

ФОРМУВАННЯ АЛГОРИТМУ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ З УРАХУВАННЯМ ПОТРЕБ ПРОФІЛАКТИКИ МОЖЛИВИХ УСКЛАДНЕНЬ

©Л. С. Бабінець, Ю. Я. Коцаба

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. Висока розповсюдженість інфекцій сечовивідних шляхів (ІСШ), частий рецидивний характер, можливі ускладнення, зниження якості життя пацієнтів і значне медико-соціальне значення обумовлює важливість знання лікарями первинної медичної допомоги (ПМД) раціонального алгоритму ведення пацієнтів з вказаною патологією.

Мета – проаналізувати основні актуальні у клінічній практиці положення Європейського клінічного протоколу (Хорватія) з ведення пацієнтів з інфекціями сечовивідної системи, створеного на засадах доказовості, на прикладі профільного пацієнта.

Основна частина. Симптомна ІСШ лікується протимікробними препаратами. Безсимптомну інфекцію аналогічно лікують лише в випадках вагітності, еректильної дисфункції, в пацієнтів, які мають імунокомпрометацію або перенесли трансплантацію нирки. Однак є випадки ускладненої ІСШ. Антибіотик вибирають на основі досвіду з урахуванням національних рекомендацій, даних щодо бактеріальної резистентності, характеристик препарату (спектр його дії, ефективність, побічні ефекти, взаємодія з іншими лікарськими засобами, які приймає пацієнт, спосіб і частота введення, можлива алергія тощо) і положень медичного страхування, яке встановлює обмеження у призначенні антибіотиків.

Висновки. Неускладнені інфекції сечовивідних шляхів є одними з найчастіших бактеріальних інфекцій, через які пацієнти відвідують свого сімейного лікаря. Важливими симптомами та ознаками є полакіурія та дизурія, відчуття неповного спорожнення сечового міхура і поява крові у сечі. Можливі ускладнення: хронізація процесу, еректильна дисфункція тощо.

Найчастішим збудником інфекції є кишкова паличка. Ймовірність встановлення правильного діагнозу на основі лише клінічної картини і анамнезу висока, якщо клініка є типовою. Тому доцільно емпірично лікувати пацієнтів із цими характерними симптомами без будь-яких лабораторних аналізів сечі, дотримуючись вказівок ISKRA.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: неускладнена й ускладнена інфекція сечовивідних шляхів; антимікробна терапія; ведення пацієнтів; консультування; тимчасова втрата працездатності.

Вступ. Інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ) – друге за поширеністю інфекційне захворювання. Неускладнена ІСШ – це проста інфекція сечовивідних шляхів у осіб без анатомічних і функціональних проблем із сечовидільною системою або попередніх операцій. Значна поширеність ІСШ, частий рецидивний характер, зниження якості життя пацієнтів і велике медико-соціальне значення обумовлюють необхідність знання лікарями первинної медичної допомоги (ПМД) раціонального алгоритму ведення пацієнтів з вказаною патологією, а також методів запобігання виникненню можливих ускладнень [1, 5]. Тому ми вважали актуальним на прикладі клінічного випадку проаналізувати основні положення Європейського клінічного протоколу (Хорватія) з ведення неускладненої ІСШ, створеного на засадах доказовості.

Мета – проаналізувати основні актуальні у клінічній практиці положення Європейського клінічного протоколу (Хорватія) з ведення неускладненої інфекції сечовивідної системи, створеного на засадах доказовості, на конкретному клінічному випадку.

Основна частина. Пропонуємо розгляд клінічної ситуації, яку ми спостерігали у пацієнта з ІСШ. Актуальність патології, з огляду на частоту її виникнення у практиці лікаря первинної медичної допомоги (ПМД), не викликає сумніву [1, 3, 6].

Пацієнт С., 28 р., скаржиться на погіршення загального стану, підвищення температури тіла до 38–39 °С, озноб, різке зниження працездатності, головний біль, почастишання сечовипускання до 10–12 разів на день, різі при цьому, а також сечовипускання до 3–4 разів протягом ночі, відчуття дискомфорту в зоні уретри і сечового міхура. Турбують також тазовий біль, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, кров у сечі і змінений її запах. Хворіє протягом двох днів після перенесеного «на ногах» гострого респіраторного захворювання, захворів гостро, не вважає себе серйозно хворим. З анамнезу відомо, що у дитинстві, у віці 7 років, переніс гострий пієлоцистит і орхіт. Інфекційні захворювання, зокрема, епідемічний паротит, в анамнезі заперечує. При огляді пацієнт відмічає загальне закладення у носі й голові, температура тіла незначно підвищена (до 37,5 °С). Задня третина язика обкладена білою

осугою, слизова глотки дещо почервоніла й набрякла, мигдалини в нормі. Пальпація лімфатичних вузлів встановила відсутність їх збільшення і болючості. Аускультация грудної клітки констатувала нормальне дихання, без патологічних явищ. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків.

Виходячи із даних клінічної картини та епідеміологічної ситуації можна зробити висновок, що пацієнт страждає на ГРІ, гострий назофарингіт (застиуда), а також ІСШ у вигляді пієлоциститу.

Гостра неускладнена інфекція сечового міхура (цистит) – одна з найчастіших інфекцій, особливо у жінок. Вона вражає половину всіх жінок хоча б раз у житті, до 15 % жіночого населення заражаються цією інфекцією щорічно [3]. Понад 25 % мають рецидивну інфекцію. Серед сексуально активних людей захворюваність на цистит становить від 0,5 % до 0,7 % щорічно. Така висока захворюваність пов'язана з анатомією сечовидільної системи й іншими факторами, включаючи затримку сечі, сексуальну активність і використання сперміцидів. Ризик виникнення гострої ІСШ збільшується в 60 разів протягом 48 годин після статевого акту, тоді як використання сперміциду збільшує можливість колонізації кишкової палички та *Staphylococcus saprophyticus* в два-три рази, незалежно від того, використовувався презерватив чи діафрагма [4].

ІСШ поширюється сечовивідними шляхами двома способами: висхідним шляхом через сечовід або шляхом гематогенної дисемінації. Гематогенна інфекція трапляється рідше. Значно частіше ІСШ буває висхідною або трансуретральною, особливо якщо є фактори ризику. Це відбувається через поширення бактерій з уретри вгору, в сечовий міхур. Жінки більш схильні до сечової інфекції, ніж чоловіки, оскільки уретра у них невелика [1, 8].

Збудником гострої неускладненої ІСШ найчастіше є кишкова паличка (80 %), рідше – *Staphylococcus saprophyticus* (5–15 %), рідко деякі інші бактерії, такі як *Enterobacteriace* або *Enterococci*. Потраплянню інфекційних агентів в організм, як правило, запобігають різні фактори: потік сечі, перистальтика сечовода, низький рівень рН сечі, білок Тамма-Хорсфальфа й олігосахариди, що зв'язуються з бактеріями та евакуюються з сечею, коменсальна мікрофлора, що запобігає колонізації бактерій, гуморальні (комплемент, секреторні IgA та IgG) та клітинні фактори (макрофаги і нейтрофіли). Однак стан імунної системи порушений у пацієнтів, які отримують імунодепресивні засоби, страждають на рак, нейтропенію або вірус імунодефіциту людини (ВІЛ). Виявлено також генетичну схильність до ІСШ у осіб з підгрупою крові P1 [5].

Гостра інфекція нижніх сечовидільних шляхів класифікується як інфекція сечового міхура (цистит) або інфекція сечоводу (уретрит). Важливими клінічними симптомами та ознаками гострої інфекції сечового міхура є дизурія (болюче сечовипускання), часте сечовипускання, полакіурія (ненормально часте сечовипускання з інтервалом менше 2 годин), тазовий біль, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, епізодична поява крові у сечі і змінений її запах. Симптоми виникають раптово, вони численні й виражені [3, 4].

При проведенні диференційного діагнозу треба враховувати наступні симптоми: лихоманка, загальна слабкість, одно- або двобічний біль у нирках, біль у попереку, що виникає при перкусії, блювання, діарея, виділення з піхви і нездужання. Диференційний діагноз дозволяє виявити можливі інфекції верхніх сечових шляхів, уретрит, сечокам'яну хворобу і гінекологічне захворювання (вагініт) [8].

Гострий пієлонефрит характеризується загальною слабкістю, підвищеною температурою тіла і болем у нирках, що виникає при перкусії. Дизурія наявна не завжди. Більш тяжкий пієлонефрит супроводжується блюванням і діареєю. Відрізнити інфекцію верхніх і нижніх сечовивідних шляхів може бути складно. Найкращою неінвазивною методикою верифікації обох є реакція на призначення короткого курсу антибіотикотерапії. Це важливий аспект ведення таких пацієнтів [3].

Дизурія, біль внизу живота, ознаки інтоксикаційного синдрому, виділення зі статевих органів характерні для уретриту і циститу. Зазвичай симптоми розвиваються поступово і викликаються збудниками, що передаються статевим шляхом. Нещодавня зміна статевого партнера, використання контрацепції є етіологічно значущими факторами, які необхідно виявити шляхом цілеспрямованого опитування пацієнта. При сечокам'яній хворобі зазвичай виникають сильні спазми болю, які іррадіюють у пахову ділянку, супроводжуючись появою крові в сечі. Можлива дизурія, а симптоми полегшуються анальгетиками і спазмолітиками [1, 4].

При зборі анамнезу захворювання хворого слід запитати про симптоми, характерні для гострого циститу: дизурія, полакіурія, відчуття неповного спорожнення сечового міхура, зміна кольору і запаху сечі. Якщо це жінка, то важливо розпитати пацієнтку про вагітність і звернути увагу на анамнез хвороби, який виявляє ризик захворювань, що передаються статевим шляхом. Встановлюючи діагноз ми враховуємо ймовірності. Якщо, виходячи з анамнезу хвороби, виявляється кілька симптомів циститу, то його діагноз має 50 % ймовірності. Якщо виявляються ще більш ха-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
рактарні симптоми (дисурія, часте сечовипускання, відсутність виділень з піхви у жінок), ймовірність збільшується до 90 % [5].

Клінічне дослідження включає вимірювання температури тіла, огляд живота, перкусію і, якщо сімейний лікар вважає за потрібне, гінекологічний огляд у жінки і огляд уролога для пацієнтів обох статей. Пальпація живота оцінює болючість живота і сечового міхура і дозволяє виявити можливі аномальні розміщення і форми нирок або ділянки болючості [1, 3].

Якщо клінічна картина й анамнез типові, існує велика ймовірність правильності діагнозу, тому починати лікування доцільно без лабораторних аналізів. Якщо щось залишається незрозумілим, призначаємо лабораторні тести. Надзвичайно важливим є правильний забір сечі для аналізу. Найточніші результати аналізу отримують при дослідженні середньої порції першої ранкової сечі, зібраної після ретельного туалету уретральної ділянки. Навіть за відсутності ІСШ сеча рідко є стерильною. Міждисциплінарний комітет з контролю за антибіотикорезистентністю Хорватії (ISKRA) рекомендує сечу для аналізу доставити до лабораторії протягом двох годин, оскільки при кімнатній температурі кількість бактерій збільшується вдвічі за 30 хвилин. Коли своєчасне транспортування неможливе, сечу охолоджують до 4°C, але не довше 24 годин. Перша діагностична процедура – це тест-смужка або пробірка, яка є найшвидшим, найпростішим і найдешевшим тестом. Якщо це підтвердить зараження, лікування можна розпочинати. Якщо результат з тест-смужки є незрозумілим, наступним кроком зазвичай виконують мікроскопічне та культуральне дослідження сечі. Однак тестова смужка в поєднанні з клінічною картиною збільшує ймовірність встановлення вірного діагнозу [6].

Пацієнтам, у яких клінічна картина неясна або наявна ускладнена ІСШ, крім лабораторних аналізів часто необхідно проводити інші діагностичні дослідження (оглядове рентгенографічне і ультразвукове дослідження сечовидільної системи, внутрішньовенну урографію і/або цистоскопію). Наявність вагінальних симптомів у жінок зумовлює необхідність гінекологічного огляду. Якщо симптоми вказують на уретрит, вживають заходів щодо захворювань, які передаються статевим шляхом. Підозра на пієлонефрит вимагає більш широкого обстеження, в такій ситуації часто виникає потреба госпіталізувати пацієнта. Важливо звернути увагу на будь-яку інформацію з історії хвороби, яка свідчить про ризик захворювання, що передається статевим шляхом [1, 4].

Симптомна ІСШ лікується протимікробними препаратами. Безсимптомну інфекцію аналогічно

лікують лише в випадках вагітності, у пацієнтів, які мають імунокомпрометацію або перенесли трансплантацію нирки. Однак у таких випадках ми маємо справу з ускладненою ІСШ. Антибіотик (АБ) вибирають на основі досвіду з урахуванням національних рекомендацій, даних щодо бактеріальної резистентності, характеристик препарату (спектр дії, ефективність, побічні ефекти, взаємодія з іншими лікарськими засобами, які приймає пацієнт, спосіб і частота введення, можлива алергія тощо) і положень медичного страхування, яке встановлює обмеження у призначенні АБ [2]. Оскільки реакція інфекційних агентів на АБ змінюється, а стійкість збільшується, вказівки щодо призначення АБ при ІСШ також іноді змінюються. Останні рекомендації, опубліковані Інститутом інфекційних хвороб Америки у співпраці з Європейським товариством клінічної мікробіології та інфекційних хвороб, рекомендують нітрофурантоїн як ліки першого вибору в дозі 100 мг щодня протягом 5 днів [6]. Якщо резистентність бактерій до неускладненої ІСШ триметопримом/сульфаметоксазолом не перевищує 20 %, або якщо чутливість бактерій до нього відома, у рекомендаціях також вказано його як інший лікарський засіб вибору в дозі 160/800 мг двічі на день 3 дні. Коротка тривалість цього лікування прийнятніша для пацієнтів і збільшує прихильність до лікування, зменшуючи при цьому витрати. Хорватські національні рекомендації щодо лікування неускладненої ІСШ, видані ISKRA, рекомендують нітрофурантоїн у дозі 100 мг два рази на день протягом 7 днів [6, 7]. Альтернативні методи лікування АБ включають амоксицилін у поєднанні з клавулановою кислотою в дозі два рази по 1 г на добу протягом 7 днів, цефалексин – два рази по 1 г на день протягом 7 днів або норфлоксацин 400 мг два рази на день протягом 3 днів.

Нашому пацієнту вважали за доцільне призначити курс амоксициліну у поєднанні з клавулановою кислотою в дозі два рази по 1 г на добу протягом 7 днів у зв'язку з обтяженим анамнезом з боку сечовивідної системи.

Важливе також підтримувальне лікування. Хворому рекомендували протягом дня випивати якомога більше рідини: 2 л на годину (від 2 до 3 л на день). Хороша гідратація сприяє елімінації бактеріурії та збільшує евакуацію бактерій, що зменшує інфекцію. За необхідності біль полегшується знеболювальними засобами [7]. Нашому пацієнту рекомендували но-шпу форте двічі на день для покращення пасажу сечі, а також з метою знеболювання.

Вагітним лікують однаково як симптоматичну, так і безсимптомну бактеріурію. Триметоприм протипоказаний при вагітності. Тому ліки вибо-

ру – нітрофурантоїн або амоксицилін з клавулановою кислотою та цефалоспорином, або II (цефуроксимаксетил), або III покоління (цефтибутен, цефіксим). Рекомендується регулярне щомісячне контрольне культуральне дослідження сечі до пологів [3].

Лікування ІСШ може привести до одужання (захворювання вилікується), рецидиву (захворювання повертається через 14 днів або менше після закінчення лікування) або повторної інфекції (щонайменше 3 випадки неускладненої ІСШ, підтверджені аналізом сечі, за останні 12 місяців або 2 випадки – за останні 6 місяців). Причинами рецидиву можуть бути поганий вибір терапії, занадто короткий період лікування, безвідповідальність пацієнта або фактори, які вказують на ускладнену ІСШ і потребують додаткових діагностичних обстежень [8]. Рекомендується антимікробне лікування на основі аналізу сечі. Рецидивні інфекції є частою проблемою і трапляються у понад 25 % випадків ІСШ у жінок репродуктивного віку. Переважно рецидив трапляється протягом декількох місяців після останнього епізоду (повторне зараження). Реінфекція не означає, що початкове лікування було неадекватним. Вона викликається постійним або новим інфекційним збудником на тлі ослабленої імунної системи, колонізації навколоуретрального отвору уропатогенними штамми бактерій або внаслідок зміни нормальної бактеріальної флори під час терапії АБ. Лікування реінфекції зазвичай таке ж, як лікування гострої ІСШ, хоча перед лікуванням рекомендується виконання аналізу сечі та антибіотикограми [2, 7].

Ведення пацієнта з неускладненою ІСШ потребує інформування, що контрольне обстеження потрібно лише в тому випадку, якщо під час лікування немає ослаблення симптомів, або якщо симптоми погіршуються. У випадках ускладненої ІСШ слід призначити контрольне обстеження [5].

При лікуванні неускладнених ІСШ лікар часто стикається з недотриманням режиму антибіотикотерапії. Пацієнти або припиняють приймати АБ до завершення лікування, або приймають їх у дозах, нижчих від терапевтичних. Це часто трапляється, коли пацієнт займається самолікуванням ліками, отриманими від друзів, або не приймав АБ, як було призначено під час попередньої інфекції. Тому завжди необхідно попереджати пацієнта про те, що безвідповідальність призводить до антибіотикорезистентності і можливого рецидиву інфекції [8].

Слід взяти на озброєння наступні рекомендації. Докази свідчать, що споживання від 200 до 750 мл журавлинового соку знижує ризик повторної ІСШ на 10–20 %. Відповідна гідратація завжди важлива для запобігання неускладненої ІСШ. Однак в літературі немає доказів того, що сечовипускання після статевого акту запобігає зараженню сечового міхура, а також недостатня гігієна спричиняє рецидивну інфекцію. Рекомендації щодо частоти сечовипускання, теплих ванн і душу або використання нижньої білизни не ґрунтуються на доказах [2]. Звернення пацієнтів до фахівця необхідне лише при ускладненнях, які потребують госпіталізації або додаткового діагностичного обстеження через рецидив інфекції. Недоцільно госпіталізувати пацієнтів із неускладненою ІСШ [8].

Рішення про видачу лікарняного листа приймають індивідуально, залежно від характеру роботи пацієнта. Метою є звільнення від роботи, поки симптоми не зменшаться, до нормалізації сечовипускання. Відповідно до регламенту Міністерства охорони здоров'я Хорватії щодо лікарняних листів, при ІСШ лікарняний лист може бути наданий на 10–14 днів. Досвід ведення пацієнтів з неускладненими ІСШ свідчить про те, що лікарняний лист або непотрібен, або достатньо лише звільнення від роботи на короткий термін [5]. Нашому пацієнту було прийнято рішення про надання лікарняного листа на 10–14 днів з виконанням повного обстеження після проведення комплексного лікування з метою контролю над можливим виникненням ускладнень (хронізація процесу, еректильна дисфункція тощо).

Висновки. Нескладні інфекції сечовивідних шляхів є одними з найчастіших бактеріальних інфекцій, через які пацієнти відвідують свого сімейного лікаря. Важливими симптомами та ознаками є полакіурія та дизурія, відчуття неповного спорожнення сечового міхура і поява крові у сечі.

Найчастішим збудником інфекції є кишкова паличка. Ймовірність встановлення правильного діагнозу на основі лише клінічної картини і анамнезу висока, якщо клінічна картина є типовою. Тому доцільно емпірично лікувати пацієнтів із цими характерними симптомами без будь-яких лабораторних аналізів сечі, дотримуючись вказівок ISKRA.

У перспективі подальших досліджень планується проаналізувати власну статистику щодо неускладнених інфекцій сечовидільної системи у практиці денного стаціонару поліклінічного відділення Тернопільської міської комунальної лікарні № 2.

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / за ред. проф. Ю. М. Мостового. – 26-те вид., змін. – Київ: Центр ДЗК, 2019. – 792 с.

2. Treatment of patients with uncomplicated urinary tract infection in family medicine / I. Bajc, M. Petek Šter, G. Živčec-Kalan [et al.] // *Zdrav. Var.* – 2018. – No. 47. – P. 179–186.

3. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious disease society of America and the European society for microbiology and infectious diseases / K. Gupta, T. M. Hooton, K. G. Naber [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2011. – No. 52 (5). – P. 103–120.

4. Medina-Bombardó D. Does clinical examination aid in the diagnosis of urinary tract infection in women? A systematic review and meta-analysis / D. Medina-Bombardó,

A. Jover-Palmer // *BMC Fam. Pract.*, 2011. – No. 12. – P. 111.

5. Milica Katić Family medicine / Milica Katić, Igor Švab. – Zagreb : Medicinska naklada, 2017. – 512 p.

6. Intersectoral Coordination Mechanism for the Control of Antimicrobial Resistance (ISKRA). ISKRA guidelines on antimicrobial treatment and prophylaxis of urinary tract infection–Croatian national guidelines / V. Skerk, A. T. Andrasević, S. Andrasević [et al.] // *Lijec Vjesn.* – 2009. – No. 131. – P. 105–118.

7. Research of urinary tract infection in family medicine physicians' offices – empiric antimicrobial therapy of urinary tract infection–Croatian experience / V. Skerk, J. Jaksić, A. K. Lakos [et al.] // *Coll. Antropol.* – 2009. – No. 33. – P. 625–631.

8. Uncomplicated Urinary Tract Infection. Družinska medicina (Family Medicine) / K. Tušek-Bunc, I. Bajc, I. Švab, D. Rotar-Pavlič. – Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine (Association of Family Physicians), 2012. – P. 53–60.

REFERENCES

1. Mostovyi, Yu.M. (Ed.). (2019). *Suchasni klasyfikatsii ta standarty likuvannia zakhvoriuvan vnutrishnikh orhaniv. Nevidkladni stany v terapii. Analizy: normatyvni pokaznyky, traktuvannia zmin [Modern classifications and standards of treatment of diseases of internal organs. Emergency conditions in therapy. Analyzes: regulatory indicators, interpretation of changes]*. Kyiv: Tsentr DZK [in Ukrainian].

2. Bajc, I., Petek, Šter M., Živčec-Kalan, G., Klančič, D., & Kersnik, J. (2018). Treatment of patients with uncomplicated urinary tract infection in family medicine. *Zdrav. Var.*, 47, 179-186.

3. Gupta, K., Hooton, T.M., Naber, K.G., Wullt, B., Colgan, R., Miller, L.G., et al. (2011). International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious disease society of America and the European society for microbiology and infectious diseases. *Clin. Infect. Dis.*, 52 (5), 103-120.

4. Medina-Bombardó, D., & Jover-Palmer, A. (2011). Does clinical examination aid in the diagnosis of urinary

tract infection in women? A systematic review and meta-analysis. *BMC Fam. Pract.*, 12, 111.

5. Katić, M., & Švab, I. (2017). Family medicine. *Medicinska naklada, Zagreb.*, 512, 53-68.

6. Skerk, V., Andrasević, A.T., Andrasević, S., Susić, E., Dzepina, A.M., Madarić, V., et al. (2009). Intersectoral Coordination Mechanism for the Control of Antimicrobial Resistance (ISKRA). ISKRA guidelines on antimicrobial treatment and prophylaxis of urinary tract infection. Croatian national guidelines. *Lijec Vjesn.*, 131, 105-118.

7. Skerk, V., Jaksić, J., Lakos, A.K., Matrapazovski, M., Maleković, G., Andrasević, A.T., et al. (2009). Research of urinary tract infection in family medicine physicians' offices – empiric antimicrobial therapy of urinary tract infection. Croatian experience. *Coll Antropol.*, 33, 625-631.

8. Tušek-Bunc, K., Bajc, I., Švab, I., & Rotar-Pavlič, D. (2012). Uncomplicated Urinary Tract Infection. Družinska medicina (Family Medicine). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine (Association of Family Physicians), 53-60.

ФОРМИРОВАНИЕ АЛГОРИТМА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С УЧЕТОМ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

©Л. С. Бабинец, Ю. Я. Коцаба

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины

РЕЗЮМЕ. Высокая распространенность инфекций мочевыводящих путей (ИМП), частый рецидивирующий характер, возможные осложнения, снижение качества жизни пациентов и значительное медико-социальное значение обуславливает значимость знания врачами первичной медицинской помощи рационального алгоритма ведения пациентов с данной патологией.

Цель – проанализировать основные актуальные в клинической практике положения Европейского клинического протокола (Хорватия) по ведению пациентов с инфекциями мочевыводящей системы, созданного на основе доказательности, на примере профильного пациента.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Основная часть. Симптоматическая ИМП лечится противомикробными препаратами. Бессимптомные инфекции аналогично лечат только в случаях беременности, эректильной дисфункции, у пациентов, имеющих иммунокомпрометацию или перенесших трансплантацию почки. Однако есть случаи осложненной ИМП. Антибиотик выбирают на основе опыта с учетом национальных рекомендаций, данных о бактериальной резистентности, характеристик препарата (спектр его действия, эффективность, побочные эффекты, взаимодействие с другими лекарственными средствами, которые принимает пациент, способ и частота введения, возможная аллергия и т. д.) и положений медицинского страхования, которое устанавливает ограничения в назначении антибиотиков.

Выводы. Неосложненные инфекции мочевыводящих путей являются одними из самых частых бактериальных инфекций, по поводу которых пациенты посещают своего семейного врача. Важными симптомами и признаками являются полакиурия и дизурия, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и появление крови в моче. Возможные осложнения: хронизация процесса, эректильная дисфункция и др.

Частым возбудителем инфекции является кишечная палочка. Вероятность установления правильного диагноза на основе только клинической картины и анамнеза высокая, если клиника является типичной. Поэтому целесообразно эмпирически лечить пациентов с этими характерными симптомами без каких-либо лабораторных анализов мочи, следуя указаниям ISKRA.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: неосложненная и осложненная инфекция мочевыводящих путей; антимикробная терапия; ведение пациентов; консультирование; временная потеря трудоспособности.

FORMATION OF THE AMBULATORY ALGORITHM FOR THE PATIENT'S MANAGING WITH INFECTION OF THE URINARY TRACT INFECTIONS, TAKING INTO ACCOUNT THE NEEDS OF PREVENTION OF THE POSSIBLE COMPLICATIONS

©L. S. Babinets, Yu. Ya. Kotsaba

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. The high prevalence of urinary tract infections (UTI), frequent recurrent nature, possible complications, decreased quality of life of patients and significant medical and social significance determines the importance of knowledge of primary care physicians of a rational algorithm for managing patients with this pathology.

The **aim** is to analyze the basic, relevant in clinical practice, the provisions of the European Clinical Protocol (Croatia) for the management of evidence of urinary tract, created on the basis of evidence, on the example of a profile patient.

The main body. Symptomatic UTI is treated with antibiotics. Asymptomatic infection is similarly treated only in cases such as pregnancy, erectile dysfunction, patients who have immunocompromised or have undergone kidney transplantation. However, there are cases of complicated UTI. The antibiotic is selected on the basis of experience with national recommendations, data on bacterial resistance, characteristics of the drug (its range of action, efficacy, side effects, interaction with other medicines that the patient is taking, method and frequency of administration, possible allergies, etc.) and health insurance provisions, which places restrictions on the administration of antibiotics.

Conclusions. Uncomplicated urinary tract infections are one of the most common bacterial infections through which patients visit their family doctor. Important symptoms and signs are pollakisuria and disuria, the feeling of incomplete emptying of the bladder and the appearance of blood in the urine. Complications are possible: chronicity of the process, erectile dysfunction, etc.

The most common pathogen is *E. coli*. The likelihood of making a correct diagnosis based on the clinical picture and medical history alone is high if the clinic is typical. Therefore, it is advisable to empirically treat patients with these characteristic symptoms without any laboratory urinalysis following the guidelines of ISKRA.

KEY WORDS: uncomplicated and complicated urinary tract infection; antimicrobial therapy; patient's management; counseling; temporary disability.

Отримано 10.12.2019