

Нарушения мочеиспускания: нюансы диагностики и лечения

Любые расстройства мочеиспускания значительно снижают социальную активность пациентов и качество их жизни, влекут за собой тяжелые психологические проблемы как у взрослых, так и у детей. Ранняя диагностика основного заболевания, вызвавшего дизурию, позволяет своевременно назначить адекватное лечение и значительно облегчить жизнь пациента.



Синдром дизурии, как правило, сигнализирует о наличии патологии мочевых путей и половой системы. Обычно под дизурией понимают учащенное и болезненное мочеиспускание, которое в большинстве случаев связывают только с инфекцией мочевых путей (ИМП). ИМП действительно широко распространены и часто встречаются в практике врачей первичного звена – терапевтов, педиатров, семейных врачей.

Дифференциальная диагностика дизурии

Этиология дизурии значительно различается в зависимости от возраста и пола больных. Тем не менее можно выделить 4 основные группы причин (Вильцанюк И.А., Чернуха С.Н., 2013):

Нефрологические и урологические:

- заболевания почек (воспалительные и невоспалительные);
- заболевания мочеточников (воспалительные, опухолевые, врожденные аномалии, травмы);
- заболевания мочевого пузыря (воспалительные, опухолевые, мочекаменная болезнь);
- заболевания уретры (воспалительные процессы, обструкция).

Гинекологические/андрологические:

- невоспалительные заболевания половых органов (опухоли, опущение, врожденные аномалии);
- воспалительные заболевания половых органов у мужчин и женщин;
- предменструальный синдром (у женщин);
- заболевания предстательной железы (у мужчин).

Неврологические:

- психоэмоциональные расстройства, истерия;
- нарушение периферической иннервации мочевого пузыря;
- сосудистые и дегенеративные заболевания центральной нервной системы;
- алкогольное и наркотическое опьянение.

Эндокринные:

- сахарный диабет;
- несахарный диабет.

Особенности дизурии у женщин

Во взрослой популяции частота ИМП у женщин в 30-50 раз превышает таковую у мужчин, при этом около 60% женщин в течение жизни переносят как минимум один эпизод ИМП. У каждой четвертой пациентки репродуктивного возраста ИМП рецидивирует на протяжении года. В пожилом и старческом возрасте частота ИМП у женщин и мужчин постепенно выравнивается, что связано с увеличением распространенности заболеваний предстательной железы (Ермоленко В.М., Филатова Н.Н. и соавт., 2012). В связи с этим при наличии дизурических расстройств у женщины репродуктивного возраста в первую очередь следует исключить ИМП.

Органы урогенитального тракта часто обоюдно вовлечены в патологический процесс. Так, дизурия наблюдается приблизительно у 30-35% гинекологических больных, дополняя клиническую картину воспаления половых органов (в том числе вызванных инфекциями, передающимися половым путем), злокачественных и доброкачественных опухолей, распространенных форм генитального эндометриоза. Несостоятельность мышц тазового дна – патология, наблюдаемая почти у каждой третьей женщины репродуктивного возраста, – также часто сочетается с дизурией. Приблизительно у 50% женщин, рожавших в срок, отмечаются опущения половых органов различной клинической степени выраженности. При этом недержание мочи является одним из наиболее частых проявлений этого состояния.

У женщин позднего репродуктивного возраста и в климактерии часто встречаются функциональные дизурические расстройства при нормальных показателях анализа

мочи. При этом установить окончательный диагноз достаточно трудно. Исследования последних лет показали, что частота дисфункций мочевого пузыря у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста составляет 15-24%. Это связывают с влиянием эстрогенов на функцию мочевого пузыря. Так, эстрогеновые рецепторы обнаруживаются практически во всех структурах урогенитального тракта: в нижней трети мочеточников, мочевом пузыре (треугольнике Льебо), мышечном слое сосудистых сплетений уретры и в уретели. Развитие симптомов поллакиурии, никтурии и цисталгии у женщин в постменопаузе зависит от связанных с эстрогенным дефицитом атрофических изменений, происходящих в уретели и сосудистых сплетениях уретры. Поэтому при обследовании женщины с дизурией обязательно следует проводить гинекологический осмотр (Аляев Ю.Г., Григорян В.А. и соавт., 2006; Аляев Ю.Г., Ищенко А.И. и соавт., 2012; Вильцанюк И.А., Чернуха С.Н., 2013).

Особенности дизурии у мужчин

Наиболее частой причиной дизурии у мужчин является механическая обструкция мочевых путей из-за гиперплазии предстательной железы, окружающей простатическую часть уретры. Кроме того, расстройства мочеиспускания связаны с гиперактивностью гладкомышечных клеток в стенке нижних мочевых путей, что приводит к постоянному или периодическому их гипертонусу. Из-за двойственного механизма патогенеза дизурии в этом случае тяжесть клинических симптомов не всегда коррелирует со степенью увеличения предстательной железы. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы встречается у 20% мужчин в возрасте 40 лет и 90% мужчин старше 70 лет. Наиболее частыми симптомами у таких больных являются задержка мочеиспускания, странгурия, никтурия и недержание мочи. Вследствие нарушения уродинамики часто присоединяется вторичная инфекция, формируются камни в мочевом пузыре.

Другими причинами обструктивных симптомов нарушения мочеиспускания у мужчин могут служить стриктуры уретры, мочекаменная болезнь, хронический простатит и рак предстательной железы, воздействие ятрогенных факторов (после перенесенного оперативного лечения и др.). Всем мужчинам с дизурией показан осмотр уролога.

Особенности дизурии в детском возрасте

От рождения до 6-месячного возраста у детей тип мочеиспускания определяется как незрелый. Мочеиспускание осуществляется рефлекторно по мере накопления мочи (до 20 р/сут). С 6 мес ребенок ощущает наполнение мочевого пузыря, что проявляется беспокойством или плачем при позыве и успокоением после мочеиспускания. Завершение формирования функции мочевого пузыря (зрелый тип мочеиспускания) происходит к 3-4 годам.

Считается, что если при наполнении мочевого пузыря в ночное время ребенок просыпается, то корковый контроль над функцией мочеиспускания сформирован (Борисова С.А., Зоркин С.Н., 2008).

Наиболее яркими и психотравмирующими для пациента формами дизурии в детском возрасте являются недержание и недержание мочи (энурез). По данным исследований, в среднем каждый пятый ребенок имеет императивные расстройства мочеиспускания. Учитывая сроки формирования зрелого типа мочеиспускания, недержание считается патологическим только у детей старше 5 лет.

Другой распространенной причиной нарушений мочеиспускания у детей являются ИМП. В первые 3 мес жизни мальчики болеют ИМП в полтора раза чаще девочек, но уже к концу 1-го года жизни частота ИМП у девочек в 3-4 раза превышает таковую у мальчиков. Известно, что у 8% девочек и 2% мальчиков до 7-летнего возраста

отмечается хотя бы один эпизод ИМП, а в период от рождения до 2 мес жизни около 5% случаев фебрильной лихорадки обусловлены развитием острого пиелонефрита. В дальнейшем примерно у 30% детей с ИМП в течение 1-го года жизни отмечается ее рецидив. Во многих случаях ИМП в детском возрасте (особенно у мальчиков) развивается на фоне различных морфофункциональных нарушений мочевой системы, поэтому мальчикам после 1 эпизода, а девочкам после 2 эпизодов ИМП показано комплексное нефроурологическое обследование (Ермоленко В.М., Филатова Н.Н. и соавт., 2012). Особенностью дифференциальной диагностики дизурии у детей является необходимость в первую очередь исключить врожденные аномалии мочеполовой системы, которые могут создавать благоприятный фон для развития упорного недержания мочи, рецидивирующих ИМП.

Основная причина дизурии в практике врача первичного звена – ИМП. Как установить диагноз и назначить правильное лечение?

Если больных с гинекологической и урологической патологией в основном курируют профильные специалисты, то ведением пациентов с ИМП и дизурией достаточно часто занимается врач первичного звена. При этом диагностика и лечение неосложненных ИМП проводятся без привлечения узкого специалиста.

Поводом для направления к нефрологу или урологу служат наличие осложненного течения ИМП (на фоне аномалий развития или других заболеваний мочевых путей), а также часто рецидивирующие инфекции.

Основным возбудителем ИМП является *Escherichia coli*, которая вызывает неосложненную ИМП в 80-90% случаев. Значительно реже при неосложненной ИМП выделяют *Staphylococcus saprophyticus* (3-5%), *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis* и др. Осложненные ИМП чаще провоцируют *Proteus* spp., *Pseudomonas* spp., *Klebsiella* spp., *Candida albicans*; при этом этиологическая значимость *E. coli* – до 30%. Карбункул почки в 90% вызван *Staphylococcus aureus*; основными возбудителями апостематозного нефрита, абсцесса почки с локализацией в медулярном веществе являются *E. coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp.

Риск развития ИМП повышается при таких состояниях (Ермоленко В.М., Филатова Н.Н. и соавт., 2012):

- нарушении уродинамики (аномалиях развития мочеполовой системы, обструкции, нефролитиазе, аденоме предстательной железы, нефроптозе);
- бессимптомной бактериурии;
- обменных нарушениях (сахарном диабете, подагре, гиперкортицизме);
- иммуносупрессии любого генеза;
- беременности;
- атонии кишечника.

Для диагностики ИМП необходимо провести общеклинический осмотр, общий анализ мочи и бактериологическое исследование мочи (табл.). Диагноз острого неосложненного цистита может быть установлен без проведения бактериологического исследования мочи.

Посев мочи следует проводить:

- если симптомы сохраняются или возникли повторно в течение 2-4 нед после лечения;
- в случае атипичного течения;
- на фоне беременности;
- при подозрении на ИМП.

По показаниям проводят внутривенную урографию, скintiграфию. Микционная цистография показана при >2 эпизодах ИМП у девочек и >1 эпизода ИМП у мальчиков. В качестве экспресс-диагностики можно использовать моно- или полифункциональные тест-полоски

Продолжение на стр. 82.






Bionorica®

Запалення сечових шляхів?
Камені нирок?

Канефрон® Н



-  німецька якість фітопрепарату
-  значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
-  потенціювання протизапальної терапії⁴



ПАНАЦІЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Розкриваючи силу рослин

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячнику 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячнику 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту. Р.П. № UA/4708/01/01; UA/4708/02/01.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. Кравченко Н.Ф. 2 - Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Соврем. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар І.О., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоров'я чоловіка, 3(30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: info@bionorica.ua

Нарушения мочеиспускания: нюансы диагностики и лечения



Продолжение. Начало на стр. 80.

(метод «сухой химии»), которые косвенно указывают на бактериурию (изменение pH мочи, положительная нитритная реакция) и лейкоцитурию (наличие эстеразы лейкоцитов свидетельствует об их вовлечении в воспалительный процесс). В отличие от бактериологического исследования экспресс-тесты обеспечивают быстрый результат и возможность безотлагательно назначить этиотропное лечение.

Общие принципы лечения ИМП

Лечение острого цистита у детей проводят амбулаторно. Препаратами выбора являются цефалоспориновые антибиотики II-III поколения (цефиксим, цефуросим, цефтибутен) и лекарственные средства нитрофуранового ряда (нитрофурантоин, фуразидин). Длительность противомикробной терапии составляет 5 дней при первом эпизоде цистита, 7 дней – при повторном.

Лечение острого пиелонефрита у ребенка проводят цефалоспорины II-III поколения, при наличии кокковой флоры – амоксициллином/клавуланатом. Длительность антибиотикотерапии – 7-14 дней (в среднем 10 дней). Если к концу лечения анализы мочи не нормализовались или при посеве мочи выявлена нечувствительность возбудителя к выбранному антибиотику, прием противомикробных средств продлевают до 3 нед. Препаратами резерва служат ципрофлоксацин, линезолид, аминогликозиды. Фторхинолоны (нофлоксацин, ципрофлоксацин и др.) в педиатрии назначаются лишь при наличии полирезистентной грамотрицательной флоры, синегнойной палочки, а также по жизненным показаниям.

Лечение острого цистита у взрослых проводят амбулаторно в течение 3-5 дней. Препаратами выбора служат фосфомицина трометамол (однократно), производные нитрофуранового ряда, пивмециллином; альтернативная терапия – фторхинолоны (левофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин), цефалоспорины II-III поколения.

При лечении острого умеренного/среднетяжелого пиелонефрита у взрослых препаратами выбора считают фторхинолоны с высокой почечной экскрецией, альтернативными средствами выступают цефалоспорины II-III поколения; при подтвержденной восприимчивости патогенов – триметоприм/сульфаметоксазол и амоксициллин/клавуланат. Длительность антибиотикотерапии составляет 7-14 дней. При нормализации температуры тела на 4-5-й день лечения пациент может быть переведен на пероральный прием антибиотика по схеме ступенчатой терапии.

У беременных для лечения острого цистита и бессимптомной бактериурии препаратами выбора служат фосфомицина трометамол, нитрофурантоин; в лечении пиелонефрита – цефтриаксон, цефепим, амоксициллин/клавуланат, в качестве альтернативы могут быть назначены азтреонам, имипенем/циластатин.

Помимо этиотропного лечения, пациент с острым пиелонефритом нуждается в жаропонижающей

и дезинтоксикационной терапии, особенно это актуально для детей. В качестве адьювантного лечения могут применяться комплексные фитосредства. Одним из наиболее хорошо изученных растительных препаратов является Канефрон® Н («Бионорика СЕ», Германия). Его стандартизованные растительные компоненты (листья розмарина, корень любистка и трава золототысячника) обладают доказанным диуретическим, противомикробным, спазмолитическим, а также противовоспалительным и антипротеинурическим эффектами. В многочисленных клинических исследованиях показано, что Канефрон® Н усиливает действие антибиотиков и способствует более быстрому выздоровлению пациентов с ИМП. Кроме того, многоцентровое исследование, результаты которого были опубликованы в 2015 г., продемонстрировало возможность применения Канефрона Н в качестве альтернативы антибактериальным препаратам при лечении неосложненных ИМП.

После завершения курса антибиотикотерапии при наличии ≥2 рецидивов в течение года или осложненного течения ИМП целесообразно проведение курса профилактики производными нитрофурана и/или фитопрепаратами (Канефрон® Н) на протяжении 3-12 мес. При этом назначение Канефрона Н в комплексе с уроантисептиками более эффективно в отношении предупреждения рецидивов по сравнению с монотерапией уроантисептиками. По данным профессора А.В. Шуляка (2015), профилактическое применение Канефрона Н в течение 3 мес при хроническом цистите с рецидивирующим течением позволяет снизить частоту повторных эпизодов заболевания более чем в 2 раза на протяжении года наблюдения. Согласно результатам исследования профессора Д.Д. Иванова (2005), Канефрон® Н достаточно эффективен в профилактике рецидивов ИМП даже у больных СД 2 типа. У этой категории пациентов действие Канефрона Н в целом сопоставимо с таковым уроантисептиков в профилактической дозе.

В 2013 г. вышел обзор эффективности и безопасности препарата Канефрон® Н в профилактике и лечении урогенитальных заболеваний, включивший результаты 17 клинических исследований и 18 публикаций в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Автор документа – президент Европейской ассоциации урологов K.G. Naber – отмечает, что в разных странах исследователи получали аналогичные данные и приходили к схожим выводам относительно возможности применения Канефрона Н в качестве средства базисной или дополнительной терапии неосложненных острых или хронических ИМП.

Следует особо отметить высокую безопасность (в том числе отсутствие тератогенного влияния) данного препарата. При неосложненных ИМП и бессимптомной бактериурии у беременных Канефрон® Н может служить безопасной альтернативой антибиотикам и уроантисептикам. В многочисленных исследованиях назначение препарата Канефрон® Н при беременности способствовало санации мочевых путей и не приводило к развитию гестозов или инфекционных осложнений

Семiotика дизурических расстройств

Известно, что у взрослых число мочеиспусканий в среднем равно 4-6 (за время бодрствования), объем каждого из них колеблется от 100 до 400 мл (в среднем 200-300 мл). Суточный объем мочи у взрослых в норме составляет 1200-1500 мл.

Все расстройства мочеиспускания можно классифицировать как нарушения накопления, эвакуации мочи или их сочетание. К таким расстройствам относят поллакиурию, никтурию, олигурию, странгурию, ишурию, недержание и недержание мочи.

Поллакиурия – учащенное мочеиспускание (>6 р/день при нормальном питьевом режиме) с уменьшением разовой порции мочи. Различают истинную и ложную поллакиурию. Ложная поллакиурия (полиурия) наблюдается при избыточной продукции мочи и нормальном функциональном состоянии мочевого пузыря. Полиурия может быть вызвана приемом большого количества жидкости, мочегонных препаратов; быть следствием сахарного или несахарного диабета, хронической почечной недостаточности и др. Поллакиурия при большом количестве остаточной мочи является следствием тяжелого нарушения эвакуаторной функции мочевого пузыря различного генеза, проявляющегося его неполным опорожнением.

Никтурия – учащенное ночное мочеиспускание (>1 эпизода за ночь).

Олигурия – уменьшение количества мочи с редкими (<5 р/день) мочеиспусканиями. При выраженной никтурии у пациента может отмечаться олигурия в дневное время, поэтому необходима оценка суточного диуреза.

Странгурия – затрудненное мочеиспускание, которое характеризуется снижением скорости выделения мочи и увеличением длительности акта мочеиспускания. При странгурии струя мочи может быть ослаблена, прерывиста; пациенту требуется дополнительное натуживание; мочевой пузырь опорожняется не полностью, при этом мочеиспускание нередко сопровождается болевыми ощущениями.

Болезненность часто наблюдается при учащенном или затрудненном мочеиспускании. При патологии мочевого пузыря пациенты ощущают боль в надлобковой или позадилобковой областях, обычно она нарастает по мере наполнения мочевого пузыря и может сохраняться после мочеиспускания. Болевые ощущения могут наблюдаться по ходу мочеиспускательного канала (проявляются тянущей болью или жжением во время мочеиспускания), в области промежности или иметь нечеткую локализацию (тазовая боль).

Ишурия – задержка мочеиспускания механического или нейрогенного генеза. Различают острую и хроническую ишурию.

Неудержание мочи – непроизвольное мочеиспускание при императивном позыве. При этом мочеотделение происходит в первые 10 с после возникшего позыва.

Недержание мочи – непроизвольное мочеотделение без позыва к мочеиспусканию.

Таблица. Критерии диагностики ИМП в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации урологов (EAU, 2013-2015)

Нозология	Клинические симптомы	Лабораторные показатели
Острый цистит	Дизурия, частые болезненные мочеиспускания, боль в надлобковой области, отсутствие таких проявлений в последние 4 нед	Лейкоцитурия >10 ⁶ /мм ³ >10 ³ КОЕ/мл
Острый неосложненный пиелонефрит	Лихорадка, озноб, боль в животе или поясничной области при отсутствии других диагнозов или урологических пороков развития	Лейкоцитурия >10 ⁶ /мм ³ >10 ⁴ КОЕ/мл
Осложненные ИМП	Любые комбинации вышеуказанных симптомов при наличии факторов риска	Лейкоцитурия >10 ⁶ /мм ³ >10 ⁵ КОЕ/мл у женщин >10 ⁴ КОЕ/мл у мужчин или женщин с установленным катетером
Бессимптомная бактериурия	Отсутствуют	Лейкоцитурия >10 ⁶ /мм ³ >10 ⁵ КОЕ/мл в 2 культурах, полученных с интервалом более 24 ч
Рецидивирующая ИМП	Как минимум 3 эпизода неосложненной ИМП, подтвержденные посевами мочи на протяжении последних 12 мес. Только для женского пола. Отсутствие структурных или функциональных нарушений	<10 ³ КОЕ/мл

Примечание. КОЕ – колониеобразующие единицы.

в послеродовом периоде. Что касается педиатрической практики, Канефрон® Н можно рекомендовать в сочетании с антибиотиками либо иммунокорригирующими препаратами для лечения неосложненных ИМП у детей старше 1 года. По данным М.В. Эрмана (2014), санация мочи у детей с неосложненной ИМП отмечается к 14-му дню терапии Канефроном Н без использования этиотропных средств. Хорошая переносимость и высокий профиль безопасности позволяют назначать этот препарат с целью профилактики на длительный период времени (3-6 мес) в виде курсов по 10-14 дней в месяц. Таким образом, на сегодня Канефрон® Н имеет наибольшую научную и доказательную базу при лечении ИМП среди фитопрепаратов, представленных в Украине.

Подготовила Мария Маковецкая

