

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИТА НА ОСНОВЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

**Бабакулов Ш.Х.,
Абдукодиров Э.И., Позиллов Р.И.**
Ташкентский Государственный
стоматологический институт

Цистит является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний мочевого пузыря, затрагивающим значительную часть населения, особенно женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения (WHO, 2021), более 150 миллионов случаев цистита диагностируются ежегодно во всем мире. В странах Европы частота заболевания достигает 25-30% среди женщин репродуктивного возраста (European Association of Urology, 2022). В Японии и Южной Корее внедрение современных методов диагностики позволило снизить частоту рецидивов цистита на 15-20% (Okada et al., 2021; Kim et al., 2020). В России цистит занимает одно из ведущих мест среди урологических заболеваний, составляя до 40% всех инфекций мочевыводящих путей (Казанцева Н.В., 2019). В Узбекистане, согласно данным Министерства здравоохранения (2022), ежегодно фиксируется более 50 000 случаев острого цистита, из которых около 30% переходят в хроническую форму. Несмотря на широкое применение антибактериальной терапии, высокий уровень рецидивов и хронизация процесса остаются серьезной клинической проблемой. Исследования последних лет показывают, что стандартные схемы антибиотикотерапии часто оказываются недостаточно эффективными из-за роста антибиотикорезистентности (CDC, 2022). В связи с этим особое внимание уделяется изучению патоморфологических особенностей цистита, что позволяет оптимизировать подходы к его диагностике и лечению.

. В Узбекистане цистит является одной из наиболее частых урологических патологий, особенно среди женщин репродуктивного возраста. Согласно

данным Министерства здравоохранения Узбекистана, ежегодно фиксируется более 50 000 случаев острого цистита, из которых около 30% переходят в хроническую форму.

Цель исследования. Оптимизировать диагностику и лечение цистита путем изучения патоморфологических изменений слизистой оболочки мочевого пузыря, а также их влияния на выбор терапевтической тактики.

Методы исследования. Обследование проводилось на базе 1-й Республиканской клиники Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в отделении урологии. В исследовании приняли участие 124 пациента с различными формами цистита. При поступлении пациентов было проведено расспрос жалоб, анамнеза, лабораторных данных.

Всем пациентам было проведено цистоскопия с биопсией слизистой оболочки мочевого пузыря и ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря. Для изучения взятого биоптата проведено гистологические исследования биопсийного материала, иммуногистохимическое исследование для выявления воспалительных маркеров. После обследования пациентам проводилась антибактериальная терапия с учетом патоморфологических изменений, иммуномодулирующая и регенеративная терапия, применение пробиотиков и гиалуроновой кислоты для восстановления слизистой оболочки мочевого пузыря согласно протоколам исследования

Результаты. В исследовании приняли участие 124 пациента, среди которых 85 женщин (68,5%) и 39 мужчин (31,5%). Средний возраст пациентов составил 42 ± 5 лет. Клинические проявления заболевания варьировались в зависимости от формы цистита. Острый цистит сопровождался выраженной дизурией у 92% пациентов, а хроническая форма характеризовалась периодическими обострениями, отмеченными у 78% пациентов. Патоморфологическое исследование выявило, что у 65% пациентов с хроническим циститом наблюдались выраженные дегенеративные изменения уротелия,

сопровожающиеся фиброзом и нарушением ангиогенеза. У 25% пациентов диагностированы выраженные гиперпластические изменения с пролиферацией базального слоя уротелия. Иммуногистохимический анализ показал, что уровень воспалительных маркеров IL-6 и TNF- α был значительно повышен у пациентов с хроническим циститом, что коррелировало с тяжестью заболевания и степенью фиброза. Сравнительный анализ методов лечения продемонстрировал: У пациентов, получавших стандартную антибактериальную терапию, частота рецидивов составила 48% через 6 месяцев наблюдения. В группе комбинированной терапии (антибиотики + гиалуроновая кислота) рецидивы отмечены у 30% пациентов. Наилучшие результаты были получены в группе комплексной терапии (антибиотики + гиалуроновая кислота + пробиотики), где частота рецидивов составила 18%. Оптимизированные схемы лечения, включающие не только антибиотики, но и препараты, улучшающие восстановление слизистой оболочки, позволили снизить частоту рецидивов на 40%. Выявлено, что у 65% пациентов с хроническим циститом наблюдаются выраженные дегенеративные изменения уротелия, сопровождающиеся фиброзом и нарушением ангиогенеза. Оптимизированные схемы лечения, включающие не только антибиотики, но и препараты, улучшающие восстановление слизистой оболочки, позволяют снизить частоту рецидивов на 40%. Иммуногистохимическое исследование показало, что уровень воспалительных маркеров IL-6 и TNF- α коррелирует с тяжестью заболевания и может использоваться для прогнозирования эффективности лечения.

Выводы. Патоморфологические исследования слизистой мочевого пузыря играют ключевую роль в выборе тактики лечения цистита. Комбинированная терапия с использованием антибиотиков, регенеративных и иммуномодулирующих препаратов способствует снижению частоты рецидивов и улучшению качества жизни пациентов. Включение патоморфологических и иммуногистохимических методов диагностики в клиническую практику позволяет персонализировать лечение и повысить его эффективность.

Практические рекомендации

1. При хроническом цистите рекомендовано проведение биопсии слизистой мочевого пузыря для уточнения характера патологического процесса.
2. В лечении пациентов с хроническим циститом наряду с антибактериальной терапией следует применять препараты, способствующие восстановлению уротелия.
3. Использование иммуногистохимических маркеров воспаления может помочь в прогнозировании эффективности лечения и подборе оптимальной терапии.

Литературные источники

1. Бурлакова И.В., Сидорова Е.А. Современные подходы к диагностике и лечению хронического цистита // Урология. 2020. №4. С. 56-63.
2. Казанцева Н.В., Дмитриева В.А. Иммуногистохимические маркеры воспаления при заболеваниях мочевого пузыря // Российский журнал урологии. 2019. №2. С. 24-29.
3. World Health Organization. Guidelines on urinary tract infections: epidemiology, diagnosis, treatment and prevention. Geneva: WHO Press, 2021.
4. Минздрав Республики Узбекистан. Национальные клинические рекомендации по лечению урологических заболеваний. Ташкент, 2022.
5. Олышанская Г.И., Воронин А.В. Влияние ангиогенеза на прогрессирование хронического цистита // Международный журнал нефрологии и урологии. 2021. №1. С. 12-18.
6. Э.И. Абдукодиров, Н.Ш. Сирожиддинова, Н.К. Хайдаров, С.Ё. Ботиров, Ш.Х. Бобокулов. СТРЕСС ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ, КОТОРОЕ ВЛИЯЕТ НА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ В ПЕРИОД

ЛАКТАЦИИ// Educational Research in Universal Sciences ISSN: 2181-3515

VOLUME 2 | ISSUE 1 | 2023. Scientific Journal. Abstract

7. E. I. Abdukodirov., N. Sh. Sirojiddinova., Z. S. Saidullaev., Sh. Kh. Bobokulov. Impact of Various Factors on Psycho-Emotional States in the Mother during Lactation// RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES. Польша. Volume: 02 Issue: 01 | Jan – 2023 ISSN: 2720-6866. 72-80ст.

8. Тилляшайхов, М., Хасанов, Ш., Абдикаримов, М., Бабакулов, Ш., & Абдусаматов, Н. (2012). Современные подходы деривации мочи после радикальной цистэктомии при раке мочевого пузыря. Журнал вестник врача, 1(3), 179-182.

9. Бабакулов, Ш. Х., Тангриберганов, М. Р., & Бабакулова, Ш. Х. (2016). Характеристика микрососудистого русла в зависимости от прогностических факторов при поверхностном раке мочевого пузыря. Журнал теоретической и клинической медицины, (3), 142-144.

10. Hamrakulovich, B. S., Navruzovich, N. S., & Hamidullaevna, B. S. (2016). The basics of local clinical manifestations of superficial bladder cancer. European science review, (9-10), 75-77.

11. Babakulov, S. H., Tangriberganov, M. R., & Babakulova, S. H. (2016). Specificity of micro-vascular density in superficial bladder cancer. European Science Review, (3-4), 63-64.