

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ

### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. **Название протокола:** Острый и хронический цистит.
2. **Код протокола:**
3. **Код(коды) протокола по МКБ-10:**
  - N30 -Цистит
  - N30.0 -Острый цистит
  - N30.1 -Интерстициальный цистит (хронический)
  - N30.2- Другой хронический цистит
  - N30.3-Тригонит
  - N30.4 -Лучевой цистит
  - N30.8 -Другие циститы
  - N30.9 -Цистит неуточненный
4. **Сокращения, используемые в протоколе:** МКБ- международная классификация болезней, УЗИ- ультразвуковое исследование
5. **Дата разработки протокола:** 2013 год
6. **Категории пациентов:** больные с острым и хроническим циститом
7. **Пользователи протокола:** врачи-урологи

### II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

#### 8. **Определение:**

Цистит- воспаление слизистой стенки мочевого пузыря.

Причиной цистита может быть множество факторов - инфекция, аллергия, камни и другие инородные тела, травма, аутоиммунные заболевания, рак мочевого пузыря, лучевая терапия и лекарственные вещества, особенно противоопухолевые химиотерапевтические средства. Однако чаще всего причиной бывает инфекция, в большинстве случаев бактериальная, но иногда вирусная, грибковая или паразитарная (Лопаткин А.Н., 1995).

По характеру течения различают три формы цистита: острую, рецидивирующую и хроническую.

**9. Клиническая классификация:**

1. По течению болезни

- острый
- хронический

2. По происхождению

- первичный
- вторичный

3. По этиологии и патогенезу

- инфекционный
- химический
- лучевой
- паразитарный
- при сахарном диабете
- у спинальных больных
- аллергический
- обменный
- ятрогенный
- нейрогенный

4. По локализации и распространенности воспалительного процесса

- диффузный
- шеечный
- тригонит

5. По характеру морфологических изменений

- катаральный
- геморрагический
- язвенный и фибринозно-язвенный
- гангренозный
- инкрустирующий
- опухолевый
- интерстициальный

**10. Показания для госпитализации:** острый проявления цистита(болевого синдром, дизурия, гематурия и т.д.), частые обострения и рецидивирования заболевания.

**11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

*Перечень основных диагностических мероприятий:*

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Бактериологический посев мочи до, после лечения и в период диспансерного наблюдения с определением степени бактериурии, чувствительности к антибактериальным препаратам.

### ***Перечень дополнительных диагностических мероприятий***

- УЗИ почек, мочевого пузыря
- Цистоскопия
- Уродинамические исследования (урофлоуметрия и цистотонометрия)
- Нисходящая и восходящая цистография
- Консультация нефролога

## **12. Диагностические критерии:**

### **а. Жалобы и анамнез:**

*Острый цистит* развивается внезапно (за несколько часов), проявляясь в типичных случаях жжением и/или болезненностью при мочеиспускании (дизурия), частыми настоятельными позывами, болью над лобком, небольшим повышением температуры и никтурией (повышенным мочеиспусканием по ночам). Нередко возникают боли в пояснице, а также, особенно у женщин, макрогематурия (появление крови в моче). Острый цистит достаточно часто рецидивирует, когда между приступами могут проходить недели и месяцы.

*Хронический цистит* относится к такой форме заболевания, при которой симптомы сохраняются постоянно на протяжении многих недель. В основе хронического цистита чаще всего лежит более глубокое (интерстициальное) воспаление тканей мочевого пузыря. Нередко цистит развивается в течение суток после сексуального контакта.

*К факторам риска цистита относятся:*

- Иммунодефицитные состояния
- Длительное воздействие на слизистую мочевого пузыря некоторых лекарств (цитостатики)
- Врожденный пороки мочевой системы, камни мочевого пузыря
- Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
- Травматизация слизистой оболочки мочевого пузыря

### **12.2. Физикальное обследование:**

Болезненная пальпация надлобковой области.

### **12.3.Лабораторные исследования:**

- Изменения в анализах мочи – лейкоцитурия, может быть гематурия, протеинурия нехарактерна (только за счет форменных элементов)
- Бактериурия  $10^5$  м.т./мл и выше, за счет исключения вирусной этиологии цистита

**12.4.Инструментальные исследования:** цистоскопия, УЗИ мочевого пузыря, уродинамические исследования (цистотонометрия, урофлоуметрия)

**12.5 Показания для консультации специалистов: при наличии сопутствующих заболеваний: онколог, гинеколог**

**12.6 Дифференциальный диагноз:** туберкулез мочевого пузыря, камни мочевого пузыря, новообразования мочевого пузыря, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

**13. Цели лечения:** добиться клинического выздоровления или стойкой ремиссии

**14. Тактика лечения:**

**14.1. Немедикаментозное лечение:** режим общий, диета № 15

**14.2. Медикаментозное лечение:**

- Антибактериальное лечение: основной курс – цефтриаксон по 1,0 мл х 1 раз в день (7-10 дней).
- Альтернативные препараты: макролиды в течение 7-10 дней.
- Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии: флюконазол по 150 мг однократно или итраконазол, оральный раствор из расчета 5 мг/кг/день, детям старше 5 лет
- Препараты нитрофуранового ряда 2 мг/кг 1 раз на ночь до 4 недель.
- Местное лечение путем инстилляций в полость мочевого пузыря растворов антисептиков.

***Перечень основных медикаментов:***

- Цефтриаксон по 1,0 мл 1 раз в день внутримышечно.
- Нитрофуран 20 мг, табл., фуразидин, 50 мг, табл.
- Итраконазол оральный раствор 150 мл - 10 мг/мл.
- Раствор 2% колларгола.
- Линимент синтомицина 10%.

***Перечень дополнительных медикаментов:***

- Монурал 1 пакет порошка 1 перорально 1 раз в 7 дней (на курс 2-3 пакета).
- Неоренал по 2 табл. х 2 раза в сутки (длительно).
- Уростин по 1-2 капсуле 3 раза в день (длительно);
- Физиолечение

**14.3 Другие виды лечения:** инстиллярия мочевого пузыря уроантисептиками, физиолечения

**14.4 Хирургическое лечение:** при наличии цистоскопических признаков лейкоплакии необходимо трансуретральная электрокоагуляция или лазерная вapoризация

**14.5 Профилактические мероприятия:** гигиена половых органов, санация очагов инфекции, в том числе инфекция передающихся половым путем.

**14.6 Дальнейшее ведение:** контроль за клинико-лабораторными анализами в динамике.

**15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:** отсутствие болевого синдрома, дизурии, нормализация клинико-лабораторных анализов в динамике.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

**16.Список разработчиков протокола:** проф. Кусымжанов С.М.

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** отсутствует.

**18. Рецензенты:** Асубаев А.Г., – к.м.н., ассистент кафедры урологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

**19. Указание условий пересмотра протокола:**

Пересмотр протокола через 5 лет после его вступления в действие и/или при появлении новых методов диагностики/лечения с более высоким уровнем доказательности.

### **20. Список использованной литературы**

1. Л.С. Страчунский, С.П. Козлов. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей <http://pdaieam.ru>
2. Н. А. Коровина, И. И. Захарова. Э. Б. Мумладзе острый цистит у детей: клиника, диагностика, лечение, [www.osp.ru](http://www.osp.ru)
3. Назарова Л.С. Циститы. Методическое руководство. [\www.med2000.ni.mps.cistit4.htm](http://www.med2000.ni.mps.cistit4.htm)
4. Н.А.Коровина. И.Н.Захарова, Э.Б.Мумладзе, О.В.Савельева, Аль Макраманн Али Ахмед. Современные подходы к лечению инфекции мочевой системы у детей. Consilium Medicus. Т. 6. 2004. <http://www.rbc.ru>
5. Medical Library. Cystitis.1' October 1, 2005. <http://www.yahoo.com>
6. ICA. Treatment options ic and children. 2005. <http://www.clinicalevidence.comVcweb/conditions/dsd'0406,'0406.jsp>
7. Extensive Inflammatory Eosinophilic Bladder Tumors in Children: Experience With Three Cases <http://www.medscape.com/viewarticle/442895>
8. Л.С. Страчунский, А.Н. Шевелев. Антибактериальная терапия инфекций