

МОЖЛИВОСТІ ІНСТИЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЦИСТИТАХ У ДІТЕЙ

О.В. Бухмін¹, В.В. Россіхін¹, С.В. Суманов², О.М. Геглюк¹

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти

² Харківська обласна дитяча клінічна лікарня № 1

Вступ. Проблема лікування інфекцій сечовидільної системи (ІМС) сьогодні залишається актуальною, незважаючи на широке застосування антибактеріальних препаратів. Значимість гострого циститу в структурі ІМС є незаперечною в зв'язку з широким розповсюдженням цього захворювання, частота якого на Україні становить 440 хворих на 100 тис. населення. Зміна спектра мікрофлори і збільшення кількості штамів мікроорганізмів, що зберегли свої патогенні властивості після неповноцінного, неадекватного попереднього лікування призводить до збільшення частоти рецидивного і хронічного циститу (ХЦ), що спостерігається останнім часом і становить 135 хворих на 100 тис. населення.

Проблема актуальна так само тим, що у значної кількості хворих, а саме у 33,1% інфекція набуває хронічного перебігу [1].

Досить часто проблема хронічної інфекції у дорослих спочатку розвивається в дитячому віці. Хронічна форма захворювання у дитини зазвичай виникає через несвоєчасну діагностику захворювання, погану терапію циститу, а також як наслідок вроджених / придбаних патологій сечостатевої системи.

Діти з ХЦ складають значну частину від загального числа госпіталізованих хворих (19–21%) [2].

Ризик розвитку ХЦ протягом перших 10 років життя виникає у 1% хлопчиків і 3% дівчаток. ХЦ може викликати в середньостроковій перспективі величезну кількість ускладнень, а у 80% маленьких пацієнтів з циститом в хронічній стадії виявляють пієлонефрит [3].

Є очевидним, що недолікована ІМП в дитячому віці сприяє хронізації інфекції, веде до порушення уродинаміки, функціональної активності нирки і тубулоінтерстиціальних змін.

Складним питанням урології дитячого віку є вибір ефективного лікування хронічних циститів.

Принципи лікування хронічних циститів добре відомі: антибактеріальна та противірусна терапія, антимікотика, протизапальні препарати,

усунення органічних та функціональних порушень уродинаміки, препарати, що поліпшують мікроциркуляцію, імунотерапію, корекцію функції шлунково-кишкового тракту, вітамінотерапія [4].

Лікування дітей з ХЦ – важкий процес, і всі автори відзначають необхідність систематичних і багаторазових курсів лікування [2, 5].

Проте, часто для досягнення бажаного ефекту доводиться застосовувати комплекс заходів, у тому числі і інвазивні методики лікування.

У зв'язку з цим пошук нових лікарських засобів і методів лікування хронічної інфекції МВП в педіатрії залишається актуальним [6, 7].

Мета дослідження: вивчення ефективності інстиляційної суміші препаратів «Декасан®» і «Димексид» при лікуванні дітей, які страждають на хронічний цистит.

Матеріали і методи дослідження. Одним з основних методів лікування хронічних циститів є місцева терапія, в якості якої використовуються інстиляції сечового міхура.

З різним клінічним успіхом в лікуванні ХЦ застосовувалися різні лікарські форми. Так чи інакше ідеальних ліків не знайдено і пошук триває [2]. Але всі клініцисти прийшли до думки, що препарати для інстиляційної терапії повинні мати властивості:

- санація сечі;
- відновлення глікозаміногліканового шару;
- відновлення мікроциркуляції;
- відновлення уродинаміки нижніх сечових шляхів;
- зменшувати бактеріальну адгезію.

А дитячі урологи так само вказують на те, що препарат, який вводиться в порожнину сечового міхура, повинен володіти такими властивостями [4, 6]:

- антисептичними;
- протизапальними;
- анальгетичними;
- протинабряковими;
- не повинен мати дратівливої або палючої дії.

У комплексному лікуванні хронічного циститу поряд з антибактеріальною терапією, що проводиться відповідно до чутливості мікрофлори, виділеної з сечового тракту, ми проводили інстиляції порожнини сечового міхура сумішшю Декасан®, розведеного з фізіологічним розчином (5:1), з препаратом «Димексид» у співвідношенні за обсягом 6:1, в обсязі 20–30 мл на одну процедуру. При вираженому дизуричному синдромі в суміш додавався місцевий анестетик «Лонгокаїн®» (бупивакоїн гідрохлорид 2,5 мг в 1 мл) в обсязі 2–3 мл. Загальний курс лікування становить 8–10 інстиляцій. Декасан® перед використанням підігрівався до температури 37 °С, сечовий міхур перед інстиляцією опорожнявся інструментально. Експозиція в сечовому міхурі становила від 40 до 60 хвилин, протягом яких пацієнти отримували сеанс фізіотерапії (УВЧ).

Чому ми вибрали Декасан? Декасан – антисептичний засіб групи бісчетвертинних амонієвих сполук (детергент, ПАР), 0,02%-вий розчин декаметоксину. Декасан володіє цілим рядом потрібних нам властивостей [8,9,10]:

- має виражену бактерицидну дію на стафілококи, стрептококи, дифтерійну і синьогнійну палички, капсульні бактерії;
- має виражену фунгіцидну дію на дріжджі, дріжджоподібні гриби;
- пригнічує ексудативну фазу запалення, нейтралізуючи дію медіаторів запалення (серотоніну і гістаміну), володіє протинабряковим ефектом;
- посилює дію антибіотиків;
- впливає на адгезивні властивості мікроорганізмів;
- чи не всмоктується через шкіру і слизові (не володіє резорбтивною дією).

Результати дослідження та їх обговорення. Всього під нашим наглядом протягом останніх

шести років перебували 35 дітей. У зв'язку з неефективністю неодноразово проведеної традиційної терапії, нами було розроблено комплексне лікування із застосуванням інстиляційного розчину «Декасан®» [6].

Дослідження було виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження був схвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) усіх установ, які беруть участь. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків дітей (або їх опікунів).

Віком 7–11 років було 7 (20%) дівчаток, а чисельнішими були групи віком 12–15 років 12 (34,3%) і віком 16–18 років – 16 (45,7%) дівчаток (рис. 1).

За перебігом ХЦ хворі розділені на 2 групи:

– 1-ша група – хвилеподібний перебіг захворювання з періодами загострення, які протікають за типом гострого або підгострого циститу з різною періодичністю рецидивів і періодів ремісії 27 (77,1%) дівчаток.

– 2-га група – хворі з відносно постійним стабільним клініко-лабораторним перебігом захворювання 8 (22,9%) дівчаток.

Ендоскопічна картина ХЦ була представлена катаральною, гранульоматозною і бульозною формами. При цьому катаральна і гранульоматозна форма зустрічалися приблизно в рівній кількості – 7 (20%) і 8 (22,9%) хворих відповідно. Бульозна форма ХЦ переважала 20 (57,1%) хворих (рис. 2).

При проведенні ультразвукової діагностики у ряду пацієнтів відзначалося збільшення товщини слизової оболонки сечового міхура як ознака переходу патології з катаральної форми в бульозну. У результаті запалення, слизова оболонка стрімко накопичує рідину. Ця рідина представлена плазмою, а також міжклітинною рідиною. Такий процес призводить до наростання запального набряку, що викликає потов-

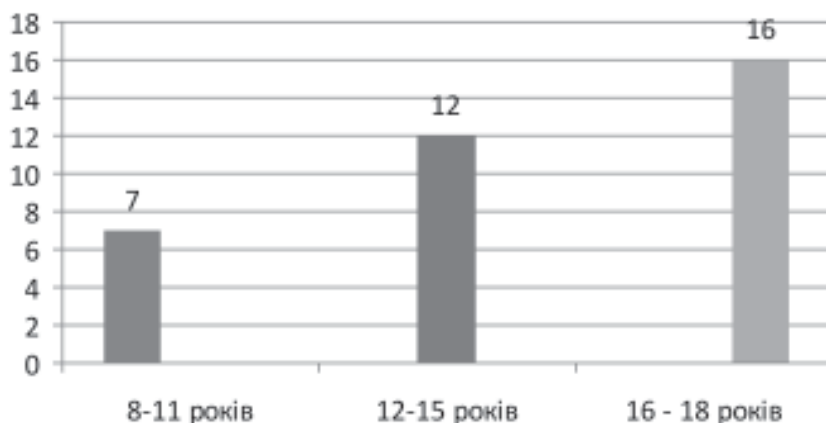


Рис. 1. Віковий склад досліджуваної групи дівчаток з ХЦ

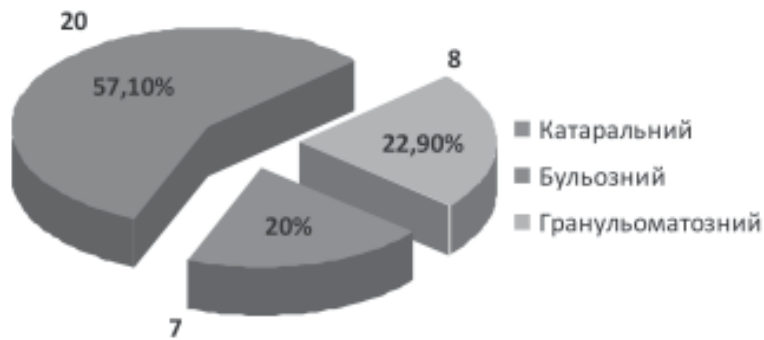


Рис. 2. Ендоскопічна характеристика ХЦ

щення слизової оболонки в рази. Таким чином, потовщення слизової оболонки сечового міхура є патогномонічним симптомом бульозного циститу і при виявленні такої ультразвукової картини подальше ендоскопічне дослідження можливо не проводити [11, 12].

Як бачимо з діаграми (рис. 3) катаральна форма ХЦ приблизно рівномірно зустрічалася у всіх вікових групах. Бульозна форма найбільш часто виявлялася у дітей віком 8–11 і 16–

18 років. Гранульоматозна форма виявлена в переважній більшості у віці 8–11 років.

На Конгрес Асоціації урологів України (Київ, 2017) був представлений мікробний спектр збудників не ускладнений ІМВП у дітей, де значною мірою переважала кишкова паличка (рис. 4) [13].

У досліджуваній групі пацієнтів з ХЦ при мікробіологічному дослідженні так само переважала кишкова паличка, проте, на її частку при-



Рис. 3. Частота виявлення різних форм циститів у залежності від віку

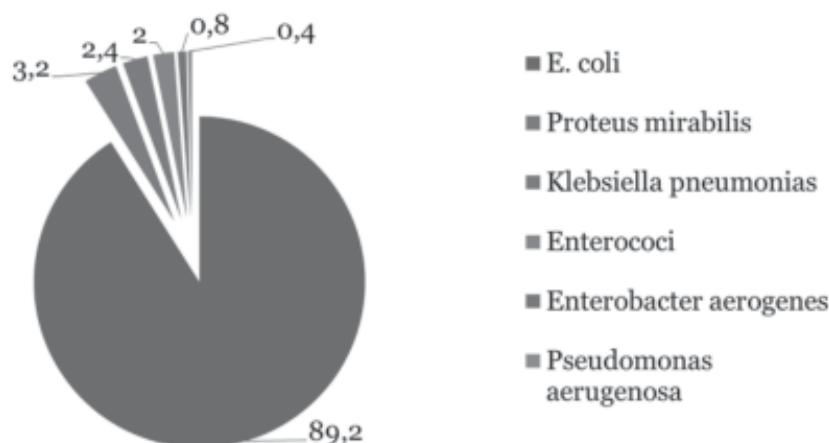


Рис. 4. Мікробний спектр збудників не ускладнений МВП у дітей (%)

падало лише 68,6%. Значимо зросла кількість інших збудників (рис. 5). При цьому мікробні асоціації виявлені в 37,1% спостережень.

Результати проведеної терапії оцінювалися як:

- «хороший» – досягнута ремісія;
- «задовільний» – настало поліпшення;
- «незадовільний» – загострення процесу після проведеної терапії;

Місцева інстиляційна терапія дозволила у 91,4% дітей з хронічним циститом і обмеже-

ною чутливістю до антибактеріальних препаратів отримати позитивні результати.

Стійка клініко-лабораторна ремісія досягнута у 68,5% дітей, а поліпшення у 22,9% дітей. Незадовільні результати відзначені в групі дівчаток з бульозною формою хронічного циститу (рис. 6).

Крім того, незадовільні і сумнівні результати відзначені у пацієнтів 2-ї групи – хворі з відносно постійним стабільним клініко-лабораторним перебігом захворювання (рис. 7)

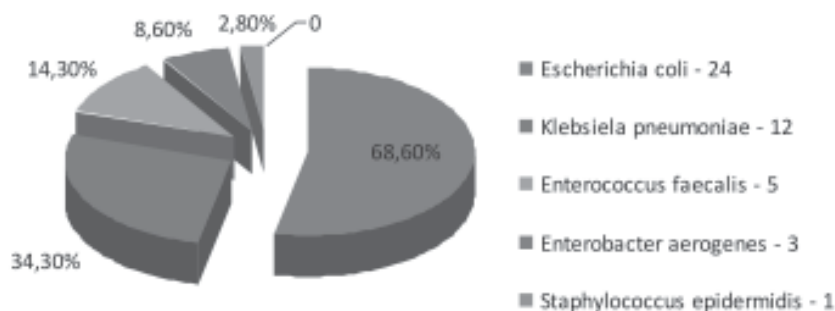


Рис. 5. Структура збудників ХЦ у дітей (%)

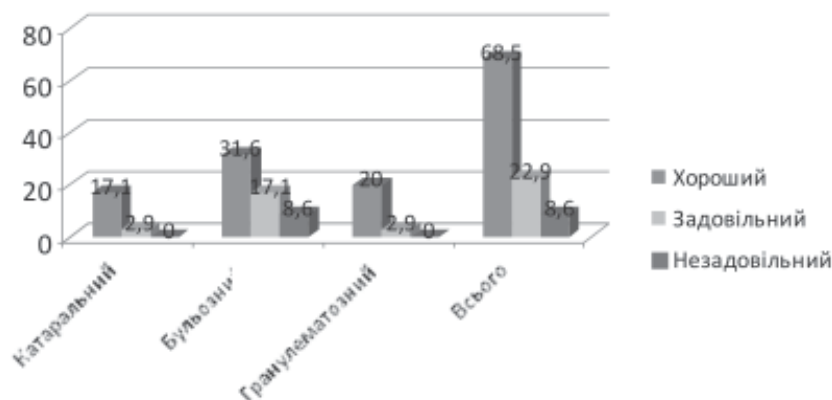


Рис. 6. Результати проведеної інстиляційної терапії в залежності від форми ХЦ (%)

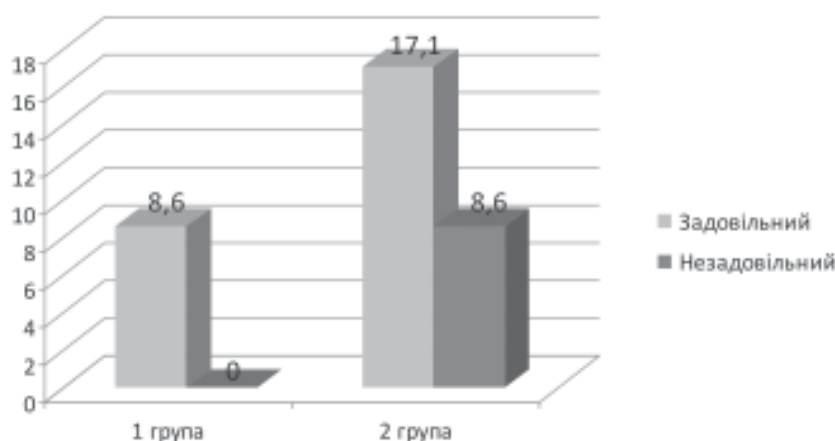


Рис. 7. Результати лікування в залежності від перебігу ХЦ

Висновки

Групу прогностичного ризику становлять хворі з бульозною формою хронічного циститу на тлі постійних стабільних клініко-лабораторних проявів захворювання.

Місцева інстиляційна терапія дозволила у 91,4% дітей з хронічним циститом і обмеженою чутливістю до антибактеріальних препаратів отримати позитивні результати.

Стійка клініко-лабораторна ремісія досягнута у 68,5% дітей, та поліпшення у 22,9% дітей.

Це підтверджує високу ефективність інстиляцій сечового міхура препаратом Декасан®, розведеного з фізіологічним розчином (5:1) у поєднанні з препаратом Димексид при лікуванні хронічних циститів у дітей.

Список літератури

1. Григоренко В.М., Ромащенко О.В., Білоголовська В.В., Волков С.С. Стратегія лікування неускладених інфекцій нижніх сечовивідних шляхів. *Новини медицини і фармацевтики в Україні*. 2016. № 11. С. 9–14.
2. Пигарева А.Е., Цап Н.А. Хронічний цистит у дітей: сучасний погляд на етіологію, патогенез, клініку, діагностику та лікування (огляд літератури). *Російський вісник*. 2012. Т. 2. № 2. С. 32–37.
3. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic consequences. *Am. J. Med.* 2002. Vol. 113. P. 5–13.
4. Алфьоров С.М. Рецидивуючі цистити у дівчаток: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2005. 60 с.
5. Курносова Н.В. Оптимізація лікувальної та діагностичної тактики у жінок з хронічним рецидивуючим бактеріальним циститом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2011. 23 с.
6. Бухмін О.В., Россихин В.В., Суманов С.В. Лікування хронічних циститів у дітей інстиляціями порожнини сечового міхура. *Хірургія дитячого віку*. 2018. № 4. С. 80–85.
7. Іванов Д.Д. Інфекції сечових шляхів та сучасна антибактеріальна терапія. *Здоров'я України*. № 8(285). С. 32–33.
8. Палій Г.К., Ковальчук В.Г. Ефективність антисептичного препарату Декасану. 2010.
9. Берестенко С.В. Ефективність антисептика Декасан в комплексному лікуванні хворих із загостренням хронічного циститу. *Здоров'я чоловіка*. 2012. № 2. С. 22–28.
10. Назарчук О.А. Дослідження дії декаметоксину та його лікарських форм на адгезію бактерій. *Світ медицини та біології*. 2015. № 3. С. 17–21.
11. Абдуллаєв Є.Г., Бойко І.П., Татмишевський К.В. Ультразвукова діагностика в медицині: посібник. Володимир, 2002. 213 с.
12. Стрельцова О.С., Загайнова Е.В., Крупін В.Н. та ін. Методи діагностики стану слизової оболонки сечового міхура. Н. Новгород, 2007. 56 с.
13. Антонян І.М., Россихин В.В., Бухмін О.В., Мегера В.В., Геглюк О.Н. Порівняльна оцінка результатів мікробіологічного дослідження сечі: вікові аспекти. Конгрес Асоціації урологів України. Київ, 2017. С. 78–81.

References

1. Foxman B. (2002). Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic consequences. *Am. J. Med.*, 113, 5–13.

Реферат

В О З М О Ж Н О С Т И
ИНСТИЛЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКИХ ЦИСТИТАХ У ДЕТЕЙ

А.В. Бухмин, В.В. Россихин,
С.В. Суманов, О.Н. Геглюк

В статье представлены результаты лечения 35 детей в возрасте от 8 до 16 лет, страдающих

Summary

OPPORTUNITIES OF INSTALLATION
THERAPY OF CHRONIC CYSTITIS IN
CHILDREN

A.V. Bukhmin, V.V. Rossikhin,
S.V. Sumanov, O.M. Geglyuk

The article presents the treatment results in 35 children aged from 8 to 18 years, suffering from

хроническим циститом. Наряду с традиционно проводимой антибактериальной терапией лечение дополнено инстилляцией полости мочевого пузыря инстилляционной смесью препаратов «Декасан®» и «Димексид». Отмечена хорошая переносимость проводимой терапии, побочных реакций не наблюдалось. Эффективность лечения – стойкая клинико-лабораторная ремиссия хронического цистита достигнута у 91,4% детей.

Ключевые слова: хронический цистит, инстиляция мочевого пузыря, Декасан.

Адреса для листування

О.В. Бухмін

E-mail: bukhmin@ukr.net

chronic cystitis. Traditional antibacterial therapy was accompanied with intravesicular instillations using a mixture of the agents Decasan® and Dimexidum. A high tolerability of the conducted therapy was noted; no adverse reactions were observed. The treatment efficacy, namely persistent clinical laboratory remission of chronic cystitis, was achieved in 91.4 per cent of patients.

Keywords: intravesicular instillation, chronic cystitis, Decasan.