

# НЕПОНЯТНЫХ ЦИСТИТОВ ПРАКТИЧЕСКИ НЕТ

*У моей мамы (ей 72 года) по цистоскопии поставлен диагноз «интерстициальный цистит». Какие современные методы используют для лечения этого заболевания? Хотелось бы, чтобы на страницах вестника «ЗОЖ» рассказал об этой болезни врач-уролог.*

**Адрес: Соколовой Наталье Алексеевне, 601505 Владимирская обл., г. Гусь-Хрустальный, ул. Красных Партизан, д. 25.**

## ПОВЕЛИТЕЛЬНЫЕ ПОЗЫВЫ

Интерстициальный цистит – хроническое воспаление мочевого пузыря (например, ионов калия). Эффект такой, как если полить солевым раствором открытую рану или кожу щелочью – возникают боль и защитная воспалительная реакция. Результатом становится воспаление всех слоев мочевого пузыря. В итоге при незначительном наполнении мочевого пузыря возникает нестерпимая боль, требующая незамедлительного опорожнения. Из-за этого женщины становятся абсолютно социально дезадаптированы: они вынуждены постоянно находиться в пределах досягаемости туалета – ведь повелительные позывы возникают каждые 10-30 минут, а в тяжелых случаях пациентки мочатся более 100 раз в сутки.

Одной из основных причин возникновения интерстициального цистита считается истончение гликозаминогликанового слоя слизистой оболочки мочевого пузыря, в результате чего происходит просачивание внутрь его стенок активных веществ,

содержащихся в моче и обладающих раздражающим действием на стенку мочевого пузыря (например, ионов калия). Эффект такой, как если полить солевым раствором открытую рану или кожу щелочью – возникают боль и защитная воспалительная реакция. Результатом становится воспаление всех слоев мочевого пузыря. В итоге при незначительном наполнении мочевого пузыря возникает нестерпимая боль, требующая незамедлительного опорожнения. Из-за этого женщины становятся абсолютно социально дезадаптированы: они вынуждены постоянно находиться в пределах досягаемости туалета – ведь повелительные позывы возникают каждые 10-30 минут, а в тяжелых случаях пациентки мочатся более 100 раз в сутки.

## ДЕФИЦИТ ГОРМОНОВ

Еще примерно 10 лет назад диагноз «интерстициальный цистит» ставили чуть ли не каждой женщине, у которой те или иные нарушения мочеиспускания повторялись с определенной частотой. Од-

нако сегодня этот термин встречается все реже и реже. В настоящее время урологи (урогинекологи) серьезно продвинулись вперед в диагностике, распознавании причин и лечении различных видов циститов. Поэтому того «непонятного» интерстициального цистита стало существенно меньше. Да и в целом сегодня меньше циститов, происхождение которых необъяснимо. В связи с правильно подобранным и успешным лечением мы практически не наблюдаем пациенток со значительным уменьшением объема мочевого пузыря. Тем не менее следует признаться, что все-таки остается немногочисленная группа женщин, как правило, в возрасте 30-50 лет, у которых упорное, не поддающееся лечению воспаление с течением времени сопровождается уменьшением объема мочевого пузыря. Специалисты негласно называют подобное течение воспаления нижних мочевых путей истинным интерстициальным циститом, подразумевая определенное бессилие врача перед болезнью.

Практически уверен, что ситуация у мамы читательницы вестника оптимистичнее. Нарушения мочеиспускания у женщины 70 лет чаще всего являются следствием вполне определенных и определяемых причин. Основными из них являются дефицит половых гормонов и опущение мочеполовых органов (пролапс). Инволюция

яичников с возрастом закономерно сопровождается снижением эстрогенов и прогестерона, влияние которых на мочевые пути переоценить невозможно. Именно их дефицит у пожилых женщин проявляется дефектами гликозаминогликанового слоя слизистой оболочки мочевых путей (в первую очередь мочевого пузыря и мочеиспускательного канала). Рецепторы, располагающиеся в подслизистом и мышечном слоях мочевого пузыря и лишённые естественной защиты, подвергаются упорному раздражению мочой. В результате женщина чувствует позывы на мочеиспускание при полупустом мочевом пузыре. В случае присоединения инфекции, отека шейки мочевого пузыря могут присоединиться резь, жжение и иные неприятные ощущения как в процессе, так и вне акта мочеиспускания.

Опущение матки, передней стенки влагалища, а за ними и мочевого пузыря также могут быть причиной происходящего. Рецепторы растяжения располагаются в дне мочевого пузыря, анатомия которого в первую очередь нарушается при выраженном пролапсе. Растяжение провисающего дна мочевого пузыря с рецепторами приводит к снижению порога их возбудимости и, следовательно, к постоянным позывам на мочеиспускание. К тому же нарушение анатомии малого таза неизбежно сопровождается

затруднением венозного и лимфатического оттока от мочевого пузыря и гениталий женщины, в результате чего присоединяются отек и воспаление.

Таково современное представление о нарушениях мочеиспускания в постменопаузальном периоде (после 50 лет). Иногда подобные нарушения мочеиспускания называют возрастным, менопаузальным или сенильным циститом.

**ТЕРАПИЯ  
МОЖЕТ ДЛИТЬСЯ  
ДОЛГО**

Лечение назначают после осмотра и исключения иных причин нарушенного мочеиспускания. Необходимо исследовать женщину на кресле, оценить структуру органов малого таза, провести лабораторную диагностику и цистоскопию (осмотр мочевого пузыря), исключить специфические причины воспаления. Обычно состояние слизистой влагалища (легкая ранимость, кровоточивость, отсутствие эластичности) и мочевого пузыря (бескровность и довольно характерные изменения слизистой) позволяет безошибочно предположить дефицит половых гормонов. Одно-

временное гинекологическое обследование предполагает исключение новообразований и источников воспаления в матке и половых путях.

Подобные возрастные (сенильные) циститы хорошо поддаются местной заместительной гормональной терапии. Наиболее распространено применение эстрогенсодержащего препарата **овестин**. Суппозитории по 500 или 1000 мг 1 или 2 раза в сутки вводят во влагалище. Возможно применение комбинированных препаратов (**анжелик** и его аналоги). На фоне их приема восстанавливаются механизмы тканевой биологической защиты и нормализуется состояние гормонозависимых структур мочевых и половых путей. Кроме того, происходит восстановление коллагена и эластина связочного аппарата органов малого таза, что позволяет приостановить процесс опущения матки и мочевого пузыря и улучшить функцию нижних мочевых путей. Возможность местного применения препаратов позволяет минимизировать нежелательные побочные действия, а эффект может быть ощутим уже через

2-4 недели. Необходимо знать и помнить, что основными противопоказаниями к назначению заместительных гормональных лекарств являются опухоли репродуктивной системы женщины, поэтому их назначение и прием обязаны контролироваться профильным врачом.

Для усиления эффекта заместительной гормональной терапии возможно одновременное применение препаратов, блокирующих рецепторы, раздражение которых как раз и приводит к неудержимому позыву на мочеиспускание. К современному действенным средствам относят **бетмигу** (таблетки – 50 мг раз в сутки) и **везомни (везикар + омник 6 мг + 0,4 мг)** по 1 капсуле в день.

Комбинация препаратов – гормон + блокатор рецепторов – позволяет добиться эффективного ответа. Однако длительность терапии может исчисляться месяцами и годами. При этом существуют рекомендации пожизненной контроли-

руемой заместительной гормональной терапии.

Если цистит сопровождается присоединением бактериального компонента, то возможно кратковременное назначение не вредных антибактериальных препаратов, таких как фторхинолоны или хинолоны (**нолицин** – 1 капсула 2 раза в день; **палин** – 2 капсулы 2 раза в день), 2-3 недели. Эти лекарства, как правило, не требуют одновременного назначения противогрибковых или восстанавливающих флору кишечника средств.

Если же у женщины диагностируют значимое опущение матки, стенок влагалища и мочевого пузыря (3-4-я степень), то необходимо обсуждать те или иные варианты хирургического лечения, основная цель которых – восстановление нормальной анатомии малого таза. Только после возвращения мочевого пузыря в первоначальную физиологическую позицию удастся наладить его функцию и помочь женщине почувствовать себя счастливой.

**Михаил ЕНИКЕЕВ,**  
профессор, доктор медицинских наук,  
заведующий вторым урологическим отделением  
клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

**Поиск**

Разыскиваю родственников по линии папы.

Мой отец, Степан Иванович Липский, родился в деревне Мокрое Быховского района Могилевской области в 1922 году. После Великой Отечественной войны был сослан в Сибирь, а в 1953 году реабилитирован. Папа трагически погиб в 1965 году. На его похороны из Белоруссии приезжали папины брат и сестра тетя Аня. Фамилия родственников – Оседач. Мне тогда

было 13 лет, и эта встреча с родными оказалась единственной.

Буду благодарна всем, кто откликнется на мое письмо.

**Адрес: Уральской Людмиле Степановне, 662853 Красноярский край, Каратузский р-н, с. Нижние Куряты, ул. Солнечная, д. 1а.**

Отзовитесь те, кто знал и помнит Георгия Андреевича Кудряшова, фронтовика, ветерана труда. Он

был летчиком (1920-1967 годы) и, к сожалению, рано ушел из жизни. Жены и сына тоже уже нет в живых. Наша семья собирает материалы о родных, воевавших на фронте (об отце и дяде уже есть). Увы, сведения очень скудные, но все равно надеемся, ждем, верим.

**Адрес: Кудряшовой Тамаре Васильевне, 090602 Казахстан, Западно-Казахстанская обл., Зеленовский р-н, с. Дарьинское.**