

Клинический случай
УДК 616.62-02.2

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕФРАКТЕРНОГО МОЧЕПУЗЫРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

О. А. Плеханова¹, А. Г. Кочетов^{1,2}, Н. А. Байков^{1,2}

¹ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский Биотехнологический Университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий им. А. А. Вишневого» Минобороны РФ, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Мочепузырный болевой синдром или интерстициальный цистит в используемой ранее терминологии — это заболевание неизвестной этиологии, значительно снижающее качество жизни. В настоящее время не существует стандартизированного алгоритма лечения мочепузырного болевого синдрома. Зачастую врачи-урологи в клинической практике сталкиваются с рефрактерностью мочепузырного болевого синдрома к проводимому лечению в рамках своей специальности. В статье описаны современные методы терапии мочепузырного болевого синдрома в рамках междисциплинарного подхода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочепузырный болевой синдром, интерстициальный цистит, хроническая тазовая боль, сакральная нейромодуляция, тазовая миалгия.

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Кочетов Александр Геннадиевич, e-mail: dr.aleksandr68@yandex.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Плеханова О. А., Кочетов А. Г., Байков Н. А. Современный подход к лечению рефрактерного мочепузырного болевого синдрома. Вестник медицинского института непрерывного образования. — 2023. — Т. 3, № 2. — С. 114–116. — DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-2-114-116

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF REFRACTORY BLADDER PAIN SYNDROME

O. A. Plekhanova¹, A. G. Kochetov^{1,2}, N. A. Baikov^{1,2}

¹ Medical Institute of Continuing Education of Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

² National Medical Research Center for High Medical Technologies named after A.A. Vishnevsky of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow, Russia

ABSTRACT

Bladder pain syndrome/interstitial cystitis is a disease of unknown etiology with a significant impact on the quality of life. Currently, there is no standardized approach for the bladder pain syndrome treatment. Sometimes urologists face the cases of bladder pain syndrome refractory to the treatment. The article describes actual treatment modalities and highlights the importance of an interdisciplinary approach.

KEYWORDS: bladder pain syndrome, interstitial cystitis, chronic pelvic pain syndrome, sacral neuromodulation, myofascial pelvic pain syndrome.

CORRESPONDENCE: Kochetov Alexander Gennadievich, e-mail: dr.aleksandr68@yandex.ru

FOR CITATIONS: Plekhanova O.A., Kochetov A.G., Baikov N.A. Modern approach to the treatment of refractory bladder pain syndrome. Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2023. — V. 3, № 2. — P. 114–116. — DOI

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study. 10.36107/2782-1714_2023-3-2-114-116

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Специалисты, занимающиеся лечением мочепузырного болевого синдрома (интерстициального цистита), часто сталкиваются со следующим утверждением, исходящим, как правило, от пациентов и, реже, от коллег: «Все методы лечения уже опробованы и оказались неэффективны».

Цель. Обзор современных доказательных методов лечения мочепузырного болевого синдрома, не всегда применяемых в рутинной клинической практике врача-уролога по ряду причин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лечебная тактика при рефрактерном мочепузырном болевом синдроме.

Первый шаг в поиске решения для лечения рефрактерного мочепузырного болевого синдрома — это обращение к наиболее актуальным обновлениям различных руководств по лечению интерстициального цистита.

В настоящее время существует достаточное большое количество рекомендаций и руководств в той или иной мере, отличающихся по содержанию. Руководства по мочепузырному болевому синдрому были опубликованы такими профессиональными сообществами, как ESSIC (международное общество изучения мочепузырного болевого синдрома), GIBS (глобальное общество интерстициального цистита и мочепузырного болевого синдрома), ICS (Международное общество удержания мочи), европейская урологическая ассоциация, испанская ассоциация урологов, канадская ассоциация урологов, японская ассоциация урологов. Конечно, такое большое количество руководств нуждается в гармонизации и унификации. В связи с отсутствием единого стандартизированного руководства клиницистам следует использовать различные комбинированные подходы.

Второй шаг на пути к решению задачи состоит в фактической проверке правильности диагноза. Прежде всего следует провести классификацию клинического случая мочепузырного болевого синдрома — либо на основе системы UPOINT [1], либо на основе клинического фенотипирования [2].

Важно также учитывать возможный риск недостаточной диагностики гуннеровского поражения мочевого пузыря («язва Гуннера»). Гуннеровские поражения не всегда имеют классический вид. Следование определенным стандартам при выполнении цистоскопии и гидродистензии может стать решением данной проблемы. При возникновении сомнений в интерпретации цистоскопической картины можно использовать эндоскопический атлас гуннеровских поражений [3].

Третий шаг заключается в том, чтобы выявить различные домены, которые вносят наибольший вклад в клиническую картину синдрома хронической тазовой боли каждого конкретного случая. В структуре синдрома хронической тазовой боли выделяют следующие домены: симптомы нарушения мочеиспускания; психосоциальный, органный, инфекционный, неврологический домены и болезненность мышц.

Четвертый шаг — это оценка проведенного лечения и его соответствие актуальным рекомендациям.

На этом этапе зачастую можно обнаружить ряд упущений. Ниже перечислены несколько примеров.

1. Отсутствие приверженности к физиотерапии тазового дна. Отметим, что миофасциальный тазовый болевой синдром в сочетании с мочепузырным болевым синдромом выявляется примерно в 80 % случаев [4].

2. Медикаментозное лечение с высоким уровнем доказательности, показанное при мочепузырном болевом синдроме, не всегда применяется в полном объеме.

3. Ограничение выбора протекторов слизистой оболочки при внутривезикулярных инстилляциях мочевого пузыря. По данным литературы именно комбинированное лечение с использованием растворов гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата показало более высокую эффективность по сравнению с монотерапией [5].

4. По данным исследования Pinto et al. ботулинотерапия в зону треугольника мочевого пузыря может быть более эффективна и патогенетически обоснована, чем введение ботулотоксина в детрузор [6].

5. В случае наличия рефрактерного к лечению или рецидивирующего гуннеровского поражения необходимо помнить о возможности обкалывания участка измененной слизистой раствором триамцинолона, в сочетании с фульгурацией язвы Гуннера, либо без нее [3].

6. Инвазивная нейромодуляция является одним из этапов лечения мочепузырного болевого синдрома и, помимо сакральной нейромодуляции, может иметь различные анатомические зоны расположения электродов (например, половой нерв или поясничное утолщение спинного мозга) [7]. Неинвазивная нейромодуляция большеберцового нерва с применением поверхностных электродов проводится в амбулаторных условиях ежедневно.

7. В соответствии с рекомендациями стран Восточной Азии, Японской урологической ассоциации при рефрактерном мочепузырном болевом синдроме следует применять иммуносупрессивную терапию (циклоsporин, азатиоприн и другие препараты). Данный вид терапии требует междисциплинарного подхода, с привлечением врача-ревматолога [8].

8. Одним из направлений в терапии мочепузырного болевого синдрома является интервенционное управление болевым синдромом, включая блокаду срамного нерва с использованием ультразвуковой навигации, а также блокаду подчревного сплетения под рентгеноскопическим контролем. Важно совмещать методы управления болевым синдромом с основным курсом лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В урологическую клинику обратился пациент 49 лет с жалобами на боль при наполнении мочевого пузыря, стихающую после мочеиспускания. Течение заболевания носило интермиттирующий характер, с длительными периодами обострения, которые сменялись короткими периодами снижения интенсивности болевого синдрома (с 7–8 баллов по ВАШ до 2–3).

Пациенту проводился курс симптоматической терапии, внутривезикулярных инстилляций без значимого эффекта. Был установлен диагноз: мочепузырный болевой синдром, склероз шейки мочевого пузыря. Пациенту были выполнены цистоскопия с гидродистензией и инцизия шейки мочевого пузыря. Значимого эффекта не отмечено. Пациент обратился для определения дальнейшей тактики ведения. При физикальном осмотре выявлена

болезненность крестцово-бугорно-крестцово-остистого связочного комплекса справа. Анальный и бульбокавернозный рефлекс не определялись. Отмечалось выпадение болевой чувствительности кожи головки полового члена справа, гипестезия левой половины головки. Также была выявлена болезненность при пальпации волокон лобково-прямокишечной мышцы с обеих сторон. Тонус мышц тазовой диафрагмы не изменен. По результатам осмотра установлен следующий диагноз: синдром хронической тазовой боли, мочепузырный болевой синдром, дисфункциональное мочеиспускание, миофасциальный тазовый болевой синдром.

По данным УЗИ периферических нервов малого таза выявлена ультразвуковая картина отека половых нервов, бедренной ветви правого бедренно-полового нерва, правого подвздошно-подчревного нерва, седалищных нервов (преимущественно правого) в проекции грушевидных мышц, умеренно выраженного отека половых ветвей бедренно-половых нервов, бедренной ветви левого бедренно-полового нерва, правого подвздошно-пахового, левого подвздошно-подчревного нервов, миозит грушевидных мышц. Пациенту была назначена патогенетическая терапия (пентосан полисульфат), курс внутритазового миофасциального релиза. На фоне проводимого лечения было достигнуто снижение болевого синдрома до 2–3 баллов по

ВАШ. Наряду с патогенетическим лечением пациенту была выполнена лечебно-диагностическая блокада срамных нервов в межсвязочном пространстве под УЗИ-навигацией. После проведенной процедуры пациент отметил купирование болевого синдрома, данный эффект сохранялся в течение полутора мес. Далее болевой синдром возникал один раз в сут после пробуждения, купировался после мочеиспускания и в течение дня не повторялся. Планируется дальнейшее наблюдение и лечение пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Если, несмотря на проведенное лечение, терапевтический маршрут заходит в тупик, следующим шагом может быть участие пациента в протоколе клинического исследования, направленного на изучение нового метода лечения.

Мочепузырный болевой синдром — это проявление синдрома хронической тазовой боли. Данное заболевание требует скоординированной работы междисциплинарной команды специалистов. Лечение должно осуществляться в рамках биопсихосоциальной концепции.

Таким образом, нередко встречаемое в клинической практике утверждение о том, что возможности лечения исчерпаны, требует проведения более детального и точного анализа клинического случая и поиска новых терапевтических решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zhang, Zhi-Chao, and Jing Peng. Zhonghua nan ke xue // National journal of andrology. — 2013. — V. 19, 7. — P. 579–82.
2. Rajesh Taneja, Deepak Kumar Chugh. Clinical phenotyping linked treatment strategies in patients with bladder pain syndrome // Urol Nephrol Open Access J. — 2020 — 8(4). — P. 93–97.
3. Ronstrom C, Lai HH. Presenting an atlas of Hunner lesions in interstitial cystitis which can be identified with office cystoscopy // Neurourol Urodyn. — 2020. — 39(8). — P. 2394–2400. — doi:10.1002/nau.24500.
4. Campbell-Walsh-Wein Urology, edited by Alan W. Partin. — 2020.
5. Özkıdık M. Assessment of long-term intravesical hyaluronic acid, chondroitin sulfate and combination therapy for patients with bladder pain syndrome // Cent European J Urol. — 2019. — 72(3). — P. 270–275. — doi:10.5173/ceju.2019.0007.
6. Pinto R, Lopes T, Frias B, Silva A, Silva JA, Silva CM, Cruz C, Cruz F, Dinis P. Trigonal injection of botulinum toxin A in patients with refractory bladder pain syndrome/interstitial cystitis // Eur Urol. — 2010. — Sep. — 58(3). — P. 360–5. — doi: 10.1016/j.eururo.2010.02.031. Epub 2010 Mar 6. PMID: 20227820.
7. Padilla-Fernández B, Hernández-Hernández D, Castro-Díaz DM. Current role of neuromodulation in bladder pain syndrome/interstitial cystitis // Ther Adv Urol. — 2022. — 14. — 17562872221135941. Published 2022 Nov 21. — doi:10.1177/17562872221135941.
8. Homma Y, Akiyama Y, Tomoe H, et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis/bladder pain syndrome // Int J Urol. — 2020. — 27(7). — P. 578–589. — doi:10.1111/iju.14234.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Кочетов Александр Геннадьевич — д.м.н., начальник урологического центра ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневецкого» МО РФ, зав. кафедрой урологии МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ». Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3631-598X>, Author ID 354654, SPIN 4499-5642.

Плеханова Ольга Александровна — ст. преподаватель каф. урологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ». Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9410-3371>.

Байков Николай Александрович — ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневецкого», заведующий урологическим отделением, Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7145-8786>.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Плеханова О. А. — написание текста, подготовка данных.

Кочетов А. Г. — генерация идеи исследования, постановка задачи исследования.

Байков Н. А. — выполнение рутинной работы по систематизации материала.

ПОСТУПИЛА: 23.04.2023

ПРИНЯТА: 05.06.2023

ОПУБЛИКОВАНА: 27.06.2023