

С.П. Пасечніков, д.м.н., професор, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, ДУ «Інститут урології НАМН України»;
М.В. Мітченко, к.м.н., ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Неспецифічний цистит: сучасні принципи діагностики та лікування

Неспецифічний цистит – запалення слизової оболонки сечового міхура (СМ) – є найпоширенішим захворюванням сечовивідних шляхів. Слід констатувати, що більшість лікарів мають хибне уявлення про абсолютну безпечність подібного діагнозу.

Така думка сформувалася за рахунок розповсюдженості й швидкоплинності гострої форми циститу, вилікувати яку часто з успіхом вдається фахівцям будь-якого медичного профілю. Дійсно, поширеність гострого циститу (ГЦ) серед дорослого населення України у 2015 р. становила 354,7 на 100 тис., хронічного циститу (ХЦ) – 402,9 на 100 тис. населення. Більшість пацієнтів – це молоді невагітні жінки та жінки в передклімактеричному періоді. У середньому кожен епізод ГЦ у жінок пов'язаний із наявністю симптомів протягом 6,1 дня, обмеженням активності – 2,4 дня, тимчасовою непрацездатністю – 1,2 дня і ліжковим режимом – лише 0,4 дня.

Окрім поширеності та значних фінансових витрат, проблемою при ГЦ є часті випадки рецидивів. У 25-50% жінок, які перенесли ГЦ, протягом року спостерігаються рецидиви. У чоловіків ГЦ зустрічається дуже рідко (6-8 епізодів на рік на 10 тис. чоловіків віком 21-50 років) і потребує урологічного обстеження у зв'язку з подібністю до інших захворювань уrogenітального тракту та необхідністю виключення обструкції сечових шляхів.

Етіологія

Найбільш частими збудниками циститу є патогенні мікроорганізми, в основному це грамнегативні бактерії, зокрема *Escherichia coli*, на частку якої припадає близько 80% епізодів захворювання. Другий за частотою збудник ГЦ – *Staphylococcus saprophyticus* (11%). Причиною решти випадків захворювання є ентерококи, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*

Крім бактеріального, за етіологічним чинником виділяють хімічний, променевий, мекдикаментозний та алергічний цистит.

Патогенез

Серед пацієнтів вікової категорії 18-50 років цистит набагато частіше (приблизно в 50 разів) зустрічається в жінок. У більш пізньому віці частота циститу зростає як у чоловіків, так і в жінок, причому співвідношення жінки/чоловіки зменшується.

Цистит ускладнює різноманітні патологічні стани сечових та статевих шляхів і може стати першим клінічним проявом аномалій розвитку, пієлонефриту, сечокам'яної хвороби, пухлин цих органів.

Отже, патогенетичними факторами виникнення циститу є:

- наявність патогенних мікроорганізмів;
- порушення уродинаміки;
- дистрофія, розлади місцевого кровообігу (ішемія) або порушення цілісності стінки СМ;
- порушення ритму сечовипускання в жінок;
- інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Класифікація

За патогенетичним принципом виділяють неускладнений цистит і ускладнений, який виникає як наслідок уже існуючих захворювань або аномалій СМ і статевих органів.

За етіологією цистит поділяють на інфекційний (неспецифічний та специфічний), хімічний, променевий і термічний.

За перебігом виділяють гострий і хронічний, або рецидивуючий, цистит. ХЦ найчастіше є вторинним. Для нього характерно

щонайменше 3 рецидиви протягом останнього року або 2 рецидиви впродовж останніх 6 міс.

За поширеністю запального процесу – дифузний (тотальний) і вогнищевий цистит.

За характером і глибиною патоморфологічних змін ГЦ поділяють на катаральний, фолікулярний, геморагічний, виразковий та некротичний; хронічний – на інкрустуючий, поліпозний, кістозний, виразковий та інтерстиціальний.

Клінічна картина

Основними симптомами ГЦ, як і хронічного в стадії загострення, є часте й болюче сечовипускання, часто з імперативними позивами та ургентним нетриманням сечі, біль у ділянці СМ (лобкова ділянка та промежина) і сечівника. Майже в 40% жінок із ГЦ спостерігається макрогематурія, але цей симптом не розглядають як показник ускладненої інфекції. Інтенсивність болю не завжди відповідає вираженості морфологічних змін слизового шару СМ і залежить від типу вищої нервової діяльності та ступеня підвищення тону детрузора.

Під час фізикального огляду спостерігається болючість при пальпації над лоном, у жінок пальпація сечівника через піхву болюча, може бути гіперемовий зовнішній отвір сечівника. Наявність вагінальних виділень або іритативних змін зовнішніх статевих органів та піхви класифікує випадок як ускладнений і потребує огляду гінеколога. Геморагічний цистит характеризується наявністю в сечі домішок крові, некротичний – некротизованих фрагментів слизового шару СМ. Ятрогенне походження хімічного й термічного циститів пов'язане з введенням хімічно агресивної рідини (частіше – спиртового розчину йоду) або занадто підігрітої рідини. Променевий цистит виникає внаслідок променевої терапії ділянки тазу.

У чоловіків цистит може бути тільки вторинним і найчастіше є частиною симптоматичного комплексу гострого простатиту.

Для ГЦ у жінок характерна тенденція до частих рецидивів, а також можливість ускладнення висхідним пієлонефритом. Наявність температурної реакції та симптомів інтоксикації свідчить про таке ускладнення або про порушення цілісності слизового та м'язового шарів СМ (виразковий та некротичний цистит).

Некротичний цистит – найбільш тяжка форма ГЦ – зустрічається досить рідко. Його виникнення пов'язане зі здавлюванням задньої стінки міхура і судин у поєднанні з інфекцією, введенням у СМ концентрованих розчинів хімічних речовин. Цей стан супроводжується підвищенням температури тіла, вираженою інтоксикацією аж до септичного шоку, олігурією, анурією. Сеча мутна, з неприємним запахом, із домішками крові, фібрину, фрагментами слизового шару. При перфорації СМ розвиваються явища сечового перитоніту або тазової сечової флегмони.

Діагностика

Лабораторне дослідження хворих на цистит включає:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі (бактеріурія, лейкоцитурія, еритроцитурія). Лейкоцитурія виявляється в усіх порціях сечі. Її відсутність ставить діагноз ГЦ під сумнів (за винятком випадків шийкового циститу);

- бактеріологічне дослідження при ГЦ, коли збудники та профілі їхньої антимікробної чутливості передбачувани, не проводять, при хронічному воно є обов'язковим. Традиційний стандарт для діагностично значущої бактеріурії – $\geq 10^5$ КУО/мл (встановлений понад 40 років тому) – не відповідає сучасним практичним вимогам, якщо його застосовувати у випадках гострого інфекційно-запального процесу. Так, майже від $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ випадків ГЦ демонструють бактеріурію менше 10^5 КУО/мл. Отже, для діагностики ГЦ необхідно використовувати критерій $\geq 10^3$ КУО/мл.

Культуральне дослідження сечі при гострому неускладненому циститі треба виконувати, якщо:

- є підозра на гострий пієлонефрит;
- симптоми не регресували або відновилися протягом 2-4 тиж після завершення лікування.

Для діагностики циститу застосовують також УЗД з метою оцінки стану нирок, сечоводів, СМ і простати. Екскреторну урографію виконують тільки при ХЦ й затяжних випадках ГЦ. Цистоскопію проводять лише в разі ХЦ, а також після регресу симптомів гострого геморагічного циститу. Інструментальні дослідження при ГЦ протипоказані й виконуються тільки при затяжному перебігу запального процесу (понад 2-3 тиж). При ГЦ у жінок обов'язковими є огляд зовнішнього отвору сечівника та вагінальне обстеження. За наявності вагінальних й уретральних виділень, ерозій, гіперемії хворі підлягають обстеженню в гінеколога на ІПСШ. Для жінок із загостренням ХЦ обов'язковою є консультація в гінеколога та обстеження на ІПСШ.

При ГЦ проводять диференційну діагностику з туберкульозом, раком СМ, доброякісною гіперплазією і раком простати, каменем інтрамурального відділу сечоводу, захворюваннями сечівника, міхурово-сечівникового сегмента, дивертикулом СМ, нейрогенною дисфункцією СМ, захворюваннями органів тазу.

Перебіг гострого апендициту може супроводжуватися симптомами ГЦ при тазовому розташуванні червоподібного відростка (дивертикулі, мікрогематурія, незначна лейкоцитурія). Однак гострий неускладнений цистит не супроводжується змінами у формулі крові та лейкоцитозом.

Лікування

Лікування ГЦ може бути як амбулаторним, так і в умовах стаціонару, спрямоване на ліквідацію етіологічних та патогенетичних факторів.

Хворим призначають спокій, молочно-рослинну дієту з виключенням гострих приправ, консервів, м'ясних відварів, приймають достатню кількість рідини (сечогінні трави, чай, мінеральна вода, ягідні морси, киселі). Показані (крім випадків геморагічного циститу) теплові процедури – сидячі ванни, грілка, теплові мікроклізми та спринцювання піхви відварами трав, фізіотерапевтичні процедури.

Симптоматично з метою полегшення проявів хвороби призначають неспецифічні протизапальні препарати – метамізол натрію, диклофенак, декскетопрофен, кеторолак, спазмолітики – дротаверин, екстракт красавки у свічках або комбінації спазмолітиків з анальгетиками.

З урахуванням етіологічної структури збудників ГЦ проводять пероральну антибактеріальну монотерапію, яку розпочина-



С.П. Пасечніков



М.В. Мітченко

ють емпірично. За необхідності взяття сечі для культурального дослідження виконують до початку цієї терапії.

Для жінок високоефективними є короткі курси антибіотиків (АБ), що характеризуються низькою вартістю та незначною кількістю небажаних реакцій. Проте необхідно враховувати потенційні додаткові витрати, пов'язані з невдалим лікуванням або рецидивами, що виникають при короткостроковій терапії. Потрібно також зважати на потенційні психологічні аспекти терапії разовою дозою, коли симптоми не регресують за 2-3 доби і в пацієнта виникає помилкове враження щодо «недостатності» лікування. Американська та Європейська асоціації урологів (ЕАУ) розробили рекомендації, що ґрунтуються на доказах. У висновках наголошується, що терапія одноразовою дозою менш ефективна, ніж більш тривале використання того самого АБ, хоча доведено, що об'єктивний ефект є рівноцінним. Найбільш вивчений у Європі – препарат бісептол (30 рандомізованих досліджень). Існує положення, що АБ є першочерговим для емпіричної терапії тільки тоді, коли відсоток резистентності уропатогенів до нього менше 20%. На жаль, за даними вивчення цього питання в нашому регіоні, резистентність патогенної урофлори до бісептолу набагато перевищує 20%, тому його використання є недоцільним.

Згідно з рекомендаціями ЕАУ за 2017 р., для лікування гострого неускладненого циститу в жінок препаратами вибору є пероральне застосування фосфоміцину триметамолу 3,0 г разовою дозою та нітрофурантоїну макрокристалічного в дозуванні 0,1 г 2 р/добу протягом 5 днів (ступінь доказовості 1, А). Альтернативними препаратами є пероральні цефалоспорины (наприклад, цефадоксил) по 0,5 г 2 р/добу протягом 3 днів (ступінь доказовості 1в, В).

Фторхінолони, відповідно до рекомендацій ЕАУ, доцільно застосовувати у випадках рецидивуючого циститу та інших інфекцій сечових шляхів (ІСШ) як етіотропну терапію згідно з антибіотикограмою. Доведено, що фторхінолони еквівалентні бісептолу, якщо призначаються у 3-денному режимі. Доказів ефективності більшого терміну застосування фторхінолонів не існує, проте в клінічній практиці найчастіше для всіх груп АБ використовують 5-14-денну схему. Із фторхінолонів ефективними є: норфлоксацин – 0,4 г 2 р/добу, офлоксацин – 0,25-0,5 г 2 р/добу, левофлоксацин – 0,5 г 1 р/добу. Ефективний також амоксицилін/клавуланат – 625 мг 3 р/добу. Інші β-лактамі АБ менш ефективні (рандомізовані дослідження не проводили). За відсутності регресу явищ ГЦ протягом 3-8 діб проводять заміну АБ або призначають комбіновану антибактеріальну терапію з урахуванням даних антибіотикограми сечі. Антибіотикотерапії належить основна роль в лікуванні ІСШ. Проте існує необхідність використання патогенетичної і симптоматичної терапії. У разі неускладнених ІСШ призначають фітотерапевтичні препарати (за умови доведеної ефективності компонентів та якості готового лікарського засобу).

Наразі одним із препаратів, які найбільше відповідають вимогам доказової медицини, є Канефрон® Н. До його складу входять стандартизовані рослинні компоненти:

екстракти кореня любистку, листя розмарину і трави золототисячника, які перешкоджають бактеріальній адгезії до слизової сечових шляхів, пригнічують запалення, мають спазмолітичну дію і підвищують поріг больової чутливості сечового міхура. Ефективність Канефрону Н при ІСШ раніше було підтверджено великим клінічним досвідом і значною кількістю локальних досліджень. У недавньому мультицентровому дослідженні CaniUti 2 Канефрон® Н застосовувався при неускладненому циститі в жінок як монотерапія. Дизайн дослідження передбачав призначення антибактеріальної терапії в разі відсутності ефекту до 3-го дня лікування. Результати цього дослідження показали, що реально застосування антибіотиків потребували лише 2,4% пацієнток, а через 7 днів кількість тих, хто одужали, становила 71,2%. Більш тривалі курси застосування Канефрону Н (3 міс і більше) при хронічних ІСШ забезпечували суттєве скорочення частоти рецидивів захворювання.

Макрогематурію при гострому геморагічному циститі лікують гемостатиками (етамзилат натрію, амінокапронова кислота) переважно в стаціонарних умовах. З метою виключення онкоурологічних захворювань виконують поширене обстеження.

Інстиляції СМ проводять тільки при тяжких циститах, для ліквідації залишкових явищ ГЦ, при ХЦ, для регенерації слизової оболонки СМ при хімічному, термічному та променевому циститах. Для цього використовують 2% колоїдний розчин коларголу (для знеболювального ефекту – у суміші з 0,5% новокаїном), лікувальні олії із шипшини, обліпихи, суміш гідрокортизону 2 мл, димексиду 10-20% – 10 мл, новокаїну 0,5% – 10-20 мл.

При некротичному циститі показано раннє оперативне втручання – цистостомія, видалення некротичних тканин із дренажуванням паравезикального простору. В післяопераційному періоді проводять постійне зрошення порожнини СМ розчинами антисептиків.

У разі раціональної і своєчасно розпочатої терапії явища гострого катарального циститу регресують у середньому протягом 2-3 діб, більш тяжкі форми – до 2 тиж. Триваліший перебіг захворювання слід розцінювати як затяжний, він потребує додаткового ультразвукового, рентгенологічного, інструментального обстеження, гінекологічного огляду, дослідження передміхурової залози.

ХЦ є ускладненням наявного захворювання СМ, сечівника, нирок та статевих органів (дивертикул, пухлина, камінь, сторонні тіла й нервово-м'язова дисфункція СМ, стриктура сечівника, рак та доброякісна гіперплазія передміхурової залози, простатит, уретрит, хронічний пієлонефрит, туберкульоз), цукрового діабету, опущення піхви, хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів, зумовлених ІПСШ. Клінічні симптоми захворювання такі самі, як і при ГЦ, але менш виражені. Під час рецидивів спостерігається класична клініка ГЦ.

Інтерстиціальний цистит – це неінфекційне, неспецифічне запалення СМ. Ця форма циститу виникає в разі поширення запальної реакції на підслизовий і м'язовий шари СМ. Його клініка не відрізняється від такої при класичному рецидивуючому ХЦ, крім наявності симптому частоті макрогематурії, а також полакіурії, зумовленої зменшенням об'єму СМ.

Вирішальне значення в діагностиці ХЦ має цистоскопія, яка може закінчуватися поліфокальною біопсією СМ (фіброз та лімфоцитарна інфільтрація).

Існує дві типові ознаки інтерстиціального циститу: виявлення на ранній стадії захворювання гломеруляції (колоподібні підслизові геморагічні утворення) та наявність невеликих розмірів рожевої виразки слизової оболонки (виразка Ханнера), яка при наповненні СМ починає кровоточити.

Медикаментозна терапія загострення ХЦ не відрізняється від такої при ГЦ. Велике значення має антибактеріальна терапія, при

цьому обов'язковим є контроль за флорою сечі та її чутливістю до АБ.

ЕАУ рекомендує також застосування вагінальних естрогенів у постменопаузальних жінок, наприклад, свічок Овестин на ніч протягом 10 діб (ступінь доказовості 1в, А), та імуноактивної профілактики, наприклад, пероральної вакцини Уговакон – 1 таблетка 1 р/добу протягом 6 міс (ступінь доказовості 1а, А). Коли неантибактеріальна профілактика рецидивів циститу неефективна, застосовують посткоїтальну профілактику разовою дозою АБ (ступінь доказовості 2в, В).

Лікування інтерстиціального циститу емпіричне і спрямоване на відновлення глікозаміногліканів слизового шару СМ, інактивацію опасистих клітин, полегшення дизурії та регіонального болю. Різноманітні довгострокові програми консервативного лікування цієї форми захворювання, що включають парентеральне, пероральне та інтравезикальне введення препаратів, на жаль,

залишаються малоефективними. У випадку формування виразки СМ проводять її ендоскопічну електрокоагуляцію.

Для лікування тяжких форм захворювання виконують оперативні втручання в обсязі цистолізи, денервації СМ чи цистектомії з одночасним формуванням штучного СМ з ізольованого кишкового сегмента.

Профілактика

Загальні підходи до профілактики циститу включають:

- ефективне лікування ГЦ;
- своєчасне лікування запальних захворювань статевих шляхів, зумовлених ІПСШ;
- санацію запальних процесів у нирках, сечових шляхах, своєчасне виявлення причин порушення пасажу сечі;
- суворе дотримання правил асептики й антисептики при катетеризації та інструментальному дослідженні СМ.

Виключення факторів ризику виникнення гострої ІСШ у жінок репродуктивного віку:

- більш як 3 статевих контакти на тиждень протягом останнього місяця;
- новий сексуальний партнер;
- ІСШ в анамнезі;
- цукровий діабет;
- застосування сперміцидів.

Слід пам'ятати, що цистит може бути лише проявом більш складного й небезпечного захворювання. Хворі з рецидивуючим циститом підлягають урологічному обстеженню з метою виключення будь-яких факторів, що його спричиняють. Отже, удавана на перший погляд безпечність діагнозу «цистит» не має провокувати відхилення від принципу, за яким ми лікуємо не хворобу, а хворого.

Список літератури знаходиться в редакції.



Bionorica®

Запалення сечових шляхів?
Камені нирок?

Канефрон® Н



німецька якість фітопрепарату



значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹



потенціювання протизапальної терапії²



ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ/2012

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.

Канефрон® Н таблетки в/о Р.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016, **Канефрон® Н** краплі оральні Р.П. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

Джерело: 1 - Эффективность и безопасность фитотерапевтического препарата Канефрон® Н в профилактике и лечении урогенитальных и гестационных заболеваний: обзор клинической практики в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Курт Г. Набер. Мюнхенский технический университет, Германия. Research and Reports in Urology 2013;5 39-48. 2 - Дударь И.А., Лобода А.Н., Крот В.Ф. и др. (2009) 12-месячное сравнительное исследование применения препарата Канефрон® Н в лечении больных с инфекцией мочевой системы. Здоровье мужчины, 3 (30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: info@bionorica.ua

Розкриваючи силу рослин