

Гіперактивний сечовий міхур: сучасні стандарти діагностики та лікування

Останнім часом особливої актуальності набуває оцінка ролі функціонального компонента в розвитку порушень сечовипускання у жінок зі стресовим нетриманням сечі в поєднанні з імперативним, що є проявом гіперактивного сечового міхура. У багатьох жінок віком старше 65 років такі симптоми, як підвищення частоти сечовипускання, ноктурія, імперативні позиви до сечовипускання, утруднене випорожнення сечового міхура, спостерігаються доволі часто. Їх причинами зазвичай вважаються гіперактивність детрузора та зниження тону м'язів тазового дна [1-3]. Не становлячи безпосередньої загрози здоров'ю, синдром гіперактивного сечового міхура вкрай негативно впливає на психологічний стан і значно знижує якість життя сучасної жінки.

Ключові слова: нетримання сечі, гіперактивність детрузора, ноктурія, соліфенацин.

На конгресі Асоціації урологів України, що проходив 10-11 вересня, завідувач кафедри урології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Віктор Петрович Стусь у своїй доповіді «Гіперактивний сечовий міхур: діагностика та лікування» представив найбільш сучасні дані щодо ведення пацієнтів із синдромом гіперактивного сечового міхура (ГСМ).

Як зазначив доповідач, протягом останніх декількох років нетримання сечі (НС) розглядається як захворювання, що потребує комплексного лікування. Частота НС на пострадянському просторі сягає до 30%, у жінок віком 45-52 років – до 60%. При цьому лише 5% пацієнок звертаються до лікаря (Аполіхіна І.А., 2006). Актуальність даної проблеми пов'язана з тим, що НС значно погіршує якість життя, оскільки зачіпає серйозні його аспекти:

- фізичний стан (обмеження фізичної активності);
- психологічний стан (депресія, зниження самооцінки, страх розвитку НС);
- соціальна активність (обмеження в міжособистісних взаємовідносинах), обмеження мобільності (через потребу у частому відвідуванні вбиральні);
- професійна діяльність (зниження працездатності);
- сексуальні відносини (використання спеціальної нижньої білизни та прокладок, уникнення сексуальних контактів).

Найбільш поширеною причиною виникнення симптому НС є ГСМ. Це синдром, що характеризується наявністю імперативних позивів з/без імперативного НС, зазвичай у поєднанні із почастим сечовипусканням і ноктурією, при доведеній відсутності інфекції або інших явних патологічних змін.

Виділяють такі причини нейрогенної детрузорної гіперактивності:

- ураження на рівні головного мозку: гостре порушення мозкового кровообігу, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, токсичні ураження;
- ураження на рівні спинного мозку: травма спинного мозку, розсіяний склероз, пухлини спинного мозку, спінальний інсульт.

Синдром ГСМ включає низку наступних скарг:

- імперативні позиви (скарги на раптові непереборні, важко стримувані позиви до сечовипускання);
- підвищення частоти сечовипускання (понад вісім сечовипускань на добу);
- ноктурія (сечовипускання в нічний час);
- ургентне НС (унаслідок імперативного позиву).

ГСМ є діагнозом виключення і встановлюється за відсутності будь-яких запальних, обмінних, гормональних або інших очевидних захворювань нижніх сечових шляхів, здатних викликати такі симптоми.

Діагностика синдрому ГСМ ґрунтується на наступному алгоритмі:

- опитування, анкетування пацієнтів з метою виявлення ознак стресового та імперативного НС, заповнення хворим щоденника сечовипускання протягом доби;
- гінекологічний огляд (анатомічне взаєморозташування сечостатевої системи, наявність пролапсу тазових органів, рухливість уретри);
- проведення «кашльової проби» (виявлення підтікання сечі при кашлі та тест елевації шийки сечового міхура);
- консультація гінеколога (виключення гормонозалежних пухлин, інфекції статевих органів);
- визначення залишкової сечі (не більше 100 мл) і об'єму сечового міхура (не менше 300 мл);
- лабораторні дослідження (аналізи сечі та крові, біохімічний аналіз, бактеріурія, RW, коагулограма);
- інструментальні методи (комплексна уродинамічна діагностика, УЗД, цистоскопія, цистограма в положенні стоячи й лежачи);
- ЕКГ, ФЛГ.

Інші захворювання урогенітального тракту можуть також проявлятися синдромом ГСМ, тому необхідно проводити диференціальну діагностику з такими патологіями, як рак сечового міхура, камені сечового міхура, інфекції сечових шляхів, нейрогенний сечовий міхур.

Професор В.П. Стусь зазначив, що, за даними спеціальної літератури, ГСМ у жінок формується на принципово іншому фоні, ніж у чоловіків. На відміну від обструктивного впливу простати в останніх, на формування гіперактивності міхура у жінок впливають насамперед гормональний статус, стан м'язів тазового дна і органів малого таза. Зокрема, відомо, що нижні сечові шляхи є естрогенчутливими. Естрогени впливають на дозрівання клітин епітеліальних структур нижніх сечових шляхів, і їх низький рівень може спричинити зниження диференціювання м'язових клітин міхура, що може викликати порушення їх скоротливості [4-5].

Саме тому лікування ГСМ слід проводити комплексно. **На сучасному етапі існують наступні підходи до терапії цього захворювання:**

- поведінкові методики: відвідування туалету через регламентовані проміжки часу і тренування сечового міхура;
- антимускаринові та спазмолітичні засоби (зниження скоротувальної активності сечового міхура, збільшення його функціональної ємності);
- хірургічні втручання, спрямовані на збільшення ємності сечового міхура;
- встановлення нейростимулятора.

При лікуванні ГСМ використовують загальний принцип: від менш інвазивної терапії до більш інвазивної. Спочатку застосовують поведінкову терапію – зміна способу життя, виключення факторів ризику (паління, ожиріння, надмірне вживання газованих напоїв і таких, що містять кофеїн), фізичні вправи для м'язів тазового дна (для зменшення мимовільного скорочення детрузора і запобігання НС). У разі неефективності цих методик переходять до фармакологічного лікування.

Оскільки стимуляція мускаринових рецепторів – причина детрузорної гіперактивності, основним медикаментозним лікуванням ГСМ є антихолінергічні лікарські засоби. М-холіноблокатори відносяться до препаратів першої лінії терапії ГСМ [6]. Вони є антагоністами мускаринових рецепторів, розташованих на гладких м'язових детрузора, які беруть участь у регуляції тону детрузора парасимпатичними нервовими волокнами.

Дослідження показують, що основна дія антихолінергічних препаратів проявляється під час фази накопичення сечі, коли відсутня активність парасимпатичних волокон, що пригнічує ургентні позиви і покращує накопичувальну здатність сечового міхура [7]. У даний час на практиці використовуються селективні М-холіноблокатори.

Сучасні антимускаринові препарати включають наступні позиції: оксibuтинін, соліфенацин, троспіум, пропіверин. Соліфенацин – це синтетичний препарат, що відноситься до блокаторів М-холінорецепторів і застосовується перорально. Попередні антимускаринові препарати, наприклад оксibuтинін, не є селективними й пов'язані з високим ризиком розвитку таких побічних реакцій, як порушення зору, закріп, сухість у роті та гастроезофагальний рефлюкс. Соліфенацин (комерційна назва **Нігісем**) – найбільш селективний представник цієї групи, який є препаратом першої лінії в лікуванні ГСМ із доведеною ефективністю; рівень ІА (Горовий В.І., 2016).

Сильними сторонами препарату Нігісем є такі:

- висока уроселективність (**Нігісем** – специфічний інгібітор мускаринових рецепторів саме підтипу М3);
- тривалий період напіввиведення – 45-68 год, рівномірна концентрація у плазмі досягається через 10 днів (1 блістер);
- зручне застосування для пацієнта (1 раз на добу);
- ефект не залежить від прийому їжі;



В.П. Стусь

- пропуск прийому таблетки незначно впливає на рівень концентрації препарату у плазмі (можливість гнучкого дозування);
- відмінна переносимість.

Нігісем – це сучасний ефективний препарат для лікування ГСМ, що має обмеження за показаннями, такими як глаукома, затримка сечі, тяжкі шлунково-кишкові захворювання, міастенія gravis. При цьому його ефективність підтверджена як у монотерапії, так і у складі комплексного лікування. Клінічне дослідження NEPTUN II дало можливість оцінити рівень безпеки та ефективності тривалої комбінованої терапії препаратами М-холінолітиків та α -адреноблокаторами у чоловіків із симптомами ураження нижніх сечових шляхів. Його результатами підтверджено, що застосування комбінованої терапії соліфенацином і тамсулозином протягом 12 тиж (NEPTUN), як і в дослідженні SATURN, безпечно, ефективно й покращує якість життя пацієнтів із помірними та тяжкими симптомами накопичення і спорожнення сечового міхура порівняно з монотерапією тамсулозином.

N. Masumori et al. (2010) вивчали додатковий ефект соліфенацину дозою 5 мг у чоловіків із доброякісною гіперплазією передміхурової залози та резидуальними симптомами ГСМ після монотерапії тамсулозином у 12-тижневому нерандомізованому дослідженні без групи плацебо. Автори виявили, що симптоми наповнення сечового міхура і якість життя (QoL) пацієнтів значно поліпшувалися після додавання до лікування соліфенацину. У цьому дослідженні також не було відзначено залежності ефективності терапії від дози соліфенацину, а також серйозних побічних явищ, включаючи гостру затримку сечі.

Препарат **Нігісем** є ефективним відносно всіх симптомів ГСМ, особливо найбільш неприємних для пацієнта: імперативних позивів та імперативного НС. **Нігісем** має низку переваг перед аналогічними препаратами, включаючи хорошу переносимість та одноразовий прийом на добу [8].

При застосуванні **Нігісему** протягом 3 міс відзначають наступні ефекти: збільшення інтервалів між сечовипусканнями; зниження інтенсивності (зникнення) імперативних позивів; зникнення імперативного НС [9].

Натепер фармакотерапія є основним методом лікування ГСМ. Препарат Нігісем успішно зарекомендував себе у клінічній практиці як високоселективний М-холіноблокатор із мінімальною кількістю побічних ефектів і з огляду на це може бути препаратом вибору при лікуванні таких хворих.

Література

1. Wagg A.S. et al. Overactive bladder syndrome in older people. BJU Int. 2007. Vol. 99. P. 3.
2. Milsom I., Stewart W., Thuroff J. The prevalence of overactive bladder. Amer. J. Manag. Care. 2000. Vol. 6.
3. Tseng L.-H. et al. The Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Taiwanese Women with Lower Urinary Tract Chang Gung. Med. J. 2006. Vol. 29.
4. Yoshida M. et al. Management detrusor dysfunction in the elderly: changes in acetylcholine and adenosine triphosphate release during aging. Urology. 2004. Vol. 63 (Suppl. 1).
5. Nuotio M. et al. Urgency, urge incontinence and voiding symptoms in men and women aged 70 years and over. BJU Int. 2002. Vol. 89.
6. Пушкарь Д.Ю., Шавелева О.Б. Медикаментозное лечение императивных расстройств мочеиспускания. Фарматека. 2002; 10: 9-16.
7. Мазо Е.Б., Иремашвили В.В. Троспия хлорид – четвертый амин для лечения больных с синдромом гиперактивного мочевого пузыря. Consilium medicum. 2004; 6(7): 510-3.
8. Балан В.Е. Особенности применения солифенацина у женщин в климактерии. Consilium medicum. Вып.: Media Medica, 2006. С. 9.
9. Неймарк А.И. и др. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин со стрессовым недержанием мочи. Андрология и генитальная хирургия. 1, 2013.

Підготувала Катерина Пашинська

Ні - гіперактивному сечовому Міхуру!



соліфенацин
від українського виробника



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!