

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИТА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

А.Ч. Усупбаев¹, Т.З. Кожоналиев¹, В.Н. Евсюков², А.Д. Абдырасулов¹,
Т.Э. Тургунбаев², Б.Т. Токонов²

¹ Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ КР,
² КГМИП и ПК,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: С каждым годом возрастает число женщин, вступающих в период менопаузы. Одно из распространенных воспалительных заболеваний среди женщин в постменопаузальном периоде является цистит, который составляет 30-40% от общего числа уропатологий.

Диагностика и лечение расстройств мочеиспускания у женщин в периоды менопаузы представляют одну из серьезных проблем современной урогинекологии.

Ключевые слова: постменопауза, цистит, эстрогенодефицит.

КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЛАБОРАТОРИЯЛЫК АГЫМЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ, ПОСТМЕНОПАУЗА МЕЗГИЛИНДЕ ЦИСТИТ ДАРТЫН АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО

А.Ч. Усупбаев¹, Т.З. Кожоналиев¹, В.Н. Евсюков², А.Д. Абдырасулов¹,
Т.Э. Тургунбаев², Б.Т. Токонов²

¹ КР ССМ УГ алдындагы Республикалык урология илимий борбору,
² КММКД ж КЖИ

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Жыл сайын менопауза мезгилине өткөн аялдардын саны өсүп бара жатат. Постменопауза мезгилиндеги аялдардын арасында кеңири тараган сезгенүү ооруларынын бири болуп цистит саналат. Цистит уропатологиялардын жалпы санынын 30-40% түзөт.

Менопауза мезгилиндеги аялдардын заара чыгаруусунун бузулуу дартын аныктоо жана дарылоо заманбап урогинекологиядагы олуттуу көйгөйлөрдүн бири болууда.

Негизги сөздөр: постменопауза, цистит, эстрогенжетишсиздик.

CLINICAL LABORATORY PECULIARITIES OF FLOW, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CYSTITIS IN POSTMENOPAUSAL PERIOD

A.Ch. Usupbaev¹, T.Z. Kozhonaliev¹, V.N. Evsiukov², A.D. Abdyrasulov¹,
T.E. Turgunbaev², B.T. Tokonov²

¹ Republican Scientific Center of Urology under NG MH KR,

² Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: Every year, the number of women entering the menopause increases. One of the most common inflammatory diseases among women in the postmenopausal period is cystitis, which equal to 30-40% of the total number of Uropathologies.

Diagnostics and treatment of disorders of women urination during menopause represent one of the major problems of modern urogynecology.

Key words: postmenopausal, cystitis, estrogen deficiency.

Актуальность. Одно из распространенных воспалительных заболеваний среди женщин в постменопаузальном периоде является цистит, который составляет 30-40 % от общего числа уропатологий [1,4]. В настоящее время в большинстве развитых стран мира идет увеличение продолжительности жизни среди женщин. По данным ВОЗ, продолжительность жизни женщин после 50 лет колеблется от 27-32 лет. С каждым годом возрастает число женщин, вступающих в

период менопаузы. В 1990 году 467 миллионов женщин находились в периоды постменопаузы. В ближайшие годы эта цифра возрастает и к 2030 году достигнет 1,2 млрд. [2]. Фоновым заболеванием в развитии инфекционного процесса в мочеполовом тракте нередко является гинекологические заболевания, сахарный диабет и др. [3,4].

Диагностика и лечение расстройств мочеиспускания у женщин в периоды менопаузы пред-

ставляют одну из серьезных проблем современной урогинекологии. Это связано с целым рядом причин, таких как специфические анатомо-физиологические особенности, наследственность, характер сексуальной жизни, условия труда в быту и на производстве, психическое здоровье, аллергический и гормональный фон и др. Надо отметить, что данная патология достаточно редко упоминается в научной литературе и прежде всего по причине чрезвычайной ее сложности, с охватом как минимум двух смежных дисциплин - урологии и гинекологии, что достаточно часто приводит к разнице в воззрениях врачей урологов и гинекологов на принципы диагностики и лечения этой категории больных [2,4]. Абактериальный или непрерывно рецидивирующий бактериальный, интерстициальный цистит на фоне прогрессирующего эстрогенодефицита, протекающий у женщин в пери-, мено- и постменопаузальный период, в том числе и период хирургической менопаузы с характерным только ему симптомокомплексом (хронический болевой синдром – жжение, рези в области гениталий, усиливающиеся при мочеиспускании и имитирующие острый цистит чаще на фоне относительного благополучия в анализах мочи «генитально-пузырная алгия»), хронические дизурические расстройства в виде синдромов «ожидания» и «остаточной» мочи, императивные позывы, вплоть до стрессорного, а в тяжелых запущенных случаях и вынужденного неудержания мочи.

Как известно, после 45-50 лет в организме женщины происходит постепенное естественное прекращение выработки женских половых гормонов-эстрогенов. Из-за их недостатка происходят изменения слизистой оболочки мочевого тракта: она истончается, нарушается ее функция, теряется способность противостоять патогенным микроорганизмам. Это приводит к одним из характерных проявлений недостатка эстрогенов у женщин «элегантного» возраста – урогенитальным расстройствам [4,8,9]. Гинекологические проблемы - чувство сухости и зуд во влагалище; появление выделений; болезненность при половой близости и при гинекологическом осмотре. Сугубо урологическими проблемами являются частые болезненные позывы, недержание при небольшой физической нагрузке, кашле или смехе, ночные мочеиспускания, часто циститы. На практике чаще всего встречается «смешанный» вариант недержание мочи, хотя и с преобладанием одного из видов расстройств [2,8].

Чаще всего болезнь диагностируется в постменопаузе, когда гормональная функция

яичников угасает. Уротелий мочевого пузыря покрыт защитным слоем протеогликанов, выполняющих антиадгезивную функцию. Гликопротеин, покрывающий слизистую, препятствует ее повреждению и раздражению мочой как агрессивным химическим фактором. Также он выполняет антисептическую функцию. Защитный слой уротелия разрушается в менопаузальный период, что связано с дефицитом эстрогенов. Это и становится предпосылкой для развития цистита. Также в период постменопаузы вероятной причиной рецидивирующего течения цистита считают урогенитальную атрофию [6]. На ее фоне снижается бактериостатическая активность слизистой оболочки мочевого пузыря, связанная с выработкой специфических мукополисахаридов и секреторного иммуноглобулина А (sIgA). При нормальном функционировании иммунной системы в моче и отделяемом из цервикального канала могут содержаться интерлейкины и интерфероны [5].

Основанием для более глубокого изучения этой проблемы является неадекватное ведение, неполноценное лечение или отсутствие комплексного лечения для довольно многочисленной категории больных – женщин в период менопаузы. Вышеуказанные данные свидетельствуют о необходимости разработки единой тактики диагностики и больных с циститом в постменопаузе.

Цель: Совершенствование диагностики и лечения, а также повышения качества жизни у больных неспецифическим циститом в постменопаузе.

Материалы и методы

Под наблюдением в Республиканском научном центре урологии при НГ МЗ КР находилось 60 пациенток менопаузального возраста (50-75 лет) с инфекциями нижних мочевыводящих путей острым циститом. Все больные жаловались на частое и болезненное мочеиспускание, боли в области мочевого пузыря, пиурию. Также больные жаловались на диспареунию, сухость и жжение во влагалище. Почти все пациенты ранее неоднократно получали противовоспалительное лечение в амбулаторных условиях. В биохимических анализах крови и мочи у всех больных патологические изменения отсутствовали. Цистоскопическая картина у 27 больных показала атрофичность и бледность слизистой мочевого пузыря; у 16 больных гиперемия, отечность, инъецированность сосудов слизистой оболочки дистального отдела уретры; у 17 больных тригонит. На УЗИ утолщение стенок мочевого пузыря обнаружено у всех больных. По данным обзорных

и экскреторных урограммах и нисходящих цистограммах функциональное состояние почек не нарушено. Уродинамические обследования показали, что мочевого пузыря почти у всех больных норморефлекторный, но из-за учащенного мочеиспускания и недостаточного наполнения во время исследования результаты оказались неполностью достоверными. При исследовании гормонального статуса у всех больных отмечалась понижение эстрадиола в сыворотке крови от 70 до 20 пмоль/л. При осмотре наружного отверстия уретры на гинекологическом кресле отмечалась бледность слизистой оболочки, атрофичность, деформация и втянутость.

Больные были распределены на 2 группы: первая группа - контрольная - 28 больных, где проводилась традиционная терапия, основная 32 больных.

1-ю группу составили 28 больных, в возрасте 50-65 лет (средний возраст $57,6 \pm 2,3$ года). Им произведено стандартное лечение цистита: назначение заместительной гормональной терапии, редпузырных и парауретральных блокад с лидокаином, инстилляция мочевого пузыря антисептическими растворами, назначение седативных препаратов. За больными велось динамическое наблюдение в течение 1 года с возобновлением стандартного лечения при рецидивах заболевания.

2-ю группу составили 32 больные, в возрасте 55-75 лет (средний возраст $63,5 \pm 2,5$ года). Дополнительно к фоновой медикаментозной терапии пациентки этой группы получали «Цистибакт» по 1 таб. 1 раз на ночь 10 дней. Препарат изготовлен из компонентов клюквы, основным действующим веществом являются проантоцианидины.

Ближайшие результаты терапии были изучены у всех 60 больных обеих групп через 2 недели. Отдаленные результаты терапии изучены через год от начала лечения.

Результаты

Через 2 недели терапии в основных группах дизурические явления исчезли у 92 и 95% пациентов соответственно, что достоверно отличалось от группы контроля - 76 и 82% лиц аналогичного возраста на 14-е сутки. В основных группах больных, получавших «Цистибакт», нормализация анализов мочи к концу терапии достигнута у 82 и 78% больных, что достоверно выше группы контроля (80 и 63% соответственно).

Влияние эффективности лечения «Цистибакта» в последующие 3 месяца изучали по критериям «реинфекция» и «сохранение ремиссии» в основных и группах контроля (таб. 1).

Таблица 1

Сохранение ремиссии у пациентов с ИНМП

Группа	Наличие инфекции	Сохранение ремиссии
I основная		30 (98%)
II контрольная	1 (10%)	9 (90%)
I основная		28 (96%)
II контрольная	1 (7,2%)	12 (63%)

Приведенные в табл. 1 данные свидетельствуют об эффективности 2х недельного приема «Цистибакта» в «сохранении ремиссии» у пациентов основной группы в течение последующих 3 месяцев наблюдения, в контрольной группе у 2х пациентов (10 и 7,2%) зарегистрирована реинфекция, что говорит о снижении иммунитета. Аналогичная закономерность прослеживается в отношении результатов «сохранение ремиссии» в основной группе, где в течение 3 месяцев наблюдения после курса лечения у 98 и 96% обследованных сохранялись нормальные анализы мочи, что достоверно выше показателей групп контроля - 90 и 63%- у пациенток аналогичного возраста. Побочные действия при использовании «Цистибакта» у пациентов основных групп не зарегистрированы.

Заключение

Результаты наблюдений показали высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость 2х недельного курса приема препарата «Цистибакта» в сочетании с заместительной гормонотерапией при остром цистите у женщин в постменопаузе, также полученные данные продемонстрировали эффективность терапии при сохранении ремиссии в последующие 3 месяца.

Рациональный индивидуальный подбор лекарственных средств для терапии постменопаузального цистита помогает решить ряд медико-социальных и психологических проблем, тем самым повышает качество жизни больных и социальную активность.

Литература:

1. Материалы симпозиума: Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных. М., 1999; 32
2. Березовская Ю.А., Демина О.А., Строни Р. Лечение недержания мочи у пациенток в перименопаузе //Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология.-2008г.-№5.-С.383-387.
3. Stamm W.E., Hooton T.H. Management of urine tract infections in adults.N.Eng.J.Med. 1993;329:1328-34.
4. Cox C.E. Urine tract infection: the role of antimicrobial therapy. Inf. Dis. Clin. Pract. 1998; 7 (3 Suppl.):3126-32.
5. Sobel J.D., Kaye D. Urine tract infections: In: Mandel G. L. e. a. eds. Principle and practice of infections diseases.4 th ed. N.Y. 1995; 662-90.
6. Matthew E., Jorbach S.Z. Pactice guidelines: urine tract infections.-IDCP.-1995;Vol.4:241-54.
7. Hooton T.M., Stamm W.E. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinaryTract infection.-Infections Disease Clinics of North America 1997; 11(3):551-81.
8. Балан В.У. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия). Дисс. д-ра мед. наук. М., 1998.
9. Костова М.Н., Прилепская В.Н., Быковская О.В. Дистрофические и атрофические процессы нижнего отдела половых путей: современный взгляд на проблему. Гинекология-экстравыпуск. 2006; 1:3-5
- 10.Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Современный взгляд на патогенетическую терапию урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. Журнал РОАГ. 2006; 4:3-6.
- 11.Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Роль эстриола в терапии урогенитальныхрасстройств у женщин в постменопаузе. Урология. 2007; №3.
- 12.Смертник В.П. Медицина климактерия. - Литера. 2006.
- 13.Юренова С.В., Каменецкая Г.Я. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе. Гинекология. 2007; 2(9): 40-43.
- 14.Smoller J.W., Pollack M.H.,Wassertheil-Smoller S., Brunner R., Curb D., Torner J., Oberman A., Hendrix S.L., Hsia J., Sheps D.S. Panic attacks, dayly life ischemia, and chest pain in postmenopausal women. Psychosom Med. 2006; 68(6); 824-832.