

Инфекции мочевыводящих путей при беременности

Клинический протокол для ПМСП

Клинический случай

Пациентка, 26 года, беременность 25 недель, стоит на учете, обратилась к семейному врачу с жалобами на повышение температуры тела, слабость, тошноту, боль в поясничной области справа, частое мочеиспускание.

Из анамнеза: заболела внезапно, 2 дня назад, на фоне полного здоровья, когда появилась интенсивная боль в поясничной области справа. К вечеру поднялась температура до 39,0 с ознобом. Соматически здорова.

При осмотре: кожные покровы чистые, язык чистый, влажный, t тела 38,8°C, ЧД 18/мин, АД 105/75 мм рт.ст., пульс 82 уд/мин, при пальпации пояснично-реберного угла отмечается резкая болезненность. Матка соответствует сроку беременности, мягкая. Сердцебиение плода прослушивается.

В анализе мочи: лейкоциты 15-20 в поле зрения, единичные эритроциты, белок 0,99 г/л.

- Диагноз, тактика

2

Инфекции мочевыводящих путей

- **Частота:** до 2-5-10 %
- **Этиология:**
 - Escherichia coli (75 – 95%)
 - Staphylococcus saprophyticus (5-10%)
 - Другие Enterobacteriaceae (кроме E. coli)
 - Proteus mirabilis
 - Klebsiella pneumoniae.
- **Основные клинические формы:**
 - Бессимптомная бактериурия (3-8%)
 - Цистит (1.3-3,4%)
 - Пиелонефрит (1%)
- **Осложнения:**
 - Преждевременные роды
 - Хориоамнионит
 - Уросепсис
 - Почечная недостаточность
 - Материнская смертность

3

Бессимптомная бактериурия

- Наличие колоний одного вида бактерий $> 10^5$ в 1 мл средней порции мочи, определяемое культуральным методом («золотой стандарт») без клинических симптомов острого цистита или пиелонефрита.
- Встречается у 2-7% женщин (беременных и небеременных).
- Осложнения:
 - пиелонефрит (в 40% случаев),
 - преждевременные роды,
 - рождение маловесных детей,
 - увеличение перинатальной смертности.
- Исследование - посев средней порции мочи – должно предлагаться всем беременным как минимум один раз при постановке на учет (**1а**)

4

Лечение бессимптомной бактериурии

- Лечение снижает риск пиелонефрита на 76% и риск преждевременных родов на 40 %.
- Амоксициллин по 500 мг внутрь 3 раза в день (7 дней) ИЛИ
- Амоксициллина клавулановая кислота по 625 мг 3 раза в день (7 дней) ИЛИ
- Нитрофурантоин 50 мг внутрь 4 раза в день (7 дней) ИЛИ
- Цефалексин по 250-500 мг 3 раза в день (7 дней)

Данные препараты в исследованиях показали одинаковую эффективность.

- Лечение должно назначаться после 14 нед. Беременности.
- Критерий успешного лечения — отсутствие бактерий в моче (контроль посева мочи на флору через неделю после окончания курса лечения, затем повторять ежемесячно до родов).

5

Цистит

- Цистит – инфекция мочевого пузыря (нижних отделов мочевыводящих путей)
- Распространенность: 1-2% среди беременных
- Факторы риска цистита: недавний сексуальный контакт, ИМВП в анамнезе, недавнее применение спермицидов
- Клинические проявления: дизурия, частые позывы на мочеиспускание, императивные позывы на мочеиспускание, боль над лобком, и/или гематурия

6

Цистит

- Обследование не требуется
- Лечение:
 - Амоксициллин по 250–500 мг через 8 ч в течение трёх суток.
 - Амоксициллин+клавулановая кислота по 375–625 мг через 8–12 ч.
 - Цефуроксим по 250–500 мг через 8–12 ч.
 - Цефалексин по 250–500 мг через 6 ч в течение трёх суток.
 - Нитрофурантоин по 100 мг через 6 ч в течение трёх суток.
- Поддерживающая терапия:
 - нитрофурантоин по 100 мг на ночь;
 - амоксициллин по 250 мг на ночь;
 - цефалексин по 250 мг на ночь;
 - фосфомицин по 3,0 г 7–10 дней (со 2 триместра беременности)

7

Пиелонефрит

Пиелонефрит - неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек, с последующим вовлечением в процесс клубочков и сосудов почек.

8

Классификация пиелонефрита

- **Острый неосложненный** - возникает в результате восхождения инфекции из нижних мочевыводящих путей.
- **Острый осложненный** – прогрессирование пиелонефрита в эмфизематозный пиелонефрит, почечный кортикостомедулярный абсцесс, перинефральный абсцесс или папиллярный некроз.
- **Хронический** — нетипичная причина хронической тубулоинтерстициальной болезни вследствие рецидивирующей инфекции, такой как инфекция, ассоциированная с хроническим обструктивным почечным камнем или пузырно-мочеточниковым рефлюксом.
- Наличие сонографических изменений почек не является критерием диагностики хронического пиелонефрита.

9

Факторы риска

- Беременность
- Бессимптомная бактериурия
- Обструктивные уропатии (аномалии развития почек, мочекаменная болезнь, нефроптоз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, опухоли мочевых путей)
- Цистит
- Инструментальные методы исследования (необоснованная катетеризация мочевого пузыря).

10

Клинические симптомы острого пиелонефрита

- Повышение температуры тела (до 39-40 °C)
- Симптомы интоксикации - слабость, тошнота, рвота, головная боль, боль во всём теле, отсутствие аппетита
- Наличие или отсутствие дизурических явлений и увеличения частоты и позывов к мочеиспусканию
- Боль и напряжение мышц в боку (часто односторонние) с иррадиацией в нижние отделы живота, по ходу мочеточника, в наружные половые органы
- Положительный симптом поколачивания по XII ребру на стороне поражения

11

Лабораторные данные

- Общий анализ мочи:
 - лейкоцитурия (пиурия) более 10 лейкоцитов в поле зрения
 - микро- и макрогематурия
 - умеренная протеинурия
- Общий анализ крови:
 - лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево ,
 - повышение СОЭ
- Посев мочи (собранный при самостоятельном мочеиспускании или взятая катетером):
 - бактериурия более 10³ КОЕ/мл,
- УЗИ показано для исключения признаков обструкции (конкременты, пиелокаликотазия, гидронефроз, объёмное образование, врождённые аномалии развития мочевых путей); наличия нефросклероза, карбункула почки.

12

Осложнения острого пиелонефрита

- Анемия
- Бактериемия
- Дыхательная недостаточность
- Почечная недостаточность
- Преждевременные роды

13

Тактика семейного врача

Показана срочная госпитализация с предоставлением информации для беременной

Лабораторно-инструментальные методы исследования

- Перед госпитализацией не требуются.

Лечение - в условиях терапевтического стационара независимо от срока беременности.

- Перед направлением в стационар ввести первую дозу антибиотика:

цефтриаксон 1–2 г в/в или в/м **или** цефепим 1 г в/в **или** ампициллин 2 г в/в + гентамицин 1,5 мг/кг в/в

В направлении на госпитализацию отметить время и объем оказанной медицинской помощи.

Транспортировку беременной женщины проводить в сопровождении медицинского персонала.

14

Последующее наблюдение

- Рецидив пиелонефрита встречается в 6-8% случаев.
- После первого эпизода острого пиелонефрита или второго эпизода цистита, профилактическую терапию рекомендуется продолжать в течение всего периода беременности.
- Для профилактики рецидива используют низкие дозы антибиотиков:
нитрофурантоин 50-100 мг орально на ночь или цефалексин 250 мг орально на ночь.
- Лечение бессимптомной бактериурии (риск пиелонефрита уменьшается на 70-80%).

15