

++++
++++
++++

Современные парадигмы диагностики и лечения неосложненного цистита у женщин

Авторы:

Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Неосложненный цистит – это острый, спорадический или рецидивирующий инфекционно-воспалительный процесс в оболочке мочевого пузыря у здоровой во всех отношениях женщины, небеременной, в пременопаузе с анатомически нормальными мочевыми путями в отсутствие патологических выделений из половых путей.

Рецидивирующий (хронический) цистит – при возникновении 2 и более эпизодов цистита в течение 6 месяцев или 3 эпизодов в течение 1 года. Согласно данным статистики, наблюдается у 25% женщин с перенесенной инфекцией мочевыводящих путей в анамнезе.

Коды по МКБ-10

- N30.0 Острый цистит.

N30.1 Интерстициальный цистит (хронический).

N30.2 Другой хронический цистит.
- N30.3 Тригонит.

N30.4 Лучевой цистит.

N30.8 Другие циститы.

N30.9 Цистит неуточненный.

Острый неосложненный цистит

Клинические симптомы	• Дизурия (частое болезненное мочеиспускание – более 8 раз днем и 1 раза ночью малыми порциями). • Неотложные позывы. • Боли в надлобковой области. • Повышение температуры тела (при осложненном течении). • Гематурия (чаще терминальная)
Диагностика	Анкетирование (валидированный опросник ACSS). Лабораторная диагностика: • общий анализ мочи (или анализ с помощью тест-полосок). Бактериологическое исследование мочи не требуется для назначения эмпирической терапии при неосложненном цистите! Показания для проведения бактериологического исследования мочи: • рецидивирующий цистит; • высокий риск острого пиелонефрита; • нетипичное течение; • беременность. Диагностический титр бактериурии $\geq 10^3$ КОЕ/мл в средней порции утренней мочи при самостоятельном мочеиспускании

Терапия острого неосложненного цистита	
Рекомендуемые антибактериальные препараты	Альтернативные препараты
Фуразидина калиевая соль с магния карбонатом основным по 100 мг 3 раза в сутки в течение 5–7 дней	Цефиксим 400 мг 1 раз в день в течение 5–7 дней
Фосфомицина триметамол 3 г однократно	Нифурател по 200–400 мг 3 раза в день 5–7 дней
Нитрофурантоин 100 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней	

Рецидивирующий цистит

По ведению пациентов с рецидивирующим циститом консенсус не найден. Лечение рецидивирующего цистита трудное, требующее исключения многих факторов, поддерживающих заболевание, как урологических, так и сопутствующих.

Факторы риска рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у женщин		
Рекомендуемые антибактериальные препараты	Рекомендуемые антибактериальные препараты	Альтернативные препараты
- Наличие в личном/семейном анамнезе ИМП. - Несекреторный статус. - Анатомические нарушения. - Травматичные манипуляции. - Сахарный диабет. - Ожирение. - Применение антибиотиков. - Вагинальная инфекция	- Сексуальная активность. - Новый половой партнер за прошедший год. - Использование диафрагмы / спермицидных средств. - Применение антибиотиков. - Беременность	- Недостаток эстрогенов. - Генитоуринарный менопаузальный синдром. - Неполное опорожнение мочевого пузыря. - Цистоцеле. - Недержание мочи. - Катетеризация. - Хирургические вмешательства на органах мочеполовой системы
Клинические симптомы	Основные клинические симптомы те же, что и при остром цистите, но выражены слабее. Хронический цистит протекает либо в виде непрерывного процесса с постоянными, более или менее выраженными жалобами и изменениями в моче (лейкоцитурия, бактериурия), либо имеется рецидивирующее течение с обострениями, протекающими аналогично острому циститу, и ремиссиями, во время которых все признаки цистита отсутствуют	
Причины рецидивирования	- Генетическая предрасположенность. - Половой контакт, новый половой партнер. - Применение спермицидов. - Самолечение. - Позднее обращение к врачу. - Сопутствующий воспалительный процесс во влагалище (инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), вагиниты) и бактериальный вагиноз	
Лабораторная диагностика	- Общий анализ мочи. - Бактериологический посев мочи. Диагностический титр бактериурии $\geq 10^3$ КОЕ/мл в средней порции утренней мочи при самостоятельном мочеиспускании. - Мазок на флору из уретры и цервикального канала. - Обследование на ИППП методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)	
Инструментальная диагностика	- УЗИ мочевого пузыря (исключить опухоли, камни). - Цистоскопия в рутинной практике не рекомендуется (низкая диагностическая ценность)	

Лечение рецидивирующего цистита	
Немедикаментозная терапия	Медикаментозная терапия
1. Диета с исключением соленой, острой, раздражающей пищи (стол № 10)	Фуразидин 100 мг 3 раза в день в течение 7 дней, или Фосфомицин 3 г каждые 10 дней в течение 3 месяцев, или Нитрофурантоин 50–100 мг 3–4 раза в сутки, Нифурател 400 мг до или сразу после коитуса Суперлимф® 1 суппозиторий (25 ЕД) 1 раз в сутки 20 дней ректально.
2. Обильное питье, достаточное для поддержания диуреза 2000–2500 мл (после разрешения дизурии)	При наличии чувствительности по данным посева мочи: Цефиксим 400 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней
3. Фитотерапия широко используется как вспомогательное лечение на этапе долечивания	
4. Физиотерапевтические процедуры (переменное магнитное поле, лазеротерапия, УВЧ и др.), массаж уретры	
5. При хроническом цистите, сопровождающемся стойкой щелочной реакцией мочи, показано санаторно-курортное лечение в Трускавце, Железноводске, Ессентуках, Боржоми	

Профилактика хронического цистита

- Иммуноактивная (препараты ОМ-89 (Uro-Vaxom), Urovac, ингарон) – по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 3 месяцев.
- Локальная цитокинотерапия (препарат Суперлимф® 25 ЕД) по 1 суппозиторию 1 раз в сутки, ректально, 10 дней, курсы можно повторять.
- Вагинальные пробиотики (Lactobacillus spp.) 1–2 раза в неделю уменьшают число рецидивов. Рекомендуются применение только препаратов, содержащих Lactobacillus rhamnosus GR-1, Lactobacillus reuteri RC-14, а также L. crispatus.
- Фитотерапия (Канефрон Н, экстракт клюквы).D-манноза по 2 капсулы (1800 мг) в день 14 дней (экскретируется в мочу и связывается с адгезинами уропатогенной кишечной палочки, препятствуя дальнейшей ее адгезии к уротелию и развитию инфекционно-воспалительного процесса).
- Эндовезикальные инстилляции гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата применяют для восстановления гликозаминогликанового слоя (GAG) уротелия.
- Бактериофаготерапия.
- Антибиотикопрофилактика не рекомендуется в связи с большим количеством побочных реакций и селекцией резистентных штаммов бактерий.

Рецидивирующий цистит

В руководстве Европейской ассоциации урологов (EAU) 2020 г. подчеркивается важность рационального применения антимикробных препаратов для оптимизации исходов профилактики и лечения инфекции при одновременном ограничении чрезмерного и неправильного применения указанных препаратов. В случае рецидивирующих циститов требуется включение ряда мер по обеспечению рационального и научно обоснованного применения антимикробных препаратов для их профилактики и лечения, а также стратегий без антибиотикотерапии. В перечень препаратов для лечения как острой, так и рецидивирующей ИМП не включены фторхинолоны в связи с развитием коллатерального экологического эффекта (образование бактерий, резистентных и к другим типам антибиотиков) и серьезных побочных реакций.



АКАДЕМИЯ
ДОКТОРА

Платформа «Академия доктора»
это обучение в удобное для вас
время.



Приглашаем Вас ознакомиться с полезными для практической деятельности материалами платформы «Академия доктора», созданной совместно с Ассоциацией Молодых Медицинских Специалистов.

На портале вы найдете:



Интерактивное обучение

Обучающие модули, позволяющие полностью погрузиться в выбранную проблематику, разобрать ее с помощью информации от ведущих экспертов и закрепить прохождением мини-тестов.



Онлайн и офлайн мероприятия

Календарь предстоящих мероприятий в различных областях медицины, а также коллекция записей с уже прошедших.



Научные статьи

Коллекция значимых и актуальных публикаций из авторитетных медицинских источников.

Остканируйте QR-код:



Или перейдите на сайт:

DOCACADEMY.RU

Литература

1. Foster R.T. Uncomplicated urinary tract infections in women. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008; 35(2): 235-48, vii. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2008.03.003>.
2. Sivick K.E., Mobley H.L.T. Waging war against uropathogenic *Escherichia coli*: Winning back the urinary tract. *Infect Immun* 2010; 78(2): 568-85. <https://dx.doi.org/10.1128/IAI.01000-09>.
3. Bonkat G. et al. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections. 2020; <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2020.pdf>
4. Kranz J., Schmidt S., Lebert C., Schneidevind L., Mandraka F., Kunze M., Helbig S., Vahlensieck W., Naber K., Schmiemann G., Wagenlehner F.M. *Urol Int.* 2018; 100(3): 271-8.
5. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections. URL: www.uroweb.org.
6. Naber K.G., Schito G., Botto H., Palou J., Mazzei T. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. *Eur Urol.* 2008; 54(5): 1164-75. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2008.05.010>.
7. Falagas M.E., Vouloumanou E.K., Togias A.G., Karadima M., Kapaskelis A.M., Rafailidis P.I., Athanasiou S. Fosfomycin versus other antibiotics for the treatment of cystitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Antimicrob Chemother.* 2010; 65(9): 1862-77. <https://dx.doi.org/10.1093/jac/dkq237>.
8. Köves B., Cai T., Veeratterapillay R., Veeratterapillay P., Pickard R., Seisen T. et al. Benefits and Harms of Treatment of Asymptomatic Bacteriuria: A Systematic Review and Meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel. *Eur Urol.* 2017; 72(6): 865-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2017.07.014>.
9. Taha Neho K.A., Nogueira Castilho L., Reis L.O. Oral vaccine (OM-89) in the recurrent urinary tract infection prophylaxis: A realistic systematic review with metaanalysis. *Actas Urol Esp.* 2016; 40(4): 203-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2015.04.008>.
10. Aziminia N., Hadjipavlou M., Philippou Y., Pandian S.S., Malde AS., Hammadesh M.Y. Vaccines for the prevention of recurrent urinary tract infections: a systematic review. *BJU Int.* 2019; 123(5): 753-68. <https://dx.doi.org/10.1111/bju.14606>.
11. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов: Федеральные клинические рекомендации. Под ред. Перепановой Т.С. и соавт. М.; 2020. 110 с.
12. Урология. Клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 480 с.
13. Колонтарев К.Б., Зайцев А.В., Пушкарь Д.Ю. Сравнительный анализ антибактериальной терапии острого цистита. *Урология.* 2013; 3: 112-22.
14. Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Касян Г.Р., Цыбуля О.А. Обзор препаратов для лечения неосложненного цистита у женщин. *Медицинский совет.* 2010; 7-8: 60-6.
15. Зайцев А.В., Тупикина Н.В. Рецидивирующая инфекция мочевых путей –междисциплинарная проблема. *Медицинский совет.* 2014; 19(Урология): 36-44.
16. Naber K.G., Алиджанов Ж.Ф. Существуют ли альтернативные методы антибактериальной терапии и профилактики неосложненных инфекций мочевыводящих путей? *Урология.* 2014; 6: 5-13.
17. Аполихина И.А., Саидова А.С., Тетерина Т.А. Эффективность применения локальной цитокинотерапии в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом. *Акушерство и гинекология.* 2019; 12: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.12>