МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

**РЕФЕРАТ**

На тему: "Напрямки лікування циститу в Україні"

Харків 2013

**ЗМІСТ**

Вступ

. Цистит. Визначення та класифікація

. Етіологія циститів

3. Патогенез

. Діагностика циститів

. Клінічна картина

. Лікування циститів

Висновок

Література

**ВСТУП**

Найчастіша форма патології сечових шляхів - інфекційні захворювання, які можуть викликатися бактеріями, вірусами, паразитами. Багато з цих захворювань передаються статевим шляхом. У жінок часто розвиваються висхідні інфекції сечових шляхів. Це пов'язано з анатомічними особливостями їх сечовивідного каналу. Він короткий і широкий, тому збудник легко потрапляє в сечовий міхур і далі-по сечоводу в ниркові балії. У чоловіків, як правило, вражаються найнижчі відділи сечових шляхів, що пов'язано з відносно великою довжиною сечовивідного каналу. Переважно розвиваються хвороби сечостатевої системи - такі, як цистит, уретрит і пієлонефрит.

Цистит зустрічається переважно у жінок. У віці 20-40 років частота захворювання складає 25-35%. Близько 30% жінок протягом свого життя мають хоча б один випадок гострого циститу. Поширеність гострого циститу в Україні становить 314 хворих на 100 тис. населення. Фітотерапія широко застосовується при лікуванні цього захворювання. Тому розширення асортименту зборів для лікування циститу є актуальним.

**1. ЦИСТИТ. ВИЗНАЧЕННЯ ТА КЛАСИФІКАЦІЯ**

Циститом називаються гострі або хронічні запальні процеси в слизовій оболонці сечового міхура. Іноді в патологічний процес втягується вся стінка сечового міхура. Цистити є найбільш частими урологічними захворюваннями, через які хворі звертаються до лікарів. Частіше хворіють жінки, що пов'язано з анатомо-морфологічними та гормональними особливостями їхнього організму.

Цистит може бути первинним, тобто виникати спочатку в здоровому організмі, і вторинним тобто бути ускладненням раніше існуючого захворювання сечового міхура або інших органів. За течією і характеру виділяють гострий і хронічний цистити. Первинним циститом частіше хворіють жінки молодого віку. Вторинний цистит в основному вражає літніх чоловіків, у яких, як правило, розвивається аденома передміхурової залози. Як наслідок цього настає затримка сечі, і тоді проводять інструментальні дослідження, катетеризацію, цистоскопію.

В залежності від поширеності процесу розрізняють очаговий і дифузний цистити. При залученні в запальний процес тільки шийки сечового міхура розвивається шийковий цистит, сечоміхурового трикутника - тригоніт.

Первинні цистити мають такі форми:. Гострі: інфекцекційні (специфічні або неспецифічні); хімічні; термічні; токсичні; лікарські; аліментарні; нейрогенні.. Хронічні: інфекційні (специфічні і неспецифічні); променеві; інкрустуючі; лейкоплакія; нейтротрофічна виразка сечового міхура; посттравматичні; інволюційні.. Паразитарні.

Вторинні цистити бувають:. Міхурового походження: при каменях та інорідних тілах; при ушкодженнях і пораненнях; при пухлинах; при аномаліях розвитку; після операції на сечовому міхурі.. Позаміхурного походження: при аденомі передміхурової залози; при стриктурах уретри; при вагітності, пологах і післяпологові; при захворюваннях органів малого тазу.

**. ЕТІОЛОГІЯ ЦИСТИТІВ**

Розрізняють цистити інфекційної і неінфекційної природи. Цистити неінфекційного походження виникають при подразненні слизової оболонки сечового міхура хімічними речовинами, які виділяються з сечею, в тому числі лікарськими засобами при їх тривалому застосуванні у великих дозах, при опіках слизової оболонки (наприклад, у разі введення в сечовий міхур концентрованого розчину хімічної речовини).

У більшості випадків до початку асептичного запального процесу незабаром приєднується інфекція.

При циститах інфекційної природи, які зустрічаються набагато частіше циститів неінфекційного генезу, збудниками частіше бувають кишкова паличка, стафілокок, стрептокок, ентерокок та вульгарний протей, іноді мікроорганізми, які виробляють гази. Хламідії і мікоплазми здатні викликати гострі та хронічні форми циститів.

Збудниками циститів можуть бути туберкульозні мікобактерії і рідко - бліда трепонема - етіологічний фактор сифілісу.

**. ПАТОГЕНЕЗ**

У розвитку циститу виділяють наступні стадії:

набряк і гіперемія слизової оболонки сечового міхура;

поява ділянок виразки слизової оболонки, покритих некротичними фібринозний плівками;

некроз і відторгнення епітелію сечового міхура;

при хронічному циститі - глибоке ураження стінок сечового міхура з розростанням сполучної тканини , утворення кист та поліпів.

**. ДІАГНОСТИКА ЦИСТИТІВ**

При дослідженні сечі виявляються об'єктивні ознаки циститу у вигляді лейкоцитурії та гематуріі. Глибока пальпація надлобковій області болюча. При запаленні нижньої стінки сечового міхура і при вираженому локальному запаленні його шийки пальпація з боку прямої кишки і з боку піхви теж різко болюча.

В діагностиці хронічного циститу і виявленні причин, що підтримують запалення, найважливіше значення мають цистоскопія і цистографія. При цьому визначають ступінь ураження сечового міхура, форму циститу, наявність пухлини, сечового каменю, стороннього тіла, дивертикула, нориці, виразок. У ряді випадків під час цистоскопії виявляють супутні циститу ознаки захворювання нирок і сечоводів. При необхідності використовують також інші методи загального або урологічного обстеження.

Цистоскопію можна виконати за умови задовільної прохідності уретри, достатньої ємності сечового міхура - не менше 50 мл і прозорості в ньому середовища. Для вивчення конфігурації сечового міхура і виявлення в ньому патологічних процесів застосовують контрастну цистографию за допомогою введення в нього йодовмісних препаратів, суспензії сульфату барію, кисню або вуглекислого газу. Найбільш фізіологічною є спадна цистографія, яку отримують через 20-30 хвилин після внутрішньовенного введення рентгеноконтрастного препарату. Висхідна (ретроградна) цистографія здійснюється шляхом введення в сечовий міхур рентреноконтрастной рідини по уретрі або уретральному катетеру, або надлобкового дренажу.

Лабораторні дослідження сечі продовжують займати важливе місце в сучасній клінічній практиці. Для визначення добової кількості сечі використовують градуйовані скляні циліндри. Для правильного обліку кількості сечі за добу треба збирати її від певної години одного дня до певної години іншого. Краще збирати сечу роздільно вдень і вночі. Крім того, необхідно мочитися перед кожним актом дефекації. Важливо, одночасно зі зміною добової кількості сечі відзначати також кількість рідини, що випивається за добу.

Добову сечу необхідно попередньо збовтати, щоб до неї потрапив і осад. Якщо сеча, зібрана за добу, швидко розкладається, то рекомендується відіслати одночасно порцію свіжої сечі. Іноді відсилають для аналізу ранкову і вечірню порції сечі. Сеча для аналізу збирається в стерильний скляний посуд, за можливості з притертою пробкою. Прозорість сечі зникає після довгого стояння, внаслідок випадання з її розчину сечових солей. Урати мають цегляно-червоний колір, фосфорнокислі солі (фосфати) мають білий колір. Внаслідок цього про прозорість можна судити по свіжій сечі. Якщо вона буде каламутною, то, можливо, в ній є патологічні домішки. Каламутність сечі додають білок, гній, кров, солі сечової кислоти.

Запах сечі теж говорить про можливі патологічні зміни. Смердючий запах свіжої сечі вказує на те, що процес її розкладання далеко зайшов у викликаному захворюванням сечовому міхурі. Реакція нормальної сечі кисла. При довгому стоянні в теплому місці реакція може стати лужною через процес бродіння, який виникає. Лужна реакція свіжої сечі вказує на процес бродіння в самому сечовому міхурі. При відсутності спеціалізованої лабораторії реакцію сечі, її рН просто визначити за допомогою стрічки лакмусового паперу. У клінічних лабораторних умовах рН сечі визначають за допомогою індикатора бромтимолового синього, про наявність білка судять за уніфікованою пробою з сульфосаліциловою кислотою, методом Брандберга-Робертса-Стольнікова.

До кількісних методів визначення білка в сечі відносять пробу з сульфосаліциловою кислотою, біуретову пробу. Поява крові в сечі, яку видно неозброєним оком, завжди вказує на важке ураження сечових шляхів: геморагічне запалення нирок, наявність каменів, туберкульоз, рак. При цьому сеча може мати вигляд справжньої крові. Форменні елементи визначають при мікроскопії сечового осаду.

Якщо краплі кровянистого ексудату виділяються з уретри окрім сечовипускання або змиваються першими порціями сечі, то це говорить про появу крові в сечівнику. Кров із сечового міхура зазвичай осідає на дно і виділяється з останньою порцією сечі. Кров з нирок забарвлює рівномірно всі порції сечі. Гематурія ниркового походження ймовірна тоді, коли при відсутності симптомів ураження сечового міхура, передміхурової залози або сечівника кров ретельно перемішана з сечею. Присутність в сечі тонких і довгих згустків, еритроцитарних циліндрів, альбумінурія, пісок підтверджують ниркове походження гематурії. Сеча при нирковій гематурії має колір м'ясних помиїв. Вона скоріше бурого, ніж яскраво-червоного кольору. Наявність одного кубічного сантиметра крові на 1 літр додає сечі підозрілий на гематурію вид.

Піурія, або виділення гнійної каламутної сечі, може бути симптомом дуже багатьох захворювань, так як лейкоцити, гній подібно крові можуть домішуватися до сечі в самих різних відділах сечового тракту. Наявність невеликого лейкоцитозу в жіночій сечі є скоріше правилом і залежить від забруднення з боку статевих органів. Тому для уникнення помилкового діагнозу рекомендується досліджувати на лейкоцити у жінок тільки сечу, отриману катетером.

Взяття сечі для мікробіологічного дослідження проводять до початку антибактеріальної терапії. Спочатку здійснюють ретельний туалет зовнішніх статевих органів. Потім у стерильний посуд збирають 3-5 мл середньої порції вільно випущеної сечі. По можливості, слід уникати катетеризації сечового міхура. ЇЇ проводять тільки при нездатності хворого самостійно мочитися або для визначення локалізації запального процесу.

**5. КЛІНІЧНА КАРТИНА**

Гострий цистит виникає раптово, через деякий час після переохолодження або впливу іншого провокуючого фактора. Основними його симптомами є часті хворобливі сечовипускання, болі внизу живота, піурія. Інтенсивність болю при сечовипусканні наростає. Біль може приймати майже постійний характер, але частіше пов'язана з актом сечовипускання і виникає на початку, в кінці або протягом усього акту сечовипускання. У зв'язку з прискореними імперативними позивами до сечовипускання хворі не в змозі утримувати сечу.

Виразність клінічних ознак при гострому циститі різна. У деяких випадках (більш легких) хворі відчувають лише тяжкість внизу живота. Помірно виражена поллакіурія супроводжується невеликими болями в кінці акта сечовипускання. Іноді ці явища спостерігаються протягом 2-3 днів і проходять без спеціального лікування. Однак частіше гострий цистит навіть при своєчасно розпочатому лікуванні протікає 6-8 днів, іноді 10-15 днів. Більш тривалий перебіг свідчить про наявність супутнього захворювання, що підтримує запальний процес, і вимагає додаткового обстеження.

Для важких форм гострого циститу (флегмонозний, гангренозний, гемморагічний) характерні виражена інтоксикація, висока температура тіла, олігурія. Сеча при цьому мутна з гнильним запахом, містить пласти фібрину, іноді пласти некротизованої слизової оболонки, домішки крові. Тривалість захворювання в цих випадках значно збільшується, можливий розвиток важких ускладнень. Післяпологовий цистит виникає в зв'язку з особливостями перебігу родового акту або переходу інфекції з статевих органів на сечовий міхур. Виникає при попаданні в сечовий міхур кишкової палички, рідше стафілокока і стрептокока. Для розвитку захворювання необхідна наявність певних чинників, з яких основними є затримка сечі у сечовому міхурі і зміни слизової оболонки стінки міхура при тривалому перебігу родового акту і травмі. Симптомами післяпологового циститу є затримка сечовипускання, болючість в кінці акта сечовипускання, каламутність останньої порції сечі. У сечі наявна помірна кількість лейкоцитів. При цистоскопії відзначаються гіперемія слизової оболонки, набряк. Температура звичайно нормальна. Загальний стан хворих змінюється мало. Цистит часто протікає як цистопієліт.

Клінічна картина хронічного циститу різноманітна і залежить від етіологічного фактора, загального стану хворого та ефективності проведеного лікування. Основні клінічні симптоми ті ж, що і при гострому циститі, але виражені слабкіше. Хронічний цистит протікає або у вигляді безперервного процесу з постійними, більш або менш вираженими скаргами і змінами в сечі (лейкоцитурія, бактеріурія), або має рецидивуючий перебіг із загостреннями, що протікають аналогічно гострому циститу, і ремісіями, під час яких всі ознаки циститу відсутні.

Хронічний цистит супроводжується лужною реакцією сечі з різним вмістом в ній слизу.

Кисла реакція сечі спостерігається при циститах, викликаних кишковою і туберкульозною паличкою. Протеїнурія у хворих на цистит пов'язана з утриманням в сечі форменних елементів (лейкоцитів і еритроцитів). Чим більше виражена лейкоцитурія і еритроцитурія, тим більше виражена протеїнурія.

До ускладнень циститу відносять перехід запального процесу зі стінки міхура на клітковину, що оточує міхур, з виникненням парациститу. При хронічному циститі мікроорганізми можуть проникати висхідним шляхом по лімфатичних судинах сечоводу в нирки, викликаючи в них запальний процес.

**6. ЛІКУВАННЯ ЦИСТИТІВ**

Лікування циститу передбачає комплекс заходів, таких як:

антибактеріальна терапія;

сечогінні засоби;

усунення причин, що підтримують запальний процес (каменів сечових шляхів, аденоми передміхурової залози, стриктури сечівника);

зігріваючі процедури;

рясне пиття (лужні води і соки );

дієта з виключенням гострих страв;

постільний режим

Цистит не є причиною летальних випадків, за винятком гангрени сечового міхура. Завдяки високій здатності до регенерації слизової оболонки сечового міхура більшість запальних процесів проходять без будь-яких наслідків. Внаслідок цього прогноз при гострому первинному циститі сприятливий. Однак при несвоєчасному і нераціональному лікуванні цистит може придбати хронічний перебіг.

Невідкладна допомога при гострих циститах полягає в призначенні спазмолітичних засобів: 2 мл 2% розчину папаверину, 1 мл 0,1% розчину атропіну підшкірно, тепло на низ живота. Госпіталізації підлягають хворі з болями, що неможна купіювати, гострою затримкою сечі, геморагічним циститом.

При гострому циститі хворий потребує постільного режиму. Призначають рясне пиття, дієти з виключенням гострих страв, солінь, соусів, приправ, консервів, забороняється вживання алкогольних напоїв. Рекомендуються овочі, фрукти, молочні продукти. Теплові процедури призначають тільки при встановленій причини дизурії. Від них слід утриматися при невстановленому діагнозі, особливо при макрогематурії, так як тепло підсилює кровотечу.

Тепло протипоказано при туберкульозному ураженні сечового міхура. З метою зменшення болю призначають теплі ванни. При різко вираженій дизурії крім спазмолітичних засобів призначають мікроклізми з 2% теплим розчином новокаїну. При надсильних болях допустиме застосування наркотичних засобів. В якості антибактеріального лікування при гострому циститі застосовують фурагін по 0,1 г 2-3 рази на день, неграм - по 0,1 г 4 рази на день, 5-НОК - по 0,1 г 4 рази на день і антибіотики широкого спектру дії (норфлоксацин, оксацилін, тетрациклін, еритроміцин та ін) всередину або внутрішньом'язово. Зазвичай застосовують один з вищеперелічених препаратів протягом 8-10 днів, що призводить до швидкого зменшення дизурії і нормалізації складу сечі.

Лікування післяпологового циститу включає рясне пиття. При сильних болях і тенезмах - свічки з беладоною, теплі клізми з ромашкою. Слід проводити активне лікування основного захворювання. Призначення антисептичних і болезаспокійливих засобів у перші дні захворювання дозволяє надалі при дослідженні сечі, виявленні флори, визначенні чутливості до антибактеріальних препаратів проводити патогенетичну терапію. Можливе призначення антигістамінних препаратів. Призначають рясне пиття - до 2-3 літрів на добу для зменшення концентрації сечі і більшого вимивання бактерій, гною та інших патологічних домішок.

Лікування хронічного циститу полягає в усуненні причин, що викликають хронічне запалення. Лікування хронічного циститу направлене на відновлення порушеної уродинаміки, ліквідацію вогнищ реінфекції, видалення сечових каменів і ін Антибактеріальне лікування при хронічному циститі проводять тільки після бактеріологічного дослідження і визначення чутливості мікрофлори до антибактеріальних лікарських засобів. Дорослим і дітям старшого віку проводять промивання сечового міхура розчином фурациліну 1:5000, розчинами аргентума нітрату в зростаючих концентраціях (1:20000, 1:10000, 1:1000) протягом 10-15 днів.

Особливо показана ця процедура хворим з порушенням випорожнення сечового міхура. Застосовують також інстиляції в сечовий міхур олії насіння шипшини, обліпихи, емульсії антибіотиків. Для поліпшення кровопостачання стінок сечового міхура застосовують УВЧ, індуктотермію, грязьові аплікації. Місцевий вплив лікарських засобів досягається за допомогою іонофорезу з нітрофуранами, антисептиками. При хронічному циститі, з стійкою лужною реакцією сечі, показано санаторно-курортне лікування.

Прогноз при хронічному циститі менш сприятливий, ніж при гострому. Задовільні результати можуть бути отримані лише при наполегливому комплексному лікуванні і ліквідації провокуючих чинників. У разі ускладнення гострого циститу можливе поширення інфекції висхідним шляхом з розвитком цистопіелонефриту. При вторинному циститі прогноз визначається перебігом і результатом лікування основного захворювання.

Лікування туберкульозу полягає в застосуванні протитуберкульозних препаратів, вітамінотерапії, загально-зміцнюючого та санаторно-курортного лікування. При різко вираженій дизурії додатково застосовують місцеве лікування: інстиляція в сечовий міхур стерильного риб'ячого жиру, 20-30 мл 5% розчину парааміносаліцилової кислоти (ПАСК), електрофорез дикаїну на область сечового міхура. При виникненні рубців на сечовому міхурі вдаються до його пластики. цистіт сечовий міхур лікування

При променевому циститі крім симптоматичного і антибактеріального лікування застосовують інстиляції риб'ячого жиру, метілурацилу, інтравезікальні ін'єкції кортикостероїдів. При великих ураженнях сечового міхура і відсутності ефекту від консервативного лікування проводять резекцію ураженої ділянки або інтестинальну пластику. Прогноз відносно сприятливий тільки при лікуванні в ранніх стадіях.

Комплексне лікування трихомонадного циститу включає застосування антибіотиків широкого спектру дії (трихопол), промивання сечового міхура розчинами фурациліну та аргентуму нітрату. Лікування успішне лише при проведенні профілактики реінфекції шляхом санації вогнищ у статевих органах і одночасного лікування статевого партнера.

Лікування інтерстиціального циститу консервативне, комплексне. Призначають седативні, гіпосенсибілізуючі, спазмолітичні і протизапальні засоби, інстиляції в сечовий міхур гідрокортизону в поєднанні з антибіотиками і анестезуючими засобами, проводять пресакральні новокаїнові блокади, фізіотерапію. Поліпшення може наступити тільки в випадках інтенсивного лікування, розпочатого на ранніх стадіях ураження. Прогресування захворювання призводить до незворотних змін сечового міхура з порушенням його функції, внаслідок чого виникає необхідність у інтестинальній пластиці.

Антибактеріальне лікування циститів буде ефективним тільки після встановлення етіологічного фактора і його чутливості до антибіотиків. З препаратів пеніцилінового ряду при інфекціях сечостатевих шляхів, спричинених кишковою паличкою, протеєм, ентерококами, особливо ефективні ампіцилін тригідрат та ампіциліну натрієва сіль. Нирками виводиться цефалоспорин, який ефективний при стафілококовій, стрептококовій мікрофлорі і гонореї. З антибіотиків групи макролідів при інфекції сечових шляхів особливо слід відзначити олеандоміцин, який виявляє помітний вплив на гонококи і кишкову паличку. При виявленні сифілітичного або хламідійного ураження можливе введення еритроміцину, який ефективний відносно стафілококів, стрептококів і гонококів.

При запальних ураженнях сечового міхура і уретри можливе введення аміноглікозидних антибіотиків. Особливо широким спектором дії володіє гентаміцин, якому не властива нефротоксична дія, встановлена для неоміцину і мономицину. При туберкульозній природі циститу показано введення рифампіцину. Поряд з антибіотиками при циститі добре зарекомендували себе сульфаніламідні препарати. Уросульфан ефективний при стафілококової інфекції та інфекції, яка викликана кишковою паличкою. Сульфапіридазин і сульфадиметоксин особливо показані при гнійній інфекції, при якій етіологічними моментами виступають стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, протей, гонококи, хламідії. З похідних нафтиридина можна призначати невиграмон, який ефективний при захворюваннях, викликаних кишковою паличкою і протеєм. Препарати нітрафуранового ряду (фурадонін, фурагін) добре зарекомендували себе при запаленні сечового міхура і інфекціях інших сечових шляхів, які викликаються багатьма грамнегативними мікроорганізмами і трихомонадами.

Останнім часом одним з найбільш ефективних синтетичних препаратів широкого спектру дії визнаний ломефлоксацину гідрохлорид. Ломефлоксацин показаний при туберкульозі. Він однаково ефективний як при гострому, так і при хронічному процесі. При непорушеній функції нирок його вводять одноразово на добу в кількості 400мг через рот, можливо дробове введення по 200 мг 2-3 рази на день, або 300 мг 2 рази на день. В особливо важких випадках можливе використання до 800 мг на добу. Курс лікування займає 3-5 днів при неускладнених випадках або 7-14 днів, при хронічних процесах, іноді довше. Купіювання симптомів буває через дві доби з моменту прийому, сеча стає стерильною. Ломефлоксацин можна поєднувати із стрептоміцином та ізоніазидом. Препарат протипоказаний у період вагітності та дітям до 15 років.

**ВИСНОВОК**

Цистит є поширеним захворюванням, яке вимагає тривалого лікування.

За статистикою в Україні щорічно налічується більше 100 тисяч хворих і їх кількість безперервно зростає. Основної уваги потребує жіноча половина населення через збільшений ризик захворювання циститом.

Найважливішим етапом для пацієнта є своєчасне звернення до лікаря, який встановить точний діагноз. У зв’язку з помилковим визначенням діагнозу та невірним самолікування у пацієнта можуть з’явитися ускладнення або погіршення загального стану організму. Тому фармацевти аптечних закладів повинні мати належні знання про захворювання сечостатевої системи та асортимент лікарських засобів для лікування її запалень.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Кукес В. Г. Клиническая фармакология: Учебник. М., 1999. - 528с.
2. Орехов В. Зеленая аптека. - 2000.
3. Возианов А. Ф., Люлько А. В. Атлас-руководство по урологии. Том 3. - Днепропетровск: Днепр-VAL, 2001.
4. Даниленко В. Р. Хронический цистит// Урология и нефрология. - 1995. - № 4. - С. 49-52.
5. Лоран О. Б., Пушкарь Д. Ю., Раснер П. Н. Осложненные инфекции мочевыводящих путей// Клиническая антимикробная терапия. - 1999. - Т. 1, № 3. - С. 91-94.
6. Люлько А. В., Волкова Л. Н., Суходольская А. Е. Цистит. - К.: Здоров'я, 1988.
7. Страчунский Л. С., Рафальский В. В. Клиническое значение и антибактериальная терапия острых циститов// Клиническая антимикробная терапия. - 1999. - Т. 1. - С. 86.
8. Boyle P., Fitzpatrick J. M. The importance of benign urological disease in communities// BJU Intern. - 2003. - V. 92. - P. 342-343.