Цистит — это воспалительное заболевание стенки мочевого пузыря, которое в большинстве случаев развивается при бактериальном инфицировании слизистой. Во врачебной практике это одно из самых распространенных поражений мочеполовой системы. Чаще этому недугу подвержены женщины из-за особенностей мочевыводящих путей: короткий и прямой мочеиспускательный канал облегчает «путь» микроорганизмам. Каждая четвертая женщина хотя бы раз в жизни страдала циститом, а у половины он переходит в постоянную, хроническую форму.

 Как и все заболевания он внесен в международную классификацию болезней мкб 10. И ему соответствует шифр N30, который дополняется цифрой в зависимости от конкретного варианта недуга. А это означает что врачи по всему миру выделяют единые формы этого заболевания, что существенно облегчает диагностику и лечение. Данный код вносится в медицинскую документацию.

**Что такое международная классификация болезней**

**История**

Мкб представляет собой систему, в которую включены заболевания по соответствующим критериям. Данная система является единой для всех стран мира и нацелена на создание определенных стандартов в классификации болезней. Такой подход важен как для статистической обработки данных о заболеваемости, так и для практической медицины.

Идея единого подхода к классификации зародилась еще в конце 17 века в Англии. Английский доктор Джон Граунт попытался систематизировать причины смертей среди детей в возрасте до 6 лет. Подобные попытки выработать единую систему классификации смертей продолжались до середины 19 века.

В 1853 году был собран международный статистический конгресс в Брюсселе, где ведущие ученые-медики собрались чтобы обсудить создание единой системы классификации. Двум ведущим специалистам- доктору Уильяму Фарру и Марку д’Эспину было предложено разработать эти системы и критерии классификации причин смертей. И через 2 года на втором конгрессе доктора Уильям Фарр и Марк д’Эспин представили 2 отдельных классификации, которые было решено объединить в одну. Принципы этой системы были взяты за основу для Международного перечня причин смерти,который по сути и являлся прародителем современной мкб. Он был принят в 1885 году комитетом Международного статистического института. Работой по ее разработке руководил Жак Бертильон.

 Классификация Бертильона получила широкое распространение и стала использоваться другими странами. В 1898 году Американская ассоциация общественного здравоохранения официально приняла эту систему ,но также рекомендовала пересматривать ее каждые 10 лет, ведь медицина как любые другие науки не стоит на месте.. Но в этой классификации рассматривались только причины смерти, и поэтому было принято решение разрабатывать также и классификацию болезней для внедрения в международную медицинскую практику.

**Принципы классификации**

Все заболевания в мкб разделяются на классы в соответствии с общими причинами возникновения, механизмами развития и тому,какая система органов поражена.

 Всего выделяют 22 класса. Каждый класс объединяет группу болезней и состоит из рубрик. Число рубрик в каждом классе разное. Для шифровки рубрики используется 1 буква латинского алфавита и 2 цифры, что составляет трехзначный код. Этот код является основой классификации мкб. Большинство рубрик содержит группы болезней с общими характеристиками. Болезни в рубрике располагаются по частоте встречаемости и значимости для здравоохранения. Также имеются четырехзначные подрубрики. Четвертый знак обозначается цифрой и ставится после точки. Использование четырехзначных подрубрик позволило расширить детализацию болезней.

**Пересмотры по годам**

Первые четыре пересмотра не внесли существенных изменений в структуру классификации. Большое значение имел пятый пересмотр Международного перечня причин смерти, который был проведен в Париже в 1938 году. Мкб была пополнена инфекционными и паразитологическими болезнями,которые активно исследовались в это время. Шестой пересмотр состоялся снова в Париже в 1948 году. Были выделены классы, рубрики и разработан трехзначный код. Сама мкб стала более похожа на ее современный вариант. Седьмой пересмотр состоялся в 1955 году. Структура классификации была сохранена, уточнялись только детали в названиях самих рубрик и их подрубрик. Восьмой пересмотр состоялся в 1965 году, мкб расширилась засчет онкологическихзаболеваний . Международная конференция по девятому пересмотру прошла в 1975 году, были приняты четырехзначные подрубрики. Десятый пересмотр состоялся в 1989 году. Международная классификация болезней, травм и причин смерти была переименована в Международную статистическую классификацию болезней и проблем , связанных со здоровьем.

**Коды цистита по МКБ-10**

Цистит относится к четырнадцатому классу болезней по мкб 10,который представлен болезнями мочеполовой системы и обозначается буковой N. Этот класс имеет рубрики от N00 до N99,цистит кодируется N30,то есть представляет собой трехзначную рубрику. Однако разделение цистита по течению и причинам, которые его вызывают привело к выделению четырехзначных подрубрик внутри N30.Они обозначаются цифрами через точку после первых трех знаков.

**Острый**

Острый цистит имеет код по мкб 10 N30.1 Он развивается у людей без серьезных сопутствующих заболеваний как сахарный диабет и при отсутствии анатомических изменений в органах мочевыделительной системы. Поэтому протекает эта форма недолго и не тяжело. Симптомы сохраняются в течение недели , а максимальный дискомфорт приходится на несколько дней. Результатом острой формы в основном является выздоровление. Основными проявлениями являются частые позывы на мочеиспускание, болезненное мочеиспускание, боль внизу живота. Для установки диагноза необходимо также сдать мочу чтобы определить наличие и количество бактерий в ней. Основной причиной цистита чаще выступает бактерия E.coli. Она проникает в мочевой пузырь чаще восходящим путем через мочевыводящие пути при переохлаждении, несоблюдении правил личной гигиены, после полового акта на фоне сниженной устойчивости организма. Кишечная палочка хорошо крепится к клеткам мочевыводящих путей и быстро делится, проникая в мочевой пузырь. Поэтому основные лечебные мероприятия сводятся к антибактериальной терапии чтобы ликвидировать эшерихию. Эффективным средством является монурал, который принимается по 3 грамма 2 раза с интервалом 24 часа. При неосложненном течении такое лечение эффективно и безопасно.

**Хронический**

Хронический цистит имеет код по мкб 10 N30.2 и характеризуется длительным течением с периодическими обострениями. Нередко острый воспалительный процесс переходит в хроническую форму. Факторами риска хронического воспаления является снижение местного иммунитета слизистой мочевого пузыря, неполное лечение острой формы, наличие анатомических изменений в выделительной системе: кисты в почках, сужения мочевыводящих путей, аномалии развития и т.п. По времени возникновения хроническим будет считаться цистит, протекающий более 60 дней. Наряду с общими факторами в развитии этой формы ведущее место отводится бактериям. Они зачастую сохраняют устойчивость к применяемым ранее антибиотикам и образуют резервуары инфекции, из которых периодически поступают в пораженный орган. Для хронического течения характерно чередование периодов обострения и стихания симптомов. Обострения провоцируются снижением иммунитета, переохлаждением. Обострения клинически сходны с проявлениями острого цистита: боль при мочеиспускании, половом акте, частые позывы в туалет, повышение температуры. Но симптомы выражены не так ярко. Периоды ремиссии как правило характеризуются хорошим самочувствием. Диагностика хронического цистита представляет трудности. Симптомы даже в период обострения не бывают выраженными, в анализах мочи не всегда удается выявить бактерии, поэтому зачастую необходимо эндоскопическое исследование мочевого пузыря чтобы выявить изменения, способствующие сохранению воспаления. Лечение при этом направлено не только на устранения инфекции антибиотиками, но и на устранение способствующих факторов. Антибиотикотерапия при этом проводится более длительно курсом 7-10 дней с учетом чувствительности флоры к препарату. Большое значение приобретает обильное питье, которое способствует «вымыванию» бактерий. Важно также воздействовать на иммунитет и проводить общеукрепляющую терапию.

**Геморрагический**

Геморрагический цистит выделяется на основании выделения крови с мочой при развитии воспаления в мочевом пузыре. Это заболевание чаще развивается у пожилых и ослабленных лиц и характеризуется массивной примесью крови во всем объеме мочи. Цистит с кровью возникает при значительном повреждении слизистой мочевого пузыря чему способствуют разные факторы:

* ослабление защитных сил организма;
* длительный прием лекарств , снижающих иммунитет (цитостатики);
* нарушение оттока мочи (аденома простаты, мочекаменная болезнь);
* нарушение иннервации мочевого пузыря ;
* несоблюдение личной гигиены;
* пожилой возраст.

Больного при этом беспокоят сильные боли в животе, повышение температуры, учащенное болезненное мочеиспускание, покраснение мочи из-за примеси крови. При других формах цистита также может выделяться кровь, но только в начальных порциях мочи и в небольших количествах. При геморрагической форме кровь выделяется на протяжении всего мочеиспускания, а при микроскопии мочевого осадка обнаруживается большое количество эритроцитов. Это происходит потому что эпителий мочевого пузыря становится наименее устойчив к патологическому действию бактерий и повреждения слизистой вызывают множественные мелкие кровотечения и кровоизлияния. Лечение также включает антибиотики, иммуномодулирующие препараты, но возникает необходимость остановки и компенсации кровопотери: назначаются лекарства, улучшающие свертываемость крови и укрепляющие сосудистую стенку. Также необходимо устранить препятствия оттоку мочи и уменьшить боли спазмолитиками, чтобы уменьшить время взаимодействия бактерий с поверхностью и нормализовать отток мочи.

**Интерстициальный**

Интерстициальный цистит кодируется шифром N30.1. Эта форма в отличие от других развивается при отсутствии бактерий. Анализ мочи на флору не выявляет никаких болезнетворных микробов. Отсюда причины интерстициального цистита до конца не установлены. Предрасполагающим фактором считают недостаток особых веществ-гликозаминогликанов. В норме они покрывают слизистую пузыря, при их недостатке повышается чувствительность внутренней оболочки к нормальным компонентам мочи, в результате чего и развивается воспаление. Характерным проявлением служит боль над лобком, в тазу, также боль при мочеиспускании, которое учащается до 60 раз в сутки. Течение этого заболевания хроническое, но симптомы со временем усугубляются, а периоды ремиссии сокращаются, что отличает эту форму от других хронических вариантов. Для диагностики необходимо провести комплексное обследование, включая эндоскопию мочевого пузыря, чтобы исключить другие причины возникновения этих симптомов. Интерстициальный цистит еще называют «диагнозом исключения» Для лечения применяют самые разные группы препаратов: гормоны, антигистаминные, обезболивающие, антидепрессанты. Но полное излечение зачастую не достигается.

**Другие виды**

Другой хр цистит по мкб 10 имеет код N30.2. Эта формулировка используется для таких форм цистита, которые не соответствуют критериям остальных хронических форм, представленных в мкб 10. Это подчеркивает сложность диагностики цистита и многообразие его вариантов течения и причин возникновения. В клинике важно установить наличие болезненного мочеиспускания, частых позывов, боли в животе, неэффективность антибактериальной терапии, а также длительность течения заболевания. В практике выделяют особые формы –эозинофильный, полипоидный, микотический. При эозинофильном в слизистой оболочке находят много эозинофилов, полипоидный сопровождается образованием выпячиваний оболочки мочевого пузыря, микотический вызывается грибами рода Candida, которые и обнаруживают в стенке мочевого пузыря. По причинам возникновения разделяют также на паразитарный, аллергический, обменный (при нарушениях обмена веществ), химический, ятрогенный(вследствие каких-либо врачебных процедур), нейрогенный(при нарушении нервной регуляции), при сахарном диабете, инфекционный. Разделение цистита на основании причин возникновения имеет существенное значение в клинике, поскольку зная причину можно на нее воздействовать.

Паразитарный цистит редко встречается в средней полосе России, но поскольку последние годы возрастает туристическая активность, эта форма приобретает большее значение. Часты «гостем» мочеполовой системы является кровяная шистосома. Ее можно привезти с собой из путешествия в Египет, Саудовскую Аравию,Тунис. Паразиты проникают в организм через незначительные повреждения и сначала вызывают общую реакцию-зуд, покраснение. Затем личинки перемещаются по организму и через полгода достигают мочевого пузыря. За это время паразиты вырастают во взрослую особь и активно разрушают слизистую мочевого пузыря. Возникает уже знакомое расстройство мочеиспускания-боль, частые позывы, нередко примесь крови. Диагностика включает в себя анализ мочи на шистосомы, который позволяет обнаружить их яйца, кожная аллергическая реакция на аллергены шистосом. Для лечения используют противопаразитарные средства к примеру празиквантель курсом.

Аллергический цистит возникает при контакте организма с аллергенами чаще бытового характера и характеризуется упорным нарастанием дискомфорта при мочеиспускании при контакте с аллергеном. Поскольку аллергия развивается комплексно, то поражению выделительной системы сопутствуют и общие проявления-сыпь, зуд. Заболевание успешно поддается лечению противовоспалительными и антигистаминными при условии прекращения контакта с аллергеном.

Близок к аллергическому циститу химический, который также характеризуется повышенной чувствительностью к каким-либо веществам. Но в основе поражения лежит не типичная аллергическая реакция, а химическое повреждение мочеполовой системы, которая возникает при использовании различных средств личной в том числе интимной гигиены.

Радиационный и лучевой цистит встречается в онкологии при использовании лучевой терапии. На первый план выходят нарушения кровообращения в мочевом пузыре, что приводит к гибели ткани. В анализах мочи присутствуют как эритроциты (что означает выделение крови), так и лейкоциты, слизь и эпителий, что отражает повреждение и гибель клеток. При эндоскопическом обследовании находят язвы, из которых и выделяется кровь. Лучевой цистит трудно поддается лечению, используют противомикробные, противовоспалительные средства, а также препараты ,улучшающие восстановление тканей.

Лекарственный цистит возникает при использовании препаратов, которые выводятся через почки и обладают токсичным действием на почечную ткань. К таким препаратам относятся некоторые антибиотики, поэтому их использование должно быть разумно и обосновано. Симптомы воспалительного процесса стихают после прекращения использования препаратов, но иногда требуется назначение противовоспалительных.