

М.Н. ТУРЕБАЕВ, М.Б. ЖАЛЫМБЕТОВА, Д.К. ТУНГАТАРОВА,
З.У. СЫДЫКОВА, Б.Е. РАХОВА, М.С. ЕЛЕШЕВА

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПИЕЛОНЕФРИТОВ

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актөбе

Врач первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) встречаясь с нефрологическим больным, сталкивается с теми же диагностическими и лечебными вопросами, что и врач стационара. Однако круг задач на амбулаторном этапе и возможности их решения в определенной степени отличаются от таковых при лечении в больнице. Врач ПМСП первым сталкивается с почечной патологией и (как впервые возникшей, так и в терминальной стадии) острой почечной недостаточностью и ХПН. От его ориентированности в проблеме и быстроты реакции зависит жизнь больного [1-6]. Самым распространенным заболеванием мочевыводящих путей и почек является пиелонефрит [1-10]. Пиелонефрит поражает 10-20 % популяции [2]. Пиелонефрит по частоте занимает второе место после инфекции верхних дыхательных путей [9-11].

Пиелонефрит - это неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание с преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев [1]. Согласно классификации ВОЗ, пиелонефрит фактически представляет собой тубулоинтерстициальный нефрит инфекционного генеза [12,13]. На сегодня актуальным остается вопрос о первичности и вторичности пиелонефрита, особенно хронического, а также о роли обструкции мочевых путей при развитии тех или иных его вариантов [11-15]. Пиелонефриты подразделяют на острый и хронический и различают по клиническому течению. Они имеют между собой патогенетически обусловленную связь. Хронический пиелонефрит в диагностическом и лечебном отношении является в основном прерогативой врача ПМСП. Протекая под маской других клинических форм, хронический пиелонефрит может представлять диагностические затруднения [15-16]. Заболеваемость острым пиелонефритом составляет 15,7 случая на 100 000 населения в год, распространенность хронического пиелонефрита - 18 на 1000 населения. [2]. Женщины болеют в 2-5 раз чаще мужчин в любом возрасте, девочки в возрасте от 2 до 15 лет - в 6 раз чаще мальчиков, почти такое же соотношение между мужчинами и женщинами в молодом и среднем возрастах. В пожилом возрасте пиелонефрит возникает у мужчин чаще, чем в молодом, вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы и распространенность его выше, чем у женщин [1].

Наиболее частым возбудителем хронического пиелонефрита является кишечная палочка (70-95 %). Вторым по частоте выделения является *S. Saprophyticus* (5-20 %), чаще выделяющийся у молодых женщин. Реже встречаются другие грамотрицательные бактерии, стафилококки и энтерококки [1-9]. Пиелонефрит во внебольничных условиях в 75-90 % вызывается колибациллярной флорой [9], в стационаре увеличивается спектр энтерококков, стафилококков [9,10].

Факторы, способствующие развитию пиелонефрита: обструкция мочевыводящих путей (в т.ч. при катетеризации); нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (при сахарном диабете, повреждениях и заболеваниях спинного мозга, рассеянном склерозе); сексуальная активность (у молодых женщин бактерии проникают в мочевой пузырь при массировании мочеиспускательного канала и сокращении мышц мочеполовой диафрагмы при половом акте). Беременность: пиелонефрит обнаруживают у 3-8 % беременных женщин; у 70 % - односторонний, чаще справа; у 30 % - двусторонний. При беременности пиелонефрит обычно начинается на 4-м месяце беременности, при повторной - на 6-7-м месяце, развиваются вследствие снижения тонуса и перистальтики мочеточников и функциональной недостаточности пузырно-мочеточниковых клапанов. Происходит изменение гемодинамики почки: снижается кортикальный почечный кровоток, развивается флебостаз в медуллярной зоне. Также играет роль сдавливание мочеточников увеличенной маткой, особенно при анатомически узком тазе, многоводии, крупном плоде. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс обычно отмечают у детей с анатомическими дефектами мочевыводящих путей или и при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей. В последнем случае он исчезает по мере взросления ребенка [11-16]. Генетический: наибольший риск заболевания имеет при сочетании антигенов гистосовместимости А1, В7; А1, В17 [16].

В патогенезе хронического пиелонефрита основное значение имеют следующие факторы: а) общее состояние организма; б) нарушение уродинамики в результате местных причин; в) заболевание,

способствующие развитию пиелонефрита (нефролитиаз, стриктуры мочеточника, поликистоз почек, сахарный диабет и др.). Важное место принадлежит гиповитаминозам, переохлаждению, снижению иммунной реактивности, длительному статистическому напряжению, утомлению. Обострению пиелонефрита благоприятствуют очаги хронической инфекции (хронический тонзиллит, хронический аднексит и др.).

Классификация: по топике - односторонний, двусторонний пиелонефрит; по происхождению - первичный, вторичный; по течению - острый, хронический; по путям проникновения инфекции - гематогенный, уриногенный; по особенностям течения - у новорожденных, у детей, у беременных, у пожилых, при диабете, при поражениях спинного мозга [10].

В рамках хронического пиелонефрита выделяют фазы активного, латентного воспаления и ремиссии [5]. Фаза активного воспалительного процесса: лейкоцитурия более 25 тыс. в 1 мл мочи; бактериурия более 100 тыс. в 1 мл мочи; повышение титра антибактериальных антител, увеличение СОЭ в крови. Дополнительные признаки: повышение активности трансаминазы, малатдегидрогеназы в крови, гликозаминогликанов в моче. Фаза латентного воспаления: лейкоцитурия до 25 тыс. в 1 мл мочи; бактериурия не более 10 тыс. в 1 мл мочи; нормальный титр антибактериальных антител, СОЭ более 12 мм/час. Фаза ремиссии: отсутствие лейкоцитурии, бактериурии, нормальный титр антибактериальных антител, СОЭ менее 12 мм/час.

Пиелонефрит подразделяют на: неосложненный, являющийся самостоятельным заболеванием; осложненный, развивающийся на фоне других болезней - мочекаменной, женских половых органов, аденомы предстательной железы, опухолей мочеполовой системы, сахарного диабета. Осложненные инфекции закономерно наблюдаются у больных пожилого возраста. Частота старческого пиелонефрита возрастает с каждым десятилетием жизни пожилого человека, достигая на десятом десятилетии 45 % - у мужчин и 40 % - у женщин [5].

Клиника. Острый пиелонефрит начинается остро. Характерна триада симптомов: лихорадка (до 40°) с ознобами и проливным потом; боли в пояснице, положительный симптом Пастернацкого; дизурия. Больные жалуются на боль в поясничной области, общее недомогание, жажду. Присоединяющаяся головная боль, тошнота, рвота, указывают на быстро нарастающую интоксикацию. При пальпации почечной области определяется болезненность на стороне поражения, симптом Пастернацкого положительный. Мочевой синдром при остром пиелонефрите характеризуется: лейкоцитурией (нередко значительной, в виде пиурии); снижением относительной плотности мочи; бактериурией (не менее 100 тыс. бактерий в 1 мл мочи); небольшой цилиндрурией за счет гиалиновых цилиндров. В крови выявляется нейтрофильный лейкоцитоз (иногда гиперлейкоцитоз, превышающий 20 тыс. лейкоцитов) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, появление юных форм нейтрофилов, токсической зернистости [11-13].

Хронический пиелонефрит протекает мало или бессимптомно с периодическими обострениями воспалительного процесса в интерстициальной ткани под видом необъяснимой лихорадки (длительный беспричинный субфебрилитет) и проявляется общими и местными симптомами [10,11]. Общие симптомы хронического пиелонефрита можно разделить на ранние, связанные с умеренно выраженной интоксикацией, и поздние, являющиеся, в сущности, клиническими признаками почечной недостаточности. Ранние общие симптомы характерны для больных с односторонним пиелонефритом и при двустороннем заболевании, но без нарушения функций почек. Они заключаются в быстрой утомляемости, периодической слабости, снижении аппетита. В середине рабочего дня при выполнении работы, стоя у больных хроническим пиелонефритом появляется желание отдохнуть и даже прилечь, что объясняется венозным застоем в почках, усиливающимся при длительном пребывании в вертикальном положении. Естественно, что перечисленные весьма не специфичны, они имеют место и при других заболеваниях. Их можно отнести за счет хронического пиелонефрита при наличии лейкоцитурии, бактериурии и других объективных признаков. Незначительное повышение температуры тела вне активной фазы при хроническом пиелонефрите наблюдается крайне редко. Иногда некоторые больные после переутомления отмечают легкий озноб.

Поздними общими симптомами хронического пиелонефрита являются: сухость слизистой оболочки полости рта (сначала незначительная и непостоянная), неприятные ощущения в надпочечной области, изжога, отрыжка, адинамия, психологическая пассивность, как уже отмечалось, связаны с нарушением функций почек и появляются при двустороннем заболевании или у больных с единственной врожденной почкой. Если у больного появляется полиурия (диурез увеличивается до 2 л/сут и более), в связи с потерей калия адинамия нарастает, появляются парезы мышц. При сниженном диурезе могут наблюдаться судороги, мышечные параличи. Возникает угроза паралича сердечной мышцы. Нарушение азотовыделительной функции при хроническом пиелонефрите - осложнение сравнительно редкое и

позднее наступающее в основном при вторичных пиелонефритах (нефролитиаз, аномалии почек и др.). При хроническом пиелонефрите при объективном исследовании следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, которыми обусловлены очаги инфицирования для почек. Надо выявлять их клинические признаки и симптомы (патологические изменения миндалин, характерные для тонзиллита, гнойные выделения из носа, болезненность придаточных пазух носа при гайморите, симптомы холецистита, аднексита и др.). Внешний вид больных хроническим пиелонефритом существенно не изменяется. При двустороннем процессе и ХПН отмечаются умеренная бледность кожи и незначительная пастозность лица, особенно окологлазной клетчатки. Патологические изменения сердечно-сосудистой системы могут проявляться гипертензией почечного генеза, в основном за счет вторично-сморщенной почки. В терминальной стадии ХПН имеются признаки сердечно-сосудистой недостаточности.

Почки при первичном хроническом пиелонефрите не пальпируются, но в области их расположения может быть болезненность, также как и при сотрясении поясничной области. Последнее нельзя рассматривать как положительный симптом Пастернацкого, предложенный для диагностики мочекаменной болезни (появление крови в моче при сотрясении поясничной области в случаях наличия камня в почке). Для мужчин обязательным является исследование половых органов, при котором можно выявить простатит, аденому предстательной железы и другие источники инфицирования почек.

Клиническое течение хронического пиелонефрита - это чередование латентной и активной фаз пиелонефрита, переходящих временами в стойкую ремиссию. Более длительные ремиссии и латентные фазы свидетельствуют о большой сохранности нефронов, медленном рубцово-продуктивном процессе в межпочечном веществе мозгового слоя паренхимы о позднем наступлении вторичного сморщивания почки. Это зависит от иммунореактивности организма, наличия очагов инфекции при различных хронических заболеваниях, методики и эффективности терапии. Во многом клиническая картина хронического пиелонефрита зависит от возраста, пола и сопутствующих заболеваний. Течение хронического пиелонефрита долго может быть бессимптомным. Лейкоцитурия порой выявляется случайно при обследовании по поводу другого заболевания или во время диспансеризации. Проявиться пиелонефрит может при интеркуррентном заболевании или при повторном инфицировании. В таких случаях он проявляется активной фазой заболевания, тотальной гематурией или другими симптомами. Заболевание обнаруживается при исследовании мочи, повышением АД, появлении признаков почечной недостаточности.

В период обострения больного беспокоят: боль в поясничной области от ощущения тяжести и дискомфорта до сильной боли, а при объективном исследовании выявляют положительный симптом Пастернацкого; дизурия в виде поллакиурии (частое мочеиспускание) и странгурии (боль при мочеиспускании); в стадии нарушения функции почек поллакиурия и никтурия отражают снижение концентрационной функции почек. Интоксикационный синдром: повышенная утомляемость, слабость, головная боль, снижение аппетита, нередко субфебрильная температура; синдром артериальной гипертензии: повышение АД (подтверждает диагноз пиелонефрита) [8].

Данные лабораторных исследований: в общем анализе крови определяется лейкоцитоз, нормохромная анемия; в общем анализе мочи - снижение относительной плотности мочи (гипостенурия), лейкоцитурия, бактериурия, выявление в моче активных лейкоцитов (клеток Штерн-Геймера-Мальбина); в анализе мочи по Нечипоренко количество лейкоцитов превышает количество эритроцитов и больше 4000; в анализе мочи по Зимницкому - снижение относительной плотности мочи (до 1003-1005) и никтурия с выделением за ночь более 1/2 количества суточной мочи; при бактериологическом исследовании мочи на наличие инфицированности выявляют более 105 микроорганизмов в 1 мл мочи.

Рецидивирующая форма хронического пиелонефрита характеризуется атаками по типу острого пиелонефрита. Начало острое, с озноба, высокой лихорадки, болей в пояснице с одной или двух сторон. При пальпации - болезненность в проекции почек, положительный симптом Пастернацкого. В крови лейкоцитоз, увеличенное СОЭ. В моче - пиурия, микрогематурия, малая протеинурия, высокая бактериурия. Положительный тест сравнительного лейкоцитоза (в 70 % случаев одностороннего пиелонефрита). При хромоцистоскопии выделение мутной мочи из устья мочеточника пораженной почки. При обзорном снимке почек при одностороннем процессе одна из почек увеличена на 1,5 см или более в длину и ширину. Контуры поясничной мышцы нечеткие.

Латентный пиелонефрит сопровождается жалобами на слабость, повышенную утомляемость, ноющие боли в области поясницы, полиурию и полидипсию, никтурию, иногда поллакиурию [7]. Кожа бледная, слегка одутловатая. Симптом Пастернацкого, как правило, отрицательный. У 30 % больных выявляется артериальная гипертензия. В крови - небольшое количество СОЭ, умеренная анемия. В анализах мочи - лейкоцитурия, микрогематурия, небольшая протеинурия, бактериурия. Обзорная

рентгенография почек: уменьшение размеров, повышение плотности ткани, вертикализация оси пораженной почки. Экскреторная урография: асимметрия поражения - деформация чашечно-лоханочной системы; изменение ренально-кортикального индекса. Радиоизотопная ренография: снижение интенсивности эвакуаторной фазы, снижение амплитуды и удлинение секреторного сегмента, замедление сосудистого сегмента. Эхография почек: расширение лоханок, микролиты. Пункционная биопсия: лимфогистиоцитарная инфильтрация; очаговый интерстициальный склероз; атрофия эпителия канальцев.

При нетяжелом обострении (субфебрилитет, небольшая дизурия и др.) и отсутствие признаков обструкции мочевыводящих путей (консультация уролога!) больных можно лечить в «стационаре на дому», «дневном стационаре» при условии достаточной полноты диагностических и лечебных мероприятий.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с: острым холециститом; аппендицитом; пневмонией; инфекциями нижних отделов мочевыводящих путей (цистит, уретрит, простатит). Характерны дизурические явления, которые при пиелонефрите возникают только в случае вовлечения в процесс нижележащих отделов мочевыводящих путей; инфекционные болезни, сопровождающиеся лихорадкой (брюшной тиф, малярия, сепсис): пиелонефроз; гидронефроз; УЗИ - увеличение почки и расширение чашечно-лоханочной системы на стороне поражения, при экскреторной урографии - блокада мочевых путей; инфаркт почки: гематурия, олигурия, больной с септициемией, мерцательной аритмией, атеросклерозом, аортоартериитом; острый панкреатит: определение активности амилазы и липазы в крови, сывороточная концентрация свободных жирных кислот. Показано УЗИ брюшной полости или КТ; инфаркт селезенки; расслаивающаяся аневризма аорты: возникает у пожилых людей с атеросклерозом, злокачественной АГ: при аускультации - систолический шум, дополнительно - изменения при УЗИ, аортографии.

Гломерулонефрит: боли и лихорадка нехарактерны, бактериурия отсутствует, эритроцитурия преобладает над лейкоцитурией, в лейкоцитарной формуле преобладают лимфоциты, концентрационная способность почек нарушается поздно, при УЗИ отсутствует деформация чашечно-лоханочной системы, асимметрия изменений контуров, размеров; тубовариальный абсцесс: молодые женщины с бессимптомной бактериурией и пиурией; УЗИ малого таза, КТ, эндоскопическое исследование; туберкулез почки: «стерильная пиурия, положительная проба Манту и анализ мочи на туберкулезную палочку: специфические изменения при УЗИ - гидронефроз, кальцификаты, каверны, рубцовые деформации почки; эндоскопическая урография - гидронефроз, деформация чашечно-лоханочной системы по типу «маргаритки», каверны, стриктуры, язвенные дефекты, «четкообразный» мочеточник, симптом «натянутой стрелы», данные КТ [1,5].

Лечение. При обострении показан постельный режим в течение 3-5 дней. После уменьшения болей в пояснице, дизурии, снижения температуры режим расширяется, однако в течение всего периода обострения больной должен проводить в постели до 10 ч в ночное время и 3-4 ч днем. В период ремиссии показан дневной отдых с пребыванием в постели от 1,5 до 2 ч.

Диета с ограничением острых, кислых продуктов, консервантов, спиртных напитков. Из приправ разрешаются томат-пюре, болгарский красный перец. Умеренное ограничение соли показано только при наличии артериальной гипертензии. Количество жидкости не ограничивается, воду желательно частично заменять клюквенным морсом, отваром полевого хвоща, листа черной смородины, листа березы, плодов шиповника, земляники. При приеме клюквенного морса (200 г ягоды на 1 л воды) pH мочи сдвигается в кислую сторону [11]. Для потенцирования антибактериальных свойств препаратов целесообразно запивать их клюквенным морсом, содержащим большое количество бензоата натрия. Последний превращается в гиппуровую кислоту, способную оказать бактериостатическое действие. Наибольшее значение имеют следующие фитопрепараты: 1) листья толокнянки в виде отвара или настоя из расчета 8-10 граммов на 200 мл воды. Принимают по 25-40 мл 3-4 раза в день; 2) лист брусники в виде отваров или настоя из расчета 15-20 граммов на 200 мл. Способ применения такой же, как толокнянки; 3) настой плодов петрушки: 1/2 чайной ложки настаивают в течение 8 часов в двух стаканах воды комнатной температуры. Принимают настой 4 раза в сутки по 50-80 мл; 4) листья и почки березы в виде отвара из расчета 2 чайные ложки березовых почек или 4 чайные ложки листьев на 2 стакана воды, прокипятить в течение 10-15 минут, процеженный отвар принимают по 50-80 мл 4 раза в день. Особенность амбулаторного ведения больных этой категории необходимость рациональной и щадящей терапии интеркуррентных заболеваний, к которым нередко склонны нефрологические больные. Лекарственная терапия в амбулаторных условиях требует особой осторожности. При назначении лекарственных препаратов по поводу сопутствующей патологии следует учитывать: степень нефротоксичности

препарата: состояние функции почек - уровень клубочковой фильтрации (если сам препарат или его активные метаболиты выделяются почками), при нарушенной функции почек, особенно у пожилых больных, некоторые препараты должны быть полностью исключены, дозу других необходимо адекватным образом снизить; возраст (с возрастом происходит физиологическое снижение скорости клубочковой фильтрации) и пол больного (особая осторожность при назначении лекарственных препаратов, например, антибиотиков, по поводу мочевого инфекции, женщинам - в период беременности и лактации).

Медикаментозное лечение. Исход острого или обострения (рецидива) хронического пиелонефрита определяется эффективностью антибактериальной терапии. Внебольничные обострения хронического пиелонефрита (амбулаторные больные). Лекарственные средства выбора (схемы лечения). Внутрь 10-14 суток: Амоксициллин/клавуланат - по 625 мг 3 р/сут; Левофлоксацин - 250 мг по 400 мг 1-2 р/сут; Ломефлоксацин - по 400 мг 1-2 р/сут; Моксифлоксацин - 400 мг 1 р/сут; Офлоксацин - по 200 мг 2 р/сут; Цефиксим - 400 мг 1 р/сут; Цефтибутен - по 200-400 мг 2 р/сут; Цефуроксим аксетил - по 250 мг 2 р/сут; Ципрофлоксацин - по 250-500 мг 2 р/сут. Альтернативные ЛС (схемы лечения) внутрь 10-14 суток: Ко-тримоксазол - по 480 мг 2 р/сут; Хлорамфеникол - по 500 мг 4 р/сут.

Таблица 1

Дозы antimicrobных препаратов для лечения инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у беременных

Антибиотик	Доза	
	Внутрь	Парентерально
Амоксициллин*	0,25-0,5 г 3 раза в день независимо от приема пищи 0,625 г 3 раза в день или 1,0 г 2 раза в день во время еды	
Амоксициллин/клавуланат**	0,25-0,5 г 2 раза в день во время еды	1,2 г 3 раза в день
Цефуроксим натрий Цефуроксим аксетил	3,0 г однократно натощак	0,75-1,5 г 3 раза в день
Цефтриаксон Цефотаксим Фосфомицина трометазол	0,1 г 4 раза в день после еды	1-2 г 1 раз в день 1-2 г 2-3 раза в день
Гентамицин		3-5 мг/кг в день за 1 введение
Нитрофурантоин		

Примечание: * можно назначать только при наличии данных по чувствительности возбудителя;
** таблетка 0,625 или 1,0 г содержит 0,5 или 0,875 г амоксициллина соответственно и 0,125 г клавуланата.

Таблица 2

Безопасность антибиотиков для терапии ИМП у беременных

Антибиотик	Класс безопасности
Цефалоспорины II, III поколения:	
Цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон	B
Амоксициллин/клавуланат	B
Нитрофурантоин	B
Фосфомицин	B
Ко-тримоксазол ²	C
Гентамицин	C

Примечание: по классификации FDA выделяют 5 классов безопасности лекарственных средств у беременных - A, B, C, D, X. Наиболее безопасный класс - A, наиболее опасный класс - X. К классу B относят препараты, если исследования животных не выявили риска неблагоприятного действия на плод, а адекватных исследований у беременных женщин не проводили; к классу C, если исследования на животных выявили неблагоприятное

действие на плод, но адекватных исследований у беременных женщин не проводили.

2 Ко-тримоксазол противопоказан в третьем триместре беременности. [7].

В связи со снижением реактивных способностей организма при хроническом пиелонефрите лечение больных с этим заболеванием должно включать применение общих иммунологических средств, в основном иммуномодуляторов. Дибазол стимулирует Т-лимфоциты и участвует в продуцировании интерферона. Назначают по 0,02 г после еды 2 раза в сутки до 14 дней. При первичном пиелонефрите диуретики не назначают. При хроническом пиелонефрите целесообразно назначение фуросемида по 1 таблетке 1 раз в неделю, лучше в выходные дни с утра. При этом рекомендуется обильное питье и препараты калия. Трентал по 2 драже 3 раза в день после еды в течение 2-3 недель. Курантил по 25-50 мг внутрь натощак 3 раза в день, месяц. Индометацин 25 мг 2-3 раза в день в течение 2-4 недель.

Все больные хроническим пиелонефритом должны находиться на постоянном учете у врача общей практики.

Таким образом, особенности амбулаторного ведения больных с инфекцией мочевыводящих путей во многом обусловлены возрастными особенностями и полом больного. Наиболее оптимальными антибактериальными препаратами в ПМСП при лечении инфекций мочевыводящих путей являются фторхинолоны, цефалоспорины II, III поколения.

Литература:

1. Денисов И.Н., Мухина Н.А., Чучалина А.Г. Клинические рекомендации. Новый терапевтический справочник. Москва. «ГЭОТАР-Медиа», 2005, С. 186-253.
2. Денисов И.Н., Мовшович А.Л. Практическое руководство. Общая врачебная практика (семейная медицина). Москва, ГОУ ВУНМЦ, 2005, С. 555-563.
3. Пушкарь Д., Раснер П. Лечение инфекций мочевыводящих путей. Москва, «Врач», 2004, С. 21-23.
4. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С., Глявич А.С. Внутренние болезни. Учебник. 2004, том 1, С. 511-522.
5. Яковлев В.П., Яковлева С.В. Руководство для практикующих врачей. Рациональная антимикробная фармакотерапия. Москва, «Литтерра», 1986, С. 270-286.
6. Медведь В.И. Клиническое значение, диагностика, терапия и вторичная профилактика инфекций мочевых путей у беременных // Фармация и медицина. 2007, № 11 (28), С. 22-23.
7. Delzele J.E., Lefevre M.L. Urinary tract infections during pregnancy // Am. Fam Physician. 2000, № 61, P. 713-721.
8. Кулаков В.И., Анкирская А.С., Страгунский Л.С. и др. Пособие для врачей. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных. Москва, 2004, 17 с.
9. Комаров Ф.И., Гембицкий Е.В.. Руководство для врачей. В 3-х томах. Москва, «Медицина», 1991, том 2, С. 283-293.
10. Чижа А.С. Нефрология в терапевтической практике. Минск, «Вышэйшая школа», 1988, С. 249-283.
11. Рябов С.И. Нефрология. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, «Специальная литература», 2000, С. 244-291.
12. Борисов И.А. Пиелонефрит. В кн. «Нефрология» / Под ред. И.Е. Тареевой. Москва, «Медицина», 2000, С. 383-399.
13. Возанов А.Ф., Майданник В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. Киев, «Книга плюс», 2002, С. 22-100.
14. Кириллов В.И. Иммунокорректирующая терапия инфекций мочевой системы у детей. В кн. «Нефрология» / Под ред. М.С. Игнатовой. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии / Под ред. А.Д. Перегородцева, В.А. Таболина. Москва, «Медпрактика», 2003, том 3, С. 171-179.
15. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Заплатников А.Л. Рациональный выбор антимикробной терапии инфекции мочевой системы у детей. В кн. «Нефрология» / Под ред. М.С. Игнатовой. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии / Под ред. А.Д. Перегородцева, В.А. Таболина. Москва, «Медпрактика», 2003, том 3, С. 119-170.
16. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. Санкт-Петербург, 2003, С. 490-498.

ТҮЙІН

М.Н.ТӨРЕБАЕВ, М.Б.ЖАЛЫМБЕТОВА, Д.К.ТУНГАТАРОВА,
З.У. СЫДЫКОВА, Б.Е. РАХОВА. М.С. ЕЛЕШЕВА

БҮЙРЕК ПЕН БҮЙРЕК ТҮБІ ҚАБЫНУЫНЫҢ ҚАЗІРГІ КҮЙІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Ақтөбе қаласы

Алғашқы медицина санитарлық көмек дәрігерлері үшін зәр шығару жолдары инфекциясы ерекше мәселе боп қалып отыр. Оны емдеуде фторхинолон, цефалоспориндердің II, III ұрпақтары тиімді болып саналады.

SUMMARY

M.N. TUREBAYEV, M.B. ZHALYMBETOVA, D.K. TUNGATAROVA,
Z.U. SYDYKOVA, B.E. RAKHOVA, M.S. YELESHEVA

MODERN STATE OF PYELONEPHRITIS

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy, Aktobe city

The infections of urinary tracts are the often met problems of doctors. Fturorchinolones, cephalosporins of II, III generations are optimal in treatment.

А.Н. ИБАТОВ, Н.Н. КУРМАНГАЛИЕВ, А.А. ТУЛЕУОВА, К.И. АХМЕРОВА

ДЕПРЕССИЯ: КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актөбе

В МКБ-10 депрессия определяется как «великое страдание» и является наименее специфическим, но в то же время и весьма распространенным расстройством. В мире ею страдают 170 млн. человек. Вероятность развития в течение жизни депрессии составляет 20 % у женщин и 10 % - у мужчин. Причем 2/3 из них планируют самоубийство, а около 10-15 % совершают его; несмотря на то, что психиатрия располагает высокоэффективными антидепрессантами, получают лечение всего лишь 20-25 % больных депрессией. Причина этого кроется в трудностях диагностики, особенно в легких и атипичных случаях. Но и в тех случаях, когда лечение проводится, оно не всегда бывает достаточно эффективным, не всегда учитываются особенности спектра антидепрессивной активности антидепрессантов. Отметим хорошо известный психиатрам факт, что тимолитическое и анксиолитическое действие антидепрессантов совпадают далеко не всегда. Чтобы это сделать, необходимо уметь четко выделять конкретные психопатологические феномены, формирующие в своей взаимосвязи структуру депрессивного состояния, дифференцировать депрессивную патологию на синдромальном уровне, определять её нозологическую природу (Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок, 1994).

Депрессия представлена триадой противоположных симптомов: болезненно-пониженным настроением (гипотимией); замедленным мышлением и двигательной заторможенностью. Сниженное настроение может иметь различные оттенки: от чувства грусти, подавленности до глубокой угнетенности или мрачной угрюмости. В более тяжелых случаях преобладает гнетущая, безысходная тоска, нередко переживаемая не только как душевная боль, но и как крайне тягостное физическое ощущение в области