

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения России

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедрой: ДМН, проф. Петрова М.М.

Реферат

На тему: «Цистит у женщин»

Выполнила: врач-ординатор 1 года, 112 группы,
специальности «Общая врачебная практика» Щеглова Ю.А.

г. Красноярск, 2022 год

Содержание:

1. Актуальность проблемы.....	3
2. Этиология и патогенез.....	3
3. Диагностика.....	3-7
4. Лечение	8-10
5. Используемая литература.....	11-12

Актуальность проблемы:

Циститом болеют преимущественно женщины, что связано с анатомофизиологическими и гормональными особенностями их организма. В России ежегодно регистрируют 26–36 млн. случаев цистита. В течение жизни острый цистит переносят 20–25% женщин, у каждой третьей из них в течение года возникает рецидив заболевания, а у 10% оно переходит в хроническую рецидивирующую форму.

Цистит чаще всего развивается в возрасте 25–30 лет, а также у женщин старше 55 лет, т.е. после менопаузы. До 60% обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом.

Этиология и патогенез

По этиологии выделяют:

- инфекционный (бактериальный);
- неинфекционный (лекарственный, лучевой, токсический, химический, аллергический и др.).

По течению цистит делят на острый и хронический (рецидивирующий), который подразделяют на фазу обострения и фазу ремиссии.

Выделяют также первичный (неосложнённый) цистит (самостоятельное заболевание, возникающее на фоне условно-нормального пассажа мочи у женщин 18–45 лет без сопутствующих заболеваний) и вторичный (осложнённый) у всех остальных, т.е. возникающий на фоне нарушения уродинамики и как осложнение другого заболевания: туберкулёз, камень, опухоль мочевого пузыря, когда повышен риск отсутствия эффекта от эмпирически назначенной антибактериальной терапии.

По характеру морфологических изменений возможен катаральный, язвенно-фибринозный, геморрагический, гангренозный и интерстициальный цистит. Последний считают самостоятельным заболеванием, при котором происходит смена фаз течения воспалительного процесса, приводящая к выраженной боли в области мочевого пузыря, постепенному уменьшению его ёмкости, вплоть до сморщивания, и нарастанию дизурии.

Диагностика

Жалобы (на боли, рези во время мочеиспускания, боли над лоном, неотложные позывы к мочеиспусканию, частые позывы к мочеиспусканию днем и/или ночью, терминальную гематурию, мочеиспускание малыми порциями при общем удовлетворительном состоянии, отсутствии гипертермии свыше 38°C , болей в поясничной области, наличие связи жалоб с половым актом) у женщин пременопаузального возраста.

В анамнезе у пациентов с подозрением на цистит необходимо уточнить:

- наличие у матери цистита
- связь обострения цистита с половым актом, с переохлаждением ног
- наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет)
- необходимо выяснить, не было ли каких-либо симптомов со стороны мочеиспускания за 4 недели до обращения

Для острого цистита характерно острое начало. При наличии двух обострений в течение полугода или трёх — в течение года говорят о хроническом или рецидивирующем цистите. Несмотря на определённое беспокойство, причиняемое пациентам, для цистита не характерно тяжёлое течение.

При сборе анамнеза и жалоб у всех пациентов с подозрением на цистит рекомендуется выяснить у пациента наличие следующих симптомов острого цистита для уточнения особенностей течения и тяжести заболевания:

- частое мочеиспускание малыми порциями мочи
- рези, боли при мочеиспускании
- боль над лоном
- императивные позывы к мочеиспусканию;
- отсутствие гипертермии (свыше 38°C), болей в поясничной области
- иногда примесь крови в моче (особенно в последней порции)
- отсутствие зуда и обильных влагалищных выделений

Для объективной оценки симптомов заболевания предложена количественная оценка по шкале симптомов острого цистита (ACSS). Шкала ACSS состоит из 18 вопросов, на которые пациентка отвечает самостоятельно. Вопросы разделены на четыре категории: а) вопросы о характерных симптомах (1–5); б) вопросы для дифференциального диагноза (7–10); в) вопросы о качестве жизни (11–13); г) дополнительные вопросы об основном заболевании (14–18). Пороговое значение 6 баллов при оценке характерных симптомов имеет чувствительность 91,2% и специфичность 86,5% в отношении прогнозирования острого цистита.

Всем пациентам с циститом рекомендуется заполнить дневник мочеиспускания в течение 2-х суток для объективной оценки частоты и объема мочеиспускания.

В дневнике мочеиспускания указывается время мочеиспускания, измеряется количество выделенной мочи за одно мочеиспускание, количество выпитой жидкости за 1 раз и отмечается характер мочеиспускания. Заполняется самой пациенткой в течение 2-х дней. Каждое мочеиспускание пациентка осуществляет в пол-литровую банку (или мерный стакан) для измерения количества выделенной мочи, которую после этого надо вылить в унитаз. Дневник ведется с утра и до утра следующего дня. В примечании необходимо отметить были ли рези, боли при мочеиспускании, характер струи мочи.

Заполнение дневников мочеиспускания является важным этапом обследования больных, длительное время страдающих дизурией

Физикальное обследование

При физикальном обследовании пациентов с циститом выявляется болезненность при пальпации в надлобковой области в проекции мочевого пузыря. При локальном осмотре промежности отмечают наличие или отсутствие высыпаний на слизистой оболочке; кондилом; расположение наружного отверстия уретры по отношению к передней стенке влагалища, наличие зуда, выделений из влагалища и характер выделений (слизистые; гнойные; белые, творожистой консистенции и т.д.). Высыпания, остроконечные кондиломы на слизистой оболочке промежности требуют исключения вирусной природы заболевания. Выделения, болезненность при вагинальном исследовании характерны для заболеваний женских половых органов (вагинит, аднексит, сальпингит и др.). При бимануальном влагалищном исследовании обращают внимание на состояние мочеиспускательного канала (особенно у пациентов с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей), болезненную пальпацию шейки мочевого пузыря.

Критерии установления диагноза

На основании патогномичных данных: наличие жалоб на частое болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи, рези и боли при мочеиспускании, императивные позывы к мочеиспусканию, отсутствие обильных выделений из влагалища

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам при осложнённом или рецидивирующем (хроническом) цистите выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления признаков воспаления мочевых путей.

При остром неосложненном цистите общий анализ мочи не обладает высокой диагностической ценностью. Диагностически значимыми являются >10 лейкоцитов/ мм^3 при микроскопии осадка мочи, увеличение количества бактерий, возможна эритроцитурия. При остром неосложненном цистите и при рецидивирующем цистите анализ мочи может быть выполнен с помощью тест-полосок в качестве альтернативы общему анализу мочи - положительный тест на нитриты и лейкоцитарную эстеразу.

Не рекомендуется пациентам с острым неосложнённым циститом микробиологическое (культуральное) исследование мочи при первичной диагностике в связи с минимальным увеличением диагностической точности и длительностью исследования.

Проведение микробиологического (культурального) исследования мочи должно выполняться при подозрении на пиелонефрит, при персистирующих или рецидивирующих симптомах в пределах 4 недель после окончания антибиотикотерапии, у пациентов с атипичными симптомами и у беременных. Бактериологическое исследование мочи проводят для выявления возбудителя и его чувствительности к антибактериальным лекарственным средствам. По российским и международным исследованиям в 70-80% случаев возбудителем цистита являются *E. coli*, реже другие грамотрицательные бактерии, чувствительные к фосфомицину* и нитрофурантоину. Эмпирическая терапия высокоэффективна. При неэффективности эмпирической терапии бактериологический анализ мочи с определением чувствительности уropатогена к антибактериальным препаратам существенно облегчит выбор следующего препарата.

Рекомендуется выполнять микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены пациентам с осложнённым или рецидивирующим (хроническим) цистите для уточнения возбудителя.

У пациентов с типичными симптомами микробное число 10^2 - 10^3 КОЕ/мл может быть приемлемым, если выделена монокультура. Для посева мочи анализ средней порции утренней мочи необходимо исследовать немедленно, если это невозможно, то мочу необходимо хранить при температуре $+2$ - $+8^\circ \text{C}$. Очень важно различать бессимптомную бактериурию от симптоматической инфекции нижних мочевых путей, т.е. цистита. Колонизация мочевыводящих путей и соответственно наличие бактерий в

моче без клинических проявлений определяется как асимптоматическая бактериурия (АСБ). Асимптоматическая бактериурия (АСБ) диагностируется в случае выделения одного или более видов бактерий, растущих в моче с количеством $\geq 10^5$ КОЕ/мл или $\geq 10^4$ КОЕ/мл, независимо от наличия пиурии, в отсутствии признаков и симптомов присущих инфекции мочевых путей (ИМП) Бессимптомная бактериурия (комменсальная колонизация) может защищать от суперинфекции вирулентными уропатогенами.

Не рекомендуется лечение АСБ:

- женщинам без факторов риска развития инфекции мочевых путей;
- пациентам с регулируемым сахарным диабетом;
- женщинам в постменопаузе;
- пожилым людям, живущим в домах престарелых;
- пациентам с нарушенной функцией нижних мочевых путей и после реконструктивных операций на нижних мочевых путях; пациентам с трансплантацией почки;
- пациентам до артропластики и пациентам с рецидивирующей инфекцией мочевых путей, чтобы избежать риска селекции резистентных микроорганизмов и эрадикации потенциально протективных АСБ штаммов микроорганизмов.

Рекомендуется антибактериальное лечение АСБ у беременных женщин и перед инвазивными вмешательствами на мочевых путях и половых органах при которых возможны кровотечения и повреждение слизистой оболочки, с целью профилактики невынашивания беременности, преждевременных родов и инфекционно-воспалительных осложнений.

Рекомендуется у женщин с рецидивирующим (хроническим) циститом (при обострениях цистита после полового акта), выполнить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из влагалища на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с целью определения дисбиоза влагалища.

При рецидивирующем цистите иногда необходимо провести молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы-маркеры бактериального вагиноза и аэробного вагинита, которые могут влиять на дисбиоз влагалища и тем самым снижать их защитную функцию при восходящем пути инфицирования мочевых путей.

Инструментальные диагностические исследования

Не рекомендуется рутинное проведение расширенного обследования (ультразвукового исследования (УЗИ), и/или цистоскопии) при остром цистите или обострении рецидивирующего (хронического) цистита с целью подтверждения диагноза острого цистита. Пациенткам женского пола с рецидивирующим (хроническим) циститом старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря рекомендуется проведение УЗИ мочевого пузыря и цистоскопии.

Для диагностики острого восходящего пиелонефрита у пациентов с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия свыше 38°C , боли в поясничной области, боли при пальпации почек) рекомендуется ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография почек.

У женщин с рецидивирующим циститом после 40 лет, ультразвуковое исследование мочевого пузыря выполняется для исключения других заболеваний. При цистите можно увидеть утолщённую, отёчную слизистую оболочку мочевого пузыря. Однако главная задача УЗИ — исключение опухоли мочевого пузыря; камня предпузырного или интрамурального отдела мочеточника, который может вызывать дизурию; остаточной мочи, что может иметь место при пролапсе тазовых органов у женщин, нейрогенных расстройствах мочевого пузыря.

Рекомендуется цистоскопия у пациентов с макрогематурией для исключения новообразования или туберкулёза мочевого пузыря, а также в исследовательских целях.

Рекомендуется пациентам при рецидивах заболевания, при отсутствии эффекта от проводимого лечения, проведение измерения скорости потока мочи (урофлоуметрии) с определением объема остаточной мочи для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента

Лечение

Лечение при остром цистите направлено на:

- Достижение длительного клинического результата

Лечение при рецидивирующем цистите направлено на:

- улучшение качества жизни больного
- профилактику рецидивов;
- профилактику и лечение осложнений;

Консервативное лечение

Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторных условиях для элиминации возбудителя.

Продолжительность терапии острого неосложнённого цистита — 1–3–5–7 сут — зависит от выбранного препарата и отсутствия или наличия факторов риска.

Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение препарата первого выбора: фосфомицина в дозе 3г однократно, курс лечения 1 день.

Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение фуразидина или нитрофурантоина в дозах, соответствующих инструкции к препарату.

Пациентам с неосложненным циститом при непереносимости препаратов первой линии в качестве альтернативы рекомендуется назначение цефиксима в дозе 400мг в сутки в течение 5 дней.

Пациентам с неосложненным циститом не рекомендуется назначение антибиотиков группы хинолонов (фторхинолонов) не только из-за высокого уровня резистентных штаммов микроорганизмов, селекции мультирезистентных патогенов или повышенного риска *Clostridium difficile* ассоциированного колита, но и из-за большого числа серьезных нежелательных побочных действий препаратов этой группы.

Пациентам с неосложненным циститом не рекомендуется назначение ампициллина, амоксициллина, ко-тримоксазола из-за высокого уровня резистентных к ним уропатогенов, в частности кишечной палочки.

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом у женщин в постменопаузе рекомендуется назначение вагинальной эстрогензаместительной терапии для уменьшения выраженности симптомов и улучшения качества жизни в соответствии с инструкцией к препарату.

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуется назначение фосфомицина в дозе 3 г 1 раз через 10 дней, на протяжении 3 месяцев, с целью лечения и профилактики обострений.

Диетотерапия не предусмотрена.

Обезболивание не предусмотрено.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение не предусмотрено.

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуется при фитотерапевтического препарата, содержащего золототысячник, корень любистон, листья розмарина обыкновенного в дозе 2 т (или по 50 кап) 3 раза в день, в течение 3 месяцев приема для профилактики рецидивов цистита.

Пациентам с частыми рецидивами бактериального цистита рекомендуется назначение иммунопрофилактики лиофилизированным лизатом бактерий *Escherichia coli* с целью иммунопрофилактики по 1 капсуле x1 раз в день - 3 мес.

Лиофилизированный лизат бактерий *Escherichia Coli* доказал свою эффективность в ряде клинических исследований и может быть рекомендован для иммунопрофилактики у женщин с рецидивирующими неосложнёнными ИМП.

У женщин с посткоитальным циститом, когда рецидивы цистита четко связаны с половым актом, рекомендуется с целью посткоитальной антибиотикопрофилактики до или после полового акта нитрофурантоин 50 мг при неэффективности прочих, не-антибактериальных методов.

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуются инстилляции протектора вязкоэластичного стерильного для слизистой мочевого пузыря, содержащего гиалуроновую кислоту, в мочевой пузырь, вне стадии обострения с целью профилактики рецидивов.

В РФ препарат зарегистрирован в качестве изделия медицинского назначения.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации, 2021. Цистит у женщин.
2. Перепанова Т.С. Неосложненная инфекция мочевых путей. В кн: «Рациональная фармакотерапия в урологии: Руководство для практикующих врачей-2 изд. исп, и доп/ под общ.ред. Н.А.Лопаткина, Т. С. Перепановой.-М.:Литтерра-2012.стр.303-318
3. Nicolle LE. A Practical Guide to the Management of Complicated Urinary Tract Infection. Drugs. 1997;53:583-92.;
4. Foxman, B., et al. Urinary tract infection among women aged 40 to 65: behavioral and sexual risk factors. J Clin Epidemiol, 2001. 54: 710. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11438412>
5. К. Г. Naber, Ж. Ф. Алиджанов. Существуют ли альтернативные методы антибактериальной терапии и профилактики неосложненных инфекций мочевыводящих путей? Урология, 2014, №6, с.5-13
6. Chapple CR Is a voiding diary really necessary in 2014? Eur Urol. 2014 Aug;66 (2):301-2. doi: 10.1016/j.eururo.2014.05.001. Epub 2014 May 15.;
7. Урология: национальное руководство/ под ред. Н. А. Лопаткина. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- с. 484-490 –(Серия «Национальные руководства») ISBN 978-5-9704-0983-1
8. Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Руднов В.А., Синякова Л.А. «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» Федеральные клинические рекомендации 2017г,70с.
9. Kaltenis P, Baciulis V, Liubsis A. Reliability of detection of leucocyturia by means of the dip-stick Cytur-Test. Int Urol Nephrol. 1984;16 (3):233-5.
10. European Committee for Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). EUCAST Definitive Document E.Def 1.2, May 2000: Terminology relating to methods for the determination of susceptibility of bacteria to antimicrobial agents. Clin Microbiol Infect, 2000. 6 (9):p.503-8
11. В.В. Галкин, Е.В. Довгань, С.Н. Козлов, В.В. Рафальский. Цефиксим в сравнении с ципрофлоксацином при остром неосложненном цистите: клинико-экономическое исследование.Клин микробиол антимикроб химиотер 2012, Том 14, № 1, с.59-66
12. Ivanov D, Abramov-Sommariva D, Moritz K, Eskötter H, Kostinenko T, Martynyuk L, Kolesnik N, Naber KG. An open label, non-controlled, multicentre, interventional trial to investigate the safety and efficacy of Canephron® N in the management of uncomplicated urinary tract infections (uUTIs). Clinical Phytoscience. 2015;1:7. doi:10.1186/s40816-015-0008-x.;

13. Dimitri Abramov-Sommariva, Martina Höller, Hubert Steindl, Kurt G. Naber. Non-Antibiotic Herbal Therapy (BNO 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomycin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, randomized, Multicentre, Non-Inferiority Phase III Trial Florian M. Wagenlehner. Internationalis Urologia DOI: 10.1159/000493368, Published online: September 19, 2018
14. Палагин И.С., Сухорукова М.В., Дехнич А.В., Эйдельштейн М.В., Перепанова Т.С., Козлов Р.С. и исследовательская группа «ДАРМИС-2018»
«Антибиотикорезистентность возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты многоцентрового исследования «ДАРМИС-2018» журнал Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия том 21, №2, с.134-146, 2019г. DOI: 10.36488/cmac.2019.2.134-146