

Urotraktiinfektsioonid rasedatel

UTI tuleneb ingliskeelsest terminist *urinary tract infections*, mida kasutatakse lühendina ka eestikeelses kirjanduses. UTI jaguneb alumiseks urotrakti infektsiooniks (äge tsüstiit) ja ülemiseks urotrakti infektsiooniks (äge püelonefriit). Bakteriuuriat esineb naistel võrreldes meestega rohkem, see on tingitud eelkõige anatoomilisest omapärast. Bakteritel on naiste lühikese kusiti tõttu lühem tee põide ja sealt edasi neerude piirkonda, et seal põletikku põhjustada.



ÜLLE KADASTIK
günekoloog
Tartu Ülikooli Kliinikum

Uroinfektsioon on rasedatel üsna tavaline. Soodustav faktor on kerges relaksatsioon, koheva limaskestaga kusiti ja raseda suure emaka surve põiele, mis omakorda suurendab riski püelonefriidi tekkeks. Oluline osa on varasemal kuseteede infektsioonil, kaasuvatel haigustel (eelkõige diabeet), paljudel sünnitustel anamneesis, halval hügieenil (1).

Umbes 5–7%–l rasedatest esineb asümptomaatilist bakteriuuriat, mis võib tekkida just raseduse algul, harvem esineb seda ka raseduse hilisjärgus. Ravimata jäänud, kaebusteta bakteriuuria korral võib 30–40%–l rasedatest kujuneda välja sümptomaatiline uroinfektsioon (2). Ägedat tsüstiiti esineb rasedatest kuni 1–2%–l, ägedat püelonefriiti 0,5–2%–l. Püelonefriit on iseloomulik raseduse teises pooles (3).

Uroinfektsiooni (ka asümptoomset) seostatakse enneaegsusega, loote väikese kaaluga, perinataalse suremuse suurenemisega. On leitud ka rasedusaegse preeklampsia tekke riski suurenemist (4). Paljudel ägeda püelonefriidiga naistel on glomerulaarfiltratsioon vähenenud kuni 25%. Kuigi neerupuudulikkus on enamasti mööduv, halveneb sel ajal platsenta perfusioon, mis omakorda tingib loote hüpoksia, halvendab loote kasvu. Nagu ka mitterasedal naisel, põhjustab rasedal naisel bakteriuuriat kõige enam bakter *E. coli* (70%). Teistest tekitajatest võib olla *Klebsiella*, *Proteus mirabi-*

lis, *Enterococcus faecalis* ja *B-Streptococcus* (GBS). Gram-positiivne *Staphylococcus saprophyticus* võib põhjustada püelonefriiti, millele on iseloomulik persisteeriv kulg sagedaste ägenemistega (5).

Diagnoosi püstitamine

Uroinfektsiooni sümptomiks peetavat sagenenud ja öist urineerimist esineb ka normaalse raseduse ajal, see on tingitud

piisavalt tundlik uuring, küll aga piisab düsuuria korral empiirilise ravi alustamiseks ka patoloogilisest uriinianalüüsist (5).

Uroinfektsiooni saab diagnoosida, kui asümptoomsel patsiendil sedastatakse vähemalt 100 000 mikroorganismi ühes milliliitris uriinis või sümptomite esinemisel leitakse samaaegselt esineva püuuriaga (uriini sademe mikroskopeerimisel enam kui neli leukotsüüti vaateväljas) enam kui 100 bakterit ühes milliliitris uriinis (10).

“Uroinfektsiooni (ka asümptoomset) seostatakse enneaegsusega, loote väikese kaaluga, perinataalse suremuse suurenemisega. On leitud ka rasedusaegse preeklampsia tekke riski suurenemist.

emaka survest. Valulikkus urineerimist (düsuuria) või hemorraagilist uriini tervel rasedal olla ei tohiks. Sellisel juhul saab diagnoosida juba põiepõletiku. Võib esineda ka mõõdukas palavik. Püelonefriidi iseloomulikud tunnused on seljavaalu ja kõrge palavik. Asümptomaatilise bakteriuuria korral patsiendil kaebused puuduvad.

Uroinfektsiooni sümptomite esinemisel leitakse tavaliselt keskjoa uriini analüüsis põletikutunnused: uriin on hägune, selles sedastatakse nitritid ning leukotsüüdid. Siiski ei ole keskjoa uriin asümptomaatilise bakteriuuria avastamiseks

Asümptoomsetel patsientidel peab diagnoosi alati kinnitama uropatogeeneid leid uriini külvis (5). Enamasti piisab diagnoosimiseks uriini analüüsist, uriini bakterioloogilisest külvist ning veres CRP kõrgenemisest.

Asümptomaatiline bakteriuuria

Asümptomaatiline bakteriuuria on kuseteede bakteriaalne kolonisatsioon, millega ei kaasne uroinfektsioonile iseloomulikke kaebusi. Kuna ka kaebusteta uroinfektsioon võib põhjustada rasedus-

ja sünnitusaegseid patoloogilisi seisundeid, siis on sellest tulenevalt vaja teostada kõikidel rasedatel uriinikülv enne 20. rasedusnädalat, soovitatavalt raseduse esimeses trimestris (6, 8).

Valikraviks on suukaudne antibiootikumravi. Ravi optimaalse pikkuse osas pole ühest seisukohta. Uuringutes on hinnatud ühe, kolme ja seitsme päeva pikkuse ravikuuri efektiivsust, enim

Antibakteriaalne ravi on sama mis asümptomaatilise bakteriuria korral (vt ülalpool). Kui tegemist on sageli retsidi-veeruva kroonilise tsüstiidiga, siis soovitatatakse profülaktilist ravi toetusdoosina. Sageli vallanduvad retsidiivid pärast sugulist vahekorda, sel juhul soovitatatakse profülaktiliselt nitrofurantoiini 50–100 mg või tsefaleksiini 250–500 mg postkoitaalselt või enne uinumist.

“Äge põelonefriit on väga raske haigus, mis võib kulgeda kõrge palaviku ja rohkete kaebustega. Samas ei pea alati olema tsüstiidile iseloomulikke kaebusi. Tüüpiline on tuim, püsiv suruv valu tavaliselt ühel pool selja nimmepiirkonna ülaosas, alumiste roiete taga sõltumata kehaasendist.

soovitatatakse seitsme päeva pikkust ravi. Ravimitest on soovituslikud teise põlvkonna tsefalosporiinid seitsmepäevase ravikuurina (nt tsefuroksiim 250–500 mg × 2), sulfametoksasool/trimetoprim kolmepäevase ravikuurina (nt 800/160 mg × 2, NB! vältida esimesel trimestril huule-suulaelõhe ja neuraaltoru defekti tekke riski suurenemise tõttu), nitrofurantoiini 100 mg × 2, kokku seitse päeva.

Ampitsilliini ja amoksitsilliini ordineerida ainult siis, kui mikroobide ravim tundlikkus on kinnitatud. Üha enam räägitakse mikroobide resistentsusest ampitsilliini suhtes. Ravi lõpetamise järel tuleks 1–2 nädala pärast teha korduse-na uriinikülv. Negatiivse tulemuse korral soovitatatakse korrata uriinikülvi ühe kuu möödudes. Positiivse korduskülvi korral on vajalik 14-päevane antibiootikumravi, millele järgneb profülaktiline antibakteriaalne ravi (näiteks nitrofurantoiiniga 50–100 mg × 1) kuni sünnituseni ja 4–6 nädalat pärast sünnitust (7, 9).

Äge tsüstiit

Ägeda tsüstiidi korral on tegemist kusepõie põletikuga, mis põhjustab urineerimisega seotud kaebusi. Sel juhul on vaja määrata keskjoa uriini analüüs ja uriinikülv. Ravi alustamine on siiski empiiriline, kuna mikroobide külvamine võtab mõned päevad aega.

Diferentsiaaldiagnoos: vaginiit, uretriit, valuliku põie sündroom, väikevaagna põletik (PID). Eelkõige tuleks mõelda sugulisel teel levivatele haigustele (klamüdiaos, gonorröa, trihhomonoos). Välistada tuleks tupepõletik, mis põhjustatud tupeseenest ja võib anda samuti urineerimiskaebusi.

Äge põelonefriit

Äge põelonefriit on väga raske haigus, mis võib kulgeda kõrge palaviku ja rohkete kaebustega. Samas ei pea alati olema tsüstiidile iseloomulikke kaebusi. Tüüpiline on tuim, püsiv suruv valu tavaliselt ühel pool selja nimmepiirkonna ülaosas, alumiste roiete taga sõltumata kehaasendist. Seljalihaste venitusest või närvijuurepõletikust tingitud seljavalu on seotud kehaasendiga. Püuuria esinemine uriinianalüüsis on aga tüüpiline.

Kuldne standard on haiglaravi, kus manustatakse antibiootikume parenteraalselt. Ravi manustatakse seni, kuni kehatemperatuur on 24 tundi olnud normaalne. Tavaliselt kulub selleks 3–5 päeva.

Seejärel jätkatakse suukaudse raviga 7–10 päeva, ravi kestus on kokku 14 päeva. Valikravimid on teise põlvkonna tsefalosporiinid (tsefuroksiim, tseprosiil) ja gentamütsiin. Soovitatav on kasutada mõlemaid preparaate samal ajal. Ägeda põelonefriidi raviks soovitatatakse ka kolmanda põlvkonna tsefalosporii-

ne (tseftriaksoon) ja amoksitsilliini/klavulaanhapet.

Retsidiveeruvat põelonefriiti esineb umbes 6–8%–l naistest, kes põevad raseduse ajal korduvalt uroinfektsiooni. Sel juhul on soovitatav suunata patsient nefroloogi konsultatsioonile.

Diferentsiaaldiagnoos: nefrolitiaas. Sel juhul on palavik ebataoline, tüüpilised on pigem koolikutaolised seljavalud, muutused uriinianalüüsis. Diagnoosi täpsustab sonograafia neerudest, kust võib leida neerukive.

Uroinfektsiooni profülaktika rasedal

Soovitatatakse regulaarselt põit tühjendada, eriti pärast sugulist vahekorda. Soovitatatakse tarbida rohkelt vedelikku, tõhus on põie-, neeruteede tarvitamine toidulisandina. Tõestatud soodne toime kuseteede põletike ennetuseks on jöhvikamahlal. Naistele võiks soovitada kasutada apteegis müüdavaid intiimsuuvahendeid.

Kokkuvõte

Rasedad on ohustatud uroinfektsioonide tekkest. Kuna uroinfektsioonid on seotud suurenenud riskiga nii naisele kui ka lootele, siis tuleb sümptomaatilist uroinfektsiooni ravida ning asümptomaatilist bakteriurii intensiivselt otsida ning samuti ravida.

Kasutatud kirjandus

1. Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases, 7. Philadelphia: Elsevier, 2010; 1: 957.
2. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015; (8):CD000490. doi: 10.1002/14651858.CD000490.pub3.
3. Johnson EK, Wolf JS. Urinary Tract Infection in Pregnancy. Medscape reference. Drugs, Diseases & Procedure. March 2011, kättesaadav: <http://emedicine.medscape.com/article/452604-overview>.
4. Kazemier BM, Koningstein FN, Schneeberger C et al. Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial. Lancet Infect Dis 2015; 15: 1324.
5. Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. Eur J Clin Invest 2008; 38 (2): 50.
6. Vaas P, Rull K, Põllumaa S, Klaar U, Kirss A. Raseduse jälgimise juhend. Eesti Naistearstide Selts, 2011.
7. Widmer M, Lopez I, Gülmezoglu AM et al. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (12): CD000491. doi: 10.1002/14651858.CD000491.pub2.
8. Szweida H, Józwik M. Urinary tract infections during pregnancy – an updated overview. Dev Period Med. 2016; 20 (4): 263–272.
9. Schneeberger C, Jaap J. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in pregnant women with and without diabetes: Cohort study. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.12.013>.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med. 2008; 149 (1): 43–47.