

Министерство здравоохранения РФ
РЕКОМЕНДУЕТ



ТАКТИКА ВРАЧА-УРОЛОГА

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией
члена-корреспондента РАН
Д.Ю. Пушкаря



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ТАКТИКА ВРАЧА-УРОЛОГА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ. ВВЕДЕНИЕ

Термин «инфекция мочевых путей» (ИМП) применяется в случаях, когда инфекция присутствует, но нет ясных признаков поражения почек. Термин «бактериурия» употребляется в случаях, когда бактерии не только постоянно присутствуют в мочевых путях, но и активно размножаются там.

Классификация инфекций мочевых путей (адаптировано из рекомендаций Европейской ассоциации урологов)

Классификация ИМП	
Неосложненная ИМП	Эпизод острой, спорадической или рецидивирующей инфекции нижних (неосложненный цистит) и/или верхних (неосложненный пиелонефрит) мочевыводящих путей у небеременных женщин пременопаузального возраста при отсутствии анатомических и функциональных изменений в мочевой системе или сопутствующих заболеваний
Осложненная ИМП	Все случаи ИМП, которые не относятся к неосложненным. Пациенты с повышенным риском наличия осложняющих факторов: все мужчины, беременные женщины, пациенты с анатомическими и функциональными изменениями мочевыводящих путей, постоянными катетерами, заболеваниями почек и/или другими сопутствующими иммунодефицитными заболеваниями, например сахарным диабетом
Рецидивирующая ИМП	Рецидивы неосложненной и/или осложненной ИМП с частотой эпизодов не менее 3 в год или 2 в течение 6 мес
Катетер-ассоциированная ИМП	Катетер-ассоциированная ИМП — инфекция, появившаяся у пациентов с катетером в настоящее время или перенесших катетеризацию в течение последних 48 ч
Уросепсис	Системный, жизнеугрожающий ответ организма на наличие инфекции в мочевыводящих путях и/или мужских половых органах. Сопровождается проявлениями системного воспаления, наличием симптомов органной дисфункции и гипотонии, ассоциированными с тканевой гипоксией

Проблема ИМП в урологии всегда была крайне актуальной и остается в поле зрения специалистов во всем мире. В эру возрастающей микробной резистент-

ности адекватное и рациональное назначение антимикробных препаратов приобретает особое значение как для излечения урологического пациента, так и для здоровья общества, поскольку оно во многом зависит от снижения риска развития резистентности микроорганизмов.

1.1.1. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ БЕЗ УСТАНОВЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (МКБ-10: N39.0)

Бессимптомная (асимптоматическая) бактериурия (ББ) у взрослых — наличие бактерий в моче без каких-либо клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительных урологических заболеваний.

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

N39.0 Бессимптомная бактериурия.



ДИАГНОСТИКА

Диагноз ББ ставится на основании двух последовательных **положительных бактериологических анализов мочи** (с промежутком в 24 ч), полученной из средней порции у женщин, и однократном анализе мочи у мужчин.

Должен быть выделен **один и тот же штамм** возбудителя в титре микроорганизмов — **более 10^5 КОЕ/мл**.

Рост микроорганизмов в титре 10^2 КОЕ/мл в однократном бактериологическом анализе мочи, полученной при катетеризации мочевого пузыря, репрезентативен для подтверждения бактериурии как у мужчин, так и у женщин.

*Диагностический поиск должен включать определение **остаточной мочи** в мочевом пузыре.*

*При наличии **уреаза-продуцирующих бактерий** (например, *Proteus mirabilis*) в моче необходимо **исключить формирование камней** в мочевыводящих путях.*

*У мужчин следует провести ректальное пальцевое исследование для исключения **заболеваний предстательной железы**.*



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- У пациентов без выявленных факторов риска ББ не является причиной заболеваний почек.
- Скрининг и лечение пациентов, у которых **отсутствуют факторы риска, не рекомендуются**.
- ББ может защищать от **суперинфекции вирулентными уропатогенами**, поэтому лечение ББ рекомендуется проводить только в случае доказанной пользы для пациента, чтобы избежать риска селекции резистентных и эрадикации потенциально протективных штаммов микроорганизмов.



РЕАБИЛИТАЦИЯ




Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

При появлении симптомов дизурии.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препарат выбора	Особенности применения
<p>Антибактериальное лечение ББ и его продолжительность зависят от пола, наличия заболеваний и факторов риска (Приложения № 1-3).</p> <p><i>Приложение № 1. Особенности лечения у беременных женщин</i></p>  <p><i>Приложение № 2. Особенности лечения у пациентов с ББ и рецидивирующей ИМП</i></p>  <p><i>Приложение № 3. Лечение пациентов с установленными факторами риска</i></p>  <p>Лечение должно быть целенаправленным, а не эмпирическим. При наличии у пациентов с ББ жалоб на запах и умеренную дизурию могут быть рекомендованы:</p>	
Метенамин (Гексаметилентетрамин*, Уротропин*)	1 г 2–3 раза в сутки



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При адекватном ведении пациентов с ББ — благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению ИМП.
- Несоблюдение врачебных назначений, *например, неоправданный прием антибиотиков вне показаний*, повышает вероятность частых обострений ИМП.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ (ПРИ ЕЕ НЕОБХОДИМОСТИ) – ДОСТИЖЕНИЕ ПОЛНОГО КОНТРОЛЯ СИМПТОМОВ ББ

- Применение антибиотиков может быть целесообразно лишь при наличии умеренной симптоматики в виде дизурии и направлено на устранение связанного с ней дискомфорта.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.

1.1.2. НЕОСЛОЖНЕННЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ (МКБ-10: N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.4, N30.8, N30.9)

Неосложненный цистит — острый, спорадический или рецидивирующий цистит у небеременных женщин пременопаузального возраста с отсутствием анатомических и функциональных изменений мочевыводящих путей и сопутствующих заболеваний.

Коды по МКБ-10

N30.0 Острый цистит.
N30.1 Интерстициальный цистит (хронический).
N30.2 Другой хронический цистит.
N30.3 Тригонит.
N30.4 Лучевой цистит.
N30.8 Другие циститы.
N30.9 Цистит неуточненный.

Классификация

I. По особенностям патогенеза:

- первичный;
- вторичный.

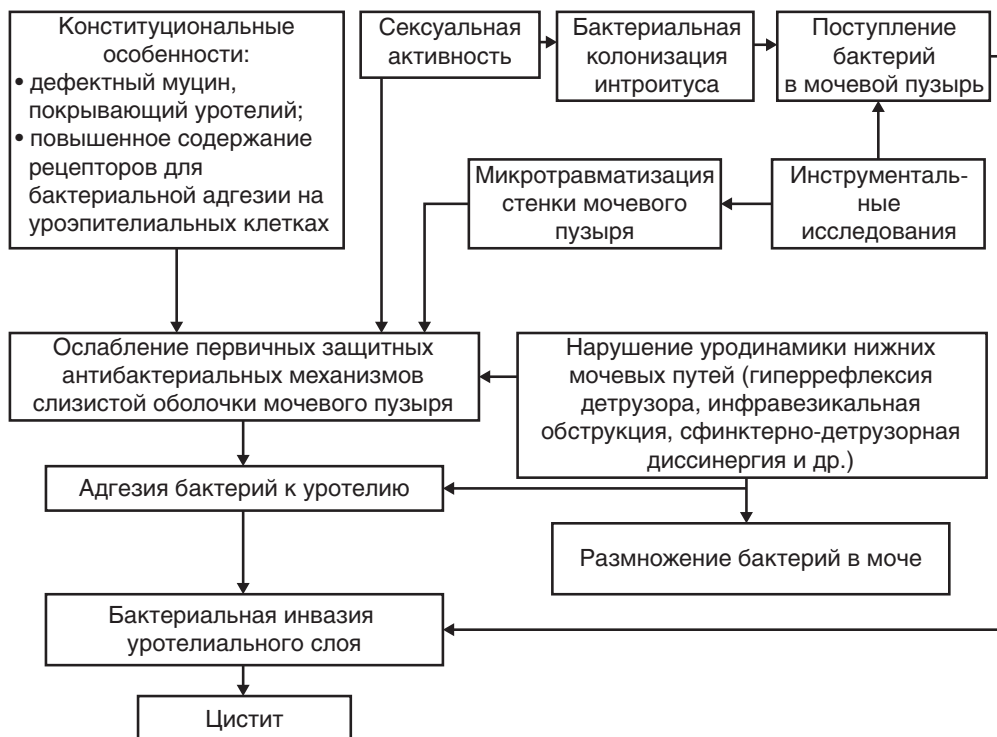
II. По характеру течения:

- острый;
- хронический (латентный, рецидивирующий).

III. По распространенности воспалительного процесса:

- диффузный;
- очаговый (шеечный, тригонит).

ПАТОГЕНЕЗ ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН



ПРИМЕР ДИАГНОЗА

N30.0 Острый катаральный цистит.



ДИАГНОСТИКА

Диагноз с высокой степенью вероятности может быть поставлен на основании истории расстройств мочеиспускания (дизурия, поллакиурия и ургентность) и отсутствия выделений из влагалища.

У женщин пожилого возраста мочеполовые симптомы не обязательно обусловлены циститом.

Неосложненный цистит следует дифференцировать от ББ, которая не является инфекцией, а обусловлена, скорее, комменсальной колонизацией и не требует скрининга и лечения, за исключением определенных случаев, когда она представляет фактор риска.

Анализ мочи, выполненный с помощью тест-полосок, — разумная альтернатива бактериологическому исследованию. Определение урокультуры рекомендуется в следующих ситуациях:

- подозрение на острый пиелонефрит;
- сохранение симптомов или их появление снова через 2–4 нед после окончания лечения;
- наличие у женщины атипических симптомов;
- беременность;
- подозрение на ИМП у мужчин.

У женщин с симптомами неосложненного цистита бактериальный титр 10^3 КОЕ/мл уропатогенов считается диагностически значимым. При наличии у пациентки атипических симптомов, а также неэффективности назначенной адекватной антимикробной терапии необходимо провести дополнительное обследование.



ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Острый цистит — 7–14 дней; обострение хронического цистита — 14–18 дней (N30.0, N30.1).

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Отсутствие болевого синдрома, дизурии, нормализация клинико-лабораторных анализов в динамике.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лечение проводят в амбулаторных условиях.

Показания для плановой госпитализации	Ориентировочные действия врача
Острые проявления цистита (болевого синдром, дизурия, гематурия и т.д.)	Оформление направления на плановую госпитализацию
Частые обострения	



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ






При отсутствии у пациентов симптомов ИМП после лечения проведение анализов или бактериологического исследования мочи считается необязательным. У женщин, отмечающих сохранение симптомов в конце курса лечения или их появление снова в течение 2 нед, необходимо бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителей. Повторный курс лечения продолжительностью 7 дней проводят другим антимикробным препаратом.








ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для предотвращения частых обострений при цистите рекомендована коррекция образа жизни:

- соблюдение личной гигиены;
- исключение переохлаждения;
- обильный питьевой режим;
- соблюдение диеты.

Фармакотерапия

Препарат выбора	Особенности применения
1. Антибактериальная терапия (АБТ) острого неосложненного цистита у женщин в пременопаузальном периоде <i>Приложение № 1. Особенности АБТ при цистите</i> 	
Фосфомицин (Фосфомицина трометамол*) 	3 г однократно
Фуразидин (в виде калиевой соли с магния карбонатом) 	По 50–100 мг 3 раза в сутки 5–7 дней (противопоказан при беременности, грудном вскармливании)
Нитрофурантоин  или	100 мг 3–4 раза в сутки 5 дней (противопоказан при недостаточности фермента глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы, почечной недостаточности)
Цефтибутен  или	Внутри 400 мг 1 раз в сутки 5 дней

Препарат выбора	Особенности применения
Цеффиксим 	400 мг 1 раз в сутки 5–7 дней
2. Для лечения острого цистита у беременных также назначаются короткие курсы АБТ разрешенными препаратами	
Фосфомицин (Фосфомицина трометамол*) 	3 г внутрь однократно
Цеффиксим 	400 мг внутрь 1 раз в сутки 7 дней
Цефтибутен 	400 мг внутрь 1 раз в сутки 7 дней
Нитрофурантоин 	100 мг 2 раза в сутки 7 дней (не назначается перед родами в связи с возможностью развития гемолитической анемии у новорожденных, имеющих дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы)
<p data-bbox="115 1081 598 1119"><i>Приложение № 2. Лечение цистита у мужчин</i></p>  <p data-bbox="115 1233 958 1271"><i>Приложение № 3. Лечение цистита у пациентов с почечной недостаточностью</i></p> 	

1.1.3. РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (МКБ-10: N30, N10, N11)

Рецидивирующая инфекция мочевых путей (РИМП) — рецидив неосложненной и/или осложненной ИМП с частотой не менее 3 эпизодов в течение одного года или 2 эпизодов в течение 6 мес.

СХЕМА БАКТЕРИАЛЬНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА



РЕТРОГРАДНЫЙ ТРАНСПОРТ МИКРООРГАНИЗМОВ ПО МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОМУ КАНАЛУ У ЖЕНЩИН ВСЛЕДСТВИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ



ПРИМЕР ДИАГНОЗА

N30.0 Инфекция мочевых путей, острый цистит.



ДИАГНОСТИКА

Факторы риска РИМП представлены в таблице. Требуется исключение многих факторов, поддерживающих заболевание, как урологических, так и сопутствующих. Диагноз РИМП должен быть подтвержден результатами **бактериологического исследования мочи**. Расширенное обследование, включающее цистоскопию, лучевые методы диагностики и другие методы, в рутинной практике **не рекомендуются**, поскольку имеют **низкую диагностическую ценность**. Тем не менее они должны применяться немедленно в **нетипичных случаях**, подозрении на мочекаменную болезнь (МКБ) или **обструкцию мочевыводящих путей**.

Возрастные факторы риска рецидивирующей инфекции мочевых путей у женщин

Молодые женщины и женщины пременопаузального возраста	Женщины в постменопаузальном периоде
<ul style="list-style-type: none">• Половой контакт.• Применение спермицидов.• Новый половой партнер.• ИМП у матери.• Наличие ИМП в детском возрасте.• Секреторный статус (система группы крови ABO состоит из антигенов, обнаруженных на внешней поверхности эритроцитов и соответствующих антител в сыворотке).• Антигены, присутствующие в крови, также будут найдены в других биологических жидкостях, например в слюне	<ul style="list-style-type: none">• Эпизоды ИМП перед наступлением менопаузы.• Недержание мочи.• Атрофический вагинит вследствие эстрогенодефицита.• Цистоцеле.• Наличие остаточной мочи.• Секреторный статус.• Катетеризации мочевого пузыря и нарушение функции нижних мочевыводящих путей у пожилых женщин

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Отсутствие болевого синдрома, дизурии, нормализация клинико-лабораторных анализов в динамике.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лечение проводят в амбулаторных условиях.

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
Острые проявления цистита (болевого синдром, дизурия, гематурия и т.д.) — плановая госпитализация	Вызов скорой медицинской помощи для неотложной и экстренной госпитализации
Наличие тошноты, рвоты, обезвоживания и симптомов сепсиса (системной генерализованной реакции организма) — экстренная госпитализация	
Частые обострения при любом виде ИМП — плановая госпитализация	
Беременные при любом варианте острого пиелонефрита — неотложная госпитализация	



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

У женщин, отмечающих сохранение симптомов в конце курса лечения или их появление снова в течение 2 нед, необходимо бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителей. Повторный курс лечения продолжительностью 7 дней проводят другим антимикробным препаратом.




ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ


Пациенткам с часто рецидивирующими ИМП (более 2 обострений в течение 6 мес и более 3 обострений в течение 1 года) назначают профилактическое лечение.

1. Коррекция образа жизни:

- строгое соблюдение **личной гигиены**;
- употребление большого количества **жидкости**;
- правильный суточный ритм мочеиспусканий, принудительное мочеиспускание **после полового акта**.

2. Применение методов неантимикробной профилактики.





Препарат выбора	Особенности применения
2.1. <i>Гормональная профилактика (в постменопаузальном периоде женщинам рекомендуется интравагинальное применение эстрогенов в виде крема или свечей)</i>	
2.2. <i>Иммуноактивная профилактика</i> Препарат ОМ-89 (Уро-Ваксом®) ;  влагалищная вакцина Urovac® ; отечественный препарат интерферон-гамма  (Ингарон®) в средней суточной дозе 500 тыс. МЕ, п/к, через день, курс лечения — 5 инъекций	
2.3. <i>Профилактика пробиотиками (Lactobacillus spp.).</i> Профилактика рецидивов пробиотиками основана на микробном антагонизме. Интравагинальные аппликации препаратов лактобактерий 1–2 раза в неделю уменьшают число рецидивов ИМП. Рекомендуется применение только препаратов, содержащих <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GR-1, <i>Lactobacillus reuteri</i> RC-14, а также <i>L. crispatus</i>	
2.4. <i>Растительные препараты</i> (клюквенный сок или экстракт ягод клюквы с витамином С)	
Монурель ПревиЦист 	1 таблетка в сутки перед сном после опорожнения мочевого пузыря в течение 15 дней каждого месяца в течение 3 мес

Препарат выбора	Особенности применения
Золототысячника трава + любистока лекарственного корня + розмарина обыкновенного листья (Канефрон® Н*) 	Возможно длительное применение по 2 таб. или 50 кап. 3 раза в сутки от 1 до 3 мес. Препарат также можно применять у беременных при неосложненной инфекции мочевыводящих путей
2.5. Эндовезикальные инстилляциии гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата	
2.6. Бактериофаготерапия РИМП (стафилококковый, протейный, стрептококковый, синегнойный, клебсиеллезный, колибациллярный бактериофаг и комбинированные). Препараты назначаются пациентам с РИМП строго после определения чувствительности возбудителя к данному препарату	

3. Антимикробная профилактика.

Длительная антимикробная профилактика низкими дозами и посткоитальная профилактика.

В рекомендациях Европейской ассоциации урологов для профилактики РИМП антимикробные препараты предлагается назначать длительно в низких дозах (от 3 до 6 мес) или после полового акта. Оба режима дозирования препаратов уменьшают риск развития РИМП. Решение о назначении АБТ должно приниматься после детального обсуждения и неэффективности поведенческой терапии и мер неантимикробной профилактики.

Рекомендуется	Назначение
Нитрофурантоин  или	50 или 100 мг однократно в сутки
Фосфомицин (Фосфомицина трометамол*) 	3 г каждые 10 дней
Цефалексин  или	125 мг или 250 мг (во время беременности)
Цефаклор 	250 мг 1 раз в сутки (во время беременности)

В Российских федеральных рекомендациях по антимикробной терапии и профилактике ИМП отмечается, что длительный прием антимикробных препаратов

в субингибирующих дозах приводит к селекции резистентных штаммов микроорганизмов, способствует биопленкообразованию, а после прекращения лечения отмечается высокая частота рецидивов, достигающая 60%. Предлагается лечение обострений ИМП полными курсовыми дозами антимикробных препаратов.

1.1.4. ОСТРЫЙ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ (ОСТРЫЙ ПИЕЛИТ, ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ) (МКБ-10: N10)

Острый бактериальный пиелонефрит — выраженный клинический синдром, состоящий из острого начала с лихорадкой, болями в боку и напряжением мышц в реберно-позвоночном углу, связанный с лейкоцитозом, лейкоцитурией и бактериурией. Эти симптомы могут сопровождаться циститом с частым, болезненным мочеиспусканием.

Коды по МКБ-10

N10 Острый тубулоинтерстициальный нефрит.

N11 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит.

N13.6 Пионефроз.

N15.1 Абсцесс почки и околопочечной клетчатки.

Нозологические формы по МКБ-10, не связанные с инфекцией:

N11.0 Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом.

N11.1 Хронический обструктивный пиелонефрит.

Классификация

Классификация пиелонефрита по С. Kunin (1997):

- острый неосложненный бактериальный пиелонефрит (фокальный или диффузный);
- лобарная нефрония;
- хронический осложненный бактериальный пиелонефрит;
- пионефроз;
- эмфизематозный пиелонефрит;
- папиллярный некроз почек;
- ксантогранулематозный пиелонефрит;
- малакоплакия;
- пиелонефрит Лента (инфекция, локализованная в верхних мочевых путях);
- абсцесс почки и перинефральный абсцесс;
- инфекция, наложенная на поликистозное заболевание почек;
- инфекция почек, вызываемая менее распространенными микроорганизмами;
- туберкулез почек и другие микобактериальные инфекции;
- грибковые инфекции;
- вирусные инфекции.

Стадии острого пиелонефрита:

- 1) серозное воспаление;
- 2) гнойное воспаление;
- 3) апостематозный пиелонефрит;
- 4) карбункул почки;
- 5) абсцесс почки.

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

N10 Острый неосложненный бактериальный пиелонефрит.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных	
1.1. Лихорадка (>38 °С), озноб 1.2. Боль в поясничной области 1.3. Тошнота, рвота 1.4. Напряжение мышц в костно-verteбральном углу 1.5. Типичные симптомы цистита	Беременные женщины с острым пиелонефритом нуждаются в особом внимании, поскольку воспалительный процесс влияет на плод и может приводить к преждевременным родам!
2. Рекомендована дифференциальная диагностика	
Жизненно важно быстро провести дифференциальную диагностику между неосложненным и осложненным (обструктивным) пиелонефритом в целях предупреждения возможного развития уросепсиса	
3. Рекомендована лабораторная и инструментальная диагностика	
3.1. Анализ мочи	Проводится определение содержания в моче лейкоцитов, эритроцитов и нитритов. Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам у пациентов с пиелонефритом является обязательным во всех случаях
3.2. УЗИ	Ультразвуковое исследование (УЗИ) верхних мочевыводящих путей позволяет исключить их обструкцию и наличие конкрементов
3.3. Дополнительные исследования (КТ, DMSA, МРТ)	Дополнительные исследования, такие как компьютерная томография (КТ), экскреторная урография или динамическая нефросцинтиграфия (DMSA) должны выполняться пациентам с сохраняющейся лихорадкой после 72 ч лечения. Для выявления осложняющих факторов у беременных женщин рекомендуется УЗИ или магнитно-резонансная томография



ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

25–40 дней.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Полное исчезновение клинических и лабораторных признаков острого воспалительного процесса, бактериурии.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
Наличие тошноты, рвоты, обезвоживания и симптомов сепсиса (системной генерализованной реакции организма) — экстренная госпитализация	Вызов скорой медицинской помощи для госпитализации
Беременные при любом варианте острого пиелонефрита — неотложная госпитализация	

В остальных случаях первичный неосложненный острый пиелонефрит можно лечить амбулаторно, но при условии, что больной будет соблюдать предписания врача.

У беременных женщин с легкими клиническими признаками острого пиелонефрита возможно амбулаторное лечение с назначением соответствующих антибиотиков при возможности тщательного наблюдения. В более тяжелых случаях пиелонефрита показана госпитализация.

Приложение № 1. Острый неосложненный пиелонефрит тяжелого течения



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитационные мероприятия при пиелонефрите включают следующие положения:

- диетотерапия, питьевой режим (минераловодолечение);
- физиотерапия (тепловые процедуры) и лечебный массаж (мягкие формы);
- лечебная физкультура.

Занятия лечебной физкультурой начинают проводить после стихания острых явлений по мере улучшения общего состояния больного, прекращения резких болей и нормализации температуры. Лечебная физкультура при пиелонефрите является средством патогенетической терапии, позволяющим уменьшить воспалительные изменения в почечной ткани, улучшить и нормализовать состояние почечной функции.

Основные задачи лечебной физкультуры при пиелонефрите:

- обеспечить полноценное кровообращение в почках;
- улучшить отток мочи и уменьшить застойные явления в мочевыделительной системе;
- повысить неспецифическую сопротивляемость организма;
- улучшить регуляцию обменных процессов;
- сохранить и восстановить нормальную физическую работоспособность.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ




Больные, перенесшие острый пиелонефрит, после выписки из стационара должны находиться под активным наблюдением не менее одного года, если в течение этого срока отсутствуют клинические признаки заболевания, стойко сохраняются нормальные анализы мочи и отсутствует бактериурия. Если же сохраняются либо периодически появляются протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, то сроки диспансерного наблюдения увеличиваются до 3 лет от начала заболевания, а затем при отсутствии полного эффекта лечения больные переводятся в группу с хроническим пиелонефритом.

Всем больным, находившимся под активным наблюдением по поводу пиелонефрита, при снятии с учета по выздоровлению необходимо рекомендовать и в дальнейшем избегать переохлаждения, соблюдать режим труда и отдыха, сдавать мочу на анализ во время и после перенесенных интеркуррентных заболеваний; работа не должна быть связана с переохлаждением, сильным физическим напряжением и контактом с токсическими веществами.

ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ


Пациент нуждается в постельном режиме в течение 2–3 нед. Помимо фармако-терапии, необходимы: высококалорийная диета, обильное питье, достаточный сон и отсутствие переохлаждений.

Фармакотерапия

Препарат выбора	Особенности применения
При отсутствии факторов, способных значительно нарушить всасывание препаратов в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), антибиотики должны назначаться перорально. Для эмпирического перорального лечения неосложненного пиелонефрита рекомендуются фторхинолоны и цефалоспорины	
Левифлоксацин 	Внутрь 750 мг 1 раз в сутки 5 дней
или	
Ципрофлоксацин 	Внутрь 500–750 мг 2 раза в сутки 7–10 дней
или	
Цефтибутен 	Внутрь 400 мг 1 раз в сутки 10 дней (при эмпирическом назначении препарата предварительно необходимо парентеральное введение антибиотика с пролонгированным действием, например цефтриаксона)

Пероральные цефалоспорины достигают существенно меньших концентраций по сравнению с препаратами для внутривенного введения. Необходимо учитывать уровень региональной резистентности к **фторхинолонам**, который должен быть <10%.

При наличии гиперчувствительности к **фторхинолонам** или выявленной резистентности к ним назначают пероральные **β-лактамы** или, в ряде случаев, **сульфаметоксазол + триметоприм** (160/800 мг), если уропатогены к ним чувствительны. При отсутствии результатов определения чувствительности для стартовой терапии применяют внутривенно (в/в) препарат с длительным периодом действия (например, **цефтриаксон**).

Препарат выбора	Особенности применения
Цефтриаксон 	В/в 1/2 г 1 раз в сутки 10 дней

ОБЩИЙ БЛОК ПО ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению ИМП.
- Несоблюдение врачебных назначений, *например отказ или прерывание лечения из-за улучшения самочувствия, побочных эффектов, неприятного вкуса или запаха препаратов*, затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность частых обострений заболевания.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – ДОСТИЖЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

- Цель АБТ — эрадикация возбудителя мочевой инфекции и устранение причин, способствующих развитию рецидива заболевания.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.



- *Приложение. Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии*



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ

Пациенткам с часто рецидивирующими ИМП (более 2 обострений в течение 6 мес и более 3 обострений в течение 1 года) назначают профилактическое лечение.



Изменение образа жизни

- ▶ Строгое соблюдение гигиенических приемов.
- ▶ Употребление большого количества жидкости.
- ▶ Правильный суточный ритм мочеиспусканий, принудительное мочеиспускание после полового акта.



Применение методов неантимикробной профилактики

- ▶ Гормональная профилактика (в постменопаузальном периоде женщинам рекомендуется интравагинальное применение эстрогенов в виде крема или свечей).
- ▶ Иммуноактивная профилактика.
- ▶ Профилактика пробиотиками (*Lactobacillus spp.*) (интравагинальные аппликации препаратов лактобактерий 1–2 раза в неделю).
- ▶ Растительные препараты (клюквенный сок или экстракт ягод клюквы с витамином С (БАД Монурель Превизицист) — 1 таб. в день перед сном после опорожнения мочевого пузыря в течение 15 дней каждого месяца в течение 3 мес; растительный препарат Канефрон® Н* — возможно длительное применение по 2 таб. или 50 кап. 3 р/день от 1 до 3 мес. Препарат также можно применять у беременных при НИМП).
- ▶ Эндовезикальные инстилляции гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата.
- ▶ Бактериофаготерапия РИМП (стафилококковый, протейный, стрептококковый, синегнойный, клебсиеллезный, колибациллярный бактериофаг и комбинированные). Препараты назначаются пациентам с РИМП строго после определения чувствительности возбудителя к данному препарату.



Антимикробная профилактика

- ▶ Пациентам с рецидивами ИМП, связанными с половым актом, рекомендован прием препарата после коитуса. При таком режиме профилактики уменьшаются доза препарата, частота развития нежелательных реакций, селекция резистентных штаммов.
- ▶ Решение о назначении АБТ должно приниматься после детального обсуждения с врачом и неэффективности поведенческой терапии и мер неантимикробной профилактики.