

OBRADA DJECE S DOKAZANOM INFEKCIJOM MOKRAĆNOG TRAKTA I DJECE, KOD KOJE IZ DRUGIH RAZLOGA SUMNJAMO NA PRIROĐENE ANOMALIJE MOKRAĆNOG TRAKTA

RAJKO B. KENDA, TANJA KERSNIK-LEVART*

U tekstu se autori najprije usredotoče na obradu djece s dokazanom infekcijom mokraćnog trakta. Predstavljen je suvremen algoritam pretraga koje preporučujemo kod djece s prvi puta dokazanom akutnom infekcijom mokraćnog trakta. Dodatna obrada i praćenje bolesnika ovisit će o nalazima osnovnih pretraga. U tekstu slijede preporuke za obradu djece s asimptomatskom bakteriurijom. Predstavljene su definicija i preporuke za liječenje asimptomatske bakteriurije. Naglašeno je također, da u djece kod koje prvi puta dokažemo asimptomatsku bakteriuriju u daljnjoj obradi postupamo jednako kao i u djece s dokazanom akutnom infekcijom mokraćnih putova. Iduća tema obrađena u tekstu su preporuke za obradu djece, kod koje iz drugih razloga sumnjamo na prirođene anomalije mokraćnih putova. To su djeca s pozitivnom obiteljskom anamnezom, novorođenčad i djeca sa slučajno otkrivenim patološkim ultrazvučnim nalazom mokraćnog trakta. Tekst završava poglavljem o antibiotskoj profilaksi i preporukama za njenu uporabu.

Sadržaj članka je usklađen i potvrđen na stručnom kolegiju Kliničkog odjela za nefrologiju Pedijatrijske klinike Sveučilišnog centra Ljubljana, krajem svibnja 2007. godine i predstavlja trenutno doktrinarno stajalište spomenutog kliničkog odjela.

Deskriptori: DJECA, INFEKCIJA MOKRAĆNOG TRAKTA, VEZIKOURETERALNI REFLUKS, HIDRONEFROZA, ASIMPTOMATSKA BAKTERIURIJA, ANTIBIOTSKA PROFILAKSA

UVOD

Infekcije mokraćnog trakta predstavljaju jedne od najčešćih bakterijskih infekcija. Osobito su česte u djece, u koje ih po učestalosti nadilaze tek infekcije dišnih putova. U dijagnosticiranju i liječenju infekcija mokraćnog trakta djece, zadnjih se godina nije pojavilo mnogo novosti. Razvoj je išao u tri smjera: u utvrđivanje dugoročnog značenja vezikoureteralnog refluksa (VUR-a) i drugih prirođenih nepravilnost za normalan razvoj mokraćnog trakta, u traženje novijih pretraga koje su ugodnije za pacijenta i algoritama za obradu djece po

preboljenoj infekciji mokraćnog trakta i u racionalizaciju uporabe antibiotske profilakse. Uvažavajući sve nabrojeno, na Kliničkom odjelu za nefrologiju Pedijatrijske klinike Sveučilišnog centra Ljubljana, smo izradili novo doktrinarno stajalište o obradi djece s dokazanom infekcijom mokraćnog trakta i djece u koje iz bilo kojeg drugog razloga sumnjamo na prirođenu anomaliju mokraćnog trakta. Mišljenja o najprimjerenijim pretragama i algoritmima pretraga za djecu koja su preboljela infekciju mokraćnog trakta su različita. Ali svi želimo dostići isti cilj: dijagnostičkom obradom prikupiti dovoljno podataka uz čim manje štete za bolesnika. Temeljna pitanja na koja tražimo odgovor su koliko su naše spoznaje o djetetovom problemu za njega korisne i opravdavaju li invazivnost pretraga. Potrebno je također naglasiti, da tvrdnje iz literature, prema kojima nema čvrstih dokaza o korisnosti nekog dijagnostičkog ili terapijskog postupka, ne dokazuju njegovu nekorisnost a još

manje njegovu štetnost. Vjerujemo, da je algoritam koji ćemo prikazati tek privremen i da će s novim spoznajama doživjeti promjene.

DJECA S DOKAZANOM INFEKCIJOM MOKRAĆNOG TRAKTA

Pri infekciji mokraćnog trakta u djece je, uz nespecifične kliničke znakove i laboratorijske nalaze, glavni dijagnostički postupak dokaz bakterija u mokraći (pozitivna urinokultura). Temelj svakog liječenja infekcije mokraćnog trakta je dakle uzorak mokraće, u kojem se nađu iste vrste bakterija, u jednakom broju kao i u mokraćnom mjehuru. Mokraćnu treba uzeti prije početka liječenja, pomoću samlaznika ili hvatanjem u sterilnu posudicu u toku mokrenja. Liječenje akutne infekcije mokraćnog trakta treba započeti što ranije, još prije nego dobijemo nalaz urinokulture i antibiogram. Brza dijagnoza i liječenje infekcije mokraćnog trakta već u ranom djetinjstvu, od ključnog su značenja za budućnost bolesnika

*Sveučilišni klinički centar Ljubljana
Pedijatrijska klinika
Klinički odjel za nefrologiju

Adresa za dopisivanje:
Prof. dr. Rajko B. Kenda, dr. med., viši savjetnik
Sveučilišni klinički centar Ljubljana
Pedijatrijska klinika
Klinički odjel za nefrologiju
1000 Ljubljana, Stare pravde 4, Slovenija
E-mail: rajko.kenda@mef.uni-lj.si

i to iz dva razloga - prvi je taj da bolest može biti rano upozorenje na postojanje prirođenih anomalija mokraćnog trakta, a drugi, da pravovremeno i uspješno liječenje može spriječiti ili barem smanjiti mogućnost nastanka ožiljaka u bubregu i spriječiti zastoj u rastu bubrega. Zbog toga, po pouzdanoj dijagnozi i uspješnom liječenju, mora uslijediti dijagnostička obrada mokraćnog trakta najprimjerenijim pretragama. Mišljena o tome, koje su pretrage potrebne, različita su. U tekstu koji slijedi izložit ćemo smjernice za obradu djece po dokazanoj infekciji mokraćnog trakta za koje mislimo, da su trenutno najprimjerenije našim uvjetima (1-4).

Do prije nekoliko godina je rendgenski mikcijski cistouretrogram (MCUG) vrijedio za *zlatni standard* u otkrivanju VUR-a po infekciji mokraćnog trakta. Kasnije ga je, zbog manje izloženosti zračenju i veće osjetljivosti, nadomjestio isprva radioizotopski mikcijski cistogram (RIMCG) a odnedavno još i mikcijska urosonografija (MUS) (5, 6). Potonja je u usporedbi s RIMCG još manje invazivna, jer pacijenta ne izlaže radioaktivnom zračenju. Kod obje pretrage moguće je povećati osjetljivost cikličkim odnosno višekratnim punjenjem mokraćnog mjehura. Unatoč svemu MCUG je još uvijek zadržao svoje mjesto pri dijagnostičkim pregledima djece po preboljenoj infekciji mokraćnog trakta. RIMCG i MUS, u usporedbi s MCUG, imaju prije svega slabiju rezoluciju, ne prikazuju mokraćnu cijev i imaju nižu osjetljivost pri otkrivanju manjih VUR-a, osobito u dojenčadi, u koje zračenje iz mokraćnog mjehura može prekriti zračenje u mokraćovodu i iznimno čak u nakapnici (pijelonu) (7-10). Pokušaji nadomještanja MUS-a indirektnom mikcijskom urosonografijom (IMUS) bez uporabe kontrastnog sredstva i bez kateterizacije mokraćnog mjehura, obećavajući su, ali metoda još nije dovoljno prokušana da bi je mogli uvesti u rutinsku uporabu (11).

Osnovne pretrage, koje preporučujemo u djece s prvi puta dokazanom akutnom infekcijom mokraćnog trakta, ovise o dobi bolesnika (1, 5, 6):

- U prvoj godini preporučujemo ultrazvučni pregled mokraćnog trakta i MCUG.

Tablica 1.

Stupnjevi kronične bubrežne bolesti (13)

Table 1

Stages of chronic renal disease (13)

*Stupanj KBB	GFR (ml/min/1,73 m ²)	Opis
1	≥90	Oštećenje bubrega s nepromjenjenom ili povišenom GFR
2	60-89	Oštećenje bubrega s blago sniženom GFR
3	30-59	Umjereno snižena GFR
4	15-29	Izrazito snižena GFR
5	<15 (ili dijaliza)	Terminalno zatajenje bubrega

GFR - "glomerular filtration rate" = glomerularna filtracija

- Od 1. godine do usvajanja navika pri mokrenju* preporučujemo ultrazvučnu pretragu te uglavnom i MUS.
 - MUS preporučujemo uvijek kod recidivirajuće infekcije mokraćnog trakta;
 - kod smetnji mokrenja, ako želimo anatomske prikaz mokraćne cijevi, umjesto MUS-e napravimo MCUG.
 - Po usvojenju navika pri mokrenju u većini slučajeva je dovoljna samo ultrazvučna pretraga.
 - MUS preporučujemo samo u slučajevima recidivirajućih infekcija gornjega dijela mokraćnog trakta.
 - kronična bubrežna bolest (KBB*) 3. do 5. stupnja bez obzira na uzrok (12).
- U djece s dokazanom infekcijom mokraćnog trakta možemo otkriti različite prirodne i stečene nepravilnosti mokraćnog trakta. U tekstu koji slijedi prikazat ćemo tek najčešće nalaze i istovremeno dati preporuke za obradu djece u koje nađemo određene promjene.
1. Djeca bez VUR-a ili s VUR-om 1., 2. i 3. stupnja (prema nalazu MCUG-a) odnosno 1. i 2. stupnja (prema nalazu MUS-e), s normalnim ultrazvučnim nalazom parenhima bubrega.
 - ako se infekcije mokraćnog trakta ne ponavljaju:
 - antibiotsku profilaksu preporučujemo tek u slučajevima, koji su točnije opisani u poglavlju "Antibiotska profilaksa" (14);
 - pri svakoj sumnji na ponovnu infekciju mokraćnog trakta preporučujemo kontrolnu urinokulturu pravilno uzetog uzorka još prije početka liječenja antibioticima;
 - preporučujemo regulaciju redovitog mokrenja i stolice;
 - kontrolni pregled preporučujemo kroz jednu do dvije godine. Pri kontrolnom pregledu dovoljno je učiniti samo ultrazvučnu pretragu (s naglaskom na ocjenu zahvaćenosti bubrežnog parenhima), mjerenje krvnog tlaka te pregled uzorka mokraće zbog utvrđivanja moguće proteinurije;

*usvojene navike pri mokrenju - dijete redovito svaka 2 do 3 sata potpuno isprazni mokraćni mjehur i pritom mu, noću ili danju, ne bježi mokrać

Odluka o mogućoj dodatnoj dijagnostici i praćenju te djece ovisit će o nalazima opisanih osnovnih pretraga. Savjetovanje s pedijatrom nefrologom ili obradu u nefrološkoj ambulanti svakako preporučujemo u slijedećim slučajevima:

- patološki nalaz ultrazvučne pretrage;
- nalaz VUR-a visokog stupnja (4. i 5. stupnja prema nalazu MCUG-a, odnosno 3. stupnja prema nalazu MUS-e);
- sumnja na opstrukciju mokraćne cijevi;

- ako su nalazi kontrolnog pregleda normalni, praćenje bolesnika više nije potrebno a u suprotnom slučaju preporučujemo savjetovanje s pedijatrom nefrologom.
- ako se infekcije mokraćnog trakta ponavljaju:
 - u te djece preporučujemo obradu kod pedijatra nefrologa.
- 2. Djeca s VUR-om 4. i 5. stupnja (prema nalazu MCUG-a) odnosno 3. stupnja (prema nalazu MUS-e).
 - u te djece preporučujemo obradu kod pedijatra nefrologa.
- 3. Djeca bez VUR-a ali s promjenama bubrežnog parenhima (ožiljci, hipoplazija, displazija).
 - Promjene bubrežnog parenhima pratimo pomoću ultrazvuka te ocjenom glomerularne filtracije, proteinurije i krvnog tlaka, u pravilu jednom godišnje (15).
 - Kod svake sumnje na ponovnu infekciju mokraćnog trakta preporučujemo kontrolnu urinokulturu pravilno uzetog uzorka mokraće još prije uvođenja antibiotske terapije.
- 4. Djeca s VUR-om (bez obzira na stupanj) i udruženim promjenama bubrežnog parenhima (ožiljci, hipoplazija, displazija).
 - VUR ćemo u te djece tretirati jednako kao i kod djece koja imaju samo VUR bez pratećih promjena bubrežnog parenhima.
 - Promjene bubrežnog parenhima pratimo ultrazvukom i ocjenom glomerularne filtracije, proteinurije i krvnog tlaka, u pravilu jednom godišnje (15).
- 5. Djeca s hidronefrozom bez VUR-a.
 - Obrada te djece ovisna je od širine nakapnice (pijelona), pri čemu uzimamo u obzir rezultat anteriorno-posteriornog mjerenja. Kao dodatna pretraga u pravilu dolazi u obzir dinamička renografija a preporučujemo također i savjetovanje s pedijatrom nefrologom, osobito ako se radi o

obostranoj hidronefrozi s sumnjom na valvulu posteriorne mokraćne cijevi ili hidronefrozu solitarnog bubrega.

DJECA S ASIMPTOMATSKOM BAKTERIURIJOM

Asimptomatska bakteriurija je značajna bakteriurija, koja je posljedica naseljavanja bakterija u mokraćni trakt, bez kliničkih znakova infekcije i bez oštećenja tkiva. Značajnu bakteriuriju definiramo kao prisutnost bakterija u vrijednosti ≥ 100000 CFU (*colony forming units*) u mililitru pravilno uzetog svježeg uzorka mokraće, koja nije posljedica zagađenja mokraće. Važno je znati, da pri naizgled asimptomatskoj bakteriuriji možemo detaljnije anamnezom otkriti, da je dijete imalo kliničke znakove sumnjive za infekciju, i da su u tih bolesnika također česte prirođene anomalije mokraćnog trakta, osobito VUR. Asimptomatsku bakteriuriju liječimo (16, 17):

- sve dok detaljnom anamnezom, kliničkim pregledom i pomoću dodatnih pretraga ne isključimo oštećenje bubrega ili prirođene anomalije mokraćnog trakta;
- prije izvođenja invazivnih pretraga u području genitourinarnog trakta.

Djecu s prvi puta dokazanom asimptomatskom bakteriurijom tretiramo jednako kao i djecu s prvi puta dokazanom akutnom infekcijom mokraćnog trakta. Ako su nalazi dodatnih pretraga mokraćnog trakta normalni, pri ponovnoj pojavi asimptomatske bakteriurije nećemo se odlučiti za liječenje antibioticima.

DJECA S POZITIVNOM OBITELJSKOM ANAMNEZOM

U djece s pozitivnom obiteljskom anamnezom (kada brat/sestra i/ili roditelji imaju prirođenu anomaliju mokraćnog trakta) napravimo ultrazvučnu pretragu, ugroženoj novorođenčadi čak odmah po rođenju. Dobna granica, do koje u djece s pozitivnom obiteljskom anamnezom izvodimo pretrage, nije točno određena. Znamo naime da VUR može s godinama spontano nestati. Najviše VUR-a visokog stupnja otkrijemo u asimptomatskih srodnika mlađih od dvije godine (18, 19).

I u tom slučaju je važna detaljna anamneza: često se ne radi samo o pozitivnoj obiteljskoj anamnezi nego i neotkrivenoj infekciji mokraćnog trakta. Dodatna dijagnostika ovisit će o rezultatima ultrazvučne pretrage. U slučaju patološkog ultrazvučnog nalaza preporučujemo savjetovanje s pedijatrom nefrologom.

NOVOROĐENČAD

Zadnjih godina su sve češći ultrazvučni pregledi trudnica i novorođenčadi kojima otkrivamo i moguće nepravilnosti mokraćnog trakta djeteta. Podaci o umjesnosti ultrazvučnog skrininga sve novorođenčadi, kojim bi otkrili nepravilnosti mokraćnog trakta nisu uvjerljivi, ali svakako ga preporučujemo u tri skupine novorođenčadi (18, 20, 21):

- u onih koji imaju patološke ili sumnjive nalaze ultrazvuka otkrivene u toku trudnoće;
- u novorođenčadi s pozitivnom obiteljskom anamnezom glede anomalija mokraćnog trakta;
- u onih, koji u vrijeme rođenja prebole infekciju mokraćnog trakta.

Daljnja dijagnostika ovisi o rezultatima ultrazvučne pretrage. U slučaju patološkog nalaza ultrazvuka, po rođenju preporučujemo savjetovanje s pedijatrom nefrologom.

DJECA SA SLUČAJNO OTKRIVENIM PATOLOŠKIM ULTRAZVUČNIM NALAZOM MOKRAČNOG TRAKTA

Ultrazvukom trbuha, kojeg napravimo iz bilo kojeg razloga, možemo ponekad slučajno otkriti nepravilnosti u mokraćnom traktu. Ta djeca u većini slučajeva do tada nisu imala tegobe od strane mokraćnog trakta, zato dobro promislamo o potrebi po daljnjoj dijagnostici. Pretrage će, po savjetovanju s pedijatrom nefrologom, ovisiti o specifičnom ultrazvučnom nalazu i dobi djeteta.

ANTIBIOTSKA PROFILAKSA

Najvažnije preventivne mjere u sprječavanju trajnih promjena parenhima bubrega su brzo prepoznavanje i što raniji početak liječenja akutne infekcije mokraćnog trakta, redovito i potpuno pra-

žnjenje mokraćnog mjehura na 2-3 sata, redovita stolica i dobra hidracija. Nema dokaza, kojima bi potkrijepili čvrstu i jedinstvenu doktrinu o uporabi antibiot-ske profilakse u djece. Dostupni dokazi ne opravdavaju njenu široku primjenu. Upravo suprotno, sve je više izvješća, prema kojima njenu uporabu sužavaju na izabrane skupine bolesnika, u kojih još nema dokaza o njenoj neučinkovitosti. Također ne postoje jasno definirane smjernice glede trajanja antibiot-ske profilakse ali čini se, da ima smisla s njom nastaviti sve dok ne nestanu razlozi zbog kojih je profilaksa uvedena. Uz uvažava-nje gore navedenih ograničenja antibiot-sku profilaksu još uvijek preporučujemo u sljedećim skupinama djece (14):

- djeca po preboljenoj prvoj akutnoj infekciji mokraćnog trakta, do primitka normalnog nalaza obavljenih morfoloških pretraga;
- djeca s rizikom za nastanak bubrežnih ožiljaka i/ili s urosepsom. Ugrožena su djeca s VUR-om, i to osobito s visokim stupnjem VUR-a, mala djeca i djeca koja već imaju bubrežne ožiljke. Čimbenik koji ih ugrožava infekcije su gornjega dijela mokra-ćnog trakta koje se ponavljaju ili te-ška opstruktivna uropatija;
- djeca s inficiranim bubrežnim ka-mencima;
- djeca bez anomalija mokraćnog tra-akta, kod koje se ponavljaju infekcije donjega dijela mokraćnog trakta, koje su smetnja svakodnevnog životu.

Sadržaj članka predstavlja dok-trinarno stajalište Kliničkog odjela za nefrologiju Pedijatrijske klinike Sveu-čilišnog centra Ljubljana, koje ćemo u raširenom obliku ove godine objaviti u Slovenskoj pedijatriji.

LITERATURA

- Hoberman A, Charron M, Hickey RW, Baskin M, Kearney DH, Wald ER. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. *N Engl J Med* 2003; 348: 195-202.
- Jodal U, Winberg J. Management of children with unobstructed urinary tract infection. *Pediatr Nephrol* 1987; 1: 647.
- Jodal U. The natural history of bacteriuria in childhood. *Infect Dis Clin North Am* 1987; 1: 713-29.
- Kenda RB, Kenig T, Šilc M, Zupančič Ž. Renal ultrasound and excretory urography in infants and young children with urinary tract infection. *Pediatr Radiol* 1989; 19: 299-301.
- Kenda RB. Imaging techniques for the detection of vesicoureteric reflux: what and when? *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 4-7.
- Kenda RB, Novljan G, Kenig A, Hojker S, Fettich JJ. Echo-enhanced ultrasound voiding cystography in children: a new approach. *Pediatr Nephrol* 2000; 14: 297-300.
- Van den Abbeele AD, Treves ST, Lebowitz RL, Bauer S, Davis RT, Retik A et al. Vesicoureteral Reflux in asymptomatic Siblings of Patients With Known reflux: Radionuclide Cystography. *Pediatrics* 1987; 79: 147-53.
- Glassberg KI. Annual Meeting of the Section on Pediatric Urology. *Pediatrics* 1988; 81: 588-94.
- Sfakianakis GN, Smuclovsky C, Strauss J, Hourani M, Lockhart G, Zilleruelo G et al. Improving the technique of nuclear cystography: the manometric approach. *J Urol* 1984; 131: 1061-4.
- Kenda RB, Kenig A, Novljan G, Ponikvar R, Buturović Ponikvar J. Cyclic voiding urosonography for detecting vesicoureteric reflux in renal transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 2229-31.
- Kopač M, Kenig A, Ključevšek D, Kenda RB. Indirect voiding urosonography in detecting vesicoureteral reflux in children. *Pediatr Nephrol* 2005; 20: 1285-7.
- Novljan G. Kronična ledvična bolezen in dializno zdravljenje. V: Kržišnik C (ur.), Battelino T (ur.). Izbrana poglavja iz pediatrije, 17. Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo. 2005; 222-51.
- K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (2 Suppl 1): 1-266.
- Beetz R. May we go on with antibacterial prophylaxis for urinary tract infections? *Pediatr Nephrol* 2006; 21: 5-13.
- Levart TK, Kenig A, Fettich JJ, Ključevšek D, Novljan G, Kenda RB. Sensitivity of ultrasound in detecting renal parenchymal defects in children. *Pediatr Nephrol* 2002; 17: 1059-62.
- Raz R. Asymptomatic bacteriuria. Clinical significance and management. *Int J Antimicrob Agents*. 2003; 22 (2): 45-7.
- Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria: when to screen and when to treat. *Infect Dis Clin North Am*. 2003; 17: 367-94.
- Giel DW, Noe HN, Williams MA. Ultrasound screening of asymptomatic siblings of children with vesicoureteral reflux: a long-term follow-up study. *J Urol* 2005; 174: 1602-4.
- Kenda RB, Fettich JJ. Vesicoureteric reflux and renal scars in asymptomatic siblings of children with reflux. *Arch Dis Child* 1992; 67: 506-8.
- Hansson S, Jodal U. Urinary Tract Infection. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, eds. *Pediatric Nephrology*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2004; 1007-25.
- Wiesel A, Queisser-Luft A, Clementi M, Bianca S, Stoll C; EUROSCAN Study Group. Pre-natal detection of congenital renal malformations by fetal ultrasonographic examination: an analysis of 709030 births in 12 European countries. *Eur J Med Genet* 2005; 48: 131-44.

Summary

EVALUATION OF CHILDREN AFTER PROVED URINARY TRACT INFECTION AND THOSE IN WHOM URINARY TRACT ANOMALIES ARE SUSPECTED DUE TO OTHER REASONS

R. B. Kenda, T. Kersnik-Levart

In the first part of this review article the authors focused on the evaluation of children after proved urinary tract infection. The up to date basic algorithm of investigations is presented. Further evaluation and follow up of these children depend on the results of basic investigations. Further on the definition and recommendation when to treat asymptomatic bacteriuria are presented. It is stressed out that children with asymptomatic bacteriuria should be evaluated in the same way as children with proved urinary tract infection. In the second the authors focused on the evaluation of children in whom urinary tract anomalies are suspected due to other reasons. This group of children comprises of those with positive family history for urinary tract anomalies, newborns and children in whom abdominal ultrasound was done for other reasons and urinary tract anomalies were discovered by coincidence. The article is concluded by author's recommendations regarding the use of antibacterial prophylaxis.

The contents of this article were harmonized and acknowledged at professional board of the Department of Pediatric Nephrology of the University Medical Centre Ljubljana at the end of May 2007 and represents the actual algorithm of the above mentioned department.

Descriptors: CHILDREN, URINARY TRACT INFECTION, VESICOURETERAL REFLUX, HYDRONEPHROSIS, ASYMPTOMATIC BACTERIURIA, ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS