

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

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Ташкент - 2025

Содержание :

1	Национальный клинический протокол диагностики и лечения хронического пиелонефрита по нозологиям.....	5 - 25
2	Национальный клинический протокол медицинских вмешательств при хроническом пиелонефрите.....	26 - 30
3	Национальный клинический протокол медицинской профилактики или реабилитации хронического пиелонефрита.....	31 - 35

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА»**

1. Введение

1.1 Международная классификация болезней – МКБ -10 код(ы):

НКК (МКБ) -10	
Код	
N11	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (хронический инфекционный интерстициальный нефрит, пиелит, пиелонефрит)
N11.0;	Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом;
N11.1;	Хронический обструктивный пиелонефрит;
№ 11,8	Другой хронический тубулоинтерстициальный нефрит
№ 11,9	Неуточненный хронический тубулоинтерстициальный нефрит
№ 13	Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия
H20.9	Хронический пиелонефрит при мочекаменной болезни ;
Скачать	https://classinform.ru/mkb-10/n11.1.html

НКК (МКБ)-11	
GB55.Z	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, не уточнённый
GB70	Калкульёзный пиелонефрит
GB55.Y	Другой уточнённый хронический тубулоинтерстициальный нефрит
GB56.Z	Обструктивная или рефлюкс-уропатия неуточнённая
GB56.Y	Другая уточнённая обструктивная или рефлюкс-уропатия
GB54	Тубулоинтерстициальный нефрит, не уточнённый как острый или хронический
Yuklab olish	https://mkb11.online/119598

1.2. Дата разработки и пересмотра протокола: Дата разработки 2025 г., с датой пересмотра в 2028 г. по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

1.3. Организация, ответственная за клинический протокол:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки

1.4. Следующие члены Рабочей группы по нефрологии внесли свой вклад в разработку клинического протокола:

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Азизов Собит Курбанович | Главный консультант по гемодиализу МЗ РУз | Заведующий 1-м отделением гемодиализа РСНПМЦНиТП |
| 2. Закиров Джурат Фатихович | Кандидат наук. | Заведующий 2-м отделением гемодиализа РСНПМЦНиТП |
| 3. Абдуллаев Шерзод Сайдуллаевич | д.м.н., доцент | Зав. научного отдела РСНПМЦНиТП |

4.	Шарапов Олимхан Надирханович	Кандидат наук.	Зав. научного отдела РСНПМЦНиТП
5.	Эгамбердиева Дано Абдисаматовна	д.м.н, профессор	ТашПМИ
6.	Мирзаева Барно Миркамолловна	к.м.н., доцент	ТашПМИ
7.	Даминова Камола Маратовна	д.м.н., доцент	ТашГосСИ
8.	Мунавваров Бурхан Абдужалилович	к.м.н., доцент	ТашГосСИ

1.5. Список основных авторов :

Нет	РЫБА	Рабочее место	Должность и звание
1.	Сабилов Максуд Атабаевич	РСНПМЦНиТП	Заместитель директора по научной работе. Доктор наук, профессор
2.	Султанов Надир Назирович	РСНПМЦНиТП	Заведующий научным отделением. Кандидат наук.
3.	Арипходжаева Гульноза Зайниддинова	Центр развития профессиональной квалификации медицинских кадров	Заведующая кафедрой «Нефрология, гемодиализ и трансплантация почки», д.м.н., доцент

1.6. Рецензенты :

Нет	РЫБА	Рабочее место	Должность и звание
1.	Джаббаров Озимбой Отаханович	Ташкентская медицинская академия	Заведующий кафедрой. Доктор наук, профессор
3.	Альберто Орtiz	Клиника Хименис Диас (Мадрид. Испания),	Заведующий отделением клиники нефрологии и гипертонии. Профессор. Член Совета Европейской почечной ассоциации .

1.7. Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. **Халиков Алишер Юсупович** – Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии им. академика Туракулова Я.Х.
2. **Тургунова Дилором Пулатовна** – Центр развития профессиональной квалификации медицинских кадров.

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.

1.11. Дата и номер выписки из протокола обсуждения на Учёном совете РСНПМЦН и ТП;

- Протокол №5, от 26.05.2025года.

1.12. Пользователи клинического протокола: Терапевты, нефрологи, урологи, эндокринологи, врачи общей практики, кардиологи, администраторы клиник, магистранты и докторанты медицинских вузов.

1.13. Категория больных по данному диагнозу/нозологии :

НKK (МКБ) -10	
Код	
N11	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (хронический инфекционный интерстициальный нефрит, пиелит, пиелонефрит)
N11.0;	Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом;
N11.1;	Хронический обструктивный пиелонефрит;
№ 11,8	Другой хронический тубулоинтерстициальный нефрит
№ 11,9	Неуточненный хронический тубулоинтерстициальный нефрит
№ 13	Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия
N20.9	Хронический пиелонефрит при мочекаменной болезни ;
Скачать	https://classinform.ru/mkb-10/n11.1.html

НKK (МКБ)-11	
GB55.Z	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, не уточнённый
GB70	Калкульёзный пиелонефрит
GB55.Y	Другой уточнённый хронический тубулоинтерстициальный нефрит
GB56.Z	Обструктивная или рефлюкс-уропатия неуточнённая
GB56.Y	Другая уточнённая обструктивная или рефлюкс-уропатия
GB54	Тубулоинтерстициальный нефрит, не уточнённый как острый или хронический
Yuklab olish	https://mkb11.online/119598

1.14. Используемые сокращения;

Нет	Сокращение	Полное название
1.	<i>СКФ</i>	Скорость фильтрации клубочков
2.	<i>УЗИ</i>	Ультразвуковое исследование
3.	<i>ЭКГ</i>	Электрокардиография
4.	<i>CKD-EPI</i>	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration

5.	<i>МСКТ</i>	Мультиспиральная компьютерная томография
6.	<i>иАПФ</i>	Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
7.	<i>АРА</i>	Ингибиторы рецепторов ангиотензина
8.	<i>ИМТ</i>	Инфекция мочевыводящих путей

Уровень достоверности доказательств с указанием классификации категории достоверности доказательств (УДД).

Уровень доказанности	Описание
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа
2	Систематические обзоры исследований любого дизайна, кроме рандомизированных клинических исследований, с использованием отдельных рандомизированных клинических исследований и метаанализа.
3	Рандомизированные контролируемые исследования, включая когортные исследования.
4	Несравнительные исследования, описания клинических случаев или серий случаев, исследования «случай-контроль».
5	Доступно только на основании механизма действия вмешательства (доклиническое) или экспертного заключения.

Шкала уровня доказательности в доказательной медицине.

Категория доказанности	Источник доказательств	Описание
А	Рандомизированные контролируемые исследования	Основаны на хорошо рандомизированных исследованиях с достаточным количеством пациентов для получения надежных результатов. Может быть рекомендован к широкому использованию.
В	Рандомизированные контролируемые исследования	Доказательства основаны на рандомизированных контролируемых исследованиях, но количество включенных пациентов недостаточно для надежного статистического анализа. Рекомендуется

		для ограниченного использования населением.
C	Нерандомизированные контролируемые исследования	Доказательства основаны на нерандомизированных клинических исследованиях или исследованиях с ограниченным числом пациентов.
D	Мнения экспертов	Доказательства основаны на консенсусе, достигнутом группой экспертов по конкретному вопросу.

2. Основная часть.

2.1. Введение

Хронический пиелонефрит – распространенное заболевание среди заболеваний почек. В среднем составляет 60% всех заболеваний почек. Это второе по распространенности заболевание среди человечества (после заболеваний верхних дыхательных путей). Заболеваемость составляет 18 случаев на 1000 человек. Женщины болеют в 2-5 раз чаще, чем мужчины. Это 1-2% заболеваний в общей популяции. Таким образом, хронический пиелонефрит является одним из наиболее распространенных заболеваний человека [1].

2.2. Общее определение:

Хронический пиелонефрит (ХП) — процесс «стойкого инфекционного воспаления» чашечки, стромы и паренхимы почек, который в дальнейшем осложняется паренхиматозным склерозом, гипертонической болезнью и почечной недостаточностью. Когда пиелонефрит сопровождается воспалением всех мочевыводящих путей, циститом и бессимптомной бактериурией, ставят диагноз «Инфекция мочевыводящих путей» [1].

2.3. Клиническая классификация (Международная и Европейская ассоциация урологов. EUA 2004)

Классификация:

По месту возникновения:

- внебольничный (амбулаторный);
- внутрибольничный (стационарный);

По осложнениям:

- неосложненные;
- осложненные (абсцесс, карбункул, паранефрит, острое повреждение почек, уросепсис);

По течению:

- острый (первый эпизод);

- *новое заражение (de novo) через 3 месяца после прохождения острого эпизода заболевания;*
- *рецидивирующий (эпизоды рецидивирующей инфекции, развивающиеся в течение 3 месяцев после прохождения острого пиелонефрита);*

По происхождению:

- *Первичный хронический пиелонефрит наблюдается без структурного поражения почки. (без уродинамических нарушений мочевыводящих путей и аномалии)*
- *Вторичный хронический пиелонефрит развивается вследствие уродинамических нарушений вследствие других заболеваний:*
 - *аномалии развития почек и мочевыводящих путей;*
 - *мочекаменная болезнь;*
 - *стриктуры уретры различной этиологии;*
 - *болезнь Ормонда (ретроперитонеальный фиброз);*
 - *пузырно-уретральный рефлюкс и рефлюкс-нефропатия;*
 - *аденома и склероз предстательной железы;*
 - *рубец шейки мочевого пузыря;*
 - *нейрогенный мочевой пузырь (более гипотонический тип);*
 - *кисты и опухоли почек;*
 - *различные свойства в мочевыводящих путях;*
 - *злокачественные опухоли половых органов.*

По месту воспаления: *одностороннее или двустороннее.*

Стадии хронического пиелонефрита:

- *период активного воспаления;*
- *период скрытого воспаления;*
- *ремиссия или клиническое выздоровление.*

Этиология: Возбудителями хронического пиелонефрита являются *E. coli*, стафилококк, стрептококк или смешанная флора. При этом основными источниками заболевания могут стать гнойные воспалительные заболевания в других органах. К ним относятся кариес зубов, пневмония, фурункул, очаги воспаления внутренних органов. Грамотрицательные бактерии в виде *Escherichia coli* (75%), *Proteus mirabilis* (10-15%) *Enterococcus* и *Enterobacter*. В редких случаях можно обнаружить *Klebsiella*, *Staphylococcus* и *Candida albicans* [1,2,8].

Если возбудителем пиелонефрита является внутрибольничная инфекция, то можно обнаружить еще кишечную палочку, Клебсиеллу, Протей, золотистый стафилококк, Кандиду. Обычно золотистый стафилококк выявляют в бактериальных посевах мочи при

распространении инфекции гематогенным путем и наблюдаются случаи почечных гнойных осложнений [2,10,11].

Патогенез

Пути заражения

1. Гематогенный – распространение патогенного микроорганизма через кровь от источника инфекции.
2. Лимфогенный – распространение болезнетворного микроорганизма по лимфатической системе.
3. Урогенный – когда возникает рефлюкс через стенку уретры и ее полость, то есть между мочевым пузырем и уретрой.

Клинические:

Хронический пиелонефрит в период ремиссии протекает более бессимптомно. В период выздоровления могут появиться общие и местные клинические симптомы [3,4,7].

- Боль в спине – частая жалоба пациентов. Интенсивность боли может варьировать от легкой тяжести до сильных болевых симптомов. Асимметричная боль является характерной чертой этого заболевания. В ряде случаев локализация боли атипична и может наблюдаться в ягодичной и паховой области.
- Могут наблюдаться дизурические симптомы — поллажурия (частое мочеиспускание) и струнурия (боль при мочеиспускании). При снижении функции почек наблюдаются поллажурия и никтурия, а также снижение относительной плотности мочи.
- Повышение артериального давления может наблюдаться у 15-25% больных на ранних стадиях пиелонефрита и до 70% больных на поздних стадиях.
- интоксикация (лихорадка, общее недомогание, недомогание, потливость, анорексия);

3. Методы, подходы и диагностические процессы (https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyelonefrit-u-vzroslykh_14026/)

При диагностике заболевания необходимо ориентироваться на анамнез больного. При хроническом пиелонефрите большее значение имеют следующие данные анамнеза:

- Рецидив инфекции мочевыводящих путей;
- Метаболические нарушения (сахарный диабет, камни в почках и т.д.)
- Наличие поликистозных почек;
- Наличие врожденной аномалии мочевыводящих путей;
- Беременность;
- Длительное лечение глюкокортикостероидами и цитостатиками;

При диагностике хронического пиелонефрита необходимо провести следующие лабораторные и инструментальные исследования [5, 10, 13].

Обязательные лабораторные исследования:

Категория доказанности	УДД	Название исследования
D	4	Общий анализ мочи (не менее трех раз в год при каждом обострении, если обострения нет дважды)
D	4	Анализ мочи по Нечипоренко (или Каковскому-Аддису) (не менее трех раз в год при каждом обострении, если обострения нет дважды)
D	4	ОАК (минимум два раза при обострении, один раз в год, если обострения не было)
D	4	Биохимический анализ крови: мочевины и/или креатинина и/или мочевая кислота и/или мочевая кислота, общий белок, глюкоза (не реже двух раз при каждом обострении, один раз в год при отсутствии обострения)
D	1	повторное исследование необходимо, если предыдущая антибактериальная терапия была не эффективна)
D	4	Определение СКФ по формуле СКД-ЕРІ (не реже одного раза в год при каждом обострении)

Дополнительные лабораторные исследования:

Категория доказанности	УДД	Название исследования
D	4	Мазок крови для определения стерильности и чувствительности к антибиотикам (не реже одного раза, когда требуется исключить сепсис в разгар лихорадки в момент обострения);
D	4	Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, об билирубин, общ холестерин, С-реактив белок.
D	4	Проверка количества ренина, ангиотензина и альдостерона в крови при повышении артериального давления;

Обязательные инструментальные обследования:

Категория доказанности	УДД	Название исследования
D	4	УЗ-обследование почек, мочевого пузыря и предстательной железы (у мужчин) (при обострении, но не реже двух раз в год, затем при обострении по необходимости проводят УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы)
D	4	Визуальная и экскреторная урография (обычно проводится однократно при сохраненной функции почек для исключения обструкции мочеточника. Повторные исследования могут быть основаны на камнях в почках, состоянии мочеточников до и после операции и т. д.)

Дополнительные инструментальные исследования:

Категория доказанности	УДД	Название исследования
D	4	УЗИ почечных артерий (проводится для исключения одностороннего или двустороннего стеноза почечных артерий);
D	4	Радиоизотопная реносцинтиграфия (обычно проводится до 1 раза в год при сохраненной способности почек выделять азот);
D	4	Компьютерная томография забрюшинных органов (проводится для исключения опухолей и других заболеваний)
D	4	Ретроградная, инфузионная и антероградная урография (показания определяются совместно с урологом);
D	4	Если лихорадка не спадает в течение 72 часов от начала заболевания, проводят КТ или МРТ с контрастом (при подозрении на аномалии мочевыводящих путей, различные свищи).

Необходимая консультация специалиста:

- Нефролог.
- При развитии обструкции мочевыводящих путей необходимо обратиться к урологу или хирургу (при отсутствии уролога), а при необходимости перевести в урологическое отделение для оперативного лечения.

Лабораторные изменения включают в себя: [2,5,11]:

- лейкоцитурия (в общем анализе мочи, в моче по Нечипоренко, Амбурже);
- истинная бактериурия (когда проводится посев мочи для определения стерильности);
- Увеличение скорости оседания эритроцитов;

Критерии диагностики хронического пиелонефрита [1,8,12].:

При хроническом пиелонефрите ультразвуковое исследование позволяет ответить на следующие вопросы:

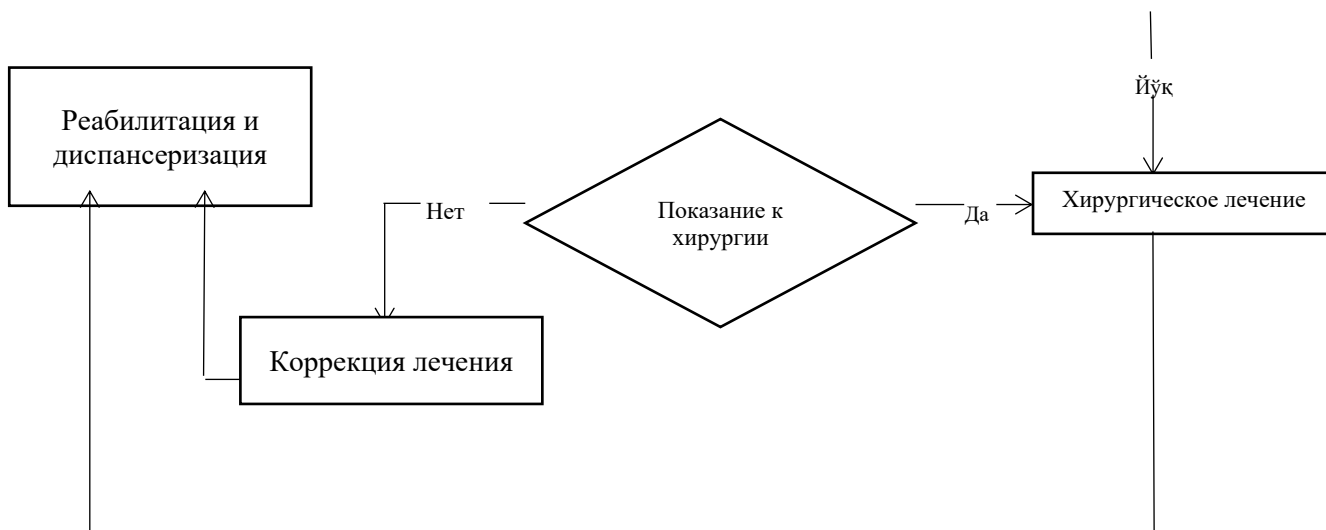
- Признаки воспаления в почечной лоханке;
- обструкции (камень, пиелокаликоектазия, гидронефроз, объемная опухоль, некоторые врожденные аномалии развития мочевыводящих путей);
- Нефросклероз;
- Карбункул почки;

4. Тактика лечения в условиях амбулатории:

Рекомендация	Уровень важности
Госпитализация не рекомендуется при неосложненном пиелонефрите. Пациенту рекомендована группа фторхинолонов из группы антибиотиков первого ряда кратковременного действия.	Сильный
Пациентам с осложненным пиелонефритом, требующим госпитализации, следует вводить противомикробные препараты внутривенно.	Сильный

Алгоритм диагностики и лечения больных [5]:





4. Тактика амбулаторного лечения:

1) Рекомендации по санаторно-курортному лечению хронического пиелонефрита [3,5,7].:

Основная цель лечения пиелонефрита в санаторно-курортных условиях – устранение возбудителей – бактериальных агентов, обнаруживаемых в моче, и предотвращение рецидивов. Эффективность лечения можно оценить в зависимости от результатов бактериологического исследования мочи. В период ремиссии заболевания рекомендуется лечиться в санаториях Трускавце, Ессентуках, Ситораи Мохи Хоса. Кроме острой стадии хронического пиелонефрита, в санаториях могут лечиться больные, у которых азот выделительная функция существенно не нарушена, артериальное давление у которых не превышает 160/100 мм.рт.ст. Такие больные могут лечиться на климатических и бальнеологических курортах.

Больным хроническим пиелонефритом рекомендуется 7-я диетический стол по Певзнеру.

Немедикаментозная терапия [1,3,8]:

Рекомендуется поддерживать достаточный диурез при хроническом пиелонефрите. Количество потребляемой жидкости должно составлять в среднем 2000-2500 мл/молоко. Рекомендуется употреблять мочегонные препараты, настойки растений, богатых витаминами и антисептическими свойствами.

Больным хроническим пиелонефритом, осложненным артериальной гипертензией без полиурии и потери электролитов, рекомендуется снизить потребление поваренной соли (5-6 г/сут).

Больным хроническим пиелонефритом рекомендуется 7-й стол парчеза по «Певзнеру».

Противовоспалительными свойствами фитопрепаратов (листья клюквы, листья малины,

тысячелистник, ромашка, петрушка, березовые почки) можно применять в течение 1 месяца. Однако доказанных медицинских исследований эффективности фитопрепаратов не проводилось, состав этого лечения не является обязательным.

2) Медикаментозное лечение хронического пиелонефрита:

Антибактериальное лечение хронического пиелонефрита рекомендуется после проведения бактериологического анализа мочи и выявления патогенной флоры и определения чувствительности к антибиотикам.

Лечение неосложненного пиелонефрита:

Неосложненный пиелонефрит можно лечить амбулаторно. Продолжительность антибактериального лечения составляет 7-10 дней. Прежде чем назначить антибактериальное лечение, необходимо провести бактериологический анализ мочи.

При наличии у больного признаков интоксикации целесообразно рекомендовать дезинтоксикационное лечение.

Краткое изложение доказательств и рекомендаций по лечению неосложненного пиелонефрита (<https://uroweb.org/guidelines>):

Краткое изложение доказательств	Уровень доказательности
Фторхинолоны и цефалоспорины — единственные антибактериальные препараты, которые можно рекомендовать для перорального применения.	1b
Выбор фторхинолонов, аминогликозидов, цефалоспоринов широкого спектра действия и группы пенициллинов при выборе внутривенной антибактериальной терапии неосложненного пиелонефрита	1b
Препараты карбапенема выбираются только в том случае, когда микроорганизм, обнаруженный при анализе бактериальной культуры мочи, не чувствителен ко многим противомикробным препаратам.	4
Каждый выбранный противомикробный препарат рекомендуется на основании результатов бактериологического исследования мочи.	3

Таблица 1

Перечень основных препаратов (со 100% вероятностью применения):

Категория доказанности – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Фторхинолон	Таб. Ципрофлоксацин 500 мг	По 1 таб х 2 р/д	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Фторхинолон	Таб. Левофлоксацин 500 мг	По 1 таб х 2 р/д	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Фторхинолон	Таб. Офлоксацин 200 мг	По 1 таб х 2 р/д	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;

Список дополнительных препаратов (вероятность применения менее 100%):

Категория доказанности – А (уровень достоверности доказательств – 1b)

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
-------------------------------	--	-------------------	-------------------------

Цефалоспорины II поколения	Таб. Цефуросим 250 мг	По 1 таб х 2 раза/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Цефалоспорины III поколения	Таб. Цефтибутен 400 мг	По 1 таб х 1 раза/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Цефалоспорины III поколения	Таб. Цефиксим 400 мг	По 1 таб х 1 раз/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Защищенные пенициллины	Таб. Амоксициллин/клавулановая кислота	По 1 таб х 3 раза/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Продукты фосфоновой кислоты	Фосфомицин трометамол 3 гр.	По 1 пакетику х 1 раз	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Нитрофурановая продукция	Таб. Нитрофурантоин 100 мг	По 1 таб х 2 раза/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Нитрофурановая продукция	Кап. Фуросидин 50 мг	По 1 капс х 3 раза/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Нитрофурановая продукция	Кап. Нитроксолин 50 мг	По 1 капс х 3 раза/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Группа Хиналонов	Кап. Пипемидоновая кислота 200 мг	1 капс х 2 раза/день	https://legalacts.ru/doc/klinichesk-ye-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;

Если симптоматическая артериальная гипертензия (САГ) наблюдается как осложнение пиелонефрита, целесообразно рекомендовать гипотензивные препараты. Поскольку механизм развития САГ связан с увеличением количества ренина в крови, в первую очередь рекомендуются ингибиторы АПФ. При наличии противопоказаний рекомендуются антагонисты рецепторов ангиотензина II.

Доказательная категория А (уровень доказательности – 1а)

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Ангиотензин-превращающий фермент	Таб. Эналаприл 10 мг	Дважды в день	https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Ангиотензин-превращающий фермент	Таб. Лизинакор 10 мг	Однократно в день	https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-khronicheskii-pyelonefrit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	Таб. Лозартан 50-100 мг	Однократно в день	https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-khronicheskii-pyelonefrit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	Таб. Азилсартан медоксомил 20-40 мг	Однократно в день	https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-khronicheskii-pyeloneprit-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/ ;

3) Показания к хирургическому лечению:

Категория доказанности	УДД	Название исследования
D	4	Решение уролога (хирурга) с, гнойно - разрушительный пиелонефрит примечание зрелый, пионефроз, апостематозный нефрит , гидронефроз только при формировании стационарный в данных обстоятельствах будет проведено .

Включение в историю болезни лекарственных средств, не зарегистрированных в Республике Узбекистан, не является основанием для возмещения затрат в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

4) должны находиться на **обязательном диспансерном наблюдении** в ССП и СП. Контрольные визиты для осмотра и осмотра больного следует проводить каждый раз при обострении заболевания, если нет обострения пиелонефрита, 1 раз в 3 мес. В последнем случае необходимо провести УЗИ, анализ мочи по Нечипоренко, измерение АД. УЗИ почек и мочевого пузыря следует проводить один раз в год при каждом обострении хронического пиелонефрита, а также при слабых обострениях в период ремиссии.

5) Критерии эффективности лечения и результат [1].

Клинические: исчезновение синдрома интоксикации, нормализация температуры тела,

исчезновение или уменьшение дизурии, болей в спине.

Лаборатория: осадок мочи нормализация, Достижение нормальных показателей лейкоцитоза и СОЭ в ОАК.

Ремиссия заболевания наступает после устранения обострения. Рецидив заболевания проявляется ухудшением симптоматики. Средняя продолжительность обострения 14-20 дней, в 25% случаев может продлиться до 1,5-2 месяцев, что требует постоянной антибактериальной терапии. В 15 процентах случаев обострение не удается устранить медикаментозной терапией.

5. Инструкция по госпитализации в зависимости от вида медицинской помощи:

1) Для приема пациентов в стационар планового ухода инструкции:

- при появлении у больного дизурических симптомов;
- при повышении температуры тела до 38⁰;
- при амбулаторном лечении у пациента не получается в течение 3 дней;
- при нарастании клинических признаков;

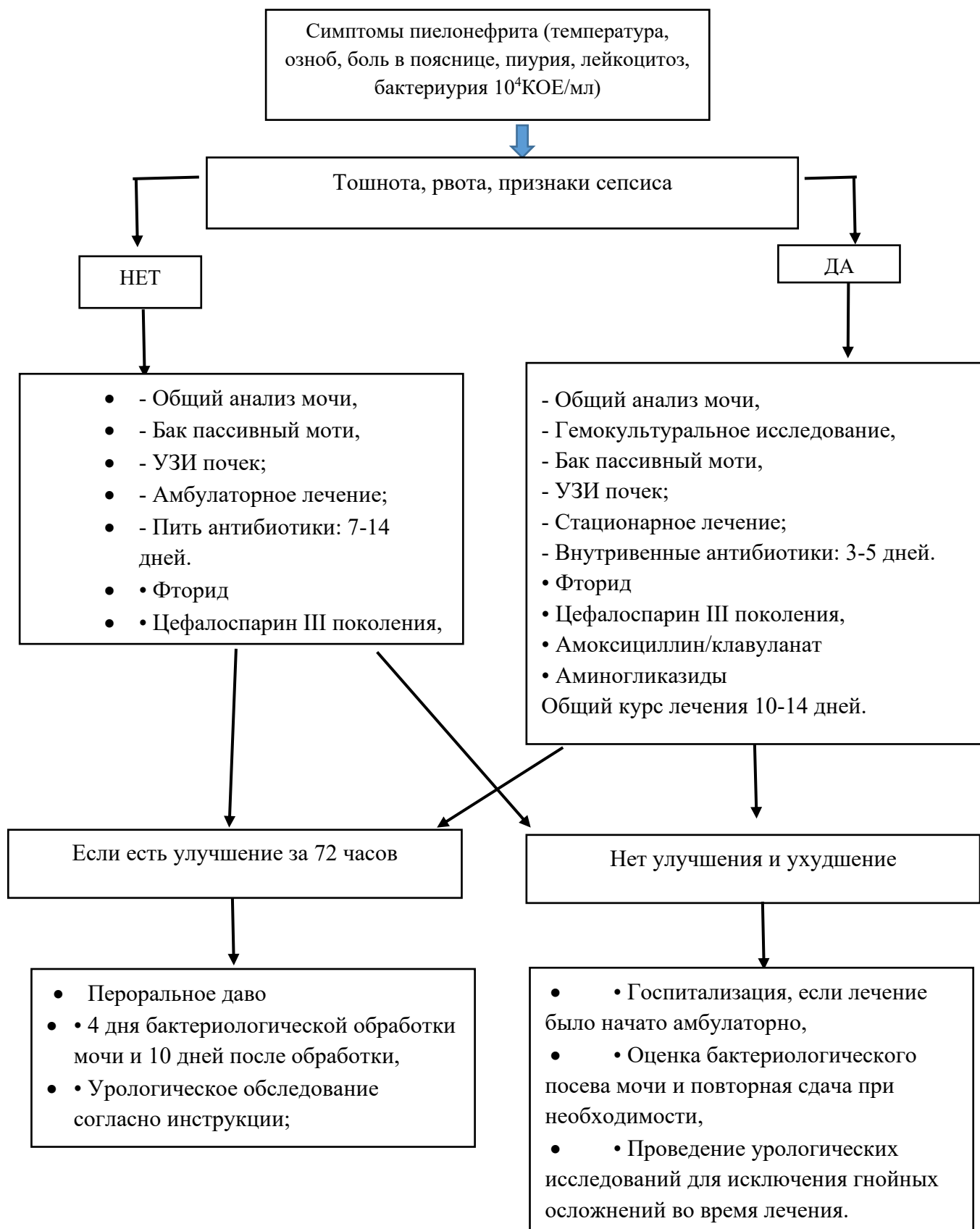
2) Инструкция по поступлению в больницу скорой помощи:

- Когда температура тела больного > не опускается ниже 38 градусов;
- У больного выраженные признаки интоксикации;
- в случаях, когда наблюдается пиурия;
- в момент сильного проявления клинических симптомов;

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

1) карта учета пациентов, маршрутизация пациентов (схемы, алгоритмы);

Тактика врача при обнаружении у больного пиелонефрита:



2) Лечение осложненного пиелонефрита:

Осложненный пиелонефрит требует лечения в стационарных условиях. Продолжительность антибактериального лечения составляет 14 дней и более. Антибактериальное лечение проводится поэтапно. Первые 3-5 дней лечения эмпирические антибиотики вводят внутривенно, после улучшения состояния и уменьшения клинических симптомов лечение продолжают в виде таблеток. Группа фторхинолонов является группой выбора для рекомендации антибактериального лечения. Если эффект от лечения не наблюдается в течение 3 дней, его количество увеличивают или добавляют другой препарат. После того как бактериологический анализ мочи готов, его подбирают в зависимости от чувствительности к антибиотикам. Продолжительность лечения определяется выздоровлением заболевания, но не менее 14 дней [3,5,14].

Список основных препаратов (со 100% вероятностью применения):

Доказательная категория А (уровень доказательности – 1b)

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Фторхинолон	Ципрофлоксацин 100-200 мг	2 раза в день внутривенно	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyelonefrit-u-vzroslykh_14026/
Фторхинолон	Пефлоксацин 400 мг	2 раза в день внутривенно	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyelonefrit-u-vzroslykh_14026/
Фторхинолон	Офлоксацин 200 мг	2 раза в день внутривенно	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyelonefrit-u-vzroslykh_14026/
Фторхинолон	Левифлоксацин 500 мг	1 раз в день внутривенно	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyelonefrit-u-vzroslykh_14026/

дополнительных препаратов (вероятность применения менее 100%):

Доказательная категория А (уровень доказательности – 1b)

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Защищенные пенициллины	Ампициллин+сульбактам 1,0 гр.	2 раза в день внутривенно	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyeloneprит-u-vzroslykh_14026/
Защищенные пенициллины	Ампициллин+клавулановая кислота 1,2-2,4 гр.	3-4 раза в день внутривенно/per os	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyeloneprит-u-vzroslykh_14026/
Защищенные пенициллины	Пиперациллин-тазобактам 2-2,25-4,5	3-4 раза в день внутривенно/per os	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyeloneprит-u-vzroslykh_14026/
Цефалоспорины III поколения + бета-лактамаза ингибиторы	Цефоперазон+сульбактам 1,0-2,0 гр.	2 раза в день внутривенно, внутримышечно	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyeloneprит-u-vzroslykh_14026/

Если симптоматическая предсердная гипертензия (САГ) наблюдается как осложнение пиелонефрита, целесообразно рекомендовать гипотензивные препараты. Поскольку механизм развития САГ связан с увеличением количества ренина в крови, в первую очередь рекомендуются ингибиторы АПФ. При наличии противопоказаний рекомендуются антагонисты рецепторов ангиотензина II.

Доказательная категория А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Ангиотензинпревращающий фермент	Таб. Эналаприл 10 мг	Пить по 2 таблетки в день	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyeloneprит-u-vzroslykh_14026/
Ангиотензинпревращающий фермент	Таб. Лизинакор 10 мг	Пить 1 раз в день	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-pyeloneprит-u-vzroslykh_14026/

Антагонисты рецепторов ангиотензина II	Таб. Лозартан 50-100 мг	Пить 1 раз в день	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskiy-pyelonefrit-u-vzroslykh_14026/
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	Таб. Азилсартан медоксомил 20-40 мг	Пить 1 раз в день	https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskiy-pyelonefrit-u-vzroslykh_14026/

3) При хроническом пиелонефрите, когда у больных наблюдаются симптомы острой интоксикации (головная боль, головокружение, тошнота, утомляемость, снижение аппетита, утомляемость), рекомендуется дезинтоксикационное лечение. В качестве детоксикационного лечения рекомендуется парентеральное введение 5% растворов глюкозы, 0,9% растворов натрия хлорида, сукцинасола, реосорбилакта по 10-20 мл/кг в сутки.

4) Показание к хирургическому лечению осуществляется по решению уролога (хирурга) при формировании пионефроза, карбункула, абсцесса почки, апостематозного нефрита, гидронефроза несмотря на наличие гнойно-деструктивного пиелонефрита в стационарных условиях.

При осложнении хронического пиелонефрита односторонним нефросклерозом, а также при развитии случаев артериальной гипертензии, трудно поддающейся контролю, с утратой функции органа или значительными функциональными нарушениями рекомендуется нефрэктомия [1].

5) При реабилитации больных хроническим пиелонефритом при отсутствии активных симптомов заболевания рекомендуется в течение 1-3 мес. сдавать почечные настойки и антисептики, приготовленные из трав или растений.

6) При проведении профилактики заболеваний и диспансерного контроля врачи СВП и СП по месту жительства должны находиться под **обязательным диспансерным наблюдением**. Контрольные визиты для осмотра и осмотра больного следует проводить каждый раз при обострении заболевания, если нет обострения пиелонефрита, 1 раз в 3 мес. При обследовании обязательно УЗИ, анализ мочи по Нечипоренко, измерение АД. УЗТ почек и мочевого пузыря следует проводить один раз в год при каждом обострении хронического пиелонефрита, а также при слабых обострениях в период ремиссии.

5) Критерии оценки и исходы эффективности лечения [1,3,8,14].

Клинические признаки: ликвидация синдрома интоксикации, нормализация температуры

тела, ликвидация или уменьшение дизурических симптомов, исчезновение болей в спине.

Лабораторные признаки: нормализация объема мочи, нормализация показателей ОАК.

Ремиссия заболевания наступает после устранения обострения. Рецидив заболевания проявляется ухудшением симптоматики. Средняя продолжительность обострения 14-20 дней, в 25% случаев может продлиться до 1,5-2 месяцев, что требует постоянной антибактериальной терапии. В 15 процентах случаев обострение не удается устранить медикаментозной терапией. После заболевания могут развиваться такие осложнения, как ХПН, токсико-септические осложнения, ОПН, нефрогенная артериальная гипертензия.

б) Организационные аспекты протокола:

1) Все члены рабочей группы сообщили об отсутствии конфликта интересов;

2) *Эксперты:*

Джаббаров Озимбой Отаханович – заведующий кафедрой д.м.н., профессор «Факультетской и госпитальной терапии, нефрологии и гемодиализа №2, ТМА».

Алберто Ортиз - заведующий кафедрой клиники Хименис Диас «Нефрология и гипертензия», профессор. Член Европейской почечной ассоциации.

7) По истечении 3 или 5 лет после разработки и утверждения протокола или в случае разработки новых методов лечения и диагностики с уровнем доказательности данный протокол может пересматриваться и дополняться ежегодно;

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ МЕДИЦИНСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ**

2. Основная часть.

2.1. Введение

Хронический пиелонефрит – распространенное заболевание среди заболеваний почек. Это в среднем 60% всех заболеваний почек. Это второе по распространенности заболевание (после заболеваний верхних дыхательных путей). Заболеваемость составляет 18 случаев на 1000 человек. Женщины болеют в 2-5 раз чаще, чем мужчины. Это 1-2% заболеваний в общей популяции. Таким образом, хронический пиелонефрит является одним из наиболее распространенных заболеваний человека.

2.2. Общее определение:

Хронический пиелонефрит (ХП) — процесс «стойкого инфекционного воспаления» чашечки, стромы и паренхимы почек, который в дальнейшем осложняется паренхиматозным склерозом, гипертонической болезнью и почечной недостаточностью. Когда пиелонефрит сопровождается воспалением всех мочевыводящих путей, циститом и бессимптомной бактериурией, ставят диагноз «Инфекция мочевыводящих путей» [1].

3) Клиническая классификация (Международная и Европейская ассоциация урологов. EUA 2004).

Классификация:

По месту возникновения:

- *внебольничный (амбулаторный);*
- *внутрибольничный (стационарный);*

По сложности:

- *несложный;*
- *осложненные (абсцесс, карбункул, паранефрит, острое повреждение почек, уросепсис);*

Согласно отрывку:

- *острый (первый эпизод);*
- *новое заражение (de novo) через 3 месяца после прохождения острого эпизода заболевания;*
- *рецидивирующий (эпизоды рецидивирующей инфекции, развивающиеся в течение 3 месяцев после прохождения острого пиелонефрита);*

По происхождению:

- *Первичный хронический пиелонефрит наблюдается без структурного поражения почки. (без уродинамических нарушений мочевыводящих путей и анэмлии)*

- **Вторичный хронический пиелонефрит** развивается вследствие уродинамических нарушений вследствие других заболеваний:
 - аномалии развития почек и мочевыводящих путей;
 - мочекаменная болезнь;
 - стриктуры уретры различной этиологии;
 - болезнь Ормонда (ретроперитонеальный фиброз);
 - пузырно-уретральный рефлюкс и рефлюкс-нефропатия;
 - аденома и склероз предстательной железы;
 - рубец шейки мочевого пузыря;
 - нейрогенный мочевой пузырь (более гипотонический тип);
 - кисты и опухоли почек;
 - различные свойства в мочевыводящих путях;
 - злокачественные опухоли половых органов.

По месту воспаления: одностороннее или двустороннее.

Стадии хронического пиелонефрита:

- период активного воспаления;
- период скрытого воспаления;
- ремиссия или клиническое выздоровление.

3. Диагностические и терапевтические методы, подходы и процедуры:

3.1. Лечение хронического пиелонефрита Основная цель – раннее лечение заболевания и предупреждение осложнений. Если он развился вследствие вторичного заболевания, его целесообразно удалить хирургическим путем;

3.2. Противопоказания к хирургическому вмешательству при хроническом пиелонефрите;

- первичное развитие заболевания;
- Тот факт, что пациент старый;
- Наличие хронической болезни почек;

3.3. Показания к хирургическому вмешательству при хроническом пиелонефрите;

- Аномалия мочевыводящих путей;
- Безопасные и опасные предстательные железы;
- мочекаменная болезнь;
- Наличие различных вторичных гнойных очагов;

3.4. Требования к специалисту, проводящему лечение или вмешательство;

- Хирургические помещения, оборудование, медицинское и другое оборудование должно содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (мытьё полов, протирка мебели, техники, подоконников, дверей и т. д.) должна проводиться не менее 2 раз в день с применением моющих средств. При необходимости текущие уборочные работы проводятся несколько раз в день, оконные стекла следует мыть не реже 1 раза в 3 месяца.

- Генеральную уборку производственного блока (кроме ежедневных текущих работ по уборке и дезинфекции) следует проводить один раз в неделю с освобождением помещений от оборудования, мебели и другого оборудования. В учреждении должен быть непрерывный трехмесячный запас моющих и дезинфицирующих средств.

операционных, требующих соблюдения режима стерильности, асептики и антисептики, при текущем использовании необходимо периодически проводить дезинфекцию с использованием стационарных или переносных бактерицидных ламп из расчета 1 Вт мощности лампы на 1 м³ помещения.

- Хирургические отделения должны закрываться один раз в год на косметический ремонт, профилактическую мойку и дезинфекцию. Устранение текущих дефектов (удаление протечек воды и сырости, следов отравы и плесени на потолках и стенах, заглаживание трещин, дыр и неровностей, восстановление отвалившейся отделочной плитки, дефектов напольных покрытий и т.п.) должно проводиться незамедлительно.

- В хирургическом отделении должны быть отдельные и оборудованные помещения для обеззараживания наркозного оборудования и медицинского оборудования.

- Медицинские технологии, оборудование, расходные материалы и лекарственные средства, используемые при хирургических операциях, должны быть разрешены к использованию на территории Республики Узбекистан.

3.5 Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

Основной:

- УЗ-обследование почек и мочевыводящих путей;
- Экскреторная урография мочевыводящих путей;

Дополнительный:

- МСКТ урография почек и мочевыводящих путей;

3.6 Требования к проведению лечения или вмешательства:

- Лечение и хирургические операции по удалению камней у больных вторичным пиелонефритом проводят под атаралгией, спинномозговой анестезией или общей анестезией.

3.7. Требования к подготовке пациента:

Если мочекаменная болезнь сопровождается инфекцией мочевыводящих путей, сначала лечите инфекцию мочевыводящих путей;

- Не принимать препараты, разжижающие кровь, перед операцией;
- за сутки до операции пациент должен принять противожелудочные препараты по назначению врача, не употреблять в пищу продукты, расслабляющие желудок;
- В день операции пациент должен прийти в больницу ничего не есть.
- Лечить или контролировать, насколько это возможно, заболевания других органов, которые могут повлиять на процесс хирургической практики;

4. Показатели эффективности лечения или вмешательства.

Клинические признаки: ликвидация синдрома интоксикации, нормализация температуры тела, ликвидация или уменьшение дизурических симптомов, исчезновение болей в спине.

Лабораторные признаки: нормализация объема мочи, нормализация показателей ОАМ.

Когда обострение устранено, заболевание начинает переходить в ремиссию. Рецидив заболевания проявляется ухудшением симптоматики. Средняя продолжительность обострения 14-20 дней, в 25% случаев может продлиться до 1,5-2 месяцев, что требует постоянной антибактериальной терапии. В 15 процентах случаев обострение не удается устранить медикаментозной терапией. После заболевания могут развиваться такие осложнения, как ХПН, токсико-септические осложнения, ОПН, нефрогенная артериальная гипертензия.

Устранение вторичных причин, вызвавших заболевание (уродинамических нарушений) с исчезновением или уменьшением клинических симптомов заболевания.

5. Организационные аспекты протокола:

1) Все члены рабочей группы сообщили об отсутствии конфликта интересов;

2) *Эксперты:*

Джаббаров Озимбой Отаханович – заведующий кафедрой д.м.н., профессор «Факультетской и госпитальной терапии, нефрологии и гемодиализа №2, ТМА».

Алберто Орtiz - заведующий кафедрой клиники Хименис Диас «Нефрология и гипертензия», профессор. Член Европейской почечной ассоциации.

8) По истечении 3 или 5 лет после разработки и утверждения протокола или в случае разработки новых методов лечения и диагностики с уровнем доказательности данный протокол может пересматриваться и дополняться ежегодно;

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ
ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

2. Основная часть.

1) **Хронический пиелонефрит** – распространенное заболевание среди заболеваний почек. В среднем 60% всех заболеваний почек. Это 1-2% заболеваний в общей популяции. Таким образом, хронический пиелонефрит является одним из наиболее распространенных заболеваний человека.

Коллектив авторов полностью поддерживает мнение международных экспертов и считает, что следует подчеркнуть, что клинические рекомендации представляют собой наиболее точную информацию, доступную экспертам на момент публикации. Они никогда не смогут заменить клинический опыт при определении тактики лечения конкретного пациента, а, скорее, помогут сделать выбор с учетом особенностей и предпочтений пациента.

2) **Реабилитация** в переводе с латыни означает *rehabilitatio* — *восстановление*, в медицине — состоит из комплекса медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление нарушенной функции организма и трудоспособности больных и инвалидов. Медицинская реабилитация направлена на частичное или полное восстановление функции органа, утратившего свою функцию вследствие заболевания, или максимальное предотвращение обострения процесса в больной области. [1]

Профилактика — комплекс экономических, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на продление жизни людей, сохранение трудоспособности, улучшение физического развития населения, предупреждение возникновения и распространения заболеваний и охрану здоровья. [1]

3) Медицинская профилактика бывает **первичной, вторичной и третичной**.

Первичная медицинская профилактика – социальные, медицинские, гигиенические и просветительские мероприятия, направленные против причин и развития заболеваний, поддержание здорового состояния организма, предупреждение факторов, оказывающих на него патологическое воздействие;

Вторичная медицинская профилактика – мероприятия, направленные на раннее выявление заболеваний, развитие патологического процесса, его осложнений и предотвращение рецидивов.

Третичная медицинская профилактика – лечение имеющихся заболеваний, реабилитация пациента с целью улучшения исходов и улучшения качества жизни, снижения инвалидности и смертности.

3.1. Методы и методы профилактики:

1) цель профилактики (указываются цели профилактики):

2) **1-я профилактика** — Первичная профилактика хронического **пиелонефрита**. Он заключается в предупреждении факторов, влияющих на развитие заболевания

(почечнокаменная болезнь, аномалия мочевыводящих путей, гнойные изменения в других органах, неблагоприятные условия). Первичную профилактику проводит участковый врач. Пациентам разъясняются меры профилактики возможных причин заболевания.

3) **скрининг** – скрининг хронического пиелонефрита проводят ВОП и участковые нефрологи и урологи. Больным следует проходить ОАМ, обследование по Нечипоренко 1 раз в 6 мес при отсутствии рецидивов заболевания. При обнаружении изменений лечение следует проводить под наблюдением участкового нефролога или уролога.

4) **2-я профилактика** — хронический пиелонефрит. **Во** вторичной профилактике важна роль уролога и участкового нефролога. У больных часто рецидивирующим пиелонефритом ОАМ анализ мочи по Нечипоренко необходим каждые 3 мес. У больных хроническим пиелонефритом, находящихся на диспансерном учете и с нечастыми рецидивами заболевания, необходимо проведение ОАМ и анализа мочи по Нечипоренко не реже 1 раза в 6 дней. При обследовании, если наблюдается активный период пиелонефрита, следует провести бактериологическое исследование мочи, определить чувствительность к антибиотикам и рекомендовать лечебные мероприятия.

5) **3-я профилактика** - при третичной профилактике хронического пиелонефрита оценивается правильное лечение заболевания, устранение причины заболевания, изменение образа жизни больного, влияющего на развитие заболевания, и хорошая реабилитация заболевания.

3.2. Методы и процедуры реабилитации:

не инвазивных или минимально инвазивных высокотехнологичных процедурах заживление кровеносных сосудов в хирургической области может занять от 7 до 30 дней. В этот период врачи дают пациенту следующие рекомендации:

- Не гуляйте подолгу, не водите транспортное средство, не занимайтесь физическими упражнениями.
- Не носите с собой более 3-5 кг;
- Регулирование ежедневных запоров, чтобы не быть склонным к запорам (необходимо включить в рацион сардины, сливы, молочные продукты). Если в течение суток поноса нет – прием экстренных лекарств:
- Больные артериальной гипертензией должны постоянно принимать препараты, рекомендованные кардиологом или терапевтом для коррекции состояния;
- Не принимать горячие процедуры (баня, сауна и т.п.);

4. Указания по 3-му виду профилактики или реабилитации:

- Заболевание наблюдается в течение многих лет;

- Частые рецидивы заболевания;
- Наличие различных причин, вызывающих пиелонефрит;
- Неправильные условия проживания, способствующие развитию заболеваний;

5.1. Виды профилактики и реабилитация:

1. Своевременная очистка гнойных очагов, раннее выявление бактериурии и рекомендация антибактериального лечения.
2. В случаях установки катетера в мочевой пузырь следует соблюдать правила асептики, своевременное промывание катетера дезинфицирующими растворами.
3. Бактериологическое исследование мочи рекомендуется всем беременным, начиная с первого триместра.

Стандарты общественной реабилитационной деятельности:

- 1) реабилитационные мероприятия проводятся во время вспышки заболевания или с его ранних стадий;
- 2) строгое соблюдение последовательности реабилитации и порядка процедур в зависимости от давности заболевания;
- 3) координация реабилитационно-восстановительных мероприятий в соответствии с возможностями больных (с учетом стандарта проводимых физических и психических процедур, уделяя внимание их влиянию на организм больного);
- 4) важен контроль эффективности лечения (при котором исчезновение бактериурии сравнивается с помощью лабораторного, медицинского оборудования и теоретических факторов).

5.2. Критерии определения этапа и объема реабилитационных процедур (ограничение жизнедеятельности и здоровья должно соответствовать международным шкалам на основе международной классификации деятельности).

6. Этапы и объемы реабилитации (этапы и объемы медицинской реабилитации, а также медицинские организации, адаптированные к их осуществлению).

7. Диагностические мероприятия при медицинской профилактике или реабилитации:

4	Определение чувствительности к антибиотикам бактериологическим посевом мочи в дополнение к ОАМ у всех больных хроническим пиелонефритом.
2b	При пиурии, при наличие или отсутствие признаков пиелонефрита необходимо рекомендовать антибактериальное лечение.

4	МРТ-исследование почек без контрастирования с целью определения осложнений заболевания (сепсиса) при сохранении субфебрильной температуры в течение 72 часов
---	--

Жесткий	Постоянно проверять ОАМ, оценивать эритроциты, лейкоциты и нитраты;
Жесткий	Определение чувствительности к антибиотикам методом бактериологического посева мочи у всех больных.
Жесткий	С целью выявления обструктивного пиелонефрита рекомендуется проведение УЗД мочевыводящих путей;

8. Показатели эффективности профилактических или реабилитационных мероприятий:

Продление периода ремиссии заболевания на 1 год и более, уменьшение осложнений свидетельствует об эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий.

9. Организационные аспекты протокола:

- 1) Все члены рабочей группы сообщили об отсутствии конфликта интересов;
- 2) *Эксперты:* _

Джаббаров Озимбой Отаханович – заведующий кафедрой д.м.н., профессор «Факультетской и госпитальной терапии, нефрологии и гемодиализа №2, ТМА».

Алберто Орtiz - заведующий кафедрой клиники Хименис Диас «Нефрология и гипертензия», профессор. Член Европейской почечной ассоциации.

- 3) По истечении 3 или 5 лет после разработки и утверждения протокола или в случае разработки новых методов лечения и диагностики с уровнем доказательности данный протокол может пересматриваться и дополняться ежегодно;

Список литературы

- 1) Умарова З.Ф., Серикбаева М.Т. «Хронический пиелонефрит» Учебно-методические рекомендации. 2020 год
- 2) Лопаткин Н.А., Аполихин О.И., Пушкарь Д.Ю. и др.//Российские национальные рекомендации «Противомикробная терапия и профилактика инфекционных заболеваний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». - М., 2014.
- 3) Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. «Кишечные болезни» Том 1. 877-892 ул . 2018г
- 4) Миллер, диджей. М. я доктор Лидерство по использование микробиологических лабораторий для диагностики инфекционных болезней. 2018 год
- 5) Хронический пиелонефрит у взрослых. Клинические рекомендации. 2016 г.
- 6) Штейн Р. и др. Инфекции мочевыводящих путей у детей: рекомендации EAU/ESPU. Эур Урол, 2015. 67: 546. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25477258>.
- 7) Васкес, Дж. К. и др. Лечение симптоматических инфекций мочевыводящих путей во время беременности. Cochrane Database Syst Rev, 2000: CD002256. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10908537>
- 8) Вагенленер Ф. и др. Исследование глобальной распространенности инфекций в урологии: долгосрочное всемирное исследование по надзору за урологическими инфекциями. Патогены, 2016. 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26797640>.
- 9) Видмер М. и др. Продолжительность лечения бессимптомной бактериурии во время беременности. Cochrane Database Syst Rev, 2015: CD000491. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26560337>
- 10) Вундеринк, Р.Г. и др. Эффект и безопасность комбинации меропенем-ваборбактам по сравнению с
- 11) Лучшая доступная терапия у пациентов с энтеробактериями, устойчивыми к карбапенемам: рандомизированное клиническое исследование TANGO II. Infect Dis Ther, 2018. 7: 439. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30270406>.
- 12) Грабе М. и др. Рекомендации по урологическим инфекциям. Клинические рекомендации EAU, 2013. http://www.uroweb.org/gls/pdf/18_Urologicalfections_LR.
- 13) Набер К. и др. Урогенитальные инфекции. Европейская ассоциация урологов – Международная консультация по урологическим заболеваниям. Издание 1-е, 2010. – С. 1182.
- 14) Рекомендации EUA по урологическим инфекциям. Клинические рекомендации EAU, 2023 г. <http://www.uroweb.org>.