



© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.62-072.1-055.2

С. Х. Аль-Шукри, И. В. Кузьмин, М. Н. Слесаревская, Ю. А. Игнашов*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

СИМПТОМАТИКА И ЦИСТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Резюме

Введение. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой синдрома болезненного мочевого пузыря (СБМП) и существенным его влиянием на качество жизни больных.

Цель исследования – изучить связь между клиническими проявлениями и цистоскопической картиной у женщин с СБМП.

Материал и методы. Представлены результаты обследования 61 женщины с СБМП в возрасте от 39 до 68 лет. Выраженность клинической симптоматики оценивали с помощью опросника PUF, визуальной аналоговой шкалы боли и дневников мочеиспускания. Всем пациентам выполняли цистоскопию после предварительной гидродистензии мочевого пузыря.

Результаты исследования. Выявлена зависимость между интенсивностью основных симптомов СБМП и выраженностью изменений в мочевом пузыре по данным цистоскопии. Гуннеровские поражения мочевого пузыря были выявлены только у больных с наиболее выраженной клинической симптоматикой (3-я группа) и ни у одного из больных с легкой (1-я группа) и умеренной (2-я группа) симптоматикой. При этом ни у одного больного 3-й группы при цистоскопии не было нормальной цистоскопической картины.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали наличие связи между клиническими проявлениями СБМП у женщин и изменениями в стенке мочевого пузыря, выявляемыми при цистоскопии.

Ключевые слова: интерстициальный цистит/синдром болезненного мочевого пузыря, симптоматика, гидродистензия

Аль-Шукри С. Х., Кузьмин И. В., Слесаревская М. Н., Игнашов Ю. А. Симптоматика и цистоскопическая картина у женщин с синдромом болезненного мочевого пузыря. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2017; 24 (4): 50 – 54. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-4-50-54.

* **Автор для связи:** Юрий Анатольевич Игнашов, ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, ул. Льва Толстого, д. 6-8, Санкт-Петербург, Россия, 197022. E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.

© Composite authors, 2017
UDC 616.62-072.1-055.2

S. H. Al-Shukri, I. V. Kuzmin, M. N. Slesarevskaya, Yu. A. Ignashov*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I. P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

SYMPTOMATIC AND CYSTOSCOPIC PATTERN IN WOMEN WITH THE BLADDER PAIN SYNDROME

Abstract

Introduction. The relevance of the problem is in high incidence of bladder pain syndrome (BPS) and a significant effect on the quality of life of patients.

The **objective** of the research is to study the relationship between clinical manifestations and the cystoscopic pattern in women with BPS.

Materials and methods. The results of a survey of 61 women with BPS aged 39 to 68 years are presented. The severity of clinical symptoms was assessed using a PUF questionnaire, a visual analogue pain scale and diaries of urination. All patients underwent cystoscopy after a preliminary hydrodistension of the bladder. Depending on the severity of the clinical manifestations of BPS all patients were divided into 3 groups.

Results. Patients with more severe symptoms of BPS experienced more pronounced changes in the bladder during cystoscopy. Thus, the Gunner lesions were detected only in patients of the 3rd group with the most severe clinical symptoms and in none of the patients of the 1st (mild degree) and the 2nd group (moderate degree). At the same time, none of the patients of the 3rd group had cystoscopy with normal cystoscopic pattern.

Conclusions. The results of the study showed a correlation between the clinical manifestations of BPS in women and the changes in the bladder detected in cystoscopy after bladder hydrodistension.

Keywords: interstitial cystitis / bladder pain syndrome, symptomatology, hydrodistension

Al-Shukri S. H., Kuzmin I. V., Slesarevskaya M. N., Ignashov Yu. A. Symptomatics and cystoscopic results in women with the pain bladder syndrome. The Scientific Notes of IPP-SPSMU. 2017;24(4):50 – 54. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-4-50-54.

* **Corresponding author:** Yuriy. A. Ignashov, FSBEI HE «I. P. Pavlov SpBSMU» MOH Russia, 6-8 L'va Tolstogo street, Saint-Petersburg, Russia, 197022. E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.

ВВЕДЕНИЕ

Под термином «синдром болезненного мочевого пузыря» (СБМП), ранее известным как «интерстициальный цистит», понимают заболевание, проявляющееся постоянной или, реже, периодической болью в области мочевого пузыря, сопровождающейся одним или несколькими из следующих симптомов — усиление боли при наполнении мочевого пузыря и учащение дневного и/или ночного мочеиспускания [1, 2].

Этиология СБМП на сегодняшний день остается до конца не ясной. Значительное внимание в развитии СБМП уделяется роли воспаления, дефекта гликозаминогликанового слоя, аутоиммунных нарушений, инфекционных агентов [3]. В связи с отсутствием точного понимания причин развития СБМП методы лечения этого заболевания в основном симптоматические.

Частота СБМП велика, причем у женщин это заболевание встречается намного чаще, чем у мужчин. Полагают, что до 30 % женщин в различные периоды своей жизни страдают тазовыми болями продолжительностью более 6 месяцев [4]. Результаты проведенных эпидемиологических исследований показали, что до 90 % пациентов с СБМП составляют женщины в возрасте 20–50 лет [1]. Несмотря на наличие в своем названии термина «синдром», данное состояние представляет собой отдельную нозологическую единицу. Боль является ведущим клиническим проявлением СБМП, носит изнуряющий характер и сопровождается негативными психоэмоциональными нарушениями [5]. Это приводит к существенному снижению качества жизни больных, причем это снижение связано не только с болями в мочевом пузыре, но и с расстройствами мочеиспускания и сексуальными нарушениями [6, 7].

Диагностика СБМП является весьма непростой. С одной стороны, это связано с тем, что СБМП рассматривают как «диагноз исключения», когда в ходе диагностического процесса исключаются другие возможные причины болей в мочевом пузыре, чаще всего инфекционного характера. С другой стороны, отсутствуют свидетельства о наличии корреляции у всех больных с СБМП между цистоскопической картиной, морфологическими изменениями в стенке мочевого пузыря и клинической симптоматикой [8, 9]. При этом большинство авторов указывают на важное значение цистоскопии в диагностике СБМП у женщин [9, 10]. Так, показана связь между цистоскопической картиной и длительностью течения СБМП [9]. Однако данных о связи между тяжестью клинических проявлений СБМП и изменениями мочевого пузыря, выявляемыми во время цистоскопии, недостаточно. В большей степени это связано с отсутствием системы оценки тяжести симптоматики СБМП.

Цель исследования — изучить связь между клиническими проявлениями и цистоскопической картиной у женщин с синдромом болезненного мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилась 61 женщина с СБМП. Возраст пациентов находился в диапазоне от 39 до 68 лет и составил в среднем $51,6 \pm 8,3$ года. Из них 22 женщины (36 %) были репродуктивного возраста и 39 женщин (64 %) — в пременопаузальном и менопаузальном возрастах. Нами не были выявлены клинически значимые различия в степени выраженности болевого синдрома у женщин в разных возрастных группах. Длительность заболевания в среднем составила $6,2 \pm 3,4$ года. Диагноз СБМП поставлен в соответствии с критериями NIDDK [11]. Всем женщинам было проведено комплексное обследование, включавшее в себя, помимо общеурологических диагностических методов, также выполнение лидокаинового и калиевого тестов [12]. Результаты обследования позволили исключить другие, помимо СБМП, возможные причины развития болей в мочевом пузыре. Интенсивность болевого синдрома и выраженность нарушений мочеиспускания оценивали с помощью опросников PUF, 5-балльной визуальной аналоговой шкалы боли (VAS) [13, 14], разработанной A. Frank et al. в 1982 г., а также дневников мочеиспускания. Тяжесть основных клинических проявлений СБМП у наблюдаемых нами пациентов анализировали с помощью предложенной нами ранее системы оценки степени тяжести симптоматики СБМП, согласно которой выделяются по три степени интенсивности болевого синдрома и нарушений мочеиспускания.

Всем пациентам под общей анестезией (внутривенный наркоз) выполняли цистоскопию и гидродистензию мочевого пузыря. Во время цистоскопии, помимо визуальной оценки слизистой, оценивали анатомическую емкость мочевого пузыря. Гидродистензию мочевого пузыря выполняли по следующей методике. Мочевой пузырь заполняли физиологическим раствором до достижения внутрипузырного давления 80–100 см вод. ст. Мочевой пузырь находился в растянутом состоянии в течение 2 мин. Затем выполняли повторную цистоскопию, мочевой пузырь опорожняли, фиксировали количество вытекшей жидкости и ее цвет [15].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов анкетирования больных позволил распределить наблюдаемых нами больных в зависимости от интенсивности болевого синдрома на три группы. У 7 (11,5 %) больных интенсивность болевого синдрома равнялась 1 или 2 баллам по шкале VAS, степень интенсивности болевого синдрома

рома у этих пациентов была обозначена Б1. У 36 (59 %) больных интенсивность болей соответствовала 3 или 4 баллам (степень Б2), а у 18 (29,5 %) больных — 5 баллам (степень Б3).

Согласно дневникам мочеиспускания, у всех 61 (100 %) наблюдаемых нами женщин с СБМП зарегистрирована ирритативная симптоматика той или иной степени выраженности. Учащенное мочеиспускание (более 8 раз в сутки) отметили 58 (95,1 %) пациентов, императивные позывы на мочеиспускание — 29 (47,5 %) человек, а у 13 (21,3 %) выявлено ургентное недержание мочи. При этом у всех пациентов с ургентным недержением мочи имелись и два других ирритативных симптома — учащенное мочеиспускание и императивные позывы на мочеиспускание. Степень выраженности ирритативной симптоматики у больных оценивали с использованием формулы

$$S = 2A + B + 1^*,$$

где S — сумма баллов; A — частота мочеиспускания за 3-е суток; B — частота императивных позывов за 3-е суток; * — прибавляется 1, если у пациента имеется ургентное недержание мочи.

Согласно данной формуле, 1-я (легкая) степень тяжести ирритативной симптоматики диагностировалась при 62 и менее баллах, 2-я (умеренная) степень тяжести — от 63 до 80 баллов, 3-я (тяжелая) степень — при более чем 80 баллах. Среди наблюдаемых нами больных с СБМП 1-я степень выраженности ирритативной симптоматики была выявлена у 8 (13,1 %), 2-я степень — у 44 (72,1 %) и 3-я степень — у 9 (14,8 %) пациентов. Указанные степени тяжести ирритативной симптоматики были обозначены, соответственно, М1, М2 и М3.

Таким образом, на основании анализа симптоматики СБМП мы выделили по три степени выраженности болевого синдрома (Б1, Б2 и Б3) и ирритативной симптоматики (М1, М2 и М3). Продолжая анализ, всех пациентов мы разделили на три группы в зависимости от вариантов сочетаний клинических проявлений СБМП. К 1-й группе были отнесены 7 (11,5 %) больных с симптоматикой Б1 и М<3, ко 2-й группе — 35 (57,4 %) пациентов с симптоматикой Б2 и М<3, к 3-й группе — 19 (31,1 %)

больных с симптоматикой Б3 и любым значением М или М3 и любым значением Б. Ответы больных на вопросы анкеты PUF существенно различались у больных выделенных нами групп. В 1-й группе сумма баллов составила $10,9 \pm 5,3$, во 2-й — $17,8 \pm 5,1$ и в 3-й — $25,7 \pm 8,3$.

Следующим этапом нашего исследования явилась оценка результатов цистоскопии в покое и при гидродистензии мочевого пузыря, а также сравнение цистоскопических изменений у больных в зависимости от выраженности клинических проявлений СБМП. Максимальная анатомическая емкость мочевого пузыря у наблюдаемых нами больных находилась в весьма широком диапазоне — от 92 до 410 мл. У больных 1-й группы значение этого показателя оказалось наибольшим и составило в среднем 344 мл. У больных 2-й группы максимальная анатомическая емкость была несколько меньшей — в среднем 257 мл. Наименьшая величина этого показателя зарегистрирована у больных 3-й группы — в среднем 154 мл. Различия значений максимальной цистометрической емкости у больных трех групп статистически достоверны ($p < 0,05$).

Изменения, выявляемые при цистоскопии после растяжения (гидродистензии) мочевого пузыря, варьировали от полного отсутствия каких-либо отклонений от нормы до наличия язвенных поражений слизистой мочевого пузыря. Чаще всего мы выявляли диффузные подслизистые кровоизлияния, возникающие вследствие множественных микроразрывов слизистой оболочки мочевого пузыря. Всю совокупность находок во время цистоскопии, выполненной после гидродистензии мочевого пузыря, мы разделили в зависимости от выраженности изменений на 5 степеней. У 4 (6,6 %) пациентов не было выявлено каких-либо изменений слизистой мочевого пузыря (степень 0), редкие петехиальные кровоизлияния (степень 1) выявлены у 5 (8,2 %) женщин, диффузные подслизистые кровоизлияния (степень 2) — у 21 (34,4 %) пациента, диффузная кровоточивость слизистой мочевого пузыря (степень 3) — у 26 (42,6 %) больных и гуннеровские поражения (степень 4) — у 5 (8,2 %) женщин.

Цистоскопические изменения после гидродистензии мочевого пузыря у наблюдаемых нами больных были сопоставлены с интенсивностью клинических проявлений СБМП. Полученные результаты приведены в таблице.

У пациентов с более тяжелой симптоматикой заболевания во время цистоскопии наблюдали более выраженные изменения в мочевом пузыре. Так, изменения 4-й степени (гуннеровские поражения) были выявлены только у пациентов 3-й группы с самой выраженной клинической симптоматикой и ни у одного из больных 1-й и 2-й групп. Наоборот, ни у одного из пациентов 3-й группы при цисто-

Цистоскопические изменения у больных с различной тяжестью клинических проявлений СБМП (n=61)

Cystoscopic changes in patients with different severity of clinical manifestations of BPS (n = 61)

Цистоскопические изменения	Группа		
	1-я (n = 7)	2-я (n = 35)	3-я (n = 19)
Степень 0 (n = 4)	3	1	—
Степень 1 (n = 5)	4	1	—
Степень 2 (n = 21)	—	19	2
Степень 3 (n = 26)	—	14	12
Степень 4 (n = 5)	—	—	5

скопии не отмечено отсутствие каких-либо изменений слизистой (степень 0) или только редкие петехиальные кровоизлияния (степень 1). Диффузные подслизистые кровоизлияния (степень 2) выявляли у большинства больных 2-й группы и только у 2 пациентов 3-й группы. Изменения мочевого пузыря 3-й степени (диффузная кровоточивость слизистой мочевого пузыря) наблюдали у больных как 2-й, так и 3-й групп. При этом изменения слизистой 3-й степени не были выявлены ни у одного из больных 1-й группы с относительно легкой симптоматикой заболевания. Таким образом, самыми частыми находками во время цистоскопии у больных с СБМП были изменения 2-й и 3-й степеней, которые выявляли у пациентов 2-й и 3-й групп. Отсутствие изменений мочевого пузыря или изменения 1-й степени были характерны для пациентов 1-й группы, а изменения 4-й степени — для пациентов 3-й группы.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования показали связь между клиническими проявлениями СБМП у женщин и изменениями в стенке мочевого пузыря, выявляемыми при цистоскопии после гидродистензии мочевого пузыря. У пациентов с более тяжелым клиническим течением СБМП выявляли более выраженные изменения в мочевом пузыре. Полученные данные могут способствовать повышению эффективности диагностики СБМП и, в конечном итоге, улучшению результатов лечения таких пациентов.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflicts of interest

Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

- Guidelines on Chronic Pelvic Pain / D. Engeler, A. P. Baranowski, J. Borovicka et al // Eur. Association of Urology. — 2015. — P. 83.
- Лоран О. Б., Синякова Л. А., Митрохин А. А. и др. Современный взгляд на проблему интерстициального цистита // Мед. совет. — 2011. — № 11. — С. 15–19.
- Онопко В. Ф., Кириленко Е. А., Баранова Е. О., Голубева В. С. Интерстициальный цистит или синдром болезненного мочевого пузыря: современный взгляд на проблему // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2016. — № 1. — С. 65–69.
- Mathias S. D., Kuppermann M., Liberman R. F. et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates // Obstet. Gynecol. — 1996. — № 87 (3). — P. 321–327.
- Слесаревская М. Н., Кузьмин И. В., Игнашов Ю. А. Особенности симптоматики и психоэмоционального статуса у женщин с синдромом хронической тазовой боли // Уролог. вед. — 2015. — № 5 (3). — С. 16–19.
- Аль-Шукри С. Х., Кузьмин И. В., Слесаревская М. Н. и др. Расстройства мочеиспускания у больных с синдромом хронической тазовой боли и лейкоплакией мочевого пузыря // Уролог. вед. — 2016. — № 6 (2). — С. 5–10.

7. Graziottin A., Gambini D., Bertolasi L. Genital and sexual pain in women // Handb. Clin. Neurol. — 2015. — № 130. — P. 395–412.

8. Пушкарь Д. Ю., Зайцев А. В., Гундорова Л. В., Ковылина М. В. Ретроспективный анализ морфологических исследований у больных интерстициальным циститом // Урология. — 2005. — № 4. — С. 53–56.

9. Зайцев А. В., Пушкарь Д. Ю., Косунская И. Л. и др. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома болезненного мочевого пузыря/интерстициального цистита // Рус. мед. журн. — 2010. — № 18 (17). — С. 1084–1089.

10. Макаров О. В., Хашукоева А. З., Зайцев А. В., Цомаева Е. А. Эндоскопические методы визуализации в комплексной диагностике синдрома хронических тазовых болей у женщин // Лечащий врач. — 2011. — № 11. — С. 36.

11. Gillenwater J. Y., Wein A. J. Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes and Kidney Diseases / Workshop on Interstitial Cystitis. National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, August 28–29, 1987 // J. Urology. — 1988. — № 140. — P. 203–206.

12. Слесаревская М. Н., Игнашов Ю. А., Кузьмин И. В. Современные подходы к диагностике синдрома болезненного мочевого пузыря // Уролог. вед. — 2017. — № 7 (2). — С. 25–30.

13. Frank A. J., Moll J. M., Hort J. F. A comparison of three ways of measuring pain // Rheumatol. Rehabil. — 1982. — № 21 (4). — P. 200–211.

14. Аль-Шукри С. Х., Кузьмин И. В., Слесаревская М. Н., Игнашов Ю. А. Применение русскоязычной версии «шкалы симптомов тазовой боли, ургентности и частоты мочеиспускания» (PUF Scale) у больных с синдромом болезненного мочевого пузыря // Уролог. вед. — 2017. — № 7 (2). — С. 5–9.

15. Rigaud J., Delavierre D., Sibert L., Labat J. J. Hydrodistension in the therapeutic management of painful bladder syndrome // Prog. Urol. — 2010. — № 20 (12). — P. 1054–1059.

REFERENCES

- Guidelines on Chronic Pelvic Pain / Engeler D., Baranowski A.P., Borovicka J., Cottrell A. et al. European Association of Urology. 2015:83.
- Loran O.B., Sinyakova L.A., Mitrohin A.A., Plesovskij A.M., Shtejnberg M.L., Vinarova N.A. A modern approach to the problem of interstitial cystitis. Meditsinskij sovet. 2011. (11): 15-19 (In Russ.).
- Onopko V.F., Kirilenko E.A., Baranova E.O., Golubeva V.S. Interstitial cystitis or bladder pain syndrome: a modern view of the problem. Bjulleten VSNC SO RAMN. 2016;(1):65-69. (In Russ.).
- Mathias S.D., Kuppermann M., Liberman R.F., Lippschutz R.C., Steege J.F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet. Gynecol. 1996;87(3):321-327.
- Slesarevskaja M.N., Kuzmin I.V., Ignashov Yu.A. Features of symptomatology and psychoemotional status in women with chronic pelvic pain syndrome. Urologicheskie vedomosti. 2015;5(3):16-19. (In Russ.).
- Al-Shukri S.H., Kuzmin I.V., Slesarevskaja M.N., Sokolov A.V., Ignashov Yu.A. Micturition disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome and bladder leukoplakia. Urologicheskie vedomosti. 2016; 6(2): 5-10. (In Russ.).
- Graziottin A., Gambini D., Bertolasi L. Genital and sexual pain in women // Handb Clin Neurol. 2015;130:395-412.
- Pushkar D.Yu., Zajcev, A.V., Gundorova L.V., Kovylyna M.V. Retrospective analysis of morphological studies in patients with interstitial cystitis. Urologija. 2005;(4):53-56 (In Russ.).
- Zajcev A.V., Pushkar D.Yu., Kosunskaja I.L., Kovylyna M.V., Cybulja O.A. Modern aspects of diagnosis and treatment of

bladder pain syndrome/interstitial. Russkij medicinskij zhurnal. 2010;18(17):1084-1089 (In Russ.).

10. Makarov, O.V., Hashukoeva A.Z., Zajcev A.V., Comaeva E.A. Endoscopic imaging methods in complex diagnosis of chronic pelvic pain syndrome in women. Lechashij vrach. 2011;(11):36 (In Russ.).

11. Gillenwater J.Y., Wein A.J. Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes and Kidney Diseases. Workshop on Interstitial Cystitis. National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, August 28-29, 1987. J.Urology. 1988;140:203-206.

12. Slesarevskaya MN, Ignashov YuA, Kuzmin IV. Current approaches to the diagnostic of bladder pain syndrome. Urologicheskie vedomosti. 2017;7(2):25-30 (In Russ.).

13. Frank A.J., Moll J.M., Hort J.F. A comparison of three ways of measuring pain. Rheumatol Rehabil 1982;21(4):200 – 211.

14. Al-Shukri S.H., Kuzmin I.V., Slesarevskaya M.N., Ignashov Yu.A.. Use of the russian version of pelvic pain and urgency/frequency patient symptom scale (PUF scale) in patients with the bladder pain syndrome. Urologicheskie vedomosti. 2017;7(2):5-9 (In Russ.).

15. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Hydrodistension in the therapeutic management of painful bladder syndrome. Prog Urol. 2010;20(12):1054-1059.

Дата поступления статьи 21.05.2017

Дата публикации статьи 21.12.2017