

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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ»**

Ташкент – 2025

“СОГЛАСОВАНО”

**Директор Республиканского
специализированного научно-практического
медицинского центра урологии**



Ш.Т. Мухтаров

_____” 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ»**

Ташкент – 2025

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ»..... 5

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЁННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ» 24

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ»**

Ташкент – 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Настоящие клинические протоколы разработаны специалистами Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСНПМЦУ), «Научного общества урологов Узбекистана», «Общества детских урологов Узбекистана» и специалистами Ташкентской медицинской академии на основе инструкций, рекомендаций и информации Европейской Ассоциации урологов (EAU) и учёными в данной области.

Группа авторов полностью поддерживает мнения международных экспертов и считает необходимым отметить, что клинические протоколы представляют собой наиболее правдивую и доступную опытным специалистам информацию на момент публикации. Они ни в коей мере не могут заменить клинический опыт при определении тактики лечения отдельного пациента, но помогут сделать выбор с учетом специфических особенностей пациента и его предпочтений.

Национальные клинические протоколы являются пособием для диагностики, реабилитации и профилактике Острого неосложнённого пиелонефрита (Acute uncomplicated pyelonephritis) по шифру МКБ-10 – N10 и МКБ11 – GB51 и могут быть использованы врачами-урологами всех ЛПУ Республики.

Шифры Международной классификации болезней – МКБ-10/11:

МКБ-10	
Код	Название
N10	Острый тубулоинтерстициальный нефрит https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N10

МКБ-11	
Код	Название
GB51	Острый пиелонефрит https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#441183088

Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола

Национальный клинический протокол разработан в 2025 году. Пересмотр протокола осуществляется каждые 5 лет или при изменении уровня доказательности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Ответственное учреждение по разработке национального клинического протокола

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии (РСНПМЦУ).

Члены мультидисциплинарной рабочей группы:

Мухтаров Шухрат Турсунович – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, д.м.н., доцент.

Акилов Фарход Атауллаевич – заведующий кафедрой урологии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор.

Гайбуллаев Асилбек Асадович – ректор частного медицинского университета «European Medical University», д.м.н., профессор.

Кариев Саидахроп Саидасланович – декан хирургического факультета центра развития квалификации медицинских работников, д.м.н., доцент.

Агзамходжаев Саиданвар Талатович – заведующий кафедрой урологии и детской урологии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н.

Рахматуллаев Акмал Абадбекович – заведующий кафедрой детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н., доцент.

Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н., профессор.

Ахмедов Рустам Носирович – руководитель отделения урологии Республиканского экстренного медицинского центра, д.м.н.

Рахматов Максуд Мирзаевич – ведущий специалист, фтизиоуролог Республиканского специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии.

Умаров Азиз Рустамович – заместитель главного врача по родовспоможению многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

Тоиров Бобур Акбарович – заведующий отделением дерматокосметологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и косметологии, д.м.н.

Кариев Сарвар Собиржонович – ведущий специалист, нефролог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, к.м.н.

Субботин Марк Борисович – заведующий отделением интенсивной терапии и реанимации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Фозилов Абдукодир Абдукаххорович – ведущий специалист, андролог-сексопатолог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Адилходжаев Аскар Анварович – научный секретарь Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н.

Инояттов Умид Нуриллаевич – ведущий специалист, патологоанатом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Абдуфаттаев Улугбек Авазжанович – ведущий специалист, врач ультразвуковой диагностики Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Абдукаримов Боходир Хошимович – заместитель директора Республиканского специализированного научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы.

Тохиоров Алишер Обидович – заместитель главного врача центральной многопрофильной поликлиники Алмазарского района города Ташкента.

Авторы:

Гиясов Шухрат Искандарович – д.м.н., профессор кафедры урологии Ташкентской медицинской академии.

Джамилев Джалол Джамалович – заведующий первым урологическим отделением Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Хасанов Мардон Мухаммадикулович – к.м.н., заведующий научно-исследовательской лабораторией Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Рецензенты:

Перепанова Тамара Сергеевна – Руководитель группы инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ» радиологии Минздрава России, почетный член Российского общества урологов, Почетный член секции инфекций в урологии Европейской урологической ассоциации, д.м.н., профессор.

Мирхамидов Джалол Халилович – к.м.н., доцент кафедры урологии Ташкентской медицинской академии.

Обсуждение проекта национального клинического протокола.

Национальный клинический протокол рассмотрен и утвержден на №2 Научном совете Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии _____ 2025 года.

Техническая оценка и редактирование национальных клинических протоколов и стандартов:

Кариев Саидахвор Саитасланович – д.м.н., доцент кафедры урологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Агзамходжаев Саиданвар Талатович – д.м.н., заведующий кафедрой урологии и детской урологии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Экспертная оценка национальных клинических протоколов и стандартов от специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений

ЕАУ	– Европейская ассоциация урологов
ИМВП	– Инфекция мочевыводящих путей
КТ	– Компьютерная томография
НПВС	– Нестероидные противовоспалительные средства
ОАК	– Общий анализ крови
ОАМ	– Общий анализ мочи
УД	– Уровень достоверности
УЗИ	– Ультразвуковое исследование
УР	– Уровень рекомендаций
ЧЛС	– Чашечно-лоханочная система

Пользователи протокола:

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, специализированный научно-практический медицинский центр урологии, филиалы центра с юридическим статусом, филиалы центра на базе Областного многопрофильного медицинского центра, отделения урологии на базе высших учебных заведений, областная многопрофильная медицинская поликлиника, отделения урологии районных/городских медицинских центров, врачи-урологи и семейные врачи районных/городских многопрофильных медицинских поликлиник.

Категория пациентов в данной нозологии.

Больные с инфекцией мочевыводящих путей.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Уровни убедительности рекомендаций	
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

2.1. Введение.

Острый неосложненный пиелонефрит — неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, характеризующийся одновременным или последовательным поражением чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек (преимущественно интерстициальная ткань). Неосложненный пиелонефрит определяется, как пиелонефрит у небеременных женщин пременопаузального возраста без выявленных урологических нарушений или сопутствующих заболеваний.

Популяционное исследование острого пиелонефрита показало, что общая годовая частота составляет 15-17 случаев на 10 000 женщин и 3-4 случая на 10 000 мужчин. У женщин в возрасте 18–49 лет заболеваемость составляет 28 случаев на 10 000 человек.

2.2. Общее определение.

Острый неосложненный пиелонефрит – определяется, как пиелонефрит у небеременных женщин пременопаузального возраста без выявленных урологических нарушений или сопутствующих заболеваний.

Этиология. Наиболее частыми возбудителями, вызывающими воспалительный процесс в почке, являются кишечная палочка (*Escherichia coli*), протей (*Proteus*), энтерококки (*Enterococcus*), синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*). Проникновение возбудителя в почку при остром пиелонефрите чаще происходит восходящим путём из нижних мочевыводящих путей (уретра, мочевого пузыря) по стенке мочеточника (в этом случае заболевание начинается с развития уретрита или цистита с последующим развитием т. н. восходящего пиелонефрита) или по просвету мочеточника вследствие пузырно-мочеточникового рефлюкса. Реже гематогенный и лимфогенный путь из любого очага инфекции в организме вследствие развития bacterиeмии.

2.3. Классификация острого пиелонефрита.

Форма заболевания	Характеристика
Острый неосложненный пиелонефрит	Инфекционно-воспалительный процесс у больных, у которых отсутствуют обструктивные уропатии и структурные изменения в почках, а также серьезные сопутствующие заболевания.
Острый осложненный пиелонефрит	Инфекционно-воспалительный процесс тяжелой степени и/или при отсутствии положительной динамики у больных, у которых отсутствуют обструктивные уропатии. Инфекционно-воспалительный процесс у больных с обструктивными уропатиями и аномалиями почек, стриктуры мочеточника и уретры, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, доброкачественная гиперплазия или рак предстательной железы с нарушением пассажа мочи из верхних мочевыводящихся путей.

3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

3.1. Жалобы, анамнез.

Симптомами, позволяющими заподозрить острый пиелонефрит, служат озноб, боль в поясничной области, тошнота и рвота, лихорадка (температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$) или болезненность при пальпации в области реберно-позвоночного угла, дизурия и болезненное мочеиспускание. Пиелонефрит может протекать без признаков цистита [1]. Беременные женщины с острым пиелонефритом требуют особого внимания, поскольку инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) могут не только оказывать неблагоприятное влияние на женщин с анемией, почечной и дыхательной недостаточностью, но также и на плод, с увеличением частоты преждевременных родов [2].

3.2. Объективный осмотр и диагностика острого неосложнённого пиелонефрита.

Важным клиническим признаком острого пиелонефрита является триада признаков, включающая:

- *Лихорадка* (температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$): Высокая температура тела является одним из наиболее характерных симптомов острого пиелонефрита.
- *Боль в поясничной области*: Боль может быть односторонней или обоюсторонней и может усиливаться при пальпации или движении.
- *Изменения в моче* (лейкоцитурия, бактериурия).

3.3. Основные и вспомогательные лабораторные методы диагностики.

Для постановки диагноза рекомендуется проведение анализа мочи с определением количества лейкоцитов, эритроцитов и нитритов [3; УД:2; УР:А]. При этом будет наблюдаться пиурия, эритроцитурия, наличие лейкоцитарных цилиндров больше пороговых единиц. Кроме того, во всех случаях пиелонефрита необходимо выполнять посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, рекомендовано выполнить общий анализ крови для оценки тяжести клинической ситуации. При этом часто наблюдается лейкоцитоз с появлением юных форм лейкоцитов.

3.4. Основные и вспомогательные инструментальные методы диагностики.

Для исключения обструкции мочевыводящих путей или мочекаменной болезни следует провести УЗИ [4; УД:2; УР:А]. При сохранении у пациента лихорадки >72 часов от начала терапии или ухудшении клинического состояния следует провести дополнительные исследования, такие как спиральная компьютерная томография (КТ) без болюсного усиления или экскреторная урография [4; УД:4]. Для диагностики отягощающих факторов у беременных женщин предпочтительно использовать УЗИ или магнитно-резонансную томографию (МРТ) во избежание риска облучения плода [4; УД:2; УР:А].

3.5. Консультация других специалистов.

В большинстве случаев консультация других специалистов не требуется при диагностике и лечении острого неосложнённого пиелонефрита. Однако при подозрении на острый пиелонефрит и наличии особых клинических или эпидемиологических факторов, таких как беременность, иммунодефицитные состояния или хронические заболевания, консультация других специалистов, включая урологов, акушеров-гинекологов, инфекционистов или нефрологов, может быть необходима для дальнейшего уточнения диагноза и разработки индивидуализированного плана лечения. Кроме того, консультация других специалистов может понадобиться при обнаружении осложнений, необычных клинических симптомов или неэффективности стандартной терапии, чтобы обеспечить наилучшее качество ухода и результаты для пациента.

3.6. Диагностический алгоритм.



3.7. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острый холецистит	Внезапная острая боль под правым ребром.	ОАК, ОАМ, УЗИ	Острый холецистит часто возникает после употребления жирной, тяжелой пищи, алкоголя. Боль иррадирует в правую подлопаточную ямку (симптом Френикуса) и правую

			<p>лопатку. Пальпация подреберья справа (симптом Ортнера) резко положительна.</p> <p>Симптомы абдоминального воздействия положительные.</p> <p>Заболевание характеризуется постепенным повышением температуры тела, лейкоцитозом и сдвигом формулы крови влево.</p> <p>При обструктивном холецистите наблюдают пожелтение белков глаз и кожи. При УЗИ чашечно-лоханочная система почек не увеличена, при ОАМ изменений не наблюдается.</p>
Внематочная беременность	Внезапная резкая боль внизу живота.	ОАК, ОАМ УЗИ	<p>Из-за боли в нижней части живота больной принимает вынужденное положение, приближая ногу к животу. Боль иррадируется в крестцево-позвоночную область. С первых часов заболевания развиваются симптомы со стороны брюшины. Наблюдаются бледность кожи, лихорадка, обычно это связано с внутренним кровотечением. При УЗИ чашечно-лоханочная система почек не увеличена, при ОАМ изменений не наблюдается.</p>

4. ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ.

4.1. Немедикаментозное лечение.

Питьевой режим. Рекомендуется увеличить потребление жидкости для стимуляции диуреза и удаления микроорганизмов из мочевыводящих путей. Регулярное употребление воды помогает разжижать мочу и предотвращать образование конкрементов, а также снижает риск обострения заболевания.

Покой. Пациентам рекомендуется соблюдать постельный режим в период обострения симптомов, чтобы снизить нагрузку на почки и обеспечить оптимальные условия для их восстановления.

Тепловые процедуры: Использование теплых компрессов или грелок на поясничную область может помочь снизить боль и облегчить дискомфорт в области почек.

Избегание раздражающих веществ. Рекомендуется избегать употребления алкоголя, острых и кислых продуктов, кофеина и других раздражающих веществ, которые могут усиливать симптомы пиелонефрита и раздражать мочевые пути.

Профилактика повторных инфекций. Важно соблюдать правила гигиены, регулярно менять белье и использовать мягкие, хлопковые ткани, чтобы предотвратить повторное заражение мочевыводящих путей.

Фитотерапия. При обострении заболевания, после консультации с врачом, в качестве дополнительного средства могут назначаться лекарственные растения – фитопрепараты. Они обладают в основном антисептическими, противовоспалительными, мочегонными свойствами и способствуют повышению сопротивляемости организма к болезни. Эти средства применяются как поодиночке, так и в виде сборов, курсами на длительное время.

Сборы:

1. Лист берёзы, трава хвоща полевого, таволга (лабазник), трава вероники – берутся в равных количествах и измельчаются. 10 г сбора заливаются 400 мл кипятка, настаиваются, процеживаются через марлю, остаток отжимается. Принимается по 100 мл в тёплом виде 4 раза в день за 30 минут до еды.

2. Цветки ромашки, листья толокнянки, трава трёхцветной фиалки, листья подорожника – берутся в равных частях. 10 г измельчённого сбора заливаются 400 мл кипятка, кипятятся 10 минут. Затем настаиваются в тёплом месте 45 минут, процеживаются, остаток отжимается. Принимается по 100 мл в тёплом виде 4 раза в день за 30 минут до еды.

Одно-компонентные растения:

1. 1 чайную ложку цветков василька заливают 200 мл кипятка, настаивают 1 час. Принимается по 50–70 мл 3–4 раза в день до еды.

2. 1 столовую ложку листьев подорожника заливают 600 мл кипятка и кипятят до тех пор, пока объём не уменьшится до 400 мл. Принимается по 130 мл 3–4 раза в день до еды. Аналогично можно приготовить настой или отвар из листьев маймунжона (медуницы) и применять внутрь.

Эти мероприятия способствуют поддержанию здоровья мочевыделительной системы и предотвращению развития острого цистита.

4.2. Медикаментозное лечение.

Фторхинолоны и цефалоспорины являются единственными препаратами, которые можно рекомендовать для пероральной эмпирической терапии неосложненного пиелонефрита. При этом пероральные цефалоспорины создают значительно более низкую концентрацию в крови и моче, чем внутривенные препараты. Следует избегать использования таких препаратов, как нитрофурантоин, фосфомицин и пивмециллин, поскольку они не создают достаточную концентрацию в ткани почки [5]. При аллергии или доказанной резистентности к фторхинолонам другие приемлемые препараты включают триметоприм-сульфаметоксазол (160/800 мг) или пероральные бета-лактамы, при подтвержденной чувствительности. Если такие препараты назначаются до получения результатов посева, необходимо вначале внутривенно ввести парентеральный препарат длительного действия (например, цефтриаксон-сульбактам).

Перечень основных лекарственных средств

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Фторхинолоны	Офлоксацин 400мг	400-800 мг/сут 2 раза в день 7-14 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/f8fd205c-c05c-4f41-96d6-f727fd2c87f3 https://drugs.ncats.io/drug/A4P49JAZ9H
	Ципрофлоксацин 500 мг	500 мг/сут 2 раза в день 7-14 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/23597372-ec18-48ec-b561-78e2c81a67f1 https://drugs.ncats.io/drug/5E8K9I0O4U
	Левифлоксацин 500 мг	500 мг/сут 1 раз в день 7-14 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/87585482-bec8-4819-b6b6-fa3f0af77ca0 https://drugs.ncats.io/drug/RIX4E89Y14
	Моксифлоксацин 400 мг	400 мг/сут 1 раз в день 7-14 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/f5d7a34d-09ec-4ebd-aa0b-731299d888fb https://drugs.ncats.io/drug/U188XYD42P
Сульфаниламиды	Сульфаметоксазол/ Триметаприм 400+80 мг	0,4-2,0 г/сут 2 раза в день 7-14 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/b74dcb7c-8643-4a56-9469-afd235cfb9b https://drugs.ncats.io/drug/AN164J8Y0X
Аминогликозиды	Амикацин 0,5 г	7,5 мг/кг каждые 12 часов в течении 10 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/b8621e1f-09a4-4fbd-bf90-e63d937a7733
Пенициллины	Пиперациллин + тазобактам	13,5 мг/сут 3 раза в день в	1b	https://mediqlab.com/mnn/d69b27e5-d54d-4977-a953-7f7d4f596128

	4,5 г	течении 7 дней		
	Ампициллин + сульбактам 1,5 г	3 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/043ea3b7-647d-4829-b1c5-ad5f4b65bdc7
	Амоксициллин / клавуланат 625 мг	1875 мг/сут 3 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/b40f18c1-5a37-4263-a5e6-5028f5b1044e
Цефалоспорины	Цефуроксим 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/0956164a-dbe5-453f-95a0-14faa4da2785
	Цефотаксим 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/f830004d-269d-4558-b147-641d2cd20c6e
	Цефоперазон 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/74bf3dc1-a512-42d4-827c-939d7c2e17d6
	Цефтриаксон 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/86246ce2-62df-4c21-b939-8a9e0a5687a3
	Цефтазидим 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	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 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/2c3e295d-400d-4a18-8e58-44118a94663b
	Цефепим 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/c0c99cc7-745d-4dc5-93f0-5a78f56bba3a
	Цефтриаксон + тазобактам 1,125 г	2,250 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/mnn/210be4a0-597d-4e93-8057-5c9803c32195
Ненаркотические анальгетики	Метамизол натрия	таблетки 500 мг раствор для инъекции 250 мг/мл; 500 мг/мл	1b	https://mediqlab.com/mnn/8b7cd7c0-75af-4b20-8537-fc1138761252
	Парацетамол	таблетки 200 мг; 500 мг суспензия 120 мг/5 мл сироп 2,4% 40 мл; 50 мл; 60 мл; 90 мл; 100 мл	1b	https://mediqlab.com/mnn/097dc237-6ef0-43ef-af66-2c662cf1b29f https://drugs.ncats.io/drug/36209ITL9D

		свечи 50 мг; 100 мг; 125 мг; 250 мг раствор для инфузии 10 мг/мл 200 мг/ 20 мл; 1000 мг/ 100 мл		
Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)	Диклофенак	25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг таблетки 75 мг; 100 мг капсулы 25 мг/мл; 75 мг/3 мл; 1 мл; 3 мл раствор для инъекции	1b	https://mediqlab.com/mnn/f824419e-4a10-499e-955d-755bb9f4b7c7 https://drugs.ncats.io/drug/144O8QL0L1
	Кетопрофен	50 мг/мл; 100 мг/2 мл раствор для инъекции 50 мг; 100 мг; 150 мг; 200 мг капсулы 100 мг; 150 мг форте таблетки 100 мг ректальные свечи	1b	https://mediqlab.com/mnn/36a4558f-e3ca-46d1-a922-b3ceadab881d
	Ибупрофен	200 мг; 400 мг; 800 мг таблетки 200 мг; 300 мг; 400 мг капсулы 100 мг/5 мл; 200 мг/5мл; 60 мл; 100 мл; 120 мл; 150 мл; 200 мл суспензия 400 мг/4 мл 4 мл; 800 мг/8 мл 8 мл раствор для инфузии 100 мг/5 мл сироп 60 мг, 125 мг свечи	1b	https://mediqlab.com/mnn/9c694f61-32ef-45e7-9500-6e19acd47f73

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

Примечание: Дозировка и количество препаратов, применяемых при остром пиелонефрите, определяются врачом индивидуально.

4.3. Хирургическое вмешательство.

В данной патологии не применяется.

4.4. Дальнейшее ведение.

Рутинное выполнение анализа мочи или культуральное исследование мочи у бессимптомных пациентов не показано.

4.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов.

Эффективность лечения острого неосложненного пиелонефрита оценивается на основе следующих критериев:

- *Снижение температуры тела.* Успешное лечение характеризуется нормализацией температуры тела до уровня $< 38^{\circ}\text{C}$ в течение определенного времени после начала терапии.
- *Улучшение клинических симптомов.* Снижены боли в поясничной области, уменьшение дизурии и болезненного мочеиспускания, а также улучшение общего самочувствия пациента.
- *Нормализация лабораторных показателей.* Восстановление нормального уровня лейкоцитов и С-реактивного белка в крови, а также уменьшение или исчезновение лейкоцитурии и бактериурии в моче.
- *Отсутствие осложнений.* Отсутствие развития осложнений, таких как гидронефроз, сепсис или почечная недостаточность, связанных с пиелонефритом.

Безопасность методов амбулаторного лечения определяется на основе следующих факторов:

- *Отсутствие серьезных побочных эффектов.* Оценка возникновения серьезных побочных эффектов, таких как аллергические реакции на препараты или другие нежелательные явления, требующие коррекции лечения.
- *Соблюдение рекомендаций и режима лечения.* Отслеживание степени соблюдения пациентом рекомендаций врача по приему препаратов, режиму питания и питьевого режима, что существенно влияет на эффективность и безопасность лечения.

Эти индикаторы помогают оценить результаты лечения и обеспечить безопасность пациентов, проходящих амбулаторное лечение острого неосложненного пиелонефрита.

5. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.

5.1. Показания для плановой госпитализации.

Плановая госпитализация рекомендуется в следующих случаях:

- *Тяжелость состояния.* Пациенты с выраженными симптомами острого неосложненного пиелонефрита, такими как высокая температура тела, тяжелая боль в пояснице, рвота и дезориентация, которые требуют интенсивного медицинского наблюдения и лечения.
- *Невозможность обеспечения адекватного амбулаторного лечения.* В случае, когда пациент не в состоянии обеспечить соблюдение рекомендаций по лечению и режиму, амбулаторное лечение может быть недостаточно эффективным.
- *Необходимость проведения дополнительных инструментальных и лабораторных исследований.* Пациентам, требующим проведения комплексного обследования или мониторинга динамики состояния, может потребоваться плановая госпитализация для проведения необходимых процедур и исследований.

5.2. Показания для экстренной госпитализации.

Экстренная госпитализация рекомендуется когда неосложнённый пиелонефрит переходит в осложнённый пиелонефрит:

- *Тяжелые осложнения.* Пациенты с острым неосложненным пиелонефритом, развившим гидронефроз, сепсис, острой почечной недостаточностью или другими тяжелыми осложнениями, требующими немедленного медицинского вмешательства и наблюдения.
- *Необходимость немедленного лечения.* Пациенты с выраженными симптомами и быстро прогрессирующими клиническими признаками, требующими немедленного начала антибиотикотерапии и других медицинских процедур.
- *Невозможность обеспечения безопасности пациента.* В случае, когда безопасность пациента не может быть обеспечена в амбулаторных условиях из-за тяжести состояния или наличия социальных или психологических факторов, требующих наблюдения в стационаре.

6. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ.

6.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента.

6.1.1. Карта наблюдения пациента:

- Персональные данные: имя, возраст, контактные данные пациента.
- Информация о медицинской истории: прежние болезни, хирургические вмешательства, аллергии и другие медицинские особенности.
- Описание текущих симптомов: температура тела (°C), боль в пояснице (наличие, интенсивность), дизурия и болезненное мочеиспускание (наличие, частота), рвота (наличие, частота)
- Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови (уровень лейкоцитов, С-реактивный белок), общий анализ мочи (лейкоциты, бактерии, нитраты, белок)
- Инструментальные исследования: ультразвуковое исследование почек (результаты), компьютерная томография почек (при необходимости).
- Терапия: назначенные препараты (дозировка, частота приема)
- Результаты микробиологических исследований для коррекции антибиотикотерапии.
- Динамика состояния: изменения симптомов во времени, динамика лабораторных и инструментальных показателей, эффективность терапии.
- Прочие замечания и рекомендации: необходимость коррекции лечения, план дальнейших мероприятий.

6.1.2. Маршрутизация пациента (см. рис. 1).

Маршрутизация пациента представляет собой последовательный план действий, направленных на обеспечение эффективного и комплексного лечения острого неосложненного пиелонефрита с учетом индивидуальных особенностей каждого случая.

6.2. Немедикаментозное лечение.

Меры немедикаментозного лечения были описаны в разделе по амбулаторному лечению.

6.3. Медикаментозное лечение.

Медикаментозное лечение было описано в разделе по амбулаторному лечению. Методы стационарного лечения острого осложнённого пиелонефрита описаны в соответствующих клинических протоколах.

6.4. Хирургическое вмешательство.

Хирургическое вмешательство при остром неосложнённом пиелонефрите не предусмотрено.

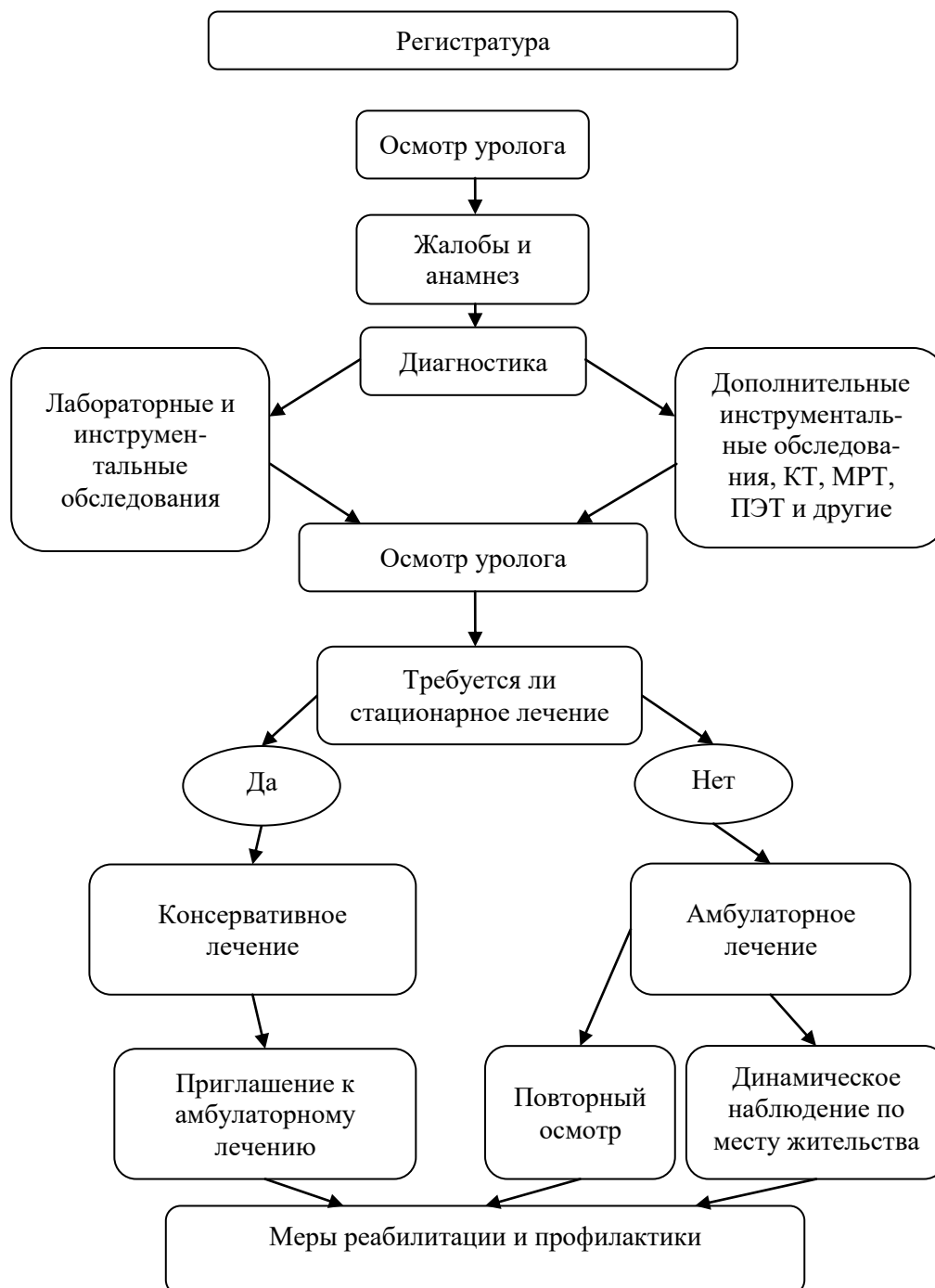


Рис. 1. Маршрутная карта пациента.

6.5. Дальнейшее ведение.

Рутинное выполнение анализа мочи или культуральное исследование мочи у бессимптомных пациентов не показано.

6.6. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения были описаны ранее в соответствующем разделе.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЁННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ»**

Ташкент – 2025

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Введение.

Острый неосложненный пиелонефрит является одним из наиболее распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, представляя серьезную проблему здравоохранения во многих странах мира. Это состояние характеризуется воспалением чашечно-лоханочной системы и паренхимы почки, обусловленным обычно восходящей инфекцией. Пациенты с острым неосложненным пиелонефритом часто представляются на медицинский прием с выраженными клиническими симптомами, такими как лихорадка, боль в пояснице и дизурия, что требует компетентного и своевременного лечения. Несмотря на доступность антибиотиков и современных методов диагностики, оптимальное управление острым неосложненным пиелонефритом остается актуальной задачей для медицинского сообщества. Настоящий клинический протокол посвящен систематизации подходов к профилактике и реабилитации данной нозологии, обеспечивая наиболее эффективное и безопасное лечение для пациентов.

1.2. Определение.

Острый неосложненный пиелонефрит – определяется, как пиелонефрит у небеременных женщин пременопаузального возраста без выявленных урологических нарушений или сопутствующих заболеваний.

Профилактика острого неосложнённого пиелонефрита – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и обострения данных патологических состояний.

Реабилитация острого неосложнённого пиелонефрита включает в себя меры по восстановлению здоровья и функциональности почек после проведенного лечения.

1.3. Виды профилактики или реабилитации.

Профилактика и реабилитация острого неосложнённого пиелонефрита включает следующие аспекты:

- **Медицинская профилактика.** Включает раннее выявление и лечение инфекционных заболеваний мочеполовой системы, разъяснительно-образовательные беседы о планировании половой жизни и отказе от вредных привычек.
- **Организационные мероприятия.** Включают ликвидацию бытовых и профессиональных вредностей, улучшение психоэмоционального состояния пациента, рациональное питание, поддержание личной гигиены и рациональный режим половой жизни.
- **Медицинская реабилитация.** Включает лечение заболеваний, ликвидацию профессиональных вредностей, рациональное питание и улучшение психоэмоционального состояния пациента.

Все эти меры способствуют сохранению здоровья мочеполовой системы и предотвращению развития острого неосложнённого пиелонефрита.

1.4. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий или индивидуальной профилактики.

Принципы проведения общественных и индивидуальных профилактических мероприятий по острой неосложненной пиелонефриту направлены на снижение заболеваемости и улучшение здоровья населения, обеспечивая эффективную защиту от данной патологии.

1. **Популяционное образование и информирование.** Основой профилактики острого неосложненного пиелонефрита является повышение осведомленности общественности о факторах риска, методах защиты и важности своевременного обращения за медицинской помощью при появлении симптомов.
2. **Гигиенические меры.** Пропаганда гигиенических принципов, таких как регулярное мытье рук, правильная гигиена половых органов и соблюдение интимной гигиены, направлена на предотвращение восходящих инфекций и снижение риска развития пиелонефрита.
3. **Профилактика рецидивов.** Для пациентов, страдающих от повторных эпизодов пиелонефрита, особое внимание уделяется профилактическим мероприятиям, включая регулярное употребление жидкости, поддержание оптимального уровня гигиены мочевых путей и соблюдение индивидуального режима лечения.
4. **Избегание факторов риска.** Проведение профилактических кампаний направлено на предупреждение факторов риска, таких как неправильное питание, гипотермия, хронические заболевания мочевыводящих путей и длительное удержание мочи, которые могут способствовать развитию пиелонефрита.
5. **Индивидуальная профилактика.** Для лиц с повышенным риском развития пиелонефрита (например, беременных женщин, пациентов с аномалиями мочевыводящих путей) рекомендуется индивидуализированный подход, включающий регулярное обследование, прием пробиотиков и соблюдение рекомендаций врача.

2. ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЁННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

2.1. Цель профилактики при остром неосложнённом пиелонефрите

Целью профилактики острого неосложнённого пиелонефрита является предотвращение развития этих состояний и снижение связанных с ними осложнений.

2.2. Первичная профилактика.

Первичная профилактика острого неосложнённого пиелонефрита играет ключевую роль в предотвращении развития этого инфекционного заболевания. Она включает в себя комплекс мероприятий, направленных на минимизацию факторов риска и создание условий для сохранения здоровья мочевыводящих путей. Одним из основных аспектов первичной профилактики является поддержание гигиенических стандартов, включая регулярное мытьё рук, использование чистого белья и интимной гигиены, что способствует снижению вероятности восходящей инфекции. Важным элементом является также поддержание уровня жидкости в организме путем достаточного потребления воды, что способствует регулярному опорожнению мочевого пузыря и предотвращает застой мочи, являющийся одним из факторов риска для развития пиелонефрита. Предупреждение переохлаждения, особенно в холодное время года, также имеет важное значение, поскольку гипотермия может способствовать сужению мочеточников и облегчить проникновение патогенных микроорганизмов в почки. Вместе с тем, избегание длительного удержания мочи и регулярное мочеиспускание после полового акта также считается важным моментом в профилактике пиелонефрита. Проведение регулярных медицинских осмотров и консультаций с врачом помогает выявить ранние признаки нарушений мочевыводящих путей и предпринять своевременные меры для их предотвращения. Кроме того, образовательные программы и кампании среди населения о важности профилактических мер и раннего обращения к врачу при подозрении на заболевание играют значительную роль в снижении заболеваемости острым неосложнённым пиелонефритом.

2.3. Скрининг

Скрининг острого неосложнённого пиелонефрита является важным инструментом для раннего выявления лиц с повышенным риском развития этого заболевания и проведения профилактических мероприятий. Однако на сегодняшний день нет единого протокола скрининга для острой неосложнённой формы пиелонефрита, так как это состояние часто возникает как острая реакция на инфекцию и может проявляться симптомами, сходными с другими заболеваниями мочевыводящей системы. Тем не менее, определенные группы лиц могут быть приоритетными для проведения скрининга, включая беременных женщин, пациентов с сахарным диабетом, ревматоидным артритом, а также тех, кто подвержен обструктивным заболеваниям мочевыводящих путей или имеет анатомические аномалии почек. Скрининг может включать в себя оценку клинических симптомов (например, боли в пояснице, дизурии), анализ мочи на

наличие воспалительных изменений и микроорганизмов, а также ультразвуковое исследование почек для выявления признаков воспаления и других патологий. Важно, чтобы проведение скрининга сопровождалось консультацией врача и обсуждением результатов с целью определения необходимости дальнейших диагностических и лечебных мероприятий.

2.4. Вторичная профилактика.

Вторичная профилактика острого неосложненного пиелонефрита направлена на предотвращение рецидивов заболевания у лиц, которые уже перенесли один или несколько эпизодов пиелонефрита. Этот тип профилактики играет важную роль в уменьшении частоты повторных случаев и предотвращении развития хронического течения патологии. Основные стратегии вторичной профилактики включают в себя:

- 1. Лечение и контроль основного заболевания.** Пациентам с основными заболеваниями, такими как сахарный диабет или хронические заболевания мочевыводящих путей, необходимо обеспечить регулярное медицинское наблюдение и адекватное лечение основного заболевания. Это поможет контролировать риск развития острой неосложненной формы пиелонефрита.
- 2. Профилактическая антибактериальная терапия.** В случае повторных эпизодов пиелонефрита или высокого риска их возникновения, может быть назначена длительная или периодическая курсовая профилактическая антибактериальная терапия. Это позволяет снизить вероятность рецидивов за счет подавления роста возбудителей инфекции.
- 3. Устранение факторов риска.** Пациентам рекомендуется избегать факторов, которые могут способствовать развитию пиелонефрита, таких как гипотермия, длительное удержание мочи, неправильное питание и недостаточное потребление жидкости. Профилактические меры также могут включать в себя регулярное урологическое обследование и коррекцию образа жизни.
- 4. Образовательные программы.** Важной частью вторичной профилактики является обучение пациентов методам предотвращения рецидивов, включая соблюдение правил гигиены, контрольные меры при обострении сопутствующих заболеваний и своевременное обращение к врачу при появлении симптомов ухудшения состояния.

Эффективная вторичная профилактика острого неосложненного пиелонефрита требует индивидуализированного подхода к каждому пациенту и комплексного управления факторами риска, с учетом особенностей и сопутствующих заболеваний.

2.5. Третичная профилактика.

Третичная профилактика острого неосложненного пиелонефрита направлена на предупреждение повторных случаев заболевания у лиц, которые уже перенесли один или несколько эпизодов и успешно прошли вторичную профилактику. Этот вид профилактики ориентирован на устранение основных причин и рисков возникновения рецидивов, а также на поддержание стабильного

состояния здоровья мочевыводящей системы. Основные стратегии третичной профилактики включают в себя:

1. **Долгосрочное медицинское наблюдение.** Пациентам, страдающим от рецидивирующего пиелонефрита, рекомендуется регулярное медицинское наблюдение у врача-уролога или нефролога. Это позволяет своевременно выявлять любые изменения состояния мочевыводящей системы и принимать необходимые меры.
2. **Индивидуальная терапия.** Для пациентов с высоким риском рецидивов пиелонефрита может быть назначена индивидуализированная терапия, включая продолжительные курсы профилактических антибиотиков или препаратов, улучшающих функцию мочевыводящей системы.
3. **Коррекция факторов риска.** Пациентам рекомендуется избегать факторов, которые могут способствовать развитию пиелонефрита, таких как гипотермия, длительное удержание мочи, неправильное питание и недостаточное потребление жидкости. Профилактические меры также могут включать в себя регулярное урологическое обследование и коррекцию образа жизни.
4. **Образовательные программы.** Пациентам следует предоставлять информацию о методах предотвращения рецидивов, включая соблюдение правил гигиены, контрольные меры при обострении сопутствующих заболеваний и своевременное обращение к врачу при появлении симптомов ухудшения состояния.

Третичная профилактика острого неосложненного пиелонефрита направлена на долгосрочное поддержание здоровья мочевыводящей системы и предотвращение рецидивов заболевания, обеспечивая пациентам максимально возможное качество жизни.

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЁННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

3.1. Цель реабилитации.

Цель реабилитации заключается в обеспечении наилучшего восстановления здоровья и качества жизни пациентов, перенесших острый неосложнённый пиелонефрит.

3.2. Полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы.

В большинстве случаев, при своевременном и адекватном лечении, острый пиелонефрит не приводит к необратимым изменениям в функции почек, и они могут полностью восстанавливаться в течение нескольких недель до нескольких месяцев. Однако у некоторых пациентов, особенно при тяжелых или рецидивирующих случаях заболевания, может потребоваться длительный период времени для восстановления функции почек, и некоторые пациенты могут оставаться с некоторой степенью хронической почечной недостаточности. В таких случаях важно проводить регулярное медицинское наблюдение и контроль за функцией почек, а также корректировать лечение и образ жизни с учетом индивидуальных потребностей пациента. Своевременное выявление и эффективное лечение острого пиелонефрита играют ключевую роль в успешном восстановлении функции почек и улучшении прогноза заболевания.

3.3. Поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса.

В завершающей стадии острого патологического процесса, такого как острый неосложнённый пиелонефрит, важно обеспечить оптимальные условия для восстановления организма. Это включает постоянное медицинское наблюдение, контроль за функцией почек, правильное питание и режим питья, облегчение болевого синдрома и психологическую поддержку. Комплексный подход помогает предотвратить возможные осложнения и обеспечить успешное восстановление.

3.4. Предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма.

Важно регулярно следить за состоянием органов, особенно почек, после пиелонефрита. Регулярные визиты к врачу, анализы и обучение пациентов помогают выявить и контролировать возможные проблемы на ранней стадии. Коррекция факторов риска и своевременное лечение играют ключевую роль в предотвращении осложнений и успешном восстановлении.

3.5. Предупреждение и снижение степени возможной инвалидности.

Специфических методов реабилитации не существует.

3.6. Улучшение качества жизни.

Специфических методов реабилитации не существует.

- 3.7. Сохранение работоспособности пациента.**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 3.8. Социальная интеграция пациента в общество.**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 4. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ 3-Х ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И К РЕАБИЛИТАЦИИ (КОНКРЕТИЗИРУЮТСЯ СООТВЕТСТВЕННО ПРОФИЛЮ).**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 5. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ (СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ, ДАННЫМ ОСНОВАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ).**
Не разработаны.
- 6. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТАПА И ОБЪЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР**
Не разработаны.
- 7. ЭТАПЫ И ОБЪЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ.**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 9. ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ.**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 10. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**
Специфических методов реабилитации не существует.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

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.