



ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТРУЗОРА: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Шопулов Шохрух Аслиддинович¹

Абсаматов Шахзод Гайратович²

Холдоров Ислон Нурмаатович³

¹Резидент магистратуры, Кафедра Урологии Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

²Ординатор, Кафедра Урологии Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

³Ординатор, Кафедра Урологии Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6724686>

ARTICLE INFO

Received: 28th May 2022

Accepted: 02nd June 2022

Online: 05th June 2022

KEY WORDS

гиперактивный
мочевой пузырь,
нейрогенная
детрузорная
гиперактивность

Актуальность. Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) – это патологическое состояние, выражающееся в ургентном мочеиспускании, учащенном в дневное и ночное время (более 8 раз в сутки), которое может сочетаться с ургентным недержанием мочи [1, 3, 10]. Согласно данным мировых исследований, распространенность гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) на сегодняшний день колеблется в среднем у 11–16% населения Земли и встречается одинаково как у мужчин, так и у женщин. При этом ГМП является диагнозом исключения [2, 6, 8]. ГМП возникает из-за комплекса нарушений механизма мочеиспускания, а именно от непроизвольного сокращения детрузора и повышения

ABSTRACT

В статье рассмотрены перспективы консервативного лечения гиперактивного мочевого пузыря. Исследование проведено на базе областной больницы города Самарканд. В исследование включены 30 пациентов, которым проводилась медикаментозная терапия (мибегроном)

внутрипузырного давления. В настоящее время выделяют различные причины развития ГМП, к наиболее распространенным из них относятся возрастные изменения детрузора, инфравезикальная обструкция, структурные изменения мышечного слоя мочевого пузыря, повышенная чувствительность слизистой мочевого пузыря и др. [4, 7, 12, 16].

Цель исследования: улучшить эффективность консервативного лечения синдрома гиперактивного мочевого пузыря.

Материалы и методы исследования: Часто ГМП является диагнозом исключения. Иными словами, вначале необходимо дифференцировать от ГМП другие,



менее комплексные, причины учащенного и ургентного мочеиспускания. К ним относятся острый и интерстициальный цистит, стрессовое недержание мочи, камень мочевого пузыря и мочеточника, острый и хронический простатит, рак и туберкулез мочевого пузыря и др.

Для правильного выполнения дифференциальной диагностики мы провели ряд фундаментальных обследований, начиная с жалоб и анамнеза и заканчивая комплексным уродинамическим исследованием. У обратившихся пациентов изучался дневник мочеиспускания, где фиксируются данные о всех разгах мочеиспускания, сопровождаемые или не сопровождаемые ургентным позывом, а также все эпизоды ургентного недержания мочи на протяжении 72 ч. Критерием диагностики ГМП было: наличие не менее 2 ургентных позывов к мочеиспусканию в сутки (с эпизодами ургентного недержания мочи или без них), 8 и более мочеиспусканий в сутки. При сборе анамнеза выяснялось наличие перенесенных травм головы и позвоночника, неврологических заболеваний, а также расстройств мочеиспускания в предыдущие годы жизни.

Результаты. В анамнезе пациентов мы наблюдали жалобы на хроническую симптоматику, которая не облегчается приемом антибиотиков и противовоспалительных препаратов. Клинически это проявляется в недержании мочи лишь при очень сильном позыве к мочеиспусканию, возникающем без каких-либо предвестников или

нагрузок. При стрессовом недержании больные жаловались на утечку мочи при сильном напряжении без позыва – при кашле, смехе, подъеме тяжести, физической нагрузке из-за чего были проведены функциональные пробы.

Из лабораторных методов использовалось общий анализ мочи, из инструментальных УЗИ органов мочеиспускания.

Лечение ГМП включало в себя трехступенчатый алгоритм, состоящий из изменения образа жизни, медикаментозной терапии и при неэффективности первых двух, рекомендации малоинвазивных способов лечения.

Концепция изменения образа жизни состояло из поведенческой терапии и биологической обратной связи (БОС - терапия). В случае неэффективности такого лечения или в зависимости от тяжести ГМП прибегали к медикаментозной терапии – агонистам β_3 -адренорецепторов (Мирабегрон в дозировке 50 мг/сут). Длительность терапии составила 12 нед., по истечении которых ученые оценили результаты лечения.

После лечения пациенты отмечали уменьшение количества и выраженности ургентных позывов, количества мочеиспусканий в сутки и эпизодов ургентного недержания мочи. среднее количество мочеиспусканий в сутки в результате приема мирабегрона снизилось на $2,17 \pm 1,22$, тогда как в группе после БОС терапии всего лишь на $1,2 \pm 2,01$ ($p < 0,001$). Количество ургентных позывов к мочеиспусканию снизилось на $1,85 \pm 2,555$ в группе мирабегрона, на $1,37 \pm 1,1$ после БОС терапии ($p < 0,025$), среднее



количество эпизодов ургентного недержания мочи уменьшилось на $1,01 \pm 1,338$. Мы отметили улучшение качества жизни у всех больных. Выводы. ГМП значимо снижает качество жизни пациентов как мужского, так и женского пола. К сожалению, в наше время, несмотря на развитие мировой науки, набор методов лечения ГМП по-прежнему ограничен. Поэтому вопрос поиска новых лекарственных средств очень актуален.

На сегодняшний день мирабегрон – это безопасное и эффективное вещество для лечения симптомов ургентного и учащенного мочеиспускания, которое могут принимать пациенты с различной степенью выраженности такой симптоматики как в качестве монотерапии, так и в комбинации с уже существующими лекарственными средствами (холинолитиками), безопасно усиливая их эффективность.

References:

1. Амиров А. Р. Методы консервативного лечения гиперактивного мочевого пузыря у женщин //Практическая медицина. – 2019. – Т. 17. – №. 4. – С. 20-23.
2. Кривобородов Г. Г., Тур Е. И., Ширин Д. А. Гиперактивный мочевой пузырь: концепция заболевания и подходы к лечению //Медицинский совет. – 2021. – №. 4. – С. 121-126.
3. Кузьмин И. В., Аль-Шукри С. Х. Фезотеродин в лечении гиперактивного мочевого пузыря: фармакологические основы и клинические результаты //Урологические ведомости. – 2020. – Т. 10. – №. 2. – С. 163-171.
4. Кульчавеня Е. В., Холтобин Д. П. Гиперактивный мочевой пузырь у сложного пациента: какой препарат выбрать? //Урология. – 2021. – №. 1. – С. 120-125.
5. АмировнаТИЛЯВОВА С., ХУДОЯРОВА Д. Р. РЕАЛИИ ВРЕМЕНИ. СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЕМЕНОПАУЗА //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – С. 25.
6. Худоярова Д. Р., Шопулотова З. А. OPTIMIZATION OF MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 3.
7. Шавкатова А., Шопулотова З., Худоярова Д. Влияние озонотерапии на фетоплацентарную недостаточность //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 63-66.
8. Khudoyarova D. S. D. R., Tilavova S. A., Shopulotova Z. A. MANIFESTATIONS OF EXAMINATION OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN PREGNANT WOMEN (CLINICAL CASE) //Thematics Journal of Microbiology. – 2022. – Т. 6. – №. 1.
9. Тилавова С. А. MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF URINATION DISTURBANCES IN PREMENOPAUSAL WOMEN //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 3.
10. Shavkatova G. S., Xudoyarova D. R., Shopulotova Z. A. METABOLIK SINDROM-ZAMONAVIY JAMIYATNING MUAMMOSI //Eurasian Journal of Academic Research. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 486-491.