

ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ У ВАГІТНИХ

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

АБ-терапія	антибактеріальна терапія
ББ	безсимптомна бактеріурія
ЗАС	загальний аналіз сечі
ІСС	інфекції сечової системи
КУО	Колоніє утворюючі одиниці
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
УЗД	Ультразвукове дослідження

А.1 ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А.1.1 Діагноз: Вагітність I, 12 тижнів. Безсимптомна бактеріурія.

А.1.2 Шифр згідно МКБ-10: O23.0

А.1.3 Потенційні користувачі: лікарі-нефрологи, акушери-гінекологи.

А.1.4 Мета протоколу стандартизувати профілактику, діагностику та лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних.

А.1.5 Дата складання – 10.02.2012 р.

А.1.6 Дата перегляду протоколу – 10.02.2015 р.

А.1.7 РОЗРОБНИКИ:

Колесник М. О. чл.- кор. НАМНУ, д. мед. н., професор, директор ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 455 93 77

Степанова Н.М. д. мед. н., головний науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 455 93 86

Медведь В. І. чл.- кор. НАМНУ, д.мед.н., професор, заслужений лікар України, керівник відділу внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут ПАГ НАМН України», тел.: 483 61 67

Худошина О.В. Начальник управління контролю якості медичних послуг МОЗ України

Лебідь Л.О. к. мед. н., старший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 455 93 78

Бусигіна Ю.С. молодший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 455 93 78

Сташевська Н.В. молодший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 455 93 78

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:

Розповсюдженість безсимптомної бактеріурії серед вагітних коливається від 2% до 7%. Під час вагітності, у 20-40% жінок з безсимптомною бактеріурією розвивається пієлонефрит.

A.2.2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Профілактика		
<p>1. У всіх вагітних, в першому триместрі або під час першого звернення до лікаря, має бути виключена безсимптомна бактеріурія.</p> <p>2. Вагітним з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначати посткоїтальну АБ-терапію.</p>	<p>1. Під час першого звернення вагітної до лікаря, в першому триместрі необхідно призначити бак посів сечі та виключити наявність безсимптомної бактеріурії.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Рівень доказовості А)</i> <i>(КН ІV.1)</i></p> <p>2. З метою зниження ризику розвитку ІСС усім вагітним з наявністю рецидивуючого перебігу ІСС до початку вагітності рекомендована посткоїтальна профілактика.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Рівень доказовості В)</i> <i>(КН ІV.3)</i></p>	<p>1. Призначення бакпосіву сечі всім вагітним під час першого звернення до лікаря або вагітності</p> <p>2. Вагітним з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначити посткоїтальну АБ-профілактику (нітрофурантоїном 100 мг або цефалексином 125 мг, за винятком останніх 4 місяців вагітності).</p>
2. Діагностика		
<p>1. ББ - безсимптомна наявність більше ніж 100 тисяч бактеріальних (КУО) в 1 мл сечі. На відміну від симптоматичної бактеріурії, наявність ББ повинно бути підтверджено двома послідовними культуральними дослідженнями сечі.</p>	<p>1. У вагітної бактеріурія вважається значущою при отриманні росту бактеріальних культур у сечі $\geq 10^5$ КУО/мл, в двох послідовних зразках або в одній порції сечі, отриманої за допомогою катетера.</p> <p>2. Своєчасна діагностика ББ дозволяє попередити розвиток пієлонефриту, знизити частоту передчасних пологів та народження немовлят з малою масою тіла</p> <p style="text-align: center;"><i>(Рівень доказовості А)</i> <i>(КН ІV.1)</i></p> <p>3. За необхідності додаткового обстеження, з метою виключення анатомічних чи функціональних порушень, у вагітних повинні використовуватись УЗД та/або магнітно-резонансна томографія (щоб уникнути радіаційного ризику для плоду).</p> <p style="text-align: center;"><i>(Рівень доказовості В)</i> <i>(КН ІV.1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • збір анамнезу (виключення рецидивуючої ІСС до вагітності) • фізикальне дослідження • інструментальне дослідження • ЗАС • бакпосів сечі • УЗД нирок • МРТ (за необхідності)
3. Лікування		
<p>1. Лікування ББ у вагітних жінок є обов'язковим.</p> <p>2. Після завершення лікування обов'язково необхідно підтвердити ерадикацію збудників.</p>	<p>1. Лікування ББ, виявленої під час вагітності є обов'язковим, у зв'язку з високим ризиком розвитку пієлонефриту.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Рівень доказовості А)</i> <i>(КН ІV.2)</i></p> <p>2. Під час вагітності призначають короткі курси антибактеріальної терапії (3 дні) для лікування ББ.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Рівень доказовості А)</i> <i>(КН ІV.2)</i></p>	<p>1. Призначення одного з наступних антибактеріальних лікарських засобів: нітрафурантоїн, амоксицилін, цефалексин, фосфоміцин (див. табл.1).</p> <p>2. Після завершення лікування необхідно переконатись у ерадикації збудників.</p>

	<p>3. За наявності ускладнюючих факторів тривалість лікування ББ пролонгують до 7-10 діб. <i>(Рівень доказовості B)</i> <i>(КН IV.2)</i></p> <p>4. Культуральне дослідження сечі після лікування ББ у вагітних є обов'язковим. <i>(Рівень доказовості A)</i> <i>(КН IV.2)</i></p>	
4. Диспансерне спостереження		
Диспансерне спостереження дозволяє попередити розвиток пієлонефриту та запобігти передчасним пологам та народженню немовлят з малою масою тіла.	Пацієнти з ББ вимагають комплексного диспансерного спостереження протягом вагітності та післяпологового періоду (Доказова база відсутня).	Диспансерне спостереження повинно здійснюватись нефрологом, терапевтом і акушером-гінекологом.

А. 3 ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

А. 3. 1 Алгоритм діагностики безсимптомної бактеріурії у вагітних



А. 3. 2 Алгоритм лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних

Таблиця 1. Лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних

Антибіотик <i>(Рівень доказовості A)</i>	Режим терапії
Нітрофурантоїн 100 мг	2 р/д 5-7 діб
Амоксицилін 500 мг	2 р/д 3-7 діб
Амоксицилін/клавунолат 625 мг	2 р/д 3-7 діб
Цефалексин 500 мг	2 р/д 3-7 діб

Фосфоміцин 3 г	одноразово
----------------	------------

А.4 РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

А.4.2. Вимоги для установ, які надають вторинну медичну допомогу

А.4.2.1. Кадрові ресурси: лікар-нефролог, акушер-гінеколог, медична сестра, молодший медперсонал.

А.4.2.2. Матеріально-технічне забезпечення.

1. Наявність клініко-діагностичної та бактеріологічної лабораторії у закладі. Скельце 18x18 одноразове, етанол 96% розчин, мікроскоп біологічний бінокулярний з імерсією, рукавички одноразові, ємкості для збору сечі, центрифуга з швидкістю обертів 2000 об/хв.; апарат УЗД.

А.5 ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Індикатори	Порогове значення	Методика вимірювання	Заходи впливу
Наявність у медичному закладі відповідного локального протоколу.		Перевірка наявності	
Під час першого звернення або в першому триместрі вагітності всім вагітним жінкам проводиться скринінг ББ.	100% наявність результатів обстежень і відповідних записів у медичній документації	Перевірка наявності	
Обов'язково проводиться лікування ББ, виявленої під час вагітності.	100% наявність відповідних призначень у медичній документації	Перевірка наявності	
Заходи профілактики і лікування відповідають вимогам протоколу.	Відповідність призначень вимогам протоколу.	Перевірка відповідності	

Б. Бібліографія

1. Адаптована клінічна настанова з діагностики, лікування та профілактики інфекцій сечової системи у жінок. // Київ. – 2011. Електронний документ
2. *Epp A, Larochelle A, Lovatsis D, Walter JE, Easton W, Farrell SA, Girouard L, Gupta C, Harvey MA, Robert M, Ross S, Schachter J, Schulz JA, Wilkie D, Ehman W, Domb S, Gagnon A, Hughes O, Konkin J, Lynch J, Marshall C.* Recurrent urinary tract infection. *J Obstet Gynaecol Can* 2010 Nov;32(11):1082-90.
3. *Grabe M.* Guidelines on Urological Infections / M. Grabe (Chairman), T.E. Bjerklund-Johansen, H. Botto Denis Fouque, [et all] // *Eur Urol*, 2010. – P. 110.
4. *Loh kY, Sivalingam N.* Urinary tract infections in pregnancy. *Malaysian Family Physician*. 2007;2(2):54-57.
5. Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006.
6. *Smaill FM.* Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy / Smaill FM, Vazquez JC. // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007, Issue 2. Art. No.: CD000490. DOI: 10.1002/14651858.CD000490.pub2.
7. *Urogenital Infections* / Edited by Kurt G. Naber, Anthony J. Schaeffer et al., 2010. – 1182 p. – ISBN: 978-90-79754-41-0.