

# Неотложная помощь: геморрагический цистит у женщин

**Ц**иститом болеют преимущественно женщины, что связано с анатомо-физиологическими и гормональными особенностями женского организма. В России ежегодно регистрируют 26–36 млн случаев цистита. В течение жизни острый цистит переносят 20–25% женщин, у каждой 3-й из них в течение года возникает рецидив заболевания.

Геморрагический цистит (ГЦ) в структуре воспалительных заболеваний нижних мочевых путей составляет от 5 до 10%, в последнее время наметилась тенденция увеличения числа больных с указанным заболеванием.

ГЦ может являться осложнением противоопухолевой химио- или лучевой терапии у па-

## Диагностика

Клиническая картина ГЦ характеризуется болезненным учащенным мочеиспусканием малыми порциями, императивными позывами, гематурией.

Как правило, это терминальная или тотальная гематурия разной степени выраженности, начиная от микрогематурии (7–53%) и заканчивая интенсивной макрогематурией (0,6–15%) с бесформенными сгустками вплоть до тампонады мочевого пузыря (МП).

Настороженность должна вызывать безболевая гематурия, особенно с червеобразными сгустками, требующая обязательного исключения онкологического заболевания.

МП определяется над лоном, притупление перкуторного звука над лоном характерно для наличия сгустков, тампонирующих полость МП.

Все женщины должны быть осмотрены на гинекологическом кресле в зеркалах с целью исключения гинекологических заболеваний.

**Лабораторная диагностика** включает общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, биохимический анализ крови, бактериологическое исследование мочи, цитологическое исследование мочи на атипичные клетки, коагулограмму.

При интенсивной макрогематурии следует обратить внимание на показатели гемоглобина и гематокрита.

Отсутствие лейкоцитурии, наличие до 2 тыс. лейкоцитов в 1 мл мочи, стерильный бактериологический анализ мочи дают основание заподозрить вирусную природу ГЦ или неинфекционный ГЦ.

Дальнейшее подтверждение вирусной этиологии заболевания и конкретного возбудителя осуществляется за счет иммуноферментного анализа крови с определением титра антигенов к предполагаемому вирусу (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA) и анализа мочи методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

При **дифференциальной диагностике** неопределимое значение имеют инструментальные методы исследования. Ультразвуковое исследование мочевыделительной системы с цветовым доплеровским картированием позволяет определить количество остаточной мочи, нарушение уродинамики, выявить сгустки в МП, предположить наличие опухоли МП (пристеночные образования). Ультразвуковыми признаками ГЦ являются утолщение стенки МП за счет отека слизистой и/или подслизистой оболочек, снижение четкости контура МП, гиперваскуляризация, сгустки в полости МП (рис. 2, 3).

При подозрении на наличие мочекаменной болезни пациенту показано выполнение мультиспиральной компьютерной томографии мочевыделительной системы.

Для исключения папиллярных опухолей верхних мочевых путей применяется мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным усилением или магнитно-резонансная урография.

Источник: Лоран О.Б., Синякова Л.А., Незовибатко Я.И. Геморрагический цистит у женщин: эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика. Consilium Medicum. 2017; 19 (7): 50–55.

**ГЦ является одной из наиболее опасных форм цистита и во всех случаях требует экстренной госпитализации в урологический стационар для исключения онкологических заболеваний органов мочевой (рак МП, папиллярные опухоли верхних мочевых путей) и репродуктивной (рак шейки матки) систем, мочекаменной болезни**

циентов со злокачественными опухолями органов малого таза. Однако наиболее часто ГЦ возникает у женщин, страдающих хронической герпес-вирусной инфекцией.

ГЦ – одна из форм цистита, главной отличительной особенностью которой считается появление на фоне дизурических явлений примеси крови в моче (рис. 1). Доля ГЦ в общем числе случаев заболеваемости циститом невелика и составляет, по разным данным, от 5 до 10%.

Этиология ГЦ включает в себя неинфекционные (лучевая, химиотерапия) и инфекционные (бактериальная, вирусная, грибковая инфекции) факторы. Среди существующих химиопрепаратов наиболее часто вызывают ГЦ циклофосфамид и ифосфамид. Одним из инфекционных этиологических агентов ГЦ является вирус простого герпеса 2-го типа (генитальный герпес). Однако ГЦ может быть вызван и вирусом простого герпеса 1-го типа.

Боли в поясничной области до начала гематурии характерны для мочекаменной болезни.

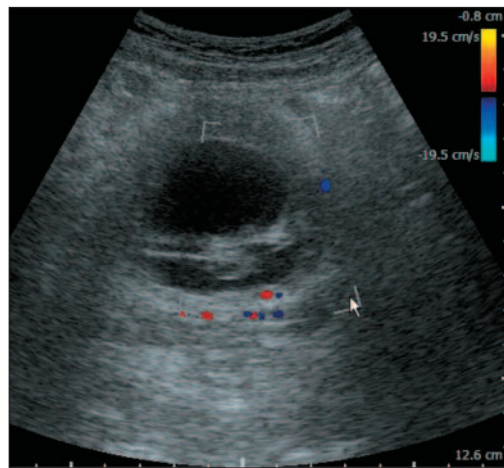
Большую диагностическую ценность имеет **анамнез жизни больного**. В беседе с пациентом следует узнать о наличии в анамнезе рецидивирующего цистита, мочекаменной болезни, верифицированных онкологических, гематологических заболеваний, инфекций, передаваемых половым путем, лабиального или генитального герпеса, других вирусных заболеваний, наличии контакта с больными туберкулезом.

Лекарственный анамнез должен включать в себя информацию об использовании пациентом антикоагулянтов, дезагрегантов, химиопрепаратов, иммуносупрессоров. Больные, перенесшие лучевую терапию, трансплантацию органов и тканей, в большинстве случаев хорошо осведомлены о своей истории болезни.

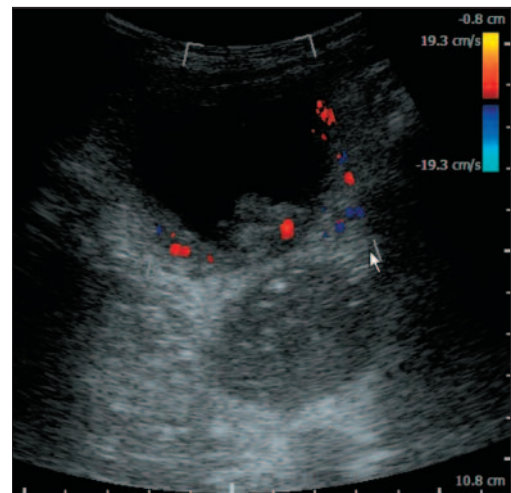
**При осмотре** пациентов особое внимание следует уделить пальпации МП: переполненный



**Рис. 1.** Гематурия – примесь крови в моче. Если она определяется на глаз, говорят о макрогематурии, если лабораторно – микрогематурии. Гематурия свидетельствует о значительной глубине повреждения многослойного эпителия (уретелия) слизистой оболочки МП, а также распространении деструктивного процесса на эндотелий капилляров его микроциркуляторного русла.



**Рис. 2.** Ультразвуковая картина утолщения стенки МП с отеком, воспалительной реакцией вокруг стенки МП, гиперваскуляризацией со сгустками в полости МП.



**Рис. 3.** Ультразвуковая картина утолщения стенки МП за счет отека слизистой и подслизистой стенок МП, гиперваскуляризации.