

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГЛОМЕРУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»

Ташкент - 2025

"УТВЕРЖДАЮ"

**Директор Центра развития
профессиональной
квалификации медицинских
работников д.м.н., профессор
Х.А. Акилов**



X. Akiyev

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГЛОМЕРУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»**

Ташкент - 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГЛОМЕРУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»**

Наименование национального стандарта (код), специалисты вовлекаемые для диагностики и лечения по нозологии

Кодирование по МКБ 10	Наименование нозологии:	Специалисты, занимающиеся амбулаторной диагностикой по данной нозологии		Специалисты, занимающиеся диагностикой и лечением данной нозологии в условиях стационара	
		Основной контролирующий специалист	Дополнительные контролирующие специалисты	Основной контролирующий специалист	Дополнительные контролирующие специалисты
N00	Острый нефритический синдром (Минимальное повреждение)	- Семейный врач - Педиатр	- ЛОР - Стоматолог	- Педиатр - Детский нефролог	- ЛОР - Стоматолог - Уролог - Нефролог - Хирург
N00.0	Острый нефритический синдром, незначительные гломерулярные нарушения				
N00.1	Острый нефритический синдром, очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения (Очаговый и сегментарный: гиалиноз, склероз. Очаговый гломерулонефрит)				
N00.2	Острый нефритический синдром, диффузный мембранозный гломерулонефрит				
N00.3	Острый нефритический синдром, диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит				
N00.4	Острый нефритический синдром, диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит				
N00.5	Острый нефритический синдром, диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит (Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит, тип 1 и 3 или БДУ)				
N00.6	Острый нефритический синдром, болезнь плотного осадка (Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит, тип 2)				

N00.7	Острый нефритический синдром, диффузный серповидный гломерулонефрит (Экстракапиллярный гломерулонефрит)				
N00.8	Острый нефритический синдром, другие изменения (Пролиферативный гломерулонефрит БДУ)				
N00.9	Острый нефритический синдром, неуточненное изменение.				
Кодирование по МКБ 11					
GB40	Нефритический синдром				
<i>Дополнительный код:</i>	<i>Течение болезни (если требуется, используйте дополнительный код)</i>				
XT5R	острое течение				
	<i>Связанное с (если требуется, используйте дополнительный код)</i>				
MF80	Диффузный мезангиальный склероз				
MF84	Пролиферативный гломерулонефрит, обусловленный ослабленным иммунитетом				
MF85	Болезнь, опосредованная антителами к базальной мембране клубочков				
MF8Y	Другие уточненные клинические находки в образцах из мочевыделительной системы				
MF8Z	Клинические результаты в находки из мочевыделительной системы, неуточненные				
GB4Z	Гломерулярные болезни неуточненные				

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГЛОМЕРУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»**

Диагностические мероприятия	Наименование медицинских услуг	Виды и степень медицинской помощи					Минимальное количество Медицинских услуг и обследований	Курс лечения
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
		СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Основной специалист (врач) консультация	Жалобы и сбор анамнеза	Семейный врач	Семейный врач Педиатр	Педиатр Детский нефролог	Педиатр Детский нефролог	Педиатр Детский нефролог	4 раза	Продолжительность лечения: Лечение острой фазы заболевания, включая исчезновение отеков и нормализацию артериального давления, обычно продолжается от 1 до 3 недель.
	Объективный осмотр							
	Физикальные и клинические обследования							
Примечание: В случаях, когда в районе нет специалиста, пациентов направляют в соседнюю районную или областную больницу.								
Специалист дополнительный консультация	1. Жалобы и сбор анамнеза.	-	-	- ЛОР - Стоматолог - Уролог - Нефролог - Хирург	- ЛОР - Стоматолог - Уролог - Нефролог - Хирург	- ЛОР - Стоматолог - Уролог - Нефролог - Хирург		Продолжительность лечения: 10-14 дней
	2. Объективный осмотр							
	3. Физикальное и клиническое обследование							
Примечание:								
Основные лабораторные исследования	1. Общий анализ крови	+	+	+	+	+	4	
	2. Общий анализ мочи, Нечипоренко	+	+	+	+	+	4	

	3. Определение протеинурии в суточной моче.	-	-	+	+	+	4	
	4. Анализ мочи на белок Бенс–Джонса	-	-	+	+	+	1	
	5. Биохимический анализ крови с определением креатинина, мочевины, мочевой кислоты, общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, сывороточного железа, калия, натрия, кальция, ЛДГ	+	+	+	+	+	4	
	6. Коагулограмма	-	-	+	+	+	2	
	7. Иммунологические исследования: АСЛО, РФ, СРБ, иммуноглобулины (IgA, IgG, IgM); антитела к РНК, антитела к ДНК, антитела к рецептору антифосфолипазе А2, антитела к БГМ, антитела К АНЦА (миелопероксидазе и протеиназа 3).	-	-	+	+	+	2	
	8. Определение комплимент С3; комплимент С4; СН 50	-	-	+	+	+	2	

	9. Бактериологически β-гемолитический стрептококк группы А, группы С (Streptococcus zooepidemicus)	-	-	+	+	+	2	
	10. Инфекционный скрининг: антитела к HCV, ВИЧ, HBs- Ag;	-	-	+	+	+	1	

Примечание: При выявлении сопутствующих заболеваний при обследовании пациента проводятся дополнительные исследования по показаниям в зависимости от уровня лечебно-профилактических учреждений. При дополнении основных методов обследования с учетом течения заболевания к пациенту подбирается индивидуальный подход.

Дополнительные Лабораторные исследования	По формуле СКД-ЕРІ определять СКФ. Формула Шварца и её модификации Формула FAS [Full Age Spectrum/ Полный возрастной спектр]	+	+	+	+	+	2	
	КЩС в зависимости от состояние больного	-	-	+	+	+	2	

Примечание: Лабораторные исследования должны проводиться лечащим врачом первичной медицинской помощи, а результаты исследований передаются на следующий уровень для проверки специалистом. Повторные лабораторные исследования проводятся только по показаниям специалиста или во время стационарного лечения.

Основные Инструментальные исследования	1. Биопсия почек	-	-	+	+	+	1	
---	------------------	---	---	---	---	---	----------	--

Примечание:
Показаниями к биопсии являются:
1. Нефротический синдром:
а) в сочетании со значительной гематурией, гипертензией, нарушением функции почек;
б) стероид резистентная форма (после 8 недель терапии);
в) наличие экстраренальных признаков (периодическая болезнь, системные заболевания).
2. Острое нарушение функции почек неясной этиологии (быстро прогрессирующий гломерулонефрит)
3. Персистирующая (более 1 года) протеинурия > 1 г/л с или без гематурии.

4. Рецидивирующая макрогематурия (персистирующая изолированная микрогематурия, за исключением ее семейного характера, не является показанием к биопсии).
5. Системная красная волчанка (другие системные заболевания) с вовлечением почек.
6. После трансплантации (в основном при подозрении на отторжение или при наличии постоянных изменений в анализах мочи, необъяснимое снижение функции почки).
7. Нефрит Шенлейна—Геноха в большинстве случаев не является показанием к биопсии почек.

Все противопоказания являются относительными, после устранения причин для проведения биопсии можно ее проводить, если есть на то необходимость.

Относительные противопоказания к биопсии почек:

- нарушения свертываемости крови;
- единственная функционирующая нативная почка;
- гидронефроз;
- активный пиелонефрит;
- нефрокальциноз;
- поликистоз;
- опухоли;

Дополнительные Инструментальные исследования	1. УЗИ почек (размеры, в т. ч. симметричность размеров, расширение ЧЛС, объемные образования, конкременты);	-	-	+	+	+	1	
	2. Рентгенография органов грудной клетки (всем пациентам – очаговые и инфильтративные изменения, полости, солидные образования);	-	-	+	+	+	1	
	3. Рентгенография придаточных пазух носа (при наличии симптомов ЛОР-патологии);	-	-	+	+	+	1	
	4. Рентгенография плоских костей (при	-	-	+	+	+	1	

	наличии оссалгического синдрома);							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

Примечание: При выявлении сопутствующих заболеваний при обследовании пациента проводятся дополнительные обследования по показаниям в зависимости от уровня лечебно-профилактического учреждения. Инструментальные диагностические исследования проводит лечащий врач, направивший первичное направление. При наличии показаний к лечению в лечебно-профилактическом учреждении другого уровня направляются копии обследований. Повторные инструментальные диагностические исследования проводятся только по показаниям специалиста или в период стационарного лечения.

Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы пациента:

- отеки;
- одышка/затруднение дыхания;
- повышение артериального давления впервые;
- изменения цвета мочи (цвет мясных помоев/чайной заварки);
- уменьшение количества мочи;
- слабость;
- снижение аппетита/потеря веса;
- повышение температуры тела;
- боли в суставах;
- боли в мышцах;
- боли в костях;
- высыпания на коже;
- сухость кожи, ломкость и истончение ногтей;
- выпадение волос;
- боли во рту/стоматит/язвочки на слизистой полости рта;
- увеличение размеров языка;
- снижение слуха;
- осиплость голоса;
- корки в носу/рецидивирующие носовые кровотечения/нарушение носового дыхания;
- длительный кашель;
- кровохарканье;
- боли и или сухость в глазах/покраснение глаз;
- боли в конечностях, онемение конечностей, нарушение чувствительности кожи;
- поносы, вздутие живота.

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы

Почечные:

- изолированная микрогематурия – эритроциты более 30 кл/мкл, более 10 кл в п/зрения (в отсутствие урологической патологии);
- рецидивирующая макрогематурия – видимая примесь крови в моче (в отсутствие урологической патологии);
- изолированная протеинурия – более 0,3 г/л;
- изолированный мочево́й синдром (микрогематурия в сочетании с протеинурией менее 3,5 г/л);
- нефритический синдром, острый или хронический (отеки, артериальная гипертензия, протеинурия менее 3,5 г/л, микрогематурия);
- нефротический синдром (отеки, протеинурия более 3,5 г/л, гипопротеинемия, гипоальбуминемия +/- гиперхолестеринемия) с артериальной гипертензией и без нее (см. рекомендации по нефротическому синдрому);
- синдром быстро прогрессирующего нефрита (протеинурия менее 3,5 г/л, микро- или макрогематурия, быстро нарастающее повышение креатинина крови);
- мочево́й синдром в сочетании с артериальной гипертензией и медленно прогрессирующим снижением функции почек.

Легочно-почечный синдром – быстро прогрессирующая почечная недостаточность в сочетании с тяжелым поражением легких (кровохарканье/легочное кровотечение, дыхательная недостаточность).

Внепочечные клинические:

- суставной синдром – артриты, артралгии;
- оссалгии;
- лихорадка неясного генеза;
- поражение кожи и слизистых оболочек – элементы уртикарные (в том числе холодовая крапивница), эритематозные, геморрагические, язвенно-некротические, фотодерматит, петехии, экхимозы;
- поражение легких – повторные «пневмонии», бронхиальная астма;
- поражение глаз – конъюнктивит, склерит, эписклерит, иридоциклит;
- поражение ЛОР-органов – отиты, синуситы, полипы носа/ придаточных пазух, стеноз трахеи/гортани;
- полинейропатия, множественные мононевриты;
- макроглоссия;
- диарея.

Внепочечные лабораторные:

- анемия +/- тромбоцитопения +/- лейкопения;
- анемия +/- тромбоцитоз +/- лейкоцитоз;
- гиперэозинофилия (более 10 % от общего количества лейкоцитов).

Анамнез заболевания:

- Заболевания почек в детстве и/или подростковом возрасте (да/нет), если да – установленные диагнозы.
- Ранее выявленная артериальная гипертензия (да/нет), если да – с какого возраста, повод к измерению АД, проводилось ли обследование, его результаты.
- Ранее имевшиеся эпизоды макрогематурии (да/нет) – если да, то с какого возраста, болевой синдром, сгустки, проводилось ли обследование, его результаты.
- Ранее возникавшие отеки (да/нет) – если да, то с какого возраста, проводилось ли обследование, его результаты.
- Последний нормальный анализ мочи – дата (год), причина обследования.
- Что послужило поводом к настоящему обращению, сроки появления тех или иных жалоб/симптомов.

Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза):

- Наследственный анамнез: заболевания почек у близких родственников – поликистоз/кисты почек и/или печени, синдром Альпорта (тугоухость, микрогематурия с раннего детства), неуточненные.

- Аллергологический анамнез: поллиноз, бронхиальная астма

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента):

- заболевания кожи (псориаз, экзема);

- инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатиты В и С);

- заболевания мочеполовой системы (мочекаменная болезнь);

- системные заболевания (системная красная волчанка, васкулиты, склеродермия и др.);

- заболевание крови, в том числе онкологические (гемофилия, аутоиммунная гемолитическая анемия, аутоиммунная тромбоцитопения, множественная миелома, лимфомы/лейкозы и др.);

- заболевания ЛОР-органов, полости рта (хронический тонзиллит, синусит, отит, стоматит).

Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез):

- НПВС, анальгетики;

- антибактериальные препараты (в том числе аминогликозиды, сульфамиламиды);

- гормоны (кортикостероиды, тироксин);

- применение йодсодержащих рентгенконтрастных средств;

- химиотерапия и лучевая терапия;

- растительные препараты.

Критерии направления на срочную госпитализацию

- Легочно-почечный синдром (протеинурия, гематурия, повышение АД, повышение креатинина крови, одышка, кровохарканье).

- Повышение АД свыше 160/100 мм рт. ст., впервые выявленное при наличии протеинурии/гематурии/отеков.

- Прогрессирующий отечный синдром при наличии протеинурии/гематурии.

- Олигурия при наличии протеинурии/гематурии.

- Повышение креатинина, мочевины (впервые выявленные или нарастание показателей в течение 2 недель).

- Протеинурия свыше 1,0 г/л, +/- микрогематурия (впервые выявленные) в сочетании с отеками и повышением АД или без них.

- Протеинурия/гематурия в сочетании с анемией, тромбоцитопенией/ тромбоцитозом, лейкопенией/лейкоцитозом.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечебные мероприятия (основные)		Виды и степень плановой медицинской помощи					Средняя суточная доза	Курсовая доза
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
Название Лекарственных средств (международное непатентованное)	Дозировка и применение лекарственных средств	СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Фуросемид	40мг ампула/таблетка	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Гидрохлортиазид	12,5-25-50 мг/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Нифедипин	5 мг таблетка	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Эналаприл	2,5-5-10 мг/сут, не назначать иАПФ при уменьшении СКФ менее 30мл/мин/1,73м ²	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Фозиноприл	2,5-5-10 мг/сут, не назначать иАПФ при уменьшении СКФ менее 30мл/мин/1,73м ²	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Амлодипина	20-40 мг/сут			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Валсартана	25-50 мг/сут			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Лозартана	60-80 мг/сут			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Бензилпенициллин	100 мг/кг/сут флакон	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям

Название Лекарственных средств (международное непатентованное)	Дозировка и применение лекарственных средств			(городская) больница	медицинские учреждения	медицинские учреждения		
Реосорбилакт	20-40мл/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Пентоксифиллин	4-8мг/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Натрий бикарбонат	4%-200мл/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Альбумин	10-20%/100мл/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Примечание: Объем инфузии требуется при снижении центрального венозного давления.								

**«ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГЛОМЕРУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»
В СЛУЧАЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Лечебные мероприятия (основные)		Виды и степень скорой и экстренной медицинской помощи					Средняя суточная доза	Курсовая доза
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
Название Лекарственных средств (международное непатентованное)	Дозировка и применение лекарственных средств	СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Нифедипин	5 мг таблетка	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Эналаприл	2,5-5-10 мг/сут, не назначать иАПФ при уменьшении СКФ менее 30мл/мин/1,73м ²	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Фозиноприл	2,5-5-10 мг/сут, не назначать иАПФ при	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям

	уменьшении СКФ менее 30мл/мин/1,73м ²							
Амлодипина	20-40 мг/сут			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Валсартана	25-50 мг/сут			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Лозартана	60-80 мг/сут			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Фуросемид	40мг ампула/таблетка	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Гидрохлортиазид	12,5-25-50 мг/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям

Примечание:

При развитии острой почечной недостаточности (по результатам клиничко-лабораторных данных) – тактику ведения см. клинический протокол “Острая почечная недостаточность”

При быстро прогрессирующем течении (по результатам нефробиопсии когда выявлены полулуния в более чем в 50% - тактику ведения см. клинический протокол «Быстро прогрессирующий гломерулонефрит».

Лечебные мероприятия (дополнительные) Медикаментозное лечение		Виды и степень скорой и экстренной медицинской помощи					Средняя суточная доза	Курсовая доза
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
Название Лекарственных средств (международное непатентованное)	Дозировка и применение лекарственных средств	СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Реосорбилакт	20-40мл/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Пентоксифиллин	4-8мг/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Натрий бикарбонат	4%-200мл/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям
Альбумин	10-20%/100мл/сут	-	-	+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям

Примечание: Объем инфузии требуется при снижении центрального венозного давления.

При развитии острой почечной недостаточности (по результатам клиничко-лабораторных данных) – тактику ведения см. клинический протокол “Острая

почечная недостаточность”

При быстро прогрессирующем течении (по результатам нефробиопсии когда выявлены полулуния в более чем в 50% - тактику ведения см. клинический протокол «Быстро прогрессирующий гломерулонефрит».

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ/ДИЕТА

Режим питания	Виды и степень скорой и экстренной медицинской помощи				
	Амбулаторная помощь		Стационарная помощь		
	СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения
Диетический стол и его продолжительность					
Диетические столы № 7 и № 7А. Продолжительность определяется индивидуально в зависимости от периода лечения.	+	+	+	+	+

Примечание:

- Ограничьте потребление натрия с пищей для уменьшения отеков, контроля артериального давления и протеинурии. Потребление натрия с пищей <2,0 г/сут (<90ммоль/сут).
- Ограничьте потребление белка с пищей в зависимости от выраженности протеинурии.
 - Протеинурия нефротического уровня: потребление белка 0,8-1 г/кг/сут.
 - Добавляйте 1 г на каждый грамм потерь белка с мочой (до 5 г/сут)
 - Безопасность ограничения потребления белка при ГН у детей не установлена
 - Предпочтение может отдаваться диете на растительной основе
- Ограничьте потребление белка с пищей в зависимости от функции почек
 - Расчетная скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м2 при протеинурии нефротического уровня
 - Ограничить или установить целевой показатель потребления до 0,8 г/кг/сут
 - Избегать ограничения <0,6 г/кг/сут из соображений безопасности и риска белково-энергетической недостаточности
 - Уместен акцент на растительных источниках белка

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Мероприятия по диспансеризации	Название медицинской помощи	СВП/СП	ЦМП	Минимальное количество мероприятий	Срок диспансеризации
Консультация специалистов (врача)	1. Осмотр врача	+	+	3	2 года
Примечание: После излечения заболевания пациент будет находиться под наблюдением врача общей практики около 1 года.					
Лабораторные исследования	1. Общий анализ мочи	+	+	3	2 года
	2. Общий анализ крови	+	+	3	2 года
	3. Биохимический анализ крови	+	+	3	2 года
Примечание: Если заболевание пациента сопровождается нарушением функции почек, диспансерное наблюдение осуществляется непрерывно. Если функция почек не нарушена, то больной находится под диспансерным наблюдением в течение 1 года и проходит осмотры один раз в 3 месяца.					
Инструментальные исследования	1. Измерение АД	+	+	3	2 года
	2. УЗИ почек и мочевыводящих путей	+	+	3	2 года
Примечание: Если заболевание пациента сопровождается нарушением функции почек, диспансерное наблюдение осуществляется непрерывно. Если функция почек не нарушена, то больной находится под диспансерным наблюдением в течение 1 года и проходит осмотры один раз в 3 месяца.					

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Мероприятия по реабилитации	Название медицинской помощи	СВП/СП	ЦМП	Минимальное количество мероприятий	Срок реабилитации
Консультация специалистов (врача)	1. Осмотр врача	+	+	3	2 года
Примечание: - Не гулять подолгу, не заниматься тяжелыми физическими упражнениями. - Не носить с собой более 3-5 кг; - Не принимать горячие процедуры (баня, сауна и т.п.);					
Лабораторные исследования	1. Общий анализ мочи	+	+	3	2 года
	2. Общий анализ крови	+	+	3	2 года
	3. Биохимический анализ крови	+	+	3	2 года
Примечание: Если заболевание пациента сопровождается нарушением функции почек, диспансерное наблюдение осуществляется непрерывно. Если функция почек не нарушена, то больной находится под диспансерным наблюдением в течение 1 года и проходит осмотры один раз в 3 месяца.					
Инструментальные исследования	1. Измерение АД	+	+	3	2 года

	2. УЗИ почек и мочевыводящих путей	+	+	3	2 года
--	------------------------------------	---	---	---	--------

Примечание:

-После лечения ОГН по показаниям проводятся лабораторные исследования. При необходимости проводится консультация нефролога в установленном порядке.

- на амбулаторном этапе после выписки из стационара: профилактика интеркуррентных заболеваний, диета по возрасту, обычный режим, дозированные физические упражнения;

- остаточная микрогематурия не является противопоказанием для занятий спортом;

- длительно сохраняющиеся другие симптомы (отсутствие полной ремиссии) не являются противопоказанием к посещению школы.

ПРОФИЛАКТИКА

Мероприятия по профилактике	Название медицинской помощи	СВП/СП	ЦМП	Минимальное количество мероприятий	Срок профилактики
Консультация специалистов (врача)	1. Осмотр врача	+	+	2	Постоянно

Примечание: При рецидиве заболевания или подозрении на него лабораторные исследования проводятся по назначению врача. При необходимости по результатам лабораторных исследований проводится осмотр нефролога и выдается направление к врачу-специалисту в установленном порядке..

Лабораторные исследования	1. Общий анализ мочи	+	+	2	По показаниям
	2. Общий анализ крови	+	+	2	По показаниям
	3. Коннинг биокимёвий анализи	+	+	2	По показаниям

Примечание: При рецидиве заболевания или подозрении на него лабораторные исследования проводятся по назначению врача. При необходимости по результатам лабораторных исследований проводится осмотр нефролога и выдается направление к врачу-специалисту в установленном порядке..

Инструментальные исследования	1. Измерение АД	+	+	3	По показаниям
	2. УЗИ почек и мочевыводящих путей	+	+	3	По показаниям

Примечание: При рецидиве заболевания или подозрении на него лабораторные исследования проводятся по назначению врача. При необходимости по результатам лабораторных исследований проводится осмотр нефролога и выдается направление к врачу-специалисту в установленном порядке.

Первичная профилактика:

- члены семьи при эпидемических ситуациях принимают антибиотико терапию
- если пациент имеет контакт с домашними животными особенно крупный рогатый скот, то лечить животных, которые имеют язвы, фурункулы и маститы.
- пить только термически обработанное молоко.

Вторичная профилактика:

- пациент после выписки из стационара лечение хронических очагов инфекции главным образом тонзилиты, аденоидное разрастание лимфатических узлов носоглотки, отиты.
- соблюдение питьевого режима и бессолевой диеты
- бронхиальные лизаты: по схеме

Третьичная профилактика:

- соблюдение низко соленой пище в течение 3 мес
- контроль утреннего артериального давления в течение 3 мес
- По мере ликвидации отеков гипертензии ребенок может посещать школу.
- Остаточная микрогематурия не является противопоказанием для спортивной активности
- общий анализ мочи каждый мес