

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
1. Організація надання медичної допомоги.		
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.
2. Діагностика		
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	Обов'язкові методи діагностики: 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"> • за підозри на гострий пієлонефрит; • за наявності атипових симптомів захворювання; • за відсутності ефекту від призначеної антибактеріальної терапії або за розвитку рецидиву. (Рівень доказовості B) (КН II.4.2) <p>4. Діагностично-значущою бактеріурією у жінок з наявністю симптомів</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 атипових 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</p>
------------------------	--	--

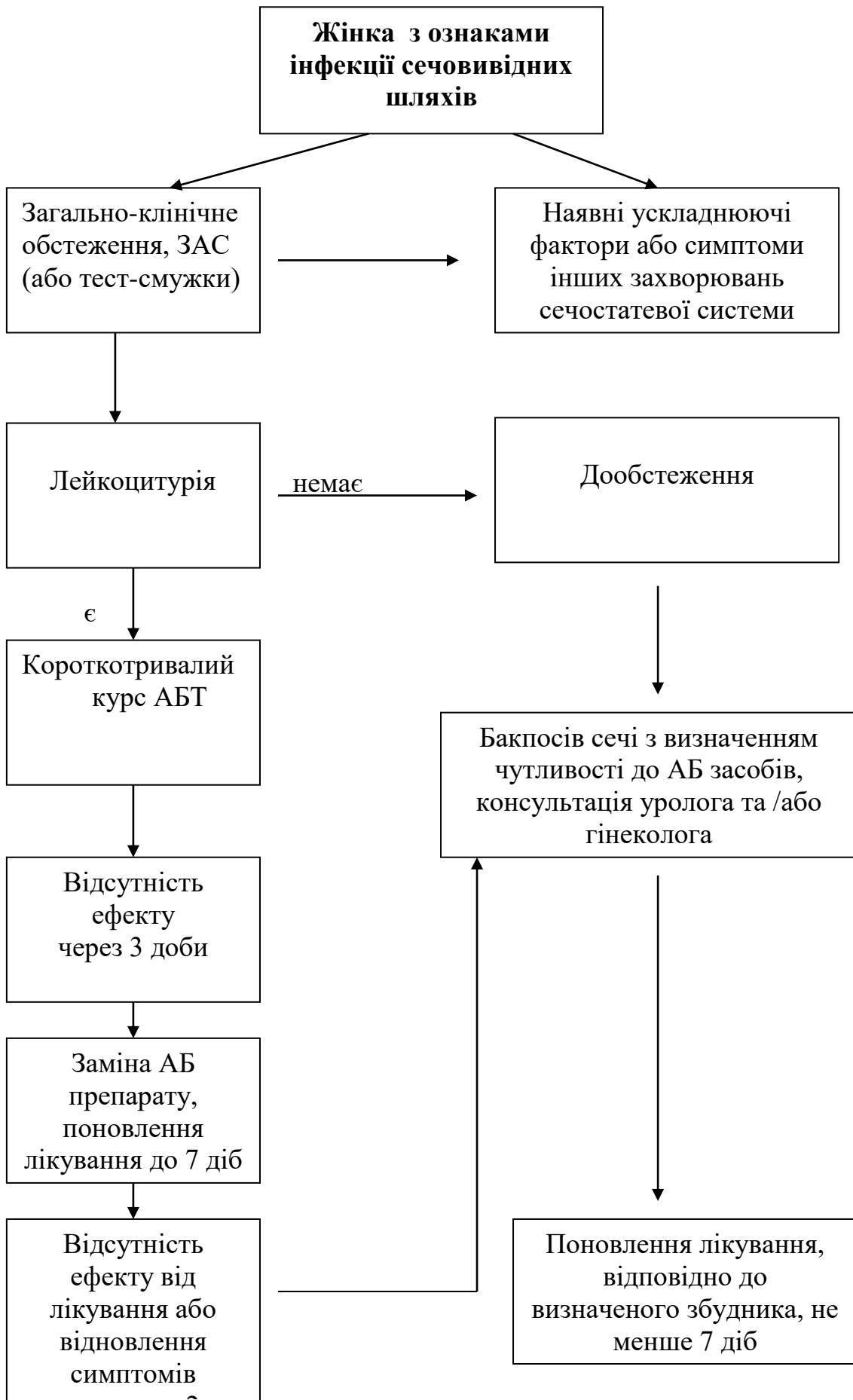
	<p>ІСШ слід вважати кількість бактерій $\geq 10^3$ КУО/мл. (Рівень доказовості В) (КН II.4.2)</p>	<p>факторів ризику генітальних захворювань.</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Лікування ІСШ здійснюється амбулаторно за допомогою короткотривалого курсу АБТ.</p>	<p>1. Доведено, що проведення короткотривалої АБТ у жінок з ІСШ більш ефективно порівняно з прийомом плацебо. (Рівень доказовості А) (КН II.4.3)</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 макрокристаллах 100 мг протягом 5 днів; <p>(Рівень доказовості А) (КН II.4.3)</p> <p>3. В якості альтернативних пероральних препаратів для емпіричної терапії можна використовувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ципрофлоксацин; • левофлоксацин; • норфлоксацин; • офлоксацин. <p>(Рівень доказовості В) (КН II.4.3)</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>

	<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>4. Диспансерне спостереження</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"> а) призначити бактеріологічне дослідження сечі; б) призначити консультацію уролога чи гінеколога з метою виключення ускладнюючих факторів та інфекції, що передається статевим шляхом.

	<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
Препарати вибору		
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
Альтернативні препарати		
Цефалоспорини (наприклад, цефадроксил)	500 мг 2 р/д	3 доби
Якщо локальна резистентність кишкової палички <20%		
Триметоприм	200 мг 2 р/д	5 діб
Триметоприм-сульфаметоксазол	160/800 мг 2 р/д	3 доби
Лікування чоловіків		
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 зі 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.