

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

ІСШ	- інфекції сечовивідних шляхів
АБП	- антибактеріальні препарати
КУО	- колонієутворююча одиниця
КН	- клінічні настанови
ГП	- гострий пієлонефрит
ЛПМД	- локальний протокол медичної допомоги
УКПМД	- уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЗАС	- загальний аналіз сечі
БДС	- бактеріологічне дослідження сечі

А.1 ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

- А.1.1** **Діагноз:** Гострий неускладнений цистит
- А.1.2 Шифр згідно МКБ- 10: N30.0
- А.1.3** **Потенційні користувачі:** лікарі загальної практики сімейної медицини, лікарі-нефрологи, урологи.
- А.1.4** **Мета протоколу:** надання первинної медичної допомоги невагітним жінкам із симптомами ІСШ.
- А.1.5 Дата складання протоколу:
- А.1.6 Дата перегляду протоколу:
- А.1.7 **РОЗРОБНИКИ**

- Колесник М.О. чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, директор ДУ «Інститут нефрології АМН України», тел.: 455 93 77
- Степанова Н. М. д.мед.н., с.н.с., головний науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології АМН України», тел.: 455 93 77
- Лебідь Л.О. к.м.н, старший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології АМН України», тел.: 455 93 77
- Бусигіна Ю.С. молодший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології АМН України», тел.: 455 93 77
- Сташевська Н.В. молодший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології АМН України», тел.: 455 93 77

РЕЦЕНЗЕНТИ:

- Костев Ф.І. д.мед.н., професор, завідувач кафедри урології та нефрології Одеського національного медичного університету, тел.: (482) 67-74-06
- Власенко М.А. д.мед.н., професор, завідувач кафедри терапії та нефрології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, тел.: (572) 343-12-98

ПРОТОКОЛ РОЗГЛЯНУТИЙ І ЗАТВЕРДЖЕНИЙ:

ЗЦЗМС –
МОЗ –

А.1.8 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ:

Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) є однією з найбільш поширених інфекцій, які потребують значних фінансових витрат. Найбільш розповсюджені ці захворювання серед жінок, що зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями їх сечовивідних шляхів. Основними факторами ризику виникнення ІСШ у молодих невагітних жінок є: більше 3 статевих контактів на тиждень протягом останнього місяця, новий сексуальний партнер, цукровий діабет, ІСШ у матері, застосування сперміцидів.

У США з приводу ІСШ реєструється близько 7 мільйонів звернень до лікаря на рік, з них, понад 2 мільйонів відвідувань з приводу циститу.

Домінуючим збудником ІСШ є *E. coli*, яка ідентифікується у 70–95% хворих. *Staphylococcus saprophyticus* виділяють у 5–10% пацієнтів. Інші ентеробактерії, такі як *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp.* та інші є причиною незначної кількості ІСШ.

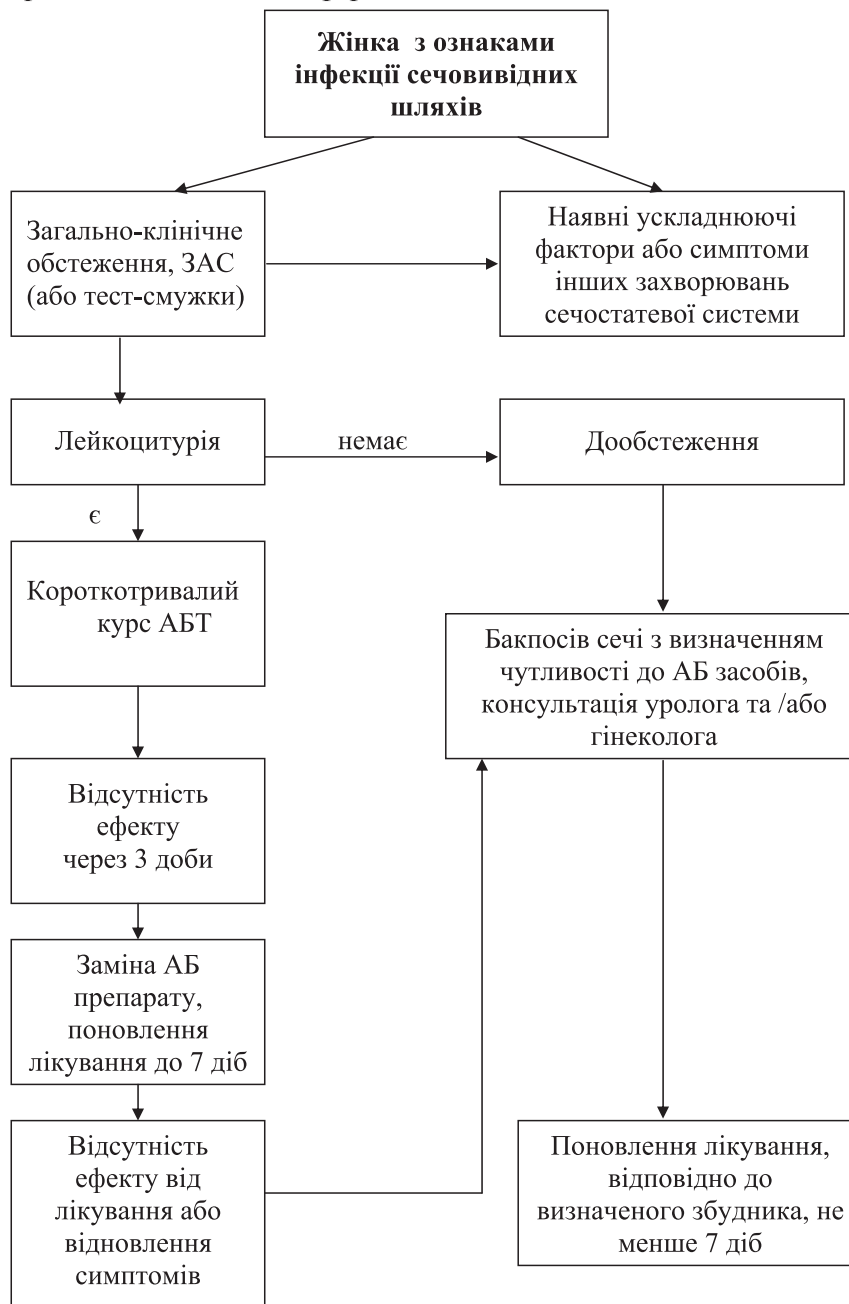
А.21, А.2.2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Організація надання медичної допомоги.		
<p>1. Медична допомога надається негайним жінкам з ІСШ лікарями загальної практики, нефрологами, урологами.</p> <p>2. За наявності показань пацієнтки повинні мати доступ до спеціалізованого обстеження та лікування.</p>	<p>Жінки з ІСШ, зазвичай не потребують спеціалізованого обстеження та стаціонарного лікування.</p> <p>Лікування призначається в амбулаторних умовах лікарями загальної практики сімейної медицини, урологами, нефрологами.</p>	<p>Наявність клінічних настанов, стандарту медичної допомоги, ЛПМД, УКПМД з питань введення жінок з ІСШ.</p> <p>За показаннями консультація уролога, нефролога.</p>
2. Діагностика		
<p>1. Діагностика гострого неускладненого циститу здійснюється амбулаторно, на підставі даних анамнезу, скарг хворої, даних загальноклінічного обстеження, ЗАК та ЗАС (лейкоцитурія).</p>	<p>1. У жінок без ускладнюючих факторів, діагноз ІСШ, з високим ступенем ймовірності, може бути встановлений на основі наявності дизурії, частого сечовипускання та ознак запалення у загальному аналізі сечі за відсутності підвищення температури тіла. (Рівень доказовості В) (КН II.4.1)</p> <p>2. Використання тест-смужки є альтернативою мікроскопії сечі (Рівень доказовості В) (КН II.4.2)</p> <p>3. Виконання бактеріального посіву сечі при першому зверненні хворої не рекомендується. Бакпосів сечі призначається:</p> <ul style="list-style-type: none"> • за підозри на гострий пієлонефрит; • за наявності атипичних симптомів захворювання; • за відсутності ефекту від призначеної антибактеріальної терапії або за розвитку рецидиву. (Рівень доказовості В) (КН II.4.2) <p>4. Діагностично-значущою бактеріурією у жінок з наявністю симптомів ІСШ слід вважати кількість бактерій $\geq 10^3$ КУО/мл. (Рівень доказовості В) (КН II.4.2)</p>	<p>Обов'язкові методи діагностики: Загальне клінічне обстеження.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оцінити дані анамнезу • (переохолодження, статевий акт, тощо); • Оцінити типові симптоми ІСШ; • Виключити наявність ускладнюючих факторів; • Оцінити наявність захворювань геніталій та/або захворювань які передаються статевим шляхом. • ЗАС, ЗАК. <p>Альтернативні методи діагностики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Застосовування тест-смужок для встановлення бактеріурії та піурії; • Рекомендується культуральне дослідження сечі за наявності атипичних симптомів захворювання та відсутності ефекту від призначеної антибактеріальної терапії або за умов розвитку рецидиву. <p>Консультації спеціалістів: Консультація гінеколога призначити у випадку наявності симптомів або факторів ризику генітальних захворювань.</p>

3. Лікування		
<p>Лікування ІСШ здійснюється амбулаторно за допомогою короткотривалого курсу АБТ.</p>	<p>1. Доведено, що проведення короткотривалої АБТ у жінок з ІСШ більш ефективно порівняно з прийомом плацебо. <i>(Рівень доказовості А)</i> <i>(КН II.4.3)</i></p> <p>2. Препаратами першої лінії є (відповідно до вартості та наявності препаратів):</p> <ul style="list-style-type: none"> • фосфоміцину трометалол 3 г одноразово; • нітрофурантоїн в макрокристалах 100 мг протягом 5 днів; <i>(Рівень доказовості А)</i> <i>(КН II.4.3)</i> <p>3. В якості альтернативних пероральних препаратів для емпіричної терапії можна використовувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ципрофлоксацин; • левофлоксацин; • норфлоксацин; • офлоксацин. <i>(Рівень доказовості В)</i> <i>(КН II.4.3)</i> <p>4. За відсутності ефекту від проведеної терапії, слід призначити повторний курс лікування з використанням іншого антибактеріального засобу протягом 7 днів <i>(Рівень доказовості С)</i> <i>(КН II.4.4)</i></p>	<p>1. Призначення одного з наступних пероральних антибактеріальних засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Фосфоміцин одноразово; – Нітрофурантоїн 7 днів; – Фторхінолони 3 дні; <p>2. Більш тривалу антибактеріальну терапію (мінімум 7 днів) слід проводити у разі відсутності ефекту від лікування протягом 3-5 днів або виникненні рецидиву.</p>
4. Диспансерне спостереження		
<p>Виконувати ЗАС та/або бакпосів сечі після завершення лікування не потрібно.</p>	<p>1. У пацієнтів, які перенесли ІСШ, за відсутності симптомів не рекомендовано проводити рутинне виконання ЗАС та культуральне дослідження сечі після завершення курсу антибактеріальної терапії. <i>(Рівень доказовості В)</i> <i>(КН II.4.4)</i></p> <p>2. Жінкам, у яких до закінчення курсу лікування симптоми не зникають або виникає рецидив ІСШ упродовж 2 тижнів після закінчення антибактеріальної терапії, рекомендовано провести культуральне дослідження сечі з визначенням чутливості до антибіотиків. <i>(Рівень доказовості В)</i> <i>(КН II.4.4)</i></p>	<p>1. У разі збереження чи відновлення симптомів захворювання рекомендовано повторний візит до лікаря.</p> <p>2. У разі збереження симптомів захворювання або відновлення симптомів упродовж 2 тижнів після завершення лікування необхідно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) призначити бактеріологічне дослідження сечі; б) призначити консультацію уролога чи гінеколога з метою виключення ускладнюючих факторів та інфекції, що передається статевим шляхом.

А.3 ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

А.3.1-3.2 Алгоритм діагностики та диференційної діагностики ІСШ.



А.3.3 Схема медикаментозного лікування

Для лікування ІСШ застосовують один з наведених препаратів

Таблиця 1. Рекомендовані дози та тривалість лікування ІСШ

Назва препарату	Добова доза	Тривалість лікування
Фосфоміцина трометамол	3 г/д однократно	1 день
Ципрофлоксацин	250 мг * 3 рази на добу	3 дні
Левовфлоксацин	250 мг * 1 раз на добу	3 дні
Норфлоксацин	400 мг * 2 рази на добу	3 дні
Офлоксацин	200 мг * 2 рази на добу	3 дні
Нітрофурантоїн	50 мг кожні 6 годин	7 діб

A.4 РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ**A.4.1.** Вимоги для установ, що надають первинну медичну допомогу**A.4.1.1., A. 4.1.2 Кадрові ресурси:** лікар загальної практики - сімейної медицини, медична сестра, молодший медперсонал.

Медична сестра повинна володіти знаннями, щодо надання інформації хворим стосовно правильного збору сечі та профілактики ІСШ.

A.4.2.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Наявність клініко-діагностичної лабораторії у закладі. Скло 18x18 одноразове, етанол 96% розчин, мікроскоп біологічний бінокулярний з імерсією, рукавички одноразові, ємкості для збору сечі, центрифуга з швидкістю обертів 2000 об/хв, тест-смужки для визначення бактеріурії та піурії.

A.5. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

№	Індикатори	Порогове значення	Методика вимірювання	Заходи впливу
1.	Наявність у закладі загальної практики – сімейної медицини уніфікованого клінічного протоколу (УКПМД) та ЛПМД пацієнткам з ІСШ.	100%	Перевірка наявності	Наявний наказ закладу про ЛПМД на підставі УКПМД.
2.	Частка хворих на ІСШ, у яких проводилась оцінка факторів ризику ускладненої ІСШ, а також симптомів інших захворювань сечостатевої системи.	100%	Кількість жінок з діагнозом ІСШ, у яких проводилась оцінка факторів ризику ускладненої ІСШ x 100/загальну кількість жінок з діагнозом ускладненої ІСШ	Оволодіння лікарями технологією УКПМД та ЛПМД
3.	Частка хворих на ІСШ, яким здійснено загальний аналіз сечі.	100%	Кількість жінок з діагнозом ІСШ, яким проводився клінічний аналіз сечі x 100/ загальну кількість жінок з діагнозом ІСШ	Наявний затверджений порядок взаємодії лікаря загальної практики, нефролога з клінічною лабораторією. Наявне обладнання для мікроскопічного дослідження сечі.
4.	Частка жінок з ІСШ, які були оглянуті урологом, гінекологом при наявності показань.	100%	Кількість жінок з діагнозом ІСШ, яких оглянув уролог та/або гінеколог x 100/ загальну кількість жінок з діагнозом ІСШ, яким була показана консультація уролога та/або гінеколога.	Наявний затверджений порядок взаємодії лікаря загальної практики, нефролога зі спеціалістами: урологом, гінекологом.

Б. Бібліографія

1. Адаптована клінічна настанова з діагностики, лікування та профілактики інфекції сечової системи у жінок, К.2011
2. Guidelines on Urological Infections, European Association of Urology, 2010
3. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America.
4. International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases.
5. Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America
6. Recurrent Urinary Tract Infection, SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2010
7. Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline, 2006.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008 Mar. 10 p.

В. Додатки

ДОДАТОК № 1.

КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ІСС

- I. Гострий або хронічний пієлонефрит (N 10.1 або N 11)
 - а) ускладнений
 - б) неускладнений
- II. Інфекції сечовивідних шляхів:
 - 1. Гострий або хронічний цистит (N 30.0 або N 30.2)
 - а) ускладнений
 - б) неускладнений
 - 2. Уретрит, уретральний синдром (N 34)
- III. Безсимптомна бактеріурія.
- IV. Уросепсис (N 39.0)
Приклади формування діагнозу: Гострий неускладнений цистит.

ДОДАТОК № 2.

ВИЗНАЧЕННЯ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРОТОКОЛІ

ІСШ – це перший епізод клініко-лабораторних проявів їх інфекційного ураження без визначення топіки.

ДОДАТОК №3

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ «ІНФЕКЦІЯ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ»

Визначення. ІСШ – це перший епізод клініко-лабораторних проявів їх інфекційного ураження без визначення топіки.

Фактори ризику виникнення інфекції сечовивідних шляхів у молодих невагітних жінок:

- анатомо-фізіологічні особливості жіночого організму (широка і коротка уретра, близькість її до піхви та анусу);
- більше 3 статевих контактів на тиждень протягом останнього місяця;
- новий сексуальний партнер;
- супутні гінекологічні захворювання, що змінюють нормальну мікрофлору піхви;
- застосування сперміцидів

Основні клінічні симптоми:

- болюче сечовипускання;
- часте сечовипускання;
- невідкладні позиви до сечовипускання з можливим відчуттям неповного випорожнення сечового міхура.

Діагноз.

Для підтвердження діагнозу ІСШ проводять загальне клінічне обстеження, ЗАС, ЗАК. Альтернативою мікроскопії сечового осаду є аналіз сечі тест-смужками.

Правила збору сечі:

1. Перед збиранням сечі провести ретельний туалет зовнішніх статевих органів.
2. Необхідно зібрати середню порцію ранішньої сечі в кількості приблизно 100 мл в чистий посуд із безбарвного скла.
3. Доставити сечу в лабораторію не пізніше 2 годин від забор.

Лікування.

Лікування ІСШ передбачає короткотривале застосування антибактеріальних препаратів. Вибір препарату, його доза та тривалість терапії визначається лікарем.

Профілактика.

Загальні рекомендації: споживання достатньої кількості рідини, своєчасне спороження сечового міхура, обов'язкове спороження сечового міхура після статевого акту, дотримання правил гігієни зовнішніх статевих органів, уникнення переохолодження.