

МАТЕРІАЛИ

10-го Ювілейного Українсько-Польського симпозиуму на тему «УРОЛОГІЯ XXI століття»

(частина 1)

1-3 червня 2017 року

УДК: 616.62-008.22-07

Типологія розладів акту сечовипускання у хворих на ідіопатичний гіперактивний сечовий міхур

Ю.М. Дехтяр, Ф.І. Костєв

Одеський національний медичний університет

Метою дослідження було визначення частоти і клінічного значення окремих дизуричних симптомів, які виявляють за результатами моніторингу клінічного перебігу ідіопатичного гіперактивного сечового міхура (ІГАСМ). Проведено обстеження та лікування 362 хворих (41 чоловіка і 321 жінки) з ІГАСМ. Встановлено, що клінічний перебіг ІГАСМ може проявлятися різними, інколи парадоксальними, сполученнями симптомів порушення накопичувальної і евакуаторної функції сечового міхура з проявами полакіурії (88,8%), нічної полакіурії (83,2%), імперативних позивів (39%), нетримання сечі (56%), утрудненого сечовипускання (30%). У хворих на ІГАСМ виявлено достовірну кореляцію із «сателітними» сечовими симптомами, серед яких переважають: відчуття неповного випорожнення сечового міхура (64,9%), дискомфорт у сечівнику (58,8%), цисталгія (44,7%), нічна поліурія (30,9%). Присутність важких дизуричних симптомів, особливо наявність болювого синдрому, тривалий перебіг захворювання та емоційне виснаження здатні провокувати поведінкові симптоми. Ці симптоми виявляють у 30,1% хворих з обмеженим питним режимом, у 26,5% хворих, які використовують гігієнічні засоби (прокладки, підгузки), у 20,1% хворих з контрольними сечовипусканнями «на доріжку», у 12,7% хворих, які складають карти туалетів, у 14,3% – «запобіжним» сечовипусканням. **Ключові слова:** дизуричні симптоми, ідіопатичний гіперактивний сечовий міхур, нетримання.

Темі гіперактивного сечового міхура (ГАСМ) і ноктурії у ранній медичній літературі приділялося недостатньо уваги [1]. Епідеміологічні дослідження, присвячені розладам сечовипускання, були зосереджені зокрема або на симптомах нижніх сечових шляхів, які свідчать про доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) у чоловіків, або на нетримання сечі (НС) у жінок [2]. Проте в останнє десятиліття був відзначений підвищений дослідницький інтерес до ГАСМ та ноктурії як окремого симптому [3].

Дані щодо поширеності ГАСМ у різних клінічних дослідженнях коливаються від 2% до 53%. У більшості досліджень ГАСМ результати поширеності були 10–20%, а в найбільш цитованих статтях – 12–17% [4]. Встановлено, що частота і тяжкість симптомів ГАСМ збільшуються з

віком серед представників обох статей. Перебіг ГАСМ може бути досить важким і пов'язаним з підвищеною коморбідністю, порушеннями психічного та фізичного здоров'я та погіршенням якості життя, а також зниженням емоційного спокою і працездатності [5, 6]. Встановлено, що ноктурія є найчастішою причиною безсоння [3]. Як правило, у таких хворих проявляються депресивні і тривожні порушення [7]. Симптоми ГАСМ також пов'язані з підвищеним ризиком падінь і переломів [1].

Мета дослідження: визначення частоти і клінічного значення окремих дизуричних симптомів за результатами моніторингу клінічного перебігу ідіопатичного гіперактивного сечового міхура (ІГАСМ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В урологічній клініці на базі Одеського національного медичного університету з вересня 2013 року до серпня 2016 року проведено обстеження та лікування 362 хворих (41 чоловіка та 321 жінки) з симптомами нижніх сечових шляхів (НСШ), що відповідали критеріям діагностики Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) для ГАСМ. Для проведення обстеження і визначення лікувальної тактики 258 хворих госпіталізували в урологічний стаціонар, 104 пацієнта обстежувалися та лікувалися амбулаторно. Відповідно до рекомендацій ICS діагноз ГАСМ встановлювали при доведеній відсутності інфекцій сечових шляхів або інших патологічних станів, що викликають певні симптоми (пухлина, камінь сечового міхура, інше).

Усім пацієнтам проводили урологічне, гінекологічне, неврологічне обстеження для виключення соматичних захворювань, здатних спричинити симптомокомплекс ГАСМ. Також оцінювали об'єктивні та суб'єктивні симптоми гіперактивного сечового міхура шляхом використання результатів опитування хворих про якість життя, інтенсивність дизуричних симптомів, особливості скарг, даних анамнезу, УЗ-дослідження органів сечової системи з визначенням залишкової сечі. Хворі заповнювали щоденники сечовипускання протягом трьох діб у звичних домашніх умовах. Крім аналізу щоденника сечовипускань, обов'язковим елементом обстеження була об'єктивізація симптомів за допомогою опитувальників і анкет.

«Сателітні» сечові симптоми ІГАСМ

Симптоми	Кількість хворих, n=362	
	n	%
Цисталгія	162	44,7
Обструктивні симптоми	109	30,1
Посткоїтальна дизурія	86	23,7
Нічна поліурія	112	30,9
Енурез	68	18,7
Нетримання сечі при статевому акті	66	18,2
Відчуття неповного випорожнення сечового міхура	235	64,9
Біль у нижніх відділах живота під час позиву до сечовипускання	68	18,7
Дискомфорт у сечівнику	213	58,8

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розпізнавання розладів акту сечовипускання у хворих на ІГАСМ, як правило, не становить особливих складнощів, позаяк вони виявляються комбінацією доволі однотипних симптомів: частішим сечовипусканням протягом доби, зниженням кількості одномоментно виділеної сечі, порушеннями чутливості сечового міхура, різними варіантами нетримання сечі. Таким чином, діагностика функціональних порушень нижнього відділу сечового тракту ґрунтується на симптоматології, урологічному обстеженні й виключенні інших ймовірних причин скарг хворих. Отже, удавана простота діагностики є оманлива і, як будь-який інший діагностичний процес, потребує систематизації і розумної методології.

Полакіурія була виявлена у 100% хворих: «денна» полакіурія у 302 (83,4%), «нічна» полакіурія (або ноктурія) у 257 (70,9%). Ступінь вираженості полакіурії варіював від мінімального до гранично максимального (при встановленні діагнозу тільки за результатами реєстрації ритму сечовипускань). В останньому випадку позиви носили імперативний характер з невеликими інтервалами, кількість сечовипускань обчислювалася десятками.

Комітет Міжнародного товариства з утримання сечі для позначення симптому нічного сечовипускання запропонував єдиний термін «ноктурія», під яким слід розуміти необхідність вставати вночі один і більше разів з метою випорожнення СМ. Водночас саме виражена ноктурія найбільш негативно впливає на якість життя у порівнянні з вираженістю «денних» розладів сечовипускання.

Ноктурія була одним з перших і основних симптомів ІГАСМ, що зумовлено як зниженням ефективного об'єму СМ, так і збільшенням «нічного» діурезу (за нашими спостереженнями, при ІГАСМ до 70% добової кількості сечі виділяється вночі, що істотно впливає на клініку розладів сечовипускання).

Ключовими симптомами у хворих на ІГАСМ є *ургентність* – раптове «вимушене» бажання спорожнити СМ, яке важко або неможливо відкласти, і *ургентне НС* – мимовільна втрата сечі, що пов'язана з епізодом ургентності або виникає відразу після нього.

Ургентне сечовипускання і ургентне НС, зі слів хворих, найбільш «неприємні» симптоми ІГАСМ. Вони завдають найбільший негативний вплив на хворих, часто спричиняють нервово-психічні розлади. У важких випадках такі хворі мають соціальні проблеми. Ці симптоми змушують людей змінювати їхній звичайний спосіб життя. Багато хворих залишають улюблену роботу і проводять більше

часу вдома, поблизу туалету. Діагностично значущі ургентні позиви і/або ургентні позиви з частотою більше ніж один раз на тиждень протягом останніх 12 міс виявлено у 245 (67,6%) респондентів. Частота ургентності у таких хворих у середньому становила $2 \pm 1,5$ рази на добу.

Симптоми НС, які проявляються поодинокими епізодами або носять регулярний характер, визначали у 126 (34,8%) хворих: у 69 (54,7%) – ургентне НС, у 57 (45,3%) – комбінована форма НС (ургентне у поєднанні зі стресовим).

Аналіз симптомів ІГАСМ залежно від статі дозволив побачити важливу закономірність. Виявилось, що ургентне НС найбільш часто спостерігається у жінок, тоді як часте денне і нічне сечовипускання виявлено приблизно однаково часто як у жінок, так і у чоловіків. Ургентне сечовипускання і НС у клінічному аспекті мають ще одну важливу особливість. Періодичне підтікання сечі викликає роздратування і мацерацію шкіри промежини і внутрішньої поверхні стегон. Використання підгузників і прокладок (як вимушений захід) не покращує стан шкіри.

За результатами дослідження добового ритму сечовипускань можна умовно виділити три групи хворих залежно від переважання «денних» чи «нічних» симптомів. Найчисельнішу групу (74%) становлять жінки з розладами акту сечовипускання вдень і вночі (полакіурія, імперативне сечовипускання, нетримання сечі); другу за частотою – пацієнтки (22%) з переважно «нічними» симптомами; третю – жінки (4%) з розладами сечовипускання тільки вдень.

ГАСМ, відповідно до рекомендацій ICS, це лише тільки три симптоми: *полакіурія*, *ноктурія* і *ургентність*, які можуть супроводжуватись ургентним нетриманням сечі. Однак в реальному житті клінічна картина ідіопатичного ГАСМ більш багата і різноманітна.

Аналіз клінічної картини хворих, яких ми обстежували, виявив достовірну кореляцію симптомів, що супроводжують різні варіанти клінічного перебігу ІГАСМ та можуть бути супутніми або «сателітними» сечовими ознаками. У табл. 1 представлені основні симптоми порушеного сечовипускання, які супроводжують різні клінічні варіанти ІГАСМ.

Крім частого ургентного сечовипускання і ургентного НС, клінічний перебіг захворювання у багатьох хворих відзначався додатково іншими дизуричними симптомами, у тому числі й, на перший погляд, не характерними для ГАСМ. Найбільш часто ми спостерігали наступні «сателітні» симптоми: нічна поліурія, цисталгія, біль внизу живота, посткоїтальна дізурія, цисталгія, обструктивні

Поведінкові симптоми у хворих на ІГАСМ

Симптоми	Кількість хворих, n=362	
	n	%
Неможливість сечовипускання у присутності сторонніх (медперсоналу)	29	8,0
Обмеження питного режиму	109	30,1
Використання гігієнічних засобів	96	26,5
Контрольні сечовипускання	73	20,1
Складання карти туалетів	46	12,7
Неможливість сечовипускання сидячи (для жінок) та стоячи (для чоловіків)	25	6,9
"Запобіжне" (випереджувальне) сечовипускання	52	14,3

симптоми, мимовільні нічні сечовипускання під час сну, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, нетримання сечі під час статевого акту.

Так, у деяких хворих, крім ірритативних симптомів, відзначалися симптоми обструкції у вигляді утрудненого (45 хворих – 12,4%), переривчастого сечовипускання (26 хворих – 7,1%), тривалого часу від появи ургентного позиву до сечовипускання до його фактичного початку (38 хворих – 10,5%). Часто поєднання ірритативних та обструктивних симптомів спостерігалось у хворих із птозом тазових органів, коли нерідко відзначається поліморфізм клінічних проявів ІГАСМ через складність етіопатогенезу дизурії у даних пацієнтів.

Алгічний синдром (цисталгія) – це особливо важкий варіант хронічного болю, що має цілий набір сенсорних феноменів, таких, як постійна присутність позиву до сечовипускання, часте і болюче сечовипускання, відчуття печії, часто з болем над лобком і в парауретральній зоні, різьми, відчуттям дискомфорту в ділянці сечівника. Раніше дизурія, за відсутності запалення, називалась цисталгією або гінекологічним неврозом СМ. Уперше цей термін запропонував у 1928 році G. Marion, а захворювання було описано ще в 1875 році K. Winckel. У 1949 році J. Mombaerts зазначив, що цисталгія – хворобливий стан СМ з чистою сечею, при якому домінують часті і наказові позиви до сечовипускання. Ми спостерігали цисталгію у 162 хворих. Таким чином, нам вдалося визначити поширеність ІГАСМ з алгічним синдромом, який склав 44,7% у структурі цього захворювання.

Не викликає сумніву той факт, що тривалий больовий синдром завжди є хронічним стресом для мозку, супроводжується негативним афектом і формує підкоркову лімбічну домінують незалежно від етіології захворювання. Це є ще одним підтвердженням необхідності включення в лікувальний план ІГАСМ антидепресантів, які впливають на відновлення активності мозку, знижену в результаті розвитку депресії і тривоги, асоційованих з болем, ургентністю, нетриманням сечі, а також антиконвульсантів, здатних гасити патологічну домінують в лімбічних структурах. У цілому, емоційно-когнітивний механізм є одним з провідних у розвитку хронічного больового синдрому СМ.

Дискомфорт у сечівнику, який пацієнти характеризували як постійне бажання до сечовипускання з необхідністю періодичного натискання на ділянку промежини або спорожнення СМ за відсутності його наповнення (хйбний позив), відзначили у 213 (58,8%) спостереженнях. Це відчуття у жінок виникало періодично і зазвичай супроводжувалося станом тривоги.

Відчуття неповного випорожнення СМ мали 235 (64,9%) хворих. Цей симптом у хворих на ІГАСМ належить до «сенсорних» (ірритативних) симптомів, тобто велика кількість залишкової сечі не характерна для даної патології.

Мимовільне сечовипускання під час нічного сну, або енурез, спостерігали у 68 (18,7%) хворих. Цей симптом ми також розглядаємо як прояв синдрому ургентного сечовипускання. Хоча питання про включення енурезу в синдром ГАСМ залишається дискусійним, ми вважаємо, що ургентність і мимовільне сечовипускання під час сну доцільно розглядати у взаємозв'язку, оскільки вони часто об'єднуються і є наслідком одних і тих самих дисфункцій СМ у різний час доби.

Серйозною проблемою є НС під час статевих контактів. Незважаючи на обмежену кількість досліджень, відомо, що НС під час статевих актів має серйозний вплив на якість життя сексуально активних жінок, що за літературними даними зустрічається у 10–24% пацієнток з різними дисфункціями тазових органів.

З числа обстежених хворих на ІГАСМ було 27 жінок з НС, що виникає під час статевих актів (тобто факт мимовільної втрати сечі спостерігався тільки під час статевих актів) та 39 жінок з НС під час статевих актів у поєднанні з іншими видами НС.

Виявлені деякі клінічні особливості в обстежених хворих. Тридцять шість жінок скаржилися на втрату сечі під час копулятивної фази (пенетрації) статевих актів, 21 жінка – на втрату сечі під час оргазму, 9 жінок – на НС в обох випадках.

Сечові симптоми, що виникають після завершення статевих актів, ми назвали посткоїтальною дизурією. Цисталгія – часте і болюче сечовипускання, біль над лобком і в парауретральній зоні, відчуття дискомфорту в області сечівника. Дані симптоми з'являються після завершення статевих актів і можуть тривати від декількох годин до декількох діб. Ці ознаки не відносяться безпосередньо до ІГАСМ, але вони мають етіопатогенетичну схожість з ним, їх спостерігали у 86 (23,7%) хворих.

Біль у нижніх відділах живота під час ургентного позиву відзначена у 68 (18,7%) хворих ІГАСМ. Біль у нижній частині живота, незважаючи на позив до акту сечовипускання, не є характерним симптомом ІГАСМ, та її наявність має викликати у лікаря занепокоєння щодо інших причин хвороби. У той самий час, у деяких хворих на ІГАСМ, виражений сильний позив до акту сечовипускання може відчуватися як біль в нижніх відділах живота, який проходить після спорожнення СМ.

Дисфункції СМ становлять усього лише один, найяскравіший прояв складного симптомокомплексу розладів вегетативної нервової системи, який спостерігається при ІГАСМ. При цьому, як правило, страждає і регуляція ниркового кровотоку, що впливає на стан діурезу, появу нічної поліурії. У нормі 2/3 добової кількості сечі припадає на першу половину доби (з 6 до 18 год). У деяких хворих на ідіопатичний ІГАСМ, за нашими спостереженнями, до 70%

добової кількості сечі виділяється вночі, що справляє істотний вплив і на клініку розладів сечовипускання. Нічну поліурію ми спостерігали у 112 (30,9%) хворих.

Присутність важких дизуричних симптомів, особливо наявність больового синдрому, тривалий перебіг захворювання, емоційне виснаження – все це здатне змінити поведінку людини. Ми спостерігали у хворих на ІГАСМ наступні поведінкові симптоми: неможливість сечовипускання в присутності сторонніх (у тому числі медперсоналу), обмеження питного режиму, використання гігієнічних засобів (прокладок, підгузків), контрольні сечовипускання «на доріжку», складання карти туалетів тих місць, які хворі планують відвідати, неможливість сечовипускання сидячи (для жінок) або стоячи (для чоловіків). Відомі спроби хворих здійснити випереджувальне сечовипускання, тобто сечовипускання наперед. Ми назвали цей симптом «запобіжне» сечовипускання. Відразу до громадських туалетів, перспектива сечовипускання не в «своєму» туалеті викликає такий страх або тривогу, що змушує перетримувати сечу або мочитися у заздалегідь одягнений памперс.

За результатами анкетування виявлені деякі особливості перебігу ІГАСМ: ремітуючий характер протікання захворювання у 139 (38,4%) спостереженнях. При цьому, загострення захворювання у 187 (51,6%) хворих так чи інакше пов'язано з емоційним стресом. У 65 (17,9%) хворих відзначено відсутність частого сечовипускання або ургентних позивів у певних соціальних умовах – вдома, на відпочинку, при виконанні цікавої або термінової роботи. Гостру психотравмувальну подію у дебюті з ІГАСМ (протягом 12 міс до появи перших симптомів) виявлено у 132 (36,5%) хворих, у 36 (9,9%) хворих психотравмувальна подія спостерігалася за один-два роки до початку захворювання.

Причини такого емоційного стресу:

- епізоди НС у громадському місці, транспорті (6,2%);
- необхідність тривалого утримування сечі у зв'язку з відсутністю туалету або неможливістю відвідування (гидливості) громадських туалетів (15,6%);
- хвороба родичів у зв'язку із захворюванням органів малого таза;
- раніше перенесений гострий цистит (18,7%);
- сімейні фактори: смерть близьких, хронічний сімейний конфлікт, розлучення (54%);
- соціальні фактори (тривалі неприємності на роботі) (37,5%);
- вагітність;
- пологи;
- зміна житлових умов;
- автомобільні аварії.

Нерідко у хворих на ІГАСМ виникають проблеми у родині, які пов'язані з відмовою від статевих відносин через страх посилення симптомів ІГАСМ або виникнення мимовільного сечовипускання під час коїтусу.

Залежно від присутніх провідних сечових симптомів виділяють три основні варіанти посимптомного розвитку ІГАСМ.

У переважної більшості хворих *першим* дизуричним симптомом було часте сечовипускання з подальшою появою частого нічного сечовипускання та розвитком ургентного сечовипускання. Послідовність розвитку окремих симптомів синдрому ІГАСМ у хворих цієї групи: полакіурія > ноктурія > ургентність. Ургентне НС у таких пацієнтів зустрічається рідко. Нічна поліурія практично не відзначалася, що можна пов'язати з відсутністю прямого фізіологічного зв'язку між сечоутворенням і функціонуванням сечового міхура. Описана послідовність повторювалася у 146 (40,3%) хворих.

Другий варіант постсимптомного розвитку ІГАСМ має наступну послідовність: у дебюті захворювання психотравмувальна подія > цисталгія > ургентність (нерідко з НС) > полакіурія > нічна поліурія + ноктурія. Описана послідовність повторювалася у більшості хворих, які мали в дебюті захворювання психотравмувальну подію (104 з 168 хворих, або 61,9%). У той самий час, у частини пацієнтів (41 хворих, або 24,4%), першими симптомами були ургентність та полакіурія, а вже потім приєднувалася цисталгія. Дизуричні симптоми цієї групи хворих з'являються поступово і неухильно прогресують. Переважають чутливі розлади (сенсорні симптоми), внаслідок чого хворі обмежують собі питний режим. Характерною особливістю виникнення симптомів ІГАСМ є досить швидкий їхній розвиток на тлі нормального сечовипускання. Зокрема, ноктурія, спочатку у вигляді двох або трьох сечовипускань за ніч з'являється несподівано для хворого, а в подальшому відбувається щонаочі частіше у прогресуючому кількісному еквіваленті. Це також стосується і інших проявів симптомокомплексу ІГАСМ. З поведінкових симптомів переважає використання гігієнічних прокладок і контрольне сечовипускання «на доріжку». Переважання поведінкових і моторних симптомів свідчить про виражену стресову реакцію, яку переживає організм.

Схожий механізм діє і при перенесеному в дебюті розвитку симптомів ІГАСМ захворювання урогенітальної сфери (наприклад гострий цистит). У таких хворих дизуричні симптоми через недостатню діагностику ще довго можуть трактуватися як прояв інфекційно-запального процесу. Подальший розвиток симптомокомплексу ІГАСМ, на наш погляд, відбувається через формування патологічної домінанти, внаслідок больового і дизуричного синдромів у зв'язку з перенесеним гострим циститом чи частими загостреннями хронічного циститу, які супроводжуються вираженим больовим синдромом. Патологічна домінанта болю або дизурії пригнічує волю пацієнта. Підкріплення домінанти відбувається, якщо сечовипускання або наповнення СМ провокує посилення суб'єктивних проявів. У результаті пацієнт прагне випорожнити СМ з появою першого позиву на сечовипускання або ще до появи першого позиву, не чекаючи посилення суб'єктивних проявів, що клінічно проявляється полакіурією. Таким чином, *третій варіант* посимптомного розвитку ІГАСМ має таку послідовність: у дебюті ІГАСМ перенесене захворювання урогенітальної сфери (гострий цистит, аднексит) > полакіурія > цисталгія > ургентність > нетримання сечі > ноктурія. Особливо яскраво цей взаємозв'язок простежується при спостереженні за пацієнтами, які страждають на ІГАСМ у поєднанні з цисталгією. Хронічний біль значно знижує компенсаторні адаптаційні можливості центрів сечовипускання і сечоутворення. Симптоми ІГАСМ (тривога і депресія) є взаємозалежними: хронічний біль та тривалі дизуричні розлади створюють умови для розвитку тривожно-депресивних розладів, які, у свою чергу зумовлюють хронізацію перебігу хвороби. Таким чином, загальний функціональний стан організму зумовлює баланс між ноцицептивними і антиноцицептивними механізмами, тобто відбувається формування больового порогу. Тому медикаментозний вплив на емоційний стан пацієнта є основою для ефективності терапевтичних засобів для лікування ІГАСМ.

ВИСНОВКИ

1. Клінічний перебіг ідіопатичного гіперактивного сечового міхура (ІГАСМ) може проявлятися різними, подеколи парадоксальними, сполученнями симптомів порушення накопичувальної і евакуаторної функції сечового міхура з проявами полакіурії (88,8%), нічної полакіурії

(83,2%), імперативних позивів (39%), нетримання сечі (56%), утрудненого сечовипускання (30%).

2. У хворих на ІГАСМ виявлено достовірну кореляцію із «сателітними» сечовими симптомами, які супроводжують різні варіанти клінічного перебігу ІГАСМ, серед яких переважають: відчуття неповного випорожнення сечового міхура (64,9%), дискомфорт у сечівнику (58,8%), цисталгія (44,7%), нічна поліурія (30,9%).

3. Присутність важких дизуричних симптомів, особливо наявність больового синдрому, тривалий перебіг захворювання та емоційне виснаження здатні провокувати поведінкові симптоми, що виявляються у 30,1% хворих обмеженням питного режиму, у 26,5% хворих – використанням гігієнічних засобів (прокладок, підгузків), у 20,1% хворих

– контрольними сечовипусканнями «на доріжку», у 12,7% хворих – складанням карти туалетів та у 14,3% пацієнтів – «запобіжним» сечовипусканням.

4. Виділено три основні варіанти посимптомного розвитку ІГАСМ. У 40,3% хворих першим дизуричним симптомом було часте сечовипускання з подальшою появою постійного нічного сечовипускання та розвитком ургентного сечовипускання. У 28,7% пацієнтів початком захворювання була психотравматична подія з подальшою цисталгією та розвитком сечових симптомів. 15,2% хворих мали в дебюті розвитку симптомів ІГАСМ гостре захворювання урогенітальної сфери, а подальший розвиток симптомокомплексу ІГАСМ, на наш погляд, відбувається через формування патологічної домінанти внаслідок больового та дизуричного синдромів.

Типология расстройств акта мочеиспускания у больных с идиопатическим гиперактивным мочевым пузырем

Ю.Н. Дехтярь, Ф.И. Костев

Целью исследования было определить частоту и клиническое значение отдельных дизурических симптомов, проявляющихся в результате мониторингирования клинического течения идиопатического гиперактивного мочевого пузыря (ИГАСМ). Проведено обследование и лечение 362 больных (41 мужчины и 321 женщины) с ИГАСМ. Установлено, что клиническое течение ИГАСМ может проявляться различным сочетанием симптомов нарушения накопительной и эвакуаторной функции мочевого пузыря с проявлениями поллакиирии (88,8%), ночной поллакиирии (83,2%), ургентности (39%), недержания мочи (56%), затрудненного мочеиспускания (30%). У больных с ИГАСМ выявлено достоверную корреляцию с «сателлитными» мочевыми симптомами, среди которых преобладают: ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря (64,9%), дискомфорт в мочеиспускательном канале (58,8%), цисталгия (44,7%), ночная полиурия (30,9%). Присутствие тяжелых дизурических симптомов, длительное течение заболевания и эмоциональное истощение способны провоцировать поведенческие симптомы, которые проявляются у 30,1% больных ограничением питьевого режима, у 26,5% – использованием гигиенических средств (прокладок, подгузников), у 20,1% – контрольными мочеиспусканиями «на дорожку», у 12,7% – составлением карты туалетов, у 14,3% – «предохранительным» мочеиспусканием.

Ключевые слова: дизурические симптомы, идиопатический гиперактивный мочевой пузырь, недержание.

Typology of urination disorders in patients with idiopathic overactive bladder

Y.N. Dekhtiar, F.I. Kostiev

The aim of the study was to determine the frequency and clinical significance of individual dysuric symptoms found according to the result of the monitoring of the clinical course of idiopathic overactive bladder (IOAB). The examination and treatment of 362 patients (41 men and 321 women) with IOAB have been carried out. It has been proved that the clinical course of IOAB may be manifested by different combinations of symptoms and disorders of accumulative and voiding function of the bladder with symptoms of pollakiuria (88,8%); nocturnal pollakiuria (83,2%); urgency (39%); incontinence (56%); difficulty urinating (30%). The patients with IOAB revealed a significant correlation with the «satellite» urinary symptoms, which are dominated by: a feeling of incomplete emptying of the bladder 64,9%, discomfort in the urethra 58,8%, cystalgia 44,7%, 30,9% nocturnal polyuria. The presence of heavy dysuric symptoms, long-term course of the disease and emotional exhaustion can provoke behavioral symptoms that occur in 30,1% of the patients with restricted fluid intake, 26,5% of the patients using feminine hygiene products (pads, diapers), 20,1% of the patients in the control micturition «on track» in 12,7% of the patients with drawing maps of lavatories, in 14,3% – «protective» urination.

Key words: dysuric symptoms, idiopathic and overactive bladder, incontinence.

Сведения об авторах

Костев Федор Иванович – Кафедра урологии и нефрологии Одесского национального медицинского университета, 65074, г. Одесса, ул. Малиновского, 61; тел.-факс: (048) 267-74-06. E-mail: ddoctor@online.ua

Дехтярь Юрий Николаевич – Кафедра урологии и нефрологии Одесского национального медицинского университета, 65074, г. Одесса, ул. Малиновского, 61; тел.: (050) 960-30-77. E-mail: ddoctor@online.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU Guideline / E.A. Gormley, D.J. Lightner, K.L. Burgio [et al.] // 2012 May. American Urological Association.
2. Tikkinen K.A. Does the Imprecise Definition of Overactive Bladder Serve Commercial Rather than Patient Interests? / K.A. Tikkinen, A. Auvinen // Eur Urol. – 2012 Apr;61(4):746–8; discussion 749–50. Epub 2012 Jan 5.
3. Nocturia and quality of life: results from the Boston area community health survey / V. Kupelian, J.T. Wei, M.P. O'Leary [et al.] // Eur. Urol. – 2012; Jan; 61(1):78–84.
4. The Prevalence of Clinically Meaningful Overactive Bladder: Bother and Quality of Life Results from the Population-Based FINNO Study / C.P. Vaughan, T.M. Johnson, M.A. Ala-Lipasti [et al.] // Eur. Urol. – 2011; Jan 25.
5. Дехтярь Ю.М., Костев Ф.И., Будянська В.В. Диференційована фармакотерапія дизуричних симптомів в залежності від клінічних особливостей перебігу гіперактивного сечового міхура // Урологія. – 2016. – Т. 20. № 2. – С. 8–14.
6. EAU guidelines on urinary incontinence / J.A. Thyroff, P. Abrams, K.E. Andersson [et al.] // Eur. Urol. – 2011 Mar; 59(3):387–400.
7. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline / E.A. Gormley, D.J. Lightner, K.L. Burgio [et al.]. – 2014.

Статья поступила в редакцию 16.03.17