

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ. ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ощепкова С.Ю.¹, Зязева И.П.¹

¹ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А. Вагнера (614990, Пермский край, г.Пермь, ул. Петропавловская, д. 26), e-mail: ir.z99@mail.ru

Прежде специалисты полагали, что интерстициальный цистит (ИЦ), или как его еще называют синдром болезненного мочевого пузыря (СБМП), встречается крайне редко, но, вместе с тем, число пациентов, страдающих от данного заболевания, неумолимо возрастает. Исходя из результатов научных исследований, изучавших эпидемиологию ИЦ в США, выявлено, что из 100000 женщин 510 являются больными. Большинство пациентов, страдающие от ИЦ, долгие годы обследуются у всевозможных врачей – урологов, гинекологов, терапевтов с различными диагнозами, например, «хронический простатит» у мужчин или «хронический цистит» у женщин. Весь этот промежуток времени больные вынуждены принимать неспецифическую терапию, которая не эффективна в отношении протекания СБМП. Во многих случаях, окончательный диагноз пациентам с ИЦ ставится тогда, когда появляются тяжелые и необратимые изменения в строении стенки мочевого пузыря. Для ИЦ свойственны резко выраженные тазовые боли. Нарастание симптомов приводит к ухудшению качества жизни пациентов в целом, что влечет за собой уменьшение социальной адаптации и появление суицидальных мыслей у 11% пациентов. Целью данного исследования был анализ отечественных и зарубежных литературных источников, отражающих мнения различных специалистов – урологов, гинекологов, терапевтов о проблеме интерстициального цистита, главным образом, методах диагностики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: интерстициальный цистит, синдром болезненного мочевого пузыря, диагностика, лечение, критерии исключения

INTERSTITIAL CYSTITIS. DIAGNOSTICS AND TREATMENT METHODS

Oshchepkova S.U.¹, Zyazewa I.P.¹

¹Perm State University named after E.A.Wagner, (614990, 26 Petropavlovskaya st., Perm, Perm krai, Russian Federation) e-mail: ir.z99@mail.ru

Previously, experts believed that interstitial cystitis(IC), or as it is also called painful bladder syndrome , is extremely rare, but, at the same time, the number of patients suffering from this disease is inexorably increasing. Based on the results of scientific studies that studied the epidemiology of IC in the United States, it was found that 510 out of 100,000 women are sick. Most patients suffering from IC are examined for many years by various doctors-urologists, gynecologists, therapists with various diagnoses, for example, "chronic prostatitis" in men or "chronic cystitis" in women. All this time, patients are forced to take non-specific therapy, which is not effective against the course of painful bladder syndrome. In many cases, the final diagnosis of patients with IC is made when there are severe and irreversible changes in the structure of the bladder wall. IC is characterized by pronounced pelvic pain. The increase in symptoms leads to a deterioration in the quality of life of patients in General, which leads to a decrease in social adaptation and the appearance of suicidal thoughts in 11% of patients. The purpose of this study was to analyze domestic and foreign literature sources that reflect the opinions of various specialists – urologists, gynecologists, therapists about the problem of interstitial cystitis, mainly methods of diagnosis and treatment of this disease.

Key word: interstitial cystitis, called painful bladder syndrome, diagnosis, treatment, exclusion criteria

Введение

Прежде специалисты полагали, что интерстициальный цистит (ИЦ), или как его еще называют синдром болезненного мочевого пузыря (СБМП), встречается крайне редко, но, вместе с тем, число пациентов, страдающих от данного заболевания, неумолимо возрастает. Исходя из результатов научных исследований, изучавших эпидемиологию ИЦ в США, выявлено, что из 100000 женщин 510 являются больными [6].

Большинство пациентов, страдающие от ИЦ, долгие годы обследуются у всевозможных врачей – урологов, гинекологов, терапевтов с различными диагнозами, например, «хронический простатит» у мужчин или «хронический цистит» у женщин. Весь этот промежуток времени больные вынуждены принимать неспецифическую терапию, которая не эффективна в отношении протекания СБМП. Во многих случаях, окончательный диагноз пациентам с ИЦ ставится тогда, когда появляются тяжелые и необратимые изменения в строении стенки мочевого пузыря.

Цель: Проанализировать отечественные и зарубежные литературные источники, отражающие мнения различных специалистов – урологов, гинекологов, терапевтов о проблеме интерстициального цистита, главным образом, методах диагностики и лечения данного заболевания.

Задачи

1. Обзор отечественной и иностранной литературы по проблеме ИЦ;
2. Проанализировать взгляды врачей – урологов, гинекологов, терапевтов на тему СБМП;
3. Изучить информацию о диагностике и методах лечения ИЦ;
4. Обобщение полученных результатов и формулирование выводов.

Материалы исследования

В представленной работе отражены результаты обзора отечественной и зарубежной литературы по теме «Интерстициальный цистит. Диагностика и методы лечения».

Результаты

В 1887 году врач гинеколог из Америки А. Скин применил термин «интерстициальный цистит». Он употребил данный термин при описании морфологической картины воспаления слизистой и мышечной стенок. Лишь через 100 лет, в 1988 году, вышли в свет критерии диагностики ИЦ [9]. Однако до сих пор природа СБМП остается не изученной в полном объеме.

ИЦ представляет собой хроническое заболевание с прогрессирующим течением и при несвоевременно поставленном диагнозе может привести к серьезным осложнениям. СБМП характеризуется повышением частоты мочеиспусканий с императивными позывами. Для ИЦ

свойственны резко выраженные тазовые боли. Нарастание симптомов приводит к ухудшению качества жизни пациентов в целом, что влечет за собой уменьшение социальной адаптации и появление суицидальных мыслей у 11% пациентов [5].

ИЦ разделяют на 2 формы: язвенную (классическую) и неязвенную. Классическая форма СБМП в наибольшей степени трудная и серьезная, хоть и встречается у 10-20% пациентов [7].

Диагноз ИЦ ставится в том случае, когда все другие заболевания с аналогичными симптомами, были исключены [4]. Принимая во внимание, не до конца изученную этиологию и спорность диагностических критериев, исследования эпидемиологии СБМП весьма сложны. Тем не менее, установлено, что от данного заболевания в большинстве (90%) случаев страдают женщины со средним возрастом 45 ± 2 лет [3].

К диагностическим критериям ИЦ, разработанными экспертами ESSIC, относятся гломеруляции при цистоскопии с Гуннеровским поражением, увеличение концентрации тучных клеток при патоморфологическом исследовании. Диагностика СБМП строится на основании симптомов – тазовая боль, повышение частоты мочеиспусканий с императивными позывами. Диагноз ИЦ в отличие от СБМП не может быть установлен без цистоскопических исследований, таким образом, диагноз СБМП требует менее строгих критериев.

На текущий момент для постановки диагноза ИЦ/СБМП врачи пользуются критериями исключения, разработанными NIDDK в 1988 году [8]. К ним относятся:

- емкость мочевого пузыря более 350 мл (при газовой и жидкостной цистометрии);
- сильные ургентные позывы к мочеиспусканию;
- частота мочеиспусканий не достигает 8 раз в день;
- никтурия;
- продолжительность симптомов не превышает полгода;
- возраст пациента менее 18 лет;
- изменение клинической картины при приеме антибактериальных и спазмолитических лекарственных препаратов;
- камни в мочевом пузыре или мочеточниках;
- различные виды цистита (бактериальный, химический, туберкулезный, радиационный);
- рак матки или уретры;
- опухоли мочевого пузыря различного генеза;
- вагинит.

В последние годы лечение ИЦ основано на эмпирических методах. Известно, что терапия ИЦ/СБМП требует всестороннего подхода, состоящего из консервативных и хирургических методов. В 2011 году AFCI вместе с AUA предложили фиксированную последовательность терапии пациентов с СБМП [2]. Так, на первом этапе лечения, когда у пациентов присутствуют непродолжительный анамнез и лишь первоначальные проявления заболевания, предложено соблюдение рационального питания (снижение потребления соленой и острой пищи, газированных напитков), избавление от вредных привычек (отказ от курения и алкоголя), повышение суточного потребления воды (не менее 1,5-2 литров). Вдобавок ко всему перечисленному, необходимы консультации специалистов и пероральная фармакотерапия, включающая в себя применение антигистаминных препаратов и блокаторов H-2 рецепторов [1, 2]. Одним из наиболее распространенных пероральных препаратов является Элмирон, напоминая своим строением компоненты гликозамино-гликанового (ГАГ) слоя уротелия. Элмирон применяется для удаления повреждений в ГАГ-слое слизистой оболочки, чтобы блокировать попадание токсичных составляющих мочи в стенку мочевого пузыря.

Внутрипузырная фармакотерапия осуществляется на втором этапе лечения. Она способствует достижению больших местных концентраций, при этом не вызывая системные побочные эффекты. Для введения в мочевой пузырь используют препараты, восстанавливающие ГАГ-слой уротелия, к ним относятся гиалуроновая кислота, хондроитин сульфат. Также для внутрипузырной терапии используют диметилсульфоксид, который обладает рядом эффектов: противовоспалительным, миорелаксирующим, анальгетическим, коллагенолитическим.

Третьим этапом терапии является оперативный метод – гидробужирование мочевого пузыря во время цистоскопии. Оперативное вмешательство проводится под общей анестезией. При выявлении язвенных дефектов (Гуннеровского поражения) прибегают к электрокоагуляции или трансуретральной резекции [1].

Кроме вышеперечисленных методов лечения существуют другие, к которым относятся лекарственные препараты для улучшения микроциркуляции, иммунодепрессанты, однако нередко эффективность и безопасность данных лекарственных средств изучены не в полной мере, что ограничивает их широкое применение.

Выводы

Таким образом, анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что ИЦ/СБМП довольно сложное и в незначительной мере изученное хроническое заболевание с прогрессирующим течением, выраженной клинической картиной и нарушенной целостностью слизистой оболочки мочевого пузыря. ИЦ является полиэтиологичным заболеванием, а,

следовательно, требует применение всесторонней комплексной терапии. Трудность постановки диагноза приводит к несвоевременно начатой терапии, что влечет за собой развитие серьезных осложнений, вплоть до инвалидизации.

Список литературы

1. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Липский В.С. Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин. - Саратов: Приволжское книжное изд-во, 2001.- 190 с.
2. Лоран О.Б., Митрохин А.А., Синякова Л.А., Плесовский А.М. Применение гипербарической окси-генации в лечении лучевых повреждений мочевого пузыря и интерстициального цистита - первые результаты // Вопросы гипербарической медицины. - 2010. - № 13 (1-2). - С. 35-36.
3. Debré B, Saighi DM (2005). *Peyromaure Urologie connaissances et pratique*, 87-90.
4. Gillenwater JY, Wein AJ (1988). Summary of the National Institute of arthritis, diabetes, digestive and kidney diseases Workshop on interstitial cystitis, National Institutes of health, Bethesda, Maryland, August 28-29. *J. Urol.*, 140 (1), 203-206.
5. Hepner KA, Watkins KE, Elliott MN, Clemens JQ, Hilton LG, Berry SH. Suicidal ideation among patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Urology* 2012;80(2): 280-285. doi: 10.1016/j.urology.2011.12.053.
6. Jones CA, Nyberg L. Epidemiology of interstitial cystitis. *Urology* 1997;49(5A Suppl):2-9.
7. Koziol J.A., Adams H.P., Frutos A. Discrimination between the ulcerous and the nonulcerous forms of interstitial cystitis by noninvasive findings. *J Urol* 1996; 155(1): 87—90.
8. Loran OB, Sinyakova LA, Plesovsky AM, Vinarova NA, Shteynderg ML (2011). Interstitial cystitis/painful bladder syndrome (IC/PBS) - especially the diagnosis and treatment. IXESSIC Annual Meeting, 7.
9. Sant GR, Hanno PM (2001). Interstitial cystitis: current issues and controversies in diagnosis. *Urology*, 57, 82-88.