

Клинические рекомендации – Цистит у женщин – 2021 (21.05.2021) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N30.0, N30.1, N30.2

Возрастная группа: Взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

По состоянию на 21.05.2021 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество урологов

Список сокращений

АБ – антибиотик

ОНЦ – острый неосложненный цистит

ИМП – инфекция мочевых путей

ИНМП – инфекция нижних мочевых путей

НИНМП – неосложненная инфекция нижних мочевых путей

УЗИ – ультразвуковое исследование

КОЕ – колониеобразующая единица

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ПЦР – полимеразная цепная реакция

СНМП – симптомы нижних мочевых путей

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

Термины и определения

Цистит – это инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря, локализующийся преимущественно в слизистой оболочке.

Цистоскопия – эндоскопический метод визуализации мочевого пузыря.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Бактериальный цистит или неосложненная инфекция нижних мочевых путей (НИНМП) – это инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря, локализующийся преимущественно в слизистой оболочке [1]. Бактериальный цистит относят к неосложненным инфекциям нижних мочевых путей, т.е. у пациентов, чаще женщин, при отсутствии каких-либо нарушений оттока мочи из почек или из мочевого пузыря и без структурных изменений в почках или мочевыводящих путях, а также у пациентов без серьезных сопутствующих заболеваний [1, 2, 3].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Основным возбудителем НИИМП является уропатогенная *Escherichia coli*, которую выявляют у 75% пациентов. Реже встречается *Klebsiella spp.* в 10%, а также *Staphylococcus saprophyticus* – в 5-10% случаев. Более редко выделяются другие энтеробактерии, например, *Proteus mirabilis* [2, 4, 5].

Микроорганизмы попадают в мочевой пузырь в основном восходящим (уретральным) путем. Также нельзя исключить и редкий гематогенный путь в случаях бактериемии, септических состояний – при осложненной ИМП. Анатомические особенности у женщин: короткая и широкая уретра, близкое ее расположение к естественным очагам инфекции (влагалище, анус) признаны одним из существенных факторов, способствующих частому развитию цистита у женщин. Транспорту инфекции в мочевой пузырь способствуют и сексуальная активность у женщин, с так называемой, влагалищной эктопией наружного отверстия уретры или гипермобильностью дистального отдела уретры. При осложненной ИМП, при наличии инфравезикальной обструкции у женщин, как органической, так и функциональной (на фоне детрузорно-сфинктерной диссинергии, спазма наружного сфинктера уретры), мочеиспускание происходит аномально. При повышенном внутриуретральном давлении поток мочи имеет не ламинарное, а турбулентное течение с изменением гидродинамических характеристик, появлением завихрений. Бактерии мобилизуются со стенок дистальной уретры и распространяются в проксимальные отделы, а также в мочевой пузырь из-за возникающего в таких случаях уретрально-везикального рефлюкса [6].

Необходимым условием развития бактериального цистита является колонизация и адгезия значительного количества бактерий к поверхности уротелиальных клеток и последующая возможная инвазия их в зонтичные клетки поверхностного слоя слизистой оболочки мочевого пузыря [7]. Бактерии прикрепляются к эпителию с помощью фимбрий – нитевидных белковых структур, расположенных на их поверхности. Не у всех бактерий есть такие приспособления. Уропатогенные кишечные палочки содержат белковые структуры (адгезины, пилины), ответственные за адгезивную способность бактерий. Полагают, что штаммы уропатогенной кишечной палочки различаются адгезинами, и разные типы адгезинов (1, P, S, AFA) имеют на уровне мочевого пузыря и почек свои места прилипания [8].

Переходный эпителий мочевого пузыря (уротелий) вырабатывает и выделяет на поверхность мукополисахаридную субстанцию, образующую защитный слой. Последний служит антиадгезивным фактором. Адгезия микроорганизмов к уроэпителиальным клеткам возможна вследствие разрушения или изменения защитного мукополисахаридного слоя, что может быть обусловлено конституциональными особенностями муцина, нарушением кровообращения в стенке мочевого пузыря, повышением содержания рецепторов для бактериальной адгезии на клеточных мембранах, снижения выработки антимикробных пептидов [9].

Факторы, препятствующие развитию инфекции нижних мочевыводящих путей:

- акт мочеиспускания, т.е. механический вымывающий эффект мочи;
- наличие мукополисахаридного слоя на слизистой оболочке мочевого пузыря;
- продукция антимикробных пептидов слизистой оболочки мочевого пузыря;
- низкий pH мочи и высокая осмолярность;
- наличие IgA в моче, препятствующие бактериальной адгезии [9].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Циститом болеют преимущественно женщины, что связано с анатомо-физиологическими и гормональными особенностями их организма. В России ежегодно регистрируют 26-36 млн случаев цистита. В течение жизни острый цистит переносят 20-25% женщин, у каждой третьей из них в течение года возникает рецидив заболевания, а у 10% оно переходит в хроническую рецидивирующую форму.

Цистит чаще всего развивается в возрасте 25-30 лет, а также у женщин старше 55 лет, т.е. после менопаузы. До 60% обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом [1, 2, 3].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N30.0 Острый цистит

N30.1 Интерстициальный цистит (хронический)

N30.2 Другой хронический цистит

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Цистит классифицируют по различным признакам.

По этиологии выделяют инфекционный (бактериальный); неинфекционный (лекарственный, лучевой, токсический, химический, аллергический и др.).

По течению цистит делят на острый и хронический (рецидивирующий), который подразделяют на фазу обострения и фазу ремиссии.

Выделяют также первичный (неосложненный) цистит (самостоятельное заболевание, возникающее на фоне условно-нормального пассажа мочи у женщин 18-45 лет без сопутствующих заболеваний) и вторичный (осложненный) у всех остальных, т.е. возникающий на фоне нарушения уродинамики и как осложнение другого заболевания: туберкулез, камень, опухоль мочевого пузыря, когда повышен риск отсутствия эффекта от эмпирически назначенной антибактериальной терапии.

По характеру морфологических изменений возможен катаральный, язвенно-фибринозный, геморрагический, гангренозный и интерстициальный цистит [1, 2, 3, 4]. Последний считают самостоятельным заболеванием, при котором происходит смена фаз течения воспалительного процесса, приводящая к выраженной боли в области мочевого пузыря, постепенному уменьшению его емкости, вплоть до сморщивания, и нарастанию дизурии.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Жалобы (на боли, рези во время мочеиспускания, боли над лоном, неотложные позывы к мочеиспусканию, частые позывы к мочеиспусканию днем и/или ночью, терминальную гематурию, мочеиспускание малыми порциями при общем удовлетворительном состоянии, отсутствии гипертермии свыше 38 °С, болей в поясничной области, наличие связи жалоб с половым актом) у женщин пременопаузального возраста. В анамнезе у пациентов с подозрением на цистит необходимо уточнить:

- наличие у матери цистита;
- связь обострения цистита с половым актом, с переохлаждением ног;
- наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет);
- необходимо выяснить, не было ли каких-либо симптомов со стороны мочеиспускания

за 4 недели до обращения.

Для острого цистита характерно острое начало. При наличии двух обострений в течение полугода или трех – в течение года говорят о хроническом или рецидивирующем цистите [1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14]. Несмотря на определенное беспокойство, причиняемое пациентам, для цистита не характерно тяжелое течение.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

При физикальном обследовании пациентов с циститом выявляется болезненность при пальпации в надлобковой области в проекции мочевого пузыря. При локальном осмотре промежности отмечают наличие или отсутствие высыпаний на слизистой оболочке; кондилом; расположение наружного отверстия уретры по отношению к передней стенке влагалища, наличие зуда, выделений из влагалища и характер выделений (слизистые; гнойные; белые, творожистой консистенции и т.д.). Высыпания, остроконечные кондиломы на слизистой оболочке промежности требуют исключения вирусной природы заболевания. Выделения, болезненность при вагинальном исследовании характерны для заболеваний женских половых органов (вагинит, аднексит, сальпингит и др.). При бимануальном влагалищном исследовании обращают внимание на состояние мочеиспускательного канала (особенно у пациентов с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей), болезненную пальпацию шейки мочевого пузыря [1, 3, 21, 22].

Критерии установления диагноза: на основании патогномичных данных:

Наличие жалоб на частое болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи, рези и боли при мочеиспускании, императивные позывы к мочеиспусканию, отсутствие обильных выделений из влагалища

2.1. Жалобы и анамнез

- При сборе анамнеза и жалоб у всех пациентов с подозрением на цистит рекомендуется выяснить у пациента наличие следующих симптомов острого цистита для уточнения особенностей течения и тяжести заболевания [10, 11, 12, 13, 14, 15]:

- частое мочеиспускание малыми порциями мочи
- рези, боли при мочеиспускании
- боль над лонем
- императивные позывы к мочеиспусканию;
- отсутствие гипертермии (свыше 38 °С), болей в поясничной области
- иногда примесь крови в моче (особенно в последней порции)
- отсутствие зуда и обильных влагалищных выделений

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Для объективной оценки симптомов заболевания предложена количественная оценка по шкале симптомов острого цистита (ACSS). Шкала ACSS состоит из 18 вопросов, на которые пациентка отвечает самостоятельно. Вопросы разделены на четыре категории: а) вопросы о характерных симптомах (1-5); б) вопросы для дифференциального диагноза (7-10); в) вопросы о качестве жизни (11-13); г) дополнительные вопросы об основном заболевании (14-18). Пороговое значение 6 баллов при оценке характерных симптомов имеет чувствительность 91,2% и специфичность 86,5% в отношении прогнозирования острого цистита [16, 17, 18] (Приложение Г1).

- Всем пациентам с циститом рекомендуется заполнить дневник мочеиспускания в течение 2-х суток для объективной оценки частоты и объема мочеиспускания [19, 20] (Приложение Г2).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в дневнике мочеиспускания указывается время мочеиспускания, измеряется количество выделенной мочи за одно мочеиспускание, количество выпитой жидкости за 1 раз и отмечается характер мочеиспускания. Заполняется самой пациенткой в течение 2-х дней. Каждое мочеиспускание пациентка осуществляет в пол-литровую банку (или мерный стакан) для измерения количества выделенной мочи, которую после этого надо вылить в унитаз. Дневник ведется с утра и до утра следующего дня. В примечании необходимо отметить были ли рези, боли при мочеиспускании, характер струи мочи [19, 20].

Заполнение дневников мочеиспускания является важным этапом обследования больных, длительное время страдающих дизурией.

2.2. Физикальное обследование

Характерные для пациентов с циститом данные физикального обследования приведены в подразделе 2.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется всем пациентам при осложненном или рецидивирующем (хроническом) цистите выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления признаков воспаления мочевых путей. [1, 3, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При остром неосложненном цистите общий анализ мочи не обладает высокой диагностической ценностью. Диагностически значимыми являются > 10 лейкоцитов/мм³ при микроскопии осадка мочи, увеличение количества бактерий, возможна эритроцитурия. При остром неосложненном цистите и при рецидивирующем цистите анализ мочи может быть выполнен с помощью тест-полосок в качестве альтернативы общему анализу мочи – положительный тест на нитриты и лейкоцитарную эстеразу [3, 27, 28, 29].

- Не рекомендуется пациентам с острым неосложненным циститом микробиологическое (культуральное) исследование мочи при первичной диагностике в связи с минимальным увеличением диагностической точности и длительностью исследования [2, 3, 10, 11, 13, 15, 30].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Проведение микробиологического (культурального) исследования мочи должно выполняться при подозрении на пиелонефрит, при персистирующих или рецидивирующих симптомах в пределах 4 недель после окончания антибиотикотерапии, у пациентов с атипичными симптомами и у беременных. Бактериологическое исследование мочи проводят для выявления возбудителя и его чувствительности к антибактериальным лекарственным средствам. По российским и международным исследованиям в 70-80% случаев возбудителем цистита являются *E. coli*, реже другие грамотрицательные бактерии, чувствительные к фосфомицину* и нитрофурантоину. Эмпирическая терапия высокоэффективна. При неэффективности эмпирической терапии бактериологический анализ мочи с определением чувствительности уропатогена к антибактериальным препаратам существенно облегчит выбор следующего препарата.

- Рекомендуется выполнять микробиологическое (культуральное) исследование мочи на

бактериальные патогены пациентам с осложненным или рецидивирующим (хроническим) циститом для уточнения возбудителя [5, 30-37].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

- Комментарий: У пациентов с типичными симптомами микробное число 10^2 - 10^3 КОЕ/мл может быть приемлемым, если выделена монокультура. Для посева мочи анализ средней порции утренней мочи необходимо исследовать немедленно, если это невозможно, то мочу необходимо хранить при температуре $+2$ - $+8$ °С. Очень важно различать бессимптомную бактериурию от симптоматической инфекции нижних мочевых путей, т.е. цистита. Колонизация мочевыводящих путей и соответственно наличие бактерий в моче без клинических проявлений определяется как асимптоматическая бактериурия (АСБ). Асимптоматическая бактериурия (АСБ) диагностируется в случае выделения одного или более видов бактерий, растущих в моче с количеством $\geq 10^5$ КОЕ/мл или $\geq 10^8$ КОЕ/мл, независимо от наличия пиурии, в отсутствие признаков и симптомов присущих инфекции мочевых путей (ИМП). Бессимптомная бактериурия (комменсальная колонизация) может защищать от суперинфекции вирулентными уропатогенами (27, 31).

- Не рекомендуется лечение АСБ: женщинам без факторов риска развития инфекции мочевых путей; пациентам с регулируемым сахарным диабетом; женщинам в постменопаузе; пожилым людям, живущим в домах престарелых; пациентам с нарушенной функцией нижних мочевых путей и после реконструктивных операций на нижних мочевых путях; пациентам с трансплантацией почки; пациентам до артропластики и пациентам с рецидивирующей инфекцией мочевых путей, чтобы избежать риска селекции резистентных микроорганизмов и эрадикации потенциально протективных АСБ штаммов микроорганизмов (27, 31).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется антибактериальное лечение АСБ у беременных женщин и перед инвазивными вмешательствами на мочевых путях и половых органах при которых возможны кровотечения и повреждение слизистой оболочки, с целью профилактики невынашивания беременности, преждевременных родов и инфекционно-воспалительных осложнений (27, 31).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5) Рекомендуется у женщин с рецидивирующим (хроническим) циститом (при обострениях цистита после полового акта), выполнить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из влагалища на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с целью определения дисбиоза влагалища [32, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: при рецидивирующем цистите иногда необходимо провести молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы-маркеры бактериального вагиноза и аэробного вагинита, которые могут влиять на дисбиоз влагалища и тем самым снижать их защитную функцию при восходящем пути инфицирования мочевых путей.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Не рекомендуется рутинное проведение расширенного обследования (ультразвукового исследования (УЗИ), и/или цистоскопии) при остром цистите или обострении рецидивирующего (хронического) цистита с целью подтверждения диагноза острого цистита. Пациенткам женского пола с рецидивирующим (хроническим) циститом старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака

мочевого пузыря рекомендуется проведение УЗИ мочевого пузыря и цистоскопии. [3, 32, 45, 46].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Для диагностики острого восходящего пиелонефрита у пациентов с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия свыше 38 °С, боли в поясничной области, боли при пальпации почек) рекомендуется ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография почек [1, 2, 3, 7, 13, 21, 32, 46, 47].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: У женщин с рецидивирующим циститом после 40 лет, ультразвуковое исследование мочевого пузыря выполняется для исключения других заболеваний. При цистите можно увидеть утолщенную, отечную слизистую оболочку мочевого пузыря. Однако главная задача УЗИ – исключение опухоли мочевого пузыря; камня предпузырного или интрамурального отдела мочеоточника, который может вызывать дизурию; остаточной мочи, что может иметь место при пролапсе тазовых органов у женщин, нейрогенных расстройствах мочевого пузыря.

- Рекомендуется цистоскопия у пациентов с макрогематурией для исключения новообразования или туберкулеза мочевого пузыря, а также в исследовательских целях [3, 32, 45].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется пациентам при рецидивах заболевания, при отсутствии эффекта от проводимого лечения, проведение измерения скорости потока мочи (урофлоуметрии) с определением объема остаточной мочи для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента [3, 19, 29, 30].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5. Иные диагностические исследования

Необходимость выполнения иных диагностических исследований определяется в конкретной клинической ситуации в соответствии с состоянием пациента

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Лечение при остром цистите направлено на:

- Достижение длительного клинического результата

Лечение при рецидивирующем цистите направлено на:

- улучшение качества жизни больного
- профилактику рецидивов;
- профилактику и лечение осложнений;

3.1. Консервативное лечение

- Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторных условиях для элиминации возбудителя [2, 21, 23, 40, 50-59].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: продолжительность терапии острого неосложненного цистита – 1-3-5-7 сут – зависит от выбранного препарата и отсутствия или наличия факторов риска. [3, 5, 21, 23, 54]

- Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение препарата первого выбора: фосфомицина** в дозе 3 г однократно, курс лечения 1 день [77, 78, 79, 80].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

- Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение фуразидина или нитрофурантоина в дозах, соответствующих инструкции к препарату [23, 27, 32, 48, 49, 50, 59].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с неосложненным циститом при непереносимости препаратов первой линии в качестве альтернативы рекомендуется назначение цефиксима в дозе 400 мг в сутки в течение 5 дней [45].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с неосложненным циститом не рекомендуется назначение антибиотиков группы хинолонов (фторхинолонов) не только из-за высокого уровня резистентных штаммов микроорганизмов, селекции мультирезистентных патогенов или повышенного риска Clostridium difficile ассоциированного колита, но и из-за большого числа серьезных нежелательных побочных действий препаратов этой группы (5, 27, 48, 60, 61, 62, 63, 64, 65).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

- Пациентам с неосложненным циститом не рекомендуется назначение ампициллина**, амоксициллина**, ко-тримоксазола** из-за высокого уровня резистентных к ним уропатогенов, в частности кишечной палочки [5, 60]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

- Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом у женщин в постменопаузе рекомендуется назначение вагинальной эстрогензаместительной терапии для уменьшения выраженности симптомов и улучшения качества жизни в соответствии с инструкцией к препарату [23, 48, 75, 76, 77].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1)

- Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуется назначение фосфомицина** в дозе 3 г 1 раз через 10 дней, на протяжении 3 месяцев, с целью лечения и профилактики обострений [27, 23, 64].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

3.2. Иное лечение

Диетотерапия не предусмотрена.

Обезболивание не предусмотрено.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Медицинская реабилитация не предусмотрена.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Диспансерное наблюдение не предусмотрено.

- Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуется прием фитотерапевтического препарата, содержащего золототысячник, корень любистока, листья розмарина обыкновенного в дозе 2 т (или по 50 кап) 3 раза в день, в течение 3-х месяцев приема для профилактики рецидивов цистита [23, 55, 56, 57, 58].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с частыми рецидивами бактериального цистита рекомендуется назначение иммунопрофилактики лиофилизированным лизатом бактерий *Escherichia coli* с целью иммунопрофилактики по 1 капсуле x 1 раз в день – 3 мес. [23, 51, 52, 53, 54].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: лиофилизированный лизат бактерий *Escherichia Coli* доказал свою эффективность в ряде клинических исследований и может быть рекомендован для иммунопрофилактики у женщин с рецидивирующими неосложненными ИМП.

- У женщин с посткоитальным циститом, когда рецидивы цистита четко связаны с половым актом, рекомендуется с целью посткоитальной антибиотикопрофилактики до или после полового акта #нитрофурантоин 50 мг при неэффективности прочих, неантибактериальных методов [65, 69, 70].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1)

- Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуются инстилляции протектора вязкоэластичного стерильного для слизистой мочевого пузыря, содержащего гиалуроновую кислоту, в мочевой пузырь, вне стадии обострения с целью профилактики рецидивов [3, 71, 72, 73, 74, 75].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: В РФ препарат зарегистрирован в качестве изделия медицинского назначения.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- макрогематурия;
- тяжелое состояние пациента, особенно с декомпенсированным сахарным диабетом, иммунодефицитом любой этиологии, выраженной недостаточностью кровообращения и т.д.;

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- нормализация общего состояния пациента;
- отсутствие клинико-лабораторных признаков острого цистита

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Дополнительная информация отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнен сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов	5	C
2	Выполнен анализ мочи общий при осложненном и рецидивирующем цистите	1	A
3	Выполнено микробиологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам при рецидивирующем (хроническом) цистите	5	C
4	Выполнено ультразвуковое исследование почек и цистоскопия при рецидивирующем (хроническом) цистите по показаниям: возраст старше 40 лет, с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря	3	B
5	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами при остром и рецидивирующем (хроническом) цистите	1	A

Список литературы

1. Kunin C.M. Urinary Tract Infections: Detection, Prevention and Management. – 5th ed. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
2. Hooton T.M. Uncomplicated urinary tract infections. *New England Journal of Medicine*. 2012; 366: 1028 – 37.
3. Перепанова Т.С. Неосложненная инфекция мочевых путей. В кн: "Рациональная фармакотерапия в урологии: Руководство для практикующих врачей – 2 изд. исп. и доп/под общ. ред. Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепановой. – М.: Литтерра-2012. стр. 303-318.
4. Nicolle L.E. A Practical Guide to the Management of Complicated Urinary Tract Infection. *Drugs*. 1997; 53: 583 – 92.;
5. Sofia Ny, Petra Edquist, Uga Dumpis, Kirsi Grondahl-Yli-Hannuksela, Julia Hermes, Anna-Maria Kling, Anja Klingeberg, Roman Kozlov, Owe Kallman, Danuta O.Lis, Monika Pomorska-Wesolowska, Mara Saule, Karin Tegmark Wisell, Jaana Vuopio, Ivan Palagin, Antibiotic resistance of Escherichia coli from outpatient urinary tract infection in women in six European countries including Russia (2018), <https://doi.org/10.1016/i.jgar.2018.11.004>.
6. Shang Y.J., Wang Q.Q., Zhang J.R., Xu Y.L., Zhang W.W., Chen Y., Gu M.L., Hu Z.D., Deng A.M.: Systematic review and meta-analysis of flow cytometry in urinary tract infection screening. *Clin Chim Acta* 2013; 424: 90-95.
7. Ana L. Flores-Mireles, Jennifer N. Walker, Michael Caparon, and Scott J. Hultgren. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nat Rev*

Microbiol. 2015 May; 13(5): 269-284. doi: 10.1038/nrmicro3432

8. Takashi Hato and Pierre C. Dagher. How the Innate Immune System Senses Trouble and Causes Trouble. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015 Aug 7; 10(8): 1459-1469. Published online 2014 Nov 20. doi: 10.2215/CJN.04680514.

9. Gerard Apodaca. The Uroepithelium: Not Just a Passive Barrier. *Traffic* 2004; 5: 117-128. doi: 10.1046/j.1600-0854.2003.00156.x.

10. Wagenlehner, F.M., et al. Uncomplicated urinary tract infections. *Dtsch Arztebl Int*, 2011. 108: 415. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21776311>.

11. Stamm, W.E., et al. Management of urinary tract infections in adults. *N Engl J Med*, 1993. 329: 1328. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8413414>.

12. Foxman, B., et al. Urinary tract infection among women aged 40 to 65: behavioral and sexual risk factors. *J Clin Epidemiol*, 2001. 54: 710. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11438412>.

13. Bent, S., et al. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? *JAMA*, 2002. 287: 2701. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020306>.

14. Foxman, B., et al. Epidemiology of urinary tract infections: transmission and risk factors, incidence, and costs. *Infect Dis Clin North Am*, 2003. 17: 227. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12601337>.

15. Warren J.W., Abrutyn E., Hebel J.R., Johnson J.R., Schaeffer A.J., Stamm W.E. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Clin Infect Dis* 1999; 29: 745-758.

16. Alidjanov J.F., Abdufattaev U.A., Makhsudov S.A., Pilatz A., Akilov F.A., Naber K.G., Wagenlehner F.M.: New self-reporting questionnaire to assess urinary tract infections and differential diagnosis: acute cystitis symptom score. *Urol Int* 2014; 92: 230-236. *Urol Int* 2016; 96: 369.

17. Alidjanov J.F., Abdufattaev U.A., Makhsudov S.A., Pilatz A., Akilov F.A., Naber K.G., Wagenlehner F.M.: The acute cystitis symptom score for patient-reported outcome assessment. *Urol Int* 2016; 97: 402-409.

18. K.G. Naber, Ж.Ф. Алиджанов. Существуют ли альтернативные методы антибактериальной терапии и профилактики неосложненных инфекций мочевыводящих путей? *Урология*, 2014, N 6, с. 5-13.

19. Chapple C.R. Is a voiding diary really necessary in 2014? *Eur Urol*. 2014 Aug; 66 (2): 301 – 2. doi: 10.1016/j.eururo.2014.05.001. Epub 2014 May 15.

20. Bright E., Drake M.J., Abrams P. Urinary diaries: evidence for the development and validation of diary content, format, and duration. *Neurourol Urodyn*. 2011 Mar; 30(3): 348 – 52. doi: 10.1002/nau.20994. Epub 2011 Jan 31. Review.]

21. Урология: национальное руководство/под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – с. 484-490 – (Серия "Национальные руководства") ISBN 978-5-9704-0983-1.

22. Nicolle L.E. Asymptomatic bacteriuria – to treat or not to treat. In: Naber K.G., Schaeffer A.J., Heyns C., Matsumoto T., Shoskes D., Bjerklund-Johansen T.E., eds. *Urogenital infections*. Arnhem, Netherlands: European Association of Urology-International Consultation on Urological Diseases, 2010: 303-313.

23. Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Руднов В.А., Синякова Л.А. "Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов" Федеральные клинические рекомендации 2017 г., 70 с.

24. Colgan R., Williams M. Diagnosis and treatment of acute uncomplicated cystitis. *Am Fam Physician*. 2011 Oct 1; 84(7): 771 – 6. Review.

25. Guglietta A. Recurrent urinary tract infections in women: risk factors, etiology, pathogenesis and prophylaxis. *Future Microbiol*. 2017 Mar; 12: 239-246.

26. McLellan L.K., Hunstad D.A. Urinary Tract Infection: Pathogenesis and Outlook. *Trends Mol Med.* 2016 Nov; 22(11): 946-957.
27. G. Bonkat, R.R. Bartoletti, F. Bruyere, T. Cai, S.E. Geerlings, B. Koves, S. Schubert, F. Wagenlehner. EAU Guidelines on Urological Infections European Association of Urology 2019, 52 p.
28. Kaltenis P., Baciulis V., Liubsis A. Reliability of detection of leucocyturia by means of the dip-stick Cytur-Test. *Int Urol Nephrol.* 1984; 16 (3): 233 – 5.
29. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. *Infect Dis Clin North Am.* 2014; 28: 1 – 13.
30. Hooton T.M., Roberts P.L., Cox M.E., Stapleton A.E. Voided midstream urine culture and acute cystitis in premenopausal women. *N Engl J Med.* 2013 Nov 14; 369(20): 1883 – 91. doi: 10.1056/NEJMoa1302186.
31. Lindsay E. Nicolle, Kalpana Gupta, Suzanne F. Bradley, Richard Colgan, Gregory P. DeMuri, Dimitri Drekonja, Linda O. Eckert, Suzanne E. Geerlings, Bela Koves, Thomas M. Hooton, Manisha Juthani-Mehta, Shandra L. Knight, Sanjay Saint, Anthony J. Schaeffer, Barbara Trautner, Bjorn Wullt, Reed Siemieniuk. IDSA 2019 Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria – Clinical Infectious Diseases 2019: 3/21/2019. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy1121>.
32. Kranz J., Schmidt S., Lebert C., Schneidewind L., Mandraka F., Kunze M., Helbig S., Vahlensieck W., Naber K., Schmiemann G., Wagenlehner F.M.: The 2017 update of the German clinical guideline on epidemiology, diagnostics, therapy, prevention, and management of uncomplicated urinary tract infections in adult patients: Part I., *Urol Int* 2018.
33. European Committee for Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). EUCAST Definitive Document E. Def 1.2, May 2000: Terminology relating to methods for the determination of susceptibility of bacteria to antimicrobial agents. *Clin Microbiol Infect*, 2000. 6 (9): p. 503 – 8.
34. Kass E.H. Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy. *Arch Intern Med* 1960; 44: 194-198.
35. Wagenlehner F.M.E., Naber K.G. Asymptomatic bacteriuria – shift of paradigm. *Clin Infect Dis* 2012; 55: 778-779.
36. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon.* 2003; 49: 53-70.
37. Chu C.M., Lowder J.L. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Jul; 219 (1): 40 – 51. doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.231. Epub 2018 Jan 2.
38. Silverman J.A., Schreiber H.L. 4th, Hooton T.M., Hultgren S.J. From physiology to pharmacy: developments in the pathogenesis and treatment of recurrent urinary tract infections. *Curr Urol Rep.* 2013; 14: 448 – 56.
39. Nosseir S.B., Lind L.R., Winkler H.A. Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women: a review. *J Womens Health.* 2012; 12: 347-354.
40. Wagenlehner F.M., Vahlensieck W., Bauer H.W., et al. Prevention of recurrent urinary tract infections. *Minerva Urol. Nefrol.* 2013; 65: 9 – 20.
41. Hopkins W.J., Elkahwaji J., Beierle L.M., et al. Vaginal mucosal vaccine for recurrent urinary tract infections in women: results of a phase 2 clinical trial. *J Urol.* 2007; 12: 1349-1353.
42. Bruce A.W., Reid G. Intravaginal instillation of lactobacilli for the prevention of recurrent urinary tract infections. *Can Journal Microbiol.* 1988; 34: 339 – 43.
43. Geerlings S.E., Beerepoot M.A., Prins J.M. Prevention of recurrent urinary tract infections in women: antimicrobial and nonantimicrobial strategies. *Infect Dis Clin North Am.* 2014 Mar; 28(1): 135 – 47. doi: 10.1016/j.idc.2013.10.001. Epub 2013 Dec 7.
44. Cai T., Mazzoli S., Migno S., et al. Development and validation of a nomogram predicting

- recurrence risk in women with symptomatic urinary tract infection. *Int J Urol*. 2014; 21: 929 – 34.
45. В.В. Галкин, Е.В. Довгань, С.Н. Козлов, В.В. Рафальский. Цефиксим в сравнении с ципрофлоксацином при остром неосложненном цистите: клинико-экономическое исследование. *Клин микробиол антимикроб химиотер* 2012, Том 14, N 1, с. 59-66.
46. Puech P., Lagard D., Leroy C., Dracon M., Biserte J., Lemaitre L. Imaging in urinary tract infections in adults. *J Radiol*. 2004 Feb; 85(2 Pt 2): 220 – 40.
47. Kim Y., Seo M.R., Kim S.J., Kim J., Wie S.H., Cho Y.K., Lim S.K., Lee J.S., Kwon K.T., Lee H., Cheong H.J., Park D.W., Ryu S.Y., Chung M.H., Pai H. Usefulness of Blood Cultures and Radiologic Imaging Studies in the Management of Patients with Community-Acquired Acute Pyelonephritis. *Infect Chemother*. 2017 Mar; 49(1): 22-30. doi: 10.3947/ic.2017.49.1.22. Epub 2017 Feb 24.]
48. Kranz J., Schmidt S., Lebert C., Schneidewind L., Vahlensieck W., Sester U., Fьnfstьck R., Helbig S., Hofmann W., Hummers E., Kunze M., Kniehl E., Naber K., Mandraka F., Mьndner-Hensen B., Schmiemann G., Wagenlehner F.M.: [Epidemiology, diagnostics, therapy, prevention and management of uncomplicated bacterial outpatient acquired urinary tract infections in adult patients: update 2017 of the interdisciplinary AWMF S3 guideline]. *Urologe* 2017; 56: 746-758.
49. Ferry S.A., Holm S.E., Stenlund H., Monson T.J. The natural course of uncomplicated lower urinary tract infection in women illustrated by a randomized placebo controlled study. *Scand J Infect Dis* 2004; 36: 296-301.
50. Christiaens T.C., de Meyere M., Verschraegen G., Peersman W., Heytens S., de Maeseneer J.M.: Randomised controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 729-734.
51. Beerepoot M.A., Geerlings S.E., van Haarst E.P., van Charante N.M., ter Riet G.: Nonantibiotic prophylaxis for recurrent urinary tract infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Urol* 2013; 190: 1981-1989.
52. Kurt G. Naber, Yong-Hyun Cho, Tetsuro Matsumoto, Anthony J. Schaeffer Immunoactive prophylaxis of recurrent urinary tract infections: a meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2009; Feb; 33: 111 – 19; doi: 10.1016/j.ijantimicag.2008.08.011.
53. Aziminia N., Hadjipavlou M., Philippou Y., Pandian S.S., Malde S., Hammadeh M.Y. Vaccines for the prevention of recurrent urinary tract infections: a systematic review. *BJU Int*. 2019 May; 123(5): 753-768. doi: 10.1111/bju.14606. Epub 2018 Dec 19. PMID: 30378242.
54. Kranz J., Schmidt S., Lebert C., Schneidewind L., Mandraka F., Kunze M., Helbig S., Vahlensieck W., Naber K., Schmiemann G., Wagenlehner F.M.: The 2017 update of the German Clinical Guideline on Epidemiology, Diagnostics, Therapy, Prevention, and Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections in Adult Patients: Part II, Therapy and Prevention *Urol Int* 2018; 100: 271-278 DOI: 10.1159/000487645
55. Ivanov D., Abramov-Sommariva D., Moritz K., Eskotter H., Kostinenko T., Martynyuk L., Kolesnik N., Naber K.G. An open label, non-controlled, multicentre, interventional trial to investigate the safety and efficacy of Canephron® N in the management of uncomplicated urinary tract infections (uUTIs). *Clinical Phytoscience*. 2015; 1:7. doi: 10.1186/s40816-015-0008-x.;
56. Gessner A. (2016): "The influence of urologic therapeutics on the microbiome in an experimental model" in "How the microbiome is influenced by the therapy of urological diseases: standard vs. alternative approaches". 31st Annual EAU Congress, Munich 2016.
57. Kurt G. Naber. "Efficacy and safety of the phytotherapeutic drug Canephron® N in prevention and treatment of urogenital and gestational disease: review of clinical experience in Eastern Europe and Central Asia"//Research and Reports in Urology, Dovepress, 2013:5 39 – 46
58. Dimitri Abramov-Sommariva, Martina Holler, Hubert Steindl, Kurt G. Naber. Non-Antibiotic Herbal Therapy (BNO 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomicin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, randomized, Multicentre, Non-Inferiority Phase III Trial Florian M.

Wagenlehner. *Internationalis Urologia* DOI: 10.1159/000493368, Published online: September 19, 2018.

59. Dawson-Hahn E.E., Mickan S., Onakpoya I., Roberts N., Kronman M., Butler C.C., Thompson M.J. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews. *Fam Pract.* 2017 Sep 01; 34(5): 511-519.

60. Палагин И.С., Сухорукова М.В., Дехнич А.В., Эйдельштейн М.В., Перепанова Т.С., Козлов Р.С. и исследовательская группа "ДАРМИС-2018"* "Антибиотикорезистентность возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты многоцентрового исследования "ДАРМИС-2018" журнал Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия том 21, N 2, с. 134-146, 2019 г. DOI: 10.36488/смач.2019.2.134-146.

61. Goossens H., Ferech M., Vander Stichele R., Elseviers M., ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a crossnational database study. *Lancet* 2005; 365(9459): 579e87.

62. Albert X., Huertas I., Pereiro I.I., Sanfelix J., Gosalbes V., Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD001209

63. Bader M.S., Loeb M., Brooks A.A. An update on the management of urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. *Postgrad Med.* 2017 Mar; 129(2): 242-258. doi: 10.1080/00325481.2017.1246055. Epub 2016 Oct 21.

64. Garau J. Other antimicrobials of interest in the era of extended-spectrum beta-lactamases: fosfomycin, nitrofurantoin and tigecycline. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Jan; 14 Suppl 1: 198-202.

65. Jennifer Anger, Una Lee, A. Lenore Ackerman, Roger Chou et al. American Urological Association (AUA)/Canadian Urological Association (CUA)/Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU) "Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline"/Copyright © 2019 American Urological Association Education and Research, Inc. ®, 36s.

66. Gruneberg R.N. The use of nitrofurans in the treatment of urinary tract infections with some observations on the in vitro properties of nifuratel. In: F. Gasparri, G. Gargani, P. Periti, Firenze, Italy, 1972, pp. 109-112;

67. Mendling W., Mailland F. Microbiological and Pharmaco-toxicological Profile of Nifuratel and vits Favourable Risk/Benefit Ratio for the Treatment of Vulvo Vginal Infections/Arzneim Forsch/drug Res 2002; 52(1): 8-13;

68. Jin Kladosky, Vera Torsova, Eva Chmelarova PRNOS NIFURATELU PRO LECBU AKUTNICH NEKOMPLIKOVANYCH UROINFEKCI. *Urolog. pro Praxi*, 2006; 3: 108-110.

69. Albert. X., et al. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004: CD001209, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266443>.

70. Osamwonyi B., Foley C., Management of recurrent urinary tract infections in adults, *Surgery* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.03.004>.

71. Droupy S. The therapeutic approach to different forms of cystitis: impact on public health. *Urologia.* 2017 Sep 14; 84 (Suppl 1): 8 – 15. doi: 10.5301/uj.5000262. Epub 2017 Aug 17.

72. Costantini E., Lazzeri M., Pistolesi D., Del Zingaro M., Frumenzio E., Boni A., Pietropaolo A., Fragala E., Porena M. Morphological changes of bladder mucosa in patients who underwent instillation with combined sodium hyaluronic acid-chondroitin sulphate (Ialuril®). *Urol Int.* 2013; 91(1): 81 – 8. doi: 10.1159/000345047. Epub 2013 Mar 13.

73. Madersbacher H., van Ophoven A., van Kerrebroeck P.E. GAG layer replenishment therapy for chronic forms of cystitis with intravesical glycosaminoglycans--a review. *Neurourol Urodyn.* 2013 Jan; 32(1): 9 – 18. doi: 10.1002/nau.22256. Epub 2012 Jul 10.;

74. Rocco Damiano The role of sodium hyaluronate and sodium chondroitin sulphate in the

management of bladder disease *Ther Adv Urol.* 2011 Oct; 3(5): 223-232. doi: [10.1177/1756287211418723.

75. Raz R., Gennesin Y., Wasser J., Stoler Z., Rosenfeld S., Rottensterich E., et al. Recurrent urinary tract infections in postmenopausal women. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 152e6.

76. Eriksen B. A randomized, open, parallel-group study on the preventive effect of an estradiol-releasing vaginal ring (Estring) on recurrent urinary tract infections in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 5: 1072e9.

77. Perrotta C., Aznar M., Mejia R., Albert X., Ng C.W. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2: CD005131.

78. M.E. Falagas, A.C. Kastoris, A.M. Kapaskelis, D.E. Karageorgopoulos. Fosfomycin for the treatment of multidrug-resistant, including extended-spectrum P-lactamase producing, Enterobacteriaceae infections: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2010; 10: 43-50. www.thelancet.com/infection Vol 10 January 2010.

79. Tommaso Cai, Irene Tamanini, Carlo Tascini, Bela Koves, Gernot Bonkat, Mauro Gacci, Andrea Novelli, Juan Pablo Horcajada, Truls E. Bjerklund Johansen, George Zanel. Fosfomycin Trometamol versus Comparator Antibiotics for the Treatment of Acute Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Urol.* 2020 Mar; 203(3): 570-578. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000620>

80. Patel S.S., Balfour J.A., Bryson H.M. Fosfomycin tromethamine. A review of its antibacterial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy as a single-dose oral treatment for acute uncomplicated lower urinary tract infections. *Drugs.* 1997 Apr; 53(4): 637 – 56. doi: 10.2165/00003495-199753040-00007.PMID: 9098664 Review.

81. Keating G.M. Fosfomycin trometamol: a review of its use as a single-dose oral treatment for patients with acute lower urinary tract infections and pregnant women with asymptomatic bacteriuria. *Drugs.* 2013 Nov; 73(17): 1951 – 66. doi: 10.1007/s40265-013-0143-y.PMID: 24202878 Review.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Перепанова Тамара Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделом инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный Медицинский исследовательский центр радиологии" Министерства здравоохранения Российской Федерации – председатель Межрегиональной общественной организации "Рациональная фармакотерапия в урологии", председатель Московского общества урологов, почетный член Российского общества урологов (РОУ), член Правления Европейской секции инфекций в урологии (ESIU) Европейской урологической ассоциации (ЕАУ)

Синякова Любовь Александровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и хирургической андрологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации, член РОУ, член МОУ, член ЕАУ, член МОО Рациональная фармакотерапия в урологии"

Локшин Константин Леонидович – доктор медицинских наук, заведующий отделением ООО "GMS (Global Medical System) Hospital, член РОУ, член ЕАУ, член МОУ, член МОО "Рациональная фармакотерапия в урологии"

Конфликт интересов

Все члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций: специалисты, имеющие высшее медицинское образование по следующим специальностям:

1. Врач-уролог
2. Врач-нефролог
3. Врач-терапевт
4. Врач-общей практики (семейный врач)
5. Врач-акушер – гинеколог
6. Врач-гериатр

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических,

лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология" (Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. N 907н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология").

2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)")

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

Циститом называют воспаление стенки мочевого пузыря. В большинстве случаев, это воспаление вызывается бактериальной инфекцией, и является разновидностью инфекции мочевыводящих путей (ИМП). Инфекция мочевого пузыря может быть весьма болезненной и изнурительной, а также может привести к более серьезным проблемам, если восходящим путем попадет в почки.

В редких случаях цистит может являться реакцией на определенные лекарственные препараты, лучевую терапию или другие раздражители: спреи для женской гигиены, спермицидные гели или долгосрочное использование мочевого катетера. Цистит также может быть осложнением другого заболевания.

Симптомы и признаки цистита

- Императивные (внезапные и очень сильные) позывы к мочеиспусканию
- Ложные позывы на мочеиспускание
- Жжение и боли при мочеиспускании
- Частые мочеиспускания, малым количеством мочи
- Капли крови в конце мочеиспускания
- Мутная моча и/или моча с резким неприятным запахом
- Дискомфорт в области малого таза
- Болезненные ощущения в нижней части живота
- Субфебрильная температура тела (от 37 до 38 градусов С)

Когда обращаться к врачу

Немедленно обратитесь за медицинской помощью, если у вас есть симптомы, характерные для почечной инфекции, в частности:

- Боль в спине или в боку
- Лихорадка, т.е. повышение температуры тела свыше 38 °С и озноб
- Тошнота и рвота
- Частые, болезненные мочеиспускания, длящиеся более нескольких часов
- Кровь в моче.

Особенно важно обратиться к врачу, если это не первый эпизод цистита.

Если вы только что закончили курс лечения, а симптомы уже вернулись – обратитесь к врачу сразу же.

Бактериальный цистит

Инфекции мочевых путей обычно возникают, когда бактерии извне проникают в мочевыводящие пути через уретру, и начинают там размножаться. Чаще всего цистит бывает вызван бактериями кишечной палочки.

Бактериальный цистит может возникнуть у женщин после полового акта. Но даже сексуально неактивные девушки и женщины подвержены инфекциям нижних мочевых путей, потому что мочевые пути женщины находятся близко к естественным очагам инфекции – влагалищу и прямой кишке.

Факторы риска

Некоторые люди более склонны к развитию рецидивирующих инфекций мочевых путей, чем другие. Прежде всего, фактором риска является женский пол – короткая уретра делает женщин более уязвимыми перед этим заболеванием.

Среди женщин наибольшему риску инфекций мочевых путей подвержены те, кто:

- Сексуально активны. Половой акт может привести к восхождению бактерий через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь.
- Переохлаждение ног и/или всего организма – снижают естественные факторы защиты

макроорганизма от инфекции

- Используют некоторые средства контрацепции. Женщины, которые используют внутривлагалищные средства контрацепции – чаще болеют циститом.
- Беременность. Гормональные изменения во время беременности могут увеличить риск цистита.
- Находятся в менопаузе. Снижение уровня женских половых гормонов в климаксе часто провоцируют ИМП.

К другим факторам риска цистита у мужчин и женщин относятся:

- Препятствие оттоку мочи. Оно может быть вызвано камнем в мочевом пузыре или увеличенной простатой (у мужчин).
- Изменения в иммунной системе. Они происходят при таких заболеваниях, как диабет, ВИЧ-инфекция и химиотерапия рака. Подавление иммунной системы увеличивает риск бактериального и, в некоторых случаях, вирусного цистита.
- Длительное использование мочевых катетеров. У пожилых людей и людей с некоторыми заболеваниями может возникнуть необходимость длительного использования мочевых катетеров. Это нередко приводит к повышенной уязвимости перед бактериальными инфекциями, а также прямому повреждению тканей мочевого пузыря.

Осложнения цистита

При быстром и правильном лечении цистит редко приводит к осложнениям.

К осложнениям цистита относится, прежде всего, пиелонефрит (инфекционное воспаление почек). Инфекция из воспаленного мочевого пузыря может попасть в почки восходящим путем, что, в свою очередь, может вызвать пиелонефрит и даже необратимое повреждение почечной ткани, однако это случается редко.

Подготовка к визиту врача

Если у вас есть симптомы, характерные для цистита, вам следует записаться на прием к врачу. Сначала вас должен осмотреть врач общей практики, а затем, если он сочтет нужным, вы будете направлены к врачу-урологу или врачу-нефрологу. В ожидании времени приема вы можете составить список, который сократит и оптимизирует время общения с врачом:

- Запишите свои симптомы, в том числе те, которые кажутся вам не связанными с циститом
- Составьте список всех лекарств, витаминов или пищевых добавок, которые вы принимаете
- Запишите вопросы, которые хотели бы задать своему врачу

Диагностика цистита

Помимо расспросов о ваших симптомах и физикального осмотра, ваш врач может рекомендовать определенные анализы и тесты, такие как:

Заполнение опросника симптомов острого цистита, который поможет врачу поставить точный диагноз.

Заполнение дома в течение 2-х суток дневника мочеиспускания, в котором отражены частота, количество и особенности ваших мочеиспусканий.

Общий анализ мочи или тест-полоски. Тест используется как скрининговый, и как диагностический. О наличии ИМП свидетельствуют повышенное количество бактерий, лейкоцитов, нитритов и лейкоцитарной эстеразы.

Анализ мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам. При подозрении на инфекцию мочевого пузыря врач может назначить анализ мочи на стерильность, который покажет вид бактерий в моче, их количество и их чувствительность к антибиотикам.

Цистоскопия. Во время этого исследования врач вводит цистоскоп – тонкую трубку с подсветкой и видеокамерой, через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь, и осматривает его изнутри для изучения структурных аномалий и признаков воспаления.

При цистоскопии врач может также взять небольшой образец ткани (биопсию) из подозрительного места для морфологического исследования. Однако цистоскопия показана далеко не всем больным с циститом, а только некоторым пациентам с рецидивирующим или небактериальным циститом.

Визуализирующие методики. Эти методы исследования тоже требуются далеко не всем пациентам, а только тем, у которых не удастся обнаружить иными способами причину рецидивов ИМП. Например, обзорная рентгенография живота, или УЗИ органов брюшинного пространства могут выявить структурные аномалии мочевого пузыря, мочеточников и почек. В некоторых случаях перед рентгенографией проводится контрастирование, восходящим (цистография) или нисходящим (внутривенная урография) путем.

Лечение цистита

Цистит, вызванный бактериальной инфекцией, обычно лечат с помощью антибиотиков. Лечение неинфекционного цистита зависит от его причины.

Лечение бактериального цистита

Антибиотиками первой линии являются препараты, активные против кишечной палочки, или тех бактерий, которые были найдены в моче при посеве.

Первичная инфекция. Симптомы обычно заметно улучшаются уже в первые дни лечения, однако необходимо знать, что даже если вы приняли только одну дозу антибиотика, что сейчас является препаратом первой линии терапии, симптомы цистита могут продолжаться до 5-7 дней, так как они отражают реакцию вашего организма на микроорганизм.

Повторная инфекция. Если у вас случился рецидив ИМП, врач первичного звена может рекомендовать альтернативные методы лечения – лечение растительными или иммунными препаратами в течение 3-х месяцев, или направит вас к врачу, узкому специалисту: урологу для выявления причины рецидивов. Для некоторых женщин с рецидивирующими бактериальными циститами, может быть полезной однократная доза антибиотика после каждого полового акта; питье жидкости, чтобы выделялось 2,5 литра мочи.

Образ жизни и домашние средства

Цистит может быть весьма болезненным, но есть простые домашние методы, позволяющие значительно облегчить этот дискомфорт:

- Используйте грелку. Разместите грелку на нижней части живота, это значительно облегчит боль и тяжесть в области малого таза.

Не допускайте обезвоживания. Пейте много жидкости чтобы выделялось 2,5 литра мочи. Избегайте кофе, алкоголь, кофеинсодержащие безалкогольные напитки, цитрусовые соки; а также острую пищу – до тех пор, пока не утихнут симптомы цистита. Эти вещества могут раздражать мочевой пузырь и усугублять частоту и интенсивность позывов к мочеиспусканию.

- Принимайте сидячую ванну. Погружайте промежность в горячую воду на 15-20 минут, это заметно облегчит боль и дискомфорт.

Профилактика цистита

Клюквенный сок или морс часто рекомендуются для снижения риска рецидивирующих инфекций мочевого пузыря некоторых женщин. Тем не менее, последние исследования показывают, что эти методы не так эффективны, как считалось ранее.

Вы все же можете попробовать принимать ежедневно клюквенный сок, однако помните, что его нельзя сочетать с варфарином, так как это сочетание может привести к кровотечениям.

Пейте много жидкости, особенно воды.

Мочитесь чаще. При каждом мочеиспускании микроорганизмы с мочой выделяются из организма.

Осторожно омывайте кожу вокруг влагалища и ануса. Делайте это ежедневно, но не используйте раздражающие мыла, и не прилагайте энергичных усилий. На нежной коже вокруг этих областей легко возникает раздражение.

Опорожняйте мочевой пузырь как можно скорее после полового акта и подмойтесь.

Избегайте использования дезодорантов и аэрозолей, а также иной женской косметики на область половых органов. Эти вещества могут раздражать уретру и мочевой пузырь.

Приложение Г1-Г2

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1

Опросник симптомов острого цистита (ACSS)

Русская версия шкалы (International Prostate Symptom Score):

Источник: K.G. Naber, Ж.Ф. Алиджанов. Существуют ли альтернативные методы антибактериальной терапии и профилактики неосложненных инфекций мочевыводящих путей? Урология, 2014, N 6, с. 5-13.

Оригинал: Alidjanov, J.F., Abdulfataev, U.A., Makhsudov, S.A., Pilatz, A., Akilov, F.A., Naber, K.G., & Wagenlehner, F.M. (2014). New Self-Reporting Questionnaire to Assess Urinary Tract Infections and Differential Diagnosis: Acute Cystitis Symptom Score. *Urologia Internationalis*, 92(2), 230-236. doi: 10.1159/000356177

Тип: опросник для пациентов

Назначение: опросник подходит всем пациентам с циститом

Рис. 3. Валидизированная русская версия шкалы оценки симптомов острого цистита (ACSS) при первом (а) и очередном (контрольном) (б) визите пациента к врачу

Первое посещение

		Дата заполнения анкеты:		/	/	(дд/мм/гггг)
Пожалуйста укажите, отмечали ли Вы следующие симптомы в течение последних 24 часов, и оцените степень их выраженности (Укажите только один ответ для каждого симптома)						
Typical			0	1	2	3
	1	Учащенное мочеиспускание малыми объемами мочи (частое посещение туалета)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, чуть чаще, чем обычно	<input type="checkbox"/> Да, заметно чаще	<input type="checkbox"/> Да, очень часто
			до 4 раз в день	5-6 раз в день	7-8 раз в день	9-10 раз в день и чаще
	2	Срочные (сильные и неудержимые) позывы к мочеиспусканию	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	3	Боль или жжение при мочеиспускании	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	4	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	5	Боль или дискомфорт внизу живота (надлобковой области)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
6	Наличие крови в моче	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно	
Общая сумма баллов "Typical" =						
Differential	7	Боль в поясничной области	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	8	Гнойные выделения из половых путей (особенно по утрам)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	9	Гнойные выделения из мочевых путей (вне акта мочеиспускания)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	10	Высокая температура тела (выше 37,5 С)/озноб	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
		(Если измеряли, укажите значения)	< 37,5 С	37,6-37,9 С	38,0-38,9 С	> 39,0

Общая сумма баллов "Differential" =			
Qualit y of life	11	Пожалуйста, укажите насколько было выражено чувство дискомфорта вызванное вышеуказанными симптомами, в течение последних 24 часов (Отметьте наиболее подходящий ответ):	
	<input type="checkbox"/>	0	Никакого дискомфорта (Нет никаких симптомов. Чувствую себя как обычно)
	<input type="checkbox"/>	1	Чуть заметный дискомфорт (Чувствую себя чуть хуже обычного)
	<input type="checkbox"/>	2	Выраженный дискомфорт (Чувствую себя заметно хуже обычного)
	<input type="checkbox"/>	3	Очень сильный дискомфорт (Чувствую себя ужасно)
	12	Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей повседневной активности/работоспособности в течение последних 24 часов (Отметьте наиболее подходящий ответ):	
	<input type="checkbox"/>	0	Нисколько не мешали (Работаю как в обычные дни, без затруднений)
	<input type="checkbox"/>	1	Мешали незначительно (Из-за возникших симптомов, работаю чуть меньше)
	<input type="checkbox"/>	2	Значительно мешали (Повседневная работа требует больших усилий)
	<input type="checkbox"/>	3	Ужасно мешали (Практически не могу работать)
	13	Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей общественной активности (поход в гости, встречи с друзьями и т.п.), в течение последних 24 часов (Отметьте наиболее подходящий ответ):	
	<input type="checkbox"/>	0	Нисколько не мешали (Моя деятельность и активность никоим образом не изменились, я живу как обычно)
	<input type="checkbox"/>	1	Мешали незначительно (Незначительное снижение деятельности)
<input type="checkbox"/>	2	Значительно мешали (Значительное снижение. Больше сижу дома)	
<input type="checkbox"/>	3	Ужасно мешали (Ужасно. Практически не выходила из дому)	
Общая сумма баллов "QoL" =			
Ad diti on al	14	Пожалуйста, ответьте, имеются ли у Вас на момент заполнения следующие:	
		Менструальные выделения?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
		Так называемый "предменструальный синдром" (ПМС)?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
		Признаки климактерического синдрома?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

	Беременность?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
	Сахарный диабет, выявленный ранее?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Стоп!	Верните лист лечащему врачу. На вопросы, указанные на следующей странице, Вы ответите при своем повторном визите.		

Очередное (контрольное) посещение						
Дата заполнения анкеты:		/	/	(дд/мм/гггг)		
Укажите, отметили ли Вы какие-либо изменения в своем состоянии с тех пор, как Вы заполнили предыдущую часть данной анкеты? (Обведите цифру напротив своего ответа):						
Dy na mi cs	<input type="checkbox"/> 0	Да, чувствую себя отлично (Все симптомы прошли окончательно)				
	<input type="checkbox"/> 1	Да, стало заметно лучше (Большинство симптомов прошли)				
	<input type="checkbox"/> 2	Да, стало несколько лучше (Остались некоторые симптомы заболевания)				
	<input type="checkbox"/> 3	Нет, изменений практически нет (Чувствую себя так же как и в прошлый раз)				
	<input type="checkbox"/> 4	Да, стало хуже (Мое состояние хуже чем в прошлый раз)				
Пожалуйста укажите, отмечали ли Вы следующие симптомы в течение последних 24 часов, и оцените степень их выраженности (Укажите только один ответ для каждого симптома)						
Ту ri c al			0	1	2	3
	1	Учащенное мочеиспускание малыми объемами мочи (частое посещение туалета)	<input type="checkbox"/> Нет до 4 раз в день	<input type="checkbox"/> Да, чуть чаще, чем обычно 5-6 раз в день	<input type="checkbox"/> Да, заметно чаще 7-8 раз в день	<input type="checkbox"/> Да, очень часто 9-10 раз в день и чаще
	2	Срочные (сильные и неудержимые) позывы к мочеиспусканию	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	3	Боль или жжение при мочеиспускании	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	4	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
5	Боль или дискомфорт внизу живота (надлобковой	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно	

		области)				
	6	Наличие крови в моче	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
Общая сумма баллов "Typical" =						баллов
Differential	7	Боль в поясничной области	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	8	Гнойные выделения из половых путей (особенно по утрам)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	9	Гнойные выделения из мочевых путей (вне акта мочеиспускания)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	10	Высокая температура тела (выше 37,5 С)/озноб	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
		(Если измеряли, укажите значения)	< 37,5 С	37,6-37,9 С	38,0-38,9 С	> 39,0
Общая сумма баллов "Differential" =						баллов
Quality of life	11	Пожалуйста, укажите насколько было выражено чувство дискомфорта вызванное вышеуказанными симптомами, в течение последних 24 часов (Отметьте наиболее подходящий ответ):				
		<input type="checkbox"/> 0	Никакого дискомфорта (Нет никаких симптомов. Чувствую себя как обычно)			
		<input type="checkbox"/> 1	Чуть заметный дискомфорт (Чувствую себя чуть хуже обычного)			
		<input type="checkbox"/> 2	Выраженный дискомфорт (Чувствую себя заметно хуже обычного)			
		<input type="checkbox"/> 3	Очень сильный дискомфорт (Чувствую себя ужасно)			
	12	Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей повседневной активности/работоспособности в течение последних 24 часов (Отметьте наиболее подходящий ответ):				
		<input type="checkbox"/> 0	Нисколько не мешали (Работаю как в обычные дни, без затруднений)			
		<input type="checkbox"/> 1	Мешали незначительно (Из-за возникших симптомов, работаю чуть меньше)			
		<input type="checkbox"/> 2	Значительно мешали (Повседневная работа требует больших усилий)			
		<input type="checkbox"/> 3	Ужасно мешали (Практически не могу работать)			
13	Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей общественной активности (поход в гости, встречи с друзьями и т.п.), в течение последних 24 часов (Отметьте наиболее подходящий ответ):					
	<input type="checkbox"/> 0	Нисколько не мешали (Моя деятельность и активность никоим образом не изменились, я живу как обычно)				

	<input type="checkbox"/>	1	Мешали незначительно (Незначительное снижение деятельности)
	<input type="checkbox"/>	2	Значительно мешали (Значительное снижение. Больше сижу дома)
	<input type="checkbox"/>	3	Ужасно мешали (Ужасно. Практически не выходила из дому)
Общая сумма баллов "QoL" =			баллов
Additional	14	Пожалуйста, ответьте, имеются ли у Вас на момент заполнения следующие:	
		Менструальные выделения?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
		Так называемый "предменструальный синдром" (ПМС)?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
		Признаки климактерического синдрома?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
		Беременность?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
		Сахарный диабет, выявленный ранее?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Благодарим за сотрудничество!			

Ключ к шкале: Для объективной оценки симптомов заболевания предложена количественная оценка по шкале симптомов острого цистита (ACSS). Шкала ACSS состоит из 18 вопросов, на которые пациентка отвечает самостоятельно. Вопросы разделены на четыре категории: а) вопросы о характерных симптомах (1-5); б) вопросы для дифференциального диагноза (7-10); в) вопросы о качестве жизни (11-13); г) дополнительные вопросы об основном заболевании (14-18). Пороговое значение 6 баллов и выше при оценке характерных **типичных** (Typical) симптомов имеет чувствительность 91,2% и специфичность 86,5% в отношении прогнозирования острого цистита. С последующим увеличением суммы баллов увеличивается вероятность цистита. Следующий **раздел дифференциальных симптомов** (Differential) рекомендуется для дифференциальной диагностики, т.е. если у пациентки есть положительные баллы, чем они выше, тем пристальнее требуется к ней внимание, в плане дополнительных методов исследования: общий анализ мочи, осмотр гинекологом, визуальные методы диагностики (УЗИ, рентгеновские и т.д.). **Раздел "Качество жизни"** (Quality of life) – оценивает общий дискомфорт, насколько страдает рабочая и социальная активность пациентки. **Раздел "Дополнительные"** (Additional) – дополнительная информация об осложняющих факторах при установлении диагноза. **Раздел "Динамика"** (Dynamics) второй, контрольной части анкеты (часть Б) позволяет оценить изменение симптомов с течением времени, на фоне терапии, для того, чтобы в случае неэффективности лечения можно было своевременно заменить на более эффективную терапию [16, 17, 18].

Приложение Г2

Дневник мочеиспускания

N	Время мочеиспускания	Количество выделений мочи (мл)	Количество выпитой жидкости (мл)	Примечание (характер мочеиспускания)
1.	7.20	150	200	

2.	10.40	80	150	
...	
Итого за сутки	6 раз Дневной диурез: с 6.00-18.00 В норме составляет 2/3 суточного объема мочи	950 мл Ночной диурез: с 18.00-6.00 В норме равен 1/3 или не более 40% суточного объема мочи	1400 мл Среднеэффективны й объем мочевого пузыря = суточный объем мочи разделить на число мочеиспусканий в сутки	Мочеиспускание должно быть свободное, безболезненное, широкой напряженной струей

Новые, изданные в 2020-2021 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.