

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России;
²НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО РЖД

Автор для связи: М. В. Раздорская — д.м.н., врач отделения урологии НУЗ ОКБ
на ст. Барнаул ОАО РЖД; e-mail: nozdrachevuro@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность препарата Фитолизин в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом.

Материалы и методы. За период с января 2016 по март 2016 г. были обследованы 40 женщин с хроническим циститом. Все пациентки в зависимости от проводимого лечения были разделены на две группы по 20 человек. Женщины основной группы получали в комплексе фосфомицин (монурал) и Фитолизин. Пациентки контрольной группы получали монотерапию фосфомицином.

Результаты. Результаты оценивали через 1 и 2 мес после начала терапии. У пациенток основной группы отмечена более быстрая нормализация состояния и лабораторных показателей, улучшение динамики эндоскопической картины.

Заключение. Комплекс биологически активных веществ в составе препарата Фитолизин оказывает противомикробное, противовоспалительное, спазмолитическое и иммуномодулирующее действия, способствует нормализации уродинамики нижних мочевых путей, снижает риск повторных рецидивов хронического цистита. Таким образом, препарат Фитолизин может быть рекомендован в качестве компонента в составе комплексной терапии обострений хронического цистита, а также средства профилактики данного заболевания в безрецидивные периоды.

К л ю ч е в ы е с л о в а: хронический цистит, Фитолизин, фосфомицин

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Для цитирования: Неймарк А.И., Раздорская М.В., Неймарк Б.А. Комплексное лечение хронического цистита у женщин. Урология. 2016;4:24–28

Введение. Согласно статистическим данным, в России регистрируют 26–36 млн случаев заболевания острым циститом в год [1]. Установлено, что у 50% женщин после эпизода цистита в течение года развивается рецидив, у 27% молодых женщин рецидив возникает в течение 6 мес, причем у 50% больных рецидивы наблюдают более 3 раз в год [1–4]. В настоящее время хронический цистит у женщин является распространенным заболеванием и отличается длительным упорным течением. Несмотря на пристальный интерес урологов к лечению хронического цистита, эта задача по-прежнему далека от окончательного решения. Сложность данной проблемы заключается в полиэтиологичной природе заболевания и множественности факторов, поддерживающих течение патологического процесса в стенке мочевого пузыря [5, 6].

У женщин молодого и среднего возраста рецидивирующий цистит может приводить к длительной или повторной нетрудоспособности вследствие частых обострений [7]. Нарушения уродинамики нижних мочевыводящих путей, микроциркуляции в слизистой мочевого пузыря и наличие бактериального агента во многом способствуют развитию и поддержанию воспалительного процесса в мочевом пузыре [8]. Причиной недостаточной эффективности лечения больных хроническим циститом и частого рецидивирования заболевания является отсутствие рационального подхода к проведению лечебных мероприятий [9].

Целью исследования стала оценка эффективности препарата Фитолизин для женщин с хроническим циститом.

Материалы и методы. Проведено исследование с участием 40 женщин с хроническим циститом в возрасте от 20 до 68 лет (средний возраст — $45 \pm 2,7$ года). Все пациентки в зависимости от вида проводимого лечения разделены на две группы по 20 человек. Женщины основной группы получали в комплексе фосфомицин (монурал) и Фитолизин, контрольной группы — монотерапию фосфомицином.

Длительность заболевания в исследуемых группах варьировалась от 10 мес до 20 лет (*табл. 1*).

Многие пациентки неоднократно получали лечение как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Терапия включала в том числе и внутрипузырные инстилляций колларгола, димексида, диоксидаина. Длительность безрецидивного периода составила от 3 мес до 5 лет.

Диагностика заболевания проводилась на основании совокупности анамнестических и объективных клинических данных, результатов лабораторно-инструментальных методов, а также уродинамического обследования.

При первом обращении на каждую пациентку заводили специальную карту, в которой отмечали особенности анамнеза жизни и заболевания, данные дополнительных методов обследования. При сборе жалоб уделяли внимание интенсивности и выраженности болевого синдрома, частоте мочеиспускания, чувству неполного опорожнения мочевого пузыря. Анамнез заболевания включал длительность заболевания, предшествующие заболеванию факторы, виды проводимого ранее лечения, а также их эффективность и длительность безрецидивного периода. Детально описывали гинекологический статус.

Т а б л и ц а 1
Распределение пациенток в зависимости от длительности заболевания

Длительность заболевания	Контрольная группа	Основная группа
До 5 лет	8	11
До 10 лет	8	4
Более 10 лет	4	5

Отмечали наличие очагов хронической инфекции как возможных источников инфицирования мочевого пузыря нисходящим путем.

Всем женщинам двукратно, до курса терапии и через 1 мес после начала лечения, проводили комплексное обследование. Выполняли клинический анализ крови по общепринятой методике, общий анализ мочи, бактериологический посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. В биохимическом анализе крови оценивали содержание мочевины и креатинина.

В течение первых двух суток приема препарата и за двое суток до окончания курса пациентки основной группы вели дневник мочеиспускания. В контрольной группе дневники заполняли в первые двое суток и через 1 мес. По данным о кратности мочеиспусканий и объеме выделяемой мочи, исходно и в конце лечения судили о динамике дизурии.

Важным звеном в обследовании пациенток являлось уродинамическое исследование. Диагностику проводили на аппарате Delphis IP («Laborie», США), посредством которого выполняли урофлоуметрию и цистометрию для оценки сократительной способности детрузора и выявления расстройств мочеиспускания. С целью исключения ошибочных результатов уродинамический мониторинг выполняли перед цистоскопией, которая также была проведена всем пациенткам. Эндоскопическое исследование выполняли эндоскопом фирмы «Storz». При осмотре слизистой мочевого пузыря обращали внимание на зоны гиперемии, кровоизлияний, выявляли эрозивные и язвенные дефекты, оценивали состояние слизистой в зоне треугольника Лъето и шейки мочевого пузыря, выраженность сосудистого рисунка.

После обследования пациенткам контрольной группы назначали фосфомицин (монурал) в дозировке 3 г однократно. Женщины основной группы наряду с разовым приемом фосфомицина в дозиров-

ке 3 г получали препарат Фитолизин в течение 1 мес по 1 чайной ложке 3–4 раза в день.

Через 1 мес все пациентки были повторно обследованы для оценки эффективности проведенного лечения, которая определялась по результатам контрольного бактериологического посева мочи, купированием воспалительного процесса по данным общего анализа мочи, исчезновением клинических симптомов. Динамика исходных показателей уродинамики определялась при повторном проведении уродинамического мониторинга по окончании курса проводимой терапии. Изменения слизистой мочевого пузыря оценивались по результатам повторной цистоскопии через месяц. Еще через 1 мес все пациентки приходили на прием для анкетирования и установления факта возможного обострения заболевания за прошедший период времени.

Результаты. Наиболее частыми жалобами пациенток были боли в проекции мочевого пузыря, частое мочеиспускание малыми порциями, чувство дискомфорта в уретре (табл. 2).

Показатели клинического анализа крови, азото-выделительной функции почек у пациенток обеих групп были в пределах нормы.

В общем анализе мочи содержание лейкоцитов более 10 в поле зрения наблюдалось у 11 (27,5%) пациенток; у 4 (10%) пациенток отмечена эритроцитурия.

По результатам бактериологического исследования мочи с определением вида микроорганизма и микробного числа мочи у 24 (60%) пациенток моча была стерильной, у 8 (20%) выделена *E. coli*, у 4 (10%) – *Enterococcus*, у 1 (2,5%) – *Staphylococcus haemolyticus*, у 3 (7,5%) – *Staphylococcus aureus*.

При цистоскопическом исследовании отмечены изменения, характерные для обострения хронического цистита: гиперемия, отек, в некоторых случаях

Т а б л и ц а 2
Жалобы пациенток при поступлении

Жалоба	Количество пациенток	
	абс.	%
Поллакиурия	36	90
Боли в надлобковой области	32	80
Жжение в уретре	18	45
Рези при мочеиспускании	29	72,5
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	21	52,5
Боли в поясничной области	2	5
Повышение температуры тела	3	7,5

Исходные данные цистоскопии

Признак	Контрольная группа	Основная группа
Гиперемия шейки мочевого пузыря	18 (90)	17 (85)
Ворсинчатые разрастания в зоне треугольника Льео	8 (40)	9 (45)
Фолликулярные разрастания	7 (35)	11 (55)
Белесоватые разрастания в области шейки мочевого пузыря	2 (10)	-
Трабекулярная исчерченность слизистой мочевого пузыря	-	1 (5)
Петехиальные кровоизлияния	1 (5)	3 (15)
Буллезный отек слизистой	3 (15)	5 (25)

П р и м е ч а н и е. Здесь и в *табл. 4* в скобках указан процент.

имели место пролиферативные изменения слизистой (плоскоклеточная метаплазия по результатам патогистологического исследования). В основном изменения затрагивали область мочевого пузыря и шейки мочевого пузыря. Покровный эпителий в пораженных участках терял блеск, приобретал темно-красный цвет, становился отечным, легко кровоточил (*табл. 3*).

Выраженность дизурии отражалась пациентками в дневниках мочеиспускания, которые они вели на протяжении двух суток с момента начала и за двое суток до окончания курса лечения (*табл. 4*).

При проведении цистометрии у 6 пациенток выявлены признаки гиперактивности детрузора. Цистометрическая емкость мочевого пузыря у пациенток в среднем составила 200–300 мл. Результаты урофлоуметрии указывали на наличие обструктивного типа мочеиспускания у 12 (30%) пациенток, что, вероятно, было обусловлено явлениями тригонита. У 28 (70%) женщин уродинамических нарушений выявлено не было.

По результатам беседы пациентки основной группы отмечали снижение интенсивности клиники заболевания и выраженности дизурии, что также подтвердилось результатами дневников мочеиспусканий в конце лечения.

У пациенток обеих групп не было обнаружено изменений показателей клинического и биохимического анализа крови. В моче 2 (10%) женщин контрольной группы и 1 (5%) – основной выявлена лейкоцитурия без клинических проявлений заболевания.

Согласно результатам бактериологического посева мочи, лишь у 1 (5%) пациентки контрольной группы микрофлора была представлена *Staphylococcus epidermidis*. Остальные пробы мочи были стерильными.

При проведении повторной урофлоуметрии восстановление нормального мочеиспускания к концу

лечения отмечено у всех пациенток исследуемых групп.

По результатам контрольной цистоскопии после курса лечения в основной группе по сравнению с контрольной отмечены более выраженные изменения слизистой оболочки в лучшую сторону (уменьшение гиперемии, петехиальных кровоизлияний, буллезного отека), что свидетельствует о противовоспалительном эффекте препарата Фитолизин.

Ни одна из пациенток основной группы за время лечения не отметила явлений непереносимости или побочных реакций.

По результатам третьего посещения через 1 мес после окончания курса лечения у 2 (10%) пациенток контрольной группы и у 1 (5%) – основной имел место кратковременный эпизод обострения цистита, купированный приемом уросептиков.

Обсуждение. По результатам исследования у женщин основной группы в более ранние сроки отмечено снижение клинических проявлений заболевания, купирование дизурии.

По результатам бактериологического исследования на фоне лечения фосфомицином в комбинации с Фитолизином отмечен стойкий противомикробный эффект.

У пациенток основной группы имело место восстановление уродинамики мочевыводящих путей, произошло устранение гиперактивности детрузора, о чем свидетельствуют показатели уродинамического исследования.

Согласно анализу результатов цистоскопических исследований, отмечено положительное действие комбинации фосфомицина и Фитолизина на регресс эндоскопической картины при хроническом цистите у женщин.

Наблюдение пациенток через месяц после проведенного лечения указывает на низкий процент повторного возникновения заболевания у женщин основной группы.

Данные дневников мочеиспускания в первые двое суток лечения

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
До 10 мочеиспусканий за сутки	7 (35)	5 (25)
До 15 мочеиспусканий за сутки	9 (45)	10 (50)
Более 20 мочеиспусканий за сутки	4 (20)	5 (25)



УЙДИТЕ ОТ ЦИСТИТА



**9 РАСТИТЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ
ПРОТИВ ЧАСТЫХ ПОЗЫВОВ, БОЛИ И ВОСПАЛЕНИЯ**

*Фитолизин® применяется в составе комплексной терапии, способствует устранению боли, вызванной воспалением
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

В целом комбинация фосфомицина с препаратом Фитолизин повышает эффективность медикаментозной терапии и предупреждает рецидивы заболевания.

Заключение. Комплекс биологически активных веществ в составе препарата Фитолизин оказывает противомикробное, противовоспалительное, спазмолитическое и иммуномодулирующее действия, способствует нормализации уродинамики нижних мочевыводящих путей, снижает риск повторных рецидивов хронического цистита. Препарат хорошо переносится пациентками. За время проведения исследования побочных эффектов на фоне лечения у пациентов выявлено не было. Таким образом, препарат Фитолизин может быть рекомендован в качестве компонента в составе комплексной терапии обострений хронического цистита, а также средства профилактики данного заболевания в безрецидивные периоды.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Loran O.B.* Chronic cystitis in women. *Vrach.* 1996; 8: 6–9. Russian (Лоран О.Б. Хронический цистит у женщин. *Врач.* 1996;8:6–9).
2. *Lopatkin N.A., Derevyanko I.V., Strachunskij L.S., Rafalskij V.V., Reshedko G.K., Sehin S.V., Loran O.B., Petrov S.B., Babkin et al.* Antibacterial therapy of uncomplicated acute cystitis and pyelonephritis in adults: guideline for physicians. *Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja himioterapija.* 2000; 1: 69–76. Russian (Лопаткин Н.А., Деревянко И.В., Страчунский Л.С., Рафальский В.В., Решедько Г.К., Сехин С.В., Лоран О.Б., Петров С.Б., Бабкин П.А. и др. Антибактериальная терапия неосложненного острого цистита и пиелонефрита у взрослых: пособие для врачей. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2000;1:69–76).
3. *Perepanova T.S.* Uncomplicated urinary tract infection. *Vrachebnoje soslovije.* 2004; 1–2: 48–50. Russian (Перепанова Т.С. Неосложненная инфекция мочевых путей. *Врачебное сословие.* 2004;1–2:48–50).
4. *Scryabin G.N. et al.* Cystitis: study guide. SPb., 2006. 127. Russian (Скрябин Г.Н. и др. Циститы: учеб. Пособие. СПб., 2006. 127 с.).
5. *Levin E.I.* Cystitis in women: diagnosis and treatment: *Avtoref. dis. ... Cand. med. nauk. M., 1991.* 298. Russian (Левин Е.И. Цистит у женщин: диагностика и лечение: автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1991. 298 с.).
6. *Zaitsev A.V.* Diagnosis and treatment of interstitial cystitis in women: *Diss doktora med. nauk. M., 1999.* 245. Russian (Зайцев А.В. Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин: дисс. д-ра мед. наук. М., 1999. 245 с.).
7. *Sinyakova L.A., Kosova I.V.* Antibacterial therapy of acute cystitis. *Russkij medicinskij zhurnal.* 2005; 13 (7): 478–481. Russian (Синякова Л.А., Косова И.В. Антибактериальная терапия острых циститов. *Русский медицинский журнал.* 2005;13(7):478–481).
8. *Matsaev A.B.* Microcirculation violations and methods of its correction in chronic cystitis in women: *Diss. doktora med. nauk. M.,*

2004. 118. Russian (Мацаев А.Б. Нарушение микроциркуляции и методы ее коррекции при хроническом цистите у женщин: дисс. канд. мед. наук. М., 2004. 118 с.).

9. *Strachounskij L.S., Rafalskij V.V., Sehin S.V., Abrarova E.R.* Practical approaches to the selection of antibiotics for uncomplicated urinary tract infections. *Urologija.* 2000; 2: 8–15. Russian (Страчунский Л.С., Рафальский В.В., Сехин С.В., Абрарова Э.Р. Практические подходы к выбору антибиотиков при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей. *Урология.* 2000;2:8–15).

Поступила 06.05.16
Принята в печать 21.06.16
Received 06.05.16
Accepted 21.06.16

COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CYSTITIS IN WOMEN

A.I. Neymark¹, M.V. Razdorskaya², B.A. Neymark¹

¹SBEI HPE «Altai State Medical University» of RMH; ²NGHCI RCH at the station Barnaul JSC Russian Railways

Corresponding author: M.V. Razdorskaya – Doctor of Medical Sciences, Physician at the Department of Urology NGHCI RCH at the station Barnaul JSC Russian Railways;
e-mail: nozdrachevuro@mail.ru

Purpose: Evaluation of the efficacy and safety of Phytolysin in complex treatment of female patients with chronic cystitis.

Materials and Methods: 40 women with chronic cystitis were examined from January 2016 to March 2016. Depending on the treatment, all patients were divided into two groups of 20 people. Main group of patients was treated with Fosfomycin (Monural) and Phytolysin. Control group of patients received monotherapy with fosfomycin.

Results: The results were assessed at 1 and 2 months after initiation of therapy. Rapid normalization of the status and laboratory parameters, improvement of dynamics of the endoscopic view was observed in main group of patients.

Conclusion: The complex of biologically active substances contained in Phytolysin has antimicrobial, anti-inflammatory, antispasmodic, and immunomodulatory effects, promotes the normalization of urodynamics of lower urinary tract, reduces the risk of relapse of chronic recurrent cystitis. Thus, Phytolysin can be recommended as a component of complex therapy of exacerbations of chronic cystitis, as well as a drug for prevention of the disease in disease-free periods.

Key words: *chronic cystitis, Phytolysin, fosfomycin*

Authors declare no conflict of interests for this article. For citations: Neymark A.I., Razdorskaya M.V., Neymark B.A. Complex treatment of chronic cystitis in women. Urologija. 2016;4:24–28 (in Russian).

Сведения об авторах:

Неймарк А.И. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии и нефрологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: urologagmu@mail.ru

Раздорская М.В. – д.м.н., врач отделения урологии НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО РЖД; e-mail: nozdrachevuro@mail.ru

Неймарк Б.А. – д.м.н., профессор кафедры урологии и нефрологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: urologagmu@mail.ru