

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 სექტემბრის № 306/ო ბრძანებით

საშარღე სისტემის ინჟექციის მართვა მოზრდილ პაციენტებში პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

საშარდო სისტემის ინფექციის მართვა მოზრდილ პაციენტებში პირველად ჯანდაცვაში (პროტოკოლი)

1. დაავადების / პრობლემის განმარტება

საშარდო სისტემის მწვავე, გაურთულებელი ინფექცია გულისხმობს მწვავე ცისტიტისა და მწვავე პიელონეფრიტის ეპიზოდებს სხვა მხრივ ჯანმრთელ პიროვნებებში. ასეთ პაციენტთა კვლევა და მკურნალობა მიმდინარეობს ოჯახის ექიმის მიერ პირველად ჯანდაცვაში და მოწოდებული ემპირიული მკურნალობის სქემები ეფექტურია.

2. სადიაგნოზო კრიტერიუმები

სგი დიაგნოსტიკა ეფუძნება:

- ანამნეზს
- ფიზიკურ გასინჯვას
- შარდის ანალიზს (dipstick მეთოდით)
- შარდის ბაქტერიოლოგიურ კვლევას
- ულტრაბგერით კვლევას (საჭიროებისას)
- კვლევის დამატებით მეთოდებს (საჭიროებისას)

არაორსულ, პრემენოპაუზის პერიოდის ქალებში მწვავე დიზურიულ მოვლენებს იწვევს სამი ძირითადი ინფექცია:

- მწვავე ცისტითი
- მწვავე ურეთრიტი, გამოწვეული *C.trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, ან *herpes simplex ვირუსით*
- ვაგინიტი, გამოწვეული *Candida spp.* ან *Trichomonas vaginalis-ით*.

ამ სამი პათოლოგიის დიფერენცირება საკმაოდ მაღალი სარწმუნოობით შეიძლება ანამნეზითა და ფიზიკური გასინჯვით. მწვავე ცისტითი სავარაუდოა იმ შემთხვევაში, როდესაც ქალი უჩივის ტკივილს ან დაჭიმულობას ბოქვენზე და მიდამოში და დიზურიას, არის დიაფრაგმისა და სპერმიციდების მომხმარებელი, მსგავსი ჩივილები წარსულშიც აღენიშნებოდა და ბოლო დროს ჩატარებული აქვს ურეთრული ჩარევა.

C.trachomatis ან *Neisseria gonorrhoeae* –ით გამოწვეული ურეთრიტი სავარაუდოა იმ შემთხვევაში, თუ ქალს ახალი სქესობრივი პარტნიორი ჰყავს ბოლო რამდენიმე

კვირის განმავლობაში ან მის სქესობრივ პარტნიორს აღენიშნება ურეთრული ნიშნები (სიმპტომები). ანამნეზში აღინიშნებოდა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება; სიმპტომები თანდათან ვითარდებოდა და თან ახლდა საშოსმხრივი სიმპტომები.

შარდის ანალიზი (dipstick მეთოდით) - გამოიყენება სგი შემთხვევაში პიურიის, ჰემატურიისა და ნიტრიტების აღმოსაჩენად. მწვავე, სიმპტომური სგი დროს პიურია თითქმის ყოველთვისაა, ისევე როგორც *C.trachomatis* ან *Neisseria gonorrhoeae*-ით გამოწვეული ურეთრიტის დროს. პიურიის არ არსებობა სხვა დიაგნოზზე მიუთითებს. სგი დიაგნოზი ისმება მნიშვნელოვანი ბაქტერიურიის შემთხვევაში.

პრაქტიკული მიზნებიდან გამომდინარე მწვავე გაურთულებელი ცისტიტის დიაგნოზის დასმა შეიძლება, როდესაც უროპათოგენების რაოდენობა $\geq 10^3$ 1 მლ შარდის შუა ულუფაში.

შარდის ბაქტერიოლოგიური (კულტურული კვლევა) არ არის აუცილებელი მწვავე გაურთულებელი ცისტიტის შემთხვევაში,

მენჯის ორგანოების გასინჯვა ნაჩვენებია, როდესაც საექვოა ურეთრიტის ან ვაგინიტის არსებობა ან საექვოა დიაგნოზი (ვერ ხერხდება დიაგნოზის დასმა).

მწვავე გაურთულებელი პიელონეფრიტის დიაგნოსტიკა პრემენოპაუზის პერიოდის არაორსულ ქალებში:

მწვავე პიელონეფრიტის დიაგნოზი ეფუძნება კლინიკურ სურათს: ტკივილი წელის არეში, გულისრევა/ღებინება, ცხელება ($>38^{\circ}\text{C}$) ან დაჭიმულობა კოსტოვერტებრულ კუთხეში, რომელთაც შეიძლება თან ახლდეს მწვავე ცისტიტის სიმპტომები.

შარდის ანალიზში საყურადღებოა პიურია და ჰემატურია. ცისტიტისგან განსხვავებით კი პიელონეფრიტის შემთხვევათა 80-95% -ში უროპათოგენების რაოდენობა $> 10^4$ 1 მლ შარდში. ხოლო რუტინული დიაგნოზისათვის უროპათოგენის 10^4 რაოდენობაც საკმარისია 1 მლ შარდში. ზედა საშარდე გზების ობსტრუქციის სანახავად ნაჩვენებია ულტრაბგერითი კვლევა. დამატებითი კვლევის მეთოდები ექსკრეტორული უროგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია ნაჩვენებია თუ პაციენტი მკურნალობის დაწყებიდან 72 საათის შემდეგაც ფებრილურია

მორეციდივე სგი დიაგნოზი ისმება, თუ პაციენტს ბოლო 12 თვის მანძილზე 3 ან 6 თვის მანძილზე სგი 2 ეპიზოდი ჰქონდა.

მწვავე ცისტიტის დიაგნოზი ორსულებში ისევე ისმება, როგორც არაორსულებში .

მწვავე პიელონეფრიტის დიაგნოსტიკა ორსულებში ეფუძნება კლინიკურ სურათს: მაღალი ცხელება, ლეიკოციტოზი, ტკივილი კოსტოვერტებრულ კუთხეში. ხშირია ბაქტერიემია. არასაჭირო მკურნალობის თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ასიმპტომური ბაქტერიურიის დიაგნოსტიკა - ორი თანმიმდევრული დადებითი კულტურა ერთიდაიგივე სახეობის უროპათოგენზე. ქალები შარდის დადებითი კულტურით განმეორებით უნდა იქნენ გამოკვლეულნი 1-2 კვირის

შემდეგ, ამისათვის ხდება ვულვის გულმოდგინე დამუშავება, შარდის მეორე შუა ულუფის აღება ან კათეტერით შარდის მიღება და ამ მასალის კვლევა. **ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს** უროპათოგენის რაოდენობა $>10^5$ მლ სიმპტომების გარეშე. ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგი და მკურნალობა რეკომენდებულია მხოლოდ შემდეგ პირებში:

- ორსულები
- პროსტატის ტრანსურეტრული რეზექციის ჩატარების წინ
- სხვა უროლოგიური ჩარევის შემთხვევაში

მწვავე გაურთულებელი სგი დიაგნოსტიკა ახალგაზრდა მამაკაცებში - მწვავე სგი სიმპტომატიკა ახალგაზრდა მამაკაცებში მსგავსია ქალებში მიმდინარე სგი-სა. ურეთრიტი სავარაუდოა სქესობრივად აქტიურ მამაკაცებში. ყველა მამაკაცი მწვავე ცისტით შეფასებული ინდა იქნას გამომწვევ მიზეზზე. თუ რისკ ფაქტორი არ არის გამოკვეთილი (მაგ: შარდის ბუშტის კათეტერი), საჭიროა პაციენტის უროლოგიური შეფასება. მორეციდივე სგი დროს სავარაუდოა ქრონიკული პროსტატიტის არსებობა.

რეფერალის ჩვენებები

შემდეგი ფაქტორების არსებობის შემთხვევაში აუცილებელია ვიფიქროთ გართულებული საშარდე ინფექციის არსებობასა და რეფერალის ჩვენებებზე:

ურგენტულ რეფერალს მოითხოვს პერინეფრული და თირკმლის აბსცესი, ვინაიდან მას შეუძლია გამოიწვიოს თირკმლის ფუნქციის გაუარესება და სეპტიური შოკიც კი.

რეფერალის პირდაპირი ჩვენებაა:

- საშარდე გზების ფუნქციური ან ანატომიური პათოლოგია (თანდაყოლილი ანომალიები, შარდ-კენჭოვანი დაავადება, პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია, შარდის შეკავება, და ა.შ.);
- საშარდე სისტემაში კათეტერის არსებობა (ურეთრული, ეპიცისტოსტომა, ნეფროსტომა);
- იმუნოსუპრესია;
- ადეკვატური მკურნალობის მიუხედავად მკურნალობის დაწყებიდან 72 სთ-ში კლინიკური გაუმჯობესების არარსებობა;
- ორსულობა.

რეფერალის ჩვენებაა აგრეთვე შემდეგი მდგომარეობები:

1. როცა პაციენტი მამრობითი სქესისაა¹ და ოჯახის ექიმს არ აქვს შესაძლებლობა (სადიაგნოზო საშუალებების ხელმიუწვდომლობა) გამორიცხოს:

¹ მამაკაცებში: (ა) საშარდე ინფექციის კლინიკური სურათით ვლინდება მწვავე ან ქრონიკული პროსტატიტი (ბ) საშარდე გზების ინფექცია თან ახლავს შარდ-კენჭოვან დაავადებას (გ) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიით გამოწვეული ობსტრუქციის ფონზე ხშირად ვითარდება სბო.

- ახალგაზრდა მამაკაცებში მწვავე ცისტიტზე საექსპო კლინიკის შემთხვევაში ურეთრიტი, პროსტატიტი, შარდკენჭოვანი დაავადება;
- ახალგაზრდა მამაკაცებში პწვავე პიელონეფრიტზე საექსპო კლინიკის შემთხვევაში შარდ-კენჭოვანი დაავადება და თანდაყოლილი ობსტრუქციული ანომალიები;
- ხანშიშესულ მამაკაცებში ცისტიტზე საექსპო კლინიკის შემთხვევაში პროსტატიტი, პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გამო ან სხვა მიზეზით მოშარდვის დარღვევები, შარდის შეკავება, შარდის ბუშტის კენჭი;
- ხანშიშესულ მამაკაცებში მწვავე პიელონეფრიტზე საექსპო კლინიკის შემთხვევაში შარდ-კენჭოვანი დაავადება, შარდის შეკავება და თანდაყოლილი ობსტრუქციული ანომალიები.

2. როცა პაციენტი ასაკოვანია

ხანშიშესული ასაკი პირდაპირ ჩვენებას რეფერალისათვის არ წარმოადგენს. თუმცა იმ შემთხვევაში, როდესაც მდგომარეობა არ უმჯობესდება მკურნალობის დაწყებიდან 72 სთ-ში, რეკომენდებულია რეფერალი.

3. როცა პაციენტს აღენიშნება პოსპიტალური ინფექცია²

ასეთ შემთხვევაში სასურველია თანმხლები უროლოგიური პათოლოგიების გამორიცხვა, შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა და მკურნალობის ადეკვატური (უფრო ეფექტური) რეჟიმის გამოყენება.

4. როცა პაციენტს უკანასკნელ ხანს ჩატარებული აქვს ინტერვენცია საშარდე გზებზე (კათეტერიზაცია, ცისტოსკოპია, ოპერაცია).

უროლოგიური პათოლოგიის არსებობა რეფერალის პირდაპირი ჩვენებაა; ჩატარებული კვლევებით უროლოგიური პათოლოგიის გამორიცხვის შემთხვევაში კი რეფერალის მიზანია შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა და მკურნალობის უფრო ეფექტური რეჟიმის გამოყენება.

5. როცა პაციენტს აღენიშნება შაქრიანი დიაბეტი

ამ დროს სასურველია თანმხლები უროლოგიური პათოლოგიის გამორიცხვა და აქტიური მონიტორინგი. თუ მკურნალობიდან 72 სთ-ში კლინიკური გაუმჯობესება არ აღინიშნება, საჭიროა რეფერალი.

6. როცა პაციენტს ბოლო ხანს ჩატარებული აქვს ანტიბიოტიკოთერაპია, რაც შეიძლება მიანიშნებდეს ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტული ფლორის არსებობაზე.

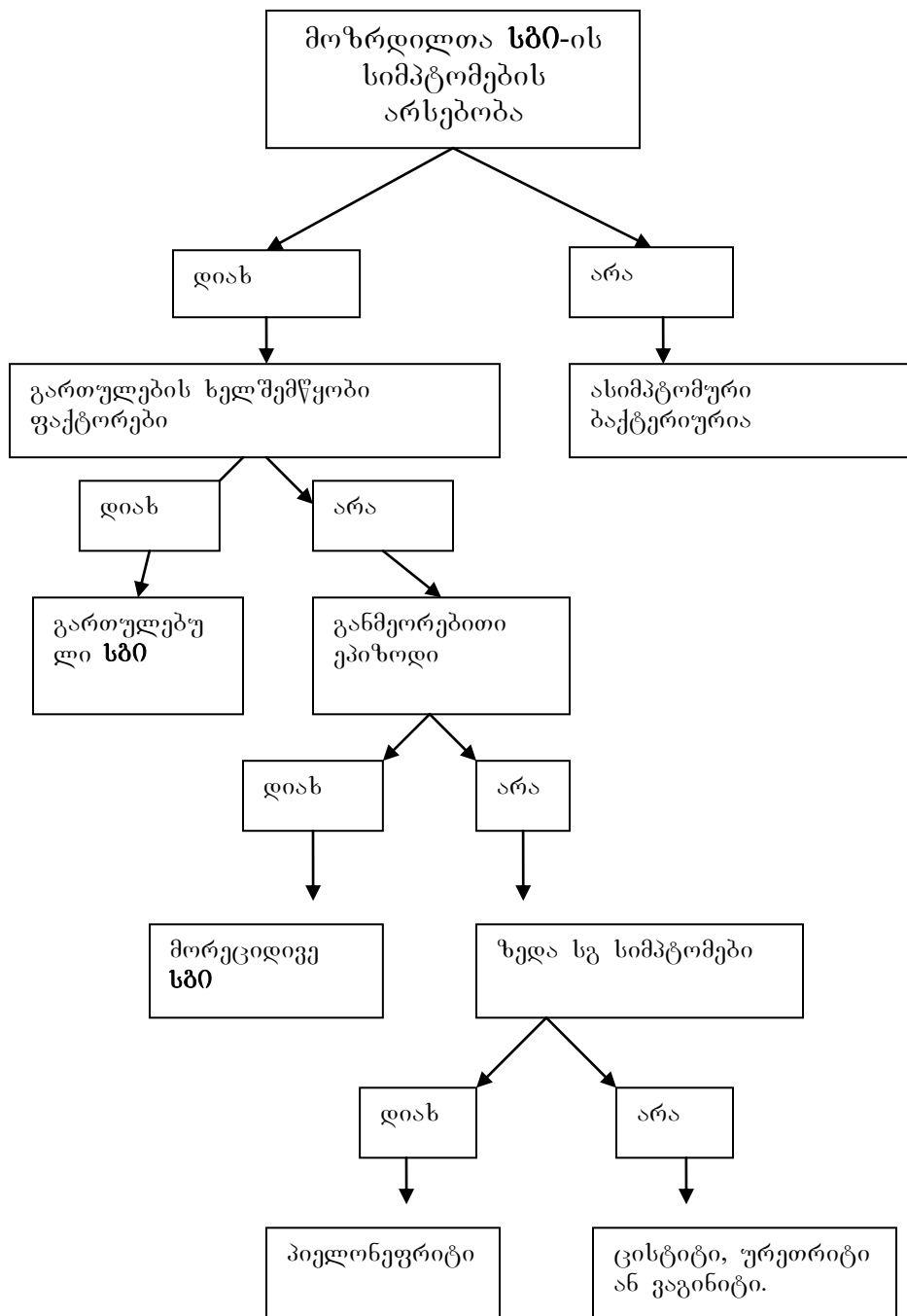
² მოითხოვს მკურნალობას სპეციალური ანტიბაქტერიული პრეპარატებით და სპეციალური სქემით / ხანგრძლივობით.

სასურველია თანმხლები უროლოგიური პათოლოგიის გამორიცხვა, შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა და მკურნალობის ადეკვატური (უფრო ეფექტური) რეჟიმის გამოყენება მგრძნობელობის განსაზღვრამდე, შემდეგ კი – მკურნალობა ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით.

7. როცა პაციენტს აღინიშნება დაავადების 7 დღეზე მეტი მიმდინარეობა

მკურნალობის გარეშე იზრდება გართულების რისკი. ამიტომ სასურველია თანმხლები უროლოგიური პათოლოგიის გამორიცხვა და აქტიური მონიტორინგი. თუ მკურნალობიდან 72 სთ-ში კლინიკური გაუმჯობესება არ აღინიშნება, საჭიროა რეფერალი.

სვი დიაგნოსტიკური ალგორითმი მოზრდილ პაციენტებში



3. სიმპტომები და ნიშნები

მწვავე ცისტითი პრემენოპაუზის პერიოდის არაორსულ ქალებში ხასიათდება გამოსატული დიზურიით, ტკივილით ბოქვენზედა არეში, გამოსატული დაჭიმულობით ბოქვენზედა არეში.

მწვავე პიელონეფრიტს არაორსულ პრემენოპაუზის პერიოდის ქალებში ახასიათებს ტკივილი წელის არეში, გულისრევა, ღებინება, შემცივნება, სხეულის ტემპერატურის მატება (>38 °C), ტკივილი კოსტოვერტებრულ არეში. ამ დროს ცისტიტის ნიშნები შესაძლოა არც აღინიშნებოდეს.

მწვავე პიელონეფრიტი ორსულებში ძირითადად მესამე ტრიმესტრში ვითარდება. ხშირია ლოგინობის ხანაშიც. ხასიათდება შემცივნებით, მაღალი ტემპერატურით, ტკივილით წელის არეში.

მწვავე ცისტითი მამაკაცებში შეიძლება არსებობდეს როგორც დამოუკიდებლად, ისე პიელონეფრიტთან და პროსტატიტთან ერთად. კლინიკური სურათი ისეთივეა, როგორც ქალებში. მორეციდივე სვი დროს, უნდა ვივარაუდოთ ქრონიკული პროსტატიტის არსებობა. ასიმპტომური ბაქტერიურია უფრო ხშირია ხანშიშესულ მამაკაცებში, თუმცა უფრო იშვიათია, ვიდრე ხანშიშესულ ქალებში.

4. ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

- შარდის საერთო ანალიზი
- შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა
- თირკმლისა და შარდის ბუშტის ულტრასონოგრაფია ×
- ექსკრეტორული უროგრაფია×
- კომპიუტერული ტომოგრაფია×

× ნაჩვენებია მხოლოდ საჭიროებისას

5. მკურნალობა

სვი სამკურნალოდ მოწოდებულია შემდეგი პრეპარატები: ტრიმეტოპრიმი (TMP), ტრიმეტოპრიმი-სულფამეტოქსაზოლი (TMP-SMX), ფტორქინოლონები (ციპროფლოქსაცინი, ენოქსაცინი, ნორფლოქსაცინი, ოფლოქსაცინი, პეფლოქსაცინი, რუფლოქსაცინი), ლაქტამები (ამოქსიცილინი, ამპიცილინი, ცეფუროქსიმ აქსეტილი, ცეფპოდოქსიმ პროქსეტილი, ცეფტიბუტენი, პიპეცილინი, რიტიპენემი), ფოსფომიცინ ტრომეტამოლი და ნიტროფურანტონი.

ტრიმეტოპრიმი-სულფამეტოქსაზოლი (TMP-SMX) ყველაზე შესწავლილი პრეპარატია (30 კვლევა). მკურნალობის 3 დღიანი კურსი TMP-SMX-ით სტანდარტული თერაპიის კურსად არის მიჩნეული. ცალკე აღებული ტრიმეტოპრიმი (TMP) ეკვივალენტურია TMP-SMX-სა ერაღიკაციისა და

გვერდითი მოვლენების მიხედვით. TMP და TMP-SMX რეკომენდებულია პირველი რიგის პრეპარატად ემპირიული მკურნალობისთვის იმ პოპულაციაში, სადაც უროპათოგენების რეზისტენტობა TMP მიმართ < 10-20 %-ზე.

ფტორქინოლონები - ციპროფლოქსაცინი, ნორფლოქსაცინი, ოფლოქსაცინი და ფლეროქსაცინი ძვირადღირებული პრეპარატებია TMP და TMP-SMX-თან შედარებით და ამდენად არ არის რეკომენდებული მათი გამოყენება ემპირიული თერაპიისთვის, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პოპულაციაში უროპათოგენების რეზისტენტობა TMP მიმართ >10-20 %. ფტორქინოლონებისადმი რეზისტენტობის განვითარების საფრთხის გამო არ არის მიზანშეწონილი მათი რუტინული გამოყენება გაურთულებელი, მწვავე სგი დროს. ზოგიერთ ქვეყანაში *E. coli* რეზისტენტობა ფტორქინოლონების მიმართ უკვე გაიზარდა და >10 %. ასეთ შემთხვევაში ალტერნატიული პრეპარატები უნდა იქნენ გამოყენებული ემპირიული მკურნალობისთვის.

მ ლაქტამები - ამ ჯგუფის პრეპარატები ზემოთ ჩამოთვლილ პრეპარატებთან შედარებით ნაკლებ ეფექტურია. მკურნალობის 3 დღიანი კურსი 7 დღიანი კურსის ეკვივალენტურია საწყისი ბაქტერიურიის ერადიკაციის მიხედვით, თუმცა, ხანმოკლე კურსი დაკავშირებულია რეციდივის მატებასთან.

პირველი და მეორე თაობის ცეფალოსპორინებით 3 დღიანი კურსი არ არის რეკომენდებული პირველი რიგის სამკურნალო რეჟიმად გაურთულებელი სგი დროს. მესამე თაობის ორალური ცეფალოსპორინებიდან 3 დღიანი კურსი ცეფპოდოქსიმ-პროქსეტლით (200 მგ ორჯერ დღეში) ისეთივე უსაფრთხო და ეფექტურია, როგორც TMP-SMX. ამის საწინააღმდეგოდ, 3 დღიანი კურსი ამოქსიცილინ-კლავულანატით (500 მგ/125 მგ ორჯერ დღეში) არ არის ისეთი ეფექტური, როგორც 3 დღიანი კურსი ციპროფლოქსაცინით (250 მგ ორჯერ დღეში). ეს სხვაობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს ამოქსიცილინ-კლავულანატის სუსტი ერადიკაციული მოქმედებით ვაგინალური *E. coli* მიმართ.

ფოსფომიცინი: ფოსფომიცინი-ტრომეტამოლის ერთჯერადი დოზით მკურნალობა (3 გ) ეკვივალენტურია განკურნების სიხშირით (83 % ორივე პრეპარატის გამოყენებისას) ტრიმეტოპრიმით 5 დღიან მკურნალობის კურსთან (200 მგ დღეში ორჯერ). ეს პრეპარატი გამოიყენება ევროპის რამდენიმე ქვეყანაში და რეზისტენტობა *E. coli* მიმართ ძალიან დაბალია სგი სამკურნალოდ გამოყენებული სხვა პრეპარატების მიმართ ჯვარედინი რეზისტენტობის გარეშე.

ნიტროფურანტონინი: სასურველია მისი დანიშვნა 5-7 დღიანი კურსით მწვავე ცისტიტის სამკურნალოდ. ეს პრეპარატი არაეფექტურია *P.mirabilis* და *Klebsiella spp.* მიმართ, რომლებიც რიგით მეორე და მესამე გრამ უარყოფითი უროპათოგენები არიან. გარდა ამისა, განსაკუთრებით საფრთხილია მათი დანიშვნა, ვინაიდან ახასიათებთ ისეთი სერიოზული გვერდითი მოვლენები როგორცაა მწვავე და ქრონიკული პულმონარული სინდრომი, განსაკუთრებით ხანშიშესულ ასაკში. ეს სერიოზული რეაქცია არ აღინიშნება ამ პრეპარატის ხანგრძლივი დროითა და დაბალი დოზით გამოყენებისას სგი განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით მისი დანიშვნისას გოგონებსა და ქალებში.

მკურნალობის სხვა მეთოდები - ისეთი ანალგეტიკები, როგორცაა ფენაზოპირიდინი (200 მგ 3-ჯერ დღეში) შეიძლება დაინიშნოს იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ სერიოზული დიზურია 1-2 დღის მანძილზე. ქალებს ცისტიტით, მათ შორის დიზურიითა და მოშარდვის იმპერატიული სურვილით მდგომარეობის გაუმჯობესება ჩვეულებრივ აღენიშნებათ მკურნალობის დაწყებიდან 2-3 დღეში.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადად რეკომენდებულია პაციენტებმა სგი დროს მიეწოდონ ჭარბი რაოდენობის სითხე მოშარდვისა და უროპათოგენების ელიმინაციის მიზნით, არ არის ცნობილი ამ მეთოდის ზიანი/სარგებლობის შესახებ.

მწვავე ცისტიტის მკურნალობა ორსულებში

ორსულებში რეკომენდებულია 7 დღიანი მკურნალობის კურსის ჩატარება მაგ: პიემეცილინით. ხანმოკლე მკურნალობის კურსი არ არის ისე მოწოდებული ორსულებში, როგორც გამოიყენება არაორსულებში. ფოსფომიცინ ტრომეტამოლი ან მეორე, მესამე თაობის ცეფალოსპორინები შეიძლება განიხილოს ხანმოკლე რეჟიმის ალტერნატივად. სხვა შემთხვევაში რეკომენდებულია ამოქსიცილინის, ცეფალექსინისა ან ნიტროფურანტონის დანიშვნა.

სგი მკურნალობა ახალგაზრდა მამაკაცებში

მამაკაცებში ფებრილური სგი ან პიელონეფრიტით უნდა ვივარაუდოთ პროსტატის ჩართვაც პროცესში, მკურნალობის მიზანი არა მხოლოდ შარდის ერადიკაციაა ბაქტერიებისგან, არამედ პროსტატის ინფექციის აღმოფხვრაც. ამიტომ, მიზანშეწონილია ისეთი მედიკამენტების გამოყენება, რომელთაც ახასიათებთ პროსტატის ქსოვილსა და სითხეში მაღალი შეღწევადობა. მაგ: ფტორქინოლონები. რეკომენდებულია მინიმუმ 7 დღიანი მკურნალობის კურსი, ვინაიდან მამაკაცებში ქალებისგან განსხვავებით მეტია გართულების ხელშემწყობი ფაქტორის არსებობის შანსი.

სგი-ის მკურნალობა პოსტ მენოპაუზის პერიოდის ქალებში

მწვავე სგი მკურნალობა პოსტ მენოპაუზიან ქალებში ისეთივეა, როგორც პრემენოპაუზიან, არაორსულ ქალებში. თუმცადა, მკურნალობის ხანმოკლე კურსი არ არის ისე მოწოდებული, როგორც პრემენოპაუზიან ქალებში.

მწვავე პიელონეფრიტის მკურნალობა პრემენოპაუზიან, არაორსულ ქალებში

TMP-SMX გააჩნია უპირატესობა ამპიცილინთან შედარებით.

TMP-SMX გამოყენება მწვავე გაურთულებელი პიელონეფრიტის სამკურნალოდ 2 კვირის მანძილზე აღეკვბურია ქალების უმრავლესობისთვის. ზოგიერთ შემთხვევაში სხვადასხვა ანტიბიოტიკების მაგ: ამინოგლიკოზიდების დანიშვნა შეიძლება ხანმოკლე დროით (5-7 დღე).

პოპულაციაში, სადაც *E. coli* რეზისტენტობა TMP მიმართ >10 %, ფტორქინოლონების ნაჩვენები არჩევის პრეპარატად ემპირიული

მკურნალობისთვის. 7 დღიანი კურსი ციპროფლოქსაციინით (500 მგ დღეში ორჯერ) ბაქტერიების ერადიკაციის და ნაკლები გვერდითი მოვლენების გამო უფრო ეფექტურია, ვიდრე 14 დღიანი კურსი TMP-SMX-ით (960 მგ ორჯერ დღეში).

10 დღიანი მკურნალობა ცეფალოსპორინებით (მაგ: ცეფპოდოქსიმ-აქსეტილით 200 მგ დღეში ორჯერ) ისეთივე ეფექტურია, როგორც ფტორქინოლონებით (მაგ: ციპროფლოქსაციინი 500 მგ ორჯერ დღეში).

იმ შემთხვევებში, როდესაც *E. coli* რეზისტენტობა ფტორქინოლონებისადმი >10 % და როდესაც ეს პრეპარატები უკუნაჩვენებია (ორსულობა, ლაქტაცია, მოზარდი ასაკი), ამინოპენიცილინებს პლიუს β ლაქტამების ინჰიბიტორები ან მესამე თაობის ორალური ცეფალოსპორინებია რეკომენდებული, როგორც საწყისი თერაპიისთვის, ასევე ორალურ რეჟიმზე გადაყვანის დროს.

მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით EAU გაიდლაინების სგი სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას უწევს მსუბუქი და ზომიერი შემთხვევის დროს ორალური ფტორქინოლონების გამოყენებას 7 დღის მანძილზე პირველი რიგის პრეპარატად. ფტორქინოლონების გამოყენების უკუჩვენების დროს მესამე თაობის ცეფალოსპორინები შეიძლება განვიხილოთ ემპირიული მკურნალობის არჩევის პრეპარატად. გრამ დადებითი ორგანიზმების აღმოჩენისას ნაცხში ამინოპენიცილინებს პლიუს β ლაქტამების ინჰიბიტორებია ნაჩვენები. გაურთულებელი პიელონეფრიტის უფრო სერიოზული შემთხვევები საჭიროებს პაციენტის გადაგზავნას საავადმყოფოში და ორალური მკურნალობის შესრულების შეუძლებლობისას პარენტერული რეჟიმით თერაპიას ფტორქინოლონებით, ამინოპენიცილინებს პლიუს β ლაქტამების ინჰიბიტორებით, მესამე თაობის ცეფალოსპორინებით ან ამინოგლიკოზიდებით. მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად პაციენტი გადადის ორალურ თერაპიაზე ზემოთ ჩამოთვლილი ერთერთი ანტიბიოტიკის გამოყენებით (გამომწვევის მიმართ აქტიური თუ არის), რათა დასრულდეს მკურნალობის 1-2 კვირიანი კურსი.

მწვავე პიელონეფრიტის მკურნალობა ორსულებში

რეკომენდებულია მეორე და მესამე თაობის ცეფალოსპორინების, ამინოპენიცილინს პლიუს β ლაქტამების ინჰიბიტორებისა და ამინოგლიკოზიდების გამოყენება. ქინოლონებისა და ტეტრაციკლინის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, TMP არ გამოიყენება პირველი ტრიმესტრის, ხოლო სულფანილამიდები მესამე ტრიმესტრის დროს.

ასიმპტომური ბაქტერიურიის მკურნალობა ორსულებში

მკურნალობა დაფუძნებული უნდა იყოს ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობაზე და ჩვეულებრივ მოიცავს 5-7 დღიან კურსს. ზოგიერთი ავტორი რეკომენდაციას უწევს მკურნალობის ხანმოკლე კურსს, როგორცაც მიმართავენ მწვავე ცისტიტის დროს.

მორეციდივე, გაურთულებელი სგი მკურნალობა

მორეციდივე სგი პრევენციისთვის მოწოდებულია სხვადასხვა მეთოდი, მათ შორის არაფარმაკოლოგიური: მოშარდვა სქესობრივი აქტის შემდეგ ან შტოშის წვენის დაღვევა, სექსუალურად აქტიურ ქალებში კი ანტიბიოტიკების რეგულარული ან პოსტ კოიტალური პროფილაქტიკური მიღება. მნიშვნელოვანია ძილის წინ დაბალი დოზით ანტიმიკრობული პრეპარატის მიღება ხანგრძლივი დროით. პროფილაქტიკური მკურნალობის ხანგრძლივობა 6 თვიდან 1 წლამდეა. თუმცა, კოტრიმოქსაზოლისთვის (TMP-SMX) მკურნალობის კურსი 2-დან 5 წლამდე დარჩა ეფექტურ მეთოდად.

ტრიმეტოპრიმი, კოტრიმოქსაზოლი ან ნიტროფურანტონი ჯერ კიდევ სტანდარტულ რეჟიმადაა მიღებული. ფოსფომიცინ ტრომეტამოლი 3გ ყოველ 10 დღეში 6 თვის მანძილზე განიხილება ალტერნატიულ მეთოდად.

ქალებში, რომლებშიც ინფექციის ეპიზოდის განვითარება უკავშირდება სქესობრივ აქტივობას, საჭიროა პრეპარატის მიღება ყოველი სქესობრივი აქტის შემდეგ. ამ შემთხვევაში, იგივე პრეპარატები და იგივე დოზით გამოიყენება, რაც ხანგრძლივი მკურნალობისას.

ალტერნატიული პროფილაქტიკური მეთოდები: შარდის აციდიფიკაცია (გამჟავიანება), შტოშის წვენის, სიმინდის უღვაშის ნაყენის მიღება და ვაგინალურად ლაქტობაცილის გამოყენება სხვადასხვა ეფექტურობით ხასიათდება. დიურეზის გაზრდა სითხის ჭარბი მიღებით ზოგიერთ პაციენტში შეიძლება ეფექტური იყოს. ქალებს უნდა ერჩიოთ მოშარდონ ყოველი სქესობრივი აქტის შემდეგ. იმუნოთერაპია და პრობიოტიკული თერაპია ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე ანტიბიოტიკოთერაპია.

6. რეაბილიტაცია / მეთვალყურეობა

მწვავე ცისტიტის მკურნალობის შემდგომი მეთვალყურეობა: რუტინული მეთვალყურეობისთვის საკმარისია შარდის ანალიზი (მაგ; dipstick მეთოდი). მკურნალობის შემდეგ ასიმპტომურ პაციენტებში ბაქტერიოლოგიური კვლევა არ არის მიზანშეწონილი, ვინაიდან ასიმპტომური ბაქტერიურიის მკურნალობა აუცილებელია მხოლოდ ორსულებში, უროლოგიური ჩარევისა და ოპერაციის წინ. იმ ქალებში, რომლებშიც სიმპტომები არ აღაგდება მკურნალობის ბოლოს ან აღაგდება და განმეორებით იჩენს თავს 2 კვირის მანძილზე, უნდა ჩატარდეს შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა მგრძნობელობით.

მწვავე ცისტიტის მკურნალობის შემდგომი მეთვალყურეობა ორსულებში

მკურნალობის შემდეგ საჭიროა შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა ბაქტერიების ერადიკაციის დასადასტურებლად. ამ შემთხვევაშიც, ისევე როგორც არაორსულებში არ არის სასარგებლო ხანგრძლივი დროით პროფილაქტიკა, გარდა მორეციდივე ინფექციისა. პოსტკოიტალური პროფილაქტიკა ალტერნატიული მიდგომაა.

მწვავე პიელონეფრიტის მკურნალობის შემდგომი მეთვალყურეობა პრემენოპაუზიან, არაორსულ ქალებში

მკურნალობის შემდგომი შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა არ არის რუტინული მეთოდი ასიმპტომურ პაციენტებში. საკმარისია შარდის ანალიზი dipstick მეთოდით. ქალებში, რომელთაც მკურნალობიდან 3 დღეში არ აღენიშნებათ მდგომარეობის გაუმჯობესება ან სიმპტომები ქრება და 2 კვირაში კვლავ ჩნდება, საჭიროა შარდის განმეორებითი ბაქტერიოლოგიური კვლევა, ანტიბაქტერიოლოგიური მგრძნობელობის განსაზღვრა და სხვა კვლევების ჩატარება: თირკმლების ულტრაბგერა და სკანირება. პაციენტებში უროლოგიური ანომალიის გარეშე უნდა ჩატარდეს განმეორებითი მკურნალობის კურსი სხვა პრეპარატით 2 კვირის მანძილზე.

მკურნალობის შემდგომი მეთვალყურეობა მამაკაცებში

უროლოგიური შეფასება რუტინულად ტარდება მოზარდებსა და მამაკაცებში ფეხბრუნის სეი-ით, პიელონეფრიტითა და მორეციდივე ინფექციით, აგრეთვე, როდესაც სავარაუდოა გართულების ხელშემწყობი ფაქტორის არსებობა.

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

- „საშარდე სისტემის ინფექციის მართვა მოზრდილ პაციენტებში პირველად ჯანდაცვაში“.