



СИНДРОМ БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

© Ю.А. Игнашов, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская

Кафедра урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Дата поступления: 20.06.2016

Статья принята к печати: 05.09.2016

В статье описана история изучения интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря с начала XIX века до настоящего времени.

Ключевые слова: интерстициальный цистит; синдром болезненного мочевого пузыря; язва Гуннера; история медицины.

PAINFUL BLADDER SYNDROME: HISTORICAL ASPECTS

© Yu.A. Ignashov, I.V. Kuzmin, M.N. Slesarevskaya

Urology Department. First State Pavlov Medical University of Saint Petersburg

For citation: Urologicheskie vedomosti. 2016;6(3):5-10

Received: 20.06.2016

Accepted: 05.09.2016

A history of research of interstitial cystitis/bladder pain syndrome since the beginning of the 19th century to the present day is describe in this articles.

Keywords: interstitial cystitis; painful bladder syndrome; Hunner ulcer; history of medicine.

Под термином «синдром болезненного мочевого пузыря» (СБМП, мочепузырный болевой синдром) в настоящее время понимают наличие персистирующей или рецидивирующей боли, локализованной в области мочевого пузыря и сопровождающейся по крайней мере одним из следующих симптомов: усилением боли при наполнении мочевого пузыря, учащением дневного и/или ночного мочеиспускания в отсутствие признаков инфекционного или другого явного поражения мочевого пузыря [1]. СБМП является частным случаем более общего понятия синдрома хронической

тазовой боли. Значимость СБМП заключается не только в его большой частоте, но и в существенном влиянии на психоэмоциональный статус больных и ухудшении их качества жизни [2, 3]. Необходимо отметить, что снижение качества жизни происходит и непосредственно из-за болевых ощущений, и из-за расстройств мочеиспускания и нарушения половой функции [4, 5].

Первое документированное упоминание состояния, впоследствии известного как СБМП, относится к началу XIX века. В 1808 году известный американский врач, «отец хирургии»

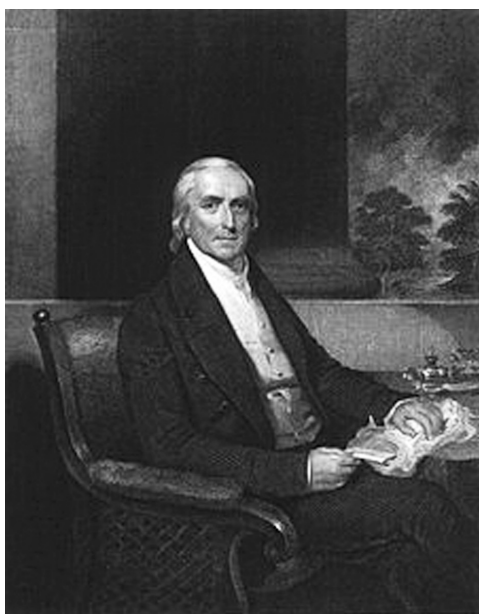


Рис. 1. Филип Синг Физик (1768–1837)



Рис. 2. Сэмюэль Гросс (1805–1884)

Филип Синг Физик (Philip Syng Physick) (1768–1837) (рис. 1), описал заболевание, проявляющееся увеличением частоты мочеиспускания, наличием неотложных позывов к мочеиспусканию, болью в проекции мочевого пузыря при отсутствии явных причин для появления этих симптомов. Данное состояние он назвал «невралгия тройничного нерва мочево-

го пузыря» [6]. Следующее упоминание «невралгии тройничного нерва мочевого пузыря» относится к 1836 году. В своей монографии «Практические замечания по ущемленной грыже и некоторым заболеваниям мочеполовых органов» Джозеф Пэрриш (Josef Parrish) (1779–1840), описывая боли в мочевом пузыре и расстройства мочеиспускания, поясняет, что «под общим термином „невралгии“ имеется в виду целый класс заболеваний, вызывающих большие страдания в области мочеполовых органов у пациентов» [7]. В 1851 году Сэмюэль Гросс (Samuel Gross) (1805–1884) (рис. 2) описывает СБМП следующим образом: «Одним из особых недугов мочевого пузыря является его невралгия или невралгия тройничного нерва мочевого пузыря. Она характеризуется тяжелыми страданиями для больных... Причина у этого заболевания, безусловно, есть. Но мы пока слишком невежественны, чтобы ее понять» [8].

Наряду с «невралгией» уже в первой половине XIX века в качестве причины развития СБМП называли «язвы мочевого пузыря». В 1836 году Луи Мерсье (Louis Mercier) описал «простую язву мочевого пузыря, в которой последовательно скомпрометирован каждый слой стенки мочевого пузыря» и которая является причиной болей в мочевом пузыре и нарушения мочеиспускания [9].

Первое упоминание термина «интерстициальный цистит» относится к 1876 году и принадлежит Сэмюэлю Гроссу. Подчеркивая воспалительный характер процесса, он указывает: «Когда в патологический процесс вовлекаются все слои стенки мочевого пузыря — такое воспаление называется „интерстициальный или паренхиматозный цистит“... Когда в процесс вовлекается только слизистая оболочка, этот процесс известен как цистит слизистой, обычная форма заболевания...» [10]. Термин «ин-

терстициальный цистит» через 2 года использовал в своей монографии «Болезни мочевого пузыря и уретры» Александр Скин (Alexander Skene) (рис. 3). Воспаление в мочевом пузыре он описывает следующим образом: «Когда болезнь разрушила слизистую оболочку частично или полностью и распространяется на мышечный слой, то мы имеем дело с интерстициальным циститом. При долго продолжающемся процессе его тяжесть может увеличиваться, и в него вовлекаются подслизистые и межмышечные ткани...» [11]. С этого времени термин «интерстициальный цистит» стал общеупотребительным.

Уильям Ван Бюрен (William Van Buren) (1819–1883) рассматривал интерстициальный цистит как одну из стадий воспалительного процесса в мочевом пузыре, а не как отдельное заболевание. По его мнению, «Воспаление мочевого пузыря надо рассматривать в соответствии с анатомией его стенок, вовлеченных в процесс: слизистый цистит или катар мочевого пузыря, интерстициальный цистит, перичистит и эпицистит. Эти варианты не требуют подробного и отдельного описания, так как они следуют друг за другом, как классы интенсивности одного и того же заболевания» [12].

Американский акушер-гинеколог Гай Гуннер (Guy Hunner) (1868–1957) (рис. 4) в 1915 году опубликовал статью под названием «Редкий тип язвы мочевого пузыря у женщин: 8 наблюдений». В ней он описал 8 случаев, когда у женщин, в течение длительного времени жаловавшихся на боли в надлобковой области, учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание, при цистоскопии обнаруживали гиперемизированные кровоточащие участки слизистой пузыря, названные им язвочками [13]. Продолжив исследования в этом направлении, Г. Гуннер опубликовал уже 25 наблюдений характерных цистоскопических из-



Рис. 3. Александр Скин (1837–1900)



Рис. 4. Гай Гуннер (1868–1957)

менений стенок мочевого пузыря у женщин с интерстициальным циститом [14]. В тот период времени цистоскоп не был совершенен и имел ряд оптических ограничений. Но тем не менее описание «язвы», которые сделал Г. Гуннер, используется и в настоящее время. В 1930 году Г. Гуннер предложил использовать термин «невроз мочевого пузыря», подчерки-

вая тем самым нейрогенную причину болей в мочевом пузыре [15]. По его мнению, эти боли могут иметь самое различное происхождение и вызываться разными болезнями. Еще в 1918 году Г. Гуннер обратился к Медицинскому обществу по стандартизации США с предложением создать комиссию, в состав которой входили бы специалисты из Американской ассоциации урологов и Американской ассоциации мочеполовых хирургов, чтобы разработать четкую классификацию и терминологию данного заболевания. Однако это предложение не нашло ответа.

В 1934 году Альберт Мидс (Albert Meads) впервые предложил использовать выявление «язв Гуннера» в качестве диагностического критерия интерстициального цистита [16]. В своей работе он дал определение клинической картине интерстициального цистита, практически идентичное современному представлению: «боль в надлобковой области, учащенное мочеиспускание в дневное и ночное время, болезненное мочеиспускание, без признаков инфекции мочевыделительной системы» [16]. Десять лет спустя D.S. Cristol et al. (1944) отметили, что наиболее характерной цистоскопической находкой является выраженная гиперемия слизистой в области верхушки мочевого пузыря, но часто и в других участках, за исключением зоны треугольника Льюто [17].

В 1949 году J. Hand опубликовал один из первых обзоров, посвященных интерстициальному циститу, в котором анализировались 223 случая этого заболевания [18]. Автор описал снижение емкости мочевого пузыря с субэпителиальными петехиальными кровоизлияниями, отметив при этом, что геморрагии на слизистой при проведении первой цистоскопии часто не обнаруживаются, а возникают лишь после повторных растяжений мочевого пузыря. В этой же работе была предложена первая классификация

поражений слизистой мочевого пузыря при интерстициальном цистите с разделением их на три класса:

1-й класс — минимальное вовлечение стенок мочевого пузыря, имеются небольшие дискретные подслизистые кровоизлияния и точки кровоточивости. Емкость мочевого пузыря практически не изменена;

2-й класс — выраженная стадия с крупными поражениями. Емкость мочевого пузыря значительно снижена;

3-й класс — наиболее выраженная стадия с диффузным поражением, линейные рубцы от старых повреждений. Емкость мочевого пузыря составляет менее 150 мл.

В 1951 году канадский врач J.P. Bourque впервые использовал термин «болезненный мочевой пузырь». Однако он использовал его не как синоним термина «интерстициальный цистит», а как обобщающий термин для всех заболеваний, вызывающих дискомфорт и боль в мочевом пузыре. Он предложил разделить пациентов с подобной клинической картиной на четыре группы: 1) больные с почечным туберкулезом, которые продолжают испытывать дискомфорт после нефрэктомии; 2) пациенты с симптомами «язвы Гуннера»/интерстициального цистита; 3) пациенты, страдающие хроническим циститом вследствие инфекции; 4) пациенты с неоперабельным раком мочевого пузыря [19].

В 1978 году автор 19-й главы “Campbell’s Urology”, посвященной интерстициальному циститу, Anthony Walsh отмечал, что следует отказаться от термина «язва мочевого пузыря», потому что это «серьезное заблуждение» и подчеркивал, что «термин „язва“ вызывал путаницу у многих врачей, которые ожидали увидеть язву при цистоскопии, а когда язвы там не обнаруживалось ... не могли поставить правильный диагноз» [20]. В этом же году E. Messing и T. Stamey сообщили о ретроспективном ис-

следовании 52 пациентов с интерстициальным циститом. При этом у всех пациентов были выявлены красные гломеруляции или петехии при растяжении мочевого пузыря, что является отличительной чертой интерстициального цистита [21].

В 1988 году впервые были опубликованы диагностические критерии и критерии исключения интерстициального цистита [22].

Диагностические критерии:

- 1) боль в мочевом пузыре при наполнении и опорожнении;
- 2) боль над лобком, в малом тазу, мочеиспускательном канале, влагалище или промежности;
- 3) наличие гломеруляций при цистоскопии.

Критерии исключения:

- 1) возраст менее 18 лет;
- 2) доброкачественные или злокачественные опухоли мочевого пузыря;
- 3) лучевой цистит;
- 4) туберкулезный цистит;
- 5) вагинит;
- 6) цистит, вызванный циклофосфамидом;
- 7) дивертикул уретры;
- 8) рак шейки матки, влагалища;
- 9) активный герпес;
- 10) мочекаменная болезнь;
- 11) частота мочеиспускания менее 5 раз в течение 12 часов;
- 12) мочеиспускание менее 2 раз за ночь;
- 13) уменьшение симптоматики на фоне приема антибиотиков и уроантисептиков;
- 14) продолжительность менее 12 месяцев;
- 15) непроизвольные сокращения мочевого пузыря (при уродинамическом исследовании);
- 16) емкость мочевого пузыря более 400 мл.

В данной работе также приведены рекомендации по выявлению гломеруляций мочевого пузыря. Указывается, что обследование на гломеруляции должно выполняться при гидроди-

стензии мочевого пузыря под наркозом, при давлении 80–100 см водного столба в течение 1–2 минут. Мочевой пузырь может быть растянут не более 2 раз перед произведением оценки слизистой. Гломеруляция должна быть диффузной, т. е. присутствовать по меньшей мере в 3 квадрантах мочевого пузыря.

В 1994 году Всемирная организация здравоохранения приняла Международную классификацию болезней — 10 (МКБ-10), в которой впервые интерстициальный цистит выделен в качестве самостоятельного заболевания: N30.1 — интерстициальный цистит.

В 2006 году Европейским обществом по изучению интерстициального цистита/мочепузырного болевых синдромов (European Society for the Study on IC/BPS, ESSIC) вместо термина «интерстициальный цистит» рекомендовано использовать термин «мочепузырный болевой синдром». В качестве обоснования было указано, что использование данного термина более корректно, поскольку лучше соответствует представлениям о заболевании и современной номенклатуре болевых синдромов [23]. Термин «мочепузырный болевой синдром» вместо «интерстициальный цистит» включили в свои рекомендации Американская ассоциация урологов (2011 год) и Европейская ассоциация урологов (2012 год).

ЛИТЕРАТУРА

1. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell A, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology. 2015:83.
2. Белова А.Н., Крупин В.Н. Хроническая тазовая боль. Руководство для врачей. — М.: Антидор, 2007. — 572 с. [Belova AN, Krupin VN. Khronicheskaya tazovaya bol'. Rukovodstvo dlya vrachev. Moscow: Antidor; 2007:572. (In Russ.)]
3. Слесаревская М.Н., Кузьмин И.В., Игнашов Ю.А. Особенности симптоматики и психоэмоционального статуса у женщин с синдромом хронической тазовой боли // Уро-

- логические ведомости. — 2015. — Т. 5. — № 3. — С. 16–19. [Slesarevskaya MN, Kuz'min IV, Ignashov YuA. Characteristics of symptoms and psychosomatic status in women with chronic pelvic pain syndrome. *Urologicheskie vedomosti*. 2015;5(3):16–19. (In Russ.)]
4. Кузьмин И.В. Оценка качества жизни у больных с гипер-активностью мочевого пузыря // Нефрология. — 2006. — Т. 10. — № 4. — С. 93–97. [Kuz'min IV. Otsenka kachestva zhizni u bol'nykh s giperaktivnost'yu mochevogo puzyrya. *Nefrologiya*. 2006;10(4):93–97. (In Russ.)]
 5. Graziottin A, Gambini D, Bertolasi L. Genital and sexual pain in women. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:395–412. doi: 10.1016/B978-0-444-63247-0.00023-7.
 6. Elmer W. Lectures Notes. College of physicians archives. Philadelphia, PA; 1808–1809. 388 p.
 7. Parrish J. Tic douloureux of the urinary bladder. Practical observations on strangulated hernia and some of the diseases of the urinary organs. Philadelphia, PA: Key & Biddle; 1836. P. 309–313.
 8. A practical treatise on the diseases, injuries, and malformations of the urinary bladder, the prostate gland, and the urethra (Section II. Neuralgia of the Bladder). 2nd ed. Gross S.D. (ed.). Philadelphia, PA: Blanchard and Lea; 1855.
 9. Mercier LA. Mémoire sur certaines perforations spontanées de la vessie non décrites jusqu'à ce jour. *Gaz Med (Paris)*. 1836;43:257–263.
 10. Gross SD. A practical treatise on the diseases, injuries and malformations of the urinary bladder, the prostate gland and the urethra, 3rd edn. (Revised and Edited by Samuel W. Gross). Philadelphia, PA: Henry C Lea; 1876.
 11. Skene AJC. Diseases of the Bladder and Urethra in Women. New York: William Wood; 1878.
 12. Van Buren WH, Keyes EL. A Practical Treatise on the Surgical Diseases of the Genito-Urinary Organs, Including Syphilis D. New York: Appleton and Company; 1880.
 13. Hunner GL. A rare type of bladder ulcer in women; report of 8 cases. *Boston Med Surg J*. 1915;172:660–664. doi: 10.1056/NEJM191505061721802.
 14. Hunner GL. Elusive ulcer of the bladder: further notes on a rare type of bladder ulcer with a report of twenty-five cases. *Am J Obstet Dis Child*. 1918;78:3–8.
 15. Hunner GL. Neurosis of the bladder. *J Urol*. 1930;24:567–585.
 16. Meads AM. Hunner Ulcer. *Urol Cutan Rev*. 1934;38:631–634.
 17. Cristol DS, Greene LF, Thompson GJ. Interstitial cystitis of men: a review of 78 cases. *J Am Med Assoc*. 1944;126:825–828. doi: 10.1001/jama.1944.02850480025007.
 18. Hand JR. Interstitial cystitis: report of 223 cases (204 women and 19 men) *J Urol*. 1949;61:291–310.
 19. Bourque JP. Surgical management of the painful bladder. *J Urol*. 1951;65:25–34.
 20. Walsh A. Interstitial cystitis. In: Harrison JH (ed.) Campbell's Urology, 4th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1978:693–707.
 21. Messing EM, Stamey TA. Interstitial cystitis: early diagnosis, pathology, and treatment. *Urology*. 1978;12:381–392. doi: 10.1016/0090-4295(78)90286-8.
 22. Gillenwater JY, Wein AJ. Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes, Digestive and Kidney Diseases Workshop on Interstitial Cystitis, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, August 28–29, 1987. *J Urol*. 1988;140:203–206.
 23. Van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC Proposal. *Eur Urol*. 2008;53(1):60–67. doi: 10.1016/j.eururo.2007.09.019.

Сведения об авторах:

Юрий Анатольевич Игнашов — аспирант кафедры урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.

Игорь Валентинович Кузьмин — д-р мед. наук, профессор кафедры урологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: kuzminigor@mail.ru.

Маргарита Николаевна Слесаревская — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела урологии Института хирургии и неотложной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова E-mail: mns-1971@yandex.ru.

Information about the authors:

Yuriy A. Ignashov — postgraduate. Department of Urology. First State Pavlov Medical University of Saint Petersburg. E-mail: yuri.ignashov@gmail.com.

Igor V. Kuzmin — doctor of medical science, professor. Department of Urology. First State Pavlov Medical University of Saint Petersburg. E-mail: kuzminigor@mail.ru.

Margarita N. Slesarevskaya — candidate of medical science, senior research fellow, Urology Department. Institute of Surgery and Emergency Medicine. First State Pavlov Medical University of Saint Petersburg. E-mail: mns-1971@yandex.ru.