Инфекция мочевых путей при беременности

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O23, O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.9, O86.2 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

ИМП при беременности — острый неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с поражением нижних и/или верхних мочевых путей. Главное в рекомендации: ранний посев мочи для выявления бессимптомной бактериурии, своевременная антибактериальная терапия с учетом беременности и чувствительности возбудителя, распознавание пиелонефрита и обструкции.

Главное

- Диагноз ИМП у беременной ставят при любых симптомах ИМП и/или лейкоцитурии и/или росте бактерий в посеве мочи.
- Без лечения у 30–40% беременных с бессимптомной бактериурией развивается симптоматическая инфекция, в том числе пиелонефрит; эрадикация бактериурии снижает риск пиелонефрита на 70–80%.
- Для ББ значим рост не более двух видов бактерий, один из которых ≥10^5 КОЕ/мл, в двух последовательных порциях мочи с теми же видами бактерий; в практике ИМП часто подтверждают однократным посевом средней порции мочи с тем же порогом.
- Цистит обычно проявляется внезапной дизурией и частыми позывами на мочеиспускание; лихорадка, озноб и боль в боку нехарактерны и могут указывать на пиелонефрит.
- Острый пиелонефрит у беременной: температура >38 °C, иногда озноб, боль/болезненность в области почки и положительный симптом поколачивания; беременные с пиелонефритом имеют повышенный риск ОПП, клиническим симптомом которого является олиго/анурия.
- Escherichia coli — основной возбудитель ИМП у беременных: 75–95% случаев.
- Острый пиелонефрит при беременности лечат в стационаре; экстренная госпитализация нужна при осложняющих факторах или тяжелом состоянии.

Диагностика

1. Собрать анамнез: очаги хронической инфекции, аномалии почек и мочевых путей, болезни с нарушением пассажа мочи, нарушения углеводного обмена, иммунодефицит; УУР С, УДД 5.
2. Активно выявить дизурию и другие жалобы со стороны мочевых путей у всех беременных; при лихорадке, ознобе и боли в боку подозревать пиелонефрит; УУР С, УДД 5.
3. При симптомах ИМП осмотреть область почек: пальпация, болезненность и напряжение мышц в костовертебральном углу; УУР С, УДД 5.
4. Выполнить общий анализ мочи при подозрении на ИМП для выявления увеличения количества лейкоцитов и бактерий; УУР С, УДД 5.
5. Выполнить культуральное исследование мочи на бактериальные патогены; УУР А, УДД 3. После лечения контрольный посев выполняют через 1–2 недели; УУР С, УДД 3.
6. При остром пиелонефрите дополнительно нужны общий и биохимический анализы крови, контроль объема мочи и креатинина; повторные ОАК и ОАМ — не позднее 48–72 часов от начала антибиотика.
7. При остром пиелонефрите выполнить УЗИ почек для исключения обструкции и конкрементов; если по УЗИ диагноз неясен и есть подозрение на деструкцию паренхимы — МРТ почек; УУР С, УДД 5.

Лечение

- Немедикаментозно при восстановленном пассаже мочи: пить 2000–2500 мл/сут под контролем диуреза и опорожнять мочевой пузырь каждые 3 часа; УУР С, УДД 5.
- Антибактериальную терапию при ИМП назначают с учетом чувствительности выделенного возбудителя; УУР А, УДД 1.
- Для пероральной терапии в тексте указаны фосфомицин, нитрофурантоин 100 мг 3 раза в сутки 7 дней, а также цефиксим как цефалоспорин 3-го поколения с чувствительностью E. coli >90%.

- Амоксициллин/клавулановую кислоту и ампициллин назначают этиотропно после подтверждения чувствительности уропатогена; амоксициллин/клавулановую кислоту не применяют при высоком риске преждевременного родоразрешения в ближайшие 2 недели.
- Парентеральные антибиотики показаны при лихорадке, невозможности приема внутрь, неэффективности прежней терапии и риске множественной лекарственной устойчивости; перечислены внутривенные фосфомицин, цефотаксим, цефтазидим, цефепим, другие цефалоспорины и пенемы; УУР С, УДД 5.
- При остром пиелонефрите эмпирическую терапию начинают до результатов посева с учетом анамнеза; после получения чувствительности лечение корректируют; УУР В, УДД 3 для старта и УУР С, УДД 5 для коррекции.
- Острый неосложненный пиелонефрит: перорально цефалоспорины 2–3-го поколений или амоксициллин/клавулановая кислота при выявленной чувствительности и отсутствии высокого риска преждевременных родов, курс 7–10 дней; УУР С, УДД 5.
- При ИМП и нарушении оттока мочи из верхних мочевых путей рекомендована экстренная установка стента в мочевыводящие пути; если при остром вторичном пиелонефрите установить стент невозможно — чрескожная пункционная нефростомия под УЗ-контролем.

Когда направить и как наблюдать

- Всех беременных с острым пиелонефритом госпитализируют для обследования и лечения; УУР С, УДД 3.
- Экстренная госпитализация показана при осложняющих факторах: мочекаменная болезнь, сахарный диабет, нарушения уродинамики, дренажи или катетеры в мочевых путях.
- Экстренная госпитализация также показана при тяжелом состоянии: лихорадка с ознобом, рвота, тахикардия, одышка.
- Плановая госпитализация показана для коррекции анатомических и функциональных нарушений мочевых путей, удаления дренажей/катетеров и лечения сопутствующих заболеваний, включая сахарный диабет и почечную недостаточность.
- При осложнениях ИМП беременную должен осмотреть уролог для своевременной коррекции уродинамики; УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Когда беременной делать посев мочи на бессимптомную бактериурию?

Однократно при первом визите в женскую консультацию. Если риск ИМП высокий — например, ИМП в анамнезе, аномалии мочевых путей или сахарный диабет — повторный посев целесообразен.

Какой порог бактериурии считается значимым у беременных?

Для ББ — рост не более двух видов бактерий, один из которых $\geq 10^5$ КОЕ/мл, в двух последовательных порциях мочи с теми же видами. В клинической практике ИМП часто подтверждают однократным посевом средней порции мочи с ростом одного из видов $\geq 10^5$ КОЕ/мл.

Чем цистит отличается от пиелонефрита у беременной?

При цистите типичны внезапная дизурия и частые позывы на мочеиспускание; лихорадка и озноб для него нехарактерны. Температура >38 °C, озноб, боль в боку или болезненность области почки указывают на пиелонефрит.

Когда оценивать эффективность лечения острого пиелонефрита?

Через 48–72 часа от начала лечения оценивают эффективность проводимой терапии; при отсутствии положительной клинико-лабораторной динамики выполняют повторное УЗИ почек или МРТ почек по возможности.

Что делать при сохраняющейся бактериурии после лечения?

Если после терапии сохраняется ББ с ростом того же вида бактерий $\geq 10^5$ КОЕ/мл, назначают повторный 7-дневный курс антибиотика; УУР А, УДД 1. Если бактериурия сохраняется после двух и более курсов, возможна пролонгированная антибиотикотерапия до 37 недель с учетом чувствительности.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/719-infekciya-mochevyh-putej-pri-beremennosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/719_2