



1

**ДЕКАСАН®** – эффективный антисептик для местного лечения хронического цистита

2

Эффективность лечения хронического цистита с использованием **ДЕКАСАНа** – **90,7%**

3

**ДЕКАСАН®** при комплексном лечении хронического бактериального цистита **позволяет уменьшить количество и дозу антибиотиков**, что положительно влияет на клинический и экономический эффект лечения

4

**Методика лечения** хронического цистита **с использованием инстилляций ДЕКАСАНа** в мочевой пузырь **эффективна, не требует** больших экономических затрат, доступна для использования в работе уролога поликлиники или стационара



# Щодо використання інстиляцій сечового міхура в лікуванні хронічного циститу

**Цистит – одна з найбільш частих нозологічних форм інфекційно-запальних захворювань сечових шляхів, основним морфологічним субстратом якої є запальний процес в епітелії і стромі стінки сечового міхура. Особливістю циститу є схильність до рецидивування і швидка хронізація процесу. Ще 10-20 років тому одними з основних методів лікування хронічного циститу (ХЦ) були інстиляції сечового міхура антисептиками. Сьогодні цей метод використовують більш селективно, проте провідні спеціалісти кажуть, що за умови правильного вибору лікувального засобу інстиляції не тільки не втрачають своєї актуальності, а й набувають нового значення, адже поширеність хронічних форм циститу щороку зростає. Які ж розчини для інстиляцій можна вважати «правильними»?**

Приблизно 50% усіх жінок протягом свого життя переносять як мінімум один епізод інфекції сечових шляхів (ІСШ), і майже у третини спостерігається щонайменше один епізод ІСШ до 24 років (В. Foxman, 2003). Проте, навіть зважаючи на ці статистичні дані, не слід забувати, що цистит – це не виключно «жіноча проблема». Цистит може траплятися й у чоловіків будь-якого віку, особливо за наявності цукрового діабету або імунодефіцитного стану (R. Funfstuck et al., 2012). Згідно із сучасною класифікацією цистит поділяють на первинний і вторинний, інфекційний та неінфекційний, гострий і хронічний. Останній варіант, незалежно від етіології, посідає особливе місце в урологічній практиці у зв'язку з утрудненим підходом до його діагностики та лікування. Хронічним цистит вважають у разі, якщо зафіксовано більш як три епізоди захворювання на рік або два епізоди на півроку (Д.Д. Іванов, Я.А. Домбровський, 2015). Причинами ХЦ можуть бути аномалії сечових шляхів, наявність конкрементів, порушення пасажу сечі, наявність постійного джерела інфекції. До інфекційних агентів, що найчастіше асоційовані із ХЦ, належать стафілококи (21,6% випадків), ентерококи (17%), кишкова паличка (9,2%). Асоціація двох і більше мікроорганізмів зустрічається у 20% випадків (М.А. Mulvey et al., 2001). Особливістю інфекцій сечових шляхів є схильність до створення бактеріальних плівок – особливих форм існування мікробних агентів. Асоціації бактерій у плівках спроможні витримувати концентрації антибіотиків, що у понад 100 разів перевищують такі для планктонних форм. Іще однією характерною рисою ХЦ є постійне або тимчасове пошкодження слизової оболонки, яке може призводити як до збільшення частоти епізодів, так і до гіперпластичних чи навіть диспластичних процесів (поліпи, лейкоплакія тощо). Атрофічні й дистрофічні зміни слизової оболонки сечового міхура створюють сприятливе середовище для розвитку та прогресування пошкодження уротелію, збільшення і зміни співвідношення компонентів запальної клітинної інфільтрації у стромі. Основними діагностичними критеріями є характерна для циститу клінічна маніфестація, наявність бактеріурії, частота виникнення останніх і дані цистоскопії. У разі діагностування ХЦ особливу увагу приділяють визначенню джерела бактеріурії, мікробіологічному дослідженню та оцінці стану слизової оболонки сечового міхура.

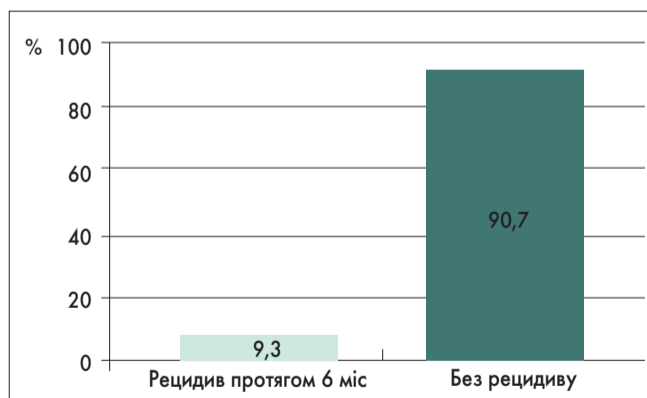


Рис. 1. Пацієнти із загостренням ХЦ – застосування Декасану

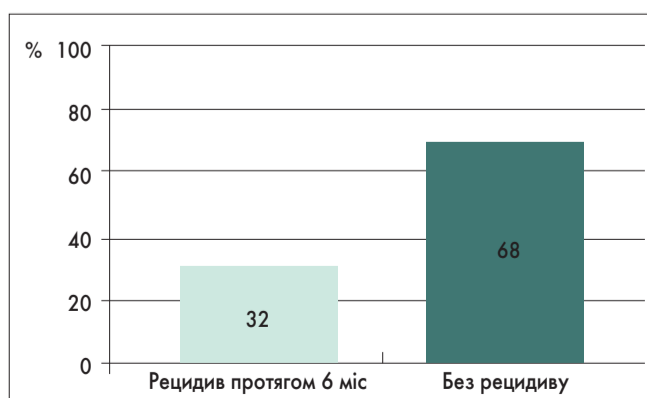


Рис. 2. Пацієнти із загостренням ХЦ – застосування фурациліну

Лікування ХЦ здебільшого передбачає проведення етіотропної антибактеріальної терапії, яка має на меті насамперед запобігти подальшому пошкодженню слизової оболонки. Сучасна антибактеріальна терапія ХЦ докладно представлена в керівництві Європейської асоціації урологів (EAU, 2015). Разом із тим антимікробна терапія не вирішує проблеми рецидивування циститу, його хронічного перебігу, а також не запобігає формуванню бактеріальних плівок та розвитку інтерстиціального процесу в стінці сечового міхура. Саме тоді, коли системна антибактеріальна терапія не вирішує всіх питань, у пригоді стає призначення інстиляцій.

Для вирішення питання про необхідність виконання внутрішньоміхурових інстиляцій (ВІ) обов'язковою умовою є проведення цистоскопії з біопсією, оскільки однієї цистоскопії для прийняття рішення про вибір методу лікування іноді недостатньо. Одним із морфологічних обґрунтувань для застосування інстиляцій є наявність плоскоклітинної метаплазії епітелію сечового міхура без зроговіння з ознаками хронічного запалення у підслизовому шарі, що виключає справжню лейкоплакію (яка є передраковим станом) та підтверджує наявність постзапальних змін у сечовому міхурі. Крім того, існують морфологічні ознаки інтерстиціального циститу / синдрому хворобливого сечового міхура, за якого також показані ВІ (Л.А. Сінякова, 2012). Тим часом протипоказаннями для ВІ є гострі запальні захворювання сечових шляхів, стриктури уретри.

ВІ – інвазивний метод, тож за його застосування можливі ускладнення (сечова лихоманка, загострення ХЦ, висхідний пієлонефрит, травми тощо). Запорукою успішного проведення ВІ є наявність чітких показань, дотримання техніки виконання процедури, застосування безпечного та ефективного розчину.

Наразі для інстиляцій сечового міхура використовують антисептичні, протизапальні, обволакаючі, антинеопластичні засоби. Втім, найпоширенішим є використання розчинів, що мають антимікробну активність. До цього часу перелік препаратів для ВІ залишався дуже обмеженим – протаргол, олія обліпихи, гідрокортисон, фурацилін, які застосовували як окремо, так і у складі сумішей. В останнє десятиріччя почали з'являтися препарати, що спеціально призначені для внутрішньоміхурової терапії та характеризуються створенням високої концентрації діючої речовини на поверхні уротелію. Як уже зазначалося, на сьогодні найбільшим попитом користуються антисептичні розчини для ВІ. Тож який саме антисептик відповідає сучасним вимогам внутрішньоміхурової терапії?

Доволі часто з цією метою використовують протаргол і хлоргексидин. Перший, на думку багатьох лікарів, – абсолютно безпечний засіб, адже містить іони срібла. Проте експериментальні дані останніх років продемонстрували, що протаргол проковує склеротичні процеси в сечовому міхурі (Л.А. Сінякова, 2012). Хлоргексидин – більш сучасний антисептик із широким спектром активності, який, крім того, коштує недорого. Проте така економія не гарантуватиме безпеки, адже останні роки

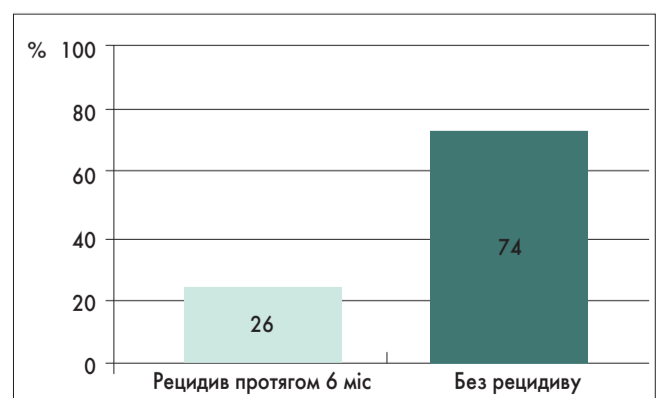


Рис. 3. Пацієнти із загостренням ХЦ, яким ВІ не проводили

зростає кількість повідомлень про розвиток небажаних явищ, спричинених застосуванням хлоргексидину. Так, у лютому 2017 року Управління з контролю якості за продуктами харчування та лікарськими препаратами США (FDA) зобов'язало виробників безрецептурних антисептичних засобів, що містять хлоргексидину глюконат, на своїх етикетках додатково помістити попереджувальні написи. Річ у тім, що ця речовина здатна спричинити вельми серйозні алергічні реакції. Цих заходів було вжито після того, як по всій країні зафіксували 52 випадки анафілаксії (зокрема й дві смерті), пов'язані із зовнішніми препаратами на основі хлоргексидину, які хоч і призначалися для нанесення на шкіру, проте спровокували задуху. Всі ці випадки сталися в період з 1969 по 2015 рік, були серйозними і 26 із них фахівці визнали небезпечними для життя. Зрозуміло, що застосування хлоргексидину для ВІ – ще більш небезпечно, ніж його використання як шкірного антисептика. Ще одним популярним препаратом для ВІ є фурацилін. Його було обрано як референтний препарат у нещодавньому дослідженні С.В. Берестенка (2012), під час якого порівнювали ефективність фурациліну й декасану як препаратів для ВІ. У ході дослідження було обстежено 87 пацієнтів із ХЦ (чоловіки та жінки) у віці 57-86 років. Усі вони отримували антибактеріальну та протизапальну терапію системно. В першу групу входили 32 пацієнти, яким виконували ВІ розчином антисептика Декасан (0,02% розчину декаметоксину). Препарат використовували в розведеному вигляді 1:5-1:7. Другу групу (25 хворих) становили пацієнти із ХЦ, яким у сечовий міхур вводили 0,02% розчин фурациліну. До контрольної третьої групи входили 30 хворих ХЦ, яким ВІ узагалі не виконували. Клінічну ефективність оцінювали за такими даними, як зникнення болю та різі під час сечовипускання, зменшення частоти сечовипускань до 5-6 на добу, нормалізація аналізу сечі, відсутність рецидиву захворювання протягом 6 міс. У першій групі рецидив захворювання виник у 3 пацієнтів (9,3%), у другій групі – у 8 пацієнтів (32%), у третій – у 8 пацієнтів (26%). Отже, підсумовуючи, зазначимо, що застосування комплексної методики лікування хронічного неускладненого бактеріального циститу з використанням інстиляцій розчину Декасан у сечовий міхур виявилось ефективним у 90,7% випадків, із застосуванням інстиляцій фурациліну – в 68%, а без застосування місцевого лікування – у 74% випадків (рис. 1-3). Як бачимо, використання фурациліну у вигляді ВІ з метою профілактики загострень ХЦ є менш ефективним, ніж відсутність ВІ.

Декасан – фунгіцидний, протистодійний, вірусцидний і антимікробний препарат. Механізм дії Декасану ґрунтується на його здатності порушувати проникність клітинної мембрани (КМ) мішені завдяки з'єднанню з ліпідними структурами фосфатидних груп. Унаслідок зміни проникності КМ гомеостаз усередині клітин порушується, що призводить до лізису клітини збудника. Вибірковість дії Декасану проявляється в нездатності фіксації на КМ людини.

Наразі вивчено й підтверджено бактерицидну дію Декасану на більшість штамів грампозитивних і грамотригативних мікроорганізмів. Серед них, зокрема, стафілококи, стрептококи, дифтерійна і синьогнійна палички, капсульні бактерії тощо. Декасан активний щодо низки патогенів грибкової природи (епідермофіти, трихофіти, дріжджоподібні гриби, еритразми, дріжджі, деякі цвілеві гриби тощо). Свій антипротозойний ефект Декасан проявляє щодо лямблій і трихомонад. Стейких вірусів до дії препарату наразі не виявлено. Надзвичайно важливо, що в ході лікування Декасан підвищує чутливість мікроорганізмів до антибіотиків і проявляє свою активність до штамів, які виявилися резистентними до системного лікування. Окрім того, Декасан є безпечним препаратом: він не абсорбується слизовою оболонкою, у крові людини не знайдено значущих концентрацій речовини при зовнішньому застосуванні. Навіть довготривале використання Декасану не викликає розвитку токсичних реакцій і звикання.

Отже, ВІ, незважаючи на значний досвід використання в урології, – абсолютно сучасна процедура за умови наявності показань, дотримання техніки виконання і застосування ефективних та безпечних засобів.

Підготувала **Олександра Меркулова**