бўлган оилаларда</li><li>• Тизимли қизил югурук</li></ul>
-----------------------	--

Олинган маълумотлар даволаш режасини ўзгартириши ёки прогнозни баҳолашга ҳисса қўшиши мумкин бўлса, буйрак биопсиясини такрорлаш керак.

Буйрақларнинг ультратовуш текшируви қуйидаги ҳолларда амалга оширилади:

- гематурия сабабларини дифференциал ташхислаш
- буйрак ривожланишидаги аномалияларни аниқлаш
- буйрақларнинг бужмайишини истисно қилиш учун буйрақлар ҳажмини аниқлаш

Боланинг бўй узунлигига қараб ултратовушда буйрак ўлчамлари (M±SD)

Бўй узунлиги, см	Ўнг буйрак, мм	Чап буйрак, мм
49-59	50,5±4,0	50,0±4,0
60-69	54,5±4,0	54,5±4,5
70-79	60,0±4,0	60,0±4,0
80-89	67,0±5,0	68,0±6,0
90-99	69,0±5,0	69,0±5,0
100-109	72,5±4,0	75,0±4,0
110-119	77,0±5,0	79,0±4,5
120-129	82,0±5,5	83,5±5,5
130-139	85,0±4,5	86,5±4,0
140-149	90,0±4,5	89,5±5,0
150-159	94,5±8,0	96,5±8,0
160-169	102±7,5	103,0±6,5
>170	104±6,0	107,5±6,0

Чап ва ўнг қўлларда қон босимини ўлчаш. Эхокардиографик текширувни ўтказиш узок муддат АГ мавжуд беморларда миокард гипертрофияси ва марказий гемодинамик бузилишларни аниқлаш учун лозим. Электрокардиографи ва кўз тубини баҳолаш АГ муддатини ва нишон аъзоларнинг шикастланишини аниқлаш учун керак.

Ёшга хос систолик ва диастолик қон босими.

Ёши	САБ	ДАБ
1 ёшгача	90-95	45-50
1-3 ёш	95-100	50-65
3-5 ёш	95-110	55-70
6-12 ёш	100-120	65-77
12-18 ёш	110-135	70-85

### Даволаш

Гломеруляр касалликлари аниқланган беморларни якуний ташхис қўйиш, даволаш тактикасини ва касалликнинг прогнозини аниқлаш учун стационарга ётқизиш зарур. Касалликнинг симптомсиз кечиши аниқланса ҳам, бундай беморларни лаборатория текшируви ўтказиш учун касалхонага ётқизиш талаб қилинади, чунки касалликнинг симптомсиз кечиши эрта ногиронликка ва беморнинг буйрак ўрнини босувчи терапияга етаклаши билан хавф туғдиради. Касалликнинг сабаблари ва даволаш тактикаси аниқлангандан сўнг, ремиссия босқичида бемор амбулатор кузатувга ўтказилади. Бирламчи гломерулонефритда, ремиссия 5 йилдан ортик давом этса, бемор диспансер ҳисобидан чиқарилади. Иккиламчи гломерулонефритда асосий

касалликнинг ремиссиясига эришиш керак. Ҳар қандай терапевтик қарор қабул қилишдан олдин, ҳар доим гломеруляр касалликнинг бирламчи эканлигини аниқлаш керак. Масалан, асосий инфекцияни ёки ўсмани даволаш ГН ремиссиясига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда қўллаб-қувватловчи даволанишни кўриб чиқинг:

- Қон босимини нормаллаштириш
- Протеинуриянинг камайиши
- Шишни назорат қилиш
- Протеинни йўқотишнинг метаболик оқибатлари

Одатда қўллаб қувватловчи терапия талаб қилинмайди:

- БМИ да кортикостероидларга сезувчанлик билан тез ремиссияга эришилганда,
- IgA нефропатияда,
- Альпорт синдроми,
- юпқа базал мембрана нефропатияси,
- ва юқорида айтилганларнинг барчаси, агар беморда кунига 0,5 г дан ортиқ протеинурия бўлмаса, КФТ камаймаса ёки гипертензия бўлмаса.

Иммуносупрессив терапия режимини танлашда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак:

- асосий касалликнинг асоратларини олдини олиш мақсадида индукция режими
- Индукцион терапиянинг интенсивлиги клиник симптомларнинг оғирлиги ва гломерулонефрит турига қараб белгиланади.
- Хавфсиз дозаларни аниқлаш учун КФТ ини ҳисобга олиш керак.

<https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf>).

#### 1-жадвал

**Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):  
далиллар даражасини киритиш керак**

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Халқали диуретиклар	Фуросемид	40мг ампула/таблетка	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Тиазид диуретиклар	Гидрохлортиазид	12,5-25-50 мг/сут	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Кальций антагонисти	Нифедипин	5 мг таблетка	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
АПФ ингибитори	Эналаприл	2,5-5-10 мг/сут, агар КФТ 30	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )

		мл/мин/1,73 м2 дан кам бўлса, АПФ ингибиторларин и буюрманг.	<a href="#">n-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
АПФ ингибитори	Фозиноприл	2,5-5-10 мг/сут, агар КФТ 30 мл/мин/1,73 м2 дан кам бўлса, АПФ ингибиторларин и буюрманг.	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Кальций антагонисти	Амлодипин	20-40 мг/сут	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
АРА2 блокаторлари	Валсартан	25-50 мг/сут	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
АРА2 блокаторлари	Лозартан	60-80 мг/сут	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Антибиотик	Бензилпенициллин	100 мг/кг/кун флаконт	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Антибиотик	Феноксиметилпенициллин	125 мг таблетка	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Антибиотик	Азитромицин	250-500 мг/сут	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Антибиотик	Эритромицин	30-50 мг/кг/сут	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )

Антибиотик	Амоксициллин+клавулановая кислота	500-750 мг/сут	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Антикоагулянт	Гепарин	25 МЕ/кг/кун флакон	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )

## 2-жадвал

**Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам): далиллар даражасини киритиш керак**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Плазма ўрнини босувчи восита	Реосорбилакт	20-40мл/кун Инъекция учун эритма	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Ангиопротектор	Пентоксифиллин	4-8мг/кун Инъекция тайёрлаш учун эритма	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Антиацидемик восита	Натрий бикарбонат	4%-200мл/кун	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )
Оқсил воситаси	Альбумин	10-20%/ 100мл/кун	D ( <a href="https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf">https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf</a> )

### Шошилич касалхонага ётқизиш мезонлари

- Ўпка-буйрак синдроми (протеинурия, гематурия, қон босимининг ошиши, қон креатининининг кўпайиши, нафас қисилиши).
- Қон босимининг 160/100 мм.см.уст дан ошиши, биринчи навбатда протеинурия/гематурия/шиш борлигида аниқланади.
- Протеинурия/гематурия мавжудлигида прогрессив шиш синдроми.
- Протеинурия/гематурия мавжудлигида олигурия.
- Креатинин, мочевиначининг кўпайиши (биринчи марта аниқланган ёки 2 ҳафта ичида кўрсаткичлар ошган).
- 1,0 г/л дан ортиқ протеинурия, + / - микрогематурия (янги аниқланган) шиш ва қон

босимининг ошиши билан биргаликда ёки уларсиз.

- Протеинурия/ гематурия анемия, тромбоцитопения/тромбоцитоз, лейкопения / лейкоцитоз билан биргаликда.

#### **Стационарда даволаниш тактикаси:**

Даволаш стационар шароитларда, нефрология ётоқлари мавжуд бўлган бўлимларда, нефролог томонидан амалга оширилади. Амбулатория шароитида даволаниш амалга оширилмайди.

- Ярим ётоқ режим, ётоқ режим фақат оғир клиник кўринишларда (ўпка шиши ва бошқалар) белгиланади.

- Суюқликни чеклаш: кунлик ичиш = (10 мл / кг - сийдик миқдори) ва тузсиз диет.

- Гипергидратацияни камайтириш: халқали диуретикларни, антигипертензив воситаларни буюриш. Ўпка шиши ва гипертензив энцефалопатия билан оғриган беморлар агрессив диуретик ва антигипертензив терапияни талаб қилади. Буйрак ўрнини босувчи терапияга эҳтиёж кам учрайди (500 бемордан 4 таси).

- ЎПСГН ташхиси қўйилганда стрептококк инфекцияси бўлмаган ҳолда антибиотик терапиясини буюришнинг ҳожати йўқ, лекин бемор билан алоқада бўлган оила аъзоларини ва оилада эпидемия бўлса, санация қилиш мақсадида пенициллин антибиотикларини буюриш тавсия этилади.

- ЎПСГН нинг тез кечувчи тури бўлса, тез кечувчи нефритик синдром сифатида даволанади.

#### **Огоҳлантириш:**

АПФ ингибиторлари ва БРА гиперкалемия хавфини оширади. Агар КФТ 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> дан кам бўлса, бу препаратларни буюрманг.

#### **Даволашнинг самарадорлиги ва диагностика ва даволаш усуллариининг хавфсизлиги кўрсаткичлари:**

- азотемиянинг йўқлиги (мочевинамиқдори 6,4 ммол/л дан кам),

- шишнинг йўқлиги;

- протеинурия, гематуриянинг камайиши/йўқолиши.

- буйрак функциясини тиклашниши: диурезни нормаллаштириши, креатинин даражасига қараб ҳисобланган КФТ 90-130 мл/мин атрофида бўлиши.

- қон босимининг нормаллаштириши.

**“ГЛОМЕРУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРГА ШУБХА ҚИЛИНГАНДА  
ДИАГНОСТИК ТАКТИКА”  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**Тошкент - 2025 йил**

## 2. Асосий қисм.

### ХКТ-10/11 бўйича кодланиши:

<b>ХКТ-10 бўйича кодланиши:</b>	
<b>Код</b>	
N00	Ўткир нефритик синдром
N01	Тез кечувчи нефритик синдром
N02	Рецидивланувчи ва турғун гематурия
N03	Сурункали нефритик синдром
N04	Нефротик синдром
N05	Нефритик синдром, аниқланмаган
N06	Изолирланган протеинурия, морфологик аниқланган
N07	Наслий нефропатия, бошқа туркумларда таснифланмаган
N08	Касалликларда гломеруляр зарарланиш, бошқа туркумларда таснифланган
N .0	Кичик гломеруляр ўзгаришлар
N .1	Ўчоқли ва сегментар гломеруляр зарарланишлар (ўчоқли ва сегментар Гиалиноз, склероз. Ўчоқли гломерулонефрит)
N .2	Диффуз мембраноз гломерулонефрит.
N .3	Диффуз мезангиал пролифератив гломерулонефрит.
N .4	Диффуз эндокапилляр пролифератив гломерулонефрит.
N .5	Диффуз мезангиокапилляр гломерулонефрит (Мембраноз-пролифератив гломерулонефрит, 1 ва 3 тип ёки қўшимча тушунтиришларсиз)
N .6	Қаттиқ чўкма касаллиги (Мембраноз-пролифератив гломерулонефрит, 2 тип)
N .7	Диффуз ўроқсимон гломерулонефрит (Экстракапилляр гломерулонефрит)
N .8	Бошқа ўзгаришлар билан (Пролифератив гломерулонефрит қўшимча тушунтиришларсиз)
N .9	Аниқланмаган ўзгаришлар билан.
Юклаб олиш	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=13002">https://mkb-10.com/index.php?pid=13002</a>
<b>ХКТ-11 бўйича кодланиши:</b>	
GB40	Нефритик синдром
GB41	Нефротик синдром
GB41	Турғун протеинурия ёки альбуминурия
GB4Y	Бошқа аниқланган гломеруляр касалликлар
GB4Z	Аниқланмаган гломеруляр касалликлар <i>Касалликнинг кечиши</i> <i>(агар керак бўлса, қўшимча коддан фойдаланинг)</i>
XT5R	ўткир кечиши <i>Билан боғлиқ (агар керак бўлса, қўшимча коддан фойдаланинг)</i>
MF80	Диффуз мезангиал склероз
MF84	Пролифератив гломерулонефрит, сусайган иммунитетга боғлиқ холда
MF85	Коптокчалар базал мембранасига қаратилган антителаларга боғлиқ касаллик
MF8Y	Сийдик чиқариш тизимидан олинган намуналарда бошқа аниқланган
MF8Z	клиник натижалар

	Сийдик чиқариш тизимидан олинган намуналарда аниқланмаган клиник натижалар
Юклаб олиш	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#658360080">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#658360080</a>

## 2.1. Кириш

"Гломерулонефрит" (ГН) атамаси коптокчаларнинг зарарланиши билан кечадиган гетероген касалликлар гуруҳи бўлиб, бунинг натижасида буйракларнинг одатда сийдикда мавжуд бўлмаган ёки оз миқдорда мавжуд бўлган қон таркибий қисмларини танлаб филтрлаш ва чиқариш қобилияти бузилади. Гломеруляр касалликлар турли клиник кўринишларда намоён бўлади, у симптомларсиз (гипертония, шиш, гематурия ёки протеинурия одатий физикал текширувда аниқланади) кечиши мумкин, ёки яшинсимон кечиш тури ўткир буйрак ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу бирламчи тизим шифокорлари ва мутахассисларидан ушбу патологияга кўпроқ эътиборни талаб қилади.

## 2. Мазкур нозологияда танланган тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётининг қўлланилиши тартиби

### 2.1. Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётининг мақсади

Буйрак биопсияси прогнозни баҳолашда ва/ёки бактериал инфекциялар билан боғлиқ бўлган ГНга шубҳа қилинган ҳолларда даволаш стратегиясини аниқлашда фойдали бўлиши мумкин, айниқса бактреиал экма диагностик бўлмаган ёки ташхис шубҳали бўлса.

Баъзи ҳолларда буйрак биопсиясини ўтказиш тўғри ташхис қўйиш учун жуда муҳим бўлиши мумкин, чунки бирга келадиган касалликлар ташхисни сезиларли даражада мураккаблаштиради <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf>).

### 2.2. Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар.

#### Буйрак биопсиясига қарши кўрсатмалар.

- назоратсиз гемостаз.
- паранефрит
- систолик қон босими 160 дан юқори

### 2.3. Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар;

#### Буйрак биопсияси учун кўрсатмалар:

- 1 анурия,
- 2 нефротик синдром
- 3 узоқ муддатли (6-8 ойдан ортиқ) протеинурия,
- 4 нормал комплемент кўрсаткичлари,
- 5 синфаригит гематурия.

### 2.4. Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётини бажарадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар.

Буйрак биопсиясини амалга оширадиган мутахассис юқори малакали ва нефрология ва интервенцион радиология бўйича тажрибага эга бўлиши керак. Одатда, бу буйрак касалликларига ихтисослашган нефролог ёки пункцион амалиётларни бажариш тажрибасига эга бўлган рентгенологдир (ультратовуш ёки КТ).

Мутахассисга қўйиладиган асосий талаблар:

Малака ва тажриба:

Шифокор тегишли тиббий тайёргарликка ва буйрак биопсияларини ўтказишда тажрибага эга бўлиши керак.

Нефрология ёки интервенцион радиология бўйича мутахассислик.

Буйрак касалликлари билан оғриган беморлар билан тажриба ва турли клиник ҳолатларда биопсия ўтказишнинг ўзига хос хусусиятларини билиш талаб этилади.

Кўникмалар:

Тўғри игна жойлаштириш учун тасвир маълумотларини (ультратовуш, КТ) тўғри талқин қилиш қобилияти.

Буйракни пункция қилиш техникасини ўзлаштириш, асоратлар хавфини минималлаштириш.

Буйраклар ва унинг атрофидаги аъзоларнинг анатомияси ва топографиясини билиш. Жараён олдидан, давомида ва ундан кейин беморнинг аҳволини етарли даражада баҳолаш қобилияти.

Билим:

Буйрак биопсияси учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни чуқур тушуниш.

Мумкин бўлган асоратларни билиш ва уларни олдини олиш ва даволаш қобилияти.

Буйрак касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларида хабардорлик.

Шахсий фазилатлар:

Жараённи бажаришда аниқлик ва эҳтиёткорлик.

Стрессли вазиятларда хотиржам ва ишончли бўлиш қобилияти.

Беморлар билан мулоқот қилиш қобилияти.

Кўшимча талаблар:

Буйрак биопсиясини ўтказиш бўйича ўқитиш ва сертификатлаш.

Нефрология ва интервенцион радиология бўйича илмий тадқиқотлар ва конференцияларда иштирок этиш.

Жараён давомида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш.

Касалхона шароитида ишлаш тажрибаси.

2.5. Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун керак бўладиган асосий ва кўшимча диагностика тадбирлари рўйхати

**Асосий:**

- Буйраклар ва сийдик йўлларидаги ультратовуш текшируви;

**Кўшимча:**

- Буйраклар ва сийдик йўлларидаги МСКТ;

2.6. Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётининг ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Жараёндан икки ҳафта олдин бемор қон кетиш хавфини минималлаштириш учун қонни суюлтирувчи ва унинг ивишига таъсир қилувчи дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиши керак. Ушбу дориларга антикоагулянтлар, антиагрегантлар ва ностероид яллиғланишга қарши дорилар киради. Баъзи биологик кўшимчларни ҳам рациондан чиқариб ташланиши керак. Бу балиқ ёғи, саримсоқ, гингко билоба. Кўшгина дори-дармонларни фақат шифокор тўғри баҳолаши мумкин. Ушбу маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, шифокор процедура учун мақбул даврни танлайди ва қанча вақтдан кейин дори-дармонларни қабул қилишни давом эттириш мумкинлигини айтади.

2.7. Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётининг самарадорлиги, яъни уларни қўллагандан сўнги ижобий кўрсаткичлари тўғрисида маълумот.

Замонавий тиббий муолажаларнинг юқори аниқлиги ва хавфсизлиги туфайли буйрак биопсиясининг асоратлари нисбатан кам учрайди. Бироқ, ҳар қандай инвазив процедурада бўлгани каби, баъзи исталмаган оқибатлар хавфи мавжуд.

Энг типик асорат микрогематурия ёки сийдикда кўринмас қон мавжудлигидир. Одатда процедурадан кейин 1-2 кун ичида ўз-ўзидан кетади. Баъзи ҳолларда беморларнинг тахминан 5-7 фоизида сийдик қизил рангга эга бўлган макрогематурияга олиб келадиган кучлироқ қон кетиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча кўшимча даволанишсиз ўтиб кетади, аммо эҳтиёткорлик билан тиббий назоратни талаб қилади.

Бошқа жиддий, аммо камроқ тарқалган асоратларга қуйидагилар киради:

- *Буйрак инфаркти* - буйракнинг бир қисмига қон таъминотини тўсиб қўядиган қон лахтаси шаклланиши натижасида ривожланиши мумкин, бу оғриқ билан бирга келади ва органнинг таъсирланган қисмининг қисман функциясини йўқотишига олиб келиши мумкин.
- *Периренал гематома* - буйрак капсуласи остида қон кетиши билан юзага келиши мумкин бўлган периренал бўшлиққа қон кетиши.
- *Биопсиядан кейинги паранефрит* - бу биопсия жойида инфекция натижасида келиб чиққан периренал ёғ тўқималарида яллиғланиш жараёни.

Камдан кам ҳолларда қўшни органларнинг шикастланиши (масалан, талоқ ёки жигар) ва катта томирларнинг шикастланиши мумкин, бу шошилиш жарроҳлик аралашувни талаб қилиши мумкин <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf>).

**“ГЛОМЕРУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРГА ШУБХА ҚИЛИНГАНДА  
ДИАГНОСТИК ТАКТИКА”  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

**Тошкент-2025**

**ХКТ-10/11 бўйича кодланиши:**

<b>ХКТ-10 бўйича кодланиши:</b>	
<b>Код</b>	
N00	Ўткир нефритик синдром
N01	Тез кечувчи нефритик синдром
N02	Рецидивланувчи ва турғун гематурия
N03	Сурункали нефритик синдром
N04	Нефротик синдром
N05	Нефритик синдром, аниқланмаган
N06	Изолирланган протеинурия, морфологик аниқланган
N07	Наслий нефропатия, бошқа туркумларда таснифланмаган
N08	Касалликларда гломеруляр зарарланиш, бошқа туркумларда таснифланган
N .0	Кичик гломеруляр ўзгаришлар
N .1	Ўчоқли ва сегментар гломеруляр зарарланишлар (ўчоқли ва сегментар Гиалиноз, склероз. Ўчоқли гломерулонефрит)
N .2	Диффуз мембраноз гломерулонефрит.
N .3	Диффуз мезангиал пролифератив гломерулонефрит.
N .4	Диффуз эндокапилляр пролифератив гломерулонефрит.
N .5	Диффуз мезангиокапилляр гломерулонефрит (Мембраноз-пролифератив гломерулонефрит, 1 ва 3 тип ёки қўшимча тушунтиришларсиз)
N .6	Қаттиқ чўкма касаллиги (Мембраноз-пролифератив гломерулонефрит, 2 тип)
N .7	Диффуз ўроқсимон гломерулонефрит (Экстракапилляр гломерулонефрит)
N .8	Бошқа ўзгаришлар билан (Пролифератив гломерулонефрит қўшимча тушунтиришларсиз)
N .9	Аниқланмаган ўзгаришлар билан.
Юклаб олиш	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=13002">https://mkb-10.com/index.php?pid=13002</a>
<b>ХКТ-11 бўйича кодланиши:</b>	
GB40	Нефритик синдром
GB41	Нефротик синдром
GB41	Турғун протеинурия ёки альбуминурия
GB4Y	Бошқа аниқланган гломеруляр касалликлар
GB4Z	Аниқланмаган гломеруляр касалликлар <i>Касалликнинг кечиши</i> <i>(агар керак бўлса, қўшимча коддан фойдаланинг)</i>
XT5R	Ўткир кечиши <i>Билан боғлиқ (агар керак бўлса, қўшимча коддан фойдаланинг)</i>
MF80	Диффуз мезангиал склероз
MF84	Пролифератив гломерулонефрит, сусайган иммунитетга боғлиқ холда
MF85	Коптоқчалар базал мембранасига қаратилган антителаларга боғлиқ касаллик
MF8Y	Сийдик чиқариш тизимидан олинган намуналарда бошқа аниқланган
MF8Z	клиник натижалар Сийдик чиқариш тизимидан олинган намуналарда аниқланмаган клиник натижалар

## 1. Асосий қисм

### 1.1. Кириш.

Стрептококк инфекцияси (нафас ёки тери кўринишлари) фонида ўткир нефритик синдром [1, 2] касалликни ўткир постстрептококк гломерулонефрит (ЎПСГН) деб белгилашга имкон берди. Сўнгги ўн йилликларда ЎПСГН эпидемиологияси бутун дунё бўйлаб ва айниқса, касаллик кам учрайдиган саноатлашган мамлакатларда касалланишнинг пасайиши билан ўзгарди. Бу кўплаб омилларга боғлиқ: стрептококк инфекцияларини даволашда антибиотикларни тез-тез қўллаш ва сувнинг флоридланишини кенг қўллаш. Фторидга таъсир қилиш *Streptococcus pyogenes* нинг вирулентлигини пасайтиради [3]. Бу омиллар нафақат касалланишнинг камайишига, балки болаларда ЎПСГН оғирлигига ҳам ёрдам беради, аммо кишлоқ жойларида касалликнинг авж олиши кузатилади.

Ўткир нефротик синдромнинг клиник белгилари бўлган беморда стрептококк тонзиллитдан 5-7 кун ўтгач ёки импетигодан 4-6 ҳафта ўтгач, олдинги стрептококк инфекцияси белгилари бўлса, постстрептококк ГН ташхиси аниқланиши мумкин (<https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf>).

### 2.1. Профилактика усуллари ва усуллари:

ЎПСГН олдини олиш стрептококк инфекцияларини, масалан, томоқ ва тери касалликларини ўз вақтида ва етарли даражада даволашни ўз ичига олади. Инфекциянинг сурункали шаклга ўтишини ва асоратларни ривожланишини, шу жумладан сурункали буйрак етишмовчилигини ривожланишининг олдини олиш муҳимдир.

Бирламчи профилактика:

- Оила аъзолари эпидемик вазиятларда антибиотиклар билан даволаш.
- Агар бемор уй ҳайвонлари, айниқса қорамоллар билан алоқада бўлса, унда ошқозон яраси, фурункул ва мастит билан касалланган ҳайвонларни даволаш.
- Фақат термик ишланган сутни ичиш.

Иккиламчи профилактика:

- касалхонадан чиққандан кейин бемор сурункали инфекция ўчоқларини асосан тонзиллит, назофаринг лимфа тугунларининг аденоид пролиферацияси, отитни даволаш;
- суюқлик ичиш режими ва тузсиз диетага риоя қилиш;
- бронхиал лизатлар: схема бўйича лиофилизирланган бактериал лизата

Учламчи профилактика:

- 3 ой давомида кам тузли парҳез
- 3 ой давомида эрталаб қон босими мониторинги
- Гипертензия, шиш баргараф этилганда, бола мактабга бориши мумкин.
- Қолдиқ микрогематурия спорт билан шуғулланишга қарши кўрсатма эмас.
- Ҳар чоракда умумий сийдик таҳлили (<https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf>).

### 2.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

- Узоқ вақт давомида пиёда юрмаслик, оғир жисмоний машқлар билан шуғулланмаслик.
- 3-5 кг дан ортиқ юк кўтармаслик;
- иссиқ муолажаларни (ванна, сауна ва бошқалар) қабул қилмаслик;

### 3. Уч турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар

- касаллик узоқ йиллар давомида кузатилса;
- касалликнинг тез-тез такрорланиши;
- турли сабабларнинг мавжудлиги;
- касалликларнинг ривожланишига ёрдам берадиган нотўғри яшаш шароитлари;

### 4. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:

1. Йирингли ўчоқларни ўз вақтида тозалаш, уларни эрта аниқлаш ва антибактериал даволашни тавсия этиш.

### 5. Тиббий профилактика ва/ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда ташхислаш тадбирлари:

- 1) реабилитация тадбирлари касалликнинг авж олиш даврида ёки унинг дастлабки босқичларида амалга оширилади;
- 2) касалликнинг давомийлигига қараб реабилитация кетма-кетлиги ва процедуралар тартибига қатъий риоя қилиш;
- 3) беморларнинг имкониятларига мувофиқ реабилитация ва тикланиш тадбирларини мувофиқлаштириш (ўтказилган жисмоний ва ақлий муолажалар стандартини ҳисобга олган ҳолда, уларнинг беморнинг танасига таъсирига эътибор бериш);
- 4) даволаш самарадорлигини кузатиш муҳим (бунда бактериуриянинг йўқолиши лаборатория, тиббий асбоб-ускуналар ва назарий омилар ёрдамида таққосланади).

### 6. Даражаси кўрсатилган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

4

Томокдан бактериологик экма олиш орқали антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш

### 7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Касалликнинг ремиссия даврининг 1 йил ёки ундан кўпроққа узайтирилиши ва асоратларнинг камайиши профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлигини кўрсатади <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf>).

### 9. Фойдаланилган адабиётлар ва манбалар

1. Aviles D. H., Vehaskari V. M. Acute glomerulonephritis //Clinical Pediatric Nephrology. – 2016. – С. 417-434.
2. Balasubramanian R., Marks S. D. Post-infectious glomerulonephritis //Paediatrics and international child health. – 2017. – Т. 37. – №. 4. – С. 240-247.
3. Brodsky S. V., Nadasdy T. Acute poststreptococcal glomerulonephritis //Bacterial Infections and the Kidney. – 2017. – С. 1-36.
4. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/12/Russian-Translation-KDIGO-2021-Glomerular-Diseases-Guideline.pdf>
5. Keskinyan V. S., Lattanza B., Reid-Adam J. Glomerulonephritis //Pediatrics in Review. – 2023. – Т. 44. – №. 9. – С. 498-512.
6. Rovin B. H. et al. Executive summary of the KDIGO 2021 guideline for the management of glomerular diseases //Kidney international. – 2021. – Т. 100. – №. 4. – С. 753-779.

7. Satoskar A. A., Parikh S. V., Nadasdy T. Epidemiology, pathogenesis, treatment and outcomes of infection-associated glomerulonephritis //Nature Reviews Nephrology. – 2020. – Т. 16. – №. 1. – С. 32-50.
8. Sethi S., De Vriese A. S., Fervenza F. C. Acute glomerulonephritis //The Lancet. – 2022. – Т. 399. – №. 10335. – С. 1646-1663.
9. Sethi S., Fervenza F. C. Standardized classification and reporting of glomerulonephritis //Nephrology Dialysis Transplantation. – 2019. – Т. 34. – №. 2. – С. 193-199.
10. Баранов А. А. и др. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с нефротическим синдромом //Режим доступа: [https://minzdrav.gov-murman.ru/files/Klinicheskie\\_rekomendacii\\_ORZ.pdf](https://minzdrav.gov-murman.ru/files/Klinicheskie_rekomendacii_ORZ.pdf). – 2015.
11. Бобкова И. Н. и др. Клинические практические рекомендации KDIGO 2021 по лечению гломерулярных болезней //Нефрология и диализ. – 2022. – Т. 24. – №. 4. – С. 577-874.
12. Дж К. Д. и др. Принципы ведения гломерулярных болезней (часть 2): итоги согласительной конференции Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) по спорным вопросам //Нефрология. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 96-119.
13. Малкоч А. В., Николаев А. Ю., Филатова Н. Н. Острый постстрептококковый (постинфекционный) гломерулонефрит Рассмотрены этиология и эпидемиология острого постстрептококкового гломерулонефрита, предрасполагающие факторы его развития, патогенез и патоморфология, клиническая картина и течение заболевания, осложнения, подходы к диагностике и лечению, меры профилактики //Журнал «Лечащий Врач» No01/2017. – 2022. – №. 1-2017. – С. 44.
14. Ровин Б. и др. Краткий обзор рекомендаций KDIGO 2021 по ведению гломерулярных заболеваний //Нефрология и диализ. – 2022. – Т. 24. – №. 1. – С. 21-51.
15. Юрген Ф. и др. Принципы ведения гломерулярных болезней: итоги согласительной конференции Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO). Часть 1 //Нефрология. – 2020. – Т. 24. – №. 2. – С. 22-41.