

Интерстициальный цистит/ Синдром болезненного мочевого пузыря

Определение

Интерстициальный цистит/Синдром болезненного мочевого пузыря (ИЦ/СБМП) определяется как хроническая боль, чувство давления и дискомфорта (продолжительностью более 3 месяцев), связанные с императивными позывами к мочеиспусканию или частым мочеиспусканием без каких-либо легко объяснимых причин (инфекция, новообразование или структурный дефект).

Клиническая картина

Клинические данные включают боль, дискомфорт и неприятные симптомы, как предполагается, связанные с мочевым пузырем (локализованные в надлобковой, уретральной, вагинальной и перинеальной областях и связанные с наполнением и/или опорожнением мочевого пузыря), а также частое мочеиспускание и императивные позывы к мочеиспусканию.

Общие данные включают частое мочеиспускание малого объема в утренние часы, никтурию, а также гломеруляции (подслизистые петехиальные кровоизлияния) либо повреждения и язвы слизистой оболочки (повреждения Ханнера), выявляемые при помощи цистоскопии

Эпидемиология

ИЦ/СБМП более распространен среди женщин, чем среди мужчин (цифры варьируют от соотношения 2:1 до 10:1). Данные самоотчетных исследований показывают наличие диагноза ИЦ/СБМП у 800-900 из 100000 женщин, симптомы присутствуют у 0,5-11% женщин в зависимости от используемых определений. ИЦ/СБМП наиболее часто диагностируется в четвертой декаде жизни, но симптомы могут предшествовать диагнозу в течение многих лет. Внезапное обострение симптомов типично, сопровождается нарастанием их интенсивности в течение нескольких часов, дней или недель. Частые сопутствующие заболевания включают фибромиалгию, синдром раздраженного кишечника, головные боли, аллергические реакции, ревматологические заболевания, вульводинию, депрессию и тревожные расстройства.

Патофизиология

Патофизиология ИЦ/СБМП все еще до конца не ясна, и, вероятно, имеет сложную многофакторную природу. Теории включают, в числе прочего, следующее: недостаточная барьерная функ-

ция мочевого пузыря, аномальные тучные клетки, другие иммунологические факторы, гиперчувствительная нервная система (периферический/центральный отдел), генетические факторы, а также спазм мышц тазового дна.

Диагноз

Тщательный сбор анамнеза, объективное обследование и проведение лабораторных анализов необходимы для исключения диагнозов со схожей симптоматикой. План обследования включает общий анализ мочи, бактериологический посев мочи, определение объема остаточной мочи. Если в анамнезе есть указание на курение, необходимо цитологическое исследование мочи. Оценки по шкале расстройств мочеиспускания и шкале боли следует учитывать в истории болезни и использовать для оценки ответа на лечение. Целесообразно проводить цистоскопию и исследование уродинамики, когда есть сомнения в постановке диагноза.

Методы лечения

Консервативное лечение включает санитарно-просветительную работу, модификацию поведения, управление стрессом, упражнения с малой ударной нагрузкой (ходьба, растяжка или занятия йогой) и мануальную физиотерапию (включая физиотерапию, направленную на область тазовых органов и/или на облегчение болевых ощущений). Системная лекарственная терапия включает антигистаминные препараты, пентозан полисульфат, циклоспорин А, опиоидные анальгетики, а также лекарственные препараты, направленные против нейропатической боли (габапентиноиды или трициклические антидепрессанты). Интравезикальная терапия включает диметилсульфоксид (ДМСО), лидокаин и гепарин. К хирургическому лечению относятся гидродистенция и фульгурация повреждений слизистой оболочки. Другие методы включают нейростимуляцию (при частом мочеиспускании/императивных позывах к мочеиспусканию), инъекция ботулинического токсина в детрузор, интервенционное лечение боли (инъекции анестетиков), цитопластика, отведение мочи, а также цистэктомия.

Литература

Список литературы доступен на сайте www.pain.in.ua/GlobalYear/VisceralPain

