
Симченко Н.И., Анашкина Е.Е.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Диагностика и лечение гиперактивного мочевого пузыря у женщин

■ ВВЕДЕНИЕ

По определению международной ассоциации, изучающей проблемы удержания мочи (International Continent Society – ICS) [2], гиперактивная функция мочевого пузыря (ГАМП) – общее обозначение непроизвольных сокращений детрузора во время фазы наполнения мочевого пузыря, которые могут быть как спонтанными, так и спровоцированными (при быстром наполнении, изменении позы, кашле, ходьбе, прыжках и пр.). По данным Международного

Таблица 1
Шкала оценки симптомов ГАМП (Нотта и соавт., 2003)

Частота мочеиспускания днем				
Менее 7	8-9	10	11-14	15 и более
0	1	2	3	4
Частота мочеиспусканий ночью				
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
Число эпизодов ургентности в сутки				
Нет	Менее 1	1	2-4	5 и более
0	1	1	3	4
Как часто наблюдается ургентное недержание				
0	1	2	3	4

общества по удержанию мочи, ГАМП наблюдают примерно у 100 млн. человек в мире. Есть основания считать, что 17% взрослого населения Европы имеют симптомы ГАМП [14].

До 22% женщин с недержанием мочи, при наличии симптомов, сходных с проявлениями гиперактивности детрузора, на самом деле имеют истинное стрессовое недержание мочи (Jarvis и соавт., 1980). Частота встречаемости ГАМП в популяции 20-60 лет составляет 10% [6]. Частота распространенности недержания мочи у женщин в возрастной группе от 45 до 59 лет увеличивается [7], но изменяется пропорция возникновения разных видов недержания.

Для практической медицины чрезвычайно важна разработка объективных способов оценки мочеиспускания, алгоритма обследования и оценки эффективности лечения на амбулаторном этапе.

Существует мнение о значительной роли у женщин в постменопаузе гипоксии детрузора в связи с эстрогенным дефицитом. В этом случае развиваются «ознобopodobные» неконтролируемые сокращения детрузора.[2]

Шкала оценки выраженности ургентности (Urgency Severity Scale – IUSS), в которой состояние оценивается в баллах:

- 0 – отсутствие ургентности;
- 1 – незначительная, возникающая периодически, легко переносимая ургентность;
- 2 – умеренная ургентность, вызывающая дискомфорт и влияющая на повседневную активность;
- 3 – выраженная ургентность, вызывающая сильный дискомфорт и заставляющая прекращать деятельность, которой человек занимается в момент ее возникновения.

Одной из последних для широкого клинического применения предложена Композиционная шкала оценки симптомов ГАМП (The Overactive Bladder – Symptom Composite Score; OAB-SCS), согласно которой каждое мочеиспускание и эпизод ургентного недержания мочи оценивается по 5-балльной шкале. Она представляет собой несколько измененный вариант шкалы IUSS. Для подсчета общего балла у конкретного пациента проводится простое арифметическое сложение. Для проведения этого вычисления необходимы только данные расширенного дневника мочеиспусканий с дополнительной графой о выраженности ургентности (В.В. Ромих, 2005). Шкала OAB-SCS является достоверным методом оценки состояния пациента и эффекта фармакотерапии.

Помимо ургентности важное значение придается разработке новых методов объективной оценки другого симптома, существенно влияющего на качество жизни больных - ночной поллакиурии. Интересным нововведением является применение модифицированных дневников, фиксирующих и время ночных пробуждений, и продолжительность последующего бодрствования.

Учитывая разнообразие проявлений ГАМП и частое наличие осложняющих факторов, проведение урофлоуметрии (УФМ) для оценки типа мочеиспускания относят к разряду обязательных методов.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности диагностики и лечения гиперактивного мочевого пузыря у женщин.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение 45 женщин в возрасте от 30 до 65 лет с клиникой гиперактивного мочевого пузыря. Основными жалобами были императивные позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание от 15 до 30 раз в сутки, малый объем порции мочи (15–50 мл). У 6 женщин был «влажный» ГМП (с ургентным недержанием мочи), а у остальных 29 – «сухой» (без ургентного недержания мочи).

Основными клиническими признаками считались:

- частое мочеиспускание (более 8 раз в сутки);
- одно и более (два и более) ночных мочеиспусканий;
- два и более эпизода императивного позыва или ургентного недержания мочи в сутки;

Таблица 2
Оценка ургентного мочеиспускания

Признак	Состояние	Баллы
Императивный позыв на мочеиспускание	Нет	0
	Не каждый день	1
	Каждый день 1–2 раза	2
	Каждый день несколько раз	3
Императивное недержание мочи	Нет	0
	Не каждый день	1
	Каждый день 1–2 раза	2
	Каждый день несколько раз	3
Диурез с 18 до 6 часов (по отношению к суточному)	До 40%	0
	41–50%	5
	51–60%	10
	61–70%	15
	Более 71%	20
Лейкоцитурия В анализе мочи по Нечипоренко В общем анализе мочи	Нет	0
		1
Число мочеиспусканий в сутки Ритм мочеиспускания	5–8	0
	9–10	1
	11–12	2
	13–14	3
	15–16	4
	17–18	5
	19–20	6
	20 и более	7
Средний эффективный объем мочевого пузыря, мл	150–200	0
	100–140	1
	80–95	2
	30–80	3

- отсутствие системных (например, травма центральной нервной системы, метаболические нарушения при сахарном диабете, др.) и/или локальных патологических факторов (инфекция мочевых путей, интерстициальный цистит, конкременты, др.), способных вызывать схожие симптомы.

Методом выявления гиперактивного мочевого пузыря на первом этапе обследования является ведение дневника мочеиспускания в течение 4–5 дней с определением времени и объема мочеиспускания.

Данные о характере мочеиспускания, оцененного по ритму мочеиспускания анализировались с помощью таблицы оценки синдрома ургентного мочеиспускания, предложенной Е.Л. Вишневым в 1997 году.

В зависимости от выраженности расстройств мочеиспускания выделяют 3 группы:

1 группа – легкая степень расстройств мочеиспускания, суммарный балл 2–10.

2 группа – средняя степень расстройств, суммарный балл 11–20.

3 группа – тяжелая степень расстройств мочеиспускания, суммарный балл 21–30.

Затем осуществляется дифференциальная диагностика обусловивших дисфункцию нижних мочевых путей патологических состояний. Проводится неврологический осмотр с оценкой ментального статуса, сенсорной чувствительности, моторной функции и рефлексов. При необходимости – комплексное уродинамическое исследование [2].

Шкала оценки выраженности ургентности (Urgency Severity Scale – IUSS), в которой состояние оценивается в баллах:

0 – отсутствие ургентности;

1 – незначительная, возникающая периодически, легко переносимая ургентность;

2 – умеренная ургентность, вызывающая дискомфорт и влияющая на повседневную активность;

3 – выраженная ургентность, вызывающая сильный дискомфорт и заставляющая прекращать деятельность, которой человек занимается в момент ее возникновения [8].

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наличие хронического цистита выявлено у 2 (4%) пациенток, у 1 (2%) – очаговая лейкоплакия слизистой. Опушение влагалища 1 ст. выявлено у 2 (4%) пациенток. По IUSS 2 балла было у 2, а 3 у 4 женщин. По OAB-SCS 30 баллов и более было у 7 (15,6%), 35 и более у 9 (20%), 40 и более у 9 (20%) и 45 и более баллов у 14 (31%) пациенток. При урофлоуметрии (рис.1.2) Q max у 9 (23%) пациенток было менее 25 мл/с, от 25 до 35 мл/с у 13 (35%) пациенток, от 35 до 45 мл/с у 15 (38%), и свыше 45 мл/с у 8 (3%) женщин. Остаточной моча была у 5 пациенток.

Каких-либо значимых различий в показателях, за исключением ургентной инконтиненции, между пациентами с «сухим» и «влажным» ГАМП, не получено, поэтому далее представлены усредненные показатели. По данным дневника мочеиспусканий среднее количество ургентных позывов за сутки до лечения составило $4,1 \pm 0,8$ (минимум – 2, максимум – 5, $p < 0,05$), среднее количество мочеиспусканий в сутки – $11,0 \pm 1,9$ (минимум – 8, максимум – 16, $p < 0,05$), среднее число noctурий – $3,4 \pm 0,9$ (минимум – 2, максимум – 5, $p < 0,05$), средняя функциональная емкость мочевого пузыря – $134,9 \pm 27,2$ мл (минимум – 90, максимум – 210, $p < 0,05$). Среди пациенток с «влажным» ГАМП средняя частота императивных недержаний за сутки составила $2,8 \pm 0,6$ (минимум – 2, максимум – 4, $p < 0,05$). Средний суммарный балл симптоматики по шкале IPSS составил $12,3 \pm 1,7$ (минимум – 9, максимум – 16, $p < 0,05$), а качество жизни по шкале QoL – $3,7 \pm 1,1$ (минимум – 1, максимум – 6, $p < 0,05$).

Особенности лечения гиперактивного мочевого пузыря у женщин. Монотерапия гиперактивного мочевого пузыря оксibuтинином по своей эффективности сопоставима с десмопресином при легкой степени нарушения мочеиспускания (90,2% и 90,9% соответственно). При выраженных расстройствах мочеиспускания хороший результат отмечается при использовании оксibuтина и метода биологической обратной связи (77,8% и 74,7% соответственно). При анализе

данных дневника мочеиспускания необходимо средний эффективный объем мочевого пузыря, число мочеиспусканий в сутки, а также суточный диурез и его долю в ночные часы. Сбор анамнеза и ведение дневников мочеиспусканий включает в себя вопросы, цель которых количественно определить выраженность симптомов. Клинически у больных ГАМП чаще имеет место идиопатическая детрузорная гиперактивность, реже нейрогенная и еще реже ГАМП без детрузорной гиперактивности (по нашим данным, у 62%, 24,2% и 14,8% соответственно). Так как факторов развития императивного недержания мочи может быть несколько в каждом клиническом случае, то уродинамические показатели не всегда коррелируют с клиническими проявлениями.

Тренинг мочевого пузыря. Данная концепция была выдвинута W. Frewen в 1979 г. [16]. Цель терапии – сократить частоту мочеиспусканий до 1 в 3–4 часа. Длительные положительные результаты получены у 51% пациенток.

M2-холинорецепторы в большей степени ответственны за развитие детрузорной гиперактивности при неврологических заболеваниях и у больных пожилого возраста. M-рецепторы – основная мишень медикаментозного лечения ГАМП. Препаратами выбора остаются M3-антихолинэргические медикаменты, среди которых особую роль играют высокоселективные.

Симптомы ГАМП у женщин в период климакса или менопаузы в некоторых случаях успешно устраняются назначением заместительной гормонотерапии (препараты эстриола). Примерно 70% больных ГАМП имеют идиопатическую форму детрузорной гиперактивности, когда нет неврологических заболеваний.

В комплекс лечения входило:

1. Солифенацин 5 мг в сутки (у 5 женщин доза была увеличена до 10 мг) в течение 3 мес.
2. Тамсулазин по 1 капсуле 1 раз в сутки (утром) в течение 2 месяцев.
3. Производные ксантина – эуфиллин, пентоксифиллин для нормализации уровня АТФ в клетках уротелия 5,0 мл в/в 1 раз в сутки в течение 10 дней каждого месяца.
4. При хронических циститах к лечению добавлялись инстилляции аналогов гликозамингликанов (гепарин 20 тыс. ед. или мукосат 400 мг 1 раз в сутки 7 дней каждого месяца).
5. При наличии очаговой лейкоплакии к лечению добавлялась противовирусная терапия ацикловиром 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней каждого месяца.
6. У женщин в климактерическом периоде (или с лабораторно доказанным гипогонадизмом) к лечению добавлялся овестин в свечах в течение 10 дней каждого месяца.
7. Поведенческая терапия и ЛФК.
8. Баротерпия (гипербарическая оксигенация) для улучшения оксигенации детрузора в период климакса или менопаузы при отсутствии противопоказаний.

Баротерапия применена у 12 женщин по 8 сеансов 1 раз за время лечения. Курс лечения продолжался в течение 3 мес., с ежемесячным контролем (урофлоуметрия, дневник мочеиспускания). Стойкий эффект появлялся после 2 мес. лечения, улучшение после первого месяца лечения. 4 женщины (6%) вынуждены были прервать лечение из-за его стоимости. 4 пациентки (6%) оценили результат лечения как неудовлетворительный, хотя количество императивных позывов снизилось до 3–4 в сутки.

Динамика изменения средних значений показателей дневника мочеиспусканий, шкалы IPSS и данных урофлоуметрии показала, что за весь период лечения (12 нед.) средняя частота ургентных позывов сократилась на 39,7%, средняя частота ургентных недержаний – на 27,9%, средняя частота мочеиспускания – на 29,8%, средняя частота ноктурии – на 44,1%, средний суммарный балл IPSS – на 46,8%, средний суммарный балл QOL – на 28,6%, среднее количество произвольных сокращений детрузора – на 59,8%, средняя функциональная емкость увеличилась на 56,2%, средний объем мочевого пузыря при первом произвольном сокращении детрузора – на 39,9%. При урофлоуметрии Q max у 36 (55%) пациенток стало менее 25 мл/с, от 25 до 35 мл/с у 20 (30%) пациенток, от 35 до 40 мл/с у 5 (7,7%), и выше 40 мл/с не выявлено. Остаточной мочи не было. По OAB-SCS 15 баллов и более стало у 29 (47,5%), от 16 до 25 у 12 (5%), от 26 до 35 у 20 (33%), более 35 баллов не было.

Уровень пациенток, удовлетворенных результатами лечения, был достоверно выше среди лиц с «сухим» ГАМП. Результаты лечения признали позитивными 90% пациенток с «сухим» и 60% пациентов с «влажным» ГАМП ($p < 0,05$). Значимых побочных эффектов отмечено не было. В результате проведенного лечения у всех пациенток регрессировала лейкоплакия мочевого пузыря, и не было отмечено эпизодов обострения хронического цистита.

У 5 больных, имеющих симптомы гиперактивности, было выявлено наличие остаточной мочи и при уродинамическом исследовании установлена норморефлексия (4) или гипорефлексия детрузора (1). Такие пациенты нуждаются в дополнительном обследовании и лечении у невролога. Назначение холинолитиков таким пациентам противопоказано. В связи с этим назначение лечения пациентам с явлениями ГАМП не должно основываться только на субъективных признаках (сбор анамнеза, заполнение опросников).

■ ВЫВОДЫ

1. Клинические проявления гиперактивности не всегда имеют подтверждение при объективных методах исследования, таких как урофлоуметрия или комплексное уродинамическое исследование.
2. Диагноз ГАМП должен выставляться в результате комплексного обследования, на основе субъективных (опросник, дневник мочеиспускания) и объективных (УЗИ с определением остаточной мочи, уродинамическое исследование, неврологический статус) методов.
3. Комплексное лечение ГАМП показано пациенткам, как с «сухим», так и с «мокрым» вариантом гиперактивности. Эффективность составляет от 60% (при «мокрым») до 90% (при «сухом» ГАМП).
4. При доказанной гиперрефлексии детрузора курс лечения занимает не менее 3 месяцев.
5. В лечении должны учитываться сопутствующие заболевания мочеполовой сферы (хронический цистит, нарушения гормонального статуса, сахарный диабет).
6. В базовый комплекс лечения должны входить как медикаментозная (антихолинэргический препарат и альфа адреноблокатор), так и поведенческая терапия.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиева З.К. Функциональное состояние нижних мочевых путей и медикаментозная коррекция нарушений мочеиспускания у женщин в климактерии: Автореф. дис. канд. мед. наук. 2001.
2. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. *Consilium medicum*. 2003; Том 5, №7, 405–411.
3. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. М. МедПрессИнформ., 2003.
4. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Гаджиева З.К. и др. Толтеродин (Детрузитол) в комплексном лечении гиперактивного детрузора // *Клиническая фармакология и терапия*. – 2005. – № 14 (1). – С. 57–60.
5. Лесовой В.Н., Колупаев С.М., Савенков В.И. и др. Гиперактивность мочевого пузыря: современное состояние проблемы // *Врачебная практика*. – 2005. – № 2. – С. 86–92.
6. Пепенин В.Р., Спиридоненко В.В., Пепенин С.В., Мусаб Шариф Виюд. Применение препарата Детрузитол у больных с гиперактивным мочевым пузырем // *Здоровье мужчины*. – 2005. – № 3. – С. 19–21.
7. Лушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Щавелева О.Б. Современные возможности диагностики и лечения расстройств мочеиспускания // *Терапевт*. – 2006. – № 1. – С. 12–15.

-
8. Ромих В.В., Сивков А.В. Гиперактивный мочевой пузырь (принципы клинической оценки гиперактивного мочевого пузыря) // *Consilium Medicum*. – 2005. – Т. 7, № 7. – С. 569–574.
 9. Bulmer P, Abrams P. *Rev Contemp Pharmacother* 2000; 11: 1–11.
 10. Abrams P, Appell R, Stanton C.L., Andersen J.T. *Neurol Urodin* 1988; 7: 403–427.
 11. Abrams P, Wein A.J. *Neurol Urodyn* 1999; 18: 413–416.
 12. Shephert A.M., Powell P.H., Ball A.J. *J Obstet Gynecol* 1982; 3: 123–125.
 13. Byrne D.J., Hamilton Stewart P.A., Gray B.K. *Br J Urol* 1987; 59: 228–229.
 14. Largo-Janssen F.M., Debruyne F.M.J. *Br J Urol* 1991; 67: 569–572.
 15. Elving L.B., Foldspang A., Lam G.M. *Scand J Urol Nephrol* 1989; Suppl: 125: 37–43.
 16. Sifo Research and Consulting A.B. Stockholm; 1998.
 17. Mallory B.S., Roppolo J.R., de Groat W.C. *Brain Res* 1991; 546: 310–320.
 18. De Groat W.C., Booth A.M., Yoshimura N. London: Yarwood Academic Publishers 1993; 222–290.
 19. Van Arsdallen K., Wein A.J. In: Krane R.D., Siroky M., eds. *Clinical Neurourology*. New York: Little Brown 1991; 25–82.
 20. Block B.F.M., Willemsen A.T.M., Holstege G. *Brain* 1997; 20: 111–121.
 21. Elbadawi A., Hallemariam S., Yalla S.V., Resnick N.M. *J Urol* 1997; 157: 1814–1822.
 22. Frewen W. *Urol Clin North Am* 1979; 6: 273–279.
 23. Holmes D.M., Stone A.R., Barry P.R. et al. *Br J Urol* 1983; 55: 660–664.
 24. Fall M. *Scand J Urol Nephrol* 1978; Suppl: 44: 55–58.
 25. Eriksen B.C., Bergmann S., Eik-Nes S.N. *Neurol Urodyn* 1989; 8: 219–230.
 26. Freeman R.M., Boxby K. *Br Med J* 1982; 284: 1831–1832.
-