Цистит у женщин

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N30.0, N30.1, N30.2 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Бактериальный цистит — инфекционно-воспалительное поражение преимущественно слизистой мочевого пузыря; чаще это неосложнённая инфекция нижних мочевых путей у женщин без нарушений оттока мочи и тяжёлых сопутствующих заболеваний. Рекомендация посвящена диагностике, амбулаторной антибактериальной терапии острого цистита и профилактике рецидивов.

Главное

- Основной возбудитель — уропатогенная Escherichia coli, которую выявляют примерно у 75% пациентов; реже встречаются Klebsiella spp. и Staphylococcus saprophyticus.
- Типичная картина острого цистита: частое мочеиспускание малыми порциями, рези и боль при мочеиспускании, императивные позывы и боль над лоном при отсутствии температуры выше 38 °C, болей в пояснице, зуда и обильных влагалищных выделений.
- Рецидивирующий цистит определяют как два обострения за 6 месяцев или три за год.
- У молодых женщин, у которых впервые появились симптомы НИМП, посев мочи не рекомендуется, если анамнез позволяет установить диагноз и исключить другие причины симптомов (УУР С, УДД 4).
- При остром неосложнённом цистите рутинные УЗИ мочевого пузыря и цистоскопия у женщин младше 40 лет не показаны; при рецидивирующем цистите после 40 лет их выполняют при факторах риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря (УУР С, УДД 5).
- Бессимптомную бактериурию обычно не лечат, поскольку это может способствовать селекции резистентных микроорганизмов; исключения в тексте рекомендации — беременность и урологические процедуры с повреждением слизистой (УУР С, УДД 5).
- Госпитализация показана при макрогематурии или тяжёлом состоянии, особенно при декомпенсированном сахарном диабете, иммунодефиците либо выраженной недостаточности кровообращения.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить частоту мочеиспускания малыми порциями, дизурию, боль над лоном, императивные позывы, терминальную гематурию, температуру, боли в пояснице, влагалищные симптомы и связь обострений с половым актом. При рецидивах выяснить факторы риска, включая предыдущие ИМП, ранний первый эпизод, семейный анамнез, спермициды, нового партнёра, запор, менопаузу и сахарный диабет (УУР С, УДД 5).
2. Оценить симптомы по ACSS: сумма типичных симптомов 6 баллов и выше поддерживает диагноз острого цистита; чувствительность шкалы составляет 91,2%, специфичность — 86,5%. Если клинических данных недостаточно, выполнить тест-полоску или общий анализ мочи.
3. Провести физикальное обследование: оценить болезненность над лоном, осмотреть промежность и наружное отверстие уретры, проверить наличие высыпаний, кондилом, зуда и патологических влагалищных выделений. Высыпания и остроконечные кондиломы требуют исключения инфекций, передаваемых половым путём; патологические выделения и болезненность при влагалищном исследовании характерны для заболеваний женских половых органов.
4. При осложнённом или рецидивирующем цистите выполнить общий анализ мочи (УУР С, УДД 5). При остром неосложнённом и рецидивирующем цистите тест-полоски на нитриты и лейкоцитарную эстеразу могут заменить общий анализ мочи.
5. Посев мочи с определением чувствительности нужен при осложнённом или рецидивирующем цистите, подозрении на пиелонефрит, атипичных симптомах, беременности и возврате симптомов в течение 4 недель после антибиотикотерапии (УУР С, УДД 5).
6. При температуре выше 38 °C, боли в пояснице или болезненности при пальпации почек обследовать почки и верхние мочевые пути с помощью УЗИ и/или КТ с внутривенным болюсным контрастированием (УУР С, УДД 4). При макрогематурии показана цистоскопия для исключения новообразования или туберкулёза мочевого пузыря (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Острый неосложнённый цистит лечат амбулаторно эмпирическими антибактериальными препаратами; длительность зависит от выбранного препарата и факторов риска (УУР С, УДД 2).
- Препарат первого выбора — фосфомицин 3 г однократно, курс 1 день (УУР В, УДД 3).
- Альтернатива — фуразидин или нитрофурантоин в дозах по инструкции к конкретному препарату (УУР С, УДД 5).
- При резистентности или аллергии к препаратам первой линии либо при инфекции, вызванной Klebsiella spp. или Proteus spp., можно назначить цефиксим 400 мг в сутки 5 дней (УУР А, УДД 2).
- При непереносимости препаратов первой линии возможен нифурател 200 или 400 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней (УУР В, УДД 3).
- При неосложнённом цистите не рекомендуются системные хинолоны из-за высокого уровня резистентности, селекции мультирезистентных патогенов, риска Clostridium difficile-ассоциированного колита и серьёзных нежелательных эффектов; ампициллин, амоксициллин и ко-тримоксазол — из-за высокого уровня резистентности уропатогенов (УУР С, УДД 4 и 5 соответственно).
- При рецидивирующем цистите у женщин в постменопаузе назначают вагинальную эстрогензаместительную терапию по инструкции (УУР А, УДД 2). Для лечения и профилактики обострений возможен фосфомицин 3 г 1 раз в 10 дней в течение 3 месяцев (УУР С, УДД 4).
- Для профилактики частых рецидивов применяют пероральный лиофилизированный лизат бактерий Escherichia coli по 1 капсуле 1 раз в сутки 3 месяца (УУР А, УДД 1). При чёткой связи рецидивов с половым актом возможна посткоитальная профилактика нитрофурантоином 50 мг, если неэффективны неантибактериальные методы (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при макрогематурии или тяжёлом состоянии, особенно при декомпенсированном сахарном диабете, иммунодефиците любой этиологии и выраженной недостаточности кровообращения.
- При рецидивирующем цистите с отсутствием эффекта от лечения выполнить урофлоуметрию с определением остаточной мочи для уточнения диагноза и дальнейшей тактики (УУР С, УДД 5).
- Выписка из медицинской организации возможна после нормализации общего состояния и исчезновения клинико-лабораторных признаков острого цистита.

Частые вопросы

Когда при остром цистите нужен посев мочи?

При осложнённом или рецидивирующем цистите, подозрении на пиелонефрит, атипичных симптомах, беременности и возврате симптомов в течение 4 недель после антибиотикотерапии.

Какова первая линия лечения острого неосложнённого цистита?

Фосфомицин 3 г однократно. Также применяют фуразидин или нитрофурантоин в дозах по инструкции к препарату.

Что считать рецидивирующим циститом?

Два обострения за полгода или три обострения за год.

Нужно ли лечить бессимптомную бактериурию?

Лечение не рекомендуется перечисленным в рекомендации группам пациентов с бессимптомной бактериурией, в том числе здоровым небеременным женщинам. Антибактериальное лечение рекомендуется беременным и перед урологическими процедурами, нарушающими слизистую.

Когда пациентку с циститом нужно госпитализировать?

При макрогематурии или тяжёлом состоянии, особенно на фоне декомпенсированного сахарного диабета, иммунодефицита или выраженной недостаточности кровообращения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/14-cistit-u-zhenshchin. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/14_3