



СВРЪХАКТИВЕН ПИКОЧЕН МЕХУР

СОЦИАЛНА ЗНАЧИМОСТ И ЗНАЧЕНИЕ ПРЕЗ XXI ВЕК

МИЛИОНИ ХОРА ПО СВЕТА СА ЗАСЕГНАТИ ОТ СИНДРОМА НА СВРЪХАКТИВЕН ПИКОЧЕН МЕХУР (СПМ), който представлява сериозно състояние, което може да има драматични лични и социални разходи и последици. Поради повишеното познание, от една страна, за свръхактивния пикочен мехур, както и нарастналите терапевтични възможности, от друга, СПМ от тема табу се превръща в диагноза, при която стигмата за нелечимост, съчетана с ниско качество на живот се изместват, превръщайки заболяването в по-лесно контролируемо. Познаването на симптомите, правилният диагностичен алгоритъм и палитрата от терапевтични възможности са крайгълният камък, който ще подобри резултатите, ще повиши качеството на живот и ще насърчи все повече пациенти да търсят медицинска помощ.



д-р Петър Антонов, дм

МУ-Пловдив, Катедра по урология и обща медицина

Сврѣхактивният пикочен мехур (СПМ) като термин в медицината е относително нов и наскоро описан. Исторически за първи път се споменава от *Dudley* през 1905 г., когато се прави разлика между активна и пасивна инконтиненция, дължаща се на сфинктерна слабост. През 1917 г. *Taylor u Watt* съобщават за ключовото значение на неотложността като симптом, по време на снемане на анамнезата за разграничаване на инконтиненция, което е клинично манифестирана със или без спешност. *Bates u сътр.* въвеждат термина нестабилен пикочен мехур през 1970 г., когато използват динамичната уретроцистография за изследване на императивна инконтиненция^[1-3]. Международното общество за кон-

тинентност (ICS) създава комитет за стандартизация на функционалната терминологията на симптомите на голните пикочните пътища, за да се улесни сравнението на резултатите и по-ефективна комуникация между отделните изследователите.

От 1976 г. а са публикувани значителни брой статии за стандартизация, като през 2002 г. свръхактивният пикочен мехур (СПМ) е дефиниран от Международно общество за континентност и Международната урогинекологична асоциация като „неотложност при уриниране, обикновено придружено от повишена честота и никтурия със или без инконтиненция на урината при отсъствие на патологични или метаболитни състоя-

ния, които може да обяснят тези симптоми“ (*Фиг. 1*).

Симптомите на СПМ са част от симптомите на съхранение, по време на фазата на напълване на пикочния мехур и включват следното:

- Неотложността представлява внезапно непреодолимо желание с императивен характер за уриниране, което е трудно да се отложи.
- Повишената честота на уриниране през деня е оплакването на пациента, който смята, че се уринира твърде често през деня. Този термин е еквивалентен на „полакиурия“, термин, използван в много страни, включително в България.
- Никтурия е оплакването, при което пациентът се буди през нощта един или повече пъти за уриниране.

Ключови думи:

сврѣхактивен пикочен мехур, симптоми на голните пикочни пътища, инконтиненция на урината

не. Терминът нощна честота се различава от никтурия, тъй като включва уринирания, които възникват след като пациентът си е легнал, но преди да заспи, както и такива, които се появяват рано сутрин и не позволяват на пациента да заспи отново.

- Уринарната инконтиненция е всяко неволево изтичане на урина. Тя изисква да бъде описана допълнително чрез посочване на съответните фактори като вид, честота, тежест, ускоряващи фактори, социално въздействие, ефект върху хигиената и качеството на живот.

Епидемиология и социална значимост

От една страна, поради това че дълго време проблемът със СПМ е бил negliжиран в медицинската литература и от друга страна, защото повечето проучвания разглеждат предимно честотата на инконтиненцията, липсват адекватни източници на информация за епидемиологията на СПМ. Проблемът идва и от това, че повечето проучвания са с различен дизайн и използват различни класифициращи признаци и дефиниции. Все пак през последното десетилетие са налице значителни данни за разпространението на това страдание. Данните показват честота на разпространение от 2 до 53%, като повечето публикации установяват честота от 10 до 20%, а в най-цитираните научни трудове тя е от 12 до 17%. Статистически установените рискови фактори включват:

- **Възраст** – по-често се среща при по-възрастните групи в сравнение с по-младите.
- **Пол** – въпреки че се среща и при



Фигура 1:
Връзка между неотложността и останалите симптоми на ДПП (по С. Chapple, BJU Int, 2005)

двата пола, повечето проучвания установяват по-често засягане на жените.

- **Затлъстяване** – повечето проучвания отчитат, че СПМ е зависим и свързан със затлъстяването, като това е особено категорично при жените.
- **Начин на живот** – физическата активност при жените води до намаляване на честотата на СПМ, докато при мъжете не се установява такава зависимост.
- **Раса/етнос и социално-икономически статус** – СПМ е установен при 26% бели мъже, 33% чернокожи, 27% азиатци и 28% латиноамериканци, като мултипараметричният анализ показва по-висока честота при афро-американците, същият този анализ не показва етническа значимост при жените.
- **Репродуктивни фактори и тазова хирургия** – чувството за неотложност е чест симптом по време на бременността, като само 1% от жените са имали такова чувство преди бременността им, като честотата на неотложността нараства от 16% през първия триместър до 31% през третия. Връзката с ражданията е проти-

воречива както по отношение на нейната наличност, и така също по отношение на метода на рого-разрешение – вагинален или чрез Цезарово сечение. Категорично е доказано увеличаване на честотата при постменопаузални жени, както и предходно извършената радикална хистеректомия като утежняващ фактор^[4,6].

Качество на живот

Милиони хора по света са засегнати от синдрома на свърхактивен пикочен мехур, сериозно състояние, което може да има граматични лични и социални проблеми. Тежкостепенните симптоми имат пагубно въздействие върху качеството на живота до степен на инвалидизация. Оценяване на тежестта и въздействието на симптомите върху ежедневната активност на пациента е съществена част от прегледа и избора на адекватна терапевтична стратегия. Симптомите на ОАВ могат да имат ефект върху психиката, професионална и сексуална активност на пациента. Използването на валидирани въпросници за качеството на живота улеснява измерването му и настъпващата промяна след проведено лечение^[7].

Диагностика

Поради факта че СПМ е предимно симптоматична диагноза, анамнезата играе важна роля. Целта на клиничната анамнезата е поставянето на емпирична диагноза, като се изключат други причини за симптомите на пациента и за оценка на проблема върху ежедневните дейности на пациента, които биха помогнали при вземането на решение за стратегия за лечение. Изключването на вторичните причини, включващи диабет, застойна сърдечна недостатъчност, рак на пикочния мехур, инфекция на пикочните пътища, лекарства, бременност или скорошно раждане, са ключови по пътя към точната диагноза^[5]. Въпросите трябва да включват задълбоченост в следната информация:

- Естество и продължителност на симптомите.
- Кои симптоми са най-тревожни.
- Настоящо лечение, вкл. използване на хигиенни превръзки.
- Предишно медикаментозно или хирургично лечение.
- Анамнеза за лъчетерапия в областта на таза.
- Възможности за придвижване и пътуване.
- Психично състояние.
- Друго заболяване, особено неврологични състояния (инсулт, травма).
- Съпътстваща терапия за други заболявания.
- Сексуална активност.
- Гастроинтестинални оплаквания.
- Гинекологична и акушерска анамнеза, особено съпътстващ пролапс.
- Ефект върху ежедневната активност (социално ограничение, намалена физическа активност).
- Целите или очакванията на пациента от лечението.

- Пригодността на пациента за възможни хирургични процедури.

Поведение

Лечението от първа линия за СПМ се състои от промени в начина на живот, включително редукция на тегло, диета и равномерен прием на течности, спиране на тютюнопушенето, регулиране на дефекацията и поведенческа терапия, включително трениране на пикочния мехур със стратегии за потискане на неотложността и повишаване тонуса на мускулите на тазовото гъно. Препоръчителното лечение от втора линия се състои от фармакологична терапия с антиму斯卡ринови средства и/или β3-адренергични агонисти. Поведенческата и фармакологичната терапия могат да бъдат комбинирани поради добрия им синергичен ефект. На пациентите трябва да се напомни, че ползите от лечението може да не са очевидни до 12 седмици след началото, докато нежеланите реакции често се появяват по-рано. В случай на незадоволителен ефект или рефрактерност на симптомите се препоръчва комбиниране на антиму斯卡ринов агент с β3-адренергичен агонист. Възможностите на трета линия при внимателно подбрани пациенти са стимулация на периферен тибиаден нерв, интравезикално инжектиране на онаботулинумтоксин А и сакрална невромодуляция^[6].

Бариири прег пациентите

Въпреки наличието на ефективни терапии лечение, пациентите може да имат бариири за прилагането им. Някои може никога да не започнат предписано лечение, така например в САЩ е установено, че 18% от пациентите на възраст ≥18 години, на които е предписано ново лекарство,

не са си взели рецептата в рамките на 30 дни^[9]. Сред пациентите, които започват лечение, част от тях не се връщат за проследяване, прекратяват терапията преди края на препоръчания период и не продължават терапия от трета линия. Факторите, влияещи върху прекратяването на лечението, включват възраст, съпътстващи заболявания, цена, лекарствени взаимодействия, нежелани реакции и недостатъчна ефикасност. Освен това не е необичайно пациентите да спират лечението след няколко дни поради липса на промяна в симптомите. Преди да бъде изготвен план за лечение, от съществено значение е лекарят и пациентът да проведат дискусия за:

- Определяне на взаимно съгласувани цели на лечението.
- Определяне на очакванията от лечението.
- Осигуряване на колаборация и разбиране на това, което се изисква, за да бъде терапията успешна.

Лечение

За разлика от хипоактивния пикочен мехур, при който терапевтичните възможности са ограничени и нискоэффективни, то при свръхактивния пикочен мехур съществуващите методи на лечение показват задоволителен отговор и удовлетвореност от пациентите.

Поведенческа промяна

Промяната в начина на живот целъ намаляване на затлъстяването (високият Body Mass Index – BMI, е доказан рисков фактор за всички видове инконтиненция), редукция на тютюнопушенето (подобрява здравословния статус и намалява чувството за неотложност и поликиурията), правилен прием на теч-

ности (балансиран в рамките на 24 часа, без допускане на усещане за жажда) и редуция на кофеинови напитки (поради изразения диуретичен ефект и последващото чувство за неотложност). Поведенческата терапия може да бъде успешно допълнена с психологически методи, целящи контрол на интервалите за уриниране с цел тренировка и „обучение“ на пикочния мехур.

Медикаментозно лечение

Фармакотерапията е най-важната част от лечението на пациентите със СПМ.

Антимускаринови (антихолинергични) медикаменти. Представителите на тази група блокират холинергичните мускаринови рецептори в пикочния мехур и по този начин намаляват контракциите на гладката мускулатура. Отговорната популация рецептори за това инхибиране са М3. Поради това че те се намират не само в стената на пикочния мехур, но също и в слюнчените жлези и червата, обяснява специфичните странични ефекти – сухота в устата и констипация. Първият медикамент от тази група (оксибутин) е създаден през 1960 г. Развитие на фармакологията води до откриване и въвеждане в практиката на тропиум, толтеродин, солифенацин и груги. Данните от проучванията показват, че нито един от медикаментите не превъзхожда останалите по отношение показателя „качество на живот“. По отношение обаче на нежеланите реакции и придържането към терапията от страна на пациентите по-голямо предимство показват медикаментите, които се дозират веднъж дневно като солифенацин 5 mg/дн.

Бета-3 агонисти. Бета-3 адренорецепторите са преобладаващите бета рецептори, експресирани

върху гладките мускулни клетки на детрузора, тяхното стимулиране предизвиква релаксация на детрузора. Основен медикамент от тази група е мирабегрон, докато вибегрон е достъпен само в някои страни (в САЩ от декември 2020 г.). Анализът на ефективността на мирабегрон показва, че той е ефективен колкото антимускариновите медикаменти, без да има техните специфични странични ефекти, в резултат на което повече пациенти продължават и остават на терапия с него. Комбинацията с антихолинергични, например солифенацин 5 mg дневно, показва по-добра ефективност и приемливи странични ефекти, вместо увеличаване на дозата само на антимускариновия медикамент.

Инвазивно (немедикаментозно) лечение

Рефрактерните на лечение с медикаменти пациенти със СПМ доскоро бяха оцетена субпопулация. Приложението на Onabotulinum toxin A в медицината включва лечение на блефароспазм, шийна дистония, хиперхидратоза, постинсултен спазъм на ставите на крайниците, детска церебрална парализа и свръхактивен пикочен мехур. Интравезикалните инжекции с Onabotulinum toxin A в доза 100 U, поставен на 20-30 места в детрузора, води до редуция на неотложността. Поради изчерпване на ефекта му обаче интравезикалните инжекции изискват периодично повторение.

Приложението на сакралната невромодуляция и стимулацията на тибялния нерв, макар и да показват обещаваща ефективност, са лимитирани само до селектирани пациенти и центрове, специализирани в извършването им.

Пациентите трябва да разберат, че СПМ синдромът може да има про-

менлив ход, който трябва да се лекува с течение на времето, нито една терапия не е идеална за всеки и терапиите варират според тежестта на симптомите, странични ефекти и обратимост на симптомите^[9]. Данните подкрепят, че пациентите, които общуват по-често с лекуващите ги лекари, имат по-високи нива на придържане към лечението^[10].

Синдромът на свръхактивния пикочен мехур, макар и да не се приема за самостоятелно заболяване, е подценявано страдание, което засяга значителен брой пациенти. Широкото му разпространение и инвалидизиращи симптоми, както в личностен, така също и в социален аспект, го правят социалнозначимо заболяване. Възможностите за лечение, както и очакванията на пациентите, трябва да бъдат дискутирани с цел придържане на пациентите към лечението и промяната му, когато симптомите са рефрактерни на терапията или страничните ефекти са неприемливи. ■

Книгопис:

1. Dudley EC: The expansion of gynecology and a suggestion for the surgical treatment of incontinence in women. *Trans Am Gynecol Soc* 30:3, 1905.
2. Taylor HC, Watt CH: Incontinence of urine in women. *Surg Gynecol Obstet* 24:296, 1917.
3. Bates CP, Whiteside CG, Turner-Warwick R: Synchronous cinepressure-flow-cysto-urethrography with special reference to stress and urge incontinence. *Br J Urol* 42:714-723, 1970.
4. Abrams P, Wein AJ: The overactive bladder: from basic science to clinical management. *Urology* 1997; 50 (Suppl. 6A): 1-144.
5. Abrams P: Describing bladder storage function, overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Urology* 2003;62: 28-37.
6. Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol*. 2003; 44: 637-649.
7. Diokno AC: Epidemiology and psychosocial aspects of incontinence. *Urol Clin North Am* 22:481-485, 1995.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NG123. 2019. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123>. Accessed July 23, 2019.
9. N Rashid, M Vassiliakis, KJ Lin, et al. Primary nonadherence to overactive bladder medications in an integrated managed health care system. *J Manag Care Spec Pharm*, 23 (2017), pp. 484-493.
10. FA Filippetto, KG Fulda, A Holthusen, et al. The patient perspective on overactive bladder: a mixed-methods needs assessment. *BMC Fam Pract*, 15 (2014), p. 96.