

УДК 616.62:[616.353.25+618.181]-009.7-036.12

Симченко Н.И.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь  
Могилевский государственный университет, Могилев, Беларусь

## **РОЛЬ ГАМП В СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРОМЕЖНОСТНО-ТАЗОВОЙ БОЛИ И ДИСФУНКЦИИ**

**Введение.** Пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП), классифицируют по нескольким группам симптомов, в первую очередь гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) и интерстициального цистита / синдрома болезненного мочевого пузыря (ИЦ / БМП) [1]. Правильная диагностика является сложной задачей из-за совпадения симптомов и не всех пациентов можно отнести к этим категориям. ГАМП – широко распространенное заболевание. По данным Международного общества по удержанию мочи симптомы гиперактивного мочевого пузыря есть у 17% взрослого населения Европы [2]. ГАМП без недержания мочи («сухой ГАМП») отмечается у 7,6% женщин, а ГАМП в сочетании с ургентным недержанием мочи – у 9,3% [4]. На данный момент намечается тенденция к увеличению случаев ГАМП с недержанием мочи у женщин от 12% в возрасте 60 лет до 20% в возрасте 65 лет и старше, в целом более выражено у женщин после 44 лет, а у мужчин – после 64 лет [2]. Однозначных данных по распространенности ГАМП в Беларуси нет, однако принято считать, что она аналогична таковой в европейских странах [3]. Таким образом, ГАМП – клинический синдром, встречающийся в различных возрастных группах и приводящий к физической и социальной дезадаптации.

**Цель.** Нами было проведено исследование 631 пациента для выработки алгоритма идентификации и классификации реальной популяции лиц с ГАМП и ИИ / БМП и охарактеризовать подгруппы пациентов вне традиционной парадигмы диагностики СНМП.

**Определение Международного общества по проблеме недержания мочи (ICS).** Синдром, включающий ургентность в сочетании с ургентным недержанием мочи или без такового, обычно сопровождаемую учащенным мочеиспусканием в дневное время и ноктурией [2]. Гиперактивный мочевой пузырь очень частое заболевание, по некоторым данным им страдает до 17% населения, но обращаются к врачу менее половины больных.

Подгруппы: 1. Нейрогенный (ранее – гиперрефлексия детрузора) – около 30%: супраспинальные поражения (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, инсульт и т.д.), супрасакральные поражения (остеохондроз, спондилоартроз позвоночника, грыжа Шморля, миеломенингецеле, травмы спинного мозга, последствия операций на позвоночнике) [1]. 2. Идиопатический (ранее – нестабильность детрузора) – около 60%; возможно связаны с возрастным увеличением содержания коллагена в детрузоре, инфравезикальная обструкция (гипертрофия гладкомышечных клеток детрузора и инфильтрация его соединительной тканью, холинэргическая

денервация (уменьшение числа волокон, управляющих детрузором – оставшиеся волокна имеют повышенную чувствительность к ацетилхолину), нарушение контакта между миоцитами детрузора с нарушением проведения сокращения и несогласованными сокращениями, сенсорные нарушения (нарушение функции уротелия, имеющего тесные связи с афферентными сплетениями подслизистого слоя, и как следствие, повышенная чувствительность к компонентам мочи, анатомические нарушения [1].

Клинические симптомы: urgency – 54%, urgency недержание мочи – 36%, поллакиурия – 85%, ноктурия – 86%.

**Материалы и методы.** За 2023–2025 гг. проведено обследование 631 пациента с СНМП. В опросе использовались 3 общепризнанных вопросников о симптомах мочеполювой системы. Применение диагностического алгоритма СНМП разделило пациентов по группам: 1. контрольная группа, 2. ИЦ/БМП, 3. ГАМП, а также с выявлением дополнительной 4-й группы пациенток с высокой степенью проявления патологии, у которых отсутствовали боль или недержание мочи. Симптомы 4-й группы характеризовались статистически значимыми отличиями от ИЦ/БМП, ГАМП и контрольной группы по результатам анкетирования, физикального обследования и результатов урофлоуметрии пациентов.

**Результаты и обсуждение.** При повторной оценке выборки, состоящей из 198 пациентов с установленным диагнозом (ИЦ/БМП, ГАМП, бессимптомная микрогемаурия или миофасциальная дисфункция), были выявлены значимые корреляции с миофасциальной дисфункцией в многофакторной регрессионной модели.

Учитывая жалобы, болезненность в триггерных точках, urgency позывы, данные урофлоуметрии, можно диагностировать ГАМП и миофасциальный синдром мышц тазового дна.

В ряде случаев, у больного простатитом возникает клиника гиперактивного мочевого пузыря. Боль в промежности, нередко относят к проявлениям хронического простатита. Но предстательная железа не имеет болевых нервных окончаний, и ее хроническое воспаление не может вызывать интенсивных болей, в отличие от миофасциального синдрома. Этиотропная терапия купирует боль, подтверждая правильность диагноза.

Применение диагностического алгоритма к выбранной группе из 631 пациента, обратившихся за урологической помощью, выявило ИЦ/БМП, ГАМП у 86 и 396 пациентов соответственно. Еще у 149 пациентов (23,6%) с беспокоящими симптомами мочеиспускания отсутствовали либо боли в мочевом пузыре, либо срочные позывы, характерные для ИЦ/БМП, ГАМП соответственно. Вместе с частым мочеиспусканием у этой группы пациентов определялись симптомы, указывающие на миофасциальную дисфункцию, характеризующуюся как «персистенция»: беспокоящая частота мочеиспускания, возникающая в результате дискомфорта в мочевом пузыре / давления в области таза, ощущение наполненности мочевого пузыря и желание помочиться. При обследовании у 94% пациентов с персистирующей патологией наблюдался гипертонус тазового дна (электромиография) либо с общей болезненностью, либо с миофасциальными триггерными точками, а у 92% были обнаружены признаки нарушения мышечного

расслабления, признаки миофасциальной дисфункции. Этот симптомокомплекс в современной литературе получил название «миофасциальный частотный синдром» [5]. То, что эта симптоматика была связана с патологией тазового дна, подтверждалось наличием «персистенции» у 72 пациентов с миофасциальной дисфункцией тазового дна, установленной посредством комплексного обследования, и исчезновением симптомов по мере расслабления миофасциальных мышц тазового дна. Эти симптомы отличаются пациентов с миофасциальной дисфункцией от пациентов с ГАМП, ИЦ / БМП и бессимптомной контрольной группой, подтверждая, что миофасциальный частотный синдром является отдельным симптомокомплексом СНМП.

Критерии диагностики:

- учащение мочеиспусканий более 8 за день
- ноктурия – два и более ночных мочеиспусканий, 2 и более эпизода императивного позыва или ургентного недержания мочи в сутки
- отсутствие состояний, способных вызывать схожие симптомы: сахарный диабет, инфекция мочевых путей, интерстициальный цистит, камни мочевого пузыря.

Гиперактивный мочевой пузырь – клинический диагноз, цистометрия при данном состоянии недостаточно эффективна. Так же, как и при БМП, происходит увеличение количества С-волокон и аффилированных с ними рецепторов. Причем иногда клинические и уродинамические проявления обоих состояний идентичны. Возможно, это различные по степени выражения проявления одного и того же процесса [5].

Немедикаментозное лечение:

- Поведенческая терапия при лечении ГАМП направлена на формирование новой модели мочеиспускания, или восстановлению прежней, при которой этот процесс вновь становится контролируемым для больного. Поведенческие методики предполагают не только сознательный контроль над функцией мочевого пузыря, но и изменение образа жизни в целом – отказ от приема содержащих кофеин продуктов, снижение массы тела при ее избытке и т. д.
- Упражнения Кегеля.
- Нейромодуляция (тибиальная) Так как в патологическом процессе большую роль играет центральная сенсibilизация, то эффективно применение тибальной нейромодуляции, т. к. тибальный нерв и половой нерв имеют одно и то же представительство в ЦНС [2].
- Биологическая обратная связь.

Медикаментозное лечение:

- Антихолинергические препараты (холинолитики) Везификс, Оксibuтинин.
- β-адреноблокаторы Мирабегрон
- α-адреноблокаторы Силадозин
- Применение ботулотоксина типа А при ГАМП также имеет высокую эффективность, но применяется в случаях, когда консервативная терапия исчерпала свои возможности.
- Лечение нейропатии полового нерва и миофасциальных синдромов.
- Лазерная или электроабляция треугольника Льетто [1].
- Гидробужирование мочевого пузыря.

Несколько синдромов висцеральной боли и системных заболеваний часто возникают одновременно у одного и того же пациента.

Гиперактивность детрузора – уродинамический диагноз: произвольные сокращения мышцы мочевого пузыря с амплитудой более 5 см водного столба, возникающие несмотря на то, что человек пытается подавить эти сокращения волевым усилием [2, 3].

Далеко не всегда при гиперактивном мочевом пузыре имеет место гиперактивность детрузора. У пациенток с симптомами нижних мочевыводящих путей могут быть дисфункциональные модели мочеиспускания.

**Выводы.** Проведено исследование нового варианта (фенотипа) СНМП, который обозначается, как миофасциальный частотный синдром, примерно у 30% пациентов с частым мочеиспусканием. Схожие симптомы существуют у ряда других мочевых синдромов, таких как дискомфорт в мочевом пузыре, частые позывы к мочеиспусканию, давление в области таза и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, что приводит к сложностям диагностики, и ухудшает результаты лечения пациентов с СНМП. Создание центра лечения боли – сложная, но важная задача в современной медицине. Необходимо формирование мультидисциплинарной команды специалистов.

### Литература

1. Давыдов О. С., Яхно Н. Н., Кукушкин М. Л. и др. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли. – 2018. – № 4. – С. 5–41.
2. Мазо Е.Б., Школьников М.Е., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь у больных пожилого возраста // Урология. 2006. № 6. <http://uro.ru/article/550.html>.
3. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Неврологический аспект синдрома гиперактивного мочевого пузыря // Неврология и психиатрия. 2005. № 7. С. 58-62.
4. Пилипович А. А. Миофасциальный синдром: от патогенеза к лечению // Ремедиум Привольжье. – 2019. – Вып 170, № 1.
5. Grinberg K., Sela Y., Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) // Int J Environ Res Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 9. – P. 3005.

---

УДК 616.353-002.4-08

Славников И.А.<sup>1,2</sup>, Ярец А.А.<sup>1</sup>, Ярец Ю.И.<sup>3</sup>, Дундаров З.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

<sup>2</sup> Гомельская городская клиническая больница № 1, Гомель, Беларусь

<sup>3</sup> Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель, Беларусь

## ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

**Введение.** Гангрена Фурнье – это специфическая форма некротизирующего фасциита, вызываемого ассоциацией аэробных и анаэробных микроорганизмов с поражением кожи и подлежащих тканей передней брюшной стенки, промежности, гениталий. Молниеносная форма некротизирующей инфекции наружных половых