

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН УРОЛОГИЯ ИLMИЙ-
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

“КЕЛИШИЛДИ”

Республика ихтисослаштирилган
урология илмий-амалий тиббиёт



маркази директори

Ш.Т. Мухтаров

” “ _____ ” 2025 йил

**«ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

МУНДАРИЖА

**ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ» НОЗОЛОГИСИННИНГ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ 5**

**«ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ» НОЗОЛОГИЯСИННИНГ
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ..... 24**

**«ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ»
НОЗОЛОГИСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. КИРИШ

Ушбу клиник протоколлар Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ), “Ўзбекистон урологлар илмий жамияти”, “Ўзбекистон болалар урологлар жамияти” ва Тошкент тиббиёт академияси урология кафедрасининг мутахассислари, Европа урологлари ассоциацияси (EAU) тавсиялари ва соҳа бўйича олимларнинг маълумотлари асосида тайёрлаган.

Муаллифлар гуруҳи халқаро экспертларнинг фикрларини тўлиқ қўллаб-қувватлайди ва клиник протоколлар нашр этилган пайтда эксперт-мутахассислар учун мавжуд бўлган энг ҳаққоний маълумотларни ифодалашини таъкидлаш керак деб ҳисоблайдилар. Клиник протоколлар ҳеч қачон алоҳида беморни даволаш тактикасини аниқлашда клиник тажрибанинг ўрнини боса олмайди, аксинча беморнинг ўзига хос хусусиятлари ва нималарни афзал кўришини ҳисобга олган ҳолда танлов қилишга ёрдам беради.

Миллий клиник протоколлар ХКТ-10 – N10 ва ХКТ-11 – GB51 шифрли Ўткир асоратланмаган пиелонефрит (Acute uncomplicated pyelonephritis) билан касалланган беморларни даволаш, реабилитация ва профилактикаларини олиб боришда қўллаш ҳисобланиб, Улардан Республиканинг барча тиббиёт даволаш-профилактика муассасаларининг урологлари фойдаланишлари мумкин.

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифрлари:

ХКТ-10	
Код	Номи
N10	Ўткир тубулоинтерстициал нефрит https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N10

ХКТ-11	
Код	Номи
GB51	Ўткир пиелонефрит https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#441183088

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси.

Миллий клиник протокол 2025 йилда ишлаб чиқилган. Протоколни қайта кўриб чиқиш ҳар 5 йилда ёки ташхислаш, даволаш, реабилитация ва профилактика бўйича далиллар даражаси ўзгариши кузатилганда амалга оширилади.

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот.

Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ).

Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

Мухтаров Шухрат Турсунович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Акилов Фарход Атауллаевич – Тошкент тиббиёт академияси урология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Гайбуллаев Асилбек Асадович – “European Medical University” хусусий тиббиёт университети ректори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Кариев Саидахроп Саидасланович – Тиббиёт ходимлари малакасини ошириш марказининг Хирургия факултети декани, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Агзамхўжаев Саиданвар Талатович – Тошкент педиатрия тиббиёт институти урология ва болалар урологияси кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори.

Рахматуллаев Акмал Абадбекович – Тошкент педиатрия тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Тиллашайхов Мирзағолиб Ниғматович – Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Ахмедов Рустам Носирович – Республика шошилинич тиббий ёрдам маркази урология бўлими мудир, тиббиёт фанлари доктори.

Рахматов Мақсуд Мирзаевич – Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, фтизиоуролог.

Умаров Азиз Рустамович – Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси бош шифокорининг акушерлик ишлари бўйича ўринбосари.

Тоиров Бобур Акбарович – Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази дерматокосметология бўлими мудир, тиббиёт фанлари доктори.

Кариев Сарвар Собиржонович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, нефролог, тиббиёт фанлари номзоди.

Субботин Марк Борисович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази интенсив терапия ва жонлантириш бўлими мудир.

Фозилов Абдуқодир Абдуқаҳҳорович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, андролог-сексопатологи.

Адилхўжаев Асқар Анварович – Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори.

Иноятов Умид Нуриллаевич – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, патологоанатом.

Абдуфаттаев Улуғбек Авазжанович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, ултратовуш диагностикаси шифокори.

Абдукаримов Боходир Хошимович – Республика ихтисослаштирилган суд-тиббий экспертиза илмий-амалий маркази директори ўринбосари.

Тоҳиров Алишер Обидович – Тошкент шаҳар Олмазор тумани кўп тармоқли марказий поликлиника бош шифокори ўринбосари.

Муаллифлар:

Гиясов Шухрат Искандарович – Тошкент тиббиёт академияси урология кафедраси профессори, т.ф.д.

Джамилев Джалол Джамалович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази биринчи урология бўлими мудири.

Хасанов Мардон Мухаммадикулович – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот лабораторияси мудири, т.ф.д.

Тақризчилар:

Перепанова Тамара Сергеевна – Россия соғлиқни сақлаш вазирлигининг Н.А. Лопаткин номи урология ва интервенцион радиология ИТИ – ФДБМ Радиология «МТТМ» филиали инфекцион-яллиғланиш касалликлари ва клиник фармакология гуруҳи мудири, Россия урологлари жамиятининг фахрий аъзоси, Европа урологлари ассоциацияси Урологик инфекциялар секцияси фахрий аъзоси, т.ф.д., профессор.

Мирхамидов Джалол Халилович – т.ф.н., Тошкент тиббиёт академияси урология кафедраси доценти.

Миллий клиник протокол лойиҳасининг муҳокамаси.

Миллий клиник протоколи Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгашининг 2025 йил _____-сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

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

Кариев Саидахор Саитасланович – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, урология ва нефрология кафедраси доценти, т.ф.д.

Агзамходжаев Саиданвар Талатович – Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Урология ва болалар урологияси кафедраси мудири, т.ф.д.

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

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.

Қисқартмалар рўйхати

ЕАУ	– Европа урологлари ассоциацияси
СЙИ	– Сийдик йўллари инфекцияси
КТ	– Компьютерная томография
НЯҚВ	– Нестероид яллиғланишга қарши воситалар
УҚТ	– Умумий қон тахлили
УСТ	– Умумий сийдик тахлили
ИД	– Исботланганлик даражаси
УТТ	– Ультратовуш текшируви
ТД	– Тавсиялар даражаси
КЖТ	– Косача-жом тизим

Протокол фойдаланувчилари:

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, марказнинг юридик мақомга эга бўлган филиаллари, марказнинг Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази негизидаги филиаллари, Олий таълим муассасалари негизидаги урология бўлимлари, Вилоят кўп тармоқли тиббиёт поликлиникаси, Туман/Шаҳар тиббиёт марказларидаги урология бўлимлари, Туман/Шаҳар кўп тармоқли тиббиёт поликлиникаси уролог-шифокорлари ва оилавий шифокорлари.

Ушбу нозологияда беморлар тоифаси.

Сийдик йўллари инфекцияси билан хаста беморлар.

Далилларга асосланган тиббиётнинг далиллари даражаси шкаласи.

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 рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган 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 реабилитацион тадбирлар учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно.
3	Рандомизацияланмаган 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 ишонччилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишонччилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	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)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган.

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

2.1. Кириш.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит - бу косача-жом тизими ва буйрак паренхимаси (асосан интерстициал тўқималар) бир вақтнинг ўзида ёки кетма-кет зарарланиши билан тавсифланадиган носпецифик юқумли ва яллиғланиш жараёнидир. Асоратланмаган пиелонефрит ҳомиладор бўлмаган менопаузадан олдинги даврдаги ёшда (пременопаузал) бўлган аёлларда урологик касалликлар ёки ҳамроҳ касалликларсиз пиелонефрит сифатида таърифланади.

Ўткир пиелонефритни аҳоли орасида тарқалишининг тадқиқоти шуни кўрсатдики, йилига ҳар 10 000 нафар аёлга 15-17 та ҳолат ва 10 000 нафар эркакка 3-4 та ҳолат тўғри келади. 18-49 ёшдаги аёлларда касаллик 10 000 кишига 28 тани ташкил қилади.

2.2. Умумий таъриф.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит - ҳомиладор бўлмаган менопаузадан олдинги даврдаги ёшда (пременопаузал) бўлган аёлларда урологик касалликлар ёки ҳамроҳ касалликларсиз пиелонефрит деб таърифланади.

Этиологияси. Буйракда яллиғланиш жараёнини келтириб чиқарадиган энг кенг тарқалган қўзғатувчилар бўлиб, ичак таёқчалари (*Escherichia coli*), протейлар (*Proteus*), энтерококлар (*Enterococcus*) ва кўк йирингли таёқча (*Pseudomonas aeruginosa*) ҳисобланади. Ўткир пиелонефритда қўзғатувчи (патоген)нинг буйракка кириб бориши кўпинча сийдик йўллариининг пастки қисмидан (уретра, сийдик пуфаги) сийдик йўли девори бўйлаб (бу ҳолда касаллик уретрит ёки циститнинг кейинчалик кўтарилувчи пиелонефритнинг ривожланиши билан бошланади) ёки пуфак-сийдик йўли рефлюкси сабаб бўлган сийдик йўлининг ўтиши бўйлаб кўтарилиши орқали рўй беради. Кам ҳолларда, бактериемия ривожланиши оқибатида организмдаги ҳар қандай инфекция манбасидан гематоген ва лимфоген йўл.

2.3. Ўткир пиелонефритнинг таснифи.

Касаллик шакли	Тавсифи
Ўткир асоратланмаган пиелонефрит	Обструктив уропатия ва буйраклардаги таркибий ўзгаришлар, шунингдек, жиддий ҳамроҳ касалликлар бўлмаган беморларда юқумли ва яллиғланиш жараёни.
Ўткир асоратланган пиелонефрит	Оғир даражадаги ва/ёки обструктив уропатия бўлмаган беморларда ижобий динамика мавжуд бўлмаган ҳолатда юқумли ва яллиғланиш жараёни. Обструктив уропатия ва буйрак аномалиялари, сийдик йўллари ва уретра стриктуралари, пуфак-сийдик йўли рефлюкси, зарарсиз гиперплазия ёки юқори сийдик чиқариш йўлларида сийдик ўтишининг бузилиши билан простата бези саратони билан ҳасталанган беморларда юқумли ва яллиғланиш жараёни.

3. ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ, УСЛУБЛАРИ, ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАР ЁНДОШУВЛАРИ ВА ТАШХИСЛАШ ЖАРАЁНЛАРИ

3.1. Шикоят, анамнез ва объектив кўрик.

Ўткир пиелонефритга шубҳа уйғотадиган аломатларга совқотиш (қалтираш), бел соҳасидаги оғриқ, кўнгил айнаши ва қусиш, иситма (тана ҳарорати $> 38^{\circ}\text{C}$) ёки қовурға-умуртқа бурчаги соҳасида пайпаслаш пайтида оғриқлик, дизурия ва оғриқли сийиш киради. Пиелонефрит цистит белгиларисиз ҳам кечиши мумкин [1]. Ўткир пиелонефрит мавжуд бўлган ҳомиладор аёллар алоҳида эътибор талаб қиладилар, чунки сийдик йўллари инфекцияси (УТИ) нафақат анемия, буйрак ва нафас етишмовчилиги бўлган аёлларга, балки эрта туғилиш частотасининг кўпайиши билан ҳомилага ҳам салбий таъсир кўрсатиши мумкин [2].

3.2. Ўткир пиелонефритни объектив текшириш ва диагностика қилиш.

Ўткир пиелонефритнинг муҳим клиник белгиси - бу белгиларнинг учлиги ҳисобланади, жумладан:

- *Иситма* (тана ҳарорати $>38^{\circ}\text{C}$): Юқори тана ҳарорати ўткир пиелонефритнинг энг характерли белгиларидан биридир.
- *Бел соҳасида оғриқ*: оғриқ бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин ва пайпаслашда ёки ҳаракатланишда кучайиши мумкин.
- *Сийдикдаги ўзгаришлар* (лейкоцитурия, бактериурия).

3.3. Асосий ва қўшимча лаборатор текширув усуллари.

Ташхис қўйиш учун лейкоцитлар, эритроцитлар ва нитритлар миқдорини аниқлаш учун сийдик таҳлилини ўтказиш тавсия этилади [3; УД:2; УР:А]. Бунда, пиурия, эритроцитурия ва лейкоцитар цилиндрларнинг чегаравий бирликларидан кўпроқ миқдорда мавжудлиги кузатилади. Бундан ташқари, пиелонефритнинг барча ҳолатларида, антибактериал препаратларга нисбатан сезувчанликни аниқлаш учун сийдикни экиш керак, клиник вазиятнинг оғирлигини баҳолаш учун умумий қон таҳлилини ўтказиш тавсия этилади. Бунда, кўпинча лейкоцитларнинг ёш шакллари пайдо бўлиши билан лейкоцитоз кузатилади.

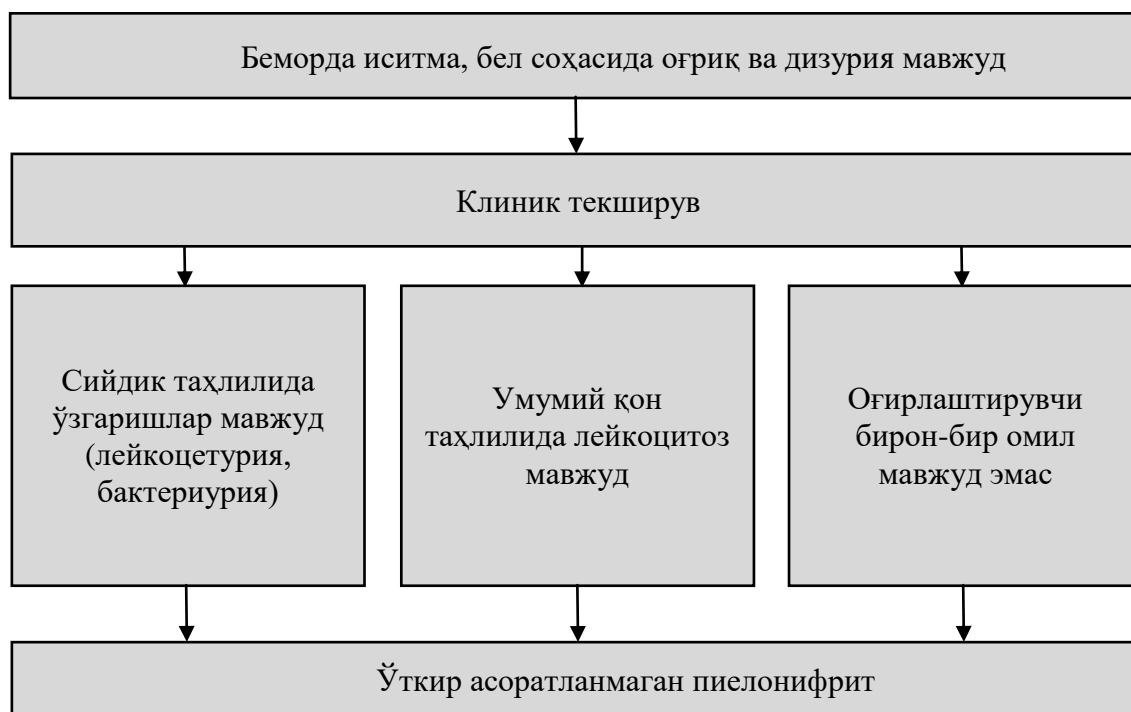
3.4. Асосий ва қўшимча инструментал текширув усуллари.

Сийдик чиқариш йўлларининг обструкциясини ёки сийдик тош касаллигини истисно қилиш учун УТТ ўтказиш керак [4; УД:2; УР:А]. Агар беморнинг иситмаси терапия бошланганидан бошлаб 72 соатдан ортиқ вақт даомида сақланиб турса ёки клиник аҳволи ёмонлашса, қўшимча текширувлар ўтказиш керак, масалан, болюсли кучайтиришсиз спирал компьютер томографияси (КТ) ёки экскретор урография [4; УД:4]. Ҳомиладор аёлларда оғирлаштирувчи омилларни ташхислаш учун ҳомиланинг нурланиши хавфини олдини олиш учун УТТ ёки магнит-резонанс томография (МРТ) дан фойдаланиш афзалроқдир [4; УД:2; УР:А].

3.5. Бошқа мутахассислар маслаҳати.

Кўпгина ҳолларда ўткир асоратланмаган пиелонефритни ташхислаш ва даволашда бошқа мутахассисларнинг маслаҳатлатидан ўтиш талаб этилмайди. Аммо, агар ўткир пиелонефритга шубҳа бўлса ва ҳомиладорлик, иммунитет танқислиги ҳолати ёки сурункали касалликлар каби махсус клиник ёки эпидемиологик омиллар мавжуд бўлса, кейинчалик ташхисни аниқлаштириш ва индивидуаллаштирилган даволаш режасини ишлаб чиқиш учун бошқа мутахассислар, шу жумладан урологлар, акушер-гинекологлар, инфекционистлар ёки нефрологлар маслаҳатидан ўтиш зарур бўлиши мумкин. Бундан ташқари, беморни парваришлашнинг энг сифатини ва натижалар билан таъминлаш учун асоратлар, ғайриоддий клиник белгилар ёки стандарт терапиянинг самарасизлиги аниқланганда, бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашиш зарур бўлиши мумкин.

3.6. Ташхислаш алгоритми.



3.7. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш.

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширув	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Ўткир холецистит	Ўнг қовурға остида тўсатдан ўткир оғриқ.	УҚТ, УСТ, УТТ	Ўткир холецистит кўпинча ёғли, оғир овқатлар ва спиртли ичимликларни истеъмол қилгандан кейин пайдо бўлади. Оғриқ ўнг қовурға чуқурчасига (Френикус симптоми) ва

			<p>ўнг куракка тарқалади. Ўнг томон қовурға ости пальпацияси (Ортнер симптоми) кескин ижобий. Абдоминал таъсир симптомлари ижобийр. Касаллик тана ҳароратининг аста-секин ошиши, лейкоцитоз ва қон формуласининг чап томонга силжиши билан тавсифланади. Обструктив холециститда кўз оқ пардаси ва терининг сарғайиши кузатилади. УТТда буйракни косача-жом тизими катталашмаган, УСТда ўзгаришлар кузатилмайди.</p>
<p>Бачадондан ташқари ҳомиладорлик</p>	<p>Қориндан пастда тўсатдан ўткир оғриқ.</p>	<p>УҚТ, УСТ, УТТ</p>	<p>Қориннинг пастки қисмидаги оғриқлар туфайли бемор оёғини қорнига яқинлаштирган ҳолда, мажбурий ҳолатни эгаллайди. Оғриқ думғаза-умуртқа соҳасига тарқалади. Касалликнинг дастлабки соатларидан бошлаб қорин парданинг симптомлари ривожланади. Терининг ранг-парлиги ва иситма кузатилади, одатда бу ички қон кетиш билан боғлиқ. УТТда буйракнинг косача-жом тизими катталашиши, УСТда ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмайди.</p>

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ.

4.1. Дори воситаларсиз (номедикаментоз) даволаш.

Сууюқлик ичиш режими. Диурезни рағбатлантириш ва сийдик йўлларида микроорганизмларни чиқариб ташлаш учун сууюқликни истеъмол қилишни кўпайтириш тавсия этилади. Мунтазам равишда сув ичиш сийдикни сууюқлаштиришга ва тошлар пайдо бўлишининг олдини олишга ёрдам беради, шунингдек касалликнинг кучайиш хавфини камайтиради.

Тинчлик ҳолати. Беморларга буйракларга юкломани камайтириш ва уларнинг тикланиши учун мақбул шароитларни таъминлаш учун симптомларнинг кучайиши даврида ётоқда ётиш режимида риоя қилиш тавсия этилади.

Иссиқлик муолажалари: бел соҳасига иссиқ компресслар ёки грелкадан фойдаланиш оғриқни камайтиришга ва буйрак соҳасидаги ноқулайликни бартараф этишга ёрдам беради.

Кўзгатувчи моддаларни истеъмол қилмаслик. Спиртли ичимликлар, аччиқ ва нордон маҳсулотлар, кофеин ва пиелонефрит аломатларини кучайтирувчи ва сийдик йўлларида ачиштирувчи бошқа кўзгатувчи моддалардан воз кечиш тавсия этилади.

Такрорий инфекциялар профилактикаси. Сийдик чиқариш йўлларида қайта инфекцияланишини олдини олиш учун гигиена қоидаларига риоя қилиш, ички кийимларни мунтазам равишда алмаштириш ва юмшоқ, пахта матолардан фойдаланиш муҳимдир.

Фитотерапия. Касаллик авж олганда шифокор билан маслаҳатлашиб, кўшимча дори воситаси сифатида доривор ўсимликлар фитопрепаратлар берилиши мумкин. Улар асосан антисептик, яллиғланишга қарши, пешоб ҳайдайдиган ва организмнинг касалликка қарши қобилятини оширадиган доривор ўсимликлардир. Улар якка ёки йиғмалар шаклида узок вақт қабул қилинади.

Йиғмалар:

1. Қайин барги, кўшторон ўти, филипандула ўти, жағ-жағ ўти – тенг миқдорда олинади ва майдаланилади. 10 г йиғмани 400 мл қайноқ сув солиб, докадан сузилади, йиғма езилади. 100 мл дан илиқ ҳолда кунига 4 марта овқатдан 30 дақиқа олдин ичилади.

2. Мойчечак гули, толокянка барги, учрангли гунафша ўти, мармарак барглари – тенг миқдорда олинади. 10 г майдаланган йиғмани 400 мл қайноқ сувга солиб, 10 дақиқа қайнатилади. Иссиқ жойда 45 дақиқа сақланади, докадан ўтказиб, езилади ва 100 мл дан кунига 4 марта илиқ ҳолда овқатдан 30 дақиқа олдин ичилади.

Якка ҳолдаги ўсимликлар:

1. Бўзноч гулидан 1 чой қошиқ олиб, 200 мл қайноқ сувга солиб, 1 соат дамланади. 50-70 мл дан кунига 3-4 марта овқатдан олдин ичилади.

2. Мармарак баргидан 1 ош қошиқ олиб, 600 мл қайноқ сувга солинади ва 400 мл қолгунича қайнатилади. 130 мл дан қайнатма кунига овқатдан олдин 3-4 марта ичилади. Шунга ўхшаш маймунжон баргидан дамлама ва қайнатма тайёрланиб, истеъмол қилиниши мумкин. Синарозид – гипоазотемик таъсирга ега дори воситаси бўлиб, Ферула ўсимлигидан олинган. Ўзининг кам захарлилиги ва

гипоазотемик фаоллиги билан машхур Леспенефрил дори воситасидан устун туради. Бу чора-тадбирлар сийдик-таносил тизимининг саломатлигини сақлашга ва ўткир сисститнинг ривожланишининг олдини олишга ҳам ёрдам беради.

4.2. Дори воситалари билан (медикаментоз) даволаш.

Фторхинолонлар ва цефалоспоринлар асоратланмаган пиелонефритни оғиз орқали эмпирик терапияси учун тавсия этилиши мумкин бўлган ягона дори препаратларидир. Бунда, перорал (оғиз орқали) цефалоспоринлар қон ва сийдикда томир ичига юбориладиган дори препаратларига қараганда сезиларли даражада кам даражали концентрацияни ҳосил қилади. Нитрофурантоин, фосфомоцин ва пивмециллинам каби препаратларни қўлламаслик керак, чунки улар буйрак тўқималарида етарли даражадаги концентрацияни ҳосил қилмайди [5]. Аллергия ёки фторхинолонларга исботланган қаршилиги мавжудлигида, бошқа қўлланилиши мумкин бўлган дори препаратлари триметоприм-сульфаметоксазол (160/800 мг) ёки тасдиқланган сезувчанлик мавжудлигида, перорал бета-лактамамарни ўз ичига олади. Агар бундай дори препаратлари экма натижалари олингунга қадар буюрилган бўлса, биринчи навбатда узоқ муддатли таъсирга эга парентерал препаратни (масалан, цефтриаксон-сульбактам) томир ичига юбориш керак.

Асосий дори воситалари рўйхати

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Исботланган даражаси	Ҳаволалар
Фторхинолонлар	Офлоксацин 400мг	400-800 мг/сут қунига 2 марта 7-14 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/f8fd205c-c05c-4f41-96d6-f727fd2c87f3 https://drugs.ncats.io/drug/A4P49JAZ9H
	Ципрофлоксацин 500 мг	500 мг/сут қунига 2 марта 7-14 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/23597372-ec18-48ec-b561-78e2c81a67f1 https://drugs.ncats.io/drug/5E8K9I004U
	Левифлоксацин 500 мг	500 мг/сут қунига 1 марта 7-14 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/87585482-bec8-4819-b6b6-fa3f0af77ca0 https://drugs.ncats.io/drug/RIX4E89Y14
	Моксифлоксацин 400 мг	400 мг/сут қунига 1 марта 7-14 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/f5d7a34d-09ec-4ebd-aa0b-731299d888fb https://drugs.ncats.io/drug/UI188XYD42P
Сульфаниламидлар	Сульфометаксазол/ Триметаприм 400+80 мг	0,4-2,0 г/сут қунига 2 марта 7-14 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/b74dcb7c-8643-4a56-9469-afd235c9bf9b https://drugs.ncats.io/drug/AN164J8Y0X
Аминогликозидлар	Амикацин 0,5 г	7,5 мг/кг Ҳар 12 соатда 10 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/b8621e1f-09a4-4fbd-bf90-e63d937a7733

Пенициллинлар	Пиперациллин + тазобактам 4,5 г	13,5 мг/сут кунига 3 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/d69b27e5-d54d-4977-a953-7f7d4f596128
	Ампициллин + сульбактам 1,5 г	3 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/043ea3b7-647d-4829-b1c5-ad5f4b65bdc7
	Амоксициллин / клавуланат 625 мг	1875 мг/сут кунига 3 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/b40f18c1-5a37-4263-a5e6-5028f5b1044e
Цефалоспоринлар	Цефутоксим 1,0 г	2,0 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/0956164a-dbe5-453f-95a0-14faa4da2785
	Цефотаксим 1,0 г	2,0 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/f830004d-269d-4558-b147-641d2cd20c6e
	Цефоперазон 1,0 г	2,0 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/74bf3dc1-a512-42d4-827c-939d7c2e17d6
	Цефтриаксон 1,0 г	2,0 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/86246ce2-62df-4c21-b939-8a9e0a5687a3
	Цефтазидим 1,0 г	2,0 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/33d05858-cfc4-44c1-a100-b213844e2ff1
	Цефоперазон + сульбактам 1,0 г + 0,5 г или 1,0 г	2,0 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/2c3e295d-400d-4a18-8e58-44118a94663b
	Цефепим 1,0 г	2,0 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/c0c99cc7-745d-4dc5-93f0-5a78f56bba3a
	Цефтриаксон + тазобактам 1,125 г	2,250 г/сут кунига 2 марта 7 кун	1b	https://mediqlab.com/mnn/210be4a0-597d-4e93-8057-5c9803c32195
Наркотик бўлмаган анальгетиклар	Метамизол натрия	таблеткалар инъекция учун 500 мг 250 мг/мл; 500 мг/мл эритма	1b	https://mediqlab.com/mnn/8b7cd7c0-75af-4b20-8537-fc1138761252
	Парацетамол	таблеткалар 200 мг; 500 мг суспензия 120 мг/5 мл	1b	https://mediqlab.com/mnn/097dc237-6ef0-43ef-af66-2c662cf1b29f https://drugs.ncats.io/drug/36209ITL9D

		сироп 2,4% 40 мл; 50 мл; 60 мл; 90 мл; 100 мл шаам 50 мг; 100 мг; 125 мг; инфузия учун 250 мг 10 мг/мл 200 мг/ 20 мл эритма; 1000 мг/ 100 мл		
Ностероид яллиғланиш- га қарши воситалар (НЯҚВ)	Диклофенак	25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг таблеткалар 75 мг; 100 мг капсулалар 25 мг/мл; 75 мг/3 мл; 1 мл; инъекция учун 3 мл эритма	1b	https://mediqlab.com/mnn/f824419e-4a10-499e-955d-755bb9f4b7c7 https://drugs.ncats.io/drug/144O8QL0L1
	Кетопрофен	50 мг/мл; инъекция учун 100 мг/2 мл 50 мг; 100 мг эритма; 150 мг; 200 мг капсулалар 100 мг; 150 мг форте таблеткалар 100 мг ректал шаамлар	1b	https://mediqlab.com/mnn/36a4558f-e3ca-46d1-a922-b3ceadab881d
	Ибупрофен	200 мг; 400 мг; 800 мг таблеткалар 200 мг; 300 мг; 400 мг капсулалар 100 мг/5 мл; 200 мг/5мл; 60 мл; 100 мл; 120 мл; 150 мл; 200 мл суспензия 400 мг/4 мл 4 мл; инфузия учун 800 мг/8 мл 8 мл	1b	https://mediqlab.com/mnn/9c694f61-32ef-45e7-9500-6e19acd47f73

		эритма 100 мг/5 мл сироп 60 мг, 125 мг свечи		
	Декскетопрофен	25 мг таблетки 25 мг/2 мл; инъекция учун 50 мг/ 2мл эритма	1b	https://mediqlab.com/mnn/bee5cfc4-f97b-4f64-b7d8-e8c950345480 https://drugs.ncats.io/drug/6KD9E78X68
	Мелоксикам	7,5 мг; 15 мг таблеткалар 10 мг/1,5 мл; 15 мг/1,5 мл; инъекция учун 5 мг/мл 3 мл эритма 7,5 мг; 15 мг шаамлар	1b	https://mediqlab.com/mnn/7c563906-24f8-4a4f-8abd-69b1fc313bbe
	Кеторолак	7,5 мг; 10 мг таблеткалар 30 мг/мл 1 мл; инъекция учун 2 мл эритма	1b	https://mediqlab.com/mnn/61f5095c-4fab-4386-b191-d23ab8d934a1

Эслатма: Ўтқир пиелонефрит учун қўлланиладиган дори препаратларининг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

4.3. Жарроҳлик аралашуви.

Ушбу патологияда қўлланилмайди.

4.4. Кейинги даволаш.

Симптомлар бўлмаган беморларда қийин бажариладиган сийдик таҳлили ёки сийдик экмаси текширувини ўтказиш кўрсатилмайди.

4.5. Даволаш самарадорлиги ва усулларнинг хавфсизлиги индикаторлари.

Ўтқир асоратланмаган пиелонефритни даволаш самарадорлиги қуйидаги мезонлар асосида баҳоланади:

- *Тана ҳароратининг пасайиши.* Муваффақиятли даволаш терапия бошланганидан кейин маълум вақт ичида тана ҳароратининг < 38°С гача нормаллашиши билан тавсифланади.

- *Клиник симптомларнинг яхшиланиши.* Бел соҳасида оғриқнинг камайиши, дизурия ва оғриқли сийишнинг камайиши, шунингдек, беморнинг умумий аҳволининг яхшиланиши.

- *Лаборатория кўрсаткичларининг нормаллашиши.* Қонда лейкоцитлар ва С-реактив оқсилнинг нормал даражасини тиклаш, шунингдек сийдикда лейкоцитуря ва бактериуриянинг камайиши ёки йўқолиши.

- *Асоратларнинг йўқлиги.* Пиелонефрит билан боғлиқ бўлган гидронефроз, сепсис ёки буйрак етишмовчилиги каби асоратларнинг мавжуд эмаслиги.

Амбулатор даволаш усуллариининг хавфсизлиги қуйидаги омиллар асосида аниқланади:

- *Жиддий ножўя таъсирлар мавжуд эмас.* Дори воситаларига аллергик реакциялар ёки даволашни ўзгартиришни талаб қиладиган бошқа нохуш кўринишлар каби жиддий ножўя таъсирларнинг пайдо бўлишини баҳолаш.

- *Тавсиялар ва даволаш режимида риоя қилиши.* Беморнинг даволаниш самарадорлиги ва хавфсизлигига сезиларли таъсир кўрсатадиган дори-дармонларни қабул қилиш, овқатланиш ва суюқлик ичиш режими бўйича шифокор тавсияларига риоя қилиш даражасини назорат қилиш.

Ушбу индикаторлар даволаш натижаларини баҳолашга ёрдам беради ва ўткир асоратланмаган пиелонефрит бўйича амбулатор шароитда даволанаётган беморларнинг хавфсизлигини таъминлайди.

5. ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

5.1. Режали госпитализация учун кўрсатмалар.

Қуйидаги ҳолларда режа асосида шифохонага ётқизиш тавсия этилади:

- *Аҳволининг оғирлиги.* Интенсив тиббий назорат ва даволанишни талаб қиладиган тананинг юқори ҳарорати, кучли бел оғриғи, қусиш ва ориентациянинг йўқолиши каби ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг оғир симптомлари бўлган беморлар.

- *Адекват амбулатор даволанишни таъминлашнинг имкони йўқлиги.* Бемор даволаниш бўйича тавсиялар ва режимга риоя қилишни таъминлай оладиган ҳолатда бўлмаган тақдирда, амбулатор даволаниш етарли даражада самарали бўлмаслиги мумкин.

- *Қўшимча инструментал ва лаборатор текширувларни ўтказиш зарурлиги.* Аҳволининг динамикасини ҳар томонлама текшириш ёки кузатишни талаб қиладиган беморлар зарур муолажалар ва тадқиқотлар ўтказиш учун режалаштирилган шифохонага ётқизишни талаб қилиши мумкин.

5.2. Шошининг госпитализация учун кўрсатмалар.

Асоратланмаган пиелонефрит асоратланган пиелонефритга ўтганда шошининг тарзда шифохонага ётқизиш тавсия этилади:

- *Оғир асоратлар.* Гидронефроз, сепсис, ўткир буйрак етишмовчилиги ёки шошининг тиббий аралашув ва кузатувни талаб қиладиган бошқа оғир асоратлар ривожланган ўткир асоратланмаган пиелонефрит билан ҳасталанган беморлар.

- *Шошининг даволаниш зарурати.* Антибиотикли терапияни ва бошқа тиббий муолажаларни зудлик билан бошлашни талаб қилувчи оғир симптомлар ва тез ривожланаётган клиник белгилар бўлган беморлар.

- *Бемор хавфсизлигини таъминлашнинг имкони йўқлиги.* Аҳволининг оғирлиги ёки шифохонада кузатувни талаб қиладиган ижтимоий ёки психологик омиллар мавжудлиги сабабли беморнинг хавфсизлигини амбулатория шароитида таъминлаш мумкин бўлмаган ҳолларда.

6. СТАЦИОНАР ДАРАЖАДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.

6.1. Беморни кузатиш картаси, беморнинг йўналтириш.

6.1.1. Беморни кузатиш картаси:

- Шахсий маълумотлар: беморнинг исми, ёши, алоқа маълумотлари.
- Касаллик тарихи ҳақида маълумот: олдинги касалликлари, жарроҳлик аралашувлари, аллергия ва бошқа тиббий хусусиятлар.
- Кечаётган жорий симптомларнинг тавсифи: тана ҳарорати (°C), бел оғриғи (мавжудлиги, интенсивлиги), дизурия ва оғриқли сийиш (мавжудлиги, частотаси), қусиш (мавжудлиги, частотаси).
- Лаборатор текширувлар натижалари: умумий қон таҳлили (лейкоцитлар даражаси, С-реактив оқсил), умумий сийдик таҳлили (лейкоцитлар, бактериялар, нитратлар, оқсил).
- Инструментал текширувлар: буйракларнинг УТТ (натижалари), буйракларнинг компьютер томографияси (зарур ҳолларда).
- Терапия: буюрилган дорилар (доза, қабул қилиш частотаси)
- Антибиотикли терапияни тузатиш учун микробиологик текширувлар натижалари.
- Аҳволининг динамикаси: вақт ўтиши билан симптомларнинг ўзгариши, лаборатор ва инструментал кўрсаткичлар динамикаси, терапия самарадорлиги.
- Бошқа мулоҳазалар ва тавсиялар: даволашни тузатиш зарурати, кейинги чора-тадбирлар режаси.

6.1.2. Беморни йўналтириш (1-расмга қаралсин):

Беморни йўналтириш - ҳар бир ҳолатнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ўткир асоратланмаган пиелонефритни самарали ва комплекс даволашни таъминлашга қаратилган ҳаракатларнинг изчил режаси.

6.2. Номедикаментоз даволаш.

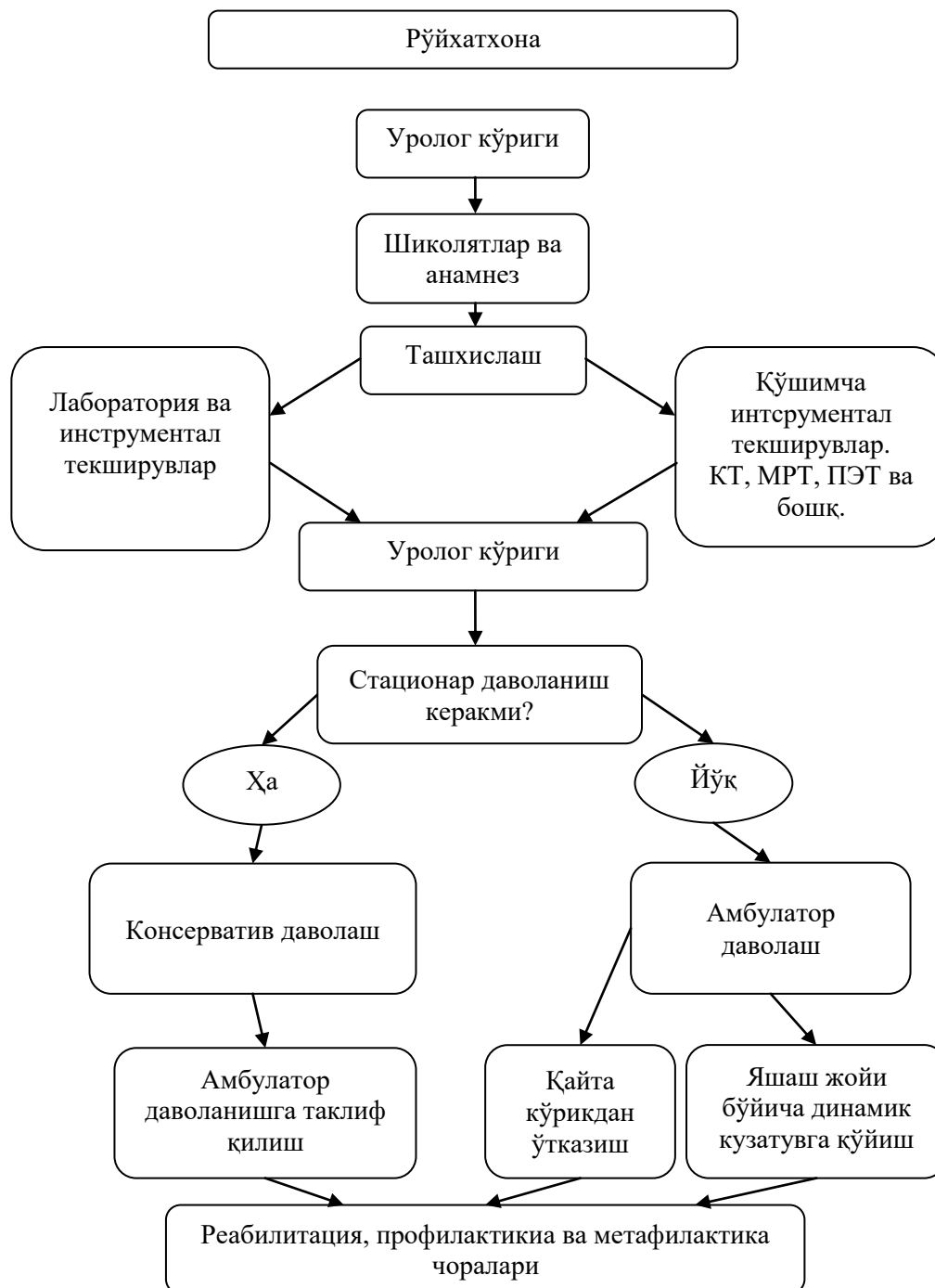
Номедикаментоз даволаш чоралари амбулатор даволаш бўлимида тавсифланган.

6.3. Медикаментоз даволаш.

Медикаментоз даволаш амбулатор даволаш бўлимида тавсифланган. Ўткир мураккаб пиелонефритни стационар даволаш усуллари тегишли клиник протоколларда тавсифланган.

6.4. Жарроҳлик аралашуви.

Ўткир асоратланмаган пелонефритда жарроҳлик аралашуви кўзда тутилмаган.



1-расм. Беморнинг маршрут картаси.

6.5 Кейинги даволаш.

Симптомлар бўлмаган беморларда қийин бажариладиган сийдик таҳлили ёки сийдик экмаси текширувини ўтказиш кўрсатилмайди.

6.6. Даволаш самарадорлиги ва усулларнинг хавфсизлиги индикаторлари.

Даволашнинг самарадорлиги ва ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги индикаторлари тегишли бўлимда аввал тавсифланган.

**«ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1. Кириш

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит сийдик йўлларида энг кенг тарқалган юқумли ва яллиғланиш касалликларидан бири бўлиб, дунёнинг кўплаб мамлакатларида соғлиқни сақлашда жиддий муаммоларини ифодалайди. Бу ҳолат одатда кўтарилувчи инфекциядан келиб чиққан косача-жом тизими ва буйрак паренхимасининг яллиғланиши билан тавсифланади. Ўткир асоратланмаган пиелонефрит билан ҳасталанган беморлар кўпинча иситма, бел оғриғи ва дизурия каби оғир клиник симптомлар билан тиббий қабулга мурожаат қилишади, бу эса малакали ва ўз вақтида даволашни талаб қилади. Антибиотиклар ва замонавий ташхислаш усуллари мавжудлигига қарамай, ўткир асоратланмаган пиелонефритни оптимал даволаш тиббиёт ҳамжамияти учун долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу клиник протокол беморлар учун энг самарали ва хавфсиз даволанишни таъминлайдиган ушбу нозологиянинг олдини олиш ва реабилитация қилиш бўйича ёндашувларни тизимлаштиришга бағишланган.

1.2. Таъриф.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит ҳомиладор бўлмаган менопаузадан олдинги даврдаги ёшда (пременопаузал) бўлган аёлларда аниқ ифодаланган урологик бузилишларсиз ёки ҳамроҳ касалликларсиз пиелонефрит сифатида таърифланади.

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг профилактикаси – бу ушбу патологик ҳолатларнинг пайдо бўлиши ва кучайишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуидир.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит реабилитацияси - даволашдан кейин буйрақларнинг саломатлиги ва функционалигини тиклаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади.

1.3. Профилактика ёки реабилитация турлари.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит профилактикаси ва реабилитацияси қуйидаги жиҳатларни ўз ичига олади:

- **Тиббий профилактика.** Сийдик-таносил тизимининг юқумли касалликларини эрта аниқлаш ва даволаш, жинсий фаолиятни режалаштириш ва ёмон одатлардан воз кечиш бўйича тушунтириш ва таълимий суҳбатларни ўз ичига олади.

- **Ташкилий тадбирлар.** Улар маиший ва касбий зарарларни бартараф этиш, беморнинг психо-эмоционал ҳолатини яхшилаш, рационал овқатланиш, шахсий гигиена ва оқилона жинсий ҳаёт режимини сақлаб туришни ўз ичига олади.

- **Тиббий реабилитация.** Касалликларни даволаш, касбий зарарларни бартараф этиш, рационал овқатланиш ва беморнинг психо-эмоционал ҳолатини яхшилашни ўз ичига олади.

Бу чора-тадбирлар сийдик-таносил тизимининг саломатлигини сақлашга ва ўткир асоратланмаган пиелонефрит ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради.

1.4. Оммавий профилактика чораларини ёки индивидуал профилактикани ўтказиш тамойиллари.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит бўйича оммавий ва индивидуал профилактика чораларини ўтказиш тамойиллари ушбу патологиядан самарали ҳимоя қилишни таъминлаган ҳолда, касалланиш даражасини пасайтириш ва аҳоли саломатлигини яхшилашга қаратилган.

1. **Аҳолига таълим бериш ва хабардор қилиш.** Ўткир асоратланмаган пиелонефрит профилактикасининг асоси бўлиб, хавф омиллари, ҳимоя қилиш усуллари ва аломатлар пайдо бўлганда ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат қилиш муҳимлиги ҳақида хабардорлигини оширишдир.

2. **Гигиена чоралари.** Қўлларни мунтазам ювиш, жинсий аъзоларнинг тўғри гигиенаси ва интим гигиенасига риоя қилиш каби гигиена тамойилларини тарғиб қилиш кўтарилувчи инфекцияларнинг олдини олишга ва пиелонефрит ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган.

3. **Рецидивларнинг профилактикаси.** Пиелонефритнинг такрорий эпизодлари билан ҳасталанган беморлар учун профилактика тадбирларига, жумладан, суюқликни мунтазам истеъмол қилиш, сийдик йўллари гигиенасининг мақбул даражасини сақлаб туришга ва индивидуал даволаш схемаларига алоҳида эътибор берилади.

4. **Хавф омилларидан қочиш.** Профилактика тадбирларини ўтказиш нотўғри овқатланиш, гипотермия, сийдик йўллариининг сурункали касалликлари ва пиелонефрит ривожланишига ёрдам берадиган сийдикни узоқ вақт ушлаб туриш каби хавф омилларининг олдини олишга қаратилган.

5. **Индивидуал профилактика.** Пиелонефрит ривожланиш хавфи юқори бўлган шахслар учун (масалан, ҳомиладор аёллар, сийдик йўллари аномалиялари бўлган беморлар) индивидуал ёндашув тавсия этилади, жумладан мунтазам текширувлар, пробиотикларни қабул қилиш ва шифокор тавсияларига амал қилиш.

2. ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ ПРОФИЛАКТИКАСИ

2.1. Ўткир асоратланмаган пиелонефритда профилактикасининг мақсади.

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг олдини олишдан мақсад ушбу ҳолатларнинг ривожланишига йўл қўймаслик ва улар билан боғлиқ асоратларни камайтиришдир.

2.2. Бирламчи профилактика.

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг бирламчи профилактикаси ушбу юқумли касалликнинг ривожланишининг олдини олишда муҳим роль ўйнайди. У хавф омилларини минималлаштириш ва сийдик йўллариининг саломатлигини сақлаш учун шароит яратишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади. Бирламчи профилактиканинг асосий жиҳатларидан бири гигиена стандартларига, шу жумладан мунтазам қўлларни ювиш, тоза ички кийим ва интим гигиенасига риоя қилишдир, бу эса кўтарилувчи инфекция эҳтимолини камайтиришга ёрдам беради. Муҳим элемент бўлиб, шунингдек, етарли миқдорда сув ичиш орқали танадаги суюқлик даражасини сақлаб туриш ҳисобланади, бу сийдик пуфагини мунтазам бўшатишга ёрдам беради ва пиелонефрит ривожланиши учун хавф омилларидан бири бўлган сийдикнинг туриб қолишини олдини олади. Жуда совиб кетишнинг олдини олиш шунингдек муҳим аҳамиятга эга, айниқса йилнинг совуқ мавсумида, чунки гипотермия сийдик йўллариининг торайишига олиб келиши ва патоген микроорганизмларнинг буйрақларга киришини осонлаштириши мумкин. Шу билан бирга, сийдикни узоқ вақт ушлаб турмаслик ва жинсий алоқадан кейин мунтазам сийиш ҳам пиелонефритнинг олдини олишда муҳим ҳисобланади. Мунтазам равишда тиббий кўрикдан ўтиш ва шифокор билан маслаҳатлашиш сийдик чиқариш йўллари бузилишларининг дастлабки белгиларини аниқлашга ва уларнинг олдини олиш учун ўз вақтида чоралар кўришга ёрдам беради. Бундан ташқари, ўткир асоратсиз пиелонефрит билан касалланиш ҳолатларини камайтиришда аҳоли ўртасида профилактика чоралари ва касалликка шубҳа туғилса, шифокорга эрта мурожаат қилишнинг аҳамияти ҳақида таълим дастурлари ва тадбирлари муҳим роль ўйнайди.

2.3. Скрининг

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит скрининги ушбу касалликни ривожланиш хавфи юқори бўлган шахсларни эрта аниқлаш ва профилактика чораларини амалга ошириш учун муҳим восита бўлиб ҳисобланади. Бироқ, ҳозирги кунга қадар ўткир асоратланмаган пиелонефрит учун ягона скрининг протоколи мавжуд эмас, чунки бу ҳолат кўпинча инфекцияга ўткир реакция сифатида юзага келади ва сийдик чиқариш тизимининг бошқа касалликларига ўхшаш симптомлар билан намоён бўлиши мумкин. Бироқ, шахсларнинг маълум бир гуруҳлари, жумладан, ҳомиладор аёллар, қандли диабет, ревматоид артрит, шунингдек, обструктив сийдик чиқариш йўллари касаллиги ёки буйрак анатомик аномалиялари бўлган беморларни скрининг ўтказиш учун устувор аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Скрининг клиник симптомларни (масалан, бел оғриғи, дизурия) баҳолашни, яллиғланиш ўзгаришларини ва микроорганизмларни аниқлаш учун

сийдик таҳлили, ҳамда яллиғланиш белгилари ва бошқа патологияларни аниқлаш учун буйракнинг ультратовушли текширувини ўз ичига олиши мумкин. Кейинги диагностика ва даволаш тадбирлар зарурлигини аниқлаш мақсадида скрининг ўтказиш шифокор билан маслаҳатлашув ва натижаларни муҳокама қилиш билан бирга амалга оширилиши муҳимдир.

2.4. Иккиламчи профилактика.

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг иккиламчи профилактикаси пиелонефритнинг бир ёки бир нечта эпизодларини бошидан кечирган одамларда касалликнинг қайталанишини олдини олишга қаратилган. Профилактиканинг ушбу тури қайталанган ҳолатларнинг частотасини камайтириш ва патологиянинг сурункали курсини ривожланишининг олдини олишда муҳим роль ўйнайди. Иккиламчи профилактиканинг асосий стратегияларига қуйидагилар киради:

1. **Асосий касалликни даволаш ва назорат қилиш.** Қандли диабет ёки сурункали сийдик йўллариининг касалликлари каби асосий касалликлар бўлган беморлар доимий тиббий кузатув ва асосий касалликни етарли даражада даволаш билан таъминланишлари керак. Бу ўткир асоратланмаган пиелонефрит шаклининг ривожланиши хавфини назорат қилишга ёрдам беради.

2. **Профилактик антибактериал терапия.** Пиелонефритнинг такрорий эпизодлари ёки уларнинг пайдо бўлиш хавфи юқори бўлган тақдирда, узоқ муддатли ёки даврий профилактик антибактериал терапия курслари буюрилиши мумкин. Бу инфекция кўзгатувчиларининг ошишини бостириш орқали рецидивлар эҳтимолини камайтиради.

3. **Хавф омилларини бартараф этиш.** Беморларга гипотермия, сийдикни узоқ вақт ушлаб туриш, нотўғри овқатланиш ва суюқликни етарли даражада истеъмол қилмаслик каби пиелонефрит ривожланишига ёрдам берадиган омилларнинг олдини олиш тавсия этилади. Профилактик чора-тадбирлар мунтазам урологик текширувлар ва турмуш тарзини тузатишни ҳам ўз ичига олиши мумкин.

4. **Таълим дастурлари.** Иккиламчи профилактиканинг муҳим қисми бўлиб, беморларни рецидивларнинг олдини олиш усулларига ўқитиш, шу жумладан гигиена қоидалари, ҳамроҳ касалликларнинг кучайишида назорат қилиш чоралари ва аҳволининг ёмонлашиши белгилари пайдо бўлганда шифокорга ўз вақтида мурожаат қилиш ҳисобланади.

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг иккиламчи профилактикаси ҳар бир беморга индивидуал ёндашувни ва хусусиятлар ва ҳамроҳ касалликларни ҳисобга олган ҳолда хавф омилларини комплекс бошқаришни талаб қилади.

2.5. Учламчи профилактика.

Ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг учламчи профилактикаси бир ёки бир нечта эпизодларни бошдан кечирган ва иккиламчи профилактикани муваффақиятли яқунлаган шахсларда касалликнинг қайталаниш ҳолатларини олдини олишга қаратилган. Профилактиканинг ушбу тури рецидивларнинг асосий сабаблари ва хавфларини бартараф этишга, шунингдек, сийдик чиқариш йўллари тизимининг барқарор саломатлигини сақлашга қаратилган. Асосий учламчи профилактика стратегиялари қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. **Узоқ муддатли тиббий кузатув.** Қайталанувчи пиелонефрит билан азият чеккан беморларга уролог ёки нефролог шифокорда мунтазам тиббий кузатувда бўлиш тавсия этилади. Бу сийдик чиқариш тизимининг ҳолатидаги ҳар қандай ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш ва зарур чораларни кўриш имконини беради.

2. **Индивидуал терапия.** Пиелонефритнинг рецидиви хавфи юқори бўлган беморлар учун индивидуаллаштирилган терапия, шу жумладан профилактик антибиотикларнинг давомли курслари ёки сийдик чиқариш тизимининг фаолиятини яхшилайдиган дори-дармонлар буюрилиши мумкин.

3. **Хавф омилларини тузатиш.** Беморларга гипотермия, сийдикни узоқ вақт ушлаб туриш, нотўғри овқатланиш ва суюқликни етарли даражада истеъмол қилмаслик каби пиелонефрит ривожланишига ёрдам берадиган омиллардан қочиш тавсия этилади. Профилактик чора-тадбирлар мунтазам урологик текширувлар ва турмуш тарзини тузатишни ҳам ўз ичига олиши мумкин.

5. **Таълим дастурлари.** Беморларга рецидивларнинг олдини олиш усуллари, шу жумладан яхши гигиена қоидалари, ҳамроҳ касалликларнинг кучайишида назорат қилиш чоралари ва аҳволининг ёмонлашиши белгилари пайдо бўлганда шифокорга ўз вақтида мурожаат қилиш ҳақида маълумот берилиши керак.

Ўтқир асоратланмаган пиелонефритнинг учламчи профилактикаси сийдик чиқариш тизимининг саломатлигини узоқ муддат давомида сақлаб туришга ва касалликнинг қайталанишининг олдини олишга, беморларга энг юқори ҳаёт сифатини таъминлашга қаратилган.

3. ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ.

3.1. Реабилитациянинг мақсади.

Реабилитациянинг мақсади ўткир асоратланмаган пиелонефрит билан ҳасталанган беморларнинг саломатлиги ва ҳаёт сифатини энг яхши тарзда тиклашни таъминлашдан иборатдир.

3.2. Зарарланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини тўлиқ ёки қисман тиклаш ёки йўқолган функцияларни қоплаш.

Кўпгина ҳолларда, ўз вақтида ва етарли даражада даволашда ўткир пиелонефрит буйраклар фаолиятида қайтарилмас ўзгаришларга олиб келмайди ва улар бир неча ҳафтадан бир неча ойгача бўлган вақт ичида тўлиқ тикланиши мумкин. Бироқ, баъзи беморларда, айниқса касалликнинг оғир ёки қайталанувчи ҳолатлари мавжуд бўлган беморларда буйрак фаолиятининг тикланиши учун узок вақт керак бўлиши мумкин ва баъзи беморлар сурункали буйрак етишмовчилигининг маълум даражаси билан қолиши мумкин. Бундай ҳолларда буйраклар фаолиятини мунтазам тиббий кузатуви ва назоратини ўтказиш, шунингдек, даволаш ва турмуш тарзини беморнинг индивидуал эҳтиёжларига мос равишда тузатиш муҳимдир. Ўткир пиелонефритни ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш буйраклар фаолиятини муваффақиятли тиклаш ва касалликнинг прогнозини яхшилашда асосий роль ўйнайди.

3.3. Ўткир ривожланган патологик жараённинг тугаши пайтида тананинг фаолиятини ушлаб туриш.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит каби ўткир патологик жараённинг яқунловчи босқичида организмнинг тикланиши учун оптимал шароитларни таъминлаш муҳимдир. Бунга буйраклар фаолиятини доимий тиббий кузатуви, назорати, тўғри овқатланиш ва суюқлик ичиш режими, оғриқ синдромини енгиллаштириш ва психологик қўллаб қувватлаш киради. Комплекс ёндашув мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга ва муваффақиятли тикланишни таъминлашга ёрдам беради.

3.4. Шикастланган органлар ёки тана тизимлари функцияларини эҳтимолий бузилишини олдини олиш, эрта ташхислаш ва коррекция қилиш.

Пиелонефритдан кейин органларнинг, айниқса буйракларнинг ҳолатини мунтазам равишда кузатиб бориш муҳимдир. Шифокор ҳузурига мунтазам ташрифлар, таҳлиллар ва беморларни ўқитиш эрта босқичда юзага келиши мумкин бўлган муаммоларни аниқлаш ва бошқаришга ёрдам беради. Хавф омилларини тузатиш ва ўз вақтида даволаш асоратларни олдини олиш ва муваффақиятли тикланишда муҳим роль ўйнайди.

3.5. Ногиронликнинг олдини олиш ва эҳтимолини пасайтириш.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.6. Ҳаёт сифатини яхшилаш.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.7. Беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

3.8. Беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

4. УЧ ТУРДАГИ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯНИ ЎТКАЗИШГА КЎРСАТМАЛАР.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

5. ПРОФИЛАКТИКА ТУРЛАРИНИ ЎТКАЗИШНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНЛАРИ (ХАЛҚАРО СТАНДАРТЛАР, ДАЛИЛЛАРГА АСОСЛАНГАН ТИББИЁТ МАЪЛУМОТЛАРИГА МУВОФИҚ).

Ишлаб чиқилмаган.

6. РЕАБИЛИТАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИНИНГ БОСҚИЧИ ВА КЎЛАМИНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Ишлаб чиқилмаган.

7. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИ ВА КЎЛАМИ

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

8. ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАРАЖАСИ КЎРСАТИЛГАН ДИАГНОСТИКА ЧОРАЛАРИ.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

9. ДАРАЖАСИ КЎРСАТИЛГАН ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАКТИКАСИ.

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

10. ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ ИНДИКАТОРЛАРИ

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

ҒОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎХАТИ

1. Stein, R., et al. Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines. *Eur Urol*, 2015. 67: 546.
2. Blok, B., et al. EAU Guidelines on Neuro-urology. In: EAU Guidelines, edition presented at the annual EAU Congress Amsterdam 2020. ISBN 978-94-92671-07-3.
3. Guyatt, G.H., et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*, 2008. 336: 995.
4. Phillips B, et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Updated by Jeremy Howick March 2009. 1998.
5. Guyatt, G.H., et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*, 2008. 336: 1049.
6. Horan, T.C., et al. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control*, 2008. 36: 309.
7. Rubin, R.H., et al. Evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of urinary tract infection. *Infectious Diseases Society of America and the Food and Drug Administration. Clin Infect Dis*, 1992. 15 Suppl 1: S216.
8. Rubin, R.H., et al. General guidelines for the evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of urinary tract infection. *The European Society of Clinical Microbiology and Infectious diseases. Taukirchen, Germany.*, 1993: 240. [No abstract available].
9. U.S. Department of Health and Human Services, F.a.D.A., Center for Drug Evaluation and Research (CDER).
10. Guidance for Industry Uncomplicated Urinary Tract Infections — Developing Antimicrobial Drugs for Treatment. 2019.
11. U.S. Department of Health and Human Services, F.a.D.A., Center for Drug Evaluation and Research (CDER). Complicated Urinary Tract Infections: Developing Drugs for Treatment Guidance for Industry 2018.
12. UROLOGICAL INFECTIONS - LIMITED UPDATE MARCH 2020 45
13. Johansen, T.E., et al. Critical review of current definitions of urinary tract infections and proposal of an EAU/ESIU classification system. *Int J Antimicrob Agents*, 2011. 38 Suppl: 64.
14. Singer, M., et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 2016. 315: 801.
15. Bell, B.G., et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. *BMC Infect Dis*, 2014. 14: 13.
16. WHO. Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014.
17. Hulscher, M.E., et al. Antibiotic prescribing in hospitals: a social and behavioural scientific approach. *Lancet Infect Dis*, 2010. 10: 167.