Синдром гиперактивного мочевого пузыря: клинико-диагностические особенности и возможности терапии

Когда-то врачи называли гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) «неврозом» мочевого пузыря, что в какой-то степени объясняло патогенез заболевания. При гиперактивности, как правило, возникают спонтанные или спровоцированные сокращения мочевого пузыря, во время которых пациент и отмечает сильный императивный позыв, который ему трудно сдержать. Такими непроизвольными сокращениями мочевого пузыря и объясняются частые позывы, мочеиспускание малыми порциями, невозможность сдерживать позыв или накопить в мочевом пузыре большое количество мочи. По своей распространенности ГМП сопоставим с такими заболеваниями, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет. Согласно данным эпидемиологических исследований, ГМП встречается примерно у 12% населения, в одинаковой степени встречается как у мужчин, так и у женщин, но с возрастом его частота увеличивается. «Гиперактивность мочевого пузыря существенно снижает качество жизни пациентов, негативно отражаясь на эмоциональном, социальном, сексуальном и других аспектах их повседневной деятельности», – убежден **Григорий Георгиевич Кривобородов** – доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и андрологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, заведующий урологическим отделением РКНЦ геронтологии, председатель общества нейроурологии.

Для цитирования: Кривобородов Г.Г. Синдром гиперактивного мочевого пузыря: клинико-диагностические особенности и возможности терапии. Справочник поликлинического врача. 2016; 6: 56–57.

A hyperactive bladder syndrome: clinical and diagnostic features and therapy possibilities

For citation: Krivoborodov G.G. A hyperactive bladder syndrome: clinical and diagnostic features and therapy possibilities. Handbook for Practitioners Doctors. 2016; 6: 56–57.

– Уважаемый Григорий Георгиевич, какие клинические симптомы объединяет термин ГМП?

– Согласно рекомендациям Комитета по стандартизации ICS (Международное общество по удержанию), термином «гиперактивный мочевой пузырь», или синдром ГМП, обозначают симптомокомплекс, проявляющийся ургентными позывами на мочеиспускание, с ургентным недержанием мочи или без него, и обычно сопровождающийся учащением мочеиспускания и ноктурией. Если же говорить более предметно, то важно понимать, что работа мочевого пузыря включает две фазы: накопление мочи и опорожнение, иначе – акт мочеиспускания. Частота мочеиспусканий не должна превышать 8 раз в сутки, продолжаться более 25–30 с, т.е. не более 6 мин в сутки. Если же частота опорожнений мочевого пузыря выше, то это уже один из критериев ургентности. В остальное время происходит накопление мочи в мочевом пузыре. Этот процесс регулируется центральной и периферической нервной системой. Безусловно, функции мочевого пузыря тесно взаимосвязаны, и нарушение процесса накопления влечет за собой нарушение процесса опорожнения. Частота опорожнений увеличивается, появляется ургентность – внезапно возникшее, с трудом подавляемое желание осуществить мочеиспускание. Это повелительные, непреодолимые, резкие позывы, сопровождающиеся недержанием мочи, что приводит к увеличению позывов к мочеиспусканию, частоты посещения туалета как днем, так и ночью. Этот синдром резко снижает качество жизни пациента. Можно говорить о ГМП в том случае, если за сутки наблюдается не менее 2 эпизодов ургентного недержания мочи. Стоит отметить, что недержание мочи и ургентность при воспалении мочевого пузыря не являются признаками ГМП. Ургентность – последствие излишнего сокращения мышцы-детрузора.

– Как часто ставится этот диагноз?

– К сожалению, по частоте встречаемости ГМП находится на 4-м месте среди другой урологической патологии. Заболевание, как правило, хроническое, длительное. Повторю, что основное звено его патогенеза – не бактериальное воспаление, не инфекция, а дисфункция, часто связанная с нарушением иннервации. ГМП не имеет половой специфики и вообще, ГМП – диагноз исключения. О нем мы говорим лишь в тех случаях, когда обследование больного не выявило каких-либо заболеваний, способных вызвать ургентность и учащенное мочеиспускание. В группе риска – пожилые пациенты – у 16–18% пожилых мужчин и женщин отмечается ургентное недержание мочи. А данные статистики свидетельствуют о том, что в ближайшее время количество пожилых людей в нашей стране и на всей планете будет неуклонно расти. Но популяция пожилых людей неоднородна – кто-то ведет активный образ жизни, а кто-то слабеет, теряет вес – у них развивается старческая астения. Тем не менее, пациентам обеих групп показано проведение медикаментозной терапии.

– Какие формы заболевания встречаются чаще?

– Стоит отметить тот факт, что синдром ГМП многолик. Если при уродинамическом исследовании мы регистрируем непроизвольное сокращение детрузора, и при этом у пациента нет неврологических заболеваний, то мы говорим об идиопатической детрузной гиперактивности. Однако у пожилых пациентов ГМП чаще всего появляется на фоне неврологических заболеваний: рассеянного склероза, болезни Паркинсона и Альцгеймера, у больных, перенесших инсульт головного и спинного мозга и др. В этом случае мы говорим о нейрогенной детрузорной гиперактивности. Примерно в 30–40% случаев встречается ГМП без детрузорной гиперактивности.

– Существуют ли точные методы диагностики ГМП, или диагноз ставится по субъективным ощущениям пациента?

– Для диагностики ГМП достаточно заполнения дневника мочеиспускания на протяжении 72 ч, а также проведения общего анализа мочи и ультразвукового исследования нижних и верхних мочевыводящих путей. При выявлении не менее двух эпизодов ургентности и исключении инфекций нижних мочевыводящих

путей, камней и опухолей мочевого пузыря и др. можно говорить о синдроме ГМП. Для уточнения его формы пациентам проводится уродинамический тест на активность детрузора: в мочевой пузырь через специальный катетер вводится стерильная жидкость, при этом определяют накопительную способность детрузора. Излишнее сокращение (более чем на 5 см) – признак его дезадаптации к изменению давления в мочевом пузыре и основной показатель ургентности. Таким образом, синдром развивается по схеме: сокращение детрузора – ургентность – ургентное недержание мочи. Замечу, что уродинамическое исследование показано не всем пациентам, а только тем, кто хочет точно знать функции своего мочевого пузыря. Особенно уродинамическое исследование желательно для тех, у кого медикаментозная терапия заболевания мочевого пузыря не показала эффективность.

– Какие рекомендации пациентам с ГМП должен дать врач-уролог?

– Очень важный аспект лечения – поведенческая терапия, заключающаяся в обучении пациента контролю над мочевым пузырем: ведение дневника, выполнение упражнений для мышц тазового дна, соблюдение диеты. Научиться упражнениям пациенту помогает биологическая обратная связь – подавление непроизвольных сокращений мышц тазового дна под контролем визуальных и/или звуковых сигналов. Для того чтобы пациент определил и понял, какие мышцы использовать, применяется электромиография мышц тазового дна. Очень важно обучить больного самостоятельно отслеживать течение заболевания. Самый простой метод самоконтроля – ведение дневника мочеиспусканий с суточной фиксацией количества и объема мочеиспусканий, учет объема выпитой жидкости. Таким образом, лечебные мероприятия у больных с ГМП включают обучение пациента контролю над мочевым пузырем. Однако необходимо помнить, что у пациента с нарушенной иннервацией органов малого таза поведенческая терапия малоэффективна. В таком случае показана медикаментозная терапия холинолитиками.

– Как лечить пациентов с ГМП?

– В основном, это проведение консервативной терапии, включающей помимо тех мероприятий, о которых я уже говорил, и лекарственную терапию. Основная фармакологическая группа средств для лечения ГМП – М-холиноблокаторы. К сожалению, только около 25% больных с диагностированным ГМП получают адекватную лекарственную терапию. Очень часто сталкиваюсь с назначением α-адреноблокаторов и эстрогенов… Считаю, что это неверное решение врачей и их применение неэффективно, тем более что в показаниях для их применения ГМП отсутствует. Повторюсь, что терапией 1-й линии остаются антихолинергические средства – М-холиноблокаторы – наиболее эффективная, хорошо изученная и надежная группа лекарственных средств. Блокируя рецепторы к ацетилхолину, они препятствуют связыванию медиатора с этими рецепторами, что способствует снижению сократительной способности детрузора. Если эффект М-холинолитиков недостаточен, то возможно использование такого метода лечения, как введение ботулотоксина типа А при помощи цистоскопической иглы в 10–20 точек стенки мочевого пузыря. Тибиальная и сакральная нейромодуляция применяется при идиопатической форме ГМП. У больных с нейрогенной формой применение этих методов не одобрено и находится в стадии клинических исследований. Выполняется оперативное лечение – цистопластика и деривация мочи для увеличения накопительной способности мочевого пузыря. Важно знать, что после правильно выполненной цистопластики сократительная функция мочевого пузыря утрачивается, и пациент вынужден опорожнять мочевой пузырь при помощи катетера 4–6 раз в сутки.

– Григорий Георгиевич, к группе М-холиноблокаторов относится и троспия хлорид, действующее вещество препарата Спазмекс, достаточно широко используемого в том числе и в амбулаторной урологической практике. Что Вы можете сказать о его эффективности?

– Действительно, в качестве спазмолитических М-холиноблокаторов применяются третичные и четвертичные амины. Четвертичные имеют ряд преимуществ, и к этой группе как раз и относится троспия хлорид, обладающий прямым спазмолитическим действием. Он не вступает во взаимодействие с системой цитохрома Р450; в ходе метаболизма не образуются вещества с антихолинергическим эффектом. Отличительная фармакологическая особенность – отсутствие метаболизма в печени и почти полное выведение в неизмененном виде почками, что позволяет оказывать локальный антимускариновый эффект на уротелий и чувствительные волокна мочевого пузыря. Для пациентов с неврологическими заболеваниями значим тот факт, что троспия хлорид не проникает через гематоэнцефалический барьер, что позволяет избежать развития побочных эффектов и негативного воздействия на когнитивные функции. Что же касается эффективности троспия, то подбор его эффективной дозы как раз изучался в программе РЕСУРС. Благодаря полученным в этом исследовании результатам был сделан вывод о том, что подбор дозы должен проводиться исключительно индивидуально в каждом клиническом случае. Важен контроль состояния пациента для выявления нежелательных лекарственных реакций и возможного изменения дозировки препарата. Вообще, возможности титрования дозы троспия хлорида позволяют достичь хорошего клинического эффекта при достаточно высокой безопасности лечения. Кроме того, его применение для лечения ГМП обеспечивает и решение большинства проблем, сопровождающих этот синдром. Рекомендуемая продолжительность начального курса лечения – 12 нед. В дальнейшем, после его окончания, оцениваются эффективность и сохранение положительного ответа. В случае рецидива симптомов, имеющего место у большинства больных, лечение проводится или повторными курсами, или в непрерывном режиме.

– Григорий Георгиевич, можно ли более подробно рассказать о возможностях немедикаментозной терапии?

– Безусловно, немедикаментозная терапия и ее различные методы, в том числе и физиотерапевтические методики, можно и нужно применять наряду с лекарственной терапией. В своей практической деятельности урологи используют нейростимуляцию – афферентную электростимуляцию тибиального нерва, сакральную элекстростимуляцию. Продолжительность одной процедуры тибиальной нейростимуляции 30 мин, периодичность – одна процедура в неделю. Наши результаты применения тибиальной нейромодуляции свидетельствуют о ее высокой эффективности у 63% больных ГМП. Отсутствие технических трудностей ее проведения и риска потенциальных осложнений, низкие материальные затраты позволяют рекомендовать этот способ для широкого использования в лечении больных ГМП. Сакральная нервная электростимуляция предполагает оперативное вмешательство, заключающееся в имплантации системы для электростимуляции. При этом электрод располагается у третьего сакрального нерва и присоединяется к батарее-генератору, размещаемой под кожей. Такой вид лечения используют в наиболее тяжелых случаях ГМП. Другой метод лечения ГМП – его денервация. Для этого используют методики, основная задача которых – снижение детрузорной гиперактивности: гидробужирование мочевого пузыря, инъекции ботулинического токсина в стенку детрузора. Выполняется и пластика мочевого пузыря участком желудочно-кишечного тракта (энтероцистопластика или миэктомия детрузора). О подобных операциях я уже упоминал ранее.

– Получается, что ГМП – синдром, требующий мультидисциплинарного подхода?

– Совершенно верно. Эта проблема требует комплексного подхода с участием врачей различных специальностей, в первую очередь урологов, неврологов и нейрохирургов.

– Большое спасибо!