

Г.Р. Касян, Ю.А. Куприянов, Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА

Методические рекомендации № 13



Москва 2019

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

Департамент здравоохранения города Москвы

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист -уролог
Департамента здравоохранения
города Москвы
д.м.н., профессор Д.Ю. Пушкарь

«26» марта 2019 года

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы



«26» марта 2019 года

Синдром гиперактивного мочевого пузыря
в клинической практике врача-уролога

Методические рекомендации *№13*

УДК 616.62-008.22

ББК 56.9

Учреждение-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

Составители: доктор медицинских наук, профессор Касян Геворг Рудикович; кандидат медицинских наук Куприянов Юрий Александрович; доктор медицинских наук Ходырева Любовь Алексеевна; кандидат медицинских наук Дударева Анна Анатольевна.

Рецензенты: Котов С. В., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии, руководитель университетской клиники урологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; Зингеренко М.Б., доктор медицинских наук, заведующий урологическим отделением ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ».

Данные методические рекомендации предназначены для врачей-урологов, аспирантов и ординаторов, обучающихся по специальности «урология», студентов медицинских вузов старших курсов.

Синдром гиперактивного мочевого пузыря оказывает крайне негативное влияние на качество жизни урологического пациента, в связи с этим чрезвычайно актуальным является качественное обследование и адекватный выбор лечебной тактики больных с этим расстройством.

В методических рекомендациях подробно изложены методы диагностики и лечения гиперактивного мочевого пузыря. Также рассмотрены вопросы стандартизации терминологии симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут персональную ответственность за представленные в учебно-методических рекомендациях данные.

© Г.Р. Касян, Ю.А. Куприянов, Л.А. Ходырева, А.А. Дударева, 2019

© ИД «АБВ-пресс», 2019

СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА

Методические рекомендации № 13

Москва 2019

Содержание

| | |
|--|----|
| Список сокращений | 6 |
| Введение | 7 |
| Определение | 8 |
| Эпидемиология | 9 |
| Этиопатогенез | 10 |
| Нейрогенная теория | 10 |
| Миогенная теория | 10 |
| Уротелиальная гипотеза | 10 |
| Факторы риска | 11 |
| Возраст | 11 |
| Курение | 11 |
| Ожирение | 11 |
| Диета | 11 |
| Мочевая инфекция | 12 |
| Гормональный дисбаланс | 12 |
| Терминология | 13 |
| Диагностика гиперактивного мочевого пузыря | 14 |
| Оценка общего состояния | 14 |
| Анамнез | 14 |
| Предшествующее лечение | 14 |
| Сопутствующие заболевания | 14 |
| Оценка образа жизни | 15 |
| Дневник мочеиспускания | 15 |
| Ноктурия и ночная полиурия | 16 |
| Опросники | 16 |
| Лабораторная диагностика | 17 |
| Анализ мочи | 17 |
| Анализ крови | 18 |
| Осмотр больных | 18 |
| Неврологическое обследование | 18 |
| Цистоскопия | 19 |
| Ультрасонография | 19 |

| | |
|---|----|
| Уродинамическое исследование..... | 20 |
| Неинвазивная уродинамика..... | 20 |
| Инвазивная уродинамика..... | 21 |
| Лечение..... | 24 |
| Поведенческая терапия и тренировка мочевого пузыря..... | 24 |
| Коррекция питьевого режима..... | 24 |
| Медикаментозное лечение..... | 24 |
| Антимускариновые препараты..... | 24 |
| Бета-3-агонисты..... | 28 |
| Аналоги вазопрессина..... | 28 |
| Внутрипузырные инъекции ботулинотоксина типа А..... | 29 |
| Нейромодуляция..... | 30 |
| Сакральная нейромодуляция..... | 30 |
| Тиббиальная нейромодуляция..... | 30 |
| Кишечные мочевые резервуары..... | 30 |
| Заключение..... | 32 |
| Список литературы..... | 33 |
| Приложения..... | 34 |
| Приложение 1..... | 34 |
| Приложение 2..... | 36 |

Список сокращений

БТА – ботулотоксин типа А

ГАМП – гиперактивный мочевой пузырь

ИВО – инфравезикальная обструкция

НМП – нижние мочевыводящие пути

ICS (The International Continence Society) – Международное общество по проблемам континенции

Введение

В последние годы в Москве отмечен неуклонный рост числа пациентов, обращающихся к урологу по поводу так называемого синдрома гиперактивного мочевого пузыря. В связи с крайне негативным влиянием заболевания на качество жизни пациента своевременная диагностика и адекватный выбор урологом лечебной тактики играют ключевую роль.

Представленные методические рекомендации включают описание этиологии и патогенеза, основных принципов диагностики и современных методов лечения данной категории больных. Представленный единый алгоритм тактики ведения пациентов с синдромом гиперактивного мочевого пузыря основан на научных данных с использованием стандартной терминологии и стандартных технических приемов, что может облегчить урологу оказание высококвалифицированной специализированной помощи. Методические рекомендации созданы для использования в качестве практических инструкций для применения в урологических амбулаториях и клиниках города Москвы.



Д.Ю. Пушкарь,
профессор, главный уролог ДЗ г. Москвы

Определение

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – это симптоматический синдром, включающий urgentные позывы к мочеиспусканию с эпизодами недержания мочи или без них, обычно сопровождающийся учащенным мочеиспусканием и ноктурией, при отсутствии доказанной инфекции мочевых путей или другой очевидной патологии нижнего отдела мочевых путей (НМП).

По МКБ-10 ГАМП является отдельным синдромом и кодируется как незаторможенный мочевой пузырь, не классифицированный в других рубриках N31.0.

Эпидемиология

Гиперактивный мочевой пузырь – широко распространенный синдром. По данным Международного общества по удержанию мочи симптомы ГАМП имеются у 17 % взрослого населения Европы. Необходимо отметить, что ГАМП без недержания мочи («сухой ГАМП») отмечается у 7,6 % женщин, а ГАМП в сочетании с ургентным недержанием мочи – у 9,3 %. На данный момент распространенность ГАМП в мире растет с каждым годом в связи с увеличением числа пожилых людей: в 2008 г. заболевание наблюдалось у 11 % пациентов, а в 2019 г. по прогнозам их число увеличится до 20 %, или 546 млн человек. Однозначных данных по распространенности ГАМП в России нет, однако принято считать, что она аналогична таковой в европейских странах.

Несмотря на то, что ГАМП чаще диагностируют в пожилом возрасте, его симптомы встречаются и у лиц других возрастных групп. Наибольшее число больных с ГАМП отмечено в возрасте старше 40 лет. В свою очередь, у мужчин старше 60 лет четко прослеживается тенденция к увеличению заболеваемости, а у женщин, напротив, – к снижению. Таким образом, ГАМП достаточно распространенный клинический синдром, встречающийся в различных возрастных группах и приводящий к физической и социальной дезадаптации.

Этиопатогенез

Достоверно установлено, что в основе развития ГАМП лежат нейрогенные и не нейрогенные факторы. Нейрогенные нарушения происходят на уровне супраспинальных центров нервной системы и проводящих путей спинного мозга, а не нейрогенные нарушения – вследствие возрастных изменений детрузора, инфравезикальной обструкции (ИВО) и анатомических изменений положения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря. В настоящее время выделяют 3 основные теории развития ГАМП.

Нейрогенная теория

Снижение центрального ингибирующего эффекта на рефлекс мочеиспускания, например, как следствие нарушения кровоснабжения головного мозга (инсульт), повреждения аксональных путей и потери периферического ингибирующего влияния при спинальной травме или рассеянном склерозе, усиление процессов нейротрансмиссии в звеньях рефлекса приводят к детрузорной гиперактивности, согласованной с сокращением сфинктера, и недостаточному подавлению рефлекса мочеиспускания из-за снижения волевого контроля за актом мочеиспускания (незаторможенный нейрогенный мочевой пузырь).

Миогенная теория

Спонтанная генерация потенциала действия достаточно ограничена в гладких мышцах мочевого пузыря, но при его частичной денервации потенциал действия может передаваться от клетки к клетке, вызывать микросокращения в гладкомышечных клетках детрузора, что дает толчок к повышению внутрипузырного давления и стимуляции афферентных рецепторов детрузора. Триггером также может служить повреждение ингибирующих путей в центральной нервной системе, сенситизация периферических афферентных нервных окончаний и денервация как следствие возрастных изменений или периферической нейропатии при сахарном диабете, ишемии гладкомышечных клеток мочевого пузыря.

Уротелиальная гипотеза

Изменение чувствительности и взаимодействия уротелия и миоцитов вызывают аномальные сокращения детрузора. Уротелий играет большую роль, чем просто пассивный барьер, это активная секреторная ткань, которая может реагировать на различные раздражители путем высвобождения медиаторов. Кроме того, уротелий может активировать афферентные нервы, поскольку является интегральной частью «афферентной сети» для выполнения координированной функции мочевого пузыря.

Факторы риска

Существуют многочисленные факторы риска развития ГАМП, самыми распространенными из которых являются возраст, курение, ожирение, потребление газированных и содержащих кофеин напитков, снижение потребления овощей, фруктов и хлеба, повышение потребления мяса крупного рогатого скота и, как следствие, снижение потребления куриного мяса, сахарный диабет, инфекции мочевых путей.

Возраст

Немаловажным фактором риска развития ГАМП является возраст. С возрастом снижается максимальная емкость мочевого пузыря, скорость мочеиспускания, увеличивается ургентная симптоматика за счет возрастных изменений сосудистой и нервной систем НМП.

Курение

Повышение вероятности возникновения ГАМП у курильщиков связано с индуцированными никотином фазными сокращениями детрузора, антиэстрогенным эффектом никотина на мочевой пузырь и уретру (у женщин), а также с нарушением синтеза коллагена.

Ожирение

Повышение интраабдоминального и интравезикального давления наблюдается при ожирении. Это, в свою очередь, приводит к нарушению функции мочевого пузыря путем хронического воздействия на нервы органов малого таза.

Раздражающее действие на мочевой пузырь оказывают газированные и другие искусственные напитки, в которых содержатся различные красители, консерванты и кофеин, увеличивающие диурез.

Диета

Уменьшение потребления овощей и фруктов – важных источников минералов и витаминов – приводит к снижению содержания растительных волокон в пище и, как следствие, к хроническим запорам и растяжению толстого кишечника, что, в свою очередь, может влиять на функцию нервной системы органов таза.

Значительное количество животных жиров содержится в мясе крупного рогатого скота (по сравнению с куриным). Частое потребление такого мяса обуславливает развитие гиперлипидемии и, как следствие, атеросклероза сосудов и ишемии

различных органов и систем, в том числе и мочевого пузыря. Подобный механизм может лежать в основе развития ГАМП при сахарном диабете.

Мочевая инфекция

Гиперактивный мочевой пузырь является диагнозом исключения. Ургентные позывы и ургентное недержание мочи возникают часто при наличии мочевой инфекции. Это состояние не может быть расценено как ГАМП, а является симптоматическим ургентным недержанием или симптоматической ургентностью, вызванной воспалением слизистой мочевого пузыря. Риск возникновения ургентного недержания мочи в половине случаев увеличивают инфекции мочевых путей.

Существуют доказательства того, что в патогенезе хронических воспалительных заболеваний мочевого пузыря первым шагом может быть потеря гликозаминогликанов слизистого слоя с последующим нарушением функции органа, проявляющимся повышенной сократительной функцией детрузора. При наличии рецидивирующих инфекционно-воспалительных процессов биологически активные вещества, воздействуя на определенные рецепторы, способствуют развитию патологически повышенной чувствительности мочевого пузыря и сокращению его гладкой мускулатуры за счет раздражения С-волокон.

Гормональный дисбаланс

Гипоэстрогенное состояние у женщин и урогенитальная атрофия в постменопаузе является одним из значительных факторов риска развития ГАМП.

Терминология

Различия в применении терминов могут привести к снижению объективности коммуникации, как в научной работе, так и при общении с пациентами. Мы определяем и рекомендуем стандартную терминологию с целью достижения единообразия, особенно в научной сфере.

Ургентность – внезапный повелительный трудно сдерживаемый позыв к мочеиспусканию, требующий неотлагательных действий.

Учащенное мочеиспускание (поллакиурия) – жалоба пациента, который считает, что мочится слишком часто. Таким образом, учащенное мочеиспускание – это субъективная оценка пациентом частоты своих мочеиспусканий, норм по частоте мочеиспусканий нет.

Ноктурия – жалоба пациента, который вынужден просыпаться ночью 1 и более раз для осуществления мочеиспускания.

Недержание мочи – жалоба на любое непроизвольное выделение мочи.

Стрессовое недержание мочи – жалоба на непроизвольное выделение мочи при физическом усилии, кашле, чихании.

Ургентное недержание мочи – жалоба на непроизвольное выделение мочи, связанное с повелительными (ургентными) позывами к мочеиспусканию.

Парадоксальная ишурия – недержание мочи от переполнения мочевого пузыря.

Нейрогенный гиперактивный мочевой пузырь – клинический синдром, включающий ургентное (повелительное) мочеиспускание с ургентным недержанием мочи или без такового, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием и ноктурией, вызванный неврологическими нарушениями.

Нейрогенная гиперактивность детрузора – уродинамический феномен, проявляющийся сокращением мочевого пузыря во время фазы наполнения, вызванным неврологическими нарушениями.

Диагностика гиперактивного мочевого пузыря

Оценка общего состояния

Опрос больного необходимо начинать с выяснения жалоб. Клинические проявления ГАМП могут включать следующие симптомы: ургентное (повелительное, или императивное) мочеиспускание с ургентным недержанием мочи или без такового, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием и ноктурией (рис. 1). Пациенты с ГАМП также могут отмечать расстройства опорожнения мочевого пузыря – затрудненное мочеиспускание, длительный период времени от появления позыва до акта мочеиспускания, а также боль в нижних отделах живота.

Анамнез

Предшествующее лечение

Необходимо подробно узнать, как начиналось заболевание, когда впервые пациент обратился к врачу, какое проводилось консервативное и хирургическое лечение, его эффективность и побочные эффекты.

Сопутствующие заболевания

Особое внимание при диагностике ГАМП следует уделить возрасту возникновения симптомов (период жизни), наличие симптомов со стороны толстого кишечника, сексуальной функции и нервной системы.



Рис. 1. Комплекс симптомов ГАМП

Необходимо уточнить семейный анамнез, акушерско-гинекологический анамнез, а также наличие в анамнезе травм головного и спинного мозга, наличие симптомов неврологических заболеваний (головокружение, шум в ушах, нарушение координации), которые могут сопровождаться симптомами ГАМП. Выяснить, какие медикаментозные препараты принимает пациент по поводу других заболеваний. Важно понимать, способствуют ли эти препараты возникновению недержания мочи.

Оценка образа жизни

Необходимо оценить социальную, физическую активность пациента (характер работы, занятия спортом, курение, количество потребляемой жидкости/пищи). Следует также оценить когнитивные функции, желание пациента лечиться, цели лечения и ожидаемые результаты. Иногда пациенту или пациентке очень сложно рассказать о нарушении акта мочеиспускания, поэтому для оценки жалоб используются различные опросники и дневник мочеиспускания.

Дневник мочеиспускания

Дневник мочеиспускания является обязательным этапом диагностики ГАМП во всех урологических амбулаториях и стационарах г. Москвы.

Сегодня в литературе и электронных источниках представлено множество вариантов дневников мочеиспускания, которые можно использовать в практике. Дневник мочеиспусканий ведется не менее 3 дней. За это время вносятся данные относительно времени и объема мочеиспусканий (например: 8.00–180 мл мочи), а также времени, объема и характера выпитой жидкости (например: 9.15–200 мл – кофе), времени отхода ко сну и пробуждения, использования урологических прокладок, наличия urgentных позывов к мочеиспусканию и эпизодов недержания мочи. Это позволяет рассчитать суточный и ночной диурез, определить наличие или отсутствие ноктурии и никтурии, частоту мочеиспусканий и объем каждого мочеиспускания, тем самым объективно оценить клиническую картину заболевания (табл. 1). В дополнение учитываются эпизоды потери мочи, их значительность, неудержимые позывы, а также все другое, что пациенты могут считать важным.

Таблица 1. Дневник мочеиспусканий

| Время | Мочеиспускание | Недержание | Прием жидкости | Пометки |
|-------|----------------|------------|----------------|---------|
| 8–15 | 150 мл | | | |
| 10–00 | | | 200 мл чая | |
| 10–30 | | X | | |

Являясь предельно простым инструментом обследования, дневник мочеиспускания отвечает на множество вопросов, связанных с ГАМП. В первую очередь это позволяет врачу и пациенту «разговаривать на одном языке». Так, например, если пациент предъявляет жалобы на «учащенное мочеиспускание, объемом до 50 мл», то врачу прежде всего необходимо знать, какую частоту выведения мочи больной считает патологической и каков действительный объем тех «50 мл» мочи.

Ноктурия и ночная полиурия

Жалобы на мочеиспускание в ночное время, происходящее с прерыванием сна, называют ноктурией. При помощи дневника мочеиспускания можно определить объем мочи, выделяемой ночью. Этот объем измеряется с момента, когда пациент ложится в постель с намерением уснуть, и до того момента, когда больной, просыпаясь, встает с постели. При этом не учитывается последнее мочеиспускание перед сном, но учитывается объем утренней мочи. Довольно часто пациенты пожилого возраста, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, ночным апноэ, храпом, либо чрезмерно принимающие жидкость в ночное время, отмечают ночную полиурию, выражающуюся увеличением количества мочи в ночное время. Учащенное мочеиспускание ночью у таких больных вызвано большим объемом образуемой мочи (более 1/3 от суточного диуреза), а не связано с изменениями со стороны мочевого пузыря и уретры. Если мочеиспускание возникает ночью при сохраненном соотношении дневного и ночного диуреза, его называют ночной поллакиурией.

Опросники

Разработано множество опросников, посвященных оценке ГАМП. Некоторые из них разработаны как для оценки степени выраженности ургентной составляющей недержания мочи, так и для оценки качества жизни данной категории пациентов, например популярные валидные опросники The Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q), Urgency, Severity and impact Questionnaire (USIQ), The King's Health Questionnaire.

Опросник OAB-q представлен оригинальной полной формой из 33 вопросов, 8 из которых посвящены оценке симптомов, а остальные 25 – качеству жизни больных (оценка уровня тревожности, психологической адаптации, тест социального взаимодействия, качества сна). Тест качественно оценивает клиническую картину в динамике, он также может применяться у пациентов с ГАМП, недержанием мочи и в группах сравнения. Разработана короткая валидная форма этого опросника – The Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-q SF), состоящая из 6 или 13 пунктов. **Этот опросник рекомендован для использования в урологических поликлиниках и стационарах для диагностики ГАМП (приложение 1).**

Опросник USIQ разработан в 2009 г. на основе предшествующих версий, является наиболее полным и адекватным для применения в клинической практике. Тест

представлен 13 вопросами. Первая часть состоит из 5 пунктов по шкале симптомов ГАМП, Вторая часть представлена 8 пунктами, созданными на основе модифицированной и адаптированной шкалы опросника Urinary Impact Questionnaire. В дополнение во второй части опросника предусмотрена оценка данных пунктов по 10-балльной шкале Likert scale, от 0 (отсутствие влияния) до 10 (сильное влияние симптома).

Опросник King's Health Questionnaire ориентирован как на оценку выраженности различных расстройств мочеиспускания (частота, ноктурия, urgenность, стрессовое недержание мочи, ночное недержание мочи, болевой синдром, недержание мочи при половом акте), так и на определение качества жизни (ролевые, социальные, психологические барьеры, эмоции, состояние режима сна-бодрствования).

Ургентное мочеиспускание может сочетаться с обструктивным мочеиспусканием, поэтому таким пациентам следует заполнять вопросник с системой баллов IPSS. Опросник IPSS состоит из 7 вопросов, из которых 3 (количество дневных мочеиспусканий, ночных мочеиспусканий, ургентных позывов) относятся к симптомам раздражения, что свидетельствует о гиперактивности детрузора. Другие 4 вопроса относятся к обструктивным симптомам и могут быть следствием ИВО или нарушения сократимости детрузора.

Лабораторная диагностика

Гиперактивный мочевой пузырь проявляется симптомами, которые могут быть не только следствием разных урологических и не урологических заболеваний. Разрабатываемые в настоящее время биомаркеры ГАМП не имеют пока клинического применения.

Диагностика ГАМП включает 2 этапа. На первом этапе проводится исключение других заболеваний, которые проявляются ургентным мочеиспусканием. На втором этапе определяется форма ГАМП. Согласно рекомендациям Международного общества по континенции (The International Continence Society, ICS) ГАМП может быть обусловлен нейрогенной гиперактивностью, когда у пациента имеется установленная неврологическая патология, или идиопатической гиперактивностью, когда причина последнего неясна.

Анализ мочи

Первичное обследование пациента с подозрением на ГАМП должно включать анализ мочи для исключения острых и хронических заболеваний мочевого пузыря, уретры, предстательной железы.

Повышенная чувствительность пузыря при воспалительных процессах НМП может быть причиной возникновения жалоб, характерных для ГАМП. Микроскопический анализ мочи и бактериологический посев мочи являются стандартом при диагностике воспалительных процессов. Бактериологический анализ в этом случае

должен быть проведен пациентам с изменениями в общем анализе мочи. При нормальном общем анализе мочи бактериологическое исследование мочи следует проводить лишь в исключительных случаях, когда клиническая картина не позволяет исключить воспаление мочевого пузыря.

Таким образом, у больных с ГАМП и сопутствующей мочевой инфекцией необходимо устранить проявления инфекции, после чего оценить динамику клинической картины.

Лечение бессимптомной бактериурии у пожилых пациентов с целью устранения недержания мочи не оправдано.

Анализ крови

Значение имеет уровень глюкозы в крови. Повышенный уровень глюкозы свидетельствует о сахарном диабете, который, сопровождаясь полиурией, приводит к учащенному дневному и ночному мочеиспусканию. У женщин постменопаузального возраста часто отмечается снижение эстрогенов в крови. Зуд и жжение в половых органах при гипэстрогемии часто сопровождается учащенным мочеиспусканием, что может ошибочно расцениваться как ГАМП.

Осмотр больных

У женщин при подозрении на ГАМП необходимо проводить осмотр в гинекологическом кресле, осмотр влагалища, шейки матки в зеркалах. При этом нужно обратить внимание на мышцы тазового дна, их тонус, анатомическое положение передней и задних стенок влагалища и матки, способность их к сокращению, что также может являться причиной ГАМП. Проводится кашлевой тест для выявления непроизвольных сокращений детрузора, вызванных повышением внутрибрюшного давления или сопутствующего стрессового недержания мочи. В некоторых случаях положительный кашлевой тест может быть обусловлен стрессиндуцированной гиперактивностью детрузора, которая возникает из-за сокращения мочевого пузыря вслед за повышением внутрибрюшного давления.

При влагалищном исследовании важно оценить состояние слизистой оболочки влагалища и наружных половых органов. Наличие атрофических изменений говорит в пользу локальной эстрогенной недостаточности, что, в свою очередь, может быть причиной возникновения симптомов ГАМП. При этом целесообразно взять мазки из влагалища и цервикального канала и провести их микроскопическое изучение. Осмотр мужчин осуществляется в рамках стандартного урологического протокола.

Неврологическое обследование

Неврологическое обследование имеет исключительное значение при диагностике ГАМП. Следует определить возможность больного ориентироваться в пространстве и времени, отношение к собственному состоянию, память, внимание.

Важно оценить сохранность сенсорной чувствительности в области промежности, бедер, перианальной области. Снижение или полная утрата чувствительности может свидетельствовать о генерализованной периферической нейропатии, поражении спинного мозга.

Также необходимо провести исследование ряда рефлексов. Повышение активности глубоких сухожильных рефлексов указывает на повреждение нервных путей от головного до передних рогов спинного мозга (рефлекс Бабинского). Определение анального и бульбокавернозного рефлексов позволяет оценить сохранность спинномозгового рефлекса на уровне крестцового отдела спинного мозга.

Анальный рефлекс определяется легким прикосновением к кожно-слизистому переходу ануса, что в норме вызывает рефлекторное сокращение анального сфинктера. Бульбокавернозный или клиторный рефлекс определяют как сокращение анального сфинктера и мышц тазового дна в ответ на сжатие пальцами клитора или головки полового члена.

Симптомы ГАМП часто являются следствием неврологических заболеваний, а иногда могут быть их дебютным проявлением.

При наличии неврологического заболевания, которое может быть причиной симптомов со стороны НМП, следует говорить о нейрогенном ГАМП.

Цистоскопия

Эндоскопическое исследование НМП рекомендуется:

- если при первоначальном обследовании выявлена другая патология, например гематурия;
- если при наличии боли или дискомфорта в области мочевого пузыря у пациентов с ГАМП эндоскопия позволяет выявить поражение слизистой опухолью или наличие камней, что может являться причиной дизурии;
- при необходимости исключения экстрауретрального недержания мочи.

В ходе проведения цистоскопии при ГАМП можно наблюдать трабекулярность слизистой оболочки мочевого пузыря, возникающую вследствие повышения тонуса детрузора в ответ на быстрое наполнение мочевого пузыря или функционально-органических изменений детрузора.

Ультрасонография

Визуализация НМП и органов малого таза рекомендована в случае, когда при первоначальном обследовании есть подозрение на сопутствующую патологию данной области. Начальным этапом может являться ультразвуковое исследование или обзорная рентгенография.

Ультрасонографическое исследование выполняется с целью выявления структурных изменений почек, мочевого пузыря, предстательной железы (инородных объектов в мочевом пузыре, доброкачественной гиперплазии предстательной железы), а также для определения остаточной мочи. **Определение остаточной мочи, согласно рекомендациям ICS, является рутинным скрининговым тестом у всех пациентов с недержанием мочи.** Наименее инвазивным при этом считается выполнение абдоминальной ультрасонографии.

Особое внимание необходимо уделять больным с нарушением опорожнения мочевого пузыря, а также тем, кто принимает препараты, которые могли бы вызвать нарушения мочеиспускания или усугубить его. В данном случае показан мониторинг остаточного объема мочи.

Визуализация верхних мочевых путей рекомендована при наличии:

- гематурии/боли в пояснице;
- нейрогенного ГАМП и недержания мочи (при миелодисплазиях, травмах спинного мозга);
- недержания мочи, ассоциированного с большим количеством остаточной мочи;
- выраженного пролапса тазовых органов;
- результатов уродинамического исследования, свидетельствующих о низком комплаенсе мочевого пузыря;
- необходимости исключения экстрауретрального недержания мочи.

Уродинамическое исследование

Назначение уродинамического исследования позволяет оценить состояние НМП и сформулировать дальнейший план обследования и лечения пациента.

Врач при проведении уродинамического исследования НМП у больного с ГАМП должен:

- убедиться, что исследование воспроизводит симптомы больного;
- интерпретировать результаты в контексте клинических данных;
- проверить качество зарегистрированных данных;
- помнить о возможной вариабельности результатов у одного и того же больного.

Неинвазивная уродинамика

К неинвазивным тестам относятся все уродинамические исследования, выполняемые без введения пациенту катетеров или датчиков (урофлоуметрия, определение объема остаточной мочи). Урофлоуметрия оценивает эвакуаторную функцию мочевого пузыря – мочеиспускание, и выполняется при естественном позыве мочиться в спокойной обстановке без присутствия медперсонала. В случае диагностики ГАМП урофлоуметрия может быть полезной для исключения расстройств опорожнения

мочевого пузыря как причины ГАМП, в частности, у мужчин со смешанными симптомами НМП. Прерывистое мочеиспускание с падением объемной скорости мочеиспускания позволяет заподозрить детрузорно-сфинктерную диссинергию.

Урофлоуметрия дополняется определением остаточной мочи ультразвуковым методом. Необходимо помнить, что выявление объема остаточной мочи менее 40 % всего объема мочи в мочевом пузыре (перед мочеиспусканием) следует расценивать как вариант нормы.

Инвазивная уродинамика

Инвазивное уродинамическое исследование (цистометрия) является стандартом диагностики гиперактивности детрузора. По данным цистометрии наполнения также можно отметить повышение чувствительности мочевого пузыря, снижение COMPLAINT (растяжимости) мочевого пузыря и значений максимальной цистометрической ёмкости.

Рутинное исследование уродинамики при решении в пользу проведения консервативного лечения ГАМП у женщин нецелесообразно.

Выполнение инвазивного уродинамического исследования показано:

у женщин

- при наличии клинически значимых симптомах ГАМП, в том числе ургентного недержания мочи, не поддающихся поведенческой и/или медикаментозной коррекции;
- в рамках начальной и долгосрочной программы наблюдения при некоторых типах нейрогенной дисфункции НМП (например, при рассеянном склерозе);
- в случае, когда результаты исследования могут изменить выбор инвазивного метода лечения.

у мужчин

- при любом типе недержания мочи;
- при функциональном объеме мочеиспускания <150 мл, что не позволяет оценить данные урофлоуметрии;
- при обструктивном мочеиспускании в сочетании с ГАМП.

Инвазивное уродинамическое исследование включает цистометрию наполнения и опорожнения. Цистометрия наполнения – исследование измерения давления во время ретроградного наполнения жидкостью мочевого пузыря. В норме давление в мочевом пузыре равномерно нарастает по мере его заполнения и не повышается резко вне зависимости от воли пациента. При произвольном повышении давления детрузора, сопровождающимся позывом к мочеиспусканию, диагностируется гиперактивность детрузора. Данный процесс может сопровождаться потерей мочи, механизм которой представлен на рис. 2.

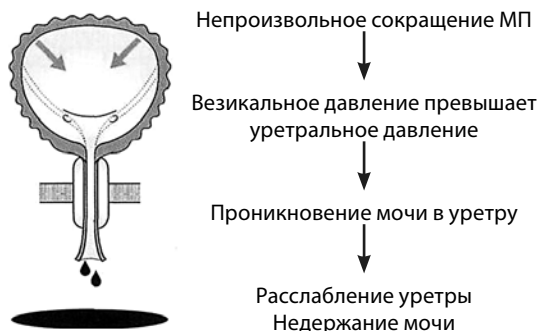


Рис. 2. Механизм недержания мочи вследствие гиперактивности детрузора

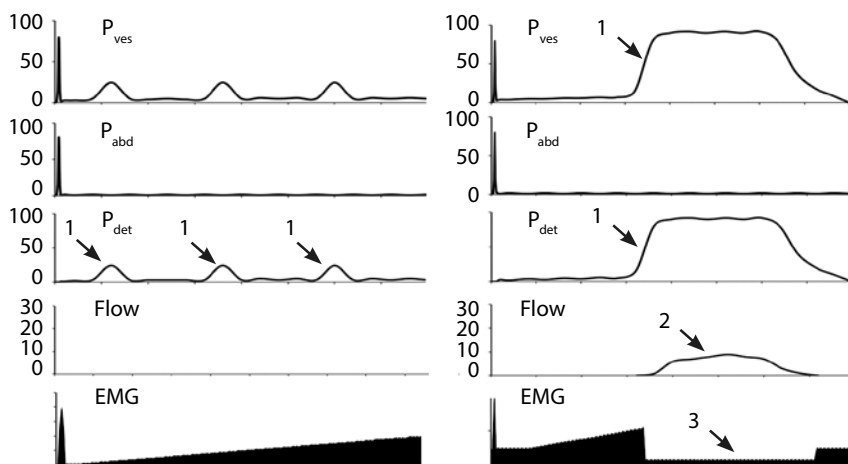


Рис. 3. Цистометрия при ГАМП: anomальные сокращения мочевого пузыря (МП) при его наполнении (фазовая и терминальная гиперактивность детрузора)

Гиперактивность детрузора – непроизвольное повышение детрузорного давления во время фазы наполнения мочевого пузыря. Она может быть:

- фазовая – повторяющиеся волны повышения давления детрузора;
- терминальная – повышение давления детрузора по достижении уровня цистометрической емкости, при котором происходит потеря мочи (рис. 3);
- стрессиндуцированная – повышение давления детрузора при резком повышении внутрибрюшного давления (рис. 4). Изменение положения тела (из горизонтального в вертикальное) также может являться триггером повышения давления детрузора.

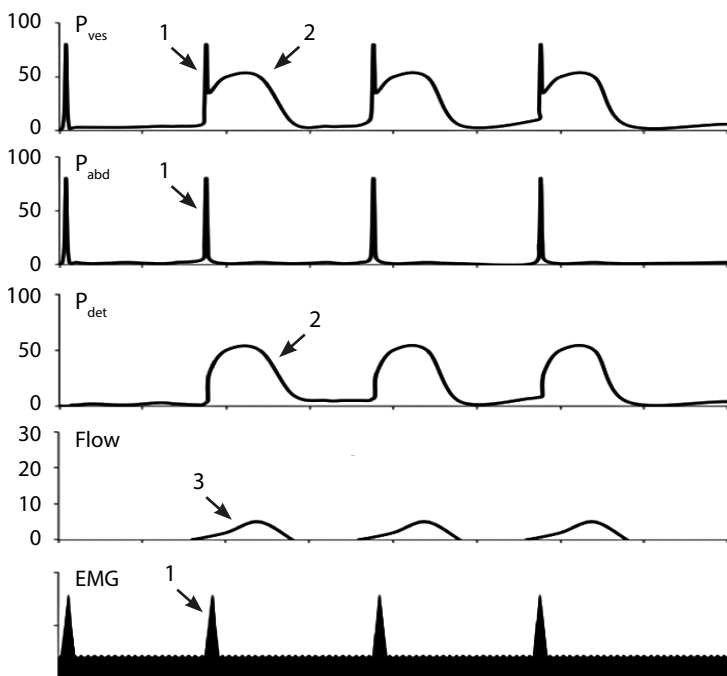


Рис. 4. Цистометрия при ГАМП: аномальные сокращения мочевого пузыря при его наполнении после кашлевого теста

Важным аспектом является определение детрузорного давления потери мочи – давления детрузора, при котором происходит непроизвольная потеря мочи. При значениях >40 см H_2O повышается риск нарушения функции верхних мочевых путей (вследствие потенциального возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса), что необходимо учитывать при планировании дальнейшей тактики ведения.

Исследование давление/поток также представляет ценность при наличии смешанных симптомов со стороны НМП для исключения ИВО и характеристики сократительной способности детрузора. Наличие ИВО требует исключения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, стриктур уретры, пролапса тазовых органов, а также наличия диссинергии уретрального сфинктера.

Лечение

Поведенческая терапия и тренировка мочевого пузыря

Поведенческая терапия при лечении ГАМП направлена на формирование новой модели мочеиспускания или восстановление прежней, при которой этот процесс вновь становится контролируемым для больного.

Анализируя данные дневника мочеиспусканий вместе с пациентом, врач должен обратить внимание на эпизоды с наиболее продолжительным промежутком времени между мочеиспусканиями и максимальным объемом выделенной мочи. Пациента необходимо уверить, что если такие эпизоды мочевыделения возможны, то нет анатомических предпосылок для более частого мочеиспускания небольшими порциями. Врач вместе с пациентом определяет минимальный промежуток времени, который необходимо соблюдать между мочеиспусканиями, например, каждые 2 ч, не раньше. Такой режим соблюдается в течение 2 нед, далее при успешном выполнении этого условия промежуток между мочеиспусканиями удлиняется каждую неделю на 15 мин, пока не достигнет 3- или 4-часового интервала. В случае возникновения повелительных позывов к мочеиспусканию необходимо сформировать такую модель поведения, которая позволит пациенту контролировать позыв, отсрочить мочеиспускание до удобного момента.

Коррекция питьевого режима

Страдая недержанием мочи и/или учащенным мочеиспусканием, пациенты часто сами ограничивают количество принимаемой жидкости, стараясь таким образом уменьшить произвольную потерю мочи. Для уменьшения частоты мочеиспусканий в ночное время необходимо ограничить прием жидкости как минимум за 4 ч до сна. Характер принимаемой жидкости является важным фактором, увеличивающим интенсивность ургентных позывов и количество образуемой мочи. Так, кофеинсодержащие жидкости (кофе, чай, кока-кола и др.) не только обладают слабым диуретическим действием, но и учащают мочеиспускание. Прием подобных напитков должен быть ограничен 1–2 чашками в день.

Медикаментозное лечение

Антимускариновые препараты

Антимускариновые (антихолинергические) препараты в настоящее время служат основой лечения ГАМП и ургентного недержания мочи. Главными целями

фармакологической терапии ГАМП является облегчение симптомов и улучшение качества жизни пациентов. Клинические рекомендации Российского общества урологов и Европейской ассоциации урологов рекомендуют использовать для лечения ГАМП антимускариновые препараты, поскольку основная задача фармакологической терапии – подавить сокращения мочевого пузыря в фазе наполнения, снизить афферентную импульсацию и увеличить емкость мочевого пузыря. Мишенями лекарственного воздействия являются гладкомышечные клетки мочевого пузыря и детрузора, эфферентные (моторные) нервы, афферентные (чувствительные) нервы и центральная нервная система. Назначение антимускариновых препаратов позволяет снизить выраженность симптомов ГАМП на 70–80 % за счет нарушения передачи ацетилхолинового сигнала к гладкомышечным клеткам мочевого пузыря, так как они блокируют M2- и M3-холинорецепторы детрузора, за счет чего подавляется его патологическая сократительная способность в фазе наполнения мочевого пузыря.

Существует ряд сложностей в лечении данного синдрома у некоторых групп пациентов. В частности, у женщин с пролапсом тазовых органов, стрессовым недержанием мочи или мочеполовым менопаузальным синдромом, а также у пациентов с риском когнитивных нарушений или у наиболее уязвимых пожилых пациентов с большим количеством хронических заболеваний.

Оксибутинин

Среди антихолинергических препаратов со смешанным типом действия наиболее известным является оксибутинин, назначаемый в дозе от 2,5 до 5 мг 3–4 раза в день. Изначально препарат был создан для лечения гипербильности желудочно-кишечного тракта. В настоящее время препарат широко используется для лечения ГАМП и императивного недержания мочи. Несколько системных побочных эффектов связано с антимускариновым действием препарата, например сухость слизистых оболочек, запоры. Препарат применяется с осторожностью у пациентов, страдающих когнитивными расстройствами. Оксибутинин разрешен для применения у детей с недержанием мочи. Препарат короткого действия.

Толтеродин

Первый препарат из группы антимускариновых, который был разработан специально для лечения ГАМП. Толтеродин был первым препаратом, который в условиях *in vivo* имел большее сродство к M-холинорецепторам мочевого пузыря, чем к подобным рецепторам слюнных желез. Применяется в дозе 2–4 мг/сут. Препарат короткого действия.

Тропия хлорид

Тропия хлорид – четвертичное аммониевое производное нортропанола. Принципиальным преимуществом тропия хлорида является неспособность проникать

через гематоэнцефалический барьер, что делает его свободным от побочных эффектов холинолитиков, связанных с когнитивными нарушениями. Троспия хлорид – титруемый препарат, может назначаться в дозе от 15 до 60 мг в день (2–3 раза в день). Препарат короткого действия.

Фезотеродин

Фезотерадин – селективный пролонгированный препарат, выпускаемый в дозах 4 мг и 8 мг. Препарат эффективен у пациентов вне зависимости от пола и возраста и в меньшей степени по сравнению с толтероидом вызывает запоры. Обладая низкой липотропностью, фезотерадин не проникает через гематоэнцефалический барьер и не вызывает расстройств памяти у пожилых больных. Это единственный антимускариновый препарат, который по классификации FORTA (классификация препаратов для лечения пожилых пациентов) обладает рангом В (beneficial = полезный, т. е. лекарства с доказанной или очевидной эффективностью у пожилых пациентов и высокой безопасностью).

Солифенацин*

Солифенацин является селективным пролонгированным холинолитиком с минимальными побочными действиями. Обладает особой фармакокинетикой, характеризующейся длительным периодом полураспада и 90 % биодоступностью. Применяется 1 раз в день в дозе 5 или 10 мг.

Применение антимускариновой терапии

- Лечение взрослых пациентов с ургентным недержанием мочи рекомендуется начать с назначения М-холиноблокаторов короткого или пролонгированного действия (уровень доказательности А).
- Если лечение взрослых с недержанием мочи антимускариновыми препаратами быстрого действия не принесит результата, следует перейти на формы с пролонгированным высвобождением (уровень доказательности В).
- Рекомендуется ранняя оценка (эффективности и безопасности) состояния пациентов с ургентным недержанием мочи, использующих М-холинолитические препараты (в первые 30 дней приема) (уровень доказательности А).

Использование антимускариновой терапии

у пожилых пациентов

- При лечении пожилых пациентов с недержанием мочи необходимо сначала попробовать лечить немедикаментозно (уровень доказательности С).

*Входит в список жизненно важных лекарственных препаратов.

- Необходимо использовать М-холинолитическую терапию с осторожностью у пациентов с риском возникновения когнитивной дисфункции или ее наличием (уровень доказательности В).
- Следует избегать назначения оксibuтинина быстрого действия пациентам с нарушенной когнитивной функцией.
- Пациентам, у которых имеется нарушение когнитивной функции, желателно назначить фезотеродин или тропсия хлорид.
- При назначении М-холинолитической терапии пожилым пациентам необходимо оценивать влияние других препаратов для уменьшения побочных действий антихолинергических препаратов (уровень доказательности С).
- При приеме антимускариновых препаратов необходимо проверять психическое здоровье пациентов для исключения возникновения когнитивных дисфункций (уровень доказательности С).

Антимускариновые препараты у пожилых пациентов

Известно, что множество препаратов, кроме антимускариновых, обладает холинолитическими свойствами. Холинолитическая нагрузка может приводить к серьезным когнитивным расстройствам, особенно у пожилых пациентов. Пожилые пациенты зачастую имеют множество хронических и острых заболеваний (мультиморбидность), что способствует приему большого количества препаратов (полипрагмазия). При назначении медикаментозной терапии пожилым пациентам врач должен принимать во внимание изменения в фармакодинамике и фармакокинетике препарата, связанные со старением, а также повышенный риск межлекарственных взаимодействий и нежелательных явлений. В зависимости от обоснованности данных по эффективности и безопасности препаратов, а также от того, насколько они подходят пожилым лицам, все препараты были разделены на несколько классов (классификация FORTA) следующим образом:

- Класс А (Absolutely – абсолютно): обязательные препараты с четко выраженным преимуществом в соотношении эффективность/безопасность, подтвержденным у пожилых пациентов с данным показанием.
- Класс В (Beneficial – благоприятно): препараты с доказанной или очевидной эффективностью у пожилых людей, но имеющие некоторые ограничения по эффективности или безопасности.
- Класс С (Careful – осторожно): препараты с сомнительным профилем эффективности и безопасности у пожилых лиц, которых следует избегать или исключать из листа назначения при наличии слишком большого числа лекарств из-за отсутствия преимуществ или возможных побочных эффектов; рекомендовано рассмотреть/искать альтернативу.

- Класс D (Don't – не назначать): препараты, назначения которых следует избегать у пожилых пациентов и в первую очередь исключить из листа назначений; рекомендовано рассмотреть/искать альтернативу.

Большинство антимускариновых препаратов относятся к категории С по FORTA, т.е. должны применяться с осторожностью. Единственным препаратом, который относится к категории В, является фезотерадин.

Бета-3-агонисты

Новая фармакологическая группа препаратов для лечения ургентного недержания мочи и ургентных позывов к мочеиспусканию – агонисты бета-3-адренорецепторов.

Бета-3-адренорецепторы являются преобладающими среди бета-рецепторов, расположенных в гладкомышечных клетках детрузора, и их стимуляция индуцирует расслабление детрузора.

Мирабегрон – первый и на настоящее время единственный используемый в клинической практике препарат этой группы. Существенным преимуществом мирабегрона является то, что он свободен от типичных побочных эффектов, которые присущи холинолитикам, – сухости во рту, запоров и повышения внутриглазного давления. Наиболее распространенными побочными явлениями в группе Мирабегрона были гипертензия (7,3 %), назофарингит (3,4 %) и инфекция мочеполового тракта (3 %), однако адреноопосредованные побочные эффекты мирабегрона характеризуются мягкостью и не имеют клинической значимости для исследований.

Мирабегрон применяется в дозе 50 мг/сут.

Применение бета-3-агонистов

- Необходимо предлагать мирабегрон пациентам с ургентным недержанием мочи, но предупреждать их о возможных долгосрочных побочных эффектах, которые остаются неопределенными (уровень доказательности В).
- Мирабегрон может быть использован у больных, у которых применение холинолитиков неэффективно или же пациентов, у которых дальнейшее применение холинолитиков затруднено из-за выраженности побочных эффектов. В то же время мирабегрон может быть применен у первичных пациентов с ГАМП.

Отметим, что клинические исследования показаний для применения мирабегрона продолжаются, в частности в отношении нейрогенных дисфункций НМП.

Аналоги вазопрессина

Десмопрессин является синтетическим аналогом вазопрессина (также известный как антидиуретический гормон). Разработано несколько форм введения препарата – оральная, назальная или в виде инъекций. Десмопрессин наиболее часто исполь-

зуется для лечения несахарного диабета и при использовании в ночное время для лечения ночного энуреза.

Внутрипузырные инъекции ботулиноксина типа А

Внутрипузырное введение ботулотоксина типа А (БТА) в 20 точках выше треугольника Льево (по 0,5 мл на точку введения) в дозе 100 ЕД, растворенного в 10 мл физиологического раствора, является общепринятым способом лечения синдрома ГАМП с персистирующим или рефрактерным к антимускариновой терапии ургентным недержанием мочи у взрослых обоих полов (уровень доказательности А). Ботулинический токсин частично денервирует волокна детрузора, устраняя его произвольные сокращения и связанные с ними ургентные позывы и недержание мочи. При идиопатическом императивном недержании мочи используется доза 100 ЕД. При нейрогенных состояниях возможно применение значительно больших доз. Для лечения нейрогенного ГАМП применяется не менее 200 ЕД ботулинического токсина.

В клинических исследованиях было показано, что однократное внутрипузырное введение БТА эффективнее, чем плацебо, снижает выраженность симптомов ургентного недержания мочи, улучшая качество жизни пациента в течение 12 мес. Однако лечение в среднем проводят каждые 4–8 мес. Также отсутствуют доказательства снижения эффективности БТА после повторных инъекций.

Наиболее значительными побочными эффектами введения 100 ЕД БТА являются инфицирование мочевых путей и нарастание объема остаточной мочи, что может потребовать проведения интермиттирующей катетеризации (в том числе аутокатетеризации), в частности у пожилых и ослабленных пациентов. Об этом необходимо предупредить пациента при обсуждении тактики лечения (уровень доказательности А).

Рекомендации

- При ургентном недержании мочи, рефрактерном к М-холиноблокаторам, рекомендуется интравезикальная инъекция БТА (уровень доказательности А).
- Перед применением препаратов ботулотоксина следует уточнить торговую марку препарата, так как дозы разных препаратов не эквивалентны (уровень доказательности А).
- Для снижения риска задержки мочи и развития инфекции мочевых путей рекомендуется начать инъекции БТА с дозы 100 ЕД (уровень доказательности А).
- Больных с непродолжительным ответом на терапию следует предупредить о том, что может понадобиться длительная периодическая самостоятельная катетеризация мочевого пузыря (необходимо заручиться согласием пациента и обучить его методике) и что она ассоциирована с высоким риском развития инфекции (уровень доказательности А).

- Больных следует проинформировать о лицензионных препаратах БТА, а также о том, что отдаленные побочные эффекты, хотя и маловероятны, пока не изучены (уровень доказательности А).

Нейромодуляция

Принципиальное отличие нейромодуляции от других методов стимуляции заключается в том, что воздействие происходит на нервные корешки или периферические нервы (в случае тиббиальной стимуляции).

Сакральная нейромодуляция

Прибор для постоянной стимуляции сакральных нервных корешков (InterStim) был предложен в 1970-е годы, он представляет собой электрод для стимуляции нервных окончаний. Сакральная стимуляция (нейромодуляция) производится в 2 этапа путем чрескожной имплантации под рентгеноскопическим контролем в крестцовые отверстия электрода параллельно ходу сакральных нервов, как правило, на уровне корешка S3. Первый этап включает имплантацию временного электрода для проведения тестирования, в течение которого уменьшение выраженности симптомов ургентного недержания мочи более чем на 50 % является показанием для установки постоянного имплантата, включающего генератор импульсов (2-й этап).

Несмотря на то, что в настоящее время технологии позволяют устанавливать прибор для сакральной нейромодуляции в амбулаторных условиях, этот метод лечения в России все еще остается в качестве резервного.

Тиббиальная нейромодуляция

Периферическая чрескожная нейромодуляция – альтернативный малоинвазивный метод лечения расстройств мочеиспускания. Тиббиальная стимуляция осуществляется посредством специального концентрического электрода, который проводится чрескожно к заднему тиббиальному нерву. Далее при помощи специальных приборов электрические импульсы подаются к электроду. Такая терапия проводится, как правило, в течение 20–30 мин каждые 5–10 дней на протяжении 10–12 нед.

Кишечные мочевые резервуары

Рекомендации

- Аугментационную цистопластику можно предложить лишь пациентам с гиперактивностью детрузора и недержанием мочи в случае безуспешности консервативного лечения, и уже рассматривался вопрос о возможности выполнения инъекций ботулотоксина и сакральной электростимуляции (уровень доказательности С).

- Пациентов, которым предполагается выполнение аугментационной цистопластики, следует предупредить о высоком риске периодической самостоятельной катетеризации мочевого пузыря (уровень доказательности С).
- Не следует предлагать миэктомию детрузора в качестве метода лечения недержания мочи (уровень доказательности С).
- Отведение мочи целесообразно выполнить лишь тем больным, которым менее инвазивные методы не помогли и которым будет наложена стома.
- Пациентов, которым предполагается выполнить аугментационную цистопластику или операцию по отведению мочи, следует предупредить о высоком риске ранних и поздних осложнений, а также о незначительно повышенном риске рака (уровень доказательности С).
- Пациентов, которым была выполнена аугментационная цистопластика или операция по отведению мочи, необходимо наблюдать пожизненно (уровень доказательности С).

Заключение

Современная урология ставит перед собой цели обеспечить высокое качество жизни пациентов. В связи с этим особое внимание уделяется лечению тех урологических состояний, которые непосредственно ухудшают качество жизни больных. ГАМП – синдром, состоящий из множества симптомов (ургентность, ургентное недержание, учащенное мочеиспускание и ноктурия). Только ургентность является обязательным симптомом ГАМП. Для постановки диагноза урологом должны быть исключены все остальные возможные причины, позволяющие объяснить жалобы больного. Диагностика и лечение заболевания урологом должны осуществляться согласно алгоритму, представленному в приложении 2. В урологической практике холинолитики – основные препараты, применяемые у этих пациентов. Агонисты бета-3-адренорецепторов – новый класс препаратов для пациентов с ГАМП. У больных с рефрактерным к оральным препаратам ГАМП применяется БТА. Методы нейромодуляции также могут использоваться у этой категории больных. Врачи-урологи должны обращать особое внимание на адекватную диагностику и поэтапное лечение этой сложной категории пациентов.

Список литературы

1. Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания. Под ред. Ю.Г. Аляева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 180 с.
2. Интегративная урология. Руководство для врачей. Под ред. П.В. Глыбочко и Ю.Г. Аляева. М.: Медфорум, 2014. 432 с.
3. Касян Г.Р. Куприянов Ю.А. Фезотеродин – новый M-холиноблокатор для терапии пациентов с гиперактивным мочевым пузырем. Непрерывное медицинское образование. Экспертная оценка 2018;4(9):50–4.
4. Куприянов Ю.А., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Роль фезотеродина в лечении синдрома гиперактивного мочевого пузыря. Урология 2018;(6):155–62.
5. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевого пузыря. М.: Вече, 2003. 160 с.
6. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин. М.: МЕДпресс-информ, 2003. 160 с.
7. Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Колонтарев К.Б. и др. Клинические рекомендации. Под ред. акад. РАМН Лопаткина Н.А. Урология. 2-е изд, перераб. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 416 с.
8. Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. Функциональная урология и уродинамика. ГЭОТАР-Медиа, 2013. 376 с.
9. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2017. 544 с.
10. Abrams P, Andersson K.E. Muscarinic receptor antagonists for overactive bladder. BJU Int 2007;100(5):987–1006.
11. Abrams P, Cardoso L, Fall M. et al. The standardization of terminology of low urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the ICS. Neurol Urodyn 2002;21:167–78.
12. Irwin D.E., Kopp Z.S., Agatep B. et al. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. BJU Int 2011;108(7):1132–8/
13. Kuhn-Thiel A., Weiss C., Wehling M. Consensus validation of the FORTA (Fit fOR The Aged) list: a clinical tool for increasing the appropriateness of pharmacotherapy in the elderly. Drugs Aging 2014;31:131–40.
14. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F. et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. J Clin Epidemiol 1998;51:367–75.

Приложения

Приложение 1

Основной опросник по ГАМП Международного общества по континенции (ОАВ-ч), рекомендованный для применения в урологических амбулаториях и стационарах г. Москвы

Цель этого опросника – выяснить, насколько Вас беспокоили нижеперечисленные симптомы расстройства мочеиспускания за последние 4 недели. В каждом вопросе поставьте галочку или крестик «×» в квадрате □, который лучше всего соответствует тому, насколько Вас беспокоил данный симптом за последние 4 недели. Помните, что здесь нет неправильных ответов.

Ответьте, пожалуйста, на все вопросы.

| Насколько за последние 4 недели Вас беспокоили следующие симптомы: | Совсем не беспокоило | Немного беспокоило | Беспокоило в умеренной степени | Достаточно сильно беспокоило | Сильно беспокоило | Очень сильно беспокоило |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Позывы к мочеиспусканию, сопровождающиеся неприятными ощущениями? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Внезапные позывы к мочеиспусканию, несмотря на то, что до этого момента Вы испытывали небольшое или никакого желания помочиться? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Непроизвольные выделения небольшого количества мочи? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Вам приходилось вставать по ночам, чтобы помочиться? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Вы просыпались ночью, потому что Вам нужно было помочиться? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Выделение мочи, сопровождающееся сильным желанием помочиться? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

**Дополнительный опросник ГАМП Международного общества
по континенции (ОАВ-q), рекомендованный для применения
в урологических амбулаториях и стационарах г. Москвы**

| Как часто за последние 4 недели из-за симптомов расстройств мочеиспускания | Ни разу | Изредка | Иногда | Довольно часто | Большую часть времени | Все время |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Вы вынуждены планировать, как быстро дойти до туалета в общественных местах? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Вы чувствовали, что с Вами что-то не в порядке? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Вы не могли хорошо выспаться ночью? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Вас раздражало то, что Вам часто прихо- дится ходить в туалет? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Вы были вынуждены избегать такой дея- тельности, при которой туалет недоступен (например, прогулки, пробежки, турпоходы)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Вы просыпались? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Вы были вынуждены снижать физические нагрузки (физические упражнения, занятия спортом и т.д.)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. У Вас были проблемы с Вашим партнером или супругом/-ой? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 9. Вы чувствовали себя неудобно во время поездок с другими людьми, потому что Вам было необходимо останавливаться, чтобы сходить в туалет? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 10. Ваши отношения с членами семьи или друзьями осложнились? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 11. Вы не могли спать столько, сколько Вам нужно? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 12. Вы чувствовали себя неловко? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 13. Вы были вынуждены находить ближайший туалет, как только Вы оказывались в новом месте? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

Алгоритм диагностики и лечения синдрома гиперактивного мочевого пузыря, рекомендованный для использования в урологических клиниках и стационарах г. Москвы



Касян Геворг Рудикович, **Куприянов** Юрий Александрович,
Ходырева Любовь Алексеевна, **Дударева** Анна Анатольевна

Синдром гиперактивного мочевого пузыря в клинической практике врача-уролога

Методические рекомендации № 13

Редактор-корректор: *А.Г. Шегай*

Дизайн: *Е.В. Степанова*

Верстка: *О.В. Гончарук*

Обложка: *М. Пушкарь*

Подписано в печать 04.04.2019 г.

Формат 148 x 210 мм

Гарнитура GaramondNarrowC

Печать офсетная.

Тираж 2000 экз.

Отпечатано в типографии

ООО «Юнион Принт»

Заказ № 190788-190790

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
109443, Москва, Каширское ш., 24, стр. 15
Тел./факс: +7 (499) 929-96-19
E-mail: abv@abvpress.ru
www.abvpress.ru