

# КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ

*Е. В. Кульчавеня<sup>1,2</sup>, Д. П. Холтобин<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза» Минздрава России (г. Новосибирск)

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Новосибирск)

С целью изучения влияния способов контрацепции на частоту возникновения рецидива бактериального цистита у женщин были проанализированы истории заболевания 215-ти больных циститом. Также сопоставлена частота возникновения рецидивов цистита в трёх группах сексуально активных женщин репродуктивного возраста. 26 пациенток (1-я группа) получала стандартную терапию; в качестве метода контрацепции они использовали презерватив. 31 больная (2-я группа) принимали КОК, 32 пациентки (3-я группа) принимали КОК, а также два курса канефрона. Установлена отрицательная корреляция между приёмом КОК и риском возникновения цистита. После стандартной терапии в 1-й группе у 43,3 % больных заболевание рецидивировало, во 2-й группе рецидив отмечен у 25,8 %, а в 3-й группе рецидив возник лишь в 15,6 % случаев. Таким образом, выбор КОК для контрацепции снижает вероятность рецидива бактериального цистита в два раза; дополнительный приём канефрона — в три раза.

*Ключевые слова:* цистит, рецидив, контрацепция, профилактика.

**Кульчавеня Екатерина Валерьевна** — доктор медицинских наук, профессор кафедры туберкулёза ФПК и ППВ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», главный научный сотрудник, руководитель отдела урологии ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза», рабочий телефон: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

**Холтобин Денис Петрович** — аспирант ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза», рабочий телефон: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

---

*Введение.* Инфекции нижних мочевых путей, наиболее частым проявлением которых является острый бактериальный цистит, широко распространены повсеместно [1]. По мнению К. Naber et al. [2], каждый год 15 % сексуально активных женщин имеют хотя бы один эпизод цистита; до 60 % женщин в течение жизни хотя бы раз страдали этим заболеванием, причем у четвертой части отмечается рецидив в течение года. Развитию рецидива способствует применение спермицидов, менопауза, сахарный диабет и множество других факторов. В целом не менее 60 % пациентов имеют рецидивирующие формы заболевания, что делает крайне актуальными вопросы лечения и профилактики

обострений цистита и пиелонефрита. По данным эпидемиологического исследования, проведённого В. В. Рафальским с соавт. [3], 17,8 % женщин в возрасте от 15 до 51 года за истекший год перенесли острый цистит, причём у половины из них заболевание рецидивировало в течение 12 месяцев как минимум один раз.

Структура инфекций нижних мочевых путей имеет чётко выраженные гендерные различия: в возрасте до 55 лет значительно чаще болеют женщины, и лишь в более старшем возрасте отмечается выравниванием пропорции в основном за счёт развития у пожилых мужчин доброкачественной гиперплазии предстательной железы [4]. Причины кроются как в анатомических особенностях (у женщин уретра короткая и широкая, до 27 % отмечается её гипермобильность или наружное отверстие располагается низко, что облегчает проникновение инфекции из влагалища), так и в онтофилогенетическом единстве мочевой и половой систем. Разница эмбрионального происхождения мочевого пузыря и предстательной железы обуславливает структурные отличия этих областей. Предстательная железа имеет общее происхождение с влагалищем и представляет собой эндокринно-рецепторный орган. С периода половой зрелости плоский эпителий предстательной железы, подобно влагалищному, подвержен циклическим изменениям в течение менструального цикла соответственно гормональным сдвигам. В многослойном плоском эпителии предстательной железы и влагалища происходит синтез гликогена, который является субстратом для молочной кислоты. Постоянная циклическая десквамация и цитоллиз поверхностных клеток плоского эпителия, ферментативное расщепление гликогена до глюкозы и молочной кислоты (концентрация последней поддерживает кислотность мочи) представляет собой один из механизмов защиты слизистой оболочки мочевого пузыря и влагалища. Любое нарушение в женской половой системе закономерно вызывает расстройство в мочевой, которое может быть компенсированным и декомпенсированным.

Таким образом, существуют гендерные предпосылки к возникновению и рецидивированию цистита.

В качестве средств профилактики цистита хорошо себя зарекомендовали растительные препараты, одним из наиболее хорошо изученных является канефрон, содержащий экстракты золототысячника, розмарина и любистока.

Мы поставили *цель*: изучить влияние способов контрацепции на частоту возникновения рецидива бактериального цистита у женщин и определить эффективность совокупного применения канефрона и комбинированных оральных контрацептивов в качестве противорецидивного комплекса.

*Материал и методы.* Мы проанализировали историю заболевания, частоту рецидивов и методы контрацепции у 215-ти женщин, обратившихся в медицинский центр «БИОВЭР» по поводу острого цистита (диагноз верифицирован клинико-лабораторными и бактериологическими методами исследования).

Также в разработку взяты 89 сексуально активных женщин репродуктивного возраста, страдающих рецидивирующим бактериальным циститом (при частоте рецидивов не менее трёх в год) в возрасте от 27 до 36 лет (в среднем  $31,4 \pm 2,8$ ), использующих в качестве средства предохранения от нежелательной беременности презерватив. Эти пациентки были распределены в три группы. В первую группу включили 26 пациенток, которые получали стандартную этиопатогенетическую терапию по поводу рецидива бактериального цистита, в качестве метода предохранения от нежелательной беременности они продолжали использовать барьерный метод контрацепции. Вторая

группа объединила 31-ую больную, которым после завершения стандартной этиопатогенетической терапии по поводу рецидива бактериального цистита была рекомендована комбинированная оральная контрацепция (жанин или джес). Третью группу составили 32 пациентки с циститом, которым после стандартной этиопатогенетической терапии была рекомендована комбинированная оральная контрацепция (КОК), а также назначен канефрон по 50 капель трижды в день в течение месяца с повторным курсом через три месяца. Канефрон был выбран нами как препарат, хорошо зарекомендовавший себя в предыдущем исследовании [5].

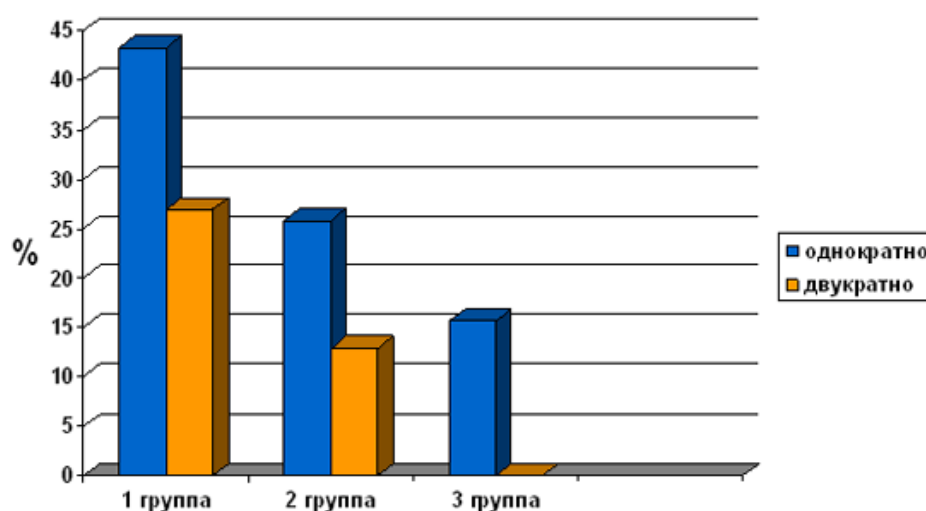
Исследование продолжалось в течение полугода, так как, согласно определению, рецидивирующим заболеванием считают цистит с двумя и более обострениями в течение 6-ти месяцев или тремя и более — в течение года; таким образом, 6 месяцев — достаточный срок для определения противорецидивной эффективности метода лечения. При возникновении рецидива пациентки сразу обращались в клинику. Все больные, в том числе и те, у которых какого-либо обострения не было, прошли контрольное обследование через 6 месяцев: общий анализ мочи, посев мочи на микрофлору.

*Результаты.* Среди 215-ти больных циститом, оцененных ретроспективно, у 44-х была менопауза. Из 171-й женщины репродуктивного возраста только 19 (11,2 %) принимали КОК, 63 (36,8 %) практиковали прерванный половой акт, а большинство использовали презерватив (89 больных — 52,0 %). Таким образом, половина пациенток репродуктивного возраста предпочитали барьерный метод контрацепции.

В проспективной части исследования среди 26-ти больных первой группы у 11-ти (43,3 %) за время наблюдения заболевание рецидивировало, причём у семи из них (26,9 % от всего количества больных) — дважды.

Во второй группе рецидив цистита был отмечен у восьми пациенток (25,8 %), из них у каждой второй (12,9 %) — дважды.

Наилучшие результаты отмечены в третьей группе, где пациентки в течение полугода постоянно принимали КОК и получили два месячных курса канефрона. Эпизод острого цистита был отмечен лишь у пяти из 32-х больных (15,6 %), причём ни у одной не повторялся. Сравнительная эффективность представлена на рис.



Рецидивы цистита в течение года после стандартной терапии, стандартной терапии + КОК и стандартной терапии + КОК + канефрон (n = 89)

*Примечание:* 1 группа — 26 пациенток, которые получали стандартную этиопатогенетическую терапию, 2 группа — 31 больная, которые после завершения стандартной этиопатогенетической терапии получали комбинированные оральные контрацептивы, 3 группа — 32 пациентки, которым после стандартной этиопатогенетической терапии получали КОК и канефрон, % — процент пациенток в каждой группе, у которых возник рецидив цистита

Как наглядно демонстрирует рис., применение современных оральных контрацептивов достоверно снижает частоту рецидивов бактериального цистита. Дополнительный приём комбинированного растительного препарата канефрон существенно усиливает эффект КОК в отношении рецидивов цистита. Ни в одном случае не было отмечено какой-либо значимой побочной реакции на канефрон (у двух пациенток возникала небольшая тяжесть в эпигастральной области после приёма канефрона натошак; явления гастралгии были купированы после приёма препарата через 40 минут после еды). В начале оральной контрацепции у 12-ти женщин отмечалась слабовыраженная мастодиния, у одной — мажущие кровянистые выделения. После периода адаптации, который продолжался в среднем  $1,9 \pm 0,7$  месяца, эти симптомы прекратились. Ни одна из женщин не отказалась от рекомендованного лечения.

#### *Выводы*

1. Барьерные методы контрацепции предрасполагают к возникновению рецидивов бактериального цистита.
2. Современные оральные контрацептивы, например, жанин, содержащий этинилэстрадиол 0,03 мг и диеногест 2,0 мг, и джес, содержащий этинилэстрадиол 20 мкг и дроспиренон 3 мг, повышают устойчивость уротелия к инфекционному агенту. У женщин, больных циститом, частота рецидивов сократилась вдвое после того, как они сменили презерватив на КОК.
3. Сочетание КОК и гармоничного подобранного фитопрепарата, оказывающего мочегонное, спазмолитическое, противовоспалительное и противомикробное действия (канефрон), позволяет снизить частоту рецидивов цистита в 3 раза по сравнению со стандартной терапией.
4. Необходимо усилить просветительскую работу среди населения, показывающую не только безвредность, но и безусловную пользу современных оральных контрацептивов.

#### *Список литературы*

1. Диагностика и лечение различных форм цистита у женщин / Д. Ю. Пушкарь, А. В. Зайцев, Б. Н. Годунов, А. А. Давидьянц. — М., 2002. — 39 с.
2. Immunoactive prophylaxis of recurrent urinary tract infections : a meta-analysis / K. G. Naber, Y. H. Cho, T. Matsumoto, A. S. Schaeffer // Int. J. Antimicrob. Agents 2009. — Feb. — Vol. 33 (2). — P. 111–119.
3. Epidemiology of acute cystitis / V. Rafalskiy [et al.] // Eur. Urol. Suppl. — 2008. — Vol. 7 (3). — P. 267.
4. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs / B. Foxman // Am. J. Med. — 2002. — Jul. — Vol. 113 (Suppl 1A). — P. 5–13.
5. Кульчавеня Е. В. Эффективность комплексной терапии женщин, больных хроническим циститом, ассоциированным с внутриклеточными инфекциями / Е. В. Кульчавеня, А. А. Бреусов // Урология. — 2010. — № 4. — С. 25–29.

# COMPLEX THERAPY AT WOMEN WITH BACTERIAL CYSTITIS

*E. V. Kulchavenya<sup>1,2</sup>, D. P. Koltobin<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*FBHE Novosibirsk SRI of tuberculosis Minhealthsocdevelopment (Novosibirsk c.)*

<sup>2</sup>*SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)*

Disease records at 215 women with cystitis were analyzed for the purpose of studying the influence of contraceptive ways concerning the frequency of emergence of recurrence of bacterial cystitis. It was compared in three groups of sexually active women of reproductive age. 26 patients (the 1st group) received standard therapy; as a contraception method they used a condom. 31 patients (the 2nd group) took COCs, 32 patients (the 3rd group) took COCs, and also two courses of canephron. Negative correlation between COCs reception and risk of emergence of cystitis is established. The disease recurred at 43,3% of patients in the 1st group after standard therapy, in the 2nd group recurrence is registered at 25,8%, and in the 3rd group recurrence arose only in 15,6% of cases. So, a choice of COCs for contraception reduces probability of recurrence of bacterial cystitis twice; additional reception canephron — three times.

**Keywords:** cystitis, recurrence, contraception, prevention.

---

## About authors:

**Kulchavenya Ekaterina Valeryevna** — doctor of medical sciences, professor of tuberculosis chair of FAT & PDD at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», chief research officer, head of urology department at FBHE Novosibirsk SRI of tuberculosisMinhealthsocdevelopment, office phone: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

**Koltobin Denis Petrovitch** — post-graduate student of at FBHE Novosibirsk SRI of tuberculosisMinhealthsocdevelopment, office phone: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

## List of the Literature:

1. Diagnostics and treatment of various forms of cystitis at women / Y. Gunner, A. V. Zaytsev, B. N. Godunov, A. A. Davidyants. — M, 2002. — 39 P.
2. Immunoactive prophylaxis of recurrent urinary tract infections : a meta-analysis / K. G. Naber, Y. H. Cho, T. Matsumoto, A. S. Schaeffer // Int. J. Antimicrob. Agents 2009. — Feb. — Vol. 33 (2). — P. 111–119.
3. Epidemiology of acute cystitis / V. Rafalskiy [et al.] // Eur. Urol. Suppl. — 2008. — Vol. 7 (3). — P. 267.
4. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs / B. Foxman // Am. J. Med. — 2002. — Jul. — Vol. 113 (Suppl 1A). — P. 5–13.
5. Kulchavenya E. V. Efficiency of complex therapy at women with chronic cystitis, associated with intracellular infections / E. V. Kulchavenya, A. A. Breusov // Urology. — 2010. — № 4. — P. 25-29.