

Что скрывается под маской цистита. Хроническая тазовая боль у женщин

Проф. Синякова Л.А.

Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО,
ГКБ им. С.П. Боткина

Ярославль 2015

У людей уже не хватает времени что-либо узнавать («Маленький принц» Сент-Экзюпери)



**«Это невозможно», -
сказала Причина.
«Это безрассудно», -
заметил Опыт.
«Это бесполезно», -
отрезала Гордость.
«Попробуй!» -
шепнула Мечта.**

— Хотел бы я знать, зачем
звёзды светятся... Наверно,
затем, чтобы рано или
поздно каждый мог снова
отыскать свою.

Махатма Ганди

Причины стойкой дизурии

Специфические и неспецифические воспалительные заболевания мочевых путей (в т.ч. на фоне ИППП)



Поствоспалительные изменения уротелия (изменения по типу лейкоплакии, псевдополипоз шейки мочевого пузыря и др.)

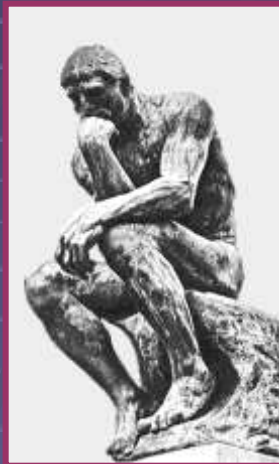
Гиперактивный мочевой пузырь

Интерстициальный цистит/синдром болезненного мочевого пузыря

Гинекологические заболевания (вагиниты, кольпиты, эндометриоз и др.)

Нейрогенные расстройства мочеиспускания (невралгия n. pudendis и др.)

Основные проблемы: диагностика и дифференциальная диагностика



➤ В 40% случаев учащенное болезненное мочеиспускание обусловлено острым или

обострением хронического цистита

- В 15% вагинитом
- В 5-10%-атрофией эпителия мочевых путей в постменопаузе
- В 40% уретритом, уретральным синдромом

- В 1996 г. комиссия Минздрава РФ констатировала факт эпидемического распространения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)
- Число женщин с ИППП (гонорея, **трихомониаз**, **хламидийная**, сифилис, **герпетическая**, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С) по сравнению с поколением их матерей на сегодняшний день возросло в 4 раза
- Предсказуемость ситуации – в отсутствии оздоровления подростков (у 63% из них ранний сексуальный дебют сопровождается **дефлорационным циститом**)

В.Е. Радзинский , 2009

(Дж.Мерт.,

1999)

Генитальный герпес

- **Дизурия 58%**
- Цистит 47%
- Глазные инфекции 1%
- **Поражение шейки матки 88%**
- 10% повторных атак не происходит
- Рецидивы в менее острой форме
- При первой атаке генитального герпеса у матери риск заражения плода достигает 50%, при рецидиве у 5%.

- Клиническая картина герпетического уретрита

Рези, жжение в уретре

Гиперемия, отечность губок уретры
Скучное слизистое отделяемое

Клиническая картина герпетического цистита

Боли в конце мочеиспускания

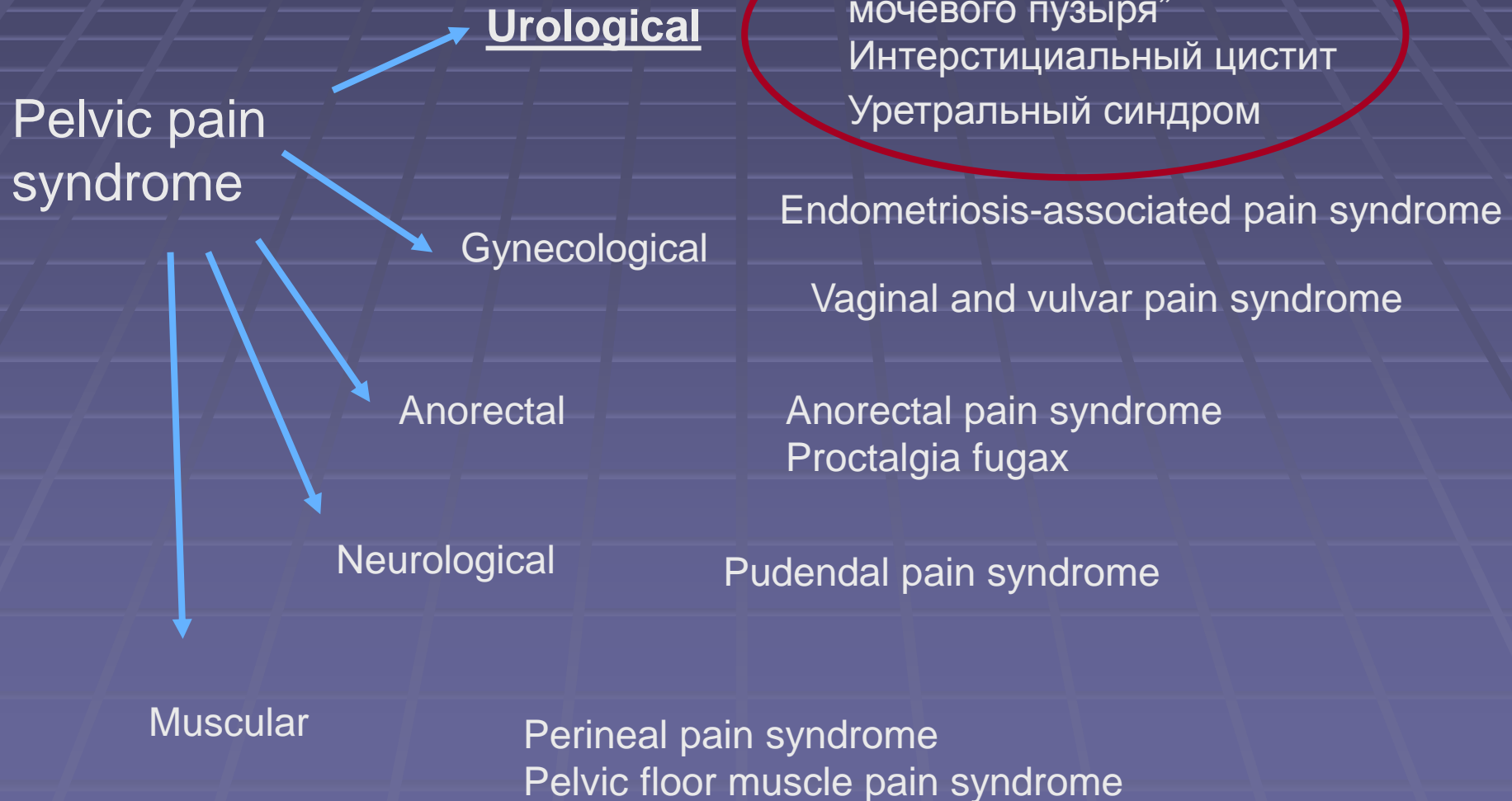
Гематурия

При цистоскопии- единичные эрозии

★ В последние годы быстро растёт заболеваемость раком шейки матки (до 30 лет). Одной из основных причин этого является раннее начало половой жизни (в возрасте от 14-16 лет), когда слизистая оболочка шейки матки еще не созрела и её покровный эпителий легко раним. В этот период очень часто происходит заражение женщины различными инфекциями, что в свою очередь увеличивает риск развития рака шейки матки в несколько раз.

Классификация хронической тазовой боли

(Guidelines EAU, 2006)



Хронические тазовые боли (ХТБ)

- Тазовое венозное полнокровие (37-40%)
- Эндометриоз (20-25%)
- Хронический сальпингоофорит (10-15%)
- Миома матки (10-12%)
- Кистозные изменения яичников (5-6%)
- Альгодисменорея (4-5%)

Mathias et al., 1996; Zondervan KT, 2000; Liddle, 2007

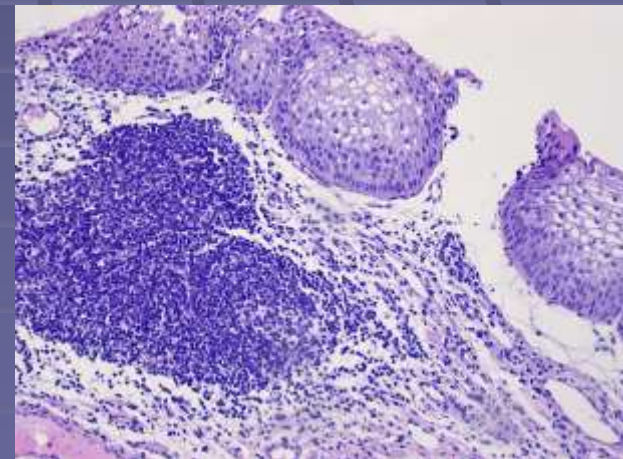
Дифференциально-диагностические признаки ХТБ

Симптом	ТВП	Эндометриоз	Хронический сальпингоофорит	Миома матки	Первичная альгодисменорея	Кисты яичников
Хронические тазовые боли	Появляются или усиливаются при длительном стоянии, приеме гестагенов, на 14-15 день цикла	Постоянные с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, максимум накануне или во время менструации	Постоянные, тупые или ноющие, усиливаются при охлаждении, менструации, интеркуррентных заболеваниях	Постоянные, иногда схваткообразные	Во время менструации, схваткообразные	Тянущие ноющие
Варикозная болезнь н. конечн.	Часто (50%)	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Диспареуния	Часто (63%)	37,5%	28,6%	Нет	Нет	Нет

Бесплодие	8,6%	20,8%	Нет	Нет	Нет	Нет
Нарушение менструального цикла	Длительные менструации (5-7 дней) у 27,5%	Альгодисменорея, гиперменорея, мажущие выделения	Альгодисменорея (42,8%)	Обильные, длительные менструации	Болезненные менструации	Олигодисменорея (при СПКЯ)
УЗАС тазовых вен	Варикозная трансформация маточных вен, расширение яичниковых вен	Варикоз маточных вен	Нет	Варикоз маточных вен	Нет	Нет
Рефлюкс по яичниковым венам	Есть	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Симптом	ТВП	Эндометриоз	Хронический сальпингофорит	Миома матки	Первичная альгодисменорея	Кисты яичников

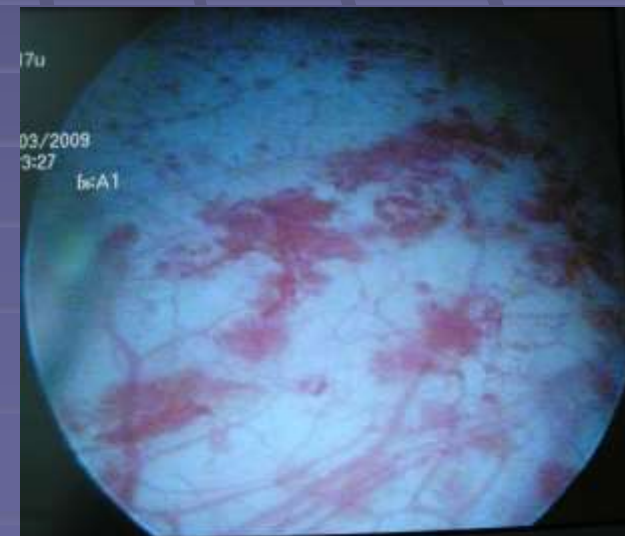
Деструкция ГАГ в зоне плоскоклеточной метаплазии при стойкой дизурии

- Деструкция ГАГ слоя при рецидивирующих ИМП, урогенитальной инфекции приводит к увеличению проницаемости, бактериальной адгезии, нарушению микроциркуляции, отеку, воспалительной инфильтрации



Сочетание патоморфологических изменений

- Пациентка С., 25 лет
- Страдает рецидивирующими ИМП в течение 10 лет
- В 2005 году выполнена транспозиция наружного отверстия уретры, в течение 2 лет эпизоды цистита не повторялись
- В течение года отмечает значительное ухудшение самочувствия с развитием выраженной поллакиурии и боли при наполнении мочевого пузыря (до 20 мочеиспусканий в сутки, ноктурия до 3-4 раз, порции мочи от 30 до 90 мл)



Клинический пример

Пациентка 35 лет. Жалобы на учащенное (до 15 раз) мочеиспускание, ноктурию до 5 раз, императивные позывы к мочеиспусканию, боль при наполнении мочевого пузыря, диспареунию. В течение 4 лет лечится амбулаторно с д-зом хронический цистит с незначительным эффектом (антибиотики, М-холинолитики, инстилляции колларгола в мочевой пузырь). Сопутствующие заболевания: хронический колит, ТВП

Результаты обследования больной

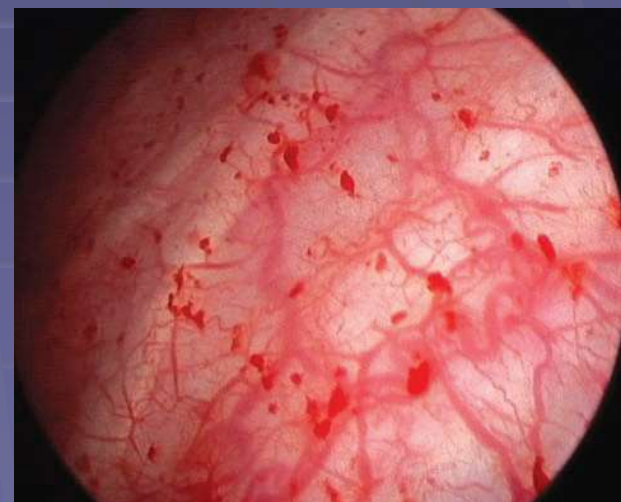
Ан. мочи-лейк 2-3 в п/зр.

Посев мочи стерилен.

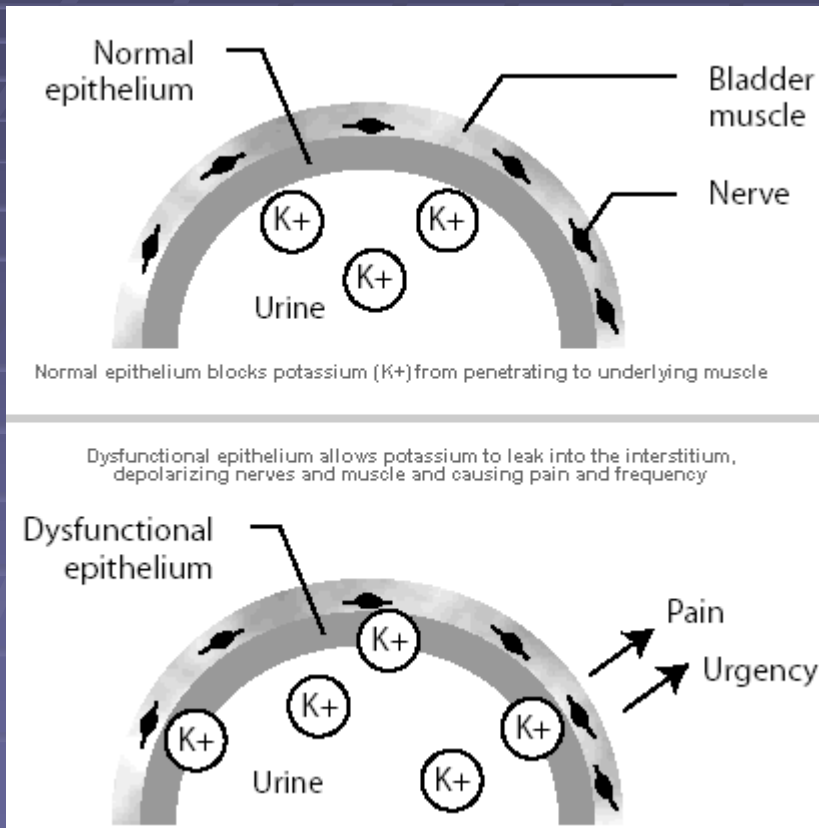
Дневник мочеиспусканий: 14 мочеиспусканий за сутки, объем порций мочи от 40 до 80 мл.

КУДИ – признаков гиперактивности детрузора не выявлено

При цистоскопии под наркозом: емкость мочевого пузыря до 350 мл, множественные гломеруляции более, чем в 3 квадрантах



Изменения при деструкции ГАГ слоя - причина боли при ИЦ (Parsons, 1997)



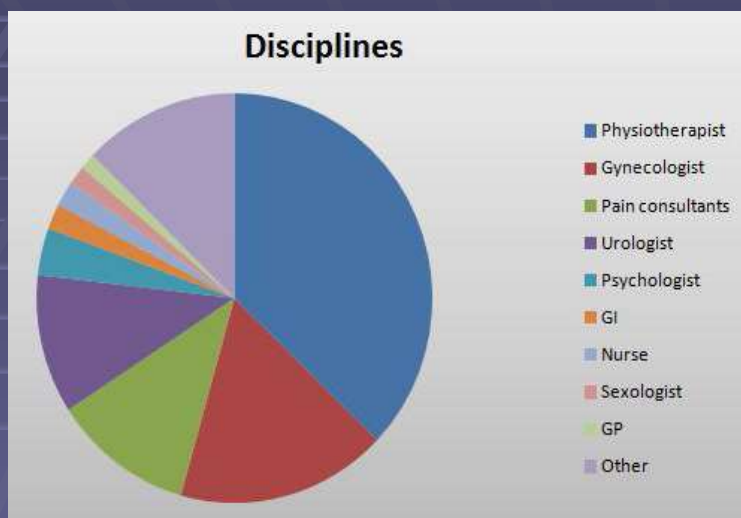
- Диффузия калия через патологически проницаемый эпителий в мочевой пузырь, где его концентрация составляет 20-150 mEq/l .
- Высокие концентрации этого катиона способны вызывать повреждение мышечных клеток, кровеносных и лимфатических сосудов, приводить к деполяризации сенсорных нервов и гладкомышечных клеток, что клинически проявляется болями и спазмами мочевого пузыря и может имитировать гиперактивный мочевой пузырь



30 May - 1 June 2013, Beurs van Berlage Amsterdam, The Netherlands

1st WORLD CONGRESS ON ABDOMINAL & PELVIC PAIN

WWW.PELVICPAIN-MEETING.COM



В конгрессе приняло участие более 500 врачей
Урологи, гинекологи, неврологи, гастроэнтерологи, психотерапевты, физиотерапевты и др.

БОЛЬ-КАК МНОГОПРОФИЛЬНАЯ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА!

Специализированные центры борьбы с болью

10% бюджета NHS (£ 11 млрд) для всех специализированных услуг

Управление и реабилитация

Соответствующая подготовка специалистов

Обеспечение комплексных подходов к изучению и лечению боли

Обеспечение специалистов, работающих в учреждениях и на дому

Сбор информации о боли, конкретные данные о результатах лечения.


“ Мультидисциплинарная команда-это команда экспертов, которую представляют доктора разных специальностей, участвующие в оценке и устранении боли, и связанных с ними заболеваний”

А. Барановский

Научная программа



- **В Швейцарии:**
- **15 - 20%** от общего населения испытывают боль в тазу или животе хотя бы раз в год.
- **Женщины** страдают чаще мужчины
- Мужчины подвержены меньшим **гормональным изменениям**, (наиболее значительным изменением является снижение тестостерона с возрастом)
- Дисменорея связана с болью центрального генеза.
- **Психологические факторы**

University College London Hospitals 
NHS Foundation Trust

Gerdle et al. BMC Musculoskeletal Disorders 2008

Prevalence (%) of pain in previous week (n = 7637)

Region	Men	Women	All
• Head	10.1	21.8	16.2
• Upper back	33.2	44.8	39.3
• Chest	5.6	6.8	6.2
• Abdomen	3.8	6.1	5.0
• Pelvis	5.4	10.3	8.0
• Low back	29.1	36.6	33.0

Postal questionnaire Sweden, participation rate 76.7%

ucbh



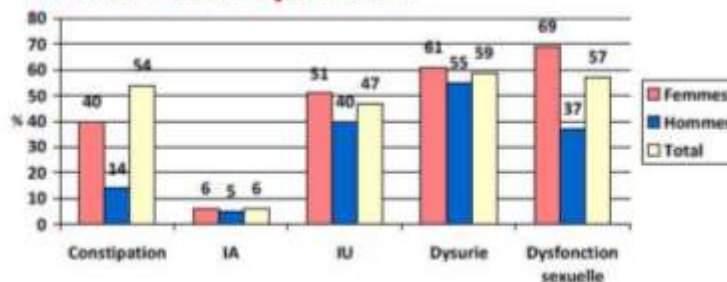
Урологически е причины



- Боли вызванные инфекцией
- Выраженные боли, связанные с гиперчувствительностью мочевого пузыря
- Тазовая Боль вызывает учащенное мочеиспускание и ургентность
- Тазовая боль-причина урологических заболеваний, или урологические заболевания-причины тазовых болей???

Pudendal Nevralgia / Pelvic dysfunction

- 105 patients Vallon, Labat 2011
- All with Nantes criterias (with positive pudendal block nerve)
- Self-questionnaires
- **87% had bladder dysfunction**



Pain and Bladder dysfunction



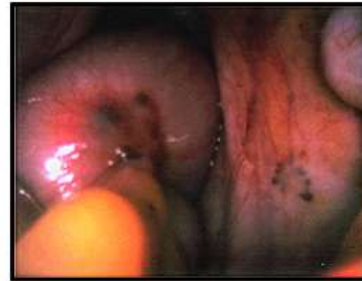
Who is the first ?
Hen or egg ?
Pain or bladder ?



Гинекологические причины



Endometriosis on bowel surfaces



Endometriosis on appendix



-Эндометриоз, диспареуния, дисменорея - КАК ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ!

Эндометриоз и хроническая тазовая боль- является наиболее распространенным симптом и встречаются в 57% у взрослых, и 45% у подростков.

-дисменорея и СХТБ у более чем 50% взрослых и до 75% подростков

-диспареуния и СХТБ встречаются до 55% исследований

“Многолетний опыт лечения таких больных убедил нас в том, что хроническая тазовая боль значительно чаще является симптомом гинекологических (73,1% случаев) и/или экстрагенитальных (21,9%) заболеваний, чем психических (1,1% нарушений). Столь же редко (1,5%) она имеет самостоятельное нозологическое или синдромное значение.”

Н.М. Подзолкова, О.Л.Глазкова, 2005

Эндометриоз выявляется у 71-87% женщин с синдромом хронической тазовой боли и сопровождается дисменореей, бесплодием и болями.

[Ozawa Y](#) et al., 2006

24% (6/25) женщин с интерстициальным циститом проводилось лечение по поводу эндометриоза

Porru D., 2004

14% направляются к гинекологу. В 19% случаев этиология хронической тазовой боли не ясна, в 16% диагностирован цистит.

[Wright J Jr](#) et al., 2006

Гастроэнтерологические причины



- СРК+ дисменорея / эндометриоз
- Более 50% женщин с СРК также имеют дисменорею
- Около 50% женщин с дисменореей также имеют симптомы СРК
- СРК + интерстициальный цистит (ИЦ)
- От 40% до 60% пациентов с СРК также демонстрируют мочевые симптомы, некоторые из которых соответствует ИЦ
- До 52% пациентов с ИЦ также имеют симптомы СРК



Алгоритм обследования пациенток со стойкой дизурией

Анализ жалоб больной **ТЩАТЕЛЬНО СОБРАННЫЙ АНАМНЕЗ!**

С выявлением таких факторов риска как раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, наличие инвазивных манипуляций, сопутствующие хронические гинекологические заболевания, вирусные инфекции (герпес, цитомегаловирус), дисбиозы влагалища.

Заполнение дневников мочеиспускания !!!

Влагалищный осмотр

Общий анализ мочи

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам

Ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря с определением остаточной мочи, матки, придатков, доплерография сосудов малого таза

Цистоскопия с биопсией!!!

Осмотр гинекологом

Мазок: уретра, влагалище, цервикальный канал

Обследование на наличие ИППП (ПЦР – уретра, цервикальный канал)

ИФА с определением иммуноглобулинов G и M к герпесу 1 и 2 типа и цитомегаловирусу

Посев отделяемого из влагалища на флору и

чувствительность к антибиотикам с

количественным определением лактобактерий

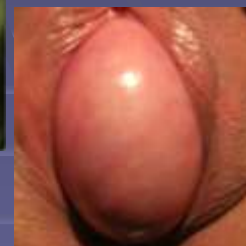
Уродинамическое исследование

(урофлуометрия, КУДИ)

Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО 2005, 2011

Принципы лечения РИНМП:

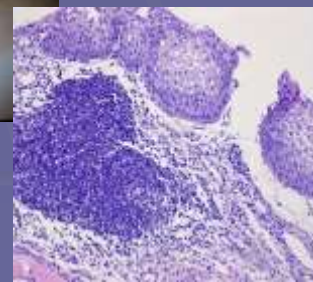
1. Устранить факторы риска или причины развития



2. Адекватная антибактериальная терапия



3. Восстановление ГАГ слоя



Интактный ГАГ слой является основной структурой, защищающей эпителиальные клетки мочевого пузыря от патогенного воздействия мочи, а также доказано, что он предотвращает адгезию микроорганизмов.

Morales A., Emerson L., Nickel J.C. 1997

Ruggieri M.R., Chelsky M.J., Rosen S.I., Shickley T.J., Hanno P.M. 1994

Ruggieri M.R., Hanno P.M., Samadzadeh S., Johnson E.W., Levin R.M. 1986

Parsons C.L. 1982

Таким образом, в основе инфекции мочевых путей лежит взаимодействие бактерий с эпителиальными клетками

Schilling J.D., Mulvey M.A., Hultgren S.J. 2001 Reid G. 1999 Gupta K., Stamm W.E. 1999

Деструкция ГАГ слоя = Адгезия

Адгезия бактерий = ИМП



Деструкция ГАГ = ИМП



АДГЕЗИЯ E. coli к клеткам уроэпителия – ключевое звено патогенеза РИМП



Восстановление гликозаминогликанового (ГАГ) слоя мочевого пузыря - внутрипузырная терапия РИНМП

- **Инстилляции раствора гепарина** (25000 Ед на одну процедуру) в сочетании с местным анестетиком (лидокаин 2% - 2,0 мл); общий объем раствора доводился до 20 мл добавлением физиологического раствора.
- Уро-гиал по 50 мл внутрипузырно 1 раз в неделю 1 месяц, затем 1 раз в месяц 4-6 инстилляций
- Инстилляции гепарина в мочевой пузырь проводятся в течение 3-х месяцев на фоне приема Канефрона по 2 др. 3 раза в день для профилактики рецидивов
- **Канефрон® Н** обеспечивает противовоспалительный эффект, который сохраняется и после прекращения активной антибактериальной терапии
- **Канефрон® Н** обеспечивает надежную “антибактериальную защиту” при выполнении таких инвазивных манипуляций как внутрипузырные инстилляции

Интерстициальный цистит

Bladder pain syndrome/ interstitial cystitis

«...причина неизвестна, диагноз труден, а лечение временное и паллиативное»

Hanash, Pool, 1969

Определение

- Интерстициальный цистит (ИЦ) – это клинический синдром, основными симптомами которого являются хроническая тазовая боль, учащенное болезненное мочеиспускание, императивные позывы, ноктурия, при наличии стерильного посева мочи.
- В большинстве случаев, при отсутствии характерной для этого заболевания Гуннеровской язвы, это диагноз исключения
- Интерстициальный цистит - симптомокомплекс, входящий в понятие «болезненный мочевой пузырь»

Bourque, 1951

Интерстициальный цистит -диагноз исключения

Критерии исключения (Национальный институт здоровья США)

- Емкость мочевого пузыря более 350 мл при цистометрии
- **Отсутствие интенсивных императивных позывов к мочеиспусканию** при наполнении пузыря 100 мл газа или 150 мл жидкости со скоростью от 30 до 100 мл/мин во время цистометрии
- Наличие фазных, непроизвольных сокращений пузыря при цистометрии по описанной выше методике
- **Продолжительность симптомов менее 9 месяцев**
- **Отсутствие никтурии**

Критерии исключения (Национальный институт здоровья США)

- Клиническое улучшение при приеме уроантисептиков, антимикробных, антихолинергических или спазмолитических средств
- **Частота мочеиспусканий менее 8 раз в день**
- Диагноз «бактериальный цистит» в предшествующие 3 месяца
- Камни дистального отдела мочеточника и мочевого пузыря
- **Активный генитальный герпес**
- Рак уретры и женских половых органов
- Дивертикулы уретры

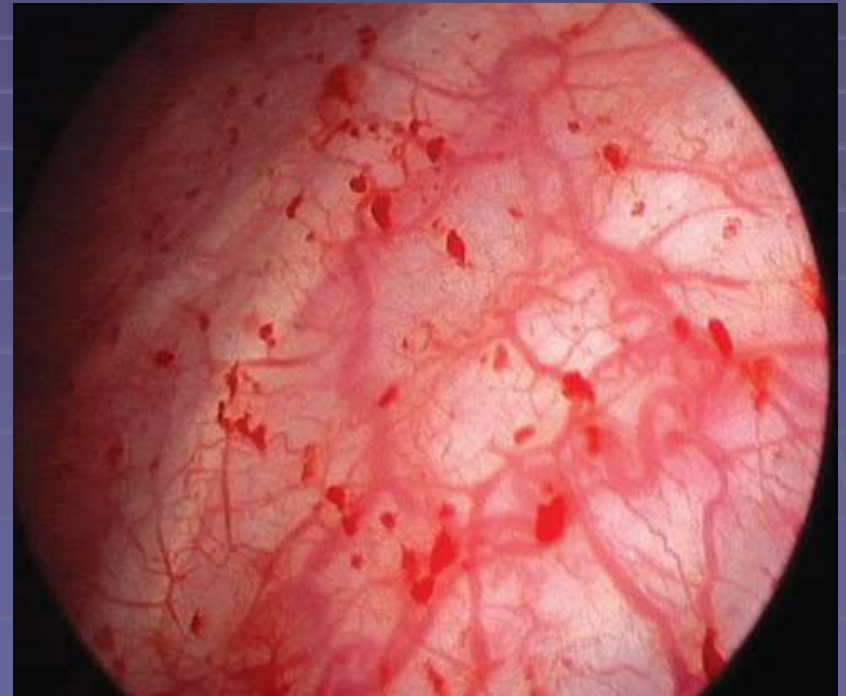
Критерии исключения (Национальный институт здоровья США)

- Циклофосфамидный и другие виды химических циститов
- Туберкулезный цистит
- Пострадиационный цистит
- Доброкачественные и злокачественные опухоли мочевого пузыря
- Вагинит
- Возраст моложе 18 лет

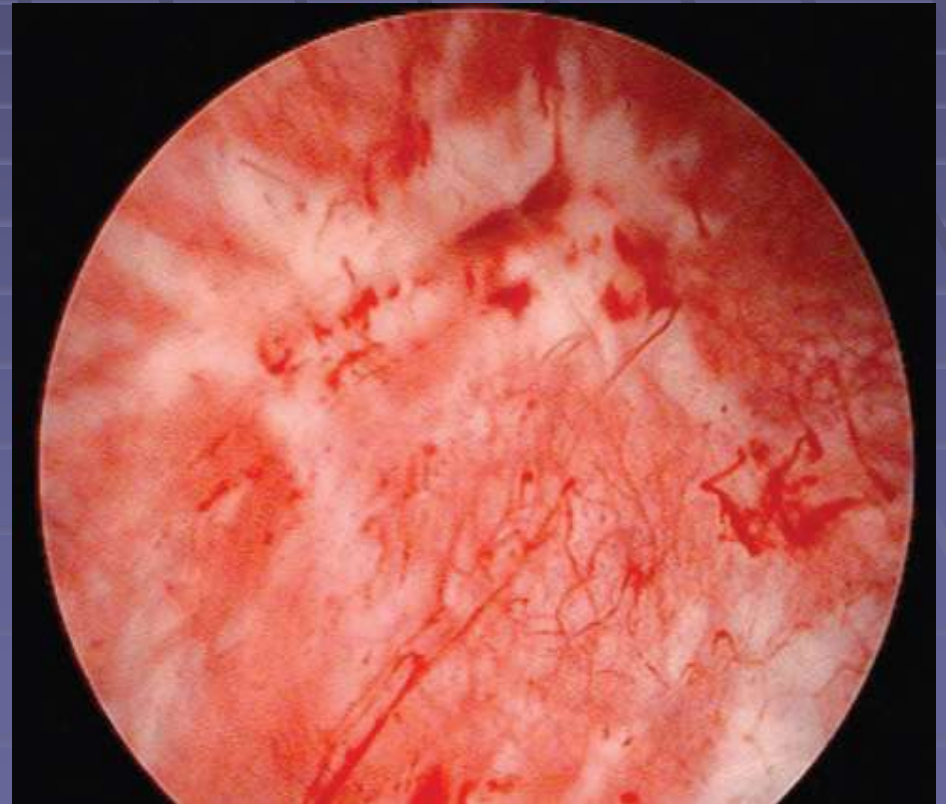
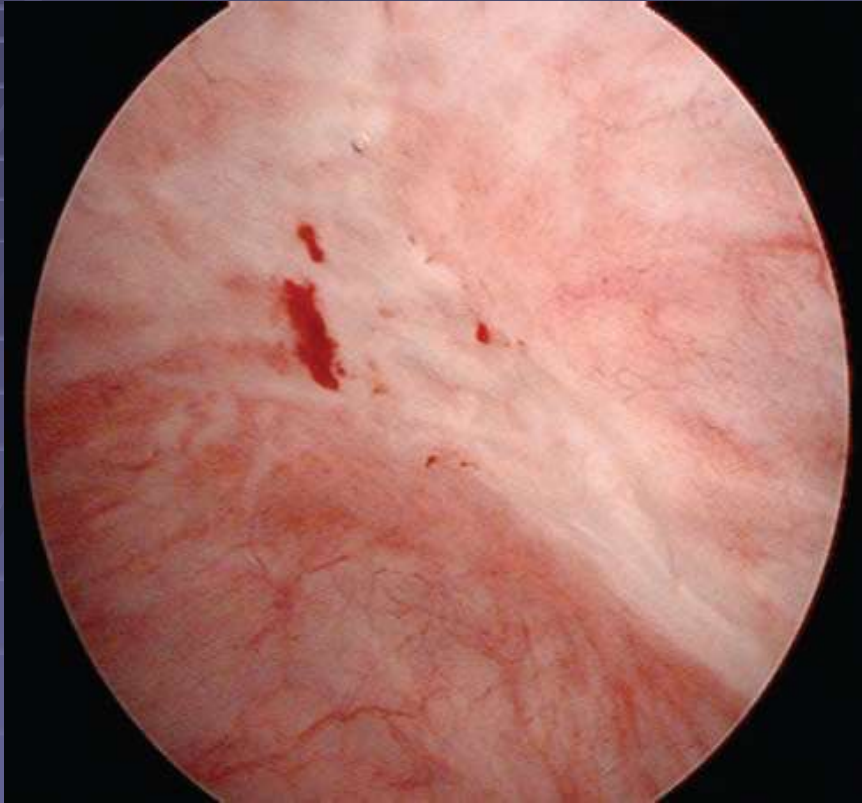
Критерии достоверного диагноза (Hanno P.M., 1998)

- А) Должен присутствовать один из двух следующих цистоскопических признаков.
 1. Зернистость стенки мочевого пузыря (точечные кровоизлияния – гломеруляции). Мочевой пузырь под наркозом растягивают жидкостью, которая поступает под давлением 80-100 см вод ст. в течение 1-2 мин. Зернистость должна быть диффузной (по крайней мере, в трех квадрантах мочевого пузыря; не менее 10 кровоизлияний в каждом). Чтобы избежать артефактов, учитывают только те кровоизлияния, которые находятся на участках слизистой, не соприкасавшихся с цистоскопом.
 2. Классические язвы Гуннера – обособленные изъязвления слизистой, которые обычно становятся видны после растяжения мочевого пузыря

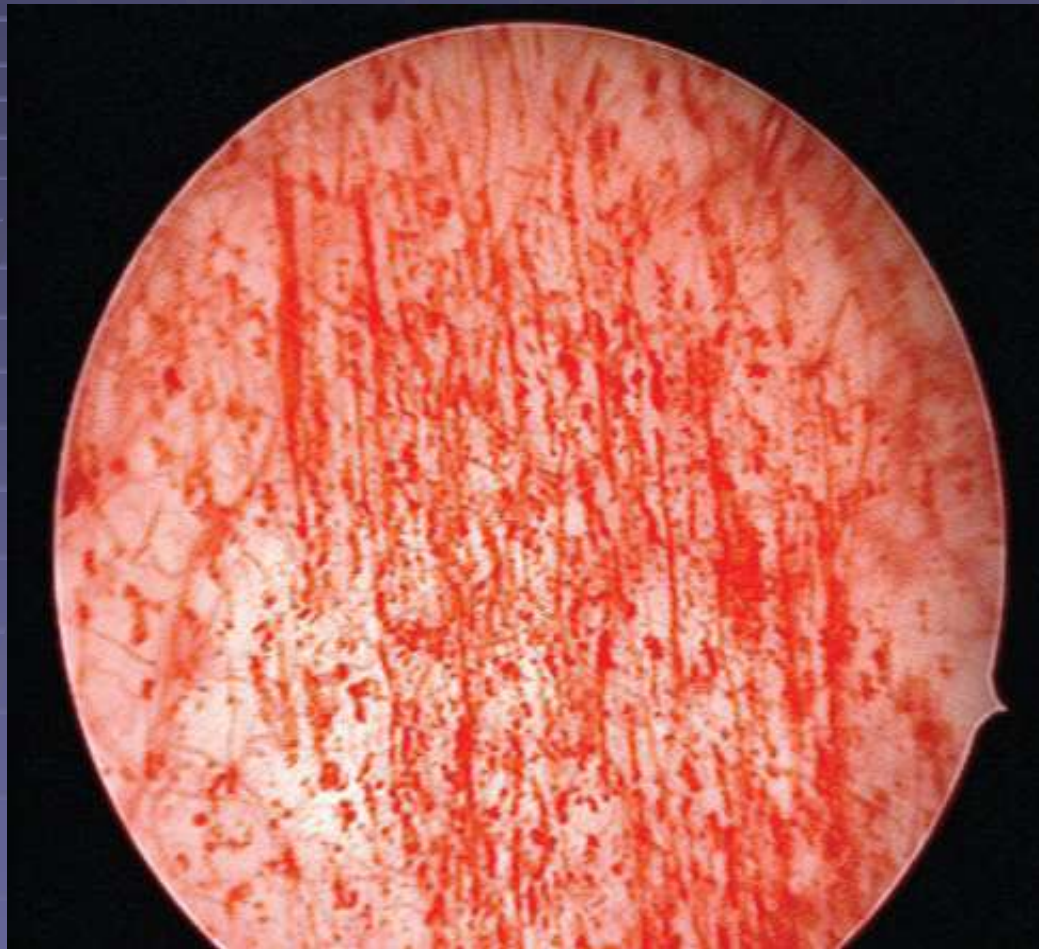
Closer cystoscopic view of bladder vasculature and
'spotchy
hemorrhages' post-bladder distention



Hunner's ulcer



Petechial hemorrhages cascading from bladder dome



Критерии достоверного диагноза (Hanno P.M., 1998)

- Б) Должен присутствовать один из двух субъективных признаков:
 1. Боль в проекции мочевого пузыря
 2. Императивные позывы

Шкала симптомов тазовой боли, императивного учащенного мочеиспускания

Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Score (by L. Parsons)

	0	1	2	3	4
1. Сколько раз в день Вы мочитесь?	3-6	7-10	11-14	15-19	20+
2а. Сколько раз Вы мочитесь за ночь?	0	1	2	3	4+
б. Если Вы мочитесь ночью, то насколько это Вас беспокоит	никогда	иногда	обычно	всегда	
3. Вы сексуально активны? Да Нет					
4а. Если Вы сексуально активны, то возникают или возникали ли у Вас боли во время или после полового акта?	никогда	иногда	обычно	всегда	
б. Если Вас беспокоят боли, то стали ли Вы избегать половых контактов?	никогда	иногда	обычно	всегда	
5. Вас беспокоит боль в области мочевого пузыря, малого таза, влагалища, промежности, уретры?	никогда	иногда	обычно	всегда	
6. Сохраняются ли у Вас императивные позывы к мочеиспусканию после акта мочеиспускания?	никогда	иногда	обычно	всегда	
7а. Если Вас беспокоят боли, обычно их интенсивность		незначительная	умеренная	выраженная	
б. Наличие болевого симптома беспокоит Вас?	никогда	иногда	обычно	всегда	
8а. Если у Вас имеются императивные позывы к мочеиспусканию, то обычно они		незначительные	умеренные	выраженные	
б. Наличие ургентного мочеиспускания беспокоит Вас?	никогда	иногда	обычно	всегда	

Гистопатологические исследования

Нормальный эпителий мочевого пузыря состоит из 6-7 слоев клеток, у больных ИЦ эпителий может содержать лишь 2-4 слоя, которые местами повреждены или полностью отсутствуют.

Малообъемное мочеиспускание в сочетании с патологической проницаемостью эпителия мочевого пузыря, по мнению Parsons (1998), ведут к истончению уротелия и атрофии мышечного слоя, следствием чего является значительное снижение емкости.

Cold-cup biopsy of bladder wall revealing underlying detrusor muscle.



Алгоритм диагностики

(Hanno P.M., 1998)



Алгоритм обследования больных с подозрением на интерстициальный цистит

(О.Б.Лоран, А.В.Зайцев, 2001)

Беседа с больной. Анкетирование

Влагалищный осмотр. Лабораторные методы исследования

Ультрасонографическое исследование

Рентгенологическое исследование

Комбинированное уродинамическое исследование

Уретроцистоскопия под наркозом
с мультифокальной биопсией мочевого пузыря

Гистопатологическое исследование

Диагноз

Другие заболевания

Принципы лечения

- Восстановить целостность уротелия
- Снизить нейрогенную активацию
- Подавить каскад аллергических реакций
- Пероральные медикаментозные средства
- Внутрипузырные инстилляции
- Гидробуживание мочевого пузыря
- Нейростимуляция
- Хирургическое лечение

Консервативное лечение

По механизму действия основные виды неоперативного лечения ИЦ могут быть разделены на три категории

1. Лекарства, которые прямо или косвенно изменяют нервную функцию – такие препараты, как наркотические или ненаркотические анальгетики, антидепрессанты, анксиолитики (адаптол), антигистаминные, противовоспалительные, антихолинергические средства, спазмолитики.

Консервативное лечение

2. Цитодеструктивные методики, разрушающие зонтичные клетки мочевого пузыря и приводящие к ремиссии после их регенерации. К этим видам лечения относится гидробужирование мочевого пузыря, инстилляции диметилсульфоксида, хлорпактина, нитрата серебра.

Консервативное лечение

3. Цитопротективные методики, защищающие и восстанавливающие слой муцина в мочевом пузыре. К этим препаратам относятся полисахариды – такие как гепарин, пентозан полисульфат и, возможно, гиалуроновая кислота.

Консервативные методы лечения МПБС/ИЦ

УД- уровень доказательности; СР – степень рекомендаций

	УД	СР	Комментарии
Анальгетики	2b	С	Назначают в период подбора основного лечения
Кортикостероиды	3	С	Длительное применение не рекомендуется
Гидроксизин	1b	А	Является стандартным методом лечения, несмотря на то, что при проведении РКИ эффективность была достаточно ограниченной
Циметидин	1b	В	Недостаточно исследований
Амитриптилин	1b	А	Стандартный метод лечения
Пентозанполисульфат натрия	1a	А	Стандартный метод лечения. Исследования противоречивы
Антибиотикотерапия	1b	А	Ограниченная роль в лечении ИЦ

Интравезикальные, инвазивные, альтернативные и хирургические методы лечения МПБС/ИЦ

	УД	СР	Комментарии
Интравезикальная анестезия	3	C	
Интравезикальное применение ППН	1b	A	
Интравезикальное применение гепарина	3	C	
Интравезикальное применение гиалуроновой кислоты	2b	B	
Интравезикальное применение хондроитина сульфата	2b	B	
Интравезикальное применение ДМСО	1b	A	
Интравезикальное применение бациллы Кальметта-Герена	1b	Не рекомендуется	
Интравезикальное применение клорпактина	3	Не рекомендуется	Препарат снят с производства
Интравезикальное применение ваниллоидов	1b	C	Противоречивые результаты

EMDA (электрофоретический метод введения лекарственных препаратов)	3	B	
Трансуретральная резекция (коагуляция и трансуретральная лазерная хирургия (LASER))	N/U	A/B	Только при наличии язв Гуннера
Проводниковая блокада/эпидуральная анестезия	3	C	При проведении инвазивных манипуляций; только для устранения болей
Крестцовая нейромодуляция	3	B	Не рекомендуется проводить вне стационара
Тренировки мочевого пузыря	3	B	Показаны пациентам с невыраженным болевым синдромом
Мануальная и физиотерапия	3	B	
Диета	3	C	
Акупунктура	3	C	Противоречивые результаты
Гипноз	Нет исследований		
Психотерапия	3	B	
Хирургическое лечение	N/U	A	Результаты исследований очень различаются

Лечение ИЦ

Лечение ИЦ может быть успешным в 90% случаев, при использовании 3 препаратов:

- **PPS** (per os) 300-900мг/д или **гепарин** (внутрипузырно) 40,000ед. в 8 мл 1% лидокаина и 3 мл физ.р-ра
- **hydroxizine** (атаракс) 25мг на ночь 1 нед., затем 25 мг днем и 25 мг н/н 1 нед, 25мг днем и 50 мг н/н - 3 мес
- **amitriptiline** 25мг на ночь (50 мг после 4-8 нед) или **SSRI**(**Paхil**, **Флуоксетин**) по 10-20мг/д

(Dr. C.Lowell Parsons, 2003)

Мукополисахариды

- Пентозанполисульфат (PPS, Elmiron)
- Восстанавливает защитный слой мукополисахаридов (муцина) в мочевом пузыре
- Единственный мукополисахарид, применяемый per os
- Эффективность около 70% в течение 8-12 месяцев
- Начальный эффект только после 12-16 недель лечения
- По 100 мг 3 раза в сутки 3-6-24 месяца

Показания к кишечной пластике мочевого пузыря

- Выраженный фиброз всех слоев стенки мочевого пузыря при морфологическом исследовании
- Снижение анатомической емкости мочевого пузыря менее 100-150 мл (под наркозом)
- Наличие Гуннеровской язвы в мочевом пузыре
- Неэффективность других видов лечения

Интерстициальный цистит

- Причины ИЦ
- Неинвазивные маркеры
- Эффективная терапия?
- Препараты, модулирующие иммунный и воспалительный ответ, воздействующие на нервные волокна, требуют дальнейшего изучения и усовершенствования

Выводы

Все пациентки со стойкой дизурией и хронической тазовой болью должны проходить комплексное обследование, включающее цистоскопию с морфологическим исследованием биоптата в клиниках, специализирующихся на лечении указанной категории больных.

Морфологическое исследование позволяет определить степень диспластических процессов в уротелии, выраженность изменений в субэпителиальной основе, планировать вид и длительность терапии.

Назначение эмпирической системной и внутрипузырной терапии женщинам со стойкой дизурией и наличием хронической тазовой боли недопустимо !!!

