

М.И. Петричко,  
М.М. Мартынова

## СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Инфекции мочевых путей у беременных по-прежнему являются наиболее частым экстрагенитальным осложнением, и их частота имеет тенденцию

к росту. Как сами инфекции мочевой системы, так и препараты, применяемые для их лечения, оказывают отрицательное влияние на организм

Таблица 1

Стандарты диагностики, лечения и профилактики инфекций мочевых путей у беременных в фельдшерско-акушерском пункте и участковой больнице

Стандартизуемый показатель		Содержание стандарта
Задачи курации		1. Заподозрить ИМП 2. Диагностика и своевременное направление в ЦРБ
Диагностические признаки	А: бессимпт. бактериурия	бактерии в моче, отсутствие клинических проявлений
	В: острый цистит	учащенное и болезненное мочеиспускание, лейкоциты в осадке мочи более 10 в поле зрения, бактерии; тупые боли в низу живота
	С: острый пиелонефрит	боли в поясничной области, повышение температуры тела, возможна дизурия, лейкоцитурия, бактериурия; периодическое познабливание
Лечение	А: бессимпт. бактериурия	после посева мочи и консультации терапевта в ЦРБ
	В: острый цистит	ампициллин 0,24 × 4 раза, или амоксициллин 0,25 × 3 раза или цефалексин 0,5 × 4 раза, или фурагин 0,1 × 4 раза
	С: острый пиелонефрит	нет
Длительность лечения	А: бессимпт. бактериурия	3-7 дней
	В: острый цистит	7 дней
	С: острый пиелонефрит	нет
Организационные мероприятия	А: бессимпт. бактериурия	направить в районную поликлинику для посева мочи и консультации терапевта
	В: острый цистит	контрольные анализы мочи после лечения трижды
	С: острый пиелонефрит	направить в районную больницу
Требования к результатам лечения	А: бессимпт. бактериурия	отсутствие бактерий в моче
	В: острый цистит	отсутствие клиники цистита и лейкоцитурии
	С: острый пиелонефрит	отсутствие клиники пиелонефрита, нормальный состав крови и мочи

Таблица 2

Стандарты диагностики, лечения и профилактики инфекций мочевых путей у беременных в районной поликлинике

Стандартизуемый показатель		Содержание стандарта
1		2
Задачи курации		1. Активное выявление ИМП 2. Диспансеризация и профилактическое лечение 3. Диагностика и лечение 4. Продолжение стационарного лечения
Диагностические методы		анамнез, осмотр, измерение температуры тела и АД анализ крови (2-кратно), анализ мочи (2-кратно) УЗИ почек посев мочи консультация уролога и акушера-гинеколога
Диагностические признаки	А: бессимпт. бактериурия	отсутствие клинических признаков; бактериурия; число микробных тел при посеве мочи превышает 10 <sup>5</sup> КОЕ/мл
	В: острый цистит	дизурия; боли в низу живота; чаще нормальная температура тела; лейкоцитурия; бактериурия

Стандартизуемый показатель		Содержание стандарта
1		2
Диагностические признаки	С: острый серозный пиелонефрит	давность заболевания 1-4 сут., повышение температуры тела, боли в костно-verteбральном углу, болезненность при пальпации почки и при поколачивании в поясничной области; лейкоцитурия, бактериурия, лейкоцитоз, СОЭ умеренно ускорена; УЗИ: почка увеличена в размерах, паренхима ее утолщена незначительно, однородна; ЧЛС расширена 1-3 ст., подвижность почки при дыхании сохранена
	А: бессимпт. бактериурия	ампициллин 0,25 × 4 раза - 3 дня или фурагин 0,1 × 4 раза - 7 дней
Лечение	В: острый цистит	амоксциллин/клавулат 0,375 × 3 раза, или цефалексин 0,5 × 3 раза, или фурагин 0,1 × 4 раза
	С: острый серозный пиелонефрит	амоксциллин/клавулат 0,375 × 3 раза, или цефалексин 0,5 × 4 раза, или цефаклор 0,5 × 4 раза или фурагин 0,1 × 4 раза
	С: острый серозный пиелонефрит	цефаклор 1,0 после coitus!
Профилактика	С: острый серозный пиелонефрит	цефаклор 1,0 после coitus!
	А: бессимпт. бактериурия	3-7 дней
	В: острый цистит	7 дней
Длительность лечения	С: острый серозный пиелонефрит	12-15 дней
	А: бессимпт. бактериурия	контроль состава мочи после лечения и ежемесячно до конца беременности
	В: острый цистит	контроль состава мочи после лечения и 3-кратно ежемесячно
Организационные мероприятия	С: острый серозный пиелонефрит	рекомендовать стационарное лечение; в случае отказа от госпитализации при наличии возможностей приобретения лекарств и условий для лечения лечить амбулаторно в сроки беременности до 24 нед.; контроль состава крови, мочи и УЗИ; направить в стационар при сроке беременности более 24 нед., при отсутствии условий и возможностей амбулаторного лечения, при отсутствии эффекта и рецидивах
	А: бессимпт. бактериурия	отсутствие бактериурии
	В: острый цистит	отсутствие лейкоцитурии и клинических проявлений
Требования к результатам лечения	С: острый серозный пиелонефрит	отсутствие клиники пиелонефрита, лейкоцитурии, нормальная формула крови

Таблица 3

**Стандарты диагностики, лечения и профилактики инфекций мочевых путей у беременных в условиях терапевтического отделения центральной районной больницы**

Стандартизуемый показатель		Содержание стандарта
1		2
Задачи курации		Диагностика и лечение беременных, направленных из районной поликлиники и доставленных "скорой помощью"
Диагностические методы		анамнез, физикальное исследование
		анализы мочи, крови (двукратно), посев мочи на флору и чувств. к антибиотикам
		УЗИ почек (1-2 раза), ДАГ сосудов почек (по возможности)
Диагностические признаки	С: острый серозный пиелонефрит, среднетяжелая форма	давность заболевания до 3 сут., температура тела до 38,0°C, редкие ознобы, незначительная интоксикация, пульс до 90 уд./мин, АД в норме; умеренные боли и положительный симптом поколачивания в области поясницы на стороне воспаления; лейкоцитурия и бактериурия; лейкоцитоз до 15 × 10 <sup>9</sup> /л, СОЭ до 40 мм/ч; УЗИ: расширение ЧЛСу большинства больных 1-2 ст., редко 3 ст., объем почки до 200 см <sup>3</sup> , паренхима почки однородна, утолщена до 2 см, дыхательная экскурсия почки сохранена; Ri до 0,7; Ka более 4,0; Kc более 21

матери и на развивающийся плод. Поэтому знание локализации инфекции, тяжести и стадии воспалительного процесса крайне важно для построения оптимальной тактики лечения этой категории больных.

За последние годы произошли значительные позитивные сдвиги в изучении этой патологии у беременных. С одной стороны, появились новые методы эффективной диагностики (УЗИ, доплерография паренхиматозного кровотока). Фармацевтический рынок обогатился огромным арсеналом современных эффективных антибактери-

альных препаратов, в том числе и для беременных. С другой стороны, изменился бактериальный пейзаж, снизилась чувствительность бактерий к ранее применяемым антибактериальным средствам.

Наш собственный опыт основан на клиническом наблюдении с 1973 г. более 2000 беременных женщин с острым или обострением хронического пиелонефрита, из которых 151 была подвергнута оперативному вмешательству. За эти годы были разработаны клиничко-лабораторные, ультразвуковые и доплерографические критерии ди-

Таблица 3 (окончание)

1	2	
Лечение	С: острый серозный пиелонефрит, средне-тяжелая форма	антибактериальная терапия: амоксициллин/сульбактам 1,5-3,0, или амоксициллин/клавулат 1,2-3,0, или цефоперазон (цефобид,) или цефазолин 1,0 × 2 раза; альтернативные средства: ампициллин 1,0-2,0, или пенициллин 5-10 млн ЕД; коленно-локтевое положение 5-6 раз в сутки по 20-30 мин; инфузионная терапия до 2 л/сут.
	С: острый серозный пиелонефрит, среднетяжелая форма, стихание процесса	те же препараты per os; ступенчатая терапия: внутривенное введение антибиотиков 4-5 дней, затем внутримышечное введение тех же препаратов 6-7 дней, затем per os
Длительность лечения	С: острый серозный пиелонефрит, среднетяжелая форма	10-12 дней в стационаре
Организационные мероприятия	С: острый серозный пиелонефрит, среднетяжелая форма	при отсутствии эффекта через 72 ч — замена антибиотика; перевод в урологическое отделение при отсутствии эффекта от лечения после смены антибиотиков либо при прогрессировании пиелонефрита и расширении ЧЛС до 3 ст., либо при развитии гнойной стадии пиелонефрита
Требования к результатам лечения	С: острый серозный пиелонефрит, среднетяжелая форма	исчезновение клинических признаков пиелонефрита, улучшение состава крови и нормализации состава мочи

Таблица 4

**Стандарты диагностики, лечения и профилактики инфекций мочевых путей у беременных в условиях городского, краевого (областного) урологического отделения**

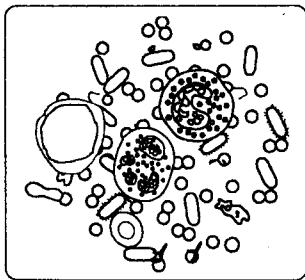
Стандартизуемый показатель	Содержание стандарта
Задачи курации	Диагностика, лечение беременных с острым, обострением хронического пиелонефрита, направленных из поликлиник, других стационаров, доставленных "скорой помощью"
Диагностические методы	анамнез, физикальное исследование
	анализы крови, мочи, посевы мочи на флору и чувств. к антибиотикам (2-кратно)
	УЗИ почек (3-кратно) и плода (однократно), ДАГ сосудов почек (Ri, Pi, Ka, Kc) (двукратно)
	рентгенодиагностика почек (по особым показаниям и при отказе от сохранения беременности в I триместре)
	гемостаз, гомеостаз (по показаниям), АЛТ, АСТ, билирубин и сахар крови
	консультация акушера-гинеколога
Диагностические признаки	С: гнойные формы острого пиелонефрита давность заболевания более 4-5 сут, ремиттирующая лихорадка, повторяющиеся ознобы, выраженная интоксикация, тахикардия более 100 уд./мин, напряжение мышц живота и поясницы на стороне воспаления, тенденция или гипотония; лейкоцитурия и бактериурия; лимфопения (менее 12%), палочкоядерный нейтрофилез (более 18%), лейкоцитоз (более $12 \times 10^9/l$ ), анемия, СОЭ более 50 мм/ч; УЗИ: объем почки более 200 см <sup>3</sup> , паренхима неоднородна толщиной более 2 см, контуры почки неровные, ограничение или отсутствие дыхательной экскурсии почки; ДАГ сосудов почек: Ri более 0,75; Pi более 1,4; Ka менее 2; Kc менее 20
Лечение	С: гнойные формы острого пиелонефрита, активная фаза внутреннее стентирование при гнойных формах пиелонефрита, при расширении ЧЛС до 3 ст., Ri более 0,75; Ka менее 2; Kc менее 20 антибактериальная терапия: цефтриаксон 1,0-2,0×1 раз, или цефоперазон (цефобид) 2,0×2 раза, или амоксициллин/клавулат (амоксиклав) 1,2×3 раза, или имипенем/циластатин 1,0-3,0 г/сут дезинтоксикационная терапия: инфузии растворов глюкозы, кристаллоидов, плазмы, плазмаферез (по показаниям); симптоматическое лечение, профилактика гипоксии плода, преждевременных родов
	С: гнойные формы острого пиелонефрита, фаза ремиссии цефаклор 0,75×3 раза, цефолексин 0,5×4 раза, амоксициллин 0,5×3 раза ступенчатая антибактериальная терапия: внутривенно 4-5 дней, внутримышечно 5-7 дней, per os до 2-3 нед.
Длительность лечения	С: гнойные формы острого пиелонефрита 14-18 дней в стационаре, затем перевод на амбулаторное лечение
Организационные мероприятия	С: гнойные формы острого пиелонефрита при отсутствии эффекта от лечения через 48-72 ч - смена антибиотиков, проверка эффективности дренирования почки (УЗИ), усиление дезинтоксикационной терапии; при развитии сепсиса, присоединении полиорганной недостаточности возможно оперативное лечение (декапсуляция, нефростомия, дренирование забрюшинного пространства), прерывание беременности (в особых случаях)
Требования к результатам лечения	С: гнойные формы острого пиелонефрита исчезновение клинических проявлений острого пиелонефрита, восстановление функции почек, улучшение состава крови и мочи

агностики острого пиелонефрита и его стадий (серозная, гнойно-деструктивная), отдельных форм гнойного пиелонефрита (апостематозный нефрит, карбункулы и абсцессы почек). Успешно внедрена в практику и адаптирована к пиелонефриту у беременных "ступенчатая" антибактериальная терапия.

Все это позволило добиться хороших и эффективных результатов при лечении этой группы больных, вплоть до полного отказа от хирургических вмешательств при гнойных формах пиелонефрита. Появилась возможность отказаться от преры-

ваний беременности при остром пиелонефрите независимо от его тяжести.

Все вышеизложенное диктует необходимость пересмотра стандартов диагностики, профилактики и лечения инфекций мочевых путей у беременных. Предлагаемые стандарты рассчитаны на различный уровень ЛПУ, на поэтапную диагностику и лечение инфекций мочевых путей у беременных. Мы полагаем, что они достаточно просты для восприятия, требуют специальных знаний и умений и надеемся на их эффективное использование в практике врача.



**И.В. Емельянова, В.М. Нагорный**

## **ПРИМЕНЕНИЕ $\alpha$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТОУРЕТРИТОМ**

*Группа независимых врачей, г. Владивосток,  
Владивостокский государственный медицинский университет*

В клинике хронических простатитов присутствуют симптомы дискомфорта в органах малого таза, уретре, различные нарушения акта мочеиспускания, снижение тонуса струи мочи. Наличие подобных жалоб у больных независимо от этиологической принадлежности основного заболевания позволило нам использовать  $\alpha$ -адреноблокаторы как средство патогенетической терапии в лечении этого контингента больных. В своей работе мы использовали альфузозин (дальфаз), тамсулозин (омник), доксазозин (кардура) и теразозин (сетегис). Наш опыт показал неоспоримость действия практически всех  $\alpha$ -адреноблокаторов при данной патологии. Выбор сетегиса (венгерский фармацевтический завод "Эгис") был продиктован большей экономической доступностью препарата при равных фармакологических возможностях. Поэтому основное количество наблюдений мы имели при использовании этого препарата.

Нами пролечено 20 пациентов с хроническим простатитом, имевших дизурический и болевой синдромы. Наряду с этиотропной терапией все они получали сетегис в терапевтической дозе от 2 до 5 мг однократно на ночь в течение 2-3 мес. В соответствии с рекомендациями производителя подбор дозы проводился методом титрования, начиная с 0,25 мг, и удвоением через каждые 4-7 дней. Из всей группы наблюдавшихся больных 18 чел. были нормотониками, но ни один пациент при указанной методике титрования не отметил побочных эффектов, связанных с колебанием артериального давления (головокружения, головные боли, ортостатические коллапсы), и цифры арте-

риального давления у них оставались в пределах нормы. У 2 пациентов с исходной артериальной гипертонией при отсутствии дополнительных гипотензивных препаратов артериальное давление на протяжении всего курса лечения снизилось и держалось в пределах рабочей нормы. При этом они не отмечали головокружения и головных болей.

Положительная динамика дизурических расстройств наблюдалась у всех пациентов с 4-7 дня при применении минимальных дозировок и с постепенным полным исчезновением дизурии в течение 2-3 нед., в зависимости от выраженности нарушений.

Динамика исчезновения болевого синдрома была также отчетлива, но отсрочена по времени на 7-10 дней в сравнении с дизурическим. Максимально положительный эффект купирования дискомфорта и болевых ощущений наступал у всех пациентов к 3-4 нед. лечения.

В результате накопленных наблюдений мы пришли к убеждению, что:

— опасности коллапсов от применения  $\alpha$ -адреноблокаторов удается избежать при правильном титровании дозы;

— титрование и разъяснение режима приема не столь обременительно для доктора, как кажется на первый взгляд;

— необходимость титрования не только не причиняет неудобства врачу и больному, но и позволяет остановиться на индивидуально необходимой дозе конкретному пациенту, тем самым дополнительно экономя средства больного;

— возможно применение препарата у нормотоников.