

Е.П. Кемерон¹, Д.Е. Чанг², Е.Дж. Ділубанза³ та співавт.

¹ Кафедра урології Мічиганського університету, м. Енн-Арбор, США

² Кафедра урології Колумбійського університету, м. Нью-Йорк, США

³ Кафедра урології Університету Південної Каліфорнії, м. Пало-Альто, США

Рекомендації AUA/SUFU щодо діагностики та лікування ідіопатичного гіперактивного сечового міхура

При встановленні діагнозу гіперактивного сечового міхура (ГАСМ) у клініциста наявні різноманітні терапевтичні опції, вибір з-поміж яких має здійснюватися шляхом спільного з пацієнтом прийняття рішень для розробки індивідуального підходу до лікування, з урахуванням рекомендацій, що ґрунтуються на доказах, а також цінностей та вподобань хворого. Пропонуємо до вашої уваги огляд гайдлайну Американської урологічної асоціації (American Urological Association, AUA) та Товариства уродинаміки, жіночої тазової медицини та урогенітальної реконструкції (Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction, SUFU) щодо менеджменту ідіопатичного ГАСМ, що дозволить лікарям максимізувати контроль симптомів і підвищити якість життя пацієнтів, одночасно мінімізувавши побічні ефекти та тягар захворювання.

Ключові слова: гіперактивний сечовий міхур, нетримання сечі, імперативні позиви, об'єм залишкової сечі, інфекції сечовивідних шляхів, симптоми нижніх сечових шляхів, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, агоністи β_3 -адренорецепторів, антимускаринові препарати.



ГАСМ визначається як невідкладні позиви до сечовипускання, які здебільшого поєднуються з частим сечовипусканням та ніктурією з/без нетримання сечі (НС), за умови відсутності інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) або іншої очевидної патології. Вплив на якість життя пацієнтів є значним, однак більшість із них страждають від симптомів протягом тривалого періоду часу, перш ніж звернутися по медичну допомогу.

Традиційно лікування ГАСМ характеризувалося поступовим прогресуванням втручань від найменш до найбільш інвазивних на основі відповіді на лікування [1]. Автори цієї настанови виключили концепцію «поетапної терапії», натомість наголосивши на важливості спільного прийняття рішень для вибору найкращого методу/методів терапії, незалежно від ступеня їх інвазивності, виходячи з потреб, вподобань

пацієнта, а також переносимості ним побічних ефектів. Варіанти лікування були згруповані за категоріями: ця нова структура надає перелік лікувальних опцій, із яких пацієнт може обрати одну або декілька одночасно, що якнайкраще відповідатиме його індивідуальним критеріям (таблиця).

Обстеження та діагностика

Твердження 1. Під час первинного амбулаторного обстеження пацієнтів із симптомами, що вказують на ГАСМ, лікар повинен:

- зібрати анамнез хвороби з комплексною оцінкою симптомів із боку сечового міхура;
- провести фізикальний огляд;
- виконати загальний аналіз сечі для виключення мікрогематурії та інфекції. (*Клінічний принцип*)

Таблиця. Категорії терапії ГАСМ

Категорія	Опис	Приклади
Стратегії менеджменту НС	Засоби, які допомагають краще впоратися з НС або переносити його. Вони не лікують і не запобігають НС, а швидше зменшують несприятливі наслідки, такі як сечовий дерматит	Підгузки, прокладки, вкладиші, гігроскопічна білизна, захисні креми, зовнішня система збору сечі, кондомні катетери
Поведінкова терапія	Вправи, які пацієнти з ГАСМ можуть виконувати вдома, щоб зменшити/усунути симптоми. Можуть підтримуватися навчанням або тренуваннями, але керуються пацієнтом	Сечовипускання за часом, пригнічення імперативних позивів, контроль споживання рідини, уникнення подразників сечового міхура (кофеїн, алкоголь)
Менеджмент супутніх захворювань	Захворювання, які, як відомо, впливають на тяжкість ГАСМ, підлягають лікуванню або контролю	Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ), закрепи, прийом діуретиків, ожиріння, цукровий діабет, генітоуринарний менопаузальний синдром, пролапс тазових органів, зловживання тютюнопалінням
Неінвазивні методи лікування	Лікування, що надається медсестрою або іншим медичним працівником, яке може включати практику або лікування вдома	Тренування м'язів тазового дна, біологічний зворотний зв'язок, електромагнітна терапія
Фармакологічні методи лікування	Медикаменти, що відпускаються за рецептом, які призначаються безпосередньо для купірування симптомів із боку сечового міхура	Агоністи β_3 -адренорецепторів, антимускаринові препарати
Мінімально інвазивні втручання	Процедурне або хірургічне лікування, але з низьким ризиком ускладнень чи побічних ефектів	Ін'єкції ботулотоксину в сечовий міхур (BTX), сакральна нейромодуляція (SNM), черезшкірна стимуляція великогомілкового нерва (PTNS), акупунктура, імплантація стимулятора великогомілкового нерва
Інвазивні втручання	Хірургічне лікування, яке має вищий ризик ускладнень або побічних явищ	Відведення сечі, аугментаційна цистопластика для збільшення сечового міхура
Постійна катетеризація	Будь-який сечовий катетер, установлений у сечовий міхур, як метод лікування НС	Постійні уретральні або надлобкові катетери

Твердження 2. Клініцист може запропонувати телемедичне консультування для початкового обстеження пацієнтів із симптомами, що вказують на ГАСМ, із розумінням того, що фізикальний огляд проводиться не буде, а загальний аналіз сечі слід виконати в місцевій лабораторії (або переглянути результати останніх лабораторних досліджень за наявності). *(Експертний висновок)*

У пацієнтів із підозрою на ГАСМ слід уточнити наявність симптомів і порушень накопичення сечі; оцінити функцію спорожнення сечового міхура; запитати щодо поточного прийому медикаментів, зокрема сечогінних і протидіабетичних препаратів, які викликають глюкозурію, а також провести ретельний фізикальний огляд.

Необхідно оцінити анатомічні фактори та/або супутні стани, які можуть викликати симптоми ГАСМ, а також звернути увагу на ходу та пересування пацієнта, що дозволить виявити в нього

порушення рухливості, які можуть впливати на такі симптоми, як імперативне НС.

Експрес-тест із використанням смужок та загальний аналіз сечі з мікроскопією осаду слід проводити всім пацієнтам із симптомами, що вказують на ГАСМ; при цьому посів сечі показаний у випадках, коли результати загального аналізу сечі свідчать про інфекцію та/або гематурію.

Телемедицина є прийнятним варіантом у пацієнтів із ГАСМ, однак таке консультування не дозволить реалізувати всі елементи первинного обстеження в медичному закладі.

Загальний аналіз сечі можна виконати в місцевій лабораторії або, за наявності, лікар може оцінити результати попередніх лабораторних досліджень. У пацієнтів, які не відповідають на терапію після первинного телемедичного прийому, слід розглянути можливість візиту до медичного закладу для проведення фізикального огляду, вимірювання об'єму залишкової сечі (ОЗС) після сечовипускання та загального аналізу сечі за показаннями.

Твердження 3. Клініцист може оцінити ОЗС у пацієнтів із симптомами, що вказують на ГАСМ, щоб виключити неповне спорожнення сечового міхура або затримку сечі, особливо в осіб із супутніми симптомами накопичення або спорожнення. *(Клінічний принцип)*

ОЗС слід визначати для виключення затримки сечі у пацієнтів із супутніми симптомами спорожнення, наявністю в анамнезі затримки сечі, збільшенням передміхурової залози, неврологічними розладами, НС, операціями на передміхуровій залозі, великим стажем цукрового діабету. При збільшенні ОЗС може бути показане подальше обстеження за допомогою неінвазивної урофлоуметрії, уродинамічного дослідження та/або цистоскопії.

Твердження 4. Лікар може запропонувати заповнити анкету та/або щоденник сечовипускань пацієнтам із симптомами, що вказують на ГАСМ, щоб спростити діагностику захворювання, виключити іншу патологію, визначити ступінь надокучливості симптомів та/або оцінити відповідь на лікування. *(Клінічний принцип)*

Більш комплексно дослідити симптоми нижніх сечових шляхів (НСШ) можна за допомогою Брістольського опитувальника з оцінки НСШ, валідованого лише для жінок, або опитувальника LURN-SI-29 (короткої його форми LURN-SI-10), який надає дані щодо симптомів спорожнення/накопичення та НС, валідованого для обох статей [2]. Щоденники споживання рідини протягом 24-72 год і сечовипускань, за допомогою яких фіксуються час і обставини кожного епізоду сечовипускання та/або НС, можуть надати інформацію про відвідування туалету та споживання рідини у ситуаціях, коли пацієнту важко їх пригадати.

Твердження 5. Клініцист не має рутинно проводити уродинамічне дослідження, цистоскопію або візуалізацію сечовивідних шляхів при початковому обстеженні пацієнтів із ГАСМ. *(Клінічний принцип)*

Твердження 6. Лікар може призначити розширене тестування, зокрема уродинамічне дослідження, цистоскопію або візуалізацію сечовивідних шляхів, при початковому обстеженні пацієнтів із ГАСМ у випадках, коли існує діагностична невизначеність. *(Клінічний принцип)*

За наявності в пацієнта змішаного НС, обструктивних симптомів, збільшеного ОЗС, ймовірної нейрогенної дисфункції нижніх сечових шляхів (НДНСШ) або якщо після початкового обстеження залишається діагностична невизначеність, можна розглянути проведення уродинамічного дослідження для уточнення діагнозу та виключення іншої патології нижніх сечових шляхів.

Цистоскопія діагностично корисна в осіб із гематурією на момент обстеження, за наявності в анамнезі епізодів рецидивуючих ІСШ, у хворих із обструктивними симптомами, а також у жінок із симптомами ГАСМ, які в минулому перенесли слінгову операцію з приводу стресового НС. Рецидивуючі ІСШ, гематурія та НДНСШ можуть потребувати проведення візуалізації верхніх сечових шляхів.

Твердження 7. Клініцист повинен перевірити наявність супутніх захворювань у пацієнтів із ГАСМ, які можуть призводити до підвищення частоти сечовипускань, імперативних позивів та/або імперативного НС, і поінформувати їх щодо впливу, який лікування даних станів може чинити на симптоми з боку сечового міхура. *(Експертний висновок)*

Різноманітні стани, такі як ожиріння, закрепи, пролапс тазових органів, урогенітальний менопаузальний синдром, глюкозурія, обструктивне апное сну, тривожні розлади, депресія і тютюнопаління, можуть призводити до частого сечовипускання, імперативних позивів та/або імперативного НС. Купірування цих супутніх станів може допомогти полегшити симптоми з боку сечового міхура, які є наслідком ГАСМ, або діяти синергічно з іншими методами його лікування.

Твердження 8. Лікар може використовувати телемедицину для подальшого моніторингу стану пацієнтів із ГАСМ. *(Експертний висновок)*

Телемедицина є ефективною та зручною опцією для оцінки відповіді пацієнта на призначену терапію, коригування дози чи повторної видачі медикаментів та/або перегляду її схеми. Якщо пацієнт отримує таке лікування, як, наприклад, інтрадетрузорна ін'єкція ВТХ, РТНС, або якщо йому показані більш інвазивні обстеження (уродинамічне дослідження, цистоскопія), потрібен візит до медичного закладу.

Спільне прийняття рішень

Твердження 9. Клініцист має приймати рішення спільно з хворим, що страждає на ГАСМ, беручи до уваги висловлені ним цінності, вподобання та цілі лікування, щоб допомогти прийняти обґрунтоване рішення щодо різних методів терапії або розглянути варіант відмови від неї. *(Клінічний принцип)*

Спільне прийняття рішень – це інтерактивний діалог «пацієнт – лікар», під час якого рішення про

найкращі варіанти лікування приймаються з урахуванням рекомендацій, що ґрунтуються на доказах, а також цінностей і вподобань пацієнта (рисунок). Це особливо важливо при прийнятті рішень, що стосуються здоров'я й орієнтовані на вподобання, за наявності ГАСМ, наприклад у ситуації, коли існує кілька терапевтичних опцій для лікування одного і того ж стану, а їх клінічні результати є відносно однаковими. Після встановлення діагнозу ГАСМ та виключення інших патологій лікар має пояснити пацієнту природу його основного захворювання та брати участь у спільному прийнятті рішень щодо вибору методів лікування або відмови від нього взагалі.

Неінвазивні втручання

Твердження 10. Лікар має обговорити стратегії лікування НС (наприклад, використання прокладок, підгузок, захисних кремів) із кожним пацієнтом з імперативним НС. *(Експертний висновок)*

Пацієнтів із симптомами імперативного НС слід обстежити та проконсультувати щодо можливих стратегій, які допоможуть впоратися з цим станом (прокладки, вкладиші, підгузки, захисні креми, зовнішні катетери, поглинаюча захисна спідня білизна, яку можна прати), а також послабити негативний вплив підтікання сечі на якість життя.

Твердження 11. Клініцист повинен пропонувати тренування сечового міхура кожному пацієнту з ГАСМ. *(Сильна рекомендація; рівень доказовості А)*

Твердження 12. Лікар повинен пропонувати поведінкову терапію кожному пацієнту з ГАСМ. *(Клінічний принцип)*

Поведінкова терапія ГАСМ, включаючи контроль питного режиму, зменшення споживання кофеїну, фізичну активність/вправи, модифікацію дієти та усвідомленість щодо стану свого здоров'я, демонструє в осіб із ГАСМ певну ефективність, відмінний профіль безпеки з мінімальною кількістю побічних ефектів, якщо такі взагалі виникають. Однак успіх

цих заходів значною мірою залежить від прихильності пацієнта.

Твердження 13. Клініцист може пропонувати вибрані неінвазивні методи лікування кожному пацієнту з ГАСМ. *(Клінічний принцип)*

Неінвазивні методи лікування, такі як терапія м'язів тазового дна, PTNS, трансвагінальна електростимуляція та йога, відносяться до опцій консервативного лікування ГАСМ, які надаються медичним працівником і потребують участі пацієнта. Незважаючи на відмінні профілі безпеки всіх неінвазивних методів (невелика кількість побічних ефектів і високе співвідношенні ризику та користі), усі вони не мають еквівалентної ефективності, а їхня доказова база дуже різноманітна. Більшість неінвазивних методів вимагають тривалого дотримання пацієнтами лікувального режиму для підтримки довгострокового ефекту, тому хворих із ГАСМ слід проконсультувати перед початком курсу потенційно довгочасної терапії.

Твердження 14. У пацієнтів із ГАСМ, у яких симптоми не купіруються належним чином при монотерапії, клініцист може комбінувати один або декілька з наступного: поведінкову, неінвазивну, фармакотерапію та/або мінімально інвазивні втручання. *(Експертний висновок)*

Твердження 15. Слід поінформувати пацієнтів, що наразі немає достатніх доказів на підтримку використання нутрицевтиків, вітамінів, харчових добавок або трав'яних засобів для лікування ГАСМ. *(Експертний висновок)*

Фармакотерапія

Твердження 16. Клініцист повинен пропонувати антимускаринові препарати або агоністи β_3 -адренорецепторів пацієнтам із ГАСМ, щоб зменшити імперативні позиви, частоту сечовипускання та/або імперативне НС. *(Сильна рекомендація; рівень доказовості А)*

Згідно з доказовими даними, застосування пероральних антимускаринових препаратів і агоністів β_3 -адренорецепторів супроводжується зменшенням епізодів імперативних позивів, частоти сечовипускань та імперативного НС [8-17] порівняно з плацебо. Клінічні дослідження також продемонстрували, що препарати для лікування ГАСМ суттєво покращують інші параметри, включаючи загальну та залежну від стану здоров'я якість життя [10, 11, 14, 18-20], задоволеність лікуванням [9] і працездатність [21]. При цьому існує значна різниця в оцінюваних величинах ефектів [8-16], і, враховуючи відсутність доказів щодо переваги певної групи препаратів у контролі симптомів ГАСМ, експерти дійшли висновку, що ефективність антимускаринових препаратів та агоністів β_3 -адренорецепторів є зіставною. Крім того, важливо зазначити, що спостережуваний у деяких клінічних дослідженнях ефект плацебо є дуже сильним [22].

Твердження 17. Лікар має консультувати пацієнтів із ГАСМ щодо побічних ефектів усіх варіантів перорального лікування; останнє слід обирати на основі профілю побічних ефектів і в контексті спільного прийняття рішень. *(Клінічний принцип)*

Хоча ефективність препаратів для терапії ГАСМ може бути зіставною, їхні профілі безпеки різняться, зокрема антимускаринових препаратів та агоністів β_3 -адренорецепторів. Таким чином, клініцисту слід вибрати варіант фармакологічного лікування разом із пацієнтом у контексті спільного прийняття рішень, що включає вподобання та цінності останнього.

Твердження 18. Лікар повинен обговорити потенційний ризик розвитку деменції та когнітивних порушень із пацієнтами з ГАСМ, які вже приймають або яким лише призначено антимускаринові препарати. *(Клінічний принцип)*

Існують докази, які свідчать про зв'язок між прийомом антимускаринових препаратів

та розвитком інцидентної деменції, яка може бути кумулятивною та дозозалежною [23]. Метааналіз 11 когортних досліджень і 3 досліджень типу «випадок – контроль» виявив, що прийом антимускаринових препаратів асоціюється з підвищеним ризиком загальної деменції та хвороби Альцгеймера [24]. Клініцист має враховувати потенційні когнітивні ризики в усіх групах пацієнтів при призначенні цих ліків довгостроковим курсом. Крім того, терапію зазвичай бажано починати з агоністів β_3 -адренорецепторів і тільки після цього призначати антимускаринові препарати [25].

Твердження 19. Лікар має призначати антимускаринові препарати з особливою обережністю хворим на ГАСМ із вузькокутовою глаукомою, порушенням евакуаторної функції шлунка або наявністю в анамнезі затримки сечі. *(Клінічний принцип)*

Слід враховувати додаткові міркування щодо призначення антимускаринових препаратів у пацієнтів із цукровим діабетом, попередніми операціями на черевній порожнині, вживанням наркотиків, склеродермією, гіпотиреозом, хворобою Паркінсона, розсіяним склерозом та будь-якими іншими патологіями, які можуть вплинути на спорожнення шлунка. Якщо в анамнезі хворого наявна затримка сечі або існує ризик її виникнення, слід оцінити ОЗС, а також після розгляду ризиків і переваг обговорити з ним можливе погіршення спорожнення сечового міхура.

Твердження 20. Клініцист має оцінювати в пацієнтів із ГАСМ ефективність фармакотерапії після її початку та ризик побічних ефектів. *(Експертний висновок)*

Експерти рекомендують оцінювати ефективність фармакотерапії ГАСМ, а також ризик появи побічних ефектів протягом 4–8 тижнів після її початку. У більшості клінічних досліджень передбачалася оцінка ефективності та безпеки лікування через 4 тижні, оскільки до цього часу дія медикаментів була очевидною [10–13, 16]. Такі заходи є вкрай важливими,

щоб уникнути ситуації так званого медичного чистилища, у якому перебувають пацієнти, залишаючись у стані відсутності/мінімального купірування симптоматики або розвитку виражених побічних ефектів. Тим хворим, у яких не вдається досягти належного поліпшення стану, слід запропонувати змінити терапію.

Твердження 21. Пацієнтам із ГАСМ, у яких виникають непереносимі побічні ефекти або не вдається досягти належного купірування симптомів за допомогою препарату, показаного при ГАСМ, лікар може запропонувати інший лікарський засіб того самого або іншого класу для досягнення кращої переносимості та/або ефективності. *(Клінічний принцип)*

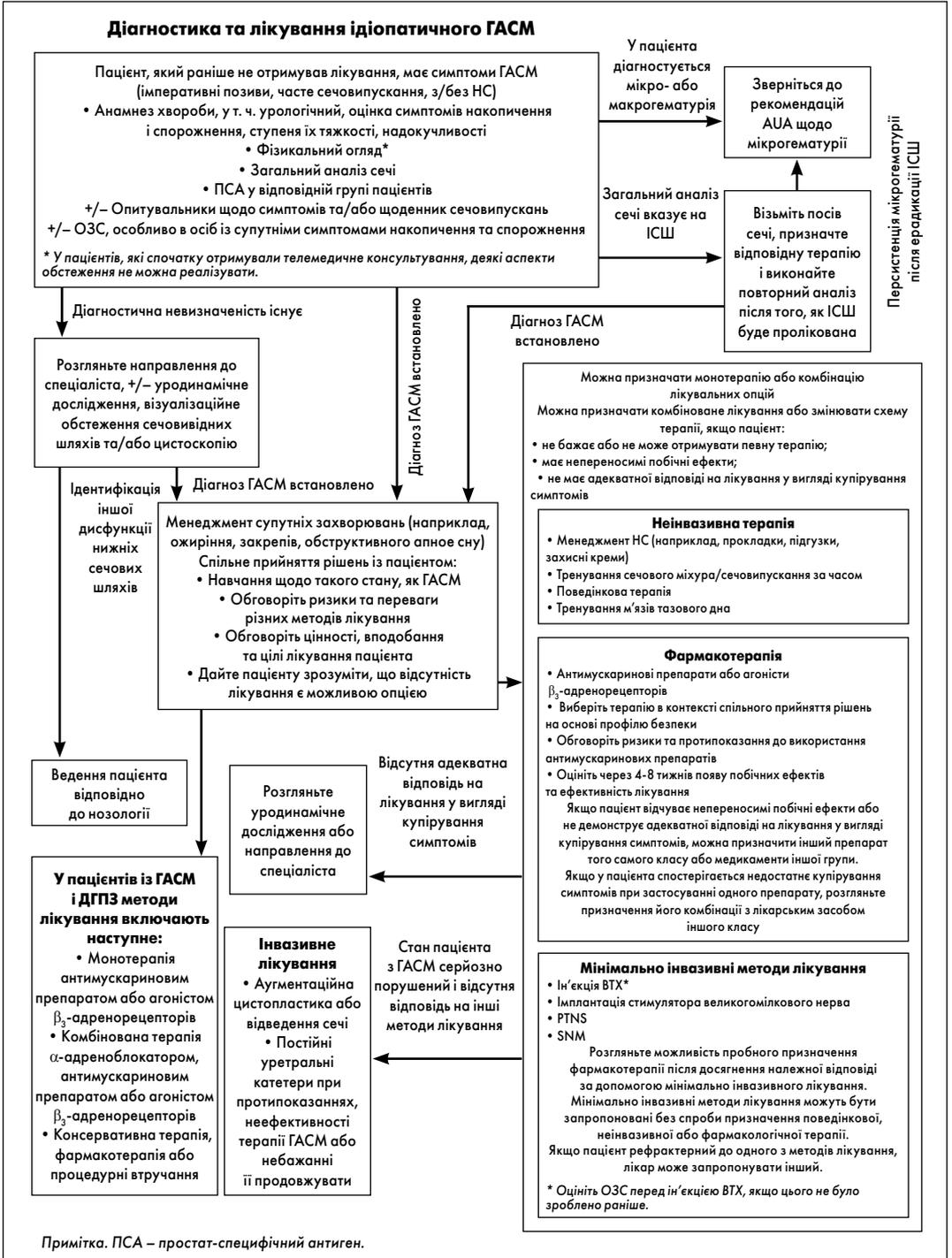
Агоністи β_3 -адренорецепторів, ймовірно, викликають менше поширених побічних ефектів, тому перехід на їх прийом може бути більш прийнятним для пацієнтів при збереженні ефективності лікування [27].

Твердження 22. Пацієнтам із ГАСМ, у яких не вдається досягти адекватного покращення стану за допомогою одного препарату, показаного при ГАСМ, клініцист може запропонувати комбіновану терапію лікарськими засобами іншого класу. *(Умовна рекомендація; рівень доказовості B)*

Хоча хворі часто розпочинають лікування з прийому одного препарату для купірування ГАСМ, багато хто з них може не відмітити бажаного ефекту. Лікар може запропонувати комбіновану терапію антимускариновим препаратом і агоністом β_3 -адренорецепторів, додавши лікарський засіб іншого класу.

Мінімально інвазивна терапія

Твердження 23. Клініцист має пропонувати мінімально інвазивні втручання пацієнтам із ГАСМ, які не можуть або не бажають отримувати поведінкову, неінвазивну або фармакологічну терапію. *(Клінічний принцип)*



Твердження 24. Лікар може запропонувати пацієнтам із ГАСМ, у контексті спільного прийняття рішень, мінімально інвазивну терапію, не вимагаючи спробувати поведінкове, неінвазивне або фармакологічне лікування. *(Експертний висновок)*

Твердження 25. Пацієнтам із ГАСМ без адекватної відповіді на фармакотерапію чи поведінкову терапію або в разі розвитку непереносимих побічних ефектів від зазначеного лікування клініцист повинен запропонувати SNM, стимуляцію великогомілкового нерва та/або інтрадетрузорну ін'єкцію ВТХ. *(Помірна рекомендація; рівень доказовості А)*

SNM, PTNS та імплантація стимулятора великогомілкового нерва продемонстрували ефективність у пацієнтів із ГАСМ щодо зменшення частоти сечовипускань, ніктурії, кількості епізодів імперативних позивів і НС при неадекватній відповіді або непереносимості іншої терапії [33] чи ВТХ [34, 35].

Одним із обмежень PTNS є необхідність для пацієнта повторних візитів до лікувального закладу. З метою вирішення цієї проблеми було розроблено та схвалено FDA два стимулятори-імпланти великогомілкового нерва [36].

Існують переконливі докази того, що інтрадетрузорна ін'єкція ВТХ у дозі 100 Од купірує симптоми ГАСМ у пацієнтів, які мали неадекватну відповідь на застосування антимускаринових препаратів [34, 37-40] та/або агоністів β_3 -адренорецепторів або якщо в них розвинулися непереносимі побічні ефекти на фоні такого лікування [41]. Доцільно уникати прийому антимускаринових препаратів та перейти безпосередньо до ін'єкцій ВТХ в осіб, які не можуть або не бажають пробувати приймати ці лікарські засоби [41].

Твердження 26. Клініцист повинен виміряти ОЗС у пацієнтів із ГАСМ перед виконанням інтрадетрузорної ін'єкції ВТХ. *(Клінічний принцип)*

Пацієнтам слід виміряти ОЗС перед ін'єкцією ВТХ і проконсультувати їх щодо ризику неповного спорожнення сечового міхура, що може вимагати проведення чистої періодичної катеризації після процедури. У рандомізованих контрольованих дослідженнях показник ОЗС >100-200 мл використовувався як критерій виключення з них [34, 37, 40]. Тому автори наголошують, що слід бути обережними при виконанні ін'єкції ВТХ у хворих із ОЗС >100-200 мл.

Твердження 27. Лікар має оцінити ОЗС у пацієнтів із ГАСМ, симптоми яких не були усунені або послаблені адекватно після інтрадетрузорної ін'єкції ВТХ. *(Клінічний принцип)*

Приблизно через 2 тижні після початкової ін'єкції ВТХ у пацієнтів необхідно виміряти ОЗС, щоб оцінити ступінь покращення симптомів і виключити можливу затримку сечі. Якщо у пацієнта не спостерігається покращення стану після ін'єкції ВТХ, йому слід визначити ОЗС, провести загальний аналіз сечі та за показаннями – посів сечі, оскільки причиною симптомів може бути ІСШ або поєднане спорожнення сечового міхура.

Твердження 28. Лікар повинен відмінити прийом пероральних препаратів у пацієнтів із ГАСМ, які належним чином відповідають на мінімально інвазивну процедуру, але фармакотерапію слід відновити, якщо ефективність такого лікування не зберігається. *(Експертний висновок)*

Твердження 29. Клініцист може виконувати уродинамічне дослідження у пацієнтів із ГАСМ, які не відповідають належним чином на фармакотерапію, або мінімально інвазивну терапію/процедури для подальшої оцінки функції сечового міхура та виключення інших розладів. *(Клінічний принцип)*

ГАСМ – це клінічний діагноз, який ґрунтується на наявності імперативних позивів до сечовипускання, тому уродинамічне

дослідження не є обов'язковим для його встановлення. Однак у пацієнтів із нетиповими симптомами або неадекватною відповіддю на лікування можна розглянути питання про проведення цього дослідження. За винятком випадків, коли симптоми ГАСМ співіснують зі збільшеним ОЗС, що вимагає подальшого лікування, жоден уродинамічний параметр не є абсолютним протипоказанням до спроб інтервенційної терапії [42, 43].

Інвазивна терапія

Твердження 30. Клініцист може запропонувати аугментаційну цистопластику для збільшення сечового міхура або відведення сечі у пацієнтів із важкими симптомами ГАСМ, які не відповідають на всі інші терапевтичні втручання. *(Експертний висновок)*

Існує дуже невелика підгрупа пацієнтів із ГАСМ, які, незважаючи на призначення численних медикаментозних та інтервенційних методів лікування, відчувають стійке й виражене погіршення якості життя через недостатньо контрольовані симптоми ГАСМ. У таких хворих досвідчений лікар може розглянути можливість проведення інвазивних хірургічних процедур після всебічного обговорення потенційних ризиків, переваг та альтернатив, включаючи коротко- й довгострокову хірургічну захворюваність, потребу в чистій періодичній катетеризації та відсутність даних про наслідки щодо якості життя [4].

Постійні катетери

Твердження 31. Слід рекомендувати пацієнтам із ГАСМ встановлення постійних уретральних або надлобкових катетерів лише тоді, коли терапія ГАСМ протипоказана, неефективна або більше не бажана, завжди в контексті спільного прийняття рішень через ризик заподіяння шкоди. *(Експертний висновок)*

Перш ніж прийняти рішення на користь даного виду лікування, важливо

проконсультувати пацієнта щодо його потенційного довгострокового ризику, переваг та альтернатив. Хронічні постійні уретральні катетери можуть спричинити травму уретри, включаючи ерозію, стриктури, значне НС та потребу в реконструктивній хірургії. Таким чином, осіб, які обирають катетеризацію уретри, слід проконсультувати щодо важливості регулярного нагляду для виявлення та усунення потенційних ознак травмування уретри. Надлобкові трубки є кращим варіантом для хронічної постійної катетеризації через знижену ймовірність ушкодження уретри. Вони також можуть бути рекомендовані пацієнтам, які прагнуть зберегти здатність до сексуальної активності, або тим, хто відчуває дискомфорт в уретрі, пов'язаний із катетером. У той час як надлобкові трубки з меншою ймовірністю спричиняють уретральні ускладнення, їх встановлення пов'язане з такими потенційними ризиками, як перфорація кишечника або ушкодження судин. Частково цей ризик можна знизити за допомогою рутинного ультразвукового контролю при їх встановленні. Інші ускладнення, пов'язані з установленням надлобкових трубок, включають розвиток грануляційної тканини, кровотечу, ерозію місця встановлення катетера та втрату доступу для заміни катетера.

ДГПЗ і ГАСМ

Твердження 32. Лікар може запропонувати пацієнтам із ДГПЗ і надокучливими симптомами ГАСМ у контексті спільного прийняття рішень початкове лікування за допомогою неінвазивної терапії, фармакотерапії або мінімально інвазивних втручань. *(Експертний висновок)*

Можна запропонувати операції зі зменшення вихідного отвору сечового міхура пацієнтам із СНСШ і ДГПЗ. Зростає кількість хірургічних методів, які використовуються для лікування ДГПЗ і варіюються від мінімально інвазивних до інвазивних, із деякими процедурними міркуваннями, залежно від розміру та форми передміхурової залози. У чоловіків із ГАСМ,

який ускладнював перебіг ДГПЗ, продемонстровано значне підвищення максимальної об'ємної швидкості сечовипускання (Q_{\max}), зменшення ОСЗ і гіперактивності детрузора після трансуретральної резекції, гольмієвої лазерної енуклеації та фотовапоризації передміхурової залози. Пацієнти також мали значне зменшення СНСШ за Міжнародною шкалою оцінки простатичних симптомів (IPSS), частоти сечовипускань, імперативних позивів, ніктурії та НС [45]. При виборі на користь оперативного лікування клініцистам слід поінформувати пацієнтів, що після хірургічних втручань із приводу ДГПЗ з-поміж інших потенційних небажаних явищ у деяких випадках у них можуть знову розвинутися або погіршитися симптоми ГАСМ.

Твердження 33. Лікар повинен пропонувати пацієнтам із ДГПЗ і ГАСМ монотерапію антимускариновими препаратами чи агоністами β_3 -адренорецепторів або комбіновану терапію α -адреноблокатором й антимускариновим препаратом чи агоністом β_3 -адренорецепторів. *(Умовна рекомендація; рівень доказовості B)*

Клініцист може розглянути можливість фармакологічної терапії у пацієнтів

із превалюючими симптомами ГАСМ і ДГПЗ, включаючи прийом антимускаринових препаратів, агоністів β_3 -адренорецепторів, антагоністів α -адренорецепторів, інгібіторів 5α -редуктази та інгібіторів фосфодіестерази 5-го типу. Антимускаринові препарати та агоністи β_3 -адренорецепторів ефективно купірують ГАСМ у цій популяції хворих як монотерапія, і хоча антимускаринові препарати можуть незначно збільшувати ОЗС, вони, ймовірно, не пов'язані зі значним підвищенням ризику затримки сечі у пацієнтів із супутньою обструкцією вихідного отвору сечового міхура внаслідок ДГПЗ [46]. Ризик затримки сечі слід обговорити при призначенні цих медикаментів хворим із вихідним збільшеним ОЗС [47, 48]. Рандомізовані дослідження окремих антимускаринових препаратів і агоністів β_3 -адренорецепторів демонструють ефективність кожного з них у чоловіків із переважними симптомами ГАСМ [47-49].

Реферативний огляд підготувала **Марина Малей**

За матеріалами: Cameron A.P., Chung D.E., Dielubanza E.J. et al.
The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder. *Journal of Urology*. 2024 Jul 1;212(1):11-20.