

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ _____
	Экземпляр	№ _____
	Введен в действие	01.01.2022
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	Клинический протокол « Цистит у женщин » Код МКБ: N30.0, N30.1, N30.2 Возрастная группа – взрослые Год утверждения – 2021	

Утверждено приказом № ____
От «__» _____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий урологическим отделением	Катибов М.И.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф.Б.		
2021 г.				

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

1. Этиология и патогенез 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. 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.

Основным возбудителем НИНМП 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*. Микроорганизмы попадают в мочевой пузырь в основном восходящим (уретральным) путем. Также нельзя исключить и редкий гематогенный путь в случаях бактериемии, септических состояний – при осложненной инфекции мочевых путей (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. 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. 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.

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.

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.

2. Классификация

А) по этиологии:

- инфекционный (бактериальный);
- неинфекционный (лекарственный, лучевой, токсический, химический, аллергический и

др.).

Б) по течению:

- острый;
- хронический (рецидивирующий), который подразделяют на фазы обострения и ремиссии.

В) по механизму развития:

- первичный (неосложненный) цистит (самостоятельное заболевание, возникающее на фоне условно-нормального пассажа мочи у женщин 18-45 лет без сопутствующих заболеваний);
- 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.

Г) по характеру морфологических изменений:

- катаральный;
- язвенно-фибринозный;
- геморрагический;
- гангренозный;
- интерстициальный.

Интерстициальный цистит 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.

3. 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 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. Несмотря на определенное беспокойство, причиняемое пациентам, для цистита не характерно тяжелое течение.

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

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:

- частое мочеиспускание малыми порциями мочи;
- рези, боли при мочеиспускании;
- боль над лоном;
- 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.

Всем пациентам с циститом рекомендуется заполнить дневник мочеиспускания в течение 2-х суток для объективной оценки частоты и объема мочеиспускания.

2. Физикальное обследование

При физикальном обследовании 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.

3. Лабораторные диагностические исследования

- Общий (клинический) анализ мочи – всем пациентам.
- Не рекомендуется микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены у пациентов с острым неосложненным циститом при первичной диагностике.
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.

- Рекомендуется микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены у пациентов с осложненным или рецидивирующим (хроническим) циститом.
У пациентов с типичными симптомами микробное число 10^2 - 10^3 КОЕ/мл может быть приемлемым, если выделена монокультура. Важно различать бессимптомную бактериурию от симптоматической ИМП, т.е. цистита. Колонизация мочевыводящих путей и соответственно наличие бактерий в моче без клинических проявлений определяется как асимптоматическая бактериурия. Асимптоматическая бактериурия диагностируется в случае выделения одного или более видов бактерий микробным числом $\geq 10^5$ КОЕ/мл или $\geq 10^8$ КОЕ/мл, независимо от наличия пиурии, в отсутствие признаков ИМП. Бессимптомная бактериурия (комменсальная колонизация) может защищать от суперинфекции вирулентными уропатогенами.

Не рекомендуется лечение асимптоматической бактериурии:

- 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.

Рекомендуется антибактериальное лечение асимптоматической бактериурии:

- у беременных и перед инвазивными вмешательствами на мочевых путях и половых органах.
- Микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из влагалища на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы – женщинам с рецидивирующим (хроническим) циститом (при обострениях цистита после полового акта).

4. Инструментальные диагностические исследования

- УЗИ и/или цистоскопия – не рекомендуется рутинное проведение при остром цистите или обострении рецидивирующего (хронического) цистита с целью подтверждения диагноза.
- УЗИ мочевого пузыря и цистоскопия – рекомендуются пациенткам с рецидивирующим (хроническим) циститом старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря.
- УЗИ почек и/или КТ почек – 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).
- Цистоскопия – у пациентов с макрогематурией для исключения новообразования или туберкулеза мочевого пузыря, а также в исследовательских целях.
- Урофлоуметрия с определением объема остаточной мочи – при рецидивах заболевания и при отсутствии эффекта от проводимого лечения.

III. 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.

Консервативное лечение:

- Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторных условиях для элиминации возбудителя. Продолжительность терапии острого неосложненного цистита – 1-3-5-7 сут – зависит от выбранного препарата и отсутствия или наличия факторов риска.
- Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение препарата первого выбора: **фосфомицина** в дозе 3 г однократно, курс лечения 1 день.
- Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение **фуразидина** или **нитрофурантоина** в дозах, соответствующих инструкции к препарату.
- 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.
- 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.
- Пациентам с неосложненным циститом **не рекомендуется** назначение **ампициллина, амоксициллина, ко-тримоксазола** из-за высокого уровня резистентных к ним уропатогенов, в частности кишечной палочки.
- 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.
- 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.

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Медицинская реабилитация не предусмотрена.

V. Показания для госпитализации

• **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.

VI. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол- нение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1) сбор жалоб и анамнеза		5	С
	2) ОАМ – при осложненном и рецидивирующем цистите		1	А
	3) посев мочи – при рецидивирующем (хроническом) цистите		5	С
	4) УЗИ 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	В
	5) антибактериальная терапия		1	А
	6) ОАК		–	–
К 0.2	Биохимический анализ крови		–	–
К 0.2	УЗИ мочевыводящих путей		4	С

Чек-лист для оценки качества медицинской помощи:

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнен сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов	Да/нет
2	Выполнен анализ мочи общий при осложненном и рецидивирующем цистите	Да/нет
3	Выполнено микробиологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам при рецидивирующем (хроническом) цистите	Да/нет
4	Выполнено УЗИ почек и цистоскопия при рецидивирующем (хроническом) цистите по показаниям: возраст старше 40 лет, с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря	Да/нет
5	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами при острым и рецидивирующем (хроническом) цистите	Да/нет

VII. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (Цистит)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика: 1) изучение жалоб и анамнеза 2) физикальное обследование 3) лабораторные исследования 4) инструментальные исследования Лечение	Стандарт первичной медико-санитарной помощи женщинам при остром цистите (Приказ МЗ РФ от 09.11.2012 г. N 868н)	Клинические рекомендации «Цистит у женщин», КР14, разработаны Российским обществом урологов, утверждены МЗ РФ в 2021г.	1) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология" (Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 г. N 907н) 2) Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 г. N 572н)

VIII. Информация для пациента (кратко о заболевании)

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 °C 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

ИМП 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 ИМП, потому что мочевые пути женщины находятся близко к естественным очагам инфекции – влагалищу и прямой кишке.

Факторы риска

Некоторые люди более склонны к развитию рецидивирующих ИМП, чем другие. Прежде всего, фактором риска является женский пол – короткая уретра делает женщин более уязвимыми перед этим заболеванием. Среди женщин наибольшему риску 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 относятся:

- Препятствие оттоку мочи. Оно может быть вызвано камнем в мочевом пузыре или другой причиной.
- 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 поможет 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. 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 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 ИМП некоторых женщин. Тем не менее, 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.

IX. Алгоритмы действий врача (схема)



