

Диалог ProГМП: evidence-based рекомендации



Филиппова Е.С.

д.м.н., доцент кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, уролог, нейроуролог, руководитель Центра лечения тазовой боли и нарушений мочеиспускания клиники «УГМК-Здоровье», Екатеринбург



Дроздова А.В.

уролог, член РОУ, заведующая отделением первичной специализированной медико-санитарной помощи, урологическое ГБУЗ Архангельской области «Северодвинская городская больница 1», Северодвинск

Два вебинара, которые состоялись в рамках проекта «Диалог» с д.м.н. Филипповой Екатериной Сергеевной, объединяет главный практический вывод: лечение ГМП начинается не с автоматического назначения препарата, а с поиска механизма симптомов у конкретного пациента. Дневник мочеиспускания, оценка характера позыва, исключение инфекции, контроль остаточной мочи, анализ неврологического и метаболического фона позволяют выбрать рациональную тактику – от поведенческой коррекции и терапии тазового дна до назначения $\beta 3$ -агонистов, М-холиноблокаторов, комбинированной терапии или инвазивных методов.

Гиперактивный мочевой пузырь у женщин: этиология, диагностика и современные подходы к терапии

Пациенты с частым мочеиспусканием, как мужчины, так и женщины, составляют значительную часть амбулаторного приема. В рамках первого вебинара были рассмотрены особенности симптоматики, дифференциальной диагностики и терапии ГМП именно у женщин, с акцентом на функциональные нарушения невоспалительного характера.

Важно: ГМП не болит. У пациенток с истинной гиперактивностью, как правило, отсутствуют жалобы на болезненные ощущения в уретре или мочевом пузыре.

Симптоматика и патофизиология ГМП

Истинная гиперактивность мочевого пузыря характеризуется яркой клинической картиной:

- **Ургентность** – внезапный, неотложный позыв к мочеиспусканию, который невозможно отложить;
- Позыв возникает **непроизвольно**, не под контролем сознания;
- Пациент не выбирает время и место для мочеиспускания – требуется экстренно найти туалет;
- Недержание мочи может присутствовать, но не является обязательным критерием;
- Частота мочеиспусканий варьирует и зависит от функциональной емкости мочевого пузыря.

Функциональная емкость мочевого пузыря:

- Дневная порция мочи в норме: **150–350 мл**;
- Ночью, во время сна, мочевой пузырь способен накопить до **500 мл**;
- При интерпретации дневника мочеиспускания важно оценивать не только количество актов, но и объем порций.

Практический совет: Если пациентка мочится часто, но большими порциями – вероятно, причина в полиурии (например, избыточное потребление жидкости). Если часто и малыми порциями – следует искать причину снижения емкости мочевого пузыря.

Этиология и факторы, влияющие на частое мочеиспускание

Нейрогенная гиперактивность

Возникает на фоне подтвержденного неврологического заболевания: ■

- Цереброваскулярные болезни, инсульты в анамнезе;
- Болезнь Паркинсона (тремор как маркер);
- Рассеянный склероз;
- Спина бифида и врожденные аномалии развития.

Нейрогенная форма часто требует более агрессивной терапии: комбинации препаратов, повышенных дозировок.

Идиопатическая гиперактивность

Точная причина неизвестна. Существуют патогенетические теории, но единого объяснения нет. Чаще встречается у пациенток без явной неврологической патологии.

Поведенческие и образ жизни факторы

- **Питьевой режим:** избыточное потребление жидкости (до 5–6 л/сут) у молодых женщин, следящих за здоровьем, приводит к учащенному мочеиспусканию без патологии мочевого пузыря;
- **Кофеин:** усиливает гиперактивность детрузора и увеличивает диурез – двойной механизм провокации симптомов;
- **Привычки:** «сходить на дорожку», перед выходом из дома, перед поездкой – у некоторых пациентов формирует абсессивно-компульсивный паттерн;
- **Психогенная дизурия:** тревожность, панические атаки, депрессия могут проявляться навязчивыми позывами без органической причины;
- **Условия работы:** доступность туалета, стресс на рабочем месте влияют на частоту мочеиспусканий.

Интересный факт: У пациентки с ночной порцией 500–600 мл и дневными порциями по 20–30 мл при отсутствии воспаления и клиники ГМП причиной может быть психогенная дизурия на фоне тревожного расстройства. Попытки «перетерпеть» позыв через напряжение промежности лишь усугубляют симптоматику.



Диагностика: от дневника до уродинамики

Дневник мочеиспускания

Обязательный инструмент для объективизации жалоб. Позволяет оценить:

- Общее количество мочеиспусканий за сутки;
- Объем каждой порции;
- Наличие ургентных эпизодов и недержания;
- Влияние приема жидкости и кофеина.

Уродинамическое исследование (цистометрия наполнения)

Показано при неясной клинической картине для дифференциации (не требуется в рутинной практике):

- Истинной гиперактивности детрузора;
- Гиперсенсорного мочевого пузыря;
- Психогенного учащенного мочеиспускания.

Важно: При уродинамике гиперактивность детрузора фиксируется объективно – как непроизвольное сокращение с повышением внутрипузырного давления. Это дает врачу уверенность в диагнозе и обоснованность выбора терапии.

Современные представления о механизмах формирования позыва

Уротелий как гигантский механорецептор

• В 2021 году Нобелевская премия присуждена за открытие ионных каналов Piezo-1 и Piezo-2;

• Эти каналы в уротелии реагируют на растяжение при наполнении мочевого пузыря;

- Запускается каскад: секреция АТФ → сигнал в ЦНС → формирование позыва;
- Процесс занимает миллисекунды.

Следовательно, любые изменения в уротелии (воспаление, атрофия, фиброз) могут усиливать афферентную сигнализацию и формировать гиперсенсорность. ■

Специфические факторы у женщин

Проплапс органов малого таза

- Цистоцеле наиболее значительно влияет на частые позывы;
- Опушение передней или задней стенки влагалища также может провоцировать симптомы;
- Механизм: изменение анатомии → натяжение фасций → механическое раздражение стенки мочевого пузыря;
- Тактика: коррекция тазового дна (упражнения, пессарии, хирургия) – базис терапии; медикаментозное лечение носит симптоматический характер.

Практический нюанс: Даже при небольшом пролапсе и слабости мышц тазового дна может возникать затекание мочи в уретру, формируя ложные позывы. БОС-терапия и тренировка мышц тазового дна часто дают выраженный эффект.

Генитоуринарный менопаузальный синдром

- Атрофия слизистых вульвы, уретры, мочевого пузыря;
- Снижение защитных свойств уротелия → повышенная чувствительность к инфекции и химическим раздражителям;
- Осмотр пациентки урологом в гинекологическом кресле обязателен: оценка состояния слизистой, наружного отверстия уретры, степени пролапса.

Пример: Бледная, истонченная слизистая, сужение входа во влагалище – показание к местной терапии эстриолом, увлажнению, помимо базовой терапии ГМП.

Гиперсенсорный мочевой пузырь и хроническое воспаление

- Хроническое воспаление стенки мочевого пузыря (в т.ч. на фоне рецидивирующих ИМП) → выброс нейромедиаторов → активация «спящих» афферентных рецепторов;

- Повышается проницаемость уротелия → усиление реакции на наполнение и состав мочи;

- Клиническое следствие: пациентки реагируют учащенным мочеиспусканием на кофе, алкоголь, газированные напитки, острую и консервированную пищу.

Важно: При гиперсенсорных формах антихолинергические препараты часто неэффективны. Препаратом выбора становится мирабегрон (агонист $\beta 3$ -адренорецепторов), действующий на С-волокна и стабилизирующий сенсорную функцию.

Миофасциальная и висцеральная дисфункция

- Напряжение фасций и мышц тазового дна, передней брюшной стенки, диафрагмы может механически влиять на стенку мочевого пузыря;

- Триггерные точки в мышцах – источник ложных позывов;

- Клинический пример: пациент, годы получавший терапию ГМП без эффекта, отметил улучшение после инъекций ботулотоксина в триггерные точки передней брюшной стенки.

Призыв к урологам: Освойте пальпацию мышц тазового дна. Это не требует специального оборудования – достаточно гинекологического кресла и навыка. Напряженное тазовое дно болезненно при пальпации, в отличие от нормы.

Возрастные особенности: молодые vs пожилые пациентки

Молодые женщины

- ГМП (в т.ч. нейрогенный на фоне РС, спина бифида);
- Интерстициальный цистит/синдром болезненного мочевого пузыря (обязательно наличие боли);
- Напряженное тазовое дно (с болью или без);
- Психогенная дизурия. ■

Пожилые женщины

- Идиопатическая и нейрогенная гиперактивность (на фоне ЦВБ, СД, болезни Паркинсона);
- Интерстициальный цистит (встречается во всех возрастных группах);
- Пропалс органов малого таза;
- Генитоуринарный синдром менопаузы.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика по характеру позыва

Характер позыва	Примеры причин	Примеры причин
Внезапный, резкий, urgentный; при попытке перетерпеть может ослабеть; возможно недержание	Истинный ГМП	Терапия ГМП (мирабегрон/антихолинергик)
Частое мочеиспускание из-за боли; опорожнение приносит облегчение	Интерстициальный цистит	Цистоскопия, специфическая терапия
Постоянный навязчивый позыв без urgency и боли	Напряженное тазовое дно, психогенная дезурия	Оценка тазового дна, работа с психосоматикой, миорелаксанты
Учащение после эпизода цистита, сохранение симптомов после лечения	Постинфекционная гиперсенсорность	Мирабегрон для стабилизации сенсорной функции

Терапевтические подходы: мирабегрон vs антихолинергические средства

Мирабегрон (β_3 -адреномиметик)

- Механизм: действует на C-волокна мочевого пузыря, уменьшает чувствительность, стабилизирует детрузор. Воздействуя на β_3 рецепторы мочевого пузыря, вызывает его расслабление и увеличивает накопительную емкость.
- Преимущества:
 - Не ухудшает когнитивные функции;
 - Минимальный профиль побочных эффектов (редко повышение АД, в клинических исследованиях не более 0,2 мм.рт.ст.);
 - Не увеличивает объем остаточной мочи → безопасен при рецидивирующих ИМП;
 - Сопоставимая с холинолитиками эффективность при краткосрочных наблюдениях (до 12 недель), но статистически более значимое сниже-

ние симптомов ГМП при наблюдении в течение 1 года. Значительно более эффективен, чем антихолинергические средства, при ноктурии;

- Возможный положительный эффект на эндотелиальную функцию малого таза и сексуальную функцию.

Антихолинергические средства (солифенацин, толтеродин и др.)

- Механизм: блокада М-холинорецепторов детрузора;
- Ограничения:
 - Риск ухудшения когнитивных функций, особенно у пожилых;
 - Сухость во рту, запоры, нечеткость зрения;
 - Могут увеличивать остаточную мочу → риск рецидивов ИМП;
- Показаны: при выраженной urgenности с недержанием, когда требуется быстрый и мощный эффект.

Рекомендация: При выборе между мирабегроном и антихолинергиком в любом возрасте приоритет отдается мирабегрону из-за лучшего профиля безопасности. Антихолинергики резервируются для тяжелых случаев с недержанием, с возможностью последующего перехода на мирабегрон или комбинации.

Комбинированная терапия

- При недостаточном эффекте монотерапии возможна комбинация мирабегрона + антихолинергик;
- Требуется контроль остаточной мочи и переносимости.

Алгоритм для практикующего уролога на первом приеме

1. Сбор жалоб с акцентом на характер позыва (ургенность, боль, навязчивость);
2. Оценка дневника мочеиспускания (объем порций, частота, связь с жидкостью);
3. Исключение инфекции: ОАМ, посев мочи, при необходимости – ПЦР, Фемофлор;
4. Осмотр в гинекологическом кресле: оценка слизистой, пролапса, болезненности тазового дна;
5. УЗИ с определением остаточной мочи; ■

6. Стартовая терапия:

- При ургентности без боли → мирабегрон;
- При выраженном недержании → возможно начало с солифенацина 10 мг с последующей коррекцией;
- При боли → направление на цистоскопию, исключение интерстициального цистита;
- При подозрении на миофасциальный компонент → работа с тазовым дном, миорелаксанты.

7. Оценка эффекта через 2–3 месяца;

8. При рефрактерности: уродинамическое исследование, рассмотрение ботулинотерапии или сакральной нейромодуляции.

Важно: Не назначать антихолинергики при рецидивирующих ИМП без контроля остаточной мочи – риск усугубления инфекции.

ГМП и рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей: порочный круг

• Воспаление стенки мочевого пузыря → сенсibilизация уротелия → гиперсенсорность → учащенное мочеиспускание;

• ГМП → неполное опорожнение → застой → риск рецидива ИМП;

• Разрыв круга: коррекция функциональных нарушений (мирабегрон, БОС-терапия, лечение пролапса) снижает частоту рецидивов.

Практический совет: При рецидивирующем цистите после купирования острого эпизода целесообразно сразу назначить мирабегрон для профилактики постинфекционной гиперсенсорности, не дожидаясь учащения мочеиспусканий.

Когда переходить к инвазивным методам?

• Ботулинотерапия детрузора и сакральная нейромодуляция – методы второй-третьей линии;

• Показания: неэффективность адекватной медикаментозной терапии в течение 2–3 месяцев;



- Обязательно перед инвазивным лечением: уродинамическое исследование для подтверждения истинной гиперактивности детрузора;
- Исключить психогенные и миофасциальные причины, которые не ответят на ботулотоксин.

Выводы

Гиперактивный мочевого пузырь у женщин – гетерогенное состояние, требующее тщательной дифференциальной диагностики. Ключ к успеху – не просто назначить препарат, а понять механизм формирования симптомов у конкретной пациентки: истинная гиперактивность детрузора, гиперсенсорность на фоне воспаления, миофасциальный дисбаланс или психогенный компонент.

Три главных аспекта для уролога:

1. Оценивайте характер позыва – это основной ориентир для выбора терапии;
2. Мирабегрон – препарат первого выбора в большинстве ситуаций благодаря безопасности и хорошей переносимости;
3. Не забывайте про осмотр в кресле и пальпацию тазового дна – это простой, но часто упускаемый шаг, который меняет тактику.

«Не нужно полгода терпеть, чтобы понять, есть эффект от терапии или нет. 2–3 месяца – достаточный срок для оценки. Если нет эффекта – меняем подход, а не просто продолжаем».

Гиперактивный мочевого пузырь у мужчин: этиология, диагностика и современные подходы к терапии

Роль предстательной железы и распространенность симптомов накопления в урологии

В современной урологической практике существует устойчивое заблуждение о доминирующей роли предстательной железы во всех проявлениях мужской урологии. Несмотря на то, что простата является важным органом, ■

вырабатывающим секрет для семенной жидкости, ее влияние на эректильную функцию и болевой синдром часто преувеличивается как пациентами, так и врачами. Пациенты нередко верят в фатальную связь между заболеваниями простаты, импотенцией и летальным исходом, что создает излишнюю тревожность. В реальности при тазовой боли роль предстательной железы минимальна, а при симптомах нижних мочевыводящих путей (СНМП) она значима, но не является единственным фактором.

Критически важным аспектом является различие между симптомами накопления и симптомами опорожнения. Симптомы опорожнения (слабый напор, затрудненное мочеиспускание) встречаются примерно у 25% мужчин в популяции. Однако симптомы накопления (ноктурия, ургентные позывы, учащенное мочеиспускание, недержание мочи) наблюдаются в два раза чаще. Исследования показывают, что именно нарушения накопления вызывают более значимое снижение качества жизни, чем проблемы с опорожнением. Пациенты с симптомами опорожнения часто игнорируют их до развития декомпенсации детрузора: при длительной обструкции сократительная способность мочевого пузыря снижается, появляется остаточная моча, и пациент может поступать в стационар с задержкой мочи без выраженного болевого синдрома из-за постепенного растяжения стенок.

Напротив, пациенты с симптомами накопления (ноктурия, ургентность, ургентное недержание) обращаются к врачу значительно раньше. Ургентное недержание мочи является тяжелым симптомом, который независимо снижает физический и психический компоненты качества жизни, повышая риск тревоги и депрессии. Оно ограничивает социальную активность, половую жизнь и трудоспособность мужчин, что требует немедленного внимания и коррекции.

Этиология гиперактивности мочевого пузыря у мужчин: от обструкции до метаболических нарушений

Гиперактивность мочевого пузыря (ГМП) у мужчин является самостоятельным заболеванием, а не просто следствием доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Исследование 2003 года с участием более



5000 пациентов показало, что распространенность симптомов ГМП одинакова у мужчин и женщин соответствующих возрастных групп. Это опровергает миф о том, что все мужчины с СНМП имеют только обструкцию, а женщины – только гиперактивность.

Механизмы развития ГМП у мужчин многофакторны:

1. Вторичная гиперактивность на фоне обструкции: Наличие инфравезикальной обструкции при ДГПЖ вызывает компенсаторную реакцию детрузора. Мочевой пузырь пытается преодолеть сопротивление, что приводит к гипертрофии и повышению возбудимости (гиперактивности). Однако если обструкция сохраняется длительное время, наступает декомпенсация: снижается чувствительность пузыря, нарастает остаточная моча, и симптомы ГМП могут смениться симптомами атонии.

2. Неврологические причины: У мужчин старшего возраста часто встречаются цереброваскулярные заболевания (инсульты), болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и деменция, которые ведут к нейрогенной гиперактивности детрузора. У молодых пациентов причиной могут быть рассеянный склероз или травмы спинного мозга. Нейрогенная ГМП характеризуется более высокой амплитудой спазмов и частым ургентным недержанием. Важно учитывать анамнез неврологических заболеваний, так как у молодых мужчин нарушение мочеиспускания может быть первым проявлением рассеянного склероза или травмы позвоночника.

3. Метаболический синдром: Современные исследования (включая анализ группы из 8000 пациентов) выявили сильную связь между метаболическим синдромом и симптомами ГМП у мужчин. Использование индексов, таких как триглицерид-глюкозный индекс, а также оценка ИМТ и окружности талии, показывает достоверную корреляцию. У мужчин эта ассоциация выражена сильнее, чем у женщин (AUC 0,65 vs 0,62). Механизмы влияния включают повышенный симпатический тонус, хроническую ишемию стенки пузыря из-за эндотелиальной дисфункции и атеросклероза, снижение факторов роста и липотоксичность. Гиперинсулинемия может способствовать росту простаты и усугублению СНМП. ■

Клиническая эффективность комбинированной терапии: альфа-блокаторы и бета-3 агонисты

Традиционно первой линией терапии при сочетании симптомов накопления и опорожнения считались альфа-адреноблокаторы (АБ). Однако исследования демонстрируют, что 65% пациентов на монотерапии АБ испытывают неудовлетворенность лечением. Это связано с тем, что АБ действуют преимущественно на симптомы опорожнения, оставляя без внимания симптомы накопления.

Добавление к терапии альфа-блокаторами препаратов для лечения ГМП (в частности, мирабегрона) демонстрирует значимые преимущества:

- Снижается суточное количество мочеиспусканий и частота ургентных позывов.
- Уменьшаются симптомы по шкале гиперактивного мочевого пузыря.
- Качество жизни пациентов увеличивается на 40%.

Исследование с участием более 6,4 млн пациентов показало, что через 5 лет после хирургического лечения (ТУРП, нуклеация и др.) значительное количество пациентов возобновляют прием медикаментов. При этом препараты для лечения ГМП принимают в два раза чаще, чем альфа-блокаторы. Это подтверждает, что у мужчин старшего возраста ГМП является самостоятельным заболеванием, которое прогрессирует даже после устранения обструкции хирургическим путем.

Оперативное лечение (например, трансуретральная резекция простаты) устраняет компонент обструкции и симптомы опорожнения, но не влияет на симптомы накопления. До 93% пациентов после операции продолжают испытывать симптомы ГМП, что часто приводит к их неудовлетворенности результатами лечения. Назначение мирабегрона в раннем послеоперационном периоде позволяет снизить частоту этих симптомов и повысить удовлетворенность пациентов.

Сравнительная характеристика мирабегрона и М-холиноблокаторов: безопасность и выбор терапии

При выборе препарата для лечения ГМП у мужчин с сопутствующей ДГПЖ



существует дилемма между бета-3 агонистами (мирабегрон) и М-холиноблокаторами.

Преимущества мирабегрона:

- **Безопасность в отношении задержки мочи:** В отличие от холиноблокаторов, мирабегрон не вызывает задержку мочи, так как его механизм действия направлен на расслабление детрузора без блокирования сократительной способности. Это критически важно для мужчин, у которых и так существует препятствие в виде увеличенной простаты или длинной уретры.

- **Патогенетическое действие:** Мирабегрон не только купирует симптомы, но и оказывает влияние на метаболизм стенки мочевого пузыря (детрузоропротективный эффект), сохраняя его от изменений при обструкции. Исследования показывают, что препарат повышает чувствительность к инсулину, улучшает липидный профиль и активирует бежевые адипоциты, что делает его предпочтительным выбором для пациентов с метаболическим синдромом, ожирением и диабетом 2 типа.

- **Влияние на эректильную функцию:** Назначение мирабегрона может улучшать сексуальную функцию у мужчин за счет устранения отвлекающих факторов (ургентных позывов) во время полового акта, а также непосредственно вазорелаксирующего эффекта в тканях кавернозного тела.

Риски М-холиноблокаторов:

- **Задержка мочи:** Блокада холинорецепторов снижает сократимость детрузора, что может привести к острой задержке мочи у мужчин с обструкцией.

- **Когнитивные нарушения:** М-холиноблокаторы проникают через гематоэнцефалический барьер и могут ухудшать когнитивную функцию, вызывать атрофические изменения в коре головного мозга. Это особенно опасно для пожилых мужчин с уже имеющимся когнитивным дефицитом или нейродегенеративными заболеваниями. ■

Согласно клиническим рекомендациям 2024 года и резолюциям экспертных советов, комбинация альфа-адреноблокатора (например, тамсулозина в форме с контролируемым высвобождением) и бета-3 агониста (мирабегрона) является терапией выбора для мужчин с умеренными и тяжелыми СНМП при наличии симптомов накопления. М-холиноблокаторы допустимы только при объеме остаточной мочи менее 100 мл, но в целом комбинация с мирабегроном безопаснее.

Стратегия диагностики и ведения пациентов: роль неврологии и метаболического профиля

Диагностика гиперактивности мочевого пузыря у мужчин требует дифференцированного подхода для выявления истинной причины симптомов.

Неврологический скрининг: Врач должен насторожиться при наличии следующих признаков, указывающих на нейрогенную ГМП:

- Молодой возраст пациента (до 40-50 лет) с симптомами ГМП и недержанием мочи.
- Наличие в анамнезе травм головы или позвоночника (особенно политравмы).
- Сопутствующие тазовые нарушения: запоры, эректильная дисфункция, снижение чувствительности.
- Диагностическая триада рассеянного склероза у молодых мужчин: эректильная дисфункция, запор и недержание мочи.

При подозрении на неврологическую патологию необходимо направлять пациента к неврологу для ранней диагностики и начала специфической терапии, так как заболевание может прогрессировать и приводить к инвалидизации.

Метаболический профиль: Оценка индексов метаболического синдрома (триглицерид-глюкозный индекс, ИМТ, окружность талии) помогает выявить пациентов с высоким риском ГМП и выбрать терапию, которая будет эффективна не только для мочевого пузыря, но и для системного здоровья.

Диагностические инструменты:

- Урофлоуметрия: Является обязательным стандартом для объективизации симптомов опорожнения и оценки динамики лечения. Позволяет отличить



гипотонию детрузора (снижение чувствительности, слабый напор) от функциональной обструкции.

- **Определение остаточной мочи:** Критически важный параметр. Если у пациента с ДГПЖ есть остаточная моча и учащенное мочеиспускание, это может быть связано не с ГМП, а с неполным опорожнением (частые позывы из-за малого объема). В таких случаях альфа-блокаторы могут дать эффект за счет уменьшения остатка. При отсутствии остаточной мочи и наличии ургентности диагноз ГМП подтверждается клинически без инвазивных исследований.

- **Цистоскопия:** Рекомендуется в сложных случаях для оценки состояния шейки мочевого пузыря, выявления склероза или спазма внутреннего сфинктера, особенно у молодых мужчин с нормальными размерами простаты.

Особенности ноктурии и послеоперационного ведения

Ноктурия (ночные позывы к мочеиспусканию) требует тщательной дифференциации, так как причины могут быть разными:

1. **Ночная полиурия:** Часто встречается у пожилых пациентов с отеками нижних конечностей. В горизонтальном положении жидкость из тканей возвращается в кровоток, увеличивая диурез. Лечение включает коррекцию питьевого режима, использование компрессионного трикотажа или назначение десмопрессина (с осторожностью из-за риска задержки жидкости и нарушения натриевого обмена).

2. **Гиперактивный мочевой пузырь:** Пациенты встают часто малыми порциями при отсутствии остаточной мочи. Требуется терапия ГМП (мирабегрон или холиноблокаторы).

3. **Остаточная моча:** Ночные позывы связаны с неполным опорожнением днем. Эффективны альфа-блокаторы.

Для дифференциации этих причин требуется обязательное заполнение дневника мочеиспускания. ■

В послеоперационном периоде важно продолжать терапию ГМП (например, мирабегроном) в течение 3–6 месяцев для восстановления функции детрузора и нивелирования вторичных симптомов гиперактивности. Это повышает удовлетворенность пациентов результатами операции. Пациентам необходимо объяснять характер заболевания и настраивать их на длительную терапию, так как разовые курсы лечения неэффективны.

Особое внимание следует уделять пациентам с нейрогенными нарушениями (например, болезнь Паркинсона). У таких мужчин после удаления простаты может проявиться urgentное недержание мочи, которого не было до операции, из-за потери поддерживающей функции предстательной железы. В таких случаях может потребоваться комбинация мирабегрона и М-холиноблокаторов или катетеризация.

Таким образом, современный подход к лечению мужчин с СНМП и ГМП требует комплексной оценки этиологии (обструкция, нейрогенные факторы, метаболизм), выбора безопасных препаратов (преимущественно мирабегрон) и длительной терапии (иногда в течение всей жизни) для достижения стабильного качества жизни пациента.

Лечение СНМП – это переход от шаблонной схемы «часто мочится – лечим мочевой пузырь» к персонализированной диагностике, где уролог оценивает не только мочевой пузырь, но и весь клинический контекст: пол, возраст, гормональный статус, простату, тазовое дно, нервную систему, метаболизм и качество жизни пациента. ■

Материал подготовлен командой Уровейб

Часть 1



Часть 2





ВАШ БИЛЕТ В КОМФОРТНУЮ ЖИЗНЬ

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



Улучшает жизнь пациентов с ГМП¹



Более значимое снижение симптомов
ГМП при наблюдении в течение года²



Профиль безопасности, сопоставимый с плацебо²



В 2 раза выше приверженность к терапии³

* по сравнению с антимушкарinovыми препаратами.

1. Khullar V, et al. Eur Urol. 2013;63: 283-295; 2. EAU Guidelines on Non-neurogenic female LUTS, 2025. Available at: <https://uroweb.org/guideline/non-neurogenic-female-luts/>. Дата обращения 31.03.2025; 3. Chapple CR, et al. Eur Urol. 2017;72: 389-399.

Общая характеристика лекарственного препарата Бетмига (РУ: ЛП-№(004117)-(PF-RU) от 22.12.2023): https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC
ООО «Астеллас Фарма Продакшен» МАТ-RU-BET-08-2025-48F-000278



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА