

М.Ф. ТРАПЕЗНИКОВА,
В.В. ДУТОВ,
А.А. ПОДОЙНИЦЫН
МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского,
Москва

Гиперактивный мочевой пузырь: факторы риска, клиника, диагностика

Гиперактивный мочевой пузырь – это нарушение мочеиспускания, проявляющееся учащенным мочеиспусканием и неудержимым позывом. Что же такое «неудержимый позыв»? Это – внезапный непреодолимый позыв к мочеиспусканию, который может привести к непроизвольному недержанию мочи.

Этим гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) отличается от такой формы недержания, как стрессовое недержание мочи, которое характеризуется непроизвольной потерей мочи при резком увеличении брюшного давления (например, при кашле, чихании, выполнении физической работы).

Частота мочеиспускания при гиперактивном мочевом пузыре считается увеличенной, если она составляет более 8 раз за сутки. Обычно жалобы сводятся к учащенному дневному мочеиспусканию. Когда пациента беспокоит учащенный ритм ночного мочеиспускания, используется термин «ноктурия».

Частота гиперактивного мочевого пузыря увеличивается с возрастом. Среди женщин гиперактивный мочевой пузырь встречается чаще, чем среди мужчин. В то же время у мужчин с возрастом темпы прироста гиперактивного мочевого пузыря выше, чем у женщин. У женщин чаще выявляют гиперактивный мочевой пузырь в сочетании с недержанием мочи (его еще называют «мокрый гиперактивный мочевой пузырь»), тогда как у мужчин чаще диагностируют гиперактивный мочевой пузырь без недержания мочи («сухой гиперактивный мочевой пузырь»).

Актуальность. Гиперактивный мочевой пузырь является широко распространенным заболеванием с существенным влиянием на качество жизни пациентов и ощутимыми финансовыми затратами на его лечение. В США общие затраты в 2000 году составили 12,02 миллиарда долларов (1). Интересно, что эта нозология не является угрожающим жизни состоянием, однако по социально-экономическому влиянию сравнима с сахарным диабетом, приводит к дезадаптации и даже инвалидизации людей. Нередко таких больных, чаще всего по незнанию, лечат от хронического цистита и других несуществующих заболеваний, однако эффекта от такой терапии не получают. В подтверждении этих слов можно привести одно из исследований, проведенных в 2002 году в Германии. При анализе работы врачей по выявлению симптомов гиперактивного мочевого пузыря было обнаружено, что они диагностируются всего лишь в 42,5%

случаев (2). Отсюда следует, что в 57,5% случаев больному выставляется неправильный диагноз и избирается неверная тактика лечения.

Распространенность гиперактивного мочевого пузыря достигает различных показателей. В США гиперактивный мочевой пузырь наблюдают среди 16% мужчин и 16,9% женщин (данные получены на основании телефонного опроса 5204 взрослых в возрасте от 18 лет). В Европе страдает 15,6% мужчин и 17,4% женщин (опрос 16776 женщин и мужчин в возрасте от 40 лет во Франции, Германии, Италии, Испании, Швеции и Великобритании). В Азии этот показатель достигает 53,1% (опрос 5502 женщин из 11 стран Азии).

При пилотном исследовании, проведенном урологической клиникой МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского в Красногорском и Пушкинском районах Московской области, распространенность гиперактивного мочевого пузыря по данным анкетирования почти 700 мужчин и женщин составила около 22% (3). Различия в цифровых показателях распространенности гиперактивного мочевого пузыря может быть объяснено различием диагностических исследований и определений.

Частота гиперактивного мочевого пузыря увеличивается с возрастом. Среди женщин гиперактивный мочевой пузырь встречается чаще, чем среди мужчин. В то же время у мужчин с возрастом темпы прироста гиперактивного мочевого пузы-

ря выше, чем у женщин. У женщин чаще выявляют гиперактивный мочевого пузырь в сочетании с недержанием мочи (его еще называют «мокрый гиперактивный мочевого пузырь»), тогда как у мужчин чаще диагностируют гиперактивный мочевого пузырь без недержания мочи («сухой гиперактивный мочевого пузырь»).

Гиперактивный мочевого пузырь оказывает существенное влияние на качество жизни больных. Например, 1/3 европейцев и 1/4 жителей Азии считают, что гиперактивный мочевого пузырь нарушает качество их жизни. По нашим данным, около 2/3 пациентов с гиперактивным мочевым пузырем желают избавиться от беспокоящих их симптомов, и только одному из десяти пациентов с гиперактивным мочевым пузырем оказывается квалифицированная медицинская помощь.

Этиология и патогенез. Регуляция функции мочевого пузыря заключается в чередовании длительных периодов наполнения и коротких периодов опорожнения. Мочеиспускание во время наполнения мочевого пузыря невозможно (мышца-детрузор не сокращается, наружный и внутренний сфинктеры закрыты). При постепенном наполнении мочевого пузыря давление в нем поддерживается на низком уровне как за счет эластичности стенок, так и за счет подавления активности детрузора нервной системой. По достижении критического объема мочи начинают активироваться механорецепторы мочевого пузыря, сигнал от которых по нервным волокнам направляется в центр мочеиспускания. Затем, при отсутствии тормозных влияний со стороны коры головного мозга, нервный импульс возвращается, и происходит активация детрузора с повышением давления внутри мочевого пузыря. На фоне увеличения внутрипузырного давления происходит расслабление внутреннего сфинктера мочеиспускательного канала, что ведет к началу акта мочеиспускания и полному опорожнению мочевого пузыря. Так выглядит реф-

лкторная дуга мочеиспускания в норме. Нарушения регуляции функции детрузора на различных уровнях могут привести к возникновению гиперактивного мочевого пузыря.

К подобным расстройствам мочеиспускания могут привести такиезаболевания, как инсульт, опухоль головного мозга, опухоль спинного мозга, болезнь Паркинсона перелом позвоночника и другие заболевания головного и спинного мозга.

К изменениям детрузора может привести и так называемая инфравезикальная обструкция, анатомические и возрастные изменения пузырно-уретрального сегмента, ишемия гладкомышечных клеток мочевого пузыря. Эти состояния присущи пациентам с доброкачественной гиперплазией (аденомой) предстательной железы, стриктурами мочеиспускательного канала, заболеваниями шейки мочевого пузыря.

У женщин к развитию подобной симптоматики могут привести гормональные состояния, связанные с пониженным уровнем половых гормонов (эстрогенов).

К факторам риска возникновения гиперактивного мочевого пузыря относят:

- курение;
- ожирение;
- потребление газированных и содержащих кофеин напитков;
- снижение потребления овощей и фруктов;
- снижение потребления хлеба;
- увеличение потребления мяса крупного рогатого скота и снижение потребления куриного мяса.

Увеличение риска возникновения гиперактивного мочевого пузыря у курильщиков связывают с никотин-индуцированными фазными сокращениями детрузора, антиэстрогенным эффектом никотина на мочевого пузырь и мочеиспускательный канал (у женщин), а также с нарушением синтеза коллагена. При тучности повыша-

ется внутрибрюшное и внутрипузырное давление, что приводит к хроническому воздействию на нервы органов малого таза и, как следствие – к нарушению функции

Увеличение риска возникновения гиперактивного мочевого пузыря у курильщиков связывают с никотин-индуцированными фазными сокращениями детрузора, антиэстрогенным эффектом никотина на мочевого пузырь и мочеиспускательный канал (у женщин), а также с нарушением синтеза коллагена.

мочевого пузыря. В газированных и других искусственных напитках содержатся различные красители, консерванты и кофеин, которые оказывают раздражающее действие на мочевого пузырь, увеличивают диурез. Сниженное содержание растительных волокон в пище, основным источником которых являются овощи и фрукты, ведет к хроническим запорам и растяжению толстого кишечника, что может влиять на функцию нервной системы органов таза. Кроме этого, овощи, фрукты и хлеб – важный источник минералов и витаминов (особенно групп В, участвующих в энергетическом обмене, и групп С, участвующих в синтезе коллагена), эстрогенов растительного происхождения.

К факторам риска можно отнести также и те факторы, которые вызывают нервные заболевания, приводящие к возникновению гиперактивного мочевого пузыря (например, артериальная гипертензия и повышенный уровень липидов (холестерина) крови ведут к риску возникновения инсульта). В мясе крупного рогатого скота, по сравнению с куриным мясом, содержится значительное количество животных жиров, что также может способствовать развитию гиперлипидемии и артериосклероза.



К изменениям детрузора может привести и так называемая инфравезикальная обструкция, анатомические и возрастные изменения пузырно-уретрального сегмента, ишемия гладкомышечных клеток мочевого пузыря. Эти состояния присущи пациентам, с доброкачественной гиперплазией (аденомой) предстательной железы, стриктурами мочеиспускательного канала, заболеваниями шейки мочевого пузыря.

Клиника. Клинически гиперактивный мочевой пузырь напоминает многие заболевания нижних мочевых путей: воспаление и опухоль мочевого пузыря, простатит, доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, некоторые формы мочекаменной болезни, уретероцеле и заболевания женских половых органов. Вот почему при наличии симптоматики, прежде всего, необходимо исключить вышеперечисленные заболевания.

Гиперактивный мочевой пузырь – это синдром, состоящий из следующих симптомов:

- urgentный позыв;
- учащенное мочеиспускание (дневное и ноктурия);
- urgentное недержание мочи.

По данным одних авторов, диагноз может быть поставлен при условии, что количество мочеиспусканий за сутки составляет более 8 раз, а число urgentных позывов и/или эпизодов urgentного недержания мочи – 2 и более за сутки. Другие авторы считают, что если число мочеиспусканий за сутки более 8 раз, а число urgentных недержаний – не менее 5 в месяц, то у пациента имеется гиперактивный мочевой пузырь. На наш взгляд диагноз правомочен, если:

- пациент часто мочится (более 8 раз за сутки);
- у него имеются urgentные позывы и/или эпизоды urgentного недержания мочи;

- это оказывает существенное влияние на качество жизни пациента и он желает избавиться от этих симптомов.

Диагностика гиперактивного мочевого пузыря базируется на нескольких методах исследования.

1. Сбор анамнеза (обратить внимание на урогенитальные операции, лекарства, принимаемые больным).
2. Оценка симптомов и качества жизни (на основе анкетирования, дневника мочеиспусканий, определения суммарного балла симптоматики по шкале IPSS, количества прокладок, используемых при urgentном недержании мочи).
3. Физикальный осмотр (обязательно включает гинекологический и неврологический статус).
4. Анализ мочи (общий, по Нечипоренко, посев мочи).
5. Определение остаточной мочи.
6. Комплексное уродинамическое исследование (урофлоуметрия, цистоманометрия, профилометрия, измерение давления обратного сопротивления уретры).
7. Лучевые методы исследования (ультразвуковое исследование, при необходимости, если есть подозрения на органические заболевания мочеполовой системы – рентгенологические методы


исследования, магниторезонансная томография).

8. Цистоскопия (при необходимости).

Все вышеперечисленные методы исследования можно разбить на следующие группы:

- обязательные (необходимо выполнить каждому пациенту; клиническая ценность доказана);
- рекомендуемые (тесты, показания к которым определяют обязательные методы исследования; выполняются многим пациентам; клиническая ценность доказана);
- не обязательные (выполняются некоторым пациентам, у которых, исходя из клинического мышления врача есть для этого показания; клиническая ценность доказана);
- не рекомендуемые (тесты, клиническая ценность которых при данной патологии не доказана).

При гиперактивном мочевом пузыре в число обязательных методов исследования входят сбор анамнеза, количественная оценка симптомов и качества жизни, анализ мочи, определение остаточной мочи. К рекомендуемым тестам следует отнести анкету ICIQ-SF, оценку функции почек (биохимический анализ крови на креатинин и мочевины), уродинамическое и ультразвуковое исследование.

В развитых странах по мере роста продолжительности жизни ожидают увеличение заболеваемости гиперактивным мочевым пузырем. Именно поэтому необходимо иметь четкое представление о том, что собой представляет гиперактивный мочевой пузырь, знать его клинику и современные подходы к диагностике и лечению. 

Список литературы:

1. Hu T.W., Wagner T.H., Bentkover J.D. et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. //Urology. – 2003. – v. 61. – n. 6. – P. – 1123 – 1128.
2. Hampel C., Gillitzer R., Pahernik S. Et al. Epidemiology and etiology of overactive bladder. //

Urologe A. – 2003. – v. 42. – n. 6. – P. 776 – 786.

3. Головченко К.В. Гиперактивный мочевой пузырь: эпидемиология, диагностика, лечение. //Автореферат ... дис. канд. мед. наук. – М. – МОНКИ. – 2005. – 26 с.