

Острый цистит у женщин: диагностика и комплексное лечение

А.И. Бойко^{1,2}, В.И. Потайчук³, А.Ю. Гурженко¹, Е.Ю. Гурженко¹

¹Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

²ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

³Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Проведено исследование по изучению особенностей течения и тактики лечения пациенток с острым циститом. Было доказано, что в случае применения вспомогательной терапии (в виде спазмолитиков и препаратов, подщелачивающих мочу (Катария)) наблюдается улучшение клинической картины и лабораторных показателей в короткие сроки, что приводит к улучшению качества жизни.

Ключевые слова: острый цистит, антибиотики, лечение, Катария, Полимик.

Острый цистит (ОЦ) – это острое воспалительное заболевание мочевого пузыря. В урологической практике термин «цистит» часто используют для обозначения симптоматической мочевой инфекции с воспалением слизистой оболочки мочевого пузыря, нарушением его функции, а также изменениями осадка мочи.

ОЦ является одним из самых распространенных воспалительных заболеваний мочеполовой системы женщины независимо от возраста и социального положения. Это связано, в первую очередь, с определенными анатомическими особенностями женского организма – у женщин мочеиспускательный канал короткий и широкий и по нему инфекция попадает в мочевой пузырь значительно легче, чем у мужчин. Циститом может заболеть женщина любого возраста (каждая вторая женщина в течение года испытывает на себе неприятные симптомы цистита).

В урологической практике различают первичный и вторичный, острый и хронический, инфекционный (специфический или неспецифический) и неинфекционный (химический, термический, токсический, аллергический, лекарственный, лучевой, алиментарный и др.) цистит. Цистит с преимущественной локализацией воспалительного процесса в области мочепузырного треугольника обозначают термином «тригонит».

Предрасполагающими факторами для развития цистита являются: несоблюдение правил гигиены; переохлаждение; длительное сидение; несоблюдение режима мочеиспускания; нефизиологичная одежда (трусики-стринги, тесные джинсы, синтетическое белье, мини-юбки); ношение тесной и плотной одежды в течение длительного времени; перенесенные урологические, гинекологические или венерические воспалительные заболевания; хронические очаги инфекции; сексуальные извращения; общее снижение иммунитета и наличие хронических заболеваний (стресс, регулярное недосыпание, перерабатывание, неполноценное и нерегулярное питание, воспаление в органах малого таза, заболевания почек, инфекции, передающиеся половым путем).

При инфекционном цистите возможны восходящий, нисходящий, лимфогенный и гематогенный пути инфицирования.

Самый распространенный возбудитель цистита – кишечные бактерии, в частности, кишечная палочка.

Жалобы пациенток зависят от формы болезни. Главное проявление острого цистита – частые, небольшими порция-

ми, болезненные мочеиспускания. При ОЦ пациентку беспокоит чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ночные позывы к мочеиспусканию, общее недомогание; при сильных позывах к мочеиспусканию может возникнуть недержание мочи.

Как правило, острый неосложненный цистит у женщин длится 5–6 дней, снижая активность и трудоспособность в течение первых 2–3 дней.

При хроническом цистите в период ремиссии симптомы болезни могут практически отсутствовать. В некоторых случаях больные отмечают лишь некоторое учащение позывов к мочеиспусканию. В период обострения симптомы хронического цистита во многом напоминают симптомы острой формы этой болезни.

Во многих случаях пациентки не обращаются за медицинской помощью, считая, что это лишь транзиторные явления, до тех пор, пока клиническая картина не ухудшится.

Хотя диагностика цистита не представляет особой сложности, все же она нуждается в комплексном подходе лечащего врача: изучают не только анамнез заболевания, но и анамнез жизни, жалобы пациента (характерные симптомы заболевания), результаты макро- и микроскопии мочи, данные бактериологических исследований (бактериологический посев мочи), цистоскопия (в стадии ремиссии), функциональные исследования состояния нижних мочевых путей, лабораторные анализы крови. Во многих случаях посткоитального развития цистита желательнее женщинам проводить гинекологическое обследование, при котором может быть выявлено заболевание половых органов, которое приводит к развитию острого, а в дальнейшем – хронического цистита.

В плановое обследование женщин с выявленным циститом входит: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический посев мочи для выявления условно-патогенных возбудителей, ДНК (ПЦР) диагностика основных инфекций, исследование микрофлоры влагалища на дисбактериоз, УЗИ мочеполовых органов, позволяющее исключить сопутствующие заболевания, цистоскопия, биопсия (по показаниям).

Невзирая на то, что в случае ОЦ необходим постельный режим, далеко не все пациентки прислушиваются к данным рекомендациям, и впоследствии довольно часто развиваются различные осложнения (от хронизации процесса и частого рецидивирования до острого восходящего пиелонефрита и гангренозного цистита).

Пациенткам с ОЦ рекомендуют назначать обильное питье и диету с исключением острых и соленых блюд, алкогольных напитков. Назначают отвары трав (почечный чай, толокнянка), оказывающих мочегонное действие. Для уменьшения боли применяют также теплые ванны и грелки. При резко выраженной болезненности можно применять средства, устраняющие спазм мышц мочевого пузыря (дротаверин, папаверин), а также анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты.

При ОЦ обязательно применяют антибактериальное этиологическое лечение, направленное на устранение причины заболевания – возбудителя ОЦ. Антибактериальную терапию при инфекционном ОЦ назначают эмпирически, при этом назначаемый антибактериальный препарат должен обладать широким спектром антимикробного действия.

Кроме этиологического, также необходимо лечение, направленное на устранение симптомов цистита с «первого часа».

Болевой синдром во время цистита во многом возникает из-за повреждения стенок мочевого пузыря и раздражения рецепторов за счет кислой реакции мочи. В данном случае оселачивание мочи дает положительный эффект.

Цель исследования: изучить особенности течения и тактики лечения женщин с ОЦ, а также усовершенствовать существующие методики комплексного лечения пациентов с ОЦ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГУ «Институт урологии НАМН Украины» обследовано 80 больных с ОЦ (каждая группа по 40 человек), из числа которых 12 пациенток страдали вторичным ОЦ (на фоне заболеваний, передающихся половым путем, – ЗППП).

Пациентки были разделены на 2 группы с учетом примененных методик лечения:

1-я группа (n=40, средний возраст пациенток 26,2±5,3 года) получала комплексное лечение с использованием симптоматической (спазмолитики) и антибактериальной терапии. Курс лечения – 5 дней.

2-я группа (n=40, средний возраст пациенток 28,7±6,2 года) получала комплексное лечение с применением симптоматической (препарат, подщелачивающий мочу, спазмолитики) и антибактериальной терапии. Курс лечения – 5 дней.

Критерии включения (стандартизированы под исследование):

- возраст от 18 до 60 лет;
- исключительно женский пол;
- неучастие в других исследованиях;
- наличие информированного согласия пациентки;
- обязательное проведение контрольных обследований

Критерии исключения (стандартизированы под исследование):

- гиперактивный мочевой пузырь;
 - хронический цистит;
 - стриктуры мочеиспускательного канала;
 - выраженные нарушения функции печени и/или почек, и/или других жизненно важных органов, сопровождающиеся декомпенсацией их функций;
 - неспособность адекватно отвечать на вопросы исследователя, заполнять необходимые документы;
 - онкологические заболевания мочевого пузыря.
- Пациентам проводили комплексную диагностику:
- анамнез;

- объективное обследование (осмотр);
- регистрация субъективных жалоб (боль при мочеиспускании, частота мочеиспускания, частота возникновения непроизвольных позывов к мочеиспусканию, частота возникновения ночных позывов к мочеиспусканию, боль в надлобковой области (степень выраженности боли при мочеиспускании и боли в надлобковой области оценивают в баллах по 10-балльной шкале, где 0 – отсутствие боли, 10 – максимальная степень выраженности боли);
- бактериологический посев мочи;
- клинический анализ мочи;
- клинический анализ крови.

Пациенткам обеих групп было назначено: антибактериальная терапия, обильное питье и спазмолитики. В качестве антибактериальной терапии пациентки обеих групп получали препарат Полимик (комбинация офлоксацина и орнидазола) по 1 таблетке 2 раза в день в течение 5 дней.

Пациенткам 2-й группы в качестве симптоматической терапии был назначен препарат, подщелачивающий мочу – Катария (цитрат натрия) по 1 саше на 1 стакан воды 3 раза в день на протяжении 2 дней.

Жалобы в обеих группах были идентичны: частые болезненные мочеиспускания, непроизвольные позывы к мочеиспусканию, ночные позывы к мочеиспусканию, боль в надлобковой области, общее недомогание.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследование в динамике проводили в течение трех визитов (на 3, 5, 10-е сутки исследования). При каждом посещении проводили: общий анализ мочи, оценку переносимости препаратов и качества жизни пациента, регистрировали субъективные жалобы.

В динамике наблюдения (табл. 1) обращало на себя внимание то, что при оценке интенсивности боли при мочеиспускании по 10-балльной шкале уже через 2 дня после начала лечения во 2-й группе пациенток отмечена более выраженная позитивная динамика (во 2-й группе интенсивность боли при мочеиспускании уменьшилась с 9,8±0,1 до 3,2±0,4 балла, тогда как в 1-й группе – с 9,7±0,3 до 5,4±0,9 балла). На третьем визите у пациенток 2-й группы полностью отсутствовала боль при мочеиспускании, тогда как у пациенток 1-й группы боль при мочеиспускании сохранялась (средний балл составил 1,5±0,6).

При оценке интенсивности боли в надлобковой области (табл. 2) у пациенток 2-й группы также была отмечена более выраженная позитивная динамика. Уже через 2 дня после начала лечения во 2-й группе пациенток интенсивность боли при мочеиспускании уменьшилась с 7,3±0,1 до 2,5±0,4 балла, тогда как в 1-й группе – с 7,2±0,4 до 4,4±0,3 балла. На третьем визите у пациенток 2-й группы полностью отсутствовала

Таблица 1

Оценка интенсивности боли при мочеиспускании по 10-балльной шкале (0 – отсутствие боли, 10 – максимальная степень выраженности)

Группы больных	Исходно	Через 2 дня	Через 5 дней	Через 10 дней
1-я	9,7±0,3	5,4±0,9	1,5±0,6	0
2-я	9,8±0,1	3,2±0,4	0	0

Таблица 2

Оценка интенсивности боли в надлобковой области по 10-балльной шкале (0 – отсутствие боли, 10 – максимальная степень выраженности)

Группы больных	Исходно	Через 2 дня	Через 5 дней	Через 10 дней
1-я	7,2±0,4	4,4±0,3	1,1±0,6	0
2-я	7,3±0,1	2,5±0,4	0	0

Таблица 3

Оценка частоты мочеиспускания и частоты ночных позывов к мочеиспусканию у пациенток 1-й группы

Симптом	Исходно	Через 2 дня	Через 5 дней	Через 10 дней
Частота мочеиспускания	25,1±0,4	13,2±0,3	5,2±0,7	5,2±0,2
Частота ночных позывов к мочеиспусканию	5,3±0,1	2,1±0,3	1,0±0,1	0

Таблица 4

Оценка частоты мочеиспускания и частоты ночных позывов к мочеиспусканию у пациенток 2-й группы

Симптом	Исходно	Через 2 дня	Через 5 дней	Через 10 дней
Частота мочеиспускания	26,1±0,2	8,2±0,3	5,2±0,1	5,2±0,2
Частота ночных позывов к мочеиспусканию	5,3±0,1	1,0±0,2	0	0

Таблица 5

Динамика клинико-лабораторных показателей пациенток 1-й группы

Исследования	Исходно	Через 2 дня	Через 5 дней	Через 10 дней
Лейкоцитурия	38-54±10,5 в поле зрения	6-9±1,43	2-5±1,01	0-2±0,36
Эритроцитурия	17-32±6,63 в поле зрения	2-4±0,58	0±0,32	0

Таблица 6

Динамика клинико-лабораторных показателей пациенток 2-й группы

Исследования	Исходно	Через 2 дня	Через 5 дней	Через 10 дней
Лейкоцитурия	41-58±12,4 в поле зрения	4-9±2,47	2-5±1,23	0-2±0,68
Эритроцитурия	18-33±7,90 в поле зрения	3-6±0,84	0±0,49	0

боль в надлобковой области, тогда как у пациенток 1-й группы боль в надлобковой области сохранялась (средний балл составил 1,1±0,6).

При оценке частоты мочеиспускания и частоты ночных позывов к мочеиспусканию (табл. 3, 4) отмечена более выраженная положительная динамика во 2-й группе пациенток. Через 2 дня после начала лечения количество мочеиспусканий снизилось от исходного значения во 2-й группе на 70%, тогда как в 1-й группе – на 50%. Количество ночных позывов к мочеиспусканию через 2 дня снизилось от исходного значения во 2-й группе на 80%, тогда как в 1-й группе – на 60%.

Во 2-й группе ночные позывы к мочеиспусканию полностью отсутствовали через 5 дней от начала терапии, тогда как в 1-й группе через 5 дней от начала терапии количество ночных позывов составило 1,0±0,1 раза.

Динамика клинико-лабораторных показателей представлена в табл. 5 и 6.

В 15% случаев (у 3 пациенток из 1-й группы и у 3 пациенток 2-й группы) наблюдались побочные эффекты в виде диареи, тошноты и учащенного стула (на фоне получения антибиотикотерапии), которые были выражены незначительно и не требовали коррекции.

ВЫВОДЫ

1. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что комплексное лечение острого цистита (ОЦ) является эффективным методом лечения данной группы больных.

2. Применение препаратов Полимик и Катария приводит к уменьшению симптомов ОЦ (боль при мочеиспускании, боль в надлобковой области, учащенное мочеиспускание, ночные позывы к мочеиспусканию) и улучшает качество жизни пациенток с ОЦ.

Статья поступила в редакцию 07.10.2013

3. Оба препарата хорошо переносятся больными.

4. Препараты Полимик и Катария можно применять в комплексном лечении пациенток с ОЦ для устранения заболевания при контроле общего анализа мочи после лечения. В случае отсутствия эффекта или неполного исчезновения симптомов рекомендуется антибиотикотерапия согласно данным бактериологического посева мочи и антибиотикограммы.

Гострий цистит у жінок: діагностика та комплексне лікування

А.І. Бойко, В.І. Потайчук, А.Ю. Гурженко, Є.Ю. Гурженко

Проведено дослідження з вивчення особливостей перебігу і тактики лікування пацієнток із гострим циститом. Було доведено, що в разі застосування допоміжної терапії (у вигляді спазмолітиків і препаратів, які підлужнюють сечу (Катарія)) спостерігається поліпшення клінічної картини та лабораторних показників у короткі терміни, що сприяє покращанню якості життя.

Ключові слова: гострий цистит, антибіотики, лікування, Катарія, Полімік.

Acute cystitis in women: diagnosis and complex treatment

A.I. Boyko, V.I. Potaychuk, A.Y. Gurzhenko, E.Y. Gurzhenko

On purpose of studying the features of course and strategies of treatment patients with acute cystitis were made the examination. It was proved that in the case of adjunctive therapy (as antispasmodics, urine alkalizing agents (Kataria)) there are clinical and laboratorial improvement in a short time, which leads to a better quality of life.

Key words: acute cystitis, antibiotics, treatment, Kataria, Polymic.