

STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Pęcherz nadreaktywny (OAB - overactive bladder) to według definicji International Continence Society (ICS) zespół objawów, na który składają się: parcia naglące, czyli silna, niezależna od woli potrzeba oddania moczu, z nagłym nietrzymaniem moczu (OAB wet) lub bez niego (OAB dry), z towarzyszącym zwykle częstym oddawaniem moczu (zwykle niewielkich ilości) i/lub nokturią. Zespół pęcherza nadreaktywnego występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. Szacunkowa częstość OAB wśród kobiet w Polsce wynosi 39,5%, natomiast u mężczyzn jest niższa i wynosi 26,8%. Częstość występowania OAB rośnie wraz z wiekiem. Patofizjologia OAB jest wieloczynnikowa i do końca nie jest poznana. Do przyczyn OAB można zaliczyć nadreaktywność mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, uszkodzenie urotelium, nieprawidłowe reakcje ośrodków nerwowych w centralnym układzie nerwowym, które przekazują sygnały do wypieracza pęcherza moczowego, lub uszkodzenia samych włókien mięśniowych wypieracza pęcherza moczowego. OAB rozpoznaje się podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego. Objawy OAB są oceniane przy pomocy wybranych zwalidowanych kwestionariuszy.

Leczenie pierwszego rzutu to terapia behawioralna polegająca na modyfikacji stylu życia (redukcja masy ciała, ograniczenie alkoholu) oraz trening pęcherza moczowego oraz trening mięśni dna miednicy. Druga linia leczenia to postępowanie farmakologiczne z włączeniem leków antycholinergicznymi, takich jak solifenacyna, oksybutynina, tolterodyna. Do leczenia farmakologicznego OAB można stosować też mirabegron - agonistę receptora β_3 adrenergicznego. W przypadku nieskuteczności monoterapii można stosować terapię skojarzoną: połączenie solifenacyny z mirabegronem. Leczeniem trzeciego rzutu jest stosowanie iniekcji dopęcherzowych toksyny botulinowej, tylna stymulacja nerwu piszczelowego (PTNS) lub stymulacja nerwów krzyżowych (SNS).

Obturacyjny bezdech podczas snu definiuje się jako powtarzające się epizody zapadania lub zwężenia górnych dróg oddechowych na poziomie gardła podczas snu (według Amerykańskiej Akademii Medycyny Snu - AASM). Powoduje to zmniejszenie lub zamknięcie przepływu powietrza mimo pracy mięśni oddechowych, co prowadzi to do zmniejszenia utlenowania krwi krążącej, i w konsekwencji może skutkować przebudzeniami prowadzącymi do fragmentacji snu i niedoborem snu głębokiego i fazy REM. Rozpoznanie stawia się na podstawie badania polisomnograficznego. Kwestionariusze służą do oceny objawów OBPS, nie powinny być używane do postawienia rozpoznania. Podstawę rozpoznania zespołu bezdechu sennego stanowi wskaźnik RDI, natomiast w wielu

publikacjach i praktyce klinicznej używany jest zamiennie wskaźnik AHI zamiast wskaźnika RDI. Częstość występowania OBPS waha się od 4 - 22% u mężczyzn i 2 - 17% u kobiet. OBPS częściej występuje u mężczyzn, a u kobiet rozpowszechnienie OBPS zwiększa się po menopauzie. Etiologia jest wieloczynnikowa. Głównym czynnikiem ryzyka OBPS jest otyłość. Pierwszą linią leczenia OBPS to leczenie behawioralne, polegające na redukcji masy ciała. Podstawą leczenia obturacyjnych bezdechów podczas snu jest terapia za pomocą dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych aparatem CPAP. Inne formy leczenia to stosowanie aparatów wewnątrzustnych i chirurgia bariatryczna jako leczenie otyłości.

Celem pracy była ocena występowania obturacyjnych bezdechów podczas snu u pacjentek z objawami zespołu pęcherza nadreaktywnego (grupa pacjentek z OAB vs grupa kontrolna), oraz ocena korelacji między nasileniem obturacyjnych bezdechów podczas snu i nasileniem objawów pęcherza nadreaktywnego. Dodatkowo oceniano korelację między nasileniem objawów OAB z wybranymi czynnikami natury psychologicznej (depresja, objawy bezsenności, nadużywanie alkoholu i palenie papierosów).

Postawioną hipotezą było stwierdzenie, że u pacjentek z OAB występuje częściej OBPS niż u pacjentek zdrowych, oraz że nasilenie OBPS koreluje z nasileniem objawów OAB.

Kryteria rekrutacji do badania ustalono jako: wiek powyżej 18 lat, objawy pęcherza nadreaktywnego tj. parcia naglące z lub bez nietrzymania moczu z parć naglących, z/bez nokturii, z/bez częstomoczu, nieleczone dotychczas farmakologicznie z powodu OAB. Pacjentki z grupy kontrolnej zostały dobrane do grupy badanej pod względem wieku. Kryteria rekrutacji do grupy kontrolnej stanowiły: wiek powyżej 18 roku życia, bez objawów pęcherza nadreaktywnego. Kryteria wyłączenia z badania to aktualna infekcja pęcherza moczowego, zaburzenia statyki dna miednicy w skali POPQ (pelvic organ prolapse) \geq III, choroba, która utrudniałaby interpretację wyników niniejszego badania (np. historia przeszczepu, aktualna radioterapia miednicy mniejszej, aktualna chemioterapia z powodu nowotworów narządów rodnych, długotrwałe leczenie steroidami, niekontrolowana cukrzyca, poważne zaburzenia neurologiczne lub psychiatryczne niepowiązane z OAB), ciąża i laktacja.

Badanie polegało na wypełnieniu ankiet i zwalidowanych kwestionariuszy celem diagnostyki OAB i przebycie badania polisomnograficznego aparatem Watch-PAT.

Zaletą badania była jednorodność grup włączonych do badania. Wszystkie pacjentki były przedstawicielkami rasy kaukaskiej, nie różniły się istotnie pod względem wieku, ani masy ciała. Większość badanych kobiet była w okresie około menopauzalnym, z wartościami BMI

odpowiadającymi nadwadze. Pacjentki z OAB przyjmowały statystycznie więcej leków oraz cierpiały na więcej chorób przewlekłych niż pacjentki z grupy kontrolnej.

Rozpoznanie OAB u kobiet, pacjentek Poradni Uroginekologicznej, nie wydaje się wiązać z częstszym występowaniem OBPS. W obu grupach pacjentek była podobna częstość występowania OBPS. Natomiast w grupie pacjentek z OAB zaobserwowałam występowanie większej liczby umiarkowanych i ciężkich postaci OBPS. OAB zwiększa ryzyko występowania umiarkowanych i ciężkich postaci OBPS.

W grupie pacjentek z OAB wystąpiły statystycznie niższe wartości saturacji O₂, niższe wartości desaturacji < 90%, dłuższy czas snu, więcej subiektywnych zaburzeń snu. Nasilenie objawów OAB nie przekłada się na nasilenie objawów OBPS. Objawy OAB mają wpływ na nasilenie objawów bezsenności i zaburzeń jakości snu u kobiet. Pacjentki z OAB mają wyższe ryzyko wystąpienia depresji i uzależnienia od nikotyny. OAB jako schorzenie uroginekologiczne może być powiązane z ogólnie gorszym stanem zdrowia psychicznego i somatycznego.

W dyskusji wyniki zostały omówione w odniesieniu do dostępnego piśmiennictwa. Zwrócono uwagę na fakt, że przeprowadzone badanie jest jednym z niewielu oceniającym związek OAB z OBPS. Świadomość wysokiej częstości występowania OBPS w stopniu umiarkowanym i ciężkim u kobiet z OAB może skutkować proponowaniem tym pacjentkom diagnostyki w kierunku obturacyjnego bezdechu podczas snu. Wdrożenie takich działań będzie prowadzić do zwiększenia odsetka pacjentek otrzymujących właściwe leczenie i poprawić komfort życia i ogólny stan zdrowia kobiet z OAB.