

## **ХРОНІЧНИЙ ГРАНУЛЯРНИЙ ЦИСТИТ У ДІВЧАТ**

**Малик Наталія Віталіївна**

к.м.н., доцент

Кафедра загальної практики  
сімейної медицини та внутрішніх хвороб

**Абрамова Марина Олександрівна**

студентка

Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Вступ:** Інфекції сечовивідних шляхів залишаються найчастішою патологією у структурі уронефрологічних захворювань. Серед інфекцій сечовивідних шляхів у дітей приблизно до 84% складає хронічний цистит. Це захворювання характеризується високим ступенем поширеності, частим рецидивуванням і представляє собою серйозну медичну проблему. Особливої уваги заслуговує хронічний гранулярний цистит (далі- ХГЦ), який діагностується серед усіх форм циститу у дітей до 85%. ХГЦ відрізняється наполегливою течією на тлі лікування, що проводиться. Частота рецидивів складає до 70%, а в 18% випадків виявляється безперервно рецидивуючий перебіг патологічного процесу. Етіологія, патогенез та клінічна картина ХГЦ у дітей не мають чітких характеристик. Провідними етіологічними агентами виступають бактерії кишкової групи, переважно це *E. coli*. З'явилися поодинокі роботи щодо ролі хламідійної інфекції у розвитку ХГЦ. Існують також думки про вірусну етіологію ХГЦ. Причини рецидиву ХГЦ у дівчат до кінця не вивчені. Наявні сучасні дані свідчать, що підходи до терапії, що застосовуються, виявляються недостатньо ефективними, а результати лікування залишаються незадовільними. Таким чином, проблема ХГЦ у дітей актуальна через часті випадки рецидивування та необхідність тривалого профілактичного прийому антибактеріальних препаратів. Відсутні конкретні протоколи лікування та рекомендації щодо тактики ведення дітей, які страждають на «бактеріальний» ХГЦ. При цьому хронічний цистит знижує якість життя

пацієнтів, наприклад, негативно позначається на емоційному статусі. Тому й постає питання необхідності дослідження проблеми ХГЦ, з урахуванням високої частоти цього захворювання та його соціальної значності, розробки нових підходів у діагностиці та етіопатогенетичній терапії.

**Мета:** Провести клінічну оцінку стандартного лікування дітей із хронічним гранулярним циститом, оцінити етіологічні фактори хронічного гранулярного циститу у дітей та визначити значення *S. trachomatis* у розвитку захворювання, порівняти результати традиційного лікування хронічного гранулярного циститу та розробленого етіологічно та патогенетично обґрунтованого лікування.

**Матеріали та методи:** Під наглядом перебували 233 пацієнтки, які були госпіталізовані з хронічним гранулярним циститом до дитячого урологічного відділення. Вік пацієнток – від 1 до 17 років. Тривалість захворювання становила від 3 місяців до 11 років (в середньому 5,6 років). Усі пацієнтки були поділені на дві групи: контрольну (113 пацієнток) та досліджувану (120 пацієнток). Критерієм відбору пацієнток досліджуваної групи була наявність у батьків достовірних документально підтверджених даних на наявність інфекцій сечостатевої системи, або перенесену раніше хламідійну інфекцію. Обстеження включало в себе клінічний огляд, лабораторні та інструментальні методи діагностики: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренко, бактеріологічне дослідження сечі з визначенням чутливості до антибіотиків. Цистоскопічне дослідження сечового міхура проводили за допомогою оглядового цистоскопа (KARL STORZ-Endoscope, Німеччина). У 120 пацієнток досліджуваної групи на додаток до стандартного комплексного обстеження було проведено обстеження на наявність *Chlamydia trachomatis* згідно з інструкцією з лабораторної діагностики інфекції, викликаной *Chlamydia trachomatis*, тобто за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Цитологічне дослідження з забарвленням мазків-зіскобів з уретри по Романівському-Гімзе проводили за стандартною методикою. Була врахована кількість лейкоцитів як показник

активності запального процесу. Біопсія сечового міхура проводилася з використанням операційного уретроцистоскопа (KARL STORZ-Endoscope, Німеччина) із застосуванням ендоскопічних біопсійних щипців. Для біопсії проводився забір 2-3 гранул, розташованих у різних відділах сечового міхура. В основу методики порівняльного статистичного аналізу двох груп пацієнток «досліджуваної» та «контрольної» покладено економетричні моделі: логістичні та регресійні. Оцінку достовірності отриманих результатів проведено за допомогою обчислення критерію Стюдента ( $p$ ). Відмінності вважалися достовірними при  $p < 0,05$ .

**Результати та обговорення:** За даними лабораторних досліджень лейкоцитурія виявлена у 112 (99,1%) із 113 пацієнток контрольної групи та у 100 (83,3%) із 120 дівчат досліджуваної групи. Достовірних відмінностей у прояві сечового синдрому в обох групах немає ( $p=0,25$ ). При бактеріологічному дослідженні сечі на живильних середовищах зростання мікрофлори не виявлено у 51 (45,1%) із 113 дівчат контрольної групи та у 62 (51,7%) із 120 дівчат досліджуваної групи. За даними бактеріологічного дослідження, найбільш часто зустрічаємим мікроорганізмом у пацієнток з хронічним гранулярним циститом була *E. coli*. У контрольній групі кишкова паличка була виявлена у 52 (46,0%) із 113 пацієнток, у досліджуваній групі – у 43 (35,8%) із 120 пацієнток. При цистоскопії у всіх 233 (100%) дівчат виявлено картину хронічного гранулярного циститу. Гранули розташовувалися в ділянці шийки сечового міхура, зоні трикутника Льюто, були розсіяні в ділянці дна і по задній стінці сечового міхура. При загостренні хронічного циститу кількість гранул збільшувалася, гіперемія слизової оболонки приймала зливний характер, у просвіті з'являлися слизово-гнійні пластівці. Хламідійну інфекцію було виявлено у 120 (100%) дівчаток досліджуваної групи з використанням комплексу діагностичних інструментальних методів. Пацієнткам контрольної групи було проведено комплексне лікування. Амоксицилін тригідрат у поєднанні з калієвою сіллю клавуланової кислоти пацієнткам віком від 9 місяців до 2 років: разова доза препарату у формі сиропу (156 мг/5 мл) 2,5 мл.

У віці 2-7 років: разова доза препарату у формі сиропу (156 мг/5 мл) – 5 мл. У віці 7-12 років: 10 разова доза препарату у формі сиропу (156 мг/5 мл) - 10 мл. У віці старше 12 років по 625 мг тричі на добу. Фосфоміцин трометамол застосовувався у дітей віком від 5 років: 2 г одноразово. При рецидивах захворювання вибір схеми лікування здійснювався відповідно до результатів бактеріологічного дослідження сечі. При виявленні бактеріальної інфекції лікування розпочиналося з призначення препаратів відповідно до отриманих результатів бактеріологічного аналізу сечі. За відсутності мікробного росту застосовувалися аміноглікозиди III покоління: амікацину сульфат (у дітей старше 1 місяця: внутрішньом'язово 1520 мг/кг/добу на 1–2 введення) 5–7 днів. Цефалоспорины III покоління: цефотаксима натрієва сіль (дітям з масою тіла менше 50 кг - 50-180 мг/кг/добу, кратність введення - 2-6 разів; дітям з масою тіла більше 50 кг і дорослим - по 1-2 г кожні 4 – 12 годин внутрішньом'язово або внутрішньовенно 10 днів, цефтибутена дигідрат (внутрішньо – 9 мг/кг/добу на 1–2 прийоми незалежно від прийому їжі) 10-14 днів. За наявності больового синдрому використовувалися спазмолітичні та знеболювальні препарати у вікових дозах. Залежно від характеру порушень уродинаміки проводилася їхня корекція.

При виявленні вульвіта зовнішні статеві органи оброблялися дезінфікуючими розчинами 5-6 разів на день (0,5% розчин 1,4-діокіс 2,3-біс-(оксиметил) хіноксаліну). У 62 пацієнток досліджуваної групи без бактеріурії було проведено курс специфічного протихламідійного лікування антибіотиками. Хворим з асоціацією хламідій та бактеріальної мікрофлори (58 дівчаток досліджуваної групи з бактеріурією) насамперед призначалися антибактеріальні препарати, згідно з посівом сечі на мікрофлору та визначення чутливості до антибіотиків. Після чого проводилася терапія антибіотиками, що мають протихламідійну дію.

Антибіотики застосовували разом з еубіотиками. У більшості пацієнток застосовувався джозаміцин (вільпрафен): джозаміцин (діти до 1 року з масою тіла 5,5-10 кг, внутрішньо по 2,5-5 мл суспензії; діти 1-6 років з масою тіла

10-21 кг, внутрішньо по 5-10 мл суспензії, діти 6-14 років, внутрішньо по 10-15мл суспензії) 3 рази на день, 10-14 днів. Діти старше 14 років, внутрішньо 30-50 мг/кг/сут на 2-3 прийоми 10-14 днів. Симптоматичне лікування проводилося згідно з даними уродинамічного дослідження. Місцеве та фізіотерапевтичне лікування не відрізнялося від стандартного протоколу. Результати проведеного лікування були оцінені зі зникненням та (або) змінами скарг, динаміки клінічних та лабораторних даних, а також змінами тривалості ремісії. Поліпшення стану після проведеного стандартного лікування було зафіксовано у 92 (81,4%) із 113 пацієток контрольної групи, при цьому ліквідація клінічних проявів та скарг, нормалізація аналізів сечі була досягнута у 49 із 113 (43,4%) пацієток. У досліджуваній групі поліпшення на тлі проведеного лікування, спрямованого на елімінацію *S. trachomatis*, досягнуто у 115 (96,7%) із 120 пацієток, при цьому у 87 (72,5%) із 120 пацієток клінічні прояви, скарги та лабораторні показники були нормалізовані.

**Висновки:** При рецидивуючому перебігу циститу у дівчат, необхідно проведення комплексного обстеження з обов'язковим проведенням цистоскопії. При виявленні продуктивного запалення з утворенням гранул у сечовому міхурі показано проведення цілеспрямованого мікробіологічного обстеження пацієток на наявність збудників урогенітальних інфекцій. Для виявлення *Chlamydia trachomatis* у дівчат потрібний цілий комплекс діагностичних інструментальних методів. З метою проведення скринінгового обстеження для виявлення збудника хламідійної інфекції у дівчат із хронічним гранулярним циститом показано використання ПЛР.

Антибактеріальні препарати, що мають протихламідійну дію (тобто антибіотики-макроліди), необхідно призначати при діагностуванні у пацієток гранулярного циститу з хронічним перебігом патологічного процесу та відсутності росту неспецифічної мікрофлори (так званий «небактеріальний» цистит).

Препаратами резерву при лікуванні хронічного гранулярного циститу у дівчат є антибіотики тетрациклінового ряду та фторхінолони. При виявленні

неспецифічної мікрофлори в аналізі сечі у пацієнток, які страждають на хронічний гранулярний цистит, доцільно провести лікування згідно з результатами посіву сечі, з подальшим застосуванням антибактеріальних препаратів, що мають протихламідійну дію.