

Лисовская М.Г.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ У ЖЕНЩИН

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Юшко Е.И.

*Кафедра урологии и нефрологии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Выделение мочи вне акта мочеиспускания классифицируют как недержание мочи. Выделяют три формы: гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – синдром, проявляющийся внезапными, трудно сдерживаемыми позывами к мочеиспусканию (иногда с недержанием), частыми дневными (> 8 раз), ночными (> 1-2 раз) походами в туалет, не связанных с инфекцией мочевых путей. ГАМП разделяют на «сухой» и «мокрый» в зависимости от наличия недержания мочи. При сухом ГАМП – позывы, с которыми пациент может справиться самостоятельно без недержания мочи, при мокром отмечается противоположная клиническая картина. При установлении диагноза ГАМП необходимо провести дифференциальную диагностику заболевания со стрессовым недержанием мочи (СНМ), которая обусловлена неспособностью пациента контролировать удержание мочи при резком повышении внутрибрюшного давления (кашель, чихание, смех, физическое упражнение, сопровождающееся сокращением мышц передней стенки живота). Третья форма – смешанное недержание мочи, проявляется сочетанием симптомов ГАМП и СНМ у одного пациента.

В норме почки производят мочу, которая накапливается в мочевом пузыре; растущее давление внутри пузыря стимулирует его рецепторы, сигналы которых поступают кору мозга. У здорового человека в процессе опорожнения пузыря происходит расслабление сфинктеров и сокращение детрузора. При ГАМП детрузор непроизвольно сокращается даже при малом объеме мочи в мочевом пузыре, провоцируя позывы. Этиология заболевания многофакторная и включает нейрогенные факторы (рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, негативные последствия инсульта или травмы позвоночника, диабет), идиопатические (возраст >40 лет, менопауза, ожирение, запоры, пролапс органов малого таза), вторичные (ИМП, опухоли, гиперлипидемия) и внешние (диуретики, кофеин, алкоголь, курение).

Диагностика начинается со сбора анамнеза, ОАК, ОАМ, биохимии и УЗИ. Ключевым методом в расшифровке этиологии заболевания является комплексное уродинамическое исследование, его результаты и анализ позволяют оценить работу и состояние мочевого пузыря, уретры во время накопления и выведения мочи. Исследование включает несколько этапов: урофлоуметрия (измерение объемной скорости потока мочи), цистометрия (оценка давления в пузыре в течение всего процесса наполнения и опорожнения). Видеоцистометрия с добавлением в жидкость, вводимую в полость мочевого пузыря контрастного вещества, позволяет диагностировать пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

ГАМП приводит к психосоциальным проблемам (изоляция, тревога, депрессия), гигиеническим (дерматит, кандидоз), ИМП (цистит, пиелонефрит), структурным изменениям пузыря (гипертрофия, дивертикулы, риск ХПН).

Лечение начинается с немедикаментозных мер: тренировка пузыря (увеличение интервалов между мочеиспусканиями), упражнения Кегеля. Медикаменты – антихолинергетики (оксибутинин, толтеродин) и β 3-агонисты (мирабегрон). При неэффективности: ботулотоксины, нейромодуляция (сакральная/тибиальная), хирургия (цистопластика).

Профилактика – снижение веса при его избытке, контроль веса, лечение запоров, отказ от вредных привычек, здоровый образ жизни: физическая активность (ходьба 30 мин/день), равномерное и регулярное потребление воды (1,5–2 л), контроль хронических заболеваний; у женщин – гормональная коррекция в менопаузе.