Недержание мочи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Недержание мочи — любое непроизвольное выделение мочи из уретры; основные формы: стрессовая, ургентная, смешанная, при переполнении и функциональная. Рекомендация описывает диагностику типа недержания, исключение инфекции/остаточной мочи и пошаговое лечение: от поведенческой терапии и препаратов до слинговых операций, ботулинотерапии и нейростимуляции.

Главное

- Стрессовое НМ проявляется потерей мочи при кашле, чихании, физической нагрузке или изменении положения тела; ургентное — при внезапном нестерпимом позыве, иногда с учащением мочеиспусканий и ноктурией.
- Кашлевой тест выполняют при наполнении мочевого пузыря не менее 300 мл; положительный тест — выделение мочи из уретры одновременно с кашлем/натуживанием. УУР С, УДД 5.
- Дневник мочеиспусканий заполняют до лечения минимум 3 дня: время и объем мочеиспусканий, ургентные позывы, эпизоды НМ и питьевой режим. УУР С, УДД 4.
- Всем пациентам на первичном этапе нужен общий анализ мочи с нитритами; при нитритах и лейкоцитурии выполняют посев мочи с определением чувствительности. УУР С, УДД 5.
- УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи используют для исключения хронической задержки и парадоксальной ишурии, особенно при симптомах нарушенного мочеиспускания. УУР В, УДД 2.
- Лечение обычно начинают с нехирургических методов; при стрессовом НМ основа — тренировка мышц тазового дна, при ургентном после неэффективности консервативной терапии — М-холиноблокаторы или бета3-агонисты. УУР В/А, УДД 1.
- Плановая госпитализация показана для хирургического лечения стрессового НМ и ургентного НМ, рефрактерного к медикаментозной терапии; экстренная госпитализация не показана.

Диагностика

1. Сначала уточнить тип, длительность и тяжесть НМ, связь с физической нагрузкой, кашлем, позывами, ноктурией; выявить боль, гематурию, рецидивирующие ИМП, операции на органах малого таза/простате, лучевую терапию, постоянное подтекание, затрудненное мочеиспускание и неврологические симптомы. УУР С, УДД 5.
2. Собрать лекарственный анамнез и данные о сопутствующих заболеваниях; у женщин — акушерско-гинекологический анамнез, у мужчин — операции на предстательной железе и мочевом пузыре.
3. Провести физикальный осмотр: живот и область мочевого пузыря, промежность; у женщин — осмотр в гинекологическом кресле с оценкой слизистой и пролапса, у мужчин — осмотр мочеполовых органов и трансректальное пальцевое исследование простаты. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить кашлевой тест при наполненном мочевом пузыре ≥300 мл: положительный тест поддерживает стрессовое или смешанное НМ, отрицательный при типичных позывах — ургентное НМ. УУР С, УДД 5.
5. Назначить дневник мочеиспусканий минимум на 3 дня и валидированные опросники/шкалы для оценки выраженности симптомов и контроля эффективности лечения. УУР С, УДД 4–5.
6. Сделать общий анализ мочи с нитритами; при положительных нитритах и лейкоцитурии — культуральное исследование мочи и определение чувствительности к антимикробным препаратам. УУР С, УДД 5.
7. Оценить остаточную мочу по УЗИ; КУДИ рекомендуется выполнять, если результат может изменить лечение, при некоторых типах нейрогенной дисфункции, рецидиве после операции, осложненном НМ и НМ у мужчин. Для КУДИ указаны УУР А, УДД 1.

Лечение

- Начинать с консервативного лечения: коррекция сопутствующих заболеваний, анализ препаратов, которые могли вызвать или усилить НМ, лечение симптоматической ИМП. Бессимптомную бактериурию у пожилых рутинно не лечат ради уменьшения НМ. УУР С, УДД 4–5.
- При ургентности и НМ уменьшить прием кофеин-содержащих напитков; у пожилых нельзя бездумно ограничивать питье. УУР С, УДД 2.
- Поведенческая терапия и тренировка мочевого пузыря: мочеиспускания по согласованному графику с постепенным увеличением интервала. При стрессовом НМ — тренировка мышц тазового дна. Рекомендация о начале лечения пациенток с консервативной поведенческой терапии и стрессового НМ с тренировки мышц тазового дна имеет УУР В, УДД 1. Для упражнений указано 30–50 сокращений в день длительностью от 1 до 15–20 секунд.
- При ургентном НМ после неэффективности консервативной терапии назначают М-холиноблокаторы или бета3-агонисты. Закрытоугольная глаукома — абсолютное противопоказание к М-холиноблокаторам; у пожилых учитывать риск когнитивных нарушений. УУР А, УДД 1.
- Дозы М-холиноблокаторов из текста: оксибутинин 2,5–5 мг 2–3 раза/сут, допустимо до 4 раз/сут, максимум 20 мг/сут; толтеродин 2 или 4 мг/сут; фезотеродин 4 или 8 мг/сут; троспия хлорид 30–45–60 мг/сут, максимум 90 мг/сут, при КК 10–30 мл/мин не более 15 мг/сут; солифенацин 5 или 10 мг 1 раз/сут.
- Эффективность М-холиноблокатора или бета3-агониста оценивают через 4 недели, конечную — не ранее 12 недель; при неэффективности или побочных эффектах повышают дозу, меняют М-холиноблокатор или переходят на мирабегрон/комбинацию. Мирабегрон — 50 мг/сут, не применять при неконтролируемой артериальной гипертензии. УУР В, УДД 2.
- Полипептиды мочевого пузыря крупного рогатого скота при ургентном НМ: 5 мг внутримышечно 1 раз/сут 3 раза в неделю, курс 10 инъекций; оценка эффективности через 3 недели после курса. УУР А, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Срочно направлять к профильным специалистам пациентов с болью, гематурией, рецидивирующими ИМП, перенесенными операциями на органах малого таза/простате, лучевой терапией, постоянным подтеканием мочи с подозрением на свищ, затрудненным мочеиспусканием или подозрением на неврологическое заболевание.
- Пожилым пациентам с НМ и когнитивными нарушениями нужен осмотр гериатра; когнитивный статус оценивают Mini-Cog. УУР С, УДД 5.
- Женщин с НМ и сопутствующей гинекологической патологией направляют к акушеру-гинекологу; важно выявлять генитоуринарный синдром и пролапс тазовых органов. УУР С, УДД 5.
- Плановая госпитализация — для хирургического лечения стрессового НМ и хирургического лечения ургентного НМ, рефрактерного к медикаментам; экстренная госпитализация не показана.
- Диспансерное наблюдение урологом: НМ не корректируется медикаментозно или хирургически и есть нейрогенные расстройства мочеиспускания; осмотр 2 раза в год, прекращают при стойкой компенсации или ремиссии. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Как отличить стрессовое недержание от ургентного?

При стрессовом НМ моча теряется при кашле, чихании, ходьбе, физической нагрузке или смене положения тела; кашлевой тест обычно положительный. При ургентном НМ эпизод связан с внезапным повелительным позывом, иногда есть учащение мочеиспусканий и ноктурия, кашлевой тест отрицательный.

Нужно ли всем пациентам выполнять уродинамическое исследование?

Нет, рутинно при консервативном лечении КУДИ всем не выполняют. Оно нужно, если результат изменит выбор лечения, при нейрогенной дисфункции, рецидиве после операции, осложненном НМ и НМ у мужчин.

Какая стартовая немедикаментозная терапия при недержании мочи?

У пациенток с НМ начинают с консервативной поведенческой терапии; при стрессовом НМ — с тренировки мышц тазового дна. В тексте указано 30–50 сокращений в день длительностью от 1 до 15–20 секунд.

Когда оценивать эффект препаратов при ургентном недержании?

Первичную эффективность М-холиноблокатора или бета3-агониста оценивают через 4 недели от начала приема. Конечную эффективность оценивают не раньше чем через 12 недель.

Когда применяют ботулинотерапию при ургентном НМ?

При ГАМП с недержанием мочи и императивными позывами ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс вводят внутридетрузорно в дозе 100 ЕД, если медикаментозное лечение неэффективно или вызывает серьезные побочные эффекты. Перед процедурой пациента информируют о возможной необходимости самокатетеризации.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/8-nederzhanie-mochi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/8_2