

Авторский проект «Диалог» Интерстициальный цистит: нюансы диагностики и лечения



Филиппова Е.С.

Д.м.н., доцент кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, руководитель Центра лечения тазовой боли и нарушений мочеиспускания клиники «УГМК-Здоровье», Екатеринбург

Интерстициальный цистит (ИЦ) или синдром болезненного мочевого пузыря остается одной из наиболее сложных тем в современной урологии. Несмотря на растущий интерес специалистов и все более широкое обсуждение на международных конгрессах, заболевание по-прежнему окружено мифами и диагностическими трудностями. В беседе с коллегами на Uro.TV доктор медицинских наук, уролог Екатерина Сергеевна Филиппова подробно ответила на практические вопросы, возникающие у урологов, касающиеся диагностики, цистоскопической картины, тактики лечения, применения гидродистензии, коагуляции язв Гуннера, ботулинотерапии, PRP-терапии и в целом ведения пациентов с ИЦ.

1. Причины и патогенез ИЦ

Почему диагноз интерстициального цистита устанавливается так поздно, через 5–7 лет после дебюта симптомов? Можно ли распознать болезнь раньше?

Задержка связана с постепенным развитием морфологических изменений и схожестью симптомов с острым циститом. На ранних стадиях у пациентов еще сохраняется нормальная емкость мочевого пузыря, поэтому дифференцировать сложно. Однако появление боли при наполнении, учащенных микций малыми порциями без инфекции и гиперчувствительности слизистой к пище (алкоголь, газированные напитки, шоколад, острое) уже должно насто-



раживать врача. Прогрессирующее снижение порций мочи в течение 1–2 лет может указывать на формирование ИЦ.

Может ли инфекция быть пусковым фактором интерстициального цистита?

Нет, инфекция не считается причиной. Рецидивирующие бактериальные циститы крайне распространены, но почти никогда не трансформируются в ИЦ. Выявляемые бактерии у таких пациентов – это вторичная флора, поселяющаяся на измененной стенке мочевого пузыря. Патогенез ИЦ более сложен и связан с нейроиммунными нарушениями.

Какие механизмы развития ИЦ считаются наиболее доказанными?

Среди ведущих – аутоиммунные и нейрогенные. У пациентов выявляют повышенную концентрацию тучных клеток и эозинофилов, что сопровождается выделением гистамина. Часто ИЦ ассоциирован с другими заболеваниями с аутоиммунным компонентом (фибромиалгия, синдром раздраженной кишки). Большое внимание уделяется дисфункции вегетативной нервной системы и нейропатии: пациенты нередко сообщают о предшествующем тяжелом стрессе, после которого развились симптомы.

Какова скорость уменьшения емкости мочевого пузыря у пациентов с интерстициальным циститом?

Точных данных нет, поскольку сам патогенез заболевания остается не до конца понятным. Клинические наблюдения показывают значительную вариабельность. У одних пациентов емкость снижается за считанные месяцы, у других остается стабильной годами даже при минимальной терапии. Вероятно, скорость прогрессирования зависит от микроциркуляции в стенке мочевого пузыря, степени фасциально-мышечного напряжения в тазу, уровня стресса и комплаентности к лечению. В среднем, чем стабильнее психоэмоциональное состояние пациента и регулярнее выполняется инстилляционная терапия, тем меньше риск уменьшения емкости мочевого пузыря. ■

2. Диагностика ИЦ: есть нюансы

Насколько важна цистоскопия и нужна ли биопсия?

Основной метод подтверждения диагноза ИЦ – цистоскопия с гидродистензией, при которой оценивается емкость и выявляются характерные изменения слизистой. Биопсия не обязательна, так как морфологическая картина неспецифична (чаще определяется как хронический цистит).

Какое значение имеют язвы Гуннера?

Язвы Гуннера – патогномоничный признак ИЦ. Их коагуляция является одной из самых эффективных операций: боль исчезает быстро, пациенты перестают нуждаться в габапентине и наркотических анальгетиках. Однако для предотвращения рецидива необходимо продолжение внутривезикулярной терапии на очень продолжительное время.

Как выглядит слизистая мочевого пузыря при цистоскопии?

У части больных слизистая может выглядеть абсолютно нормальной, особенно при неязвенной форме. Однако ключевое значение имеет объем наполнения при обследовании. При стандартной амбулаторной цистоскопии (150–200 мл) патологические изменения могут не проявляться. Только при наполнении мочевого пузыря до или чуть выше максимальной объемной емкости, определенной по дневникам мочеиспускания, УЗИ или урофлоуметрии, появляются характерные признаки: потеря складчатости, трабекулярность, кровоизлияния и так называемый «кровавый дождь» – точечные петехиальные кровотечения, возникающие при опорожнении после гидродистензии.

Эта картина свидетельствует о повышенной хрупкости сосудов слизистой и сниженной комплаентности стенки. В начальных стадиях изменения часто ограничены треугольником Льюто и нижнебоковыми стенками; при длительном течении процесс становится диффузным.



Как проявляются язвы Гуннера и как их отличить от сосудистых «звездочек»?

При язвенной форме интерстициального цистита при цистоскопии – даже без гидродистензии – видны зоны усиленного сосудистого рисунка, гиперемии и небольшие дефекты слизистой. Эти изменения нередко ошибочно описываются как «лейкоплакия» или «сосудистая звездочка». На самом деле это ранние проявления язвы Гуннера, являющиеся мощным источником болевого синдрома. При гидробуживании стенка растягивается, слизистая трескается, и участок приобретает классический вид язвы с кровоточащим дном.

Количество язв варьирует: чаще встречаются множественные поражения, одиночная язва – редкий и относительно благоприятный вариант течения.

Есть ли смысл проводить уродинамическое исследование (КУДИ) при подозрении на интерстициальный цистит?

Метод информативен не всегда. У пациентов с типичной клиникой (низкая емкость, выраженная боль при наполнении, отсутствие гиперактивности) проведение КУДИ травматично и малоинформативно. В таких случаях предпочтительна цистоскопия под наркозом с гидробуживанием, которая позволяет сразу выполнить коагуляцию язв.

КУДИ полезна у пациентов с сомнительной клиникой, пограничной емкостью (300–400 мл) или при подозрении на гиперсенсорный мочевого пузырь. При исследовании можно выявить отсутствие истинной гиперактивности и тем самым исключить интерстициальный цистит.

Дифференциальная диагностика с туберкулезом мочевого пузыря

Поскольку клиника ИЦ похожа на туберкулез мочевого пузыря, всем пациентам с лейкоцитурией и эритроцитурией следует проводить ПЦР и посев мочи на *Mycobacterium tuberculosis*. Однако в реальной практике интерстициальный цистит встречается значительно чаще, чем туберкулезная ■



инфекция. При язвенных формах стерильная лейкоцитурия и микрогематурия возможны без бактериальной этиологии.

3. Лечение ИЦ: не все так просто, и не все можно

Медикаментозное лечение

Почему М-холиноблокаторы неэффективны при ИЦ, а бета-3-агонисты иногда помогают?

У пациентов с ИЦ нет гиперактивности детрузора, поэтому М-холиноблокаторы только усугубляют дизурию и вызывают задержку мочи. Бета-3-агонисты (мирабегрон) могут снижать чувствительность С-волокон и немного увеличивать емкость, но не влияют на патогенез. Их используют как вспомогательную терапию, учитывая риск затрудненного мочеиспускания.

Почему амитриптилин считается препаратом выбора?

Амитриптилин в малых дозах (12,5–25 мг/сут) оказывает положительное действие на вегетативную нервную систему, снижает болевой синдром, увеличивает емкость мочевого пузыря и улучшает психоэмоциональное состояние. В отличие от психиатрических доз (100–150 мг), используемых при депрессии, малые урологические дозы не вызывают задержки мочи и хорошо переносятся. Побочные эффекты минимальны, особенно при правильном объяснении пациенту периода «вхождения» в терапию.

Можно ли применять дулоксетин, венлафаксин, прегабалин или габапентин?

Дулоксетин эффективен при хронической боли и тревожно-депрессивных нарушениях, но при ИЦ уступает амитриптилину по выраженности эффекта. Венлафаксин также может применяться, но данных меньше. Прегабалин и габапентин дают частичное облегчение боли, но не влияют на прогрессирование заболевания. Их уместно использовать временно, особенно до хирургического вмешательства.





Используется ли циклоспорин А?

Препарат не имеет зарегистрированных показаний для лечения интерстициального цистита в РФ. Его применение возможно только в исследовательских протоколах с одобрением этического комитета. В мировой литературе описаны единичные случаи использования циклоспорина А при тяжелых, резистентных формах заболевания, но из-за токсичности метод не получил широкого распространения.

Местная терапия

Какие препараты оптимальны для внутрипузырной терапии?

Используются гиалуроновая кислота (разной молекулярной массы), комбинации («болтушки») с гепарином, димексидом, глюкокортикоидами. Важнее всего регулярность: инстилляции выполняют по 2–3 раза в неделю до коагуляции язв и затем по 2 раза в неделю в течение года. Курс из 10 процедур неэффективен.

Психотерапевтическая поддержка

Как справляться с психоэмоциональными нарушениями у пациентов с ИЦ?

Тревожно-депрессивные расстройства встречаются у всех пациентов. Оптимально привлечение психиатра, однако стартовое назначение amitriptyline урологом допустимо. В дальнейшем подбор терапии может быть скорректирован специалистом по психическому здоровью.

Хирургическое лечение, ботулинотерапия, PRP

Есть ли место ботулинотерапии ИЦ?

Инъекции в шейку мочевого пузыря малоэффективны при ИЦ, поскольку боль обусловлена изменениями всей стенки. Более оправданно эндоскопическое

введение ботулотоксина в тригон и боковые стенки, что доказало эффективность в ряде исследований.

Как пациенты переносят гидробуживание?

Несмотря на травматичность процедуры, большинство больных отмечают снижение болевого синдрома после гидродистензии. Объясняется это временным снижением активности ноцицептивных рецепторов стенки. Улучшение сохраняется около месяца, чаще – при неязвенных формах. Однако при выраженном язвенном поражении возможны осложнения: гематурия, вплоть до гемотампонады мочевого пузыря, что требует госпитализации.

Следует ли коагулировать язвы Гуннера?

Да, коагуляция язв – единственный метод, обеспечивающий стойкое уменьшение боли. Консервативная терапия, включая инстилляции гиалуронатов или коллагеля, не приводит к заживлению язвенных дефектов. После коагуляции пациенты отмечают исчезновение болей, даже если сохраняется учащенное мочеиспускание.

Важно не путать метаплазию уротелия (лейкоплакию треугольника Льето), которая встречается у 80–86 % женщин репродуктивного возраста и является вариантом нормы, с патологическими изменениями. Коагуляция «лейкоплакии» в этой зоне противопоказана, так как усиливает болевой синдром.

Какая энергия предпочтительнее для коагуляции язв?

Сравнительных исследований немного. В клинической практике Е.С. Филиппова использует преимущественно биполярную коагуляцию, отмечая ее эффективность и быстроту по сравнению с лазерной, особенно при обширных язвенных поражениях. Лазер подходит при точечных дефектах, но требует больше времени.



Какие осложнения ботулинотерапии встречаются при интерстициальном цистите?

Основное осложнение – острая задержка мочи, особенно если препарат вводится диффузно в стенку пузыря. Для снижения риска ОЗМ инъекции выполняются только в нижние отделы МП и треугольник Льето. Пациентов с исходной инфравезикальной обструкцией (ДГПЖ, пролапс) лечить ботулотоксином не рекомендуется. Возможна также вторичная бактериурия при остаточной моче, требующая антибактериальной коррекции.

Применяются ли PRP-терапия и триамцинолон?

В практике клиники активно используются аутоплазма, обогащенная тромбоцитами (PRP), и ботулинотерапия; триамцинолон также зарегистрирован в РФ и применяется рядом коллег. PRP не является этиотропным методом, но способствует репаративным процессам и снижению боли. Особенно выражен эффект у пациентов после коагуляции язв – увеличивается длительность ремиссии и емкость мочевого пузыря. В качестве монотерапии PRP эффективна при неязвенных формах, но эффект кратковременный (2–3 месяца).

Согласно Европейским клиническим рекомендациям (EAU, 2024), PRP и триамцинолон относятся к опциям 3-й линии, с уровнем доказательности C, при отсутствии стандартизованных протоколов.

Какой подход к инстилляционной терапии наиболее рационален?

Оптимально обучать пациентов самостоятельным инстилляциям. Это повышает приверженность, позволяет своевременно реагировать на обострения и снижает финансовую нагрузку. Используются одноразовые лубрицированные катетеры. Многолетние наблюдения показывают, что риск формирования стриктур уретры или иных проблем при такой практике минимален.

Как обосновать в документации применение PRP-терапии и ботулинотерапии, если нет российских рекомендаций? ■

Действительно, в РФ отсутствуют национальные клинические рекомендации по интерстициальному циститу. Ботулинотерапию можно обосновать как лечение гиперактивного или гиперсенсорного мочевого пузыря – показания, утвержденные в регистрационных инструкциях. Аутоплазму допустимо использовать только в рамках клинических исследований с разрешением этического комитета.

Как поступать при выраженном сморщивании мочевого пузыря (50–60 мл)?

При микроцистисе рассматриваются радикальные методы, такие как аугментация или цистэктомия. Однако опыт показывает, что после аугментации болевой синдром часто сохраняется, так как остаются пораженные участки собственной стенки. Поэтому, согласно рекомендациям International Continence Society (ICS), аугментационные пластики при интерстициальном цистите признаны малоцелесообразными. При крайнем снижении емкости и некупируемом болевом синдроме единственным радикальным вариантом остается цистэктомия с илеоконduitом по Брикеру, хотя большинство пациентов стараются избежать столь калечащей операции.

В России операцию Брикера выполняют, в основном, онкоурологи. Однако есть отдельные реконструктивные хирурги, имеющие опыт подобных вмешательств, но централизованного регистра таких пациентов пока нет.

Другие методы терапии при ИЦ

Есть ли опыт применения гирудо- и озонотерапии, гипербарической оксигенации при ИЦ?

На данный момент убедительных данных об эффективности гирудотерапии и озонотерапии при интерстициальном цистите нет. Отдельные публикации описывают положительные эффекты гипербарической оксигенации (ГБО) при лучевых циститах и отдельных случаях интерстициальных форм, но систематических исследований недостаточно. Метод заслуживает дальнейшего изучения, возможно, в рамках клинических диссертаций.



Прогноз при ИЦ

Почему язвы рецидивируют?

Главная причина – отсутствие этиотропного воздействия: патогенез интерстициального цистита мультифакторный и до конца не изучен. Рецидивы чаще возникают у пациентов, не получающих поддерживающей терапии, с выраженной психоэмоциональной нестабильностью и мышечным гипертонусом тазового дна.

Для профилактики рецидивов после коагуляции рекомендуется:

- инстилляции гиалуроната натрия или коллагеля 2–3 раза в неделю в течение 3 мес., затем – еженедельно;
- психотерапия, прием антидепрессантов (амитриптилин 10–25 мг/сут);
- релаксационные практики, дыхательные упражнения, работа с тазовым терапевтом.

Регулярность лечения напрямую влияет на длительность ремиссии – у комплаентных пациентов она достигает 5–8 лет.

ИЦ у детей

Как часто интерстициальный цистит встречается у детей и подростков?

Детские формы заболевания описаны редко. Прямые наблюдения у детей отсутствуют, однако многие молодые пациентки отмечают начало симптомов тазовой боли с 12–15 лет, что может свидетельствовать о дебюте заболевания в подростковом возрасте. Самый молодой взрослый пациент в собственных наблюдениях – 23 года.

Выводы

Интерстициальный цистит – хроническое заболевание, требующее от врача-уролога комплексного подхода, сочетающего эндоскопические, ■

медикаментозные и психозэмоциональные методы воздействия. Эффективность лечения во многом зависит от регулярности инстилляций, своевременной коагуляции язв Гюннера, правильного выбора энергии и объема вмешательства, а также от взаимодействия уролога, психотерапевта и физиотерапевта.

Современная концепция лечения направлена не на излечение, а на **контроль симптомов и сохранение качества жизни**.

Формирование регистров пациентов, разработка национальных клинических рекомендаций и проведение многоцентровых исследований остаются важнейшими задачами отечественной урологии. ■

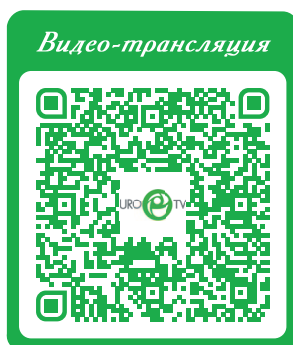
Материал подготовила Шадеркина В.А.

Видео можно посмотреть тут:

Часть 1



Часть 2



https://uro.tv/video/filippova_es_-_kovarnie_voprosi_po_interstitsialnomu_tsistitu_chast_1

https://uro.tv/video/filippova_ec_shadyorkina_va_-_kovarnie_voprosi_po_interstitsialnomu_tsistitu_chast_2



Дневник
мочеиспускания

СКАЧАТЬ ПРИЛОЖЕНИЕ:

Play Market:

App Store:



Ваш бесплатный помощник в контроле здоровья мочевого пузыря!

Дневник мочеиспускания помогает :



Выявить проблемы
с мочеиспусканием



Оценить работу
мочевого пузыря

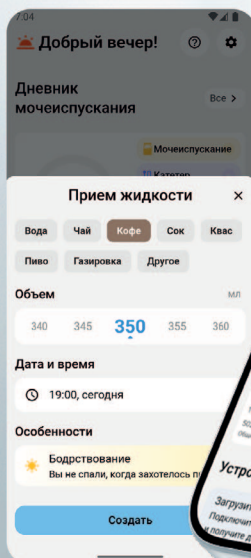


Контролировать
лечение

Бесплатно

Конфиденциально

Сопрягается с УФМ



bladderdiary.ru

info@ettagroup.ru +7 (495) 955-14-08