

ЗАТВЕРДЖЕНО
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ НЕФРОЛОГІВ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕФРОЛОГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

НАЦІОНАЛЬНИЙ НИРКОВИЙ ФОНД УКРАЇНИ

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА
ТА ЛІКУВАННЯ
ВАГІТНИХ З ГОСТРИМ АБО
РЕЦИДИВОМ ХРОНІЧНОГО ШЕЛОНЕФРИТУ**

КИЇВ 2017

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

АБТ	антибактеріальна терапія
ББ	безсимптомна бактеріурія
ЗАС	загальний аналіз сечі
ЗАК	загальний аналіз крові
ІСС	інфекції сечової системи
КУО	колоніє утворюючі одиниці
МРТ	магнітно-резонансна томографія
УЗД	ультразвукове дослідження

А.1 ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А.1.1 Діагноз: Вагітність ІІ, 18-20 тижнів. Хронічна хвороба нирок ІІ: ускладнений пієлонефрит.

Вагітність І, 20-22 тижні. Гострий пієлонефрит

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 пієлонефриту у вагітних.

А.1.5 Дата складання – 10.10.2017 р.

А.1.6 Дата перегляду протоколу – 10.10.2020 р.

А.1.7 Розробники:

Колесник М. О.	чл. -кор. НАМНУ, д. мед. н., професор, директор ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 225 93 77
Степанова Н.М.	д. мед. н., головний науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 225 93 86
Лебідь Л.О.	к. мед. н., старший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 225 93 78
Снісар Л.М.	к. мед. н., старший науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 225 93 78
Шашевська Н.В.	лікар - нефролог відділення нефрології, діалізу та ІТ забезпечення ДУ «Інститут нефрології НАМН України», тел.: 225 93 78

Протокол розглянутий і затверджений:
УАН -

А.1. 8 Епідеміологія:

Розповсюдженість пієлонефриту серед вагітних коливається від 1% до 2,5%. Найчастіше гострий пієлонефрит розвивається у третьому триместрі вагітності і післяпологовому періоді. Враховуючи анатомо-фізіологічні зміни з боку сечовидільних шляхів, пієлонефрит у вагітних слід розглядати як ускладнений.

Етіологія: *E.coli* в 70 % випадків, *Enterobacter spp* та *Klebsiella spp.* - 3%, *Proteus spp.* - 2%, *Streptococcus* групи В -10% випадків.

А.2.3 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Догоспітальний етап		
1. У 20-40 % з ББ під час вагітності розвивається пієлонефрит. 2. Вагітним жінкам з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначати посткоїтальну профілактику.	1. Під час першого звернення вагітної жінки до лікаря або у першому триместрі вагітності необхідно призначити бак посів сечі та виключити наявність ББ. (Рівень доказовості А) (КН IV.1) 2. З метою зниження ризику розвитку ІСС всім вагітним жінкам з наявністю рецидивуючого перебігу ІСС до початку вагітності рекомендована посткоїтальна профілактика. (Рівень доказовості В) (КН IV.3)	1. Призначення бакпосіву сечі всім вагітним жінкам під час першого звернення до лікаря або з 12 до 16 тижня вагітності. 2. Збір анамнезу (виключення рецидивуючої ІСС до вагітності) 3. Вагітним жінкам з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначати посткоїтальну профілактику нітрофурантоїном 100 мг або цефалексином 125 мг, за винятком останніх 4 місяців вагітності.
2. Госпіталізація		
1. За умов незначних проявів та уважного спостереження	1. Лікування пієлонефриту під час вагітності може здійснюватись амбулаторно, за умов	Оцінити важкість перебігу пієлонефриту та визначити необхідність госпіталізації

<p>лікування пієлонефриту під час вагітності може здійснюватись амбулаторно.</p> <p>2. Госпіталізація до 20 тижня вагітності здійснюється до нефрологічного або терапевтичного стаціонару. Після 20 тижня вагітності – до акушерського стаціонару.</p>	<p>незначних клінічних проявів та уважного спостереження. <i>(Рівень доказовості А)</i></p> <p>(КН IV.1)</p>	<p>до спеціалізованого стаціонару</p>
--	--	---------------------------------------

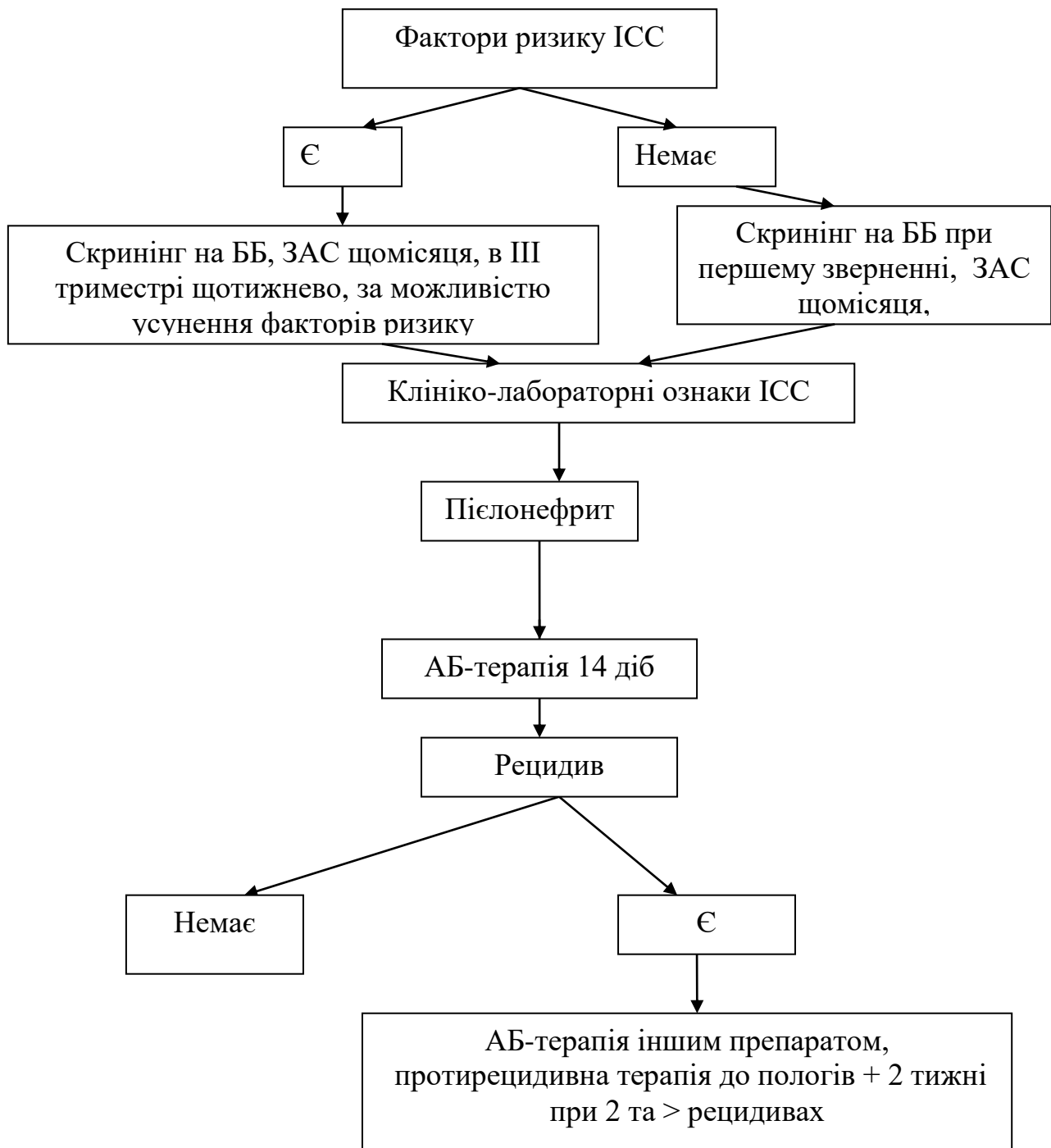
3. Діагностика

<p>Своєчасна діагностика і лікування пієлонефриту дозволяє знизити частоту передчасних пологів та народження немовлят з малою масою тіла</p>	<p>1. У вагітної жінки без клінічних ознак ІСС 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 катетеру. <i>(Рівень доказовості А)</i></p> <p>(КН IV.1)</p> <p>2. У вагітної жінки з симптомами ІСС діагностично значущою є бактеріурія $\geq 10^3$ КУО/мл. <i>(Рівень доказовості В)</i></p> <p>(КН IV.1)</p> <p>3. За необхідності додаткового обстеження, з метою виключення анатомічних чи функціональних порушень, у вагітних повинні використовуватись УЗД та/або МРТ (щоб уникнути радіаційного ризику</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● збір анамнезу (виключення рецидивуючої ІСС до вагітності) ● фізикальне дослідження ● ЗАС ● Бакпосів сечі ● УЗД нирок ● МРТ (за необхідністю) ● За наявності показань-консультація уролога
--	---	---

	для плоду). (Рівень доказовості B) (КН IV.4.1)	
4. Лікування		
Антибактеріальне лікування пієлонефриту у вагітних є обов'язковим	Оптимальним вважається 14-денний курс. (Рівень доказовості C) (КН IV.4)	1. Призначення одного з наступних антибактеріальних лікарських засобів: цефтріаксон, азтреонам, піперацилін-тазобактам, цефепім, імipенем-циластатин, ампіцилін +, гентаміцин (див. табл.1). 2. Після завершення лікування, через 10-14 діб, переконатись у ерадикації збудників.
5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період		
Вагітні з пієлонефритом вимагають комплексного диспансерного спостереження протягом вагітності та післяпологового періоду	Після закінчення антибактеріального лікування обов'язковим є підтвердження ерадикації збудника за допомогою бакпосіву сечі (Рівень доказовості A) (КН IV.4)	1. Диспансерне спостереження повинно здійснюватись нефрологом і акушером-гінекологом. 2. у разі появи клінічних ознак ІСС – бакпосів сечі та ЗАС

А. 3 Етапи діагностики і лікування

А. 3. 1 Алгоритм діагностики і лікування пієлонефриту у вагітних



А. 3. 2 Алгоритм лікування пієлонефриту у вагітних

Таблиця 1. Лікування пієлонефриту у вагітних

Антибіотик	Режим терапії
Цефтріаксон	1-2 г д/в чи в/м 1 р/д
Азтреонам	1 г д/в 2-3 р/д
Піперацилін-тазобактам	3,375-4,5 г д/в 4 р/д
Цефепім	1 г д/в 2 р/д
Іміпенем-циластатин	500 мг д/в 4 р/д
Ампіцилін +	2 г д/в 4 р/д
Гентаміцин	3-5 мг/кг/д д/в на 3 ін'єкції

A.4 Ресурсне забезпечення виконання протоколу

A.4.1. Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу:

На рівні первинної допомоги лікування пієлонефриту не надається

A.4.2. Вимоги для установ, які надають вторинну медичну допомогу:

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

A.4.2.2.

A. 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 з 12 до 16 тижня вагітності всім вагітним жінкам проводиться скринінг ББ.	Наявність результатів обстежень і відповідних записів у медичній документації	Перевірка наявності	
Обов'язково проводиться	Наявність	Перевірка	

лікування пієлонефриту, виявленого під час вагітності.	відповідних призначень у медичній документації	наявності	
Заходи профілактики і лікування відповідають вимогам протоколу.	Відповідність призначень вимогам протоколу.	Перевірка відповідності	