

DOI: 10.31082/1728-452X-2018-193-7-46-47

УДК 618.173-08:614.253.8:616.62-002

## ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕПУЗЫРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТКИ ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА (клинический случай)

А.С. ТУЛЕТОВА

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан



Тулетова А.С.

В статье приведено описание клинического случая редкого, но значимо ухудшающего самочувствие пациента заболевания – мочепузырный болевой синдром. Актуальность проблемы обусловлена недостаточностью данных по этиологии, патогенезу, диагностике и лечению данного заболевания. Ввиду чего диагноз выставляется методом исключения, а лечение чаще эмпирическое и симптоматическое.

**Ключевые слова:** болевой синдром, лечение, пременопаузальный период.

**Для цитирования:** Тулетова А.С. Лечение мочепузырного бокового синдрома у пациентки пременопаузального периода // Медицина (Алматы). – 2018. - №7 (193). – С. 46-47

### Т Ы Ж Ы Р Ы М

#### ПРЕМЕНОПАУЗАЛДЫ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТЫҒЫ ЗӘР ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҒ АУЫРУ СИНДРОМЫН ЕМДЕУ ӘДІСІ (Клиникалық жағдайдың сипаттамасы)

А.С. ТӨЛЕТОВА

Астана медицина университеті, Астана қ., Қазақстан Республикасы

Мақалада клиникада сирек кездесетін жағдай сипатталған - зәр шығару жолдарының ауру синдромы. Аурудың диагностикасы күрделі және емдеу әдістері қарастырылады. Алайда, зәр шығару ауырсынуының синдромы мультифакторлы, жеткіліксіз зерттелген ауру, белгілі клиникалық көріністері бар патология. Аурудың полиэтиологиялық сипаты көп қырлы терапияны талап етеді: эмпирикалық және симптоматикалық.

**Негізгі сөздер:** ауырсыну синдромы, емдеу, пременопаузалды кезең.

### RESUME

#### EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF A URINARY PAIN SYNDROME IN A PRE-MENOPAUSAL PATIENT (case report)

AS TULETOVA

Astana Medical University, Astana c., Republic of Kazakhstan

The article describes a clinical case of a rare syndrome, characterized by severe pain syndrome - a urinary pain syndrome. Diagnosis of this disease is complicated, and treatment is discrete. However, it is known that the urinary pain syndrome is a complex multifactorial, insufficiently studied disease, with marked clinical manifestations that worsen the patient's quality of life. The polyetiologic nature of the disease requires multifactorial therapy: empirical and symptomatic.

**Keywords:** pain syndrome, treatment, premenopausal period.

**For reference:** Tuletova AS. Experience in the treatment of a urinary pain syndrome in a premenopausal patient (case report). *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2018;7(193): 46-47 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452X-2018-193-7-46-47

**Контакты:** Тулетова Айнура Серикбаевна, доцент кафедры акушерства и гинекологии интернатуры АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49А, индекс 010000. E-mail: a\_tuletova@mail.ru

**Contacts:** Ainur S. Tuletova, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology internship JSC "Medical University of Astana", Astana, ul. Beibitshilik, 49A, the index of 010000. E-mail: a\_tuletova@mail.ru

Принято 01.06.2018

**М**очепузырный болевой синдром (МПБС) – хроническое дистрессовое состояние мочевого пузыря, название которого в точности отображает клиническую картину заболевания. Актуальность проблемы обусловлена недостаточностью данных по этиологии, патогенезу, диагностике и лечению данного заболевания.

В современной литературе существует несколько теорий возникновения болезни. Одна из них – это воспалительная реакция, поскольку мочепузырный болевой синдром чаще сочетается с панциститом и перинеуральными воспалительными инфильтратами лимфоцитов и плазматических клеток. Однако, никакими методами не были выявлены какие-либо инфекционные агенты, и самостоятельная антибиотикотерапия не дает достаточного эффекта. Другая теория – это теория

дисфункция уроэпителия – повреждение гликозаминогликанового слоя. В исследованиях практически у всех пациенток отмечаются хрупкость слизистой оболочки мочевого пузыря, дефекты уроэпителия в виде расширения просветов между клетками эпителия. Возможными причинами подобных изменений являются раздражающие химические вещества, содержащиеся в моче. Поскольку у пациентов с тяжелыми формами заболевания отмечается повышение мочевого урата и сульфатированных ГАГ. Существует еще аутоиммунная теория, поскольку некоторые клинические и гистопатологические изменения очень похожи на изменения, наблюдаемые при аутоиммунных процессах (инфильтрация тканей мочевого пузыря Т- и В- лимфоцитами). У некоторых пациентов удалось выявить аутоантитела, однако возможность влияния

типа антител на тяжесть заболевания не исследовалась. В последние годы особое внимание уделяется теории сложного многофакторного воздействия. Одни ученые обнаружили, что у пациентов с МПБС повышен уровень триптазы, фактора роста нервов, нейротропина-3 и глиального нейротрофического фактора. Другие исследования подтверждают, что при воздействии эстрадиола и кортиколиберина происходит активация тучных клеток, расположенных в непосредственной близости от нервных окончаний. Эти результаты указывают на то, что причиной МПБС может являться взаимодействие нервных, иммунных и эндокринных механизмов.

Диагностика мочепузырного болевого синдрома очень трудна. Экспертами предлагается большое количество критериев. Однако на практике диагностика этого заболевания выставляется путем исключения. Основными симптомами являются: боль в области мочевого пузыря, усиливающаяся при его наполнении и стихающая при его опорожнении, императивные позывы на мочеиспускание. Инструментальные методы исследования не несут диагностической значимости.

Дискутабельным остается вопрос лечения МПБС. В большинстве рекомендаций приведены схемы комплексного лечения, однако эффективность методов исследования не изучена.

**Описание случая.** К нам обратилась пациентка, 52 года, с жалобами на боли постоянного ноющего характера в области уретры с иррадиацией в крестец, усиливающиеся при наполнении мочевого пузыря и стихающие при его опорожнении. С целью обезболивания периодически принимает анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства. Боли появились 5 лет назад, среди полного здоровья. Пациентке было предложено оценить боли по визуально-аналоговой шкале от 0 до 10, и пациентки оценила выраженность болей в 6 баллов. Кроме того, пациентке было предложено заполнить опросник «EuroQol» для оценки степени влияния болевого синдрома на качество жизни пациента: активность, настроение, способность передвигаться, работать, на взаимоотношения с другими, сон и удовлетворенностью жизнью. Более высокие баллы «EuroQol» указывают на удовлетворительные качества жизни пациенток. При этом пациентка отметила 40 из 70 возможных баллов. *Из анамнеза:* соматические заболевания отрицает. Менструации регулярные, умеренные, безболезненные. Но последний год менструации стали скуднее. Беременностей – 1, внематочная беременность, тубэктомия справа. Не замужем. Гинекологические заболевания отрицает. Вредных привычек нет. В 2014 году произведена лапароскопия по поводу хронической тазовой боли – каких-либо патологий не выявлено. В течение последнего года проведен ряд лабораторных и инструментальных обследований. При объективном обследовании видимой патологии не обнаружено. Общеклинические исследова-

ния в норме. Ультразвуковое сканирование органов малого таза патологии выявило множественные nabothovy kisty по задней стенке шейки матки. МРТ с контрастированием органов малого таза выявила признаки очагового аденомиоза, кисты эндоцервикса. Биохимические онкомаркеры в пределах нормы. В связи с диагностированием генитального эндометриоза последние 6 месяцев принимает диногест 2 мг. Однако эффекта от проводимой терапии нет, боли сохраняются. На основании вышеперечисленного выставлен диагноз: мочепузырный болевой синдром. С учетом особенностей патогенеза назначена многокомпонентная терапия. Препарат Палин® - антибактериальный препарат из группы хинолов, эффективных для лечения острых и хронических инфекций мочевыделительной системы. Препарат Спазмекс® - М – холиноблокатор, который снижает повышенную активность детрузора мочевого пузыря, обладает спазмолитическим и некоторым ганглиоблокирующим действиями, является конкурентным антагонистом ацетилхолина. Овестин® - препарат, содержащий эстроген 1 мг, короткого действия, способствует регенерации эпителия мочевыделительной системы, повышает местный иммунитет и препятствует развитию патологической флоры. Данная схема терапии проводилась в течение 10 дней. При повторном осмотре отмечается значительное улучшение самочувствия. В дальнейшем данной пациентке назначен препарат для заместительной терапии – Фемастон 1/5®. Кроме того, пациентке назначена диета с ограничением соли, кофе, алкоголя и газированных напитков. В течение последующих 6 месяцев наблюдения рецидивов болей не наблюдалось. Болевой синдром по визуально-аналоговой шкале был равен 0, а качество жизни согласно опроснику «EuroQol» повысился до 70 баллов.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, мочепузырный болевой синдром является сложным многофакторным, недостаточно изученным заболеванием, с выраженными клиническими проявлениями, ухудшающим качество жизни пациента. Полиэтиологичность заболевания требует многоплановой терапии, но чаще - эмпирической и симптоматической.

## Прозрачность исследования

*Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.*

## Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

*Окончательная версия рукописи была одобрена автором. Автор не получал гонорар за статью.*

## Конфликт интересов

*Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Оношко В.Ф., Кириленко Е.А., Баранова Е.О., Голубева В.С. Интерстициальный цистит или синдром болезненного мочевого пузыря: современный взгляд на проблему // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2016. - №1. - С. 107
- 2 Султанова Е.А. Интерстициальный цистит: Некоторые аспекты диагностики и лечения // РМЖ. Урология. - 2010. - №29. - С. 17-18

## REFERENCES

- 1 Onopko VF, Kirilenko EA, Baranova EO, Golubeva VC. Interstitial cystitis or painful bladder syndrome: a modern view of the problem. *Bulletin VSSC of the RAMS = Bulletin VSNC SO RAMS.* 2016;1:107 (In Russ.)
- 2 Sultanova EA. Interstitial cystitis: Some aspects of diagnosis and treatment. *RMJ. Urology = RMZh. Urology.* 2010;29:17-18 (In Russ.)