



РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

Кафедра урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Дата поступления: 05.03.2016

Статья принята к печати: 10.06.2016

Под наблюдением находились 177 женщин с синдромом хронической тазовой боли, из которых у 114 (64,4%) при цистоскопии была выявлена лейкоплакия мочевого пузыря. У этих больных по сравнению с пациентами без лейкоплакии мочевого пузыря были отмечены более выраженная симптоматика синдрома хронической тазовой боли: более сильные боли, большая частота мочеиспускания и меньший средний объем мочеиспускания. Данное обстоятельство необходимо учитывать при планировании лечения больных с синдромом хронической тазовой боли.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли; лейкоплакия мочевого пузыря.

DISORDERS OF URINATION IN PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME AND BLADDER LEUKOPLAKIA

© S.Kh. Al-Shukri, I.V. Kuzmin, M.N. Slesarevskaya, A.V. Sokolov, Yu.A. Ignashov

Urology Department. First State Pavlov Medical University of St Petersburg

For citation: Urologicheskie vedomosti. 2016;6(2):5-10

Received: 05.03.2016

Accepted: 10.06.2016

The study included 177 women with chronic pelvic pain syndrome, among them there were 114 (64.4%) women with bladder leukoplakia which was found by cystoscopy. In comparison these patients to patients without bladder leukoplakia it was noted more severe symptoms of chronic pelvic pain syndrome, such as strong pain, urinary frequency and large smaller average volume urination. This fact must be considered when planning the treatment of patients with chronic pelvic pain syndrome.

Keywords: chronic pelvic pain syndrome; bladder leukoplakia.

ВВЕДЕНИЕ

Под термином «хроническая тазовая боль» понимают хроническую или персистирующую боль, ощущаемую в области таза. Частным случаем данного состояния является синдром хронической тазовой боли, при котором отсутствуют инфекция мочевых путей или другие явные проявления локальных патологических процессов, которые могли бы быть причиной болей [1]. Хронические тазовые боли имеют длительный и изнуряющий характер и существенно ухудшают качество жизни больных [2, 3]. Необходимо отметить, что снижение качества жизни происходит не только непосредственно из-за болевых ощущений, но и из-за расстройств мочеиспускания [4] и нарушений половой функции [5]. Несмотря на большое количество проведенных исследований, единый взгляд на вопросы диагностики и лечения синдрома хронической тазовой боли до сих пор отсутствует [6–10]. В большой мере это связано с разнообразием факторов, которые могут повлиять на развитие данного состояния [1, 2, 11].

Одной из возможных причин возникновения и персистенции хронической тазовой боли является лейкоплакия мочевого пузыря. Последняя представляет собой плоскоклеточную метаплазию эпителия с различной степенью ороговения в виде очагов белесоватого налета, четко ограниченных от неизменной слизистой [12]. Лейкоплакию мочевого пузыря выявляют у значительного числа женщин с дизурическими расстройствами [13, 14].

Известно, что мочевой пузырь у здоровых женщин обладает разнообразными защитными механизмами. Во-первых, защитные свойства уротелия обусловлены выработкой мукополисахаридной субстанции — муцина, который покрывает поверхность клетки и препятствует адгезии бактерий [15, 16]. Кроме того, уротелий покрыт тонким защитным слоем глико-

заминогликанов, создающим барьер между стенкой мочевого пузыря и мочой [17]. Разрушение этих защитных барьеров может приводить к развитию стойкой дизурии, в частности вследствие усиления миграции ионов калия в интерстиций [16, 17]. Подобные процессы, развивающиеся на фоне морфологических изменений слизистой мочевого пузыря при лейкоплакии, по-видимому, и являются причиной появления болей в мочевом пузыре и ирритативной симптоматики [13, 14]. На связь болевого синдрома и лейкоплакии мочевого пузыря указывают результаты проведенных нами исследований, в которых после лазерной абляции лейкоплакии наблюдалось существенное клиническое улучшение [18, 19].

Задачей настоящего исследования явилось изучение выраженности нарушений мочеиспускания у женщин с синдромом хронической тазовой боли при наличии лейкоплакии мочевого пузыря и ее отсутствии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением в клинике урологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова находились 177 женщин с синдромом хронической тазовой боли (средний возраст — $32,6 \pm 9,3$ года). Продолжительность заболевания составляла от 6 месяцев до 6 лет (в среднем — $2,7 \pm 0,9$ года). Критерием включения в настоящее исследование явилось наличие хронических тазовых болей, сопровождающихся ирритативной симптоматикой — учащением мочеиспускания, наличием императивных позывов на мочеиспускание и/или ургентным недержанием мочи. Мы не включали в исследование пациентов с наличием острой или обострением хронической инфекции нижних мочевых путей, клинически значимой бактериурией и лейкоцитурией, камнями и опухолями в мочевом пузыре,

нейрогенной дисфункцией нижних мочевых путей, а также операциями на тазовых органах и лучевой терапией по поводу опухолей данной локализации в анамнезе. Для подтверждения соответствия больных критериям включения и исключения всем пациентам выполняли лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, цитологическое исследование мочевого осадка на атипичные клетки, УЗИ мочевого пузыря, цистоскопию).

В зависимости от цистоскопической картины наблюдаемые нами больные были разделены на две группы. Первую группу составили 114 (64,4%) женщин, у которых при цистоскопии была выявлена лейкоплакия мочевого пузыря. Во 2-ю группу вошли 63 (35,6%) женщины без лейкоплакии мочевого пузыря.

Для оценки интенсивности болевого синдрома и нарушений мочеиспускания все пациенты были опрошены с помощью анкеты «Шкала симптомов тазовой боли, императивного, учащенного мочеиспускания» (Pelvic pain and urgency/frequency patient symptom score, PUF). Этот опросник содержит 8 стандартных вопросов, касающихся степени интенсивности болевого симптома и нарушения мочеиспускания. Легкую степень выраженности симптоматики диагностировали при сумме баллов менее 15, среднюю — от 15 до 19 баллов, тяжелую — более 19 баллов. Также все пациенты в течение трех суток заполняли дневники мочеиспускания, в которых регистрировали частоту мочеиспусканий, императивных позывов и эпизодов ургентного недержания мочи. На основании результатов анализа дневников мочеиспускания оценивали степень тяжести нарушений мочеиспускания в соответствии с предложенной нами формулой [20]: $S = 2 \times A + B + 1^*$, где S —

сумма баллов, A — частота мочеиспускания за трое суток, B — частота императивных позывов за трое суток, 1^* прибавляется 1, если у пациента имеется ургентное недержание мочи. Полученные данные позволяют выделить три степени тяжести нарушений мочеиспускания — легкую, среднюю и тяжелую: 1-я (легкая) степень тяжести симптоматики диагностируется при 62 и менее баллах, 2-я (умеренная) степень тяжести — от 63 до 80 баллов, 3-я (тяжелая) степень тяжести — при более чем 80 баллах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке клинических проявлений синдрома хронической тазовой боли у наблюдаемых нами больных болевые ощущения в проекции мочевого пузыря были зарегистрированы у всех 177 больных. Нарушения мочеиспускания отмечены у 174 (98,3%) больных. На основании анализа дневников мочеиспусканий было выявлено, что средняя частота мочеиспускания за сутки составила $14,8 \pm 5,4$, дневного мочеиспускания — $12,0 \pm 4,7$, ночного мочеиспускания — $3,7 \pm 1,1$. Императивные позывы на мочеиспускания зарегистрированы у 75 (43,1%) больных, а у 35 (20,1%) отмечено ургентное недержание мочи. Из 174 больных, у которых были нарушения мочеиспускания, 1-я (легкая) степень тяжести этих нарушений диагностирована у 16 (9,2%) больных, 2-я (умеренная) степень — у 133 (76,4%) больных и 3-я (тяжелая) — у 25 (14,4%) больных.

Проведен анализ результатов анкетирования 177 женщин с хронической тазовой болью с помощью опросника «Шкала симптомов тазовой боли, императивного, учащенного мочеиспускания». Легкая степень выраженности симптоматики выявлена у 15 (8,5%) больных, средняя степень — у 152 (85,9%) больных и тяжелая степень — у 10 (5,6%) больных.

Таблица 1

Клинические проявления синдрома хронических тазовых болей в зависимости от наличия лейкоплакии мочевого пузыря

Показатель	1-я группа (n = 114)	2-я группа (n = 63)
Средний балл по Шкале симптомов тазовой боли, императивного, учащенного мочеиспускания, баллы	21,7 ± 5,1*	15,3 ± 4,6
Количество мочеиспусканий за сутки	14,3 ± 4,1*	10,8 ± 2,6
Количество ночных мочеиспусканий	4,2 ± 0,9	3,9 ± 1,1
Средний объем мочеиспускания, мл	105,3 ± 16,1*	127,2 ± 19,1
* различие со значением во 2-й группе достоверно ($p < 0,05$)		

Изучены клинические проявления синдрома хронических тазовых болей в зависимости от наличия лейкоплакии мочевого пузыря по данным цистоскопии (табл. 1). У больных 1-й группы по сравнению с пациентами 2-й группы оказался существенно выше средний балл по опроснику «Шкала симптомов тазовой боли, императивного, учащенного мочеиспускания», больше частота дневного мочеиспускания и меньше средний объем мочеиспускания.

Таким образом, у больных с синдромом хронической тазовой боли при наличии лейкоплакии мочевого пузыря наблюдаются более выраженные болевые ощущения и большая интенсивность ирритативной симптоматики. По современным представлениям, лейкоплакия — плоскоклеточная метаплазия уротелия с лейкокератозом — является следствием длительно протекающих инфекций в мочевом пузыре. В условиях хронического воспаления нарушаются процессы клеточного размножения и дифференцировки. Развитие плоскоклеточной метаплазии при лейкоплакии мочевого пузыря можно рассматривать как атипичную регенерацию уротелия. Лейкокератоз многослойного плоского эпителия служит защитной реакцией, направленной на уменьшение бактериальной инвазии. Такая компенсаторно-приспособительная трансформация уротелия существенно нарушает его функцию, в частности

способность к растяжению. Это может быть одной из причин (наряду со склерозом собственной пластинки) уменьшения объема мочевого пузыря и развития стойких нарушений мочеиспускания. Кроме того, важным фактором развития и персистирования клинической симптоматики синдрома хронической тазовой боли у больных с лейкоплакией мочевого пузыря является альтерация уротелия, роль которого заключается в обеспечении гомеостаза стенки мочевого пузыря, ее герметичности и непроницаемости для компонентов мочи и микроорганизмов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных исследований показали, что у 64,4% женщин с синдромом хронических тазовых болей при цистоскопии выявляется лейкоплакия мочевого пузыря. Наличие лейкоплакии сопровождается более выраженными болевым синдромом и нарушениями мочеиспускания. Данное обстоятельство необходимо учитывать при планировании лечения больных с синдромом хронических тазовых болей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell A, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *European Association of Urology*. 2015. 83 p.

2. Белова А.Н. Хроническая тазовая боль. – М.: Антидор, 2007. – 572 с. [Belova AN. Khronicheskaya tazovaya bol'. Moscow: Antidor; 2007. 572 p. (In Russ.)]
3. Слесаревская М.Н., Кузьмин И.В., Игнашов Ю.А. Особенности симптоматики и психоэмоционального статуса у женщин с синдромом хронической тазовой боли // Урологические ведомости. – 2015. – Т. 5. – № 3. – С. 16–19. [Slesarevskaya MN, Kuz'min IV, Ignashov YA. Characteristics of symptoms and psychosomatic status in women with chronic pelvic pain syndrome. *Urologicheskie vedomosti*. 2015;5(3):16-19. (In Russ.)]
4. Кузьмин И.В. Оценка качества жизни у больных с гиперактивностью мочевого пузыря // Нефрология. – 2006. – Т. 10. – № 4. – С. 93–97. [Kuz'min IV. Assessment of the quality of life in patients with overactive bladder. *Nephrology*. 2006;10(4):93-97. (In Russ.)]
5. Graziottin A, Gambini D, Bertolasi L. Genital and sexual pain in women. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:395-412. doi: 10.1016/b978-0-444-63247-0.00023-7.
6. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. – СПб., 2000. 137 с. [Savitskiy GA, Ivanova RD, Shcheglov IY, Popov PA. Khirurgicheskoe lechenie sindroma tazovykh boley v ginekologicheskoy klinike. Saint Petersburg; 2000. 137 p. (In Russ.)]
7. Абдуллаева У.А. Современные аспекты комплексного лечения хронических тазовых болей в гинекологической практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с. [Abdullaeva UA. Sovremennye aspekty kompleksnogo lecheniya khronicheskikh tazovykh boley v ginekologicheskoy praktike: [dissertation]. Moscow; 2004. 24 p. (In Russ.)]
8. Игнашов Ю.А., Кузьмин И.В., Дэн Б., Слесаревская М.Н. Акупунктура в лечении больных с интерстициальным циститом/синдромом болезненного мочевого пузыря // Урологические ведомости. – 2015. – Т. 5. – № 4. – С. 27–29. [Ignashov YA, Kuz'min IV, Den B, Slesarevskaya MN. Acupuncture in the treatment of patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urologicheskie vedomosti*. 2015;5(4):27-29. (In Russ.)]
9. Султанова А.Е. Интерстициальный цистит: некоторые вопросы диагностики и лечения // РМЖ. – 2010. – Т. 18. – № 29. – С. 1798–1800. [Sultanova AE. Interstitial'nyy tsistit: nekotorye voprosy diagnostiki i lecheniya. *RMJ*. 2010;18(29):1798-1800. (In Russ.)]
10. Слесаревская М.Н., Соколов А.В., Жарких А.В., Кузьмин И.В. Применение внутрипузырной лазерной терапии в комплексном лечении хронического цистита // Урологические ведомости. – 2013. – Т. 3. – № 2. – С. 12–15. [Slesarevskaya MN, Sokolov AV, Zharkikh AV, Kuz'min IV. The usage of intravesical laser therapy in chronic cystitis combined treatment. *Urologicheskie vedomosti*. 2013;3(2):12-15. (In Russ.)]
11. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В., Слесаревская М.Н., Шабудина Н.О. Внутрипузырная ультразвуковая доплерография в оценке состояния кровотока в стенке мочевого пузыря у женщин с ирритативными симптомами // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 48–54. [Al'-Shukri SK, Kuz'min IV, Slesarevskaya MN, Shabudina NO. Intravesical Ultrawave Doppler in assessing blood flow in the bladder wall in women with irritative symptoms. *Regional Haemodynamics and Microcirculation*. 2014;13(1):48-54. (In Russ.)]
12. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В., и др. Лейкоплакия мочевого пузыря – новый взгляд на проблему // Эффективная фармакотерапия в урологии. – 2008. – № 2. – С. 50–52. [Loran OB, Sinyakova LA, Kosova IV, et al. Lejkoplakiya mochevogo puzyrya – novyj vzglyad na problem. *Effektivnaya farmakoterapiya v urologii*. 2008;(2):50-52. (In Russ.)]
13. Лоран О.Б., Синякова Л.А. Лейкоплакия мочевого пузыря как причина стойкой дизурии // Медицинский совет. – 2009. – № 1. – С. 9–12. [Loran OB, Sinyakova LA. Leykoplakiya mochevogo puzyrya kak prichina stoykoy dizurii. *Meditsinskiy sovet*. 2009;(1):9-12 (In Russ.)]
14. Kasianandan A, Kannan K. Leukoplakia of the bladder: a case report and literature review. *Int Urogynecol J*. 2012;23(1):131-133. doi: 10.1007/s00192-011-1491-3.
15. Parsons CL. Prevention of urinary tract infection by the exogenous glycosaminoglycan sodium pentosanpolysulfate. *J Urology*. 1982;127(1):167-169.
16. Wei DC, Politano VA, Selzer MG, Lokeshwar VB. The association of elevated urinary total to sulfated glycosaminoglycan ratio and high molecular mass hyaluronic acid with interstitial cystitis. *J Urol*. 2000;163(5):1577-1583. doi: 10.1016/s0022-5347(05)67682-3.
17. Parsons CL. The role of a leaky epithelium and potassium in the generation of bladder symptoms in interstitial cystitis/overactive bladder, urethral syndrome, prostatitis and gynaecological

- chronic pelvic pain. *BJU International*. 2010;107(3):370-375. doi: 10.1111/j.1464-410x.2010.09843.x.
18. Слесаревская М.Н., Соколов А.В., Жарких А.В. Преимущества лазерной коагуляции лейкоплакии мочевого пузыря // Урологические ведомости. – 2012. – Т. II. – № 1. – С. 16–22. [Slesarevskaya MN, Sokolov AV, Zharkikh AV. Advantages of laser coagulation for bladder leukoplakia. *Urologicheskie vedomosti*. 2012;2(1):16-22. (In Russ.)]
19. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В., Слесаревская М.Н., Соколов А.В. Выбор тактики лечения лейкоплакии мочевого пузыря у женщин с хроническим циститом // Урологические ведомости. – 2015. – Том V. – № 1. – С. 90–91. [Al'-Shukri SK, Kuz'min IV, Slesarevskaya MN, Sokolov AV. The choice of tactics of treatment of leukoplakia of the bladder in women with chronic cystitis. *Urologicheskie vedomosti*. 2015;5(1):90-91. (In Russ.)]
20. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Оценка степени тяжести симптоматики у больных с гиперактивностью мочевого пузыря // Урология. – 2008. – № 6. – С. 37–40. [Al'-Shukri SX, Kuz'min IV. Assessment of symptoms severity in patients with overactive bladder. *Urologija*. 2008;(6):37-40. (In Russ.)]

Сведения об авторах:

Сальман Хасунович Аль-Шукри — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: al-shukri@mail.ru.

Игорь Валентинович Кузьмин — д-р мед. наук, профессор кафедры урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: kuzminigor@mail.ru.

Мargarita Николаевна Слесаревская — канд. мед. наук, старший научный сотрудник кафедры урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: mns-1971@yandex.ru.

Аркадий Викторович Соколов — заведующий отделением лазерной медицины клиники. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: soloo3@yandex.ru.

Юрий Анатольевич Игнашов — аспирант кафедры урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.

Information about the authors:

Salman H. Al-Shukri — doctor of medical science, professor, head of the department. Department of Urology. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. E-mail: al-shukri@mail.ru.

Igor V. Kuzmin — doctor of medical science, professor. Department of Urology. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. E-mail: kuzminigor@mail.ru.

Margarita N. Slesarevskaya — candidate of medical science, senior research fellow. Department of Urology. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. E-mail: mns-1971@yandex.ru.

Arkadiy V. Sokolov — head of Laser Medicine Department, urologist. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. E-mail: soloo3@yandex.ru.

Yuriy A. Ignashov — postgraduate. Department of Urology. First State Pavlov Medical University of St Petersburg. E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.