

5. Павлова Л.П., Сарычев Л.П., Кульчицкая Т.К. Инвалидность вследствие урологических заболеваний. – Киев, 1991.
6. Тиктинский О.Л. Уролитиаз. – Л., 1980. – 192 с.
7. Фомичёв И.Л. Материалы к изучению эндемического нефролитиаза в Московской области // Автореф. канд. дис. – М., 1973. – 200 с.
8. Хурцев К.В. Современные методы лечения и прогноз функционального состояния почек у больных кораллоподобным нефролитиазом / Автореф. канд. дис. – М., 1993.
9. Яненко Э.К., Кульга Л.Г., Борисик В.И. и др. Кораллоподобный нефролитиаз (клиника, диагностика, лечение) / Метод. рекомендации. – М., 1990.
10. Яненко Э.К., Кульга Л.Г., Константинова О.В. // Современные методы диагностики и лечения мочекаменной болезни. – М., 1991. – С. 135-138.
11. Agraval M.S., Aron M., Asopa H.S. // Brit. J. Urol. Int. – 1999. – V. 84, № 3. – P. 252-256.
12. Ahlstrand C., Tiselius H.G. // Urol. Res. – 1990. – V. 18. – P. 397-399.
13. Caralps A., Lloveras J., Andreu J. et al. // Lancet. – 1979. – № 2. – P. 1024-1025.
14. Daudon M., Lacour B., Jungers P. et al. // J. Urol. – 1992. – V. 147. – P. 977-980.
15. Donsimoni R., Hennequin C., Fellahi S. et al. // Eur. Urol. – 1997. – V. 31, № 1. – P. 17-23.
16. Fuchs G.J. // J. Urol. – 1994. – V. 151. – № 3. – P. 668-669.
17. Goel M.C., Ahlawat R., Kumar M., Kapoor R. // J. Urol. – 1997. – V. 157, № 5. – P. 1574-1577.
18. Kocvara R., Plasgura P., Petric A. et al. // Brit. J. Urol. Int. – 1999, № 4. – P. 393-398.
19. Lingeman J.E., Mardis H., Kahnoski R. et al. // J. Urol. – 1998. – V. 160, № 5. – P. 1629-1634.
20. Lingeman J.E., Siegel Y.I., Steele B. et al. // J. Urol. – 1994. – V. 151, № 3. – P. 663-667.
21. Paik M.L., Weinstein M.A., Spirnak J.P. et al. // J. Urol. – 1998. – V. 159, № 2. – P. 374-378.
22. Schneider H.J., Berg C. // Pathogenese und Klinik der Harnsteine. V. 8. – Darmstadt, 1983. – S. 38-42.
23. Schneider H.T., Hummel T., Janowitz P. et al. // Gastroenterology. – 1992. – V. 102, № 3. – P. 640-645.
24. Trinchieri A., Ostini F., Nespoli R. et al. // J. Urol. – 1999. – V. 162, № 1. – P. 27-30.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов, Н.В. Бычкова, К.В. Головченко*  
*МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Гиперактивный мочевой пузырь является широко распространенным синдромом с существенным влиянием на качество жизни пациентов и ощутимыми финансовыми затратами на его лечение. Например, в США в 2000 г. на лечение этого синдрома затрачено 12,02 млрд. долларов. По данным различных авторов, распространенность гиперактивного мочевого пузыря составляет от 3 до 43% [5].

Исследование, проведенное в шести странах Европы и охватившее более 16 тыс. человек, показало, что гиперактивный мочевой пузырь наблюдается у 17,4% женщин и у 15,6% мужчин [4]. Аналогичные данные получены при проведении телефонного опроса среди

населения США: гиперактивный мочевой пузырь был выявлен приблизительно у 17% женщин и 16% мужчин [6]. Еще более впечатляющие данные получены при обследовании женщин в странах Азии: при опросе более 5,5 тыс. женщин гиперактивный мочевой пузырь диагностирован у 53% [3]. В России эпидемиология гиперактивного мочевого пузыря практически не изучалась, поэтому мы поставили перед собой задачу исследовать его распространенность.

Гиперактивный мочевой пузырь – это синдром, проявляющийся urgentными позывами, urgentным недержанием мочи, поллакиурией и ноктурией, при исключении других локальных патологических и метаболических факторов [1].

Urgentный позыв (urgentность) – это внезапное непреодолимое желание помочиться, которое тяжело отложить. Urgentные позывы при гиперактивном мочевом пузыре возникают 2 раза и более в сутки и могут привести к urgentному недержанию мочи.

Urgentное недержание мочи (urgentная инконтиненция) – это непроизвольное выделение мочи, сопровождающее urgentный позыв или незначительно предшествующий ему. Помимо urgentного недержания мочи, у больных (прежде всего, у женщин) можно выявить смешанное недержание мочи, которое представляет собой сочетание urgentного и стрессового недержания.

Стрессовое недержание мочи – это непроизвольное выделение мочи при резком увеличении брюшного давления, возникающее, например, при кашле, чихании или выполнении физической работы.

Поллакиурия – это учащенное мочеиспускание с суточной частотой 8 и более раз. Выделяют учащенное дневное мочеиспускание и ноктурию, то есть пробуждение ночью для того, чтобы помочиться.

Все симптомы гиперактивного мочевого пузыря относятся к признакам нарушения его накопительной функции. Кроме них, в это понятие входят также любые другие формы недержания мочи и энурез.

Определим также такие понятия, как «сухой», «влажный» и «смешанный» гиперактивный мочевой пузырь:

– «сухой» гиперактивный мочевой пузырь – это гиперактивный мочевой пузырь без urgentного недержания мочи;

– «влажный» гиперактивный мочевой пузырь – это гиперактивный мочевой пузырь в комбинации с urgentным недержанием мочи;

– «смешанный» гиперактивный мочевой пузырь – это гиперактивный мочевой пузырь в комбинации со стрессовым и urgentным недержанием мочи.

Для исследования распространенности гиперактивного мочевого пузыря мы провели опрос населения трех районов Московской области: Красногорского, Мытищинского и Пушкинского. Всего было опрошено 1894 человека в возрасте  $51,8 \pm 18,5$  лет (минимум – 20 лет, максимум – 89). Среди респондентов было 34,9% мужчин и 65,1% женщин. Средний возраст мужчин составил  $52,5 \pm 18,4$ , женщин –  $51,4 \pm 18,5$  года.

Данные опроса позволили определить распространенность гиперактивного мочевого пузыря, которая составила среди мужчин – 17,3%, среди женщин – 18,2%. Таким образом, существенных отличий в распространенности гиперактивного мочевого пузыря среди мужчин и женщин не выявлено.

«Сухой» гиперактивный мочевой пузырь выявлен у мужчин в 15,4% наблюдений, у женщин – в 11,6. То есть гиперактивный мочевой пузырь без ургентного недержания мочи встречается в 1,3 раза чаще среди мужчин, чем среди женщин.

Распространенность «влажного» гиперактивного мочевого пузыря составила 1,8% среди мужчин и 6,6% среди женщин.

Отсюда можно сделать вывод, что гиперактивный мочевой пузырь в комбинации с ургентным недержанием мочи встречается в 3,7 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Гиперактивный мочевой пузырь в сочетании со стрессовым (8%) и смешанным (4%) недержанием мочи встречался только среди женщин.

При изучении распространенности гиперактивного мочевого пузыря в различных возрастных группах оказалось, что с возрастом этот недуг достоверно увеличивается.

Выявлено существенное влияние гиперактивного мочевого пузыря на качество жизни: в 42,6% наблюдений оно было сильным и умеренным, в 43,5% – незначительным. Несмотря на это, только 12,1% больных обращались за консультацией к врачу и только 5,6% стали получать лечение.

В связи с большой распространенностью и выраженным влиянием гиперактивного мочевого пузыря на качество жизни многие больные нуждаются в лечении. Перед назначением терапии проводят минимальное обследование для исключения локальных патологических и метаболических факторов, так как гиперактивный мочевой пузырь – это диагноз исключения.

Обследование включает в себя сбор анамнеза (при этом необходимо обратить внимание на неврологические заболевания, урогенитальные операции, лекарства, принимаемые больным), оценку симптомов и качества жизни на основании опроса, анкетирования, дневника мочеиспусканий, осмотр (с обязательным включением гинекологического и неврологического статуса), анализ мочи (при возможности – с посевом), урофлоуметрию, определение объема остаточной мочи и креатинина крови, УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты (у мужчин), определение уровня эстрогенов (у женщин).

При наличии гиперактивного мочевого пузыря решается вопрос о лечении. В настоящее время существует несколько видов лечения: поведенческая терапия, фармакологическая терапия, электрическая стимуляция (нейромодуляция), малоинвазивные методы лечения (гидродистензия, химическая денервация, интрадетрузорные инъекции ботулотоксина) и, наконец, хирургическое лечение.

При лечении гиперактивного мочевого пузыря используют общий принцип: от менее инвазивной терапии к более инвазивной. Вначале применяют поведенческую терапию: изменение образа жизни (исключение факторов риска – курения, ожирения, потребления газированных и содержащих кофеин напитков), физические упражнения для мышц тазового дна (для подавления непроизвольного сокращения детрузора и предотвращения недержания мочи), переучивание мочевого пузыря (его тренировка с целью увеличения интервалов между мочеиспусканиями).

Если в течение 2-3 месяцев отсутствует эффект от поведенческой терапии, переходят к фармакологическому лечению. Препаратами выбора считаются М-холинолитики (оксибутинин, толтеродин, тропиум, солифенацин, дарифенацин). При хорошем эффекте рекомендуется постоянный прием препарата в поддерживающей дозе. При недостаточной эффективности этих лекарственных средств или наличии выраженных побочных действий можно подобрать лечение препаратами других групп: альфа-адреноблокаторами, трициклическими антидепрессантами, ингибиторами синтеза простагландинов, блокаторами кальциевых каналов, эстрогенами (у женщин), блокаторами ваниллоидных рецепторов и другими средствами.

Через 2-3 месяца оцениваются результаты лечения. Если они удовлетворительны, то продолжают терапию, в противном случае решают вопрос об инвазивном лечении: электрической стимуляции, инъекции ботулотоксина, химической денервации, хирургическом лечении.

Перед проведением инвазивного вмешательства обязательно выполняют уродинамическое исследование для подтверждения детрузорной гиперактивности и исключения иных причин, которые вызывают аналогичную симптоматику.

Таким образом, качество жизни при наличии гиперактивного мочевого пузыря можно улучшить с помощью современных методов лечения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. // *Neurourol. Urodyn.* – 2002. – V. 21. – P. 167-178.
2. Hu T. W., Wagner T. H., Bentkover J. D. et al. // *Urology.* – 2003. – V. 61, № 6. – P. 1123-1128.
3. Lapitan M. C., Chye P. L. // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* – 2001. – V. 12, № 4. – P. 226-231.
4. Milsom I., Abrams P., Cardozo L. // *Brit. J. Urol. Int.* – 2001. – V. 87, № 9. – P. 760-766.
5. Milsom I., Stewart W. // *Amer. J. Manag. Care.* – 2000. – № 6 (11 Suppl.). – P. S565-S573.
6. Stewart W. F., Van Rooyen J. B., Cundiff G. W. et al. // *World J. Urol.* – 2003. V. 20, № 6. – P. 327-336.