

<https://doi.org/10.35401/2500-0268-2021-22-2-36-43>



© В.Л. Медведев^{1,2}, М.И. Коган³, Т.И. Деревянко⁴,
П.В. Шорников^{1,2}, М.Е. Ефремов^{1,2*}, Д.С. Исаева^{1,2}

НЕОДНОРОДНОСТЬ СИМПТОМА УРГЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

² Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

³ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

⁴ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

✉ * М.Е. Ефремов, ГБУЗ НИИ – ККБ № 1, 350086, Краснодар, ул. 1 Мая, 167, efremov.uro@yandex.ru

Поступила в редакцию 12 мая 2021 г. Принята к печати 26 мая 2021 г.

Актуальность

Одной из актуальных задач современной урологии является правильное понимание симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП). Социальный аспект синдрома гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) и отсутствие объективных методов неинвазивной диагностики данного состояния диктуют необходимость поиска новых методов исследования. Существует все больше доказательств того, что дневник мочеиспускания может быть клинически мощным инструментом для оценки сенсорики мочевого пузыря, особенно в случаях получения информации не только об объемах микции, но и о степени ургентности при каждом отдельном мочеиспускании. На сегодняшний день разработано несколько инструментов для оценки тяжести ГМП, в том числе Международная шкала оценки выраженности симптомов гиперактивного мочевого пузыря (OABSS), которая в 2006–2007 гг. была предложена Y. Nomma и J.G. Blaivas с соавт.

Цель работы

Выявить наиболее значимые признаки ургентности у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), наличием детрузорной гиперактивности (ДГ) и без нее.

Материал и методы

Для оценки ГМП пациенты заполняли OABSS, визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), а также вели дневники мочеиспускания. После полученных результатов была проведена оценка выраженности симптомов с учетом всех записей обследуемых. Всем больным выполнено комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), результаты которого сопоставлялись с субъективными критериями выраженности ургентности и определением наиболее значимых клинических признаков детрузорной гиперактивности.

Результаты

У 93 пациентов на фоне анализа полученных данных удалось классифицировать ноктурию по двум типам. Суточная полиурия – у 1 (1,07%). Ночная полиурия – у 39 (41,9%) человек. Снижение емкости мочевого пузыря выявлено у 43 (46,2%) мужчин. 10 (10,7%) пациентов имели различные нарушения сна. Сумма баллов по Международной шкале IPSS составила $24 \pm 0,91$, средний балл ирритативной симптоматики, по данным IPSS (вопрос 2, 4 и 7), – $14 \pm 0,7$ баллов, средний балл обструктивной симптоматики – $13 \pm 0,8$ баллов. По данным КУДИ, спонтанная детрузорная активность диагностирована у 49 (43,7%) пациентов, у 63 (56,2%) – не зарегистрирована. При анализе ВАШ выяснено, что ургентность у пациентов с ДГПЖ и ДГ, отражающая инициацию позыва на мочеиспускание, выше на $31 \pm 0,6$ мм ($p < 0,01$), по сравнению с обследуемыми без детрузорной гиперактивности. В свою очередь трудность удержания позыва у мужчин с ДГ в среднем также на $44 \pm 1,5$ мм ($p < 0,01$).

У 41 (83,6%) пациента с баллом по шкале Nomma более 10, по данным КУДИ, выявлена спонтанная активность детрузора ($p < 0,05$). Показатели сложности удержания позыва выше в среднем на $2,9 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$) у тех пациентов, кто имеет ДГ. При ответе на вопрос «Как часто вы не можете удержать мочу при сильном внезапном позыве?» показатели зафиксированы выше в среднем на $3,1 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$) у мужчин с детрузорной гиперактивностью.

Выводы

У пациентов с ДГПЖ и наличием ургентности частота появления позыва на мочеиспускание на 32% выше, а трудность удержания позыва на 46% выраженнее, чем у пациентов без нее.

Ключевые слова:

Цитировать:

ноктурия, ургентность, дневник мочеиспускания, анкета Nomma, ВАШ
Медведев В.Л., Коган М.И., Деревянко Т.И., Шорников П.В., Ефремов М.Е., Исаева Д.С. Неоднородность симптома ургентности у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. *Инновационная медицина Кубани*. 2021;(2):36–43. <https://doi.org/10.35401/2500-0268-2021-22-2-36-43>



Статья доступна по лицензии Creative Commons Attribution 4.0.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License.

© Vladimir L. Medvedev^{1,2}, Mikhail I. Kogan³, Tatyana I. Derevianko⁴,
Pavel V. Shornikov^{1,2}, Mikhail E. Efremov^{1,2*}, Darya S. Isaeva^{1,2}

HETEROGENEITY SYMPTOMS OF URGENCY IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

² Research Institute – Ochapovsky Regional Hospital no. 1, Krasnodar, Russian Federation

³ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

⁴ Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation

✉ *Mikhail E. Efremov, Research Institute – Ochapovsky Regional Clinical Hospital no. 1, 167, 1st May str., Krasnodar, 350086, efremov.uro@yandex.ru

Received: May 12, 2021. Accepted: May 26, 2021.

- Background** One of the relevant tasks of modern urology is the correct understanding of symptoms of the lower urinary tract (LUTS). The social aspect of overactive bladder syndrome (OAB) and the lack of objective ways for non-invasive diagnostics make it necessary to search for new study methods. There is increasing evidence that urination diary can be a clinically powerful tool for assessing bladder sensation, especially in cases of obtaining information not only about the volume of micturition, but also about the degree of urgency with each individual urination. To date, several tools have been developed to assess the severity of OAB, including the international scale of Overactive Bladder Symptom Score (OABSS), proposed by Y. Homma and J. G. Blaivas in 2006–2007.
- Objective** To identify the most significant signs of urgency in men with benign prostatic hyperplasia and overactive bladder with and without detrusor hyperactivity (DH).
- Material and Methods** To assess the OAB, patients completed the OABSS, visual analogue scale (VAS), and also kept urination diaries. After the results were obtained, the severity of symptoms was evaluated, considering the data of the urination diary. All patients underwent a complex urodynamic study (CUDI), the results of which were compared with subjective criteria for the severity of urgency and the most significant clinical signs of detrusor hyperactivity.
- Results** Against the background of the analysis of the data obtained, it was possible to classify nocturia by type in 93 patients. One patient (1.07%) had diurnal polyuria. Nocturnal polyuria was in 39 (41.9%) people. Decreased bladder capacity was found in 43 (46.2%) men. Ten (10.7%) patients had various sleep disorders. The IPSS was 24 ± 0.91 , the mean score was 14 ± 0.7 points for irritative symptoms according to IPSS (questions 2, 4 and 7) and 13 ± 0.8 points for obstructive symptoms. From the data reported by CUDI, spontaneous detrusor activity was detected in 49 (43.7%) patients, in 63 (56.2%) it was not registered. When analyzing the VAS, it was found that the urgency in patients with BPH and DH, reflecting the initiation of the urge to urinate, is 31 ± 0.6 mm ($p < 0.01$) higher than in the subjects without detrusor hyperactivity. In turn, the difficulty of keeping the urge in men with DH is, on average, also more intense by 44 ± 1.5 mm ($p < 0.01$). Spontaneous detrusor activity was detected in 41 (83.6%) subjects with a Homma score of more than 10 ($p < 0.05$). On average the indices of the difficulty of holding the urge are higher by 2.9 ± 0.2 points ($p < 0.05$) in those patients who have DH. When answering the question "How often cannot you retain urine with a strong sudden urge?", the indicators were recorded higher by 3.1 ± 0.3 points ($p < 0.05$), in patients with detrusor hyperactivity.
- Conclusions** In patients with BPH and the presence of urgency, the frequency of the urge to urinate is 32% higher, and the difficulty of maintaining the urge is 46% more pronounced, compared with the examined men who do not have detrusive hyperactivity.
- Keywords:** nocturia, urgency, urination diary, Homma questionnaire, VAS
- Cite this article as:** Medvedev V.L., Kogan M.I., Derevianko T.I., Shornikov P.V., Efremov M.E., Isaeva D.S. Heterogeneity symptoms of urgency in patients with benign prostatic hyperplasia. *Innovative Medicine of Kuban*. 2021;(2):36–43. <https://doi.org/10.35401/2500-0268-2021-22-2-36-43>

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из задач современной урологии является правильное понимание симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП). Симптом – любое болезненное явление или отклонение от нормы по структуре, функции или ощущению, испытываемое пациентом и указывающее на болезнь или проблему со здоровьем [1, 2]. Симптомы могут быть описаны пациен-

том, лицом, ухаживающим за ним или медицинским персоналом. СНМП оказывают значительное влияние на качество жизни больных, что отражается на социальной и экономической сфере человека. Они могут являться следствием как урологических, так и неврологических заболеваний (эндокринологических, кардиологических, неврологических, нефрологических и других) [1, 3], в результате чего необходимо прово-

дифференциальную диагностику причин, лежащих в их основе. Помимо нормализации оттока мочи из мочевого пузыря у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ,) лечение СНМП должно приводить к улучшению как удержания мочи, так и нивелированию ургентной симптоматики, что в целом будет отражаться на повышении качества жизни пациентов [2, 3].

В урологической практике принято разделение симптомов на ирритативные и обструктивные, предложенные Р. Abrams в 1997 г. Оно является значимым для описания признаков ДГПЖ в случаях, когда речь идет о дифференциальной диагностике расстройств мочеиспускания, обусловленных иными заболеваниями как урологического, так и неурологического характера, в том числе нейрогенного генеза. Это в свою очередь порождает существенные трудности в выборе патогенетической терапии беспокоящих пациента симптомов мочеиспускания, особенно если у больного имеются невыявленные неврологические заболевания, которые могут приводить к такого рода нарушениям [4, 5]. Наиболее часто беспокоящими проявлениями являются ноктурия и ургентность.

Социальный аспект синдрома гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) с невозможностью применения неинвазивных объективных методов диагностики данного состояния диктует необходимость поиска новых подходов в диагностике. Эти критерии должны быть достоверными и стандартизированными как в выявлении ДГ, так и оценке эффективности проводимой терапии [8]. Существует все больше доказательств того, что дневник мочеиспускания может быть клинически мощным инструментом для изучения чувствительности и двигательной активности в фазе наполнения мочевого пузыря, особенно когда дает информацию не только об объемах микции, но и о степени ургентности при каждом отдельном мочеиспускании [8–10]. Поскольку чаще всего ГМП диагностируется, преимущественно, по наличию симптомов наполнения, оценка данного дневника очень важна для врачей [6–7].

На сегодняшний день разработано несколько инструментов для анализа выраженности ГМП, в том числе Шкала оценки тяжести симптомов гиперактивного мочевого пузыря (OABSS), предложенная в 2006 – 2007 гг. Nomma и Blaivas с соавт. [11]. OABSS по Nomma была разработана, чтобы дифференцировать ГМП от других заболеваний опросным путем. Анкета OABSS состоит из четырех вопросов: как часто во время бодрствования вы посещаете туалет, чтобы помочиться; как часто вы просыпаетесь ночью, чтобы помочиться; какая частота ургентных позывов, а также эпизодов ургентного недержания [12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка клинических и инструментальных исследований 112 больных с жалобами на ургентность и определение наиболее значимых неинвазивных признаков данного состояния у мужчин с ДГПЖ и гиперактивным мочевым пузырем с ДГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование основано на изучении 112 больных старше 50 лет с расстройствами мочеиспускания, обратившихся с жалобами на наличие ирритативных симптомов к урологу НИИ – Краевая Клиническая больница № 1 им. С.В. Очаповского с 2015 по 2019 г. В рамках проведенного исследования было выполнено обследование пациентов СНМП/ДГПЖ, при этом проведен комплекс лечебно-диагностических мероприятий, регламентированных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также рекомендованных зарубежными урологическими ассоциациями (Европейской ассоциацией урологов, Американской ассоциацией урологов). Все пациенты заполнили добровольное согласие на проводимое исследование. Возраст больных – от 50 до 84 лет ($68,3 \pm 4,5$ лет).

Критерии включения в исследование: ургентные позывы на мочеиспускание; значение суммы баллов IPSS более 8; объем предстательной железы более 35 см^3 ; возраст пациентов старше 50 лет.

Критерии исключения из исследования: абсолютные показания к оперативному лечению гиперплазии предстательной железы; наличие стомы мочевого пузыря; онкологические заболевания простаты и мочевыводящих путей как в анамнезе, так и подозрение на их наличие; воспалительные заболевания предстательной железы, мочевого пузыря, уретры, а также верхних мочевых путей; другие заболевания мочеполовой системы (стеноз шейки мочевого пузыря, стриктуры, а также химические ожоги уретры, наличие уретрального катетера), вызывающие расстройства мочеиспускания; камни и инородные тела мочевого пузыря; существование подтвержденной патологии центральной и периферической нервной системы, влекущей нарушения мочевого выделения.

Помимо изучения соматического статуса мужчин, на первом этапе проводимой работы выполнялась комплексная диагностика ДГПЖ/СНМП, рекомендованная Российской и Европейской ассоциацией урологов с целью выяснения причин нарушенного мочеиспускания. Проводился сбор анамнеза, анкетирование (анкета IPSS позволяет оценить субъективные ощущения пациентов с СНМП, а определение индекса качества жизни QoL – понять отношение больного к этим жалобам). Также в течение 7 суток пациенты заполняли дневники мочеиспускания, им

проводилось пальцевое ректальное исследование, двухкратная урофлоуметрия, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, УЗИ верхних и нижних мочевыводящих путей с определением объема остаточной мочи, определялся простат-специфический антиген. Для оценки тяжести ГМП мужчины заполняли анкету OABSS. Она состоит из четырех вопросов: как часто во время бодрствования вы посещаете туалет, чтобы помочиться; как часто вы просыпаетесь ночью, чтобы помочиться; частота urgentных позывов; частота эпизодов urgentного недержания (табл. 1).

Совместно с анкетой OABSS и заполненными дневниками мочеиспускания каждому пациенту был предложен опросник визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), в котором он отвечал на 4 вопроса с целью возможности проведения оценки выраженности urgentности: интенсивность urgentного позыва, «трудность» его сдерживания, внезапность возникновения, а также появление неприятных ощущений при нем.

Нами проведен сравнительный анализ выраженности СНМП с данными дневников мочеиспускания. Для объективного контроля оценки валидности симптомов всем пациентам выполнено комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) с сопоставлением диагностированных уродинамических феноменов спонтанной детрузорной активности и определением наиболее значимых признаков urgentности у больных с ДГ и без нее.

Ранжирование выборки и составление распределений частот по проведенным измерениям позволяют выявить основные уродинамические характеристики и показатели у пациентов с ДГПЖ и установить существенные значения, которые возможно использовать, как ключевые данные в выборе терапии. Для поиска эмпирических подтверждений гипотезы с помощью программы Статистика 7.0 были использованы математические методы: ϕ -критерий Фишера, λ -критерий Колмогорова – Смирнова, t -критерий Стьюдента и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам сбора анамнеза, на резко возникший, нестерпимый позыв к мочеиспусканию, требующий безотлагательного посещения туалета (urgentность), жаловались 112 (100%) пациентов, а при анализе данных стандартных дневников мочеиспускания этот симптом отмечен лишь у 86 (76%) больных. У 94 (84%) пациентов выявлена поллакиурия, среднее количество мочеиспусканий за сутки – $12,9 \pm 3,1$ (от 9 до 21 в сутки). 73 (65%) мужчины, участвовавших в исследовании, поллакиурию предъявляли в качестве жалобы, в свою очередь у 21 (18,7%) больного учащенное мочеиспускание вы-

Таблица 1
Шкала симптомов гиперактивного мочевого пузыря (OABSS) по Homma
Table 1
Overactive Bladder Symptom Score by Y. Homma (OABSS)

Вопросы	Баллы	Частота
Как часто во время бодрствования вы посещаете туалет, чтобы помочиться?	0	7 и менее
	1	8–14
	2	15 и более
Как часто вы просыпаетесь ночью, чтобы помочиться?	0	0
	1	1
	2	2
Как часто у вас появляется внезапный позыв к мочеиспусканию, который сложно сдержать?	3	3 и более
	0	не бывает
	1	менее раза в неделю
	2	1 раз в неделю и более
	3	около 1 раза в день
	4	2–4 раза в день
Как часто вы не можете удержать мочу при сильном внезапном позыве?	5	5 раз в день и более
	0	не бывает
	1	менее раза в неделю
	2	1 раз в неделю и более
	3	около 1 раза в день
	4	2–4 раза в день
	5	5 раз в день и более

явлено лишь при анализе данных дневников. У 31 (33%) пациента общее количество микций за сутки находилось в интервале от 8 до 10, у 42 (44,6%) – от 11 до 14 за сутки и у 21 (22,3%) – больше 15. В свою очередь у 18 пациентов, при анализе дневников мочеиспускания, данных за поллакиурию выявлено не было. У 12 (12,7%) человек urgentные позывы заканчивались эпизодами недержания мочи более 2-х раз за сутки.

На основе показателей расширенных дневников мочеиспускания ноктурия выявлена у 93 пациентов. Анализ полученных данных позволил классифицировать ноктурию по типам. У 1 (1,07%) пациента была определена суточная полиурия с диурезом более 40 мл/кг в сутки. У 39 (41,9%) выявлена ночная полиурия с преобладанием ночного диуреза $1,9 \pm 0,8$ мл/мин над дневным $1,38 \pm 0,3$ мл/мин. Снижение емкости мочевого пузыря определено у 43 (46,2%) человек. 10 (10,7%) пациентов имели различные нарушения сна, что являлось причиной их пробуждения и похода в туалет.

В результате анализа анкет IPSS и QoL средний балл по анкетированию IPSS составил $24 \pm 0,91$, сред-

Таблица 2

Выраженность составляющих ургентности, по данным дневников мочеиспускания, у пациентов с детрузорной гиперактивностью и без нее

Table 2

Evidence of the urgency components according to urination diaries in patients with and without detrusor hyperactivity

Пациенты (n=112)	Количество мочеиспусканий за сутки	Количество ургентных позывов	Количество ночных мочеиспусканий	Количество ургентных недержаний мочи	Мочеиспускание на фоне ургентного позыва
С наличием спонтанной детрузорной активности (n=49)	15,2 ± 2,5	4,1 ± 1,2	3,8 ± 0,9	2,9 ± 0,8	3,8 ± 0,6
Без спонтанной детрузорной активности (n=63)	13,3 ± 1,7	1,3 ± 0,3	2,9 ± 0,7	0,6 ± 0,2	0,8 ± 0,1
Величины средних различий	1,9 ± 0,8	2,8 ± 0,9*	0,9 ± 0,2	2,3 ± 0,6*	3 ± 0,5

* p < 0,05

ний балл ирритативной симптоматики, по данным анкеты IPSS (вопрос 2, 4 и 7) – 14 ± 0,7 баллов, средний балл обструктивной симптоматики (вопрос 1, 3, 5, 6) – 13 ± 0,8 баллов.

По данным КУДИ, спонтанная детрузорная активность в виде повышения внутридетрузорного давления выше 5 см H₂O в фазу наполнения выявлена у 49 (43,7%) пациентов, у 63 (56,2%) не зарегистрирована. После получения результатов КУДИ пациенты были разделены на 2 группы: с подтвержденной спонтанной активностью детрузора – 49 мужчин и без наличия гиперактивности – 63.

При анализе дневников оценивалось общее количество мочеиспусканий за сутки, время пробуждения и отхождения ко сну, количество ургентных позывов и возможность воздержаться от походов в туалет (табл. 2).

При анализе ВАШ выяснено, что у пациентов с ДГПЖ и наличием ургентности, сочетающейся со спонтанной детрузорной активностью, отмечается более высокий, в среднем на 31 ± 0,6 мм, балл (p <

0,01), трудность «удержания» позыва – на 44 ± 1,5 мм (p < 0,01) выраженнее, чем у пациентов, не имеющих ДГ. При анализе полученных данных в вопросах «внезапность» и «неприятность» статистически достоверных различий в группах выявлено не было (табл. 3).

Кроме того, пациенты заполняли анкеты OABSS, которые содержат только четыре вопроса. По данным КУДИ, только у 1 (2%) пациента с общим баллом до 7 выявлена детрузорная гиперактивность, в интервале от 7 до 10 баллов – у 7 (14,2%), ДГ с 10 баллами и более по шкале Номма – у 41 (83,6%) обследуемого (p < 0,05). Показатели в графе «Как часто у вас появляется внезапный позыв к мочеиспусканию, который сложно сдержать?» выше в среднем на 2,9 ± 0,2 балла (p < 0,05) у пациентов со спонтанной детрузорной активностью. При ответе на вопрос «Как часто вы не можете удержать мочу при сильном внезапном позыве?» данные обследуемых с ДГ превышают параметры пациентов без нее на 3,1 ± 0,3 балла (p < 0,05) у пациентов с ДГ (табл. 4).

Таблица 3

Выраженность составляющих признаков ургентности по шкале ВАШ у пациентов с детрузорной гиперактивностью и без нее

Table 3

Identification of the component signs of urgency according to the VAS-scale in patients with detrusor hyperactivity and its absence

Пациенты (n=112)	Интенсивность позыва, мм	Трудность удержания позыва, мм	Внезапность появления позыва, мм	Неприятные ощущения при позыве, мм
С наличием спонтанной детрузорной активности (n=49)	74 ± 3,8	74 ± 4,3	52 ± 4,1	42 ± 4,2
Без спонтанной детрузорной активности (n=63)	43 ± 3,2	30 ± 2,8	39 ± 3,2	28 ± 3,2
Величины средних различий	31 ± 0,6*	44 ± 1,5*	13 ± 0,9	14 ± 1,0

* p < 0,01

Таблица 4
Выраженность составляющих ургентности, по данным анкеты Номма, у пациентов с детрузорной гиперактивностью и без нее

Table 4
Evidence of the urgency components according to the Nomma's questionnaire in patients with and without detrusor hyperactivity

Пациенты (n=112)	Как часто во время бодрствования вы посещаете туалет, чтобы помочиться?	Как часто вы просыпаетесь ночью, чтобы помочиться?	Как часто у вас появляется внезапный позыв к мочеиспусканию, который сложно сдержать?	Как часто вы не можете удержать мочу при сильном внезапном позыве?
Со спонтанной детрузорной активностью (n=49)	1,7 ± 0,3	2,4 ± 0,7	4,2 ± 0,7	3,9 ± 0,6
Без спонтанной детрузорной активностью (n=63)	1 ± 0,1	1,6 ± 0,4	1,3 ± 0,5	0,8 ± 0,3
Величины средних различий	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,3	2,9 ± 0,2*	3,1 ± 0,3*

* $p < 0,05$

ОБСУЖДЕНИЯ

Правильно собранные жалобы и анамнез позволили предположить гипотезу о наличии у пациента ГМП и выстроить алгоритм дальнейшего обследования и лечения.

При анализе данных дневников мочеиспускания выявлено, что мочеиспускание на фоне ургентного позыва у пациентов с ДГ на 63% выше, чем в группе без нее. Поллакиурия и ноктурия не имеют значимых отличий у мужчин с наличием или отсутствием ДГ ($p \leq 0,05$), что необходимо учитывать у больных при диагностическом обследовании, даже при невозможности выполнения инвазивных исследований.

Важно отметить, что критерии расширенных дневников мочеиспускания дают возможность определить особенности его сна, циркадные ритмы водной нагрузки у пациента в течение суток. Изолированный симптом поллакиурии может быть не информативен, т. к. расстройство может встречаться у пациентов и без наличия гиперактивности детрузора ($p \leq 0,05$). При заполнении дневников, помимо вышеописанных показателей, пациентам необходимо отражать выраженность позывов на мочеиспускание (сильная, умеренная, слабая). Поллакиурия требует осмысления в соответствии с другими симптомами. При сочетании поллакиурии и симптомов опорожнения (слабая, прерывистая струя мочи, напряжение передней брюшной стенки при мочеиспускании) необходимо выполнение УЗИ мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи, т. к. поллакиурия может быть проявлением инфравезикальной обструкции, в том числе с наличием такого грозного осложнения, как хроническая задержка мочи.

Ноктурия как многофакторный клинический симптом нуждается в углубленном понимании различных вариантов развития патофизиологического процесса у конкретного больного. При анализе дневников мо-

чеиспускания у пациентов с данным симптомом, помимо количества ночных микций, необходимо определять еще и тип ноктурии, включая информацию о продолжительности сна и оценке циркадного ритма с определением удельного веса мочи (анализ мочи по Зимницкому).

При анализе ВАШ шкалы ургентности позыва необходимо учитывать, что наиболее значимыми вопросами в анкете являются «интенсивность» появления позыва на мочеиспускание и трудность «удержания» мочи. Данные критерии в опроснике могут более точно отражать выраженность ургентности у пациента и давать возможность заподозрить наличие спонтанной активности детрузора, что важно учитывать при планировании терапии.

При анализе ВАШ определено, что пациенты с ДГПЖ при наличии ургентности, а также с ДГ, отмечают более высокие показатели (на 32%) в графах «интенсивность» появления позыва на мочеиспускание, чем у пациентов без нее, а трудность «удержания» позыва у больных со спонтанной детрузорной активностью на 46% выраженнее, чем у пациентов без нее.

Диагностика ГМП по шкале Номма – очень удобный и доступный инструмент и для больного, и для врача. Учитывая простые вопросы и возможность быстро заполнить опросник, данные анкеты могут активно использоваться у пациентов с наличием такой жалобы, как ургентность. Наиболее значимыми положениями для принятия решения о существовании у пациента ДГ являются ответы на вопросы: «Как часто у вас появляется внезапный позыв к мочеиспусканию, который сложно сдержать?» и «Как часто вы не можете удержать мочу при сильном внезапном позыве?». Необходимо учитывать, что количество баллов по шкале Номма более 10 высоко коррелирует с наличием спонтанной детрузорной активности.

Из-за малого количества уточняющих вопросов диагностика может быть затруднена, если пациент завышает или занижает тяжесть своих симптомов, особенно, если имеются когнитивные расстройства. Более того, в шкалу Номма не включены вопросы о том, насколько эти симптомы беспокоят больного, а также отражаются на качестве жизни. Довольно трудно судить изолированно о СНМП только по анкетам IPSS и QoL, желательнее проводить комбинированную оценку, учитывающую данные дневников мочеиспускания, а в случае подозрения на ДГ, использовать шкалу Номма с ВАШ компонентов ургентности.

ВЫВОДЫ

Анкеты ВАШ и Номма – очень простые и удобные инструменты. Однако они могут вести к аггравации или недооценке состояния по отдельности. Для большей достоверности результатов необходим комплексный анализ исследуемых параметров совместно с дневниками мочеиспускания, анкетами IPSS с разделением симптомов на ирритативные и обструктивные.

У больных с ДГПЖ и наличием ургентности, обусловленной спонтанной детрузорной активностью, выраженность «интенсивности» появления позыва на мочеиспускание на 32% выше, чем у пациентов без нее.

Трудность «удержания» позыва у мужчин со спонтанной детрузорной активностью на 46% более выражено, чем у пациентов без нее.

С целью возможности извлечения максимальной информации и объективизации данных из анкет, для получения достоверной информации из дневников мочеиспускания, необходимо их заполнить в течение 7 дней.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Покровский В.И. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М.: Медицина; 2005.
Pokrovsky VI. Encyclopedic dictionary of medical terms. M.: Medicine; 2005. (In Russ.).
2. Abrams P, Weiss J, Mattiasson A, et al. The efficacy and safety of oral desmopressin in the treatment of nocturia in men. *Neurourology and Urodynamics*. 2001;20:456–57. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2002.02791.x>
3. Гаджиева З. К. (ред.). Нарушения мочеиспускания. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
Gadzhieva ZK. (ed.). *Violations of urination*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (In Russ.).
4. Kerrebroeck Ph, Andersson K-E. Terminology, epidemiology, etiology and pathophysiology of nocturia. *Neurourology and urodynamics*. 2014;33(S1):S2–S5. PMID: 24729150. <https://doi.org/10.1002/nau.22595>
5. Российские клинические рекомендации по урологии под ред. Аляева Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
Alyayev YuG, Glybochko PV, Pushkar DYU (eds). *Russian clinical guidelines for urology*. GEOTAR-Media; 2015. (In Russ.).

6. Кривобородов Г.Г., Ракша А.П., Ефремов Н.С. и др. Морфологические особенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы в зависимости от величины интравезикальной простатической протрузии. *Урологические ведомости*. 2017;7(4):17–23. <https://doi.org/10.17816/uroved7417-23>

Krivoborodov GG, Raksha AP, Efremov NS, et al. Morphological features of benign prostatic hyperplasia depending on the magnitude of intravesical prostatic protrusion. *Urological statements*. 2017;7(4):17–23. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/uroved7417-23>

7. Аракелян Г.А. 34-й ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов в 2019 г.: обзор онкоурологических тематик. *Онкоурология*. 2019;15(2):143–147. <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2019-15-2-143-147>

Arakelyan GA. 34th Annual Congress of the European Association of Urology in 2019: Review of oncological urology topics. *Oncourology*. 2019;15(2):143–147. (In Russ.). <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2019-15-2-143-147>

8. Bhide AA, Cartwright R, Khullar V, Digesu GA. Biomarkers in overactive bladder. *Int Urogynecol J*. 2013;24(7):1065–72. PMID: 23314226. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-2027-1>

9. De Wachter S, Wyndaele JJ. Frequency-volume charts: a tool to evaluate bladder sensation. *NeuroUrol Urodyn*. 2003;22:683–42. <https://doi.org/10.1002/nau.10160>

10. Honjo H, Kawauchi A, Ukimura O, et al. Analysis of bladder diary with urinary perception to assess overactive bladder symptoms in community-dwelling women. *NeuroUrol Urodyn*. 2009;28:982–5. PMID: 19267392. <https://doi.org/10.1002/nau.20704>

11. Heeringa R, van Koeveeringe GA, Winkens B, et al. Degree of urge, perception of bladder fullness and bladder volume—how are they related. *J Urol*. 2011;186(4):1352–7. PMID: 21855937. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.05.050>

12. Homma Y, Yoshida M, Seki N, et al. Symptom assessment tool for overactive bladder symptom—overactive bladder symptom score. *Urology*. 2006;68(2):318–23. PMID: 16904444. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.02.042>

13. Blaiwas JG, Panagopoulos G, Weiss JP, et al. Validation of the overactive bladder symptom score. *J Urol*. 2007;178(2):543–7. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.03.133>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Медведев Владимир Леонидович, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой урологии, Кубанский государственный медицинский университет; заместитель главного врача по урологии, Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского; главный внештатный уролог-трансплантолог Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодар, Россия). <https://orcid.org/0000-0001-8335-2578>

Коган Михаил Иосифович, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии, Ростовский государственный медицинский университет (Ростов-на-Дону, Россия). <https://orcid.org/0000-0002-1710-0169>

Деревянко Татьяна Игоревна, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой урологии, детской урологии-андрологии, акушерства и гинекологии, Ставропольский государственный медицинский университет (Ставрополь, Россия). <https://orcid.org/0000-0003-1659-319X>

Шорников Павел Валентинович, к. м. н., ассистент кафедры урологии, Кубанский государственный медицинский университет; заведующий отделением функциональной диа-

гностики № 2, Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). <https://orcid.org/0000-0002-2358-6302>

Ефремов Михаил Евгеньевич, ассистент кафедры урологии, Кубанский государственный медицинский университет; врач-уролог; Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). <https://orcid.org/0000-0003-2733-0619>

Исаева Дарья Сергеевна, ассистент кафедры урологии, Кубанский государственный медицинский университет; врач-уролог, Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). <https://orcid.org/0000-0001-8722-0353>

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

AUTHOR CREDENTIALS

Vladimir L. Medvedev, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Urology Department, Kuban State Medical University; Deputy Chief Physician for Urology, Research Institute – Ochapovsky Regional Hospital no. 1; Chief Freelance Urologist-Transplantologist of the Ministry of Health of Krasnodar Region (Krasnodar, Russia). <https://orcid.org/0000-0001-8335-2578>

Mikhail I. Kogan, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Urology and Human Reproductive Health with a course in Pediatric Urology-Andrology, Rostov State Medical University (Rostov-on-Don, Russian Federation). <https://orcid.org/0000-0002-1710-0169>

Tatyana I. Derevianko, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Pediatric Urology Department, Head of the Department of Urology, Pediatric Urology-Andrology, Obstetrics and Gynecology, Stavropol State Medical University (Stavropol, Russian Federation). <https://orcid.org/0000-0003-1659-319X>

Pavel V. Shornikov, Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor, Department of Urology, Kuban State Medical University, Head of the Department of Functional Diagnostics no. 2, Research Institute – Ochapovsky Regional Hospital no. 1 (Krasnodar, Russian Federation). <https://orcid.org/0000-0002-2358-6302>

Mikhail E. Efremov, Assistant Professor, Department of Urology, Kuban State Medical University; Urologist, Research Institute – Ochapovsky Regional Hospital no. 1 (Krasnodar, Russian Federation). <https://orcid.org/0000-0003-2733-0619>

Darya S. Isaeva, Assistant Professor, Department of Urology, Kuban State Medical University; Urologist, Research Institute – Ochapovsky Regional Hospital no. 1 (Krasnodar, Russian Federation). <https://orcid.org/0000-0001-8722-0353>

Funding: *the study was not sponsored.*

Conflict of interest: *none declared.*