

Анашкина Е.Е.<sup>1</sup>, Симченко Н.И.<sup>1</sup>, Кабаев Р.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

<sup>2</sup> Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Беларусь

## Особенности диагностики и лечения гиперактивного мочевого пузыря у женщин

### Введение

В 1997 г. P. Abrams и A.J. Wein ввели в клиническую практику термин «гиперактивный мочевой пузырь». Гиперактивный мочевой пузырь – это симптомокомплекс характеризующийся:

- 1) поллакиурией (частое мочеиспускание в течении дня >8 раз);
- 2) ургентностью (неожиданным (императивным) позывом к мочеиспусканию);
- 3) ургентным недержанием мочи (эпизод непроизвольной потери мочи, следующий сразу за эпизодом ургентности);
- 4) энурезом (ночным недержанием).

Поллакиурия сочетается с уменьшением эффективного объема мочевого пузыря ниже нормативных показателей. Важнейшим признаком поллакиурии, как патологического симптома, является отсутствие остаточной мочи, что устанавливается ретроспективно в процессе инструментального обследования (катетеризация мочевого пузыря или ультразвуковое исследование после акта мочеиспускания).

Ургентные позывы диагностируют в том случае, когда больной предъявляет жалобы на периодически императивные позывы к мочеиспусканию. При наличии всех перечисленных симптомов можно говорить о полном синдроме нарушения мочеиспускания.

В настоящее время используют определения ГАМП, разработанные Международной ассоциацией, 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.). Анализ медицинской литературы последних лет показывает возросший интерес врачей к проблеме ГАМП, чему в значительной степени способствовали результаты эпидемиологических исследований о распространенности ГАМП. По данным Международного общества по удержанию мочи, ГАМП наблюдают примерно у 100 млн человек в мире. В США диагноз ГАМП опережает по частоте таковой при сахарном диабете, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и включен в 10 самых распространенных заболеваний. Есть основания считать, что 17% взрослого населения Европы имеют симптомы ГАМП [14].

Мочевой цикл состоит из чередуемых периодов накопления мочи и опорожнения мочевого пузыря (рис. 1).

Гиперактивная функция мочевого пузыря делится на нестабильность детрузора и гиперрефлексию детрузора. Нестабильность детрузора, или идиопатическая нестабильность детрузора – состояние, подтвержденное объективно, при котором происходит непроизвольное или в ответ на любую стимуляцию сокращение детрузора в фазу наполнения мочевого пузыря, при котором пациент старается предотвратить недержание мочи [13]. Состояние диагно-

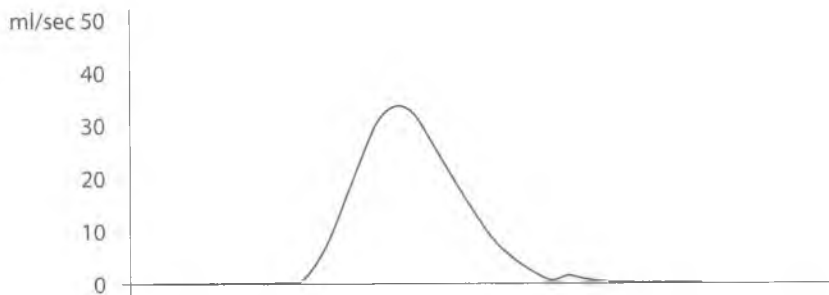


Рис. 1. Нормальная кривая мочеиспускания при урофлоуметрии

стируют при уродинамическом исследовании (рис. 2). Гиперрефлексия детрузора – избыточная активность детрузора, связанная с неврологическими нарушениями. Термин правомочен лишь в тех случаях, когда доказана неврологическая патология в сочетании с гиперактивностью детрузора, подтвержденной при уродинамическом исследовании (рис. 3) [24].

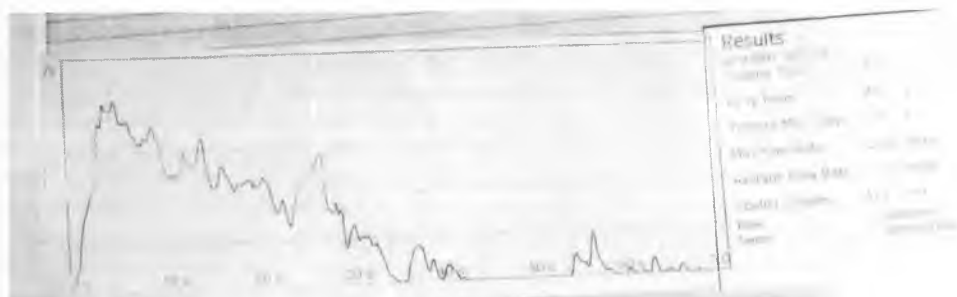


Рис. 2. Нестабильность детрузора на урофлоуметрии

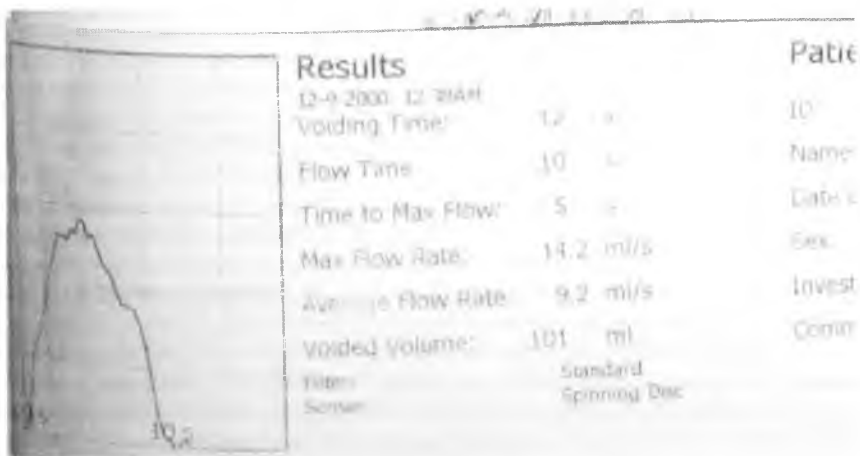
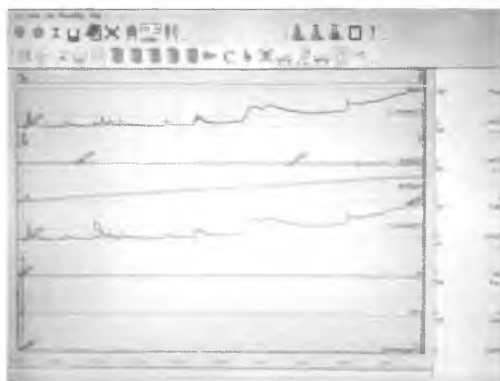


Рис. 3. Гиперрефлексия детрузора на урофлоуметрии

Неотложный (императивный) позыв (urgency) – сильнейшее желание помочиться, а неотложное недержание мочи (urge incontinence) – непроизвольная потеря мочи в сочетании с неотложным позывом (рис. 4) [22].



**Рис. 4. Императивный позыв на инвазивном уродинамическом исследовании**

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). И, наоборот, среди женщин с клиническими симптомами истинного недержания мочи при напряжении у 11–16% в ходе уродинамического исследования выявляется гиперактивность детрузора как основная причина патологии [3, 5]. 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. Число случаев стрессового недержания по мере увеличения длительности постменопаузы в популяции уменьшалось, в то время как частота неотложного недержания мочи увеличивалась при длительности постменопаузы более 10 лет. Частота ургентных форм недержания мочи возрастает в зависимости от длительности постменопаузы: от 12,5% при постменопаузе до 5 лет до 71,4% при длительности постменопаузы более 20 лет [1, 3].

Проблема ГАМП далека от окончательного решения. Она мультидисциплинарна и в большей мере относится к вегетологии. Если роль парасимпатического отдела нервной системы достаточно определена – гиперчувствительность детрузора к ацетилхолину (Вишневский Е.Л., 1982), то роль симпатического еще нуждается в уточнении [8]. Имеются сведения, что с этим отделом вегетативной нервной системы у детей связана ишемия мочевого пузыря (Лоран О.Б. с соавт., 1978; Заботина Э. К., 2006; Борисова С.А., 2006, 2007; Кайтмазов М.М., 2008; Hoskey J.S. et al., 1996 и др.).

Для практической медицины чрезвычайно важны другие аспекты проблемы. К ним относятся разработка объективных способов оценки мочеиспускания и алгоритма обследования для поликлиник, консультативно-диагностических центров, профильных или непрофильных стационаров. Не менее существенным является поиск новых путей оценки эффективности лечения ГАМП и определение критериев их выбора.

Существует ряд теорий, основанных на патофизиологических особенностях возникновения ГАМП. В целом эти теории можно разделить на две категории: основанные на нейрогенном происхождении ургентного недержания мочи и на теориях миогенной дистрофии детрузора [19].

Существует мнение о значительной роли у женщин в постменопаузе гипоксии детрузора в связи с эстрогенным дефицитом. Когда развиваются гипоксия детрузора и метаболические нарушения в его структуре, нарушается его сократительная способность. В этом случае разви-

ваются «ознобopodobные» неконтролируемые сокращения детрузора [2]. В гладкой мускулатуре мочевого пузыря спонтанная и спровоцированная активность связаны с деполяризацией мембран и проникновением кальция в гладкомышечные клетки через кальциевые каналы L-типа. Подавление выхода кальция может ингибировать спонтанные и спровоцированные сокращения мочевого пузыря.

Существуют следующие формы гиперактивности мочевого пузыря:

- нейрогенная – когда имеется установленное неврологическое заболевание. Данная форма часто обозначается как гиперрефлексия детрузора;
- идиопатическая – когда причина гиперактивности не установлена. Это понятие заменяет термин «нестабильность детрузора».

**Шкала оценки выраженности urgency severity scale (IUSS)**, в которой состояние оценивается в баллах:

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

**Таблица 1**

**Шкала симптомов ГАМП (Nottm и соавт., 2003)**

<b>1. Частота мочеиспусканий днем</b>				
Менее 1	8–9	10	11–14	15 и более
0	1	2	3	4
<b>2. Частота мочеиспусканий ночью</b>				
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
<b>3. Число эпизодов urgency в сутки</b>				
Нет	Менее 1	1	2–4	5 и более
0	1	1	3	4
<b>4. Как часто наблюдается urgency недержание</b>				
0	1	2	3	4

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 urgency 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. Например, если в течение суток отмечено 2 мочеиспускания без императивности/urgency, 3 – с незначительной urgency, 1 – с умеренной urgency, 4 – с выраженной urgency и 1 эпизод urgency недержания мочи, то суммарно балл OAB–SCS составит:  $2 \times 1 + 3 \times 2 + 1 \times 3 + 4 \times 4 + 1 \times 5 = 2 + 6 + 3 + 16 + 5 = 32$ . Очевидно, что такой несложный подсчет более детально позволяет оценить все симптомы ГАМП единым блоком. Для проведения этого вычисления необходимы только данные расширенного дневника мочеиспусканий с дополнительной графой о выраженности urgency (Ромих В.В., 2005). Шкала OAB–SCS является достоверным методом оценки состояния пациента и эффекта фармакотерапии.

Помимо urgency 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. Комбинированное исследование уродинамики проводится, когда первичное обследование не позволило поставить четкий диагноз, нет соответствия между субъективными и объективными данными, имеются жалобы или результаты обследования, свидетельствующие о наличии дополнительных, не входящих в структуру ГАМП, нарушений.

Важность уродинамического исследования при смешанном недержании мочи заключается в следующем:

- идентификация стрессового недержания мочи;
- качественное и количественное определение стрессового компонента;
- определение времени возникновения и амплитуды гиперактивности при ее регистрации. Выявляемость детрузорной гиперактивности у пациентов с симптомами ГАМП при уродинамическом исследовании не превышает 72%. Несколько чаще аномальные колебания внутрипузырного давления регистрируются при одноканальной цистометрии (до 85%).

### **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).

Диагностика включала: физикальное обследование – осмотр пояснично-крестцового отдела позвоночника с целью выявления пороков развития и явлений спинального дизморфизма: (гиперпигментации, подкожная липома, асимметрия ягодиц, гипертрихоз). При выявлении этих изменений назначалась R-графия пояснично-крестцового отдела позвоночника или МРТ, которая позволяет оценить состояние ликвородинамики.

При сборе анамнеза уточнялось наличие запоров и/или каломазания. Обязательно исследовалась промежностная чувствительность и рефлекс, а также тонус анального сфинктера. При осмотре нижних конечностей обращалось внимание на симметричность конечностей и походку.

Осмотр наружных половых органов проводится с целью выявления сопутствующей патологии: вульвита, вагинита.

Обязательным являются клиничко-лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи), микробиологические методы исследования (бактериологический посев мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам).

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;
- 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.

### Дневник мочеиспускания

- I. Частота мочеиспусканий:
  1. Увеличена (>8/день).
  2. Снижена (<3/день).
- II. Объем выделенной мочи:
  1. Порции [N = (30 x возраст) + 30 мл].
- III. Объем принятой жидкости
  1. N = 25–30 мл/кг/день (при диабете 75–100 мл/кг/день).
  2. Распределение по времени.
- IV. Случаи недержания мочи:
  1. Частота.
  2. Интенсивность.
- V. Ургентность: да/нет
- VI. Запоры/каломазанье: да/нет

Исследование проводилось 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 г., в которой основные симптомы нарушения мочеиспускания оцениваются определенным количеством баллов, в зависимости от степени тяжести нарушений.

**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
Дейкоцитурия 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

- В зависимости от выраженности расстройств мочеиспускания выделяют 3 группы:
- 1-я группа – легкая степень расстройств мочеиспускания, суммарный балл 2–10.
  - 2-я группа – средняя степень расстройств, суммарный балл 11–20.
  - 3-я группа – тяжелая степень расстройств мочеиспускания, суммарный балл 21–30.
- Затем осуществляется дифференциальная диагностика обусловивших дисфункцию нижних мочевых путей патологических состояний, включающая УЗИ мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи, по показаниям рентгенологическое исследование позвоночника, головного мозга и мочевого пузыря, цистографию, цистоскопию, цистометрию. Проводится неврологический осмотр с оценкой ментального статуса, сенсорной чувствительности, моторной функции и рефлексов. При необходимости – комплексное уродинамическое исследование.

Шкала оценки выраженности ургентности (Urgency Severity Scale – IUSS), в которой состоит 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].



Рис. 5. Алгоритм обследования пациенток с императивной симптоматикой. Д.Ю. Пушкарь и соавт. (2006) [2]

## 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 ноктурий –  $3,4 \pm 0,9$  (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,  $p < 0,05$ ).

**Лечение.** Монотерапия гиперактивного мочевого пузыря оксибутинином 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 оксибутина и метода биологической обратной связи (77,8% и 74,7% соответственно). Препаратами выбора для лечения гиперактивного мочевого пузыря, можно считать М-холинолитик, эффективность которого по нашим данным составила 80,5%. При анализе данных дневника мочеиспускания необходимо учитывать средний эффективный объем мочевого пузыря число мочеиспусканий в сутки, а также суточный диурез и его долю в ночные часы. Последняя позиция нужна для диагностики ГАМП, протекающей с ночной полиурией. У пациенток с симптомами ГАМП, наряду с подробным изучением анамнеза, должны быть проведены урологические, гинекологические и неврологические исследования. 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). Пациентка может настаивать на скорейшем начале лечения до завершения всех диагностических процедур, и отказывать ей в этом не следует. Термин ГАМП как клинический синдром был введен именно для возможности быстрого назначения эмпирической терапии [13]. Основным методом диагностики гиперактивного мочевого пузыря является комплексное уродинамическое исследование, включающее в себя выполнение урофлоуметрии, цистометрии, профилометрии, электромиографии, видеоуродинамики. Однако только половина больных, предъявляющих жалобы на императивные нарушения мочеиспускания, обнаруживают признаки гиперактивного мочевого пузыря при уродинамических тестах. Так как факторов развития императивного недержания мочи может быть несколько в каждом клиническом случае, то уродинамические показатели не всегда коррелируют с клиническими проявлениями. И хотя уродинамическое исследование до сих пор являлось обязательным тестом при выявлении у пациента признаков гиперактивного мочевого пузыря, по данным ряда авторов (A.J. Wein, E.S. Rovner), диагноз может быть установлен на основании клинических симптомов заболевания.



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. Упражнения для мышц тазового дна полезны по двум причинам. Первая – случайно открытый факт, что упражнения для мышц тазового дна, используемые женщинами при стрессовом недержании мочи, приводят к снижению сопутствующей гиперактивности детрузора. Механизм действия не ясен, но, возможно, связан с тем, что укрепление мышц предотвращает проникновение мочи в уретру, рефлекторно вызывающее сокращение детрузора. К тому же упражнения для мышц тазового дна у женщин способствуют увеличению максимального уретрального давления и тем самым снижают недержание, даже на фоне сокращений детрузора.

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 препараты с антимускариновой активностью, имеющие побочные действия: сухость во рту, запоры, трудности аккомодации, сонливость. В первые три месяца после назначения антихолинэргических препаратов определяли количество остаточной мочи 1 раз в мес.

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. При идиопатической гиперактивности детрузора выбор делается в сторону препаратов, которые не требуют титрования дозы. Препаратом выбора в этой ситуации является солифенацин. Важным преимуществом препарата являются возможность варьировать дозу в зависимости от тяжести симптомов (5 или 10 мг/сут), а также простота применения (1 раз в сут).

В комплекс лечения входило:

1. Солифенацин 5мг 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 мес.
3. Производные ксантина – эуфиллин, пентоксифиллин для нормализации уровня АТФ в клетках уретелия 5,0 мл в/в 1 раз в сутки в течение 10 дней каждого мес.
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. Баротерапия (гипербарическая оксигенация) для улучшения оксигенации детрузора в период климакса или менопаузы при отсутствии противопоказаний.

Учитывая, что кофеин является производным ксантина и антагонистом АТФ, мы не ограничивали пациенток в потреблении кофе и чая. 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 непроизвольных сокращений детрузора – на 59,8%, средняя функциональная емкость увеличилась на 56,2%, средний объем мочевого пузыря при первом непроизвольном 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 свыше 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

Клинические проявления гиперактивности не всегда имеют подтверждение при объективных методах исследования, таких как урофлоуметрия или комплексное уродинамическое исследование.

1. 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.
2. 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).
3. При доказанной гиперрефлексии детрузора курс лечения занимает не менее 3 месяцев.
4. В лечении должны учитываться сопутствующие заболевания мочеполовой сферы (хронический цистит, нарушения гормонального статуса, сахарный диабет).
5. 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. Bulmer P., Abrams P. *Rev Contemp Pharmacother* 2000; 11: 1–11.
5. Abrams P., Appell R., Stanton C.L., Andersen J.T. *Neurol Urodin* 1988; 7: 403–427.
6. Abrams P., Wein A.J. *Neurol Urodyn* 1999; 18: 413–416.
7. Shephert A.M., Powell P.H., Ball A.J. *J Obstet Gynecol* 1982; 3: 123–125.
8. Byrne D.J., Hamilton Stewart P.A., Gray B.K. *Br J Urol* 1987; 59: 228–229.

- 
9. Largo-Janssen F.M., Debruyne F.M.J. Br J Urol 1991; 67: 569–572.
  10. Turner-Warwick R. Urol Clin North Am 1979; 6: 23–29.
  11. Elving L.B., Foldspang A., Lam G.M. Scand J Urol Nephrol 1989; Suppl: 125: 37–43.
  12. Sifo Research and Consulting A.B. Stockholm; 1998.
  13. Mallory B.S., Roppolo J.R., de Groat W.C. Brain Res 1991; 546: 310–320.
  14. De Groat W.C., Booth A.M., Yoshimura N. London: Yarwood Academic Publishers 1993; 222–290.
  15. Van Arsdallen K., Wein A.J. In: Krane R.D., Siroky M., eds. Clinical Neurourology. New York: Litle Brown 1991; 25–82.
  16. Block B.F.M., Willemsen A.T.M., Holstege G. Brain 1997; 20: 111–121.
  17. Elbadawi A., Haillemariam S., Yalla S.V., Resnick N.M. J Urol 1997; 157: 1814–1822.
  18. Frewen W. Urol Clin North Am 1979; 6: 273–279.
  19. Holmes D.M., Stone A.R., Barry P.R. et al. Br J Urol 1983; 55: 660–664.
  20. Cardozo L.D., Stanton S.L., Hatner J. et al. Br J Urol 1978; 50: 25–254.
  21. Fall M. Scand J Urol Nephrol 1978; Suppl: 44: 55–58.
  22. Eriksen B.C., Bergmann S., Eik-Nes S.N. Neurol Urodyn 1989; 8: 219–230.
  23. Freeman R.M., Boxby K. Br Med J 1982; 284: 1831–1832.
  24. Nilvebraunt L. Rev Contemp Pharmacoter 2000; 11: 13–25.
  25. Appell R.A. Urology 1997; 50: 6H Suppl: 90–96.
  26. Shaker H.S., Hassouna M. J Urol 1998; 159: 1516–1519.
  27. 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.
  28. Лесовой В.Н., Колупаев С.М., Савенков В.И. и др. Гиперактивность мочевого пузыря: современное состояние проблемы // Врачебная практика. — 2005. — № 2. — С. 86–92.
  29. 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.
  30. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Щавелева О.Б. Современные возможности диагностики и лечения расстройств мочеиспускания // Терапевт. – 2006. – № 1. – С. 12–15.
  31. Ромих В.В., Сивков А.В. Гиперактивный мочевой пузырь (принципы клинической оценки гиперактивного мочевого пузыря) // Consilium Medicum. – 2005. – Т. 7, № 7. – С. 569–574.
-