

ЗАТВЕРДЖЕНО  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ НЕФРОЛОГІВ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕФРОЛОГІЇ  
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»  
НАЦІОНАЛЬНИЙ НИРКОВИЙ ФОНД УКРАЇНИ

**Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги**

## **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

#### **A.1.2 Шифр згідно МКБ- 10: N30.0**

**A.1.3 Потенційні користувачі:** лікарі загальної практики сімейної медицини, лікарі-нефрологи, урологи.

**A.1.4 Мета протоколу:** надання первинної медичної допомоги невагітним жінкам із симптомами ІСШ.

**A.1.5 Дата складання протоколу:**

**A.1.6 Дата перегляду протоколу:**

#### **A.1.7 Розробники**

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

#### **Протокол розглянутий і затверджений:**

УАН –

#### **A.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
<b>1. Організація надання медичної допомоги.</b>		
1. Медична допомога надається невагітним жінкам з ІСШ лікарями загальної практики, нефрологами, урологами.	Жінки з ІСШ, зазвичай не потребують спеціалізованого обстеження та стаціонарного лікування. Лікування призначається в амбулаторних умовах лікарями загальної практики сімейної медицини, урологами, нефрологами.	Наявність клінічних настанов, стандарту медичної допомоги, ЛПМД, УКПМД з питань введення жінок з ІСШ. За показаннями консультація уролога, нефролога.
<b>2. Діагностика</b>		
1. Діагностика гострого неускладненого циститу здійснюється амбулаторно, на підставі даних анамнезу, скарг хворої, даних загальноклінічного обстеження, ЗАК та ЗАС	1. У жінок без ускладнюючих факторів, діагноз ІСШ, з високим ступенем ймовірності, може бути встановлений на основі наявності дизурії, частого	<b>Обов'язкові методи діагностики:</b> Загальне клінічне обстеження. • Оцінити дані анамнезу (переохолодження, статевий акт, тощо);

<p>(лейкоцитурія).</p>	<p>сечовипускання та ознак запалення у загальному аналізі сечі за відсутності підвищення температури тіла. (Рівень доказовості B ) (КН II.4.1)</p> <p>2. Використання тест-смужки є альтернативою мікроскопії сечі (Рівень доказовості B) (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"> <li>• за підозри на гострий пієлонефрит;</li> <li>• за наявності атипових симптомів захворювання;</li> <li>• за відсутності ефекту від призначеної антибактеріальної терапії або за розвитку рецидиву. (Рівень доказовості B) (КН II.4.2)</li> </ul> <p>4. Діагностично-значущою бактеріурією у жінок з наявністю симптомів</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оцінити типові симптоми ІСШ;</li> <li>• Виключити наявність ускладнюючих факторів;</li> <li>• Оцінити наявність захворювань геніталій та/або захворювань які передаються статевим шляхом.</li> <li>• ЗАС, ЗАК.</li> </ul> <p><b>Альтернативні методи діагностики:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Застосовування тест-смужок для встановлення бактеріурії та піурії;</li> <li>• Рекомендується культуральне дослідження сечі за наявності атипових симптомів захворювання</li> <li>• та відсутності ефекту від призначеної антибактеріальної терапії або за умов розвитку рецидиву.</li> </ul> <p><b>Консультації спеціалістів:</b> Консультація гінеколога призначити у випадку наявності симптомів або</p>
------------------------	--	--

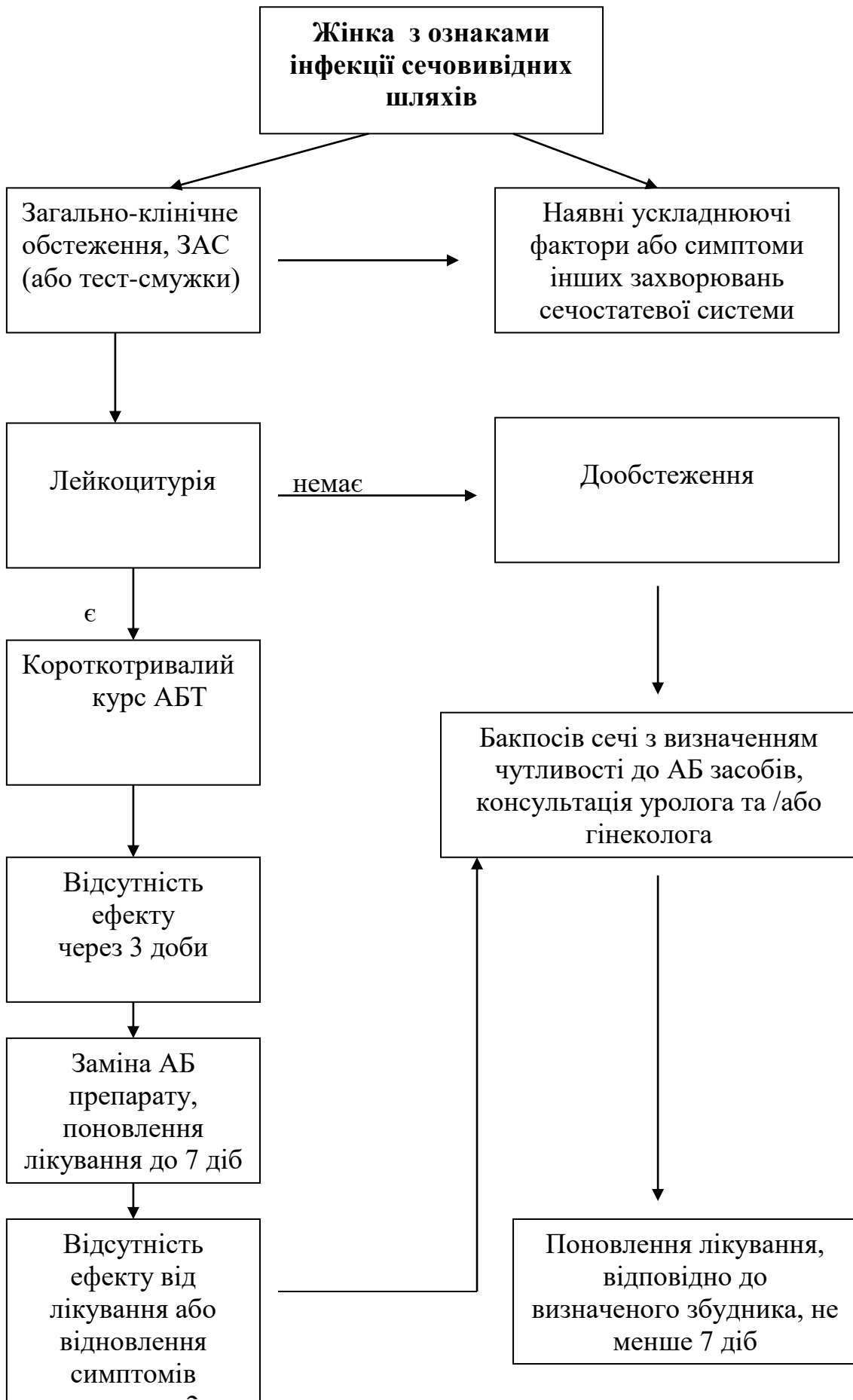
	<p>ІСШ слід вважати кількість бактерій <math>\geq 10^3</math> КУО/мл. (Рівень доказовості B) (КН II.4.2)</p>	<p>факторів ризику генітальних захворювань.</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Лікування ІСШ здійснюється амбулаторно за допомогою короткотривалого курсу АБТ.</p>	<p>1. Доведено, що проведення короткотривалої АБТ у жінок з ІСШ більш ефективно порівняно з прийомом плацебо. (Рівень доказовості A) (КН II.4.3)</p> <p>2. Препаратами першої лінії є (відповідно до вартості та наявності препаратів):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• фосфоміцину трометалол 3 г одноразово;</li> <li>• нітрофурантоїн в макрокристаллах 100 мг протягом 5 днів;</li> </ul> <p>(Рівень доказовості A) (КН II.4.3)</p> <p>3. В якості альтернативних пероральних препаратів для емпіричної терапії можна використовувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ципрофлоксацин;</li> <li>• левофлоксацин;</li> <li>• норфлоксацин;</li> <li>• офлоксацин.</li> </ul> <p>(Рівень доказовості B) (КН II.4.3)</p>	<p>1. Призначення одного з наступних пероральних антибактеріальних засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Фосфоміцин одноразово;</li> <li>- Нітрофурантоїн 7 днів;</li> <li>- Фторхінолони 3 дні;</li> </ul> <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>

	<p>4. За відсутності ефекту від проведеної терапії, слід призначити повторний курс лікування з використанням іншого антибактеріального засобу протягом 7 днів (Рівень доказовості C) (КН II.4.4)</p>	
<p><b>4. Диспансерне спостереження</b></p>		
<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. (Рівень доказовості B) (КН II.4.4)</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</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"> <li>а) призначити бактеріологічне дослідження сечі;</li> <li>б) призначити консультацію уролога чи гінеколога з метою виключення ускладнюючих факторів та інфекції, що передається статевим шляхом.</li> </ul>

	<p>чутливості до антибіотиків. <i>(Рівень доказовості B)</i> <i>(КН II.4.4)</i></p>	
--	---	--

### 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
<b>Препарати вибору</b>		
Фосфоміцина трометамол	3 г/д однократно	1 день
Нітрофурантоїн макрокрістал	100 мг 2 р/д	5 діб
Півмецилінам	400 мг 3 р/д	3-5 діб
<b>Альтернативні препарати</b>		
Цефалоспорины (наприклад, цефадроксил)	500 мг 2 р/д	3 доби
<b>Якщо локальна резистентність кишкової палички &lt;20%</b>		
Триметоприм	200 мг 2 р/д	5 діб
Триметоприм-сульфаметоксазол	160/800 мг 2 р/д	3 доби
<b>Лікування чоловіків</b>		
Триметоприм-сульфаметоксазол	160/800 мг 2 р/д	7 діб

### А.4 Ресурсне забезпечення виконання протоколу

#### А.4.1. Вимоги для установ, що надають первинну медичну допомогу

А.4.1.1., А. 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.

#### А.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.

### А.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 пацієнтам 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 з спеціалістами: урологом, гінекологом.

## **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.