



Обзор и клинический случай

# Недержание мочи. Медикаментозная терапия у коморбидных пациентов

Д.И. Трухан✉, Д.А. Калинин, Е.Н. Деговцов

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Москва, Россия  
✉dmitry\_trukhan@mail.ru

## Аннотация

Проблема недержания мочи является междисциплинарной. Такие пациенты попадают на прием к терапевтам, врачам общей практики, педиатрам, урологам, гинекологам, неврологам. Необходимо отметить и коморбидность недержания мочи с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, ожирением. К наиболее распространенным вариантам недержания мочи относятся ургентное (обозначаемое как гиперактивный мочевого пузыря – ГАМП) и стрессовое. Диагноз ГАМП устанавливается на основании субъективной оценки симптомов (при наличии не менее 8 мочеиспусканий и/или не менее 2 эпизодов ургентного недержания мочи в течение суток) в отсутствие признаков инфекции мочевых путей, при этом непосредственно недержание мочи не является обязательным симптомом (у 2/3 пациентов отмечается «сухой» ГАМП). При выявлении ГАМП можно сразу начинать лечение для ликвидации учащенного и ургентного мочеиспускания. Если на первый план лечения стрессового недержания мочи выходят методы хирургической коррекции, прежде всего слинговые операции, то в лечении ургентного недержания мочи основное место занимает медикаментозная терапия, которую может назначить врач терапевтического профиля. В представленной публикации приведены 4 клинических случая, в которых пациентам для диагностики и лечения потребовались консультация уролога и проведение дополнительного обследования. Во всех приведенных клинических случаях была назначена консервативная терапия М-холинолитиком тропсия хлоридом. В обсуждении проведен анализ фармакокинетики и фармакодинамики тропсия хлорида, который позволил выделить ряд его преимуществ по сравнению с третичными аминами в лечении недержания мочи и ГАМП.

**Ключевые слова:** недержание мочи, гиперактивный мочевого пузыря, диагностика, лечение, М-холинолитики, тропсия хлорид.

**Для цитирования:** Трухан Д.И., Калинин Д.А., Деговцов Е.Н. Недержание мочи. Медикаментозная терапия у коморбидных пациентов. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (5): 66–71. DOI: 10.47407/kr2025.6.5.00615

Review and Clinical Case

## Urinary incontinence. Drug therapy in comorbid patients

Dmitry I. Trukhan✉, Dmitry A. Kalinichenko, Evgeny N. Degovtsov

Omsk State Medical University, Omsk, Russia  
✉dmitry\_trukhan@mail.ru

## Abstract

The problem of urinary incontinence is interdisciplinary. Such patients are seen by therapists, general practitioners, pediatricians, urologists, gynecologists, and neurologists. It is also necessary to note the comorbidity of urinary incontinence with arterial hypertension, diabetes mellitus, and obesity. The most common types of urinary incontinence include urgent (called overactive bladder – OAB) and stress incontinence. The diagnosis of OAB is established based on a subjective assessment of symptoms (with at least 8 urinations and/or at least 2 episodes of urgent urinary incontinence per day) in the absence of signs of urinary tract infection, while urinary incontinence itself is not a mandatory symptom (2/3 of patients have "dry" OAB). If OAB is detected, treatment can be started immediately to eliminate frequent and urgent urination. If the treatment of stress urinary incontinence is focused on surgical correction methods, primarily sling operations, then in the treatment of urgent urinary incontinence, the main place is occupied by drug therapy, which can be prescribed by a physician of the therapeutic profile. The presented publication presents 4 clinical cases in which patients required a consultation with a urologist and additional examination for diagnosis and treatment. In all the presented clinical cases, conservative therapy with the M-anticholinergic trospium chloride was prescribed. The discussion analyzes the pharmacokinetics and pharmacodynamics of trospium chloride, which made it possible to highlight a number of its advantages over tertiary amines in the treatment of urinary incontinence and OAB.

**Keywords:** urinary incontinence, overactive bladder, diagnostics, treatment, M-anticholinergics, trospium chloride.

**For citation:** Trukhan D.I., Kalinichenko D.A., Degovtsov E.N. Urinary incontinence. Drug therapy in comorbid patients. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (5): 66–71 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.5.00615

В Федеральных клинических рекомендациях недержание мочи (НМ) рассматривается как патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры [1]. В основе НМ лежат нарушения функции мочевого пузыря (МП) и/или его сфинктеров [2].

О междисциплинарном характере проблемы НМ свидетельствует участие в разработке клинических реко-

мендаций [1] российских обществ урологов и акушеров-гинекологов, Ассоциации геронтологов и гериатров, обращение пациентов с НМ и к врачам других специальностей: терапевтам, врачам общей практики, неврологам, педиатрам при наличии между врачом и пациентом доверительных отношений [3, 4].

К наиболее распространенным вариантам НМ относятся ургентное (при наличии выраженного/импера-

тивного позыва к мочеиспусканию), стрессовое (НМ при напряжении) и их комбинация, обозначаемое как смешанное НМ [1].

Следует отметить и коморбидность НМ с артериальной гипертензией, сахарным диабетом (СД), ожирением [5]. Так, развитие ГАМП может быть отражением более высокой симпатической активности и ассоциироваться с повышенным артериальным давлением [6]. Американские эндокринологи относят urgentное и стрессовое НМ к ассоциированным с ожирением состояниям и заболеваниям [7]. Симптомы НМ при сахарном диабете обусловлены диабетической цистопатией, ведущими патогенетическими факторами которой являются вегетативная (автономная) нейропатия, поражение детрузора и дисфункция уротелия [8, 9]. Существует ряд лекарственных препаратов, используемых в терапии коморбидных заболеваний, которые способствуют учащенному мочеиспусканию: тиазидные и петлевые диуретики, альфа- и бета-адреноблокаторы, статины, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, снотворные средства [5, 10].

Urgentное НМ связано с произвольными сокращениями МП. Это состояние может быть связано с нейрогенными проблемами, такими как снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы (ЦНС), или с нарушениями функции уротелия, что может приводить к активации афферентных рефлексов МП [1]. Urgentное мочеиспускание (в сочетании или без urgentного НМ) рассматривается в рамках клинического синдрома гиперактивного МП (ГАМП), симптомами которого являются поллакиурия и ноктурия, а также наличие сильных (императивных) и произвольных (неконтролируемых) позывов к мочеиспусканию [2]. Данный синдром применим при отсутствии подтвержденной инфекции мочевых путей или какой-либо другой патологии [11]. Краеугольным симптомом ГАМП является urgentность, определяемая как «жалоба пациента на непреодолимое желание опорожнить МП, которое трудно отложить» [12].

Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза, клиники ГАМП подробно рассмотрены в клинических рекомендациях [1] и наших предыдущих обзорах [3, 4].

Всем пациентам, обратившимся с жалобами на учащенное дневное и ночное мочеиспускание, urgentное мочеиспускание и urgentное НМ, необходимо оценить частоту мочеиспусканий на основании дневника мочеиспусканий (с учетом предшествующего сбора анамнеза и физикального обследования). Выполняют общий анализ (ОАМ) и микробиологическое исследование мочи, проводят ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и МП (у мужчин также предстательной железы), определяют остаточную мочу [1, 13]. Результаты первичного амбулаторного обследования нередко позволяют выявить заболевания, сопровождающиеся симптомами учащенного и urgentного мочеиспускания, но не имеющие отношения к ГАМП [14].

Для субъективной оценки состояния пациента, страдающего НМ, рекомендуется использовать опросники и

шкалы. Валидированные шкалы симптомов, специфические для заболевания, помогают в оценке выраженности симптомов, таких как интенсивность urgentных позывов. Опросники помогают в скрининге и дифференциации вариантов НМ, в стандартизированной оценке симптомов [1].

Диагноз ГАМП устанавливается на основании субъективной оценки симптомов (при наличии не менее 8 мочеиспусканий и/или не менее 2 эпизодов urgentного НМ в течение суток) в отсутствие признаков инфекции мочевых путей, при этом непосредственно НМ не является обязательным симптомом (у 2/3 пациентов отмечается «сухой» ГАМП). Для urgentного НМ характерно:

- 1) наличие отрицательной кашлевой пробы;
- 2) отсутствие остаточной мочи при УЗИ [1].

При выявлении ГАМП можно сразу начинать лечение для ликвидации учащенного и urgentного мочеиспускания. Если на первый план лечения стрессового НМ выходят методы хирургической коррекции, прежде всего слинговые операции, то в лечении urgentного НМ основное место занимает медикаментозная терапия [1], которую может назначить врач терапевтического профиля [15]. В большинстве европейских стран курацию таких пациентов также осуществляют врачи первого контакта (терапевт и врач общей практики) с учетом сопутствующих коморбидных заболеваний и состояний [4].

Лечение больных с ГАМП направлено на восстановление утраченного контроля за накопительной способностью МП (снижение его сократительной способности и увеличение его функциональной активности). М-холинолитики являются на сегодняшний день «золотым стандартом» фармакотерапии НМ, обусловленного гиперактивным детрузором. М-холинолитики для лечения ГАМП подразделяются:

- 1) на третичные аммониевые соединения (третичные амины): оксипутинин, толтеродин, солифенацин, фезотеродин, имидафенацин, еще два препарата этой группы (дарифенацин, пропиверин) в настоящее время в Российской Федерации не зарегистрированы;
- 2) четвертичные аммониевые соединения (четвертичные амины): тропсия хлорид (Спазмекс®).

Проведенный в нашем предыдущем обзоре [4] анализ фармакокинетики и фармакодинамики тропсия хлорида выделил ряд его преимуществ по сравнению с третичными аминами, что позволяет рассматривать тропсия хлорид (Спазмекс®) в качестве препарата выбора в группе М-холинолитиков для лечения ГАМП, в том числе у коморбидных пациентов, на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи [4].

В случае неэффективности лечения требуются консультация уролога и проведение дополнительного урологического обследования, в которое входят:

- уродинамическое исследование;
- цистоуретроскопия;
- экскреторная урография;
- неврологическое обследование.

Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) – это функциональное исследование нижних мочевыводящих путей, включающее в себя несколько тестов: измерение скорости потока мочи (урофлоуметрию), цистометрию наполнения и цистометрию опорожнения [1]. Основные показания к КУДИ:

- отсутствие эффекта от эмпирически назначенного лечения;
- планируемое хирургическое лечение НМ;
- предположение о наличии инфравезикальной обструкции у женщин;
- сопутствующее неврологическое заболевание.

Рассмотрим несколько клинических случаев, в которых потребовались консультация уролога и проведение дополнительного обследования.

### Клинический случай 1

Пациентка П. 68 лет обратилась с жалобами на urgentное НМ. Из анамнеза известно, что подобные жалобы беспокоят в течение последнего года. Из сопутствующих заболеваний – неалкогольная жировая болезнь печени в стадии стеатогепатита. Обследована у уролога и гинеколога – воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы не выявлено. В день у пациентки расходовалось до двух прокладок. Проведено обследование: УЗИ почек и МП – структурных изменений не выявлено. В ОАМ: моча прозрачная, реакция нейтральная, удельный вес 1012, белок отрицательно, в моче осадке 0–1–1 лейкоцита. Анализ дневника мочеиспусканий в течение 3 дней – количество суточных мочеиспусканий 10, ночных мочеиспусканий – 2. Индекс ОАВ-q (The Overactive Bladder Questionnaire) по опроснику для оценки НМ составил 27 баллов.

Установлен диагноз ГАМП. Назначена консервативная терапия в объеме: тропия хлорид (Спазмекс®) 45 мг/сут. Контрольная явка через 4 нед.

Результат проведенного лечения спустя 4 нед: сокращение количества суточных микций до 9 раз, ночные микции сократились до 1. Последнюю неделю пациентке требовалась 1 прокладка. Индекс ОАВ-q составил 19 баллов. Рекомендовано продление курса терапии препаратом Спазмекс® до 12 нед.

### Клинический случай 2

Пациентка С. 73 лет обратилась с жалобами urgentные позывы к мочеиспусканию. Из анамнеза: подобные жалобы беспокоят в течение последних 5 лет. Наблюдается у кардиолога: ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (2024 г.). Сочетанный порок аортального клапана. Протезирование аортального клапана (2005 г.). Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 2. Получает лекарственную терапию: лизиноприл 20 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, индапамид (Индап®) 2,5 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут.

В ОАМ патологии не выявлено. При УЗИ МП пуст. Анализ дневника мочеиспусканий в течение 3 дней –

количество суточных мочеиспусканий составило 12 эпизодов, ночных мочеиспусканий – 2. Индекс ОАВ-q 25 баллов. Установлен диагноз ГАМП.

Учитывая наличие коморбидной сердечно-сосудистой патологии пациентке решено назначить консервативную терапию с использованием М-холинолитиков. Назначен препарат Спазмекс® в суточной дозе 45 мг. Контрольная явка через 3 нед.

Результат лечения спустя 3 нед: сокращение количества суточных микций до 10 раз, ночные микции отсутствуют. Индекс ОАВ-q составил 20 баллов. Побочных явлений не отмечено. Рекомендовано продление курса терапии до 12 нед.

### Клинический случай 3

Пациентка В. 79 лет обратилась с жалобами на urgentную инконтиненцию мочи, ноктурию. Из анамнеза известно, что подобная симптоматика присутствует в течение последних 6 лет. Пациентке требуется до 4 прокладок за сутки. Так же у пациентки имеются признаки деменции и когнитивных нарушений (снижение памяти, нарушение ориентации во времени и пространстве). Ранее назначался толтеродин, на фоне его приема отмечено ухудшение когнитивных функций и препарат был отменен.

При обследовании: в ОАМ патологии не выявлено, УЗИ МП – стенка МП 3 мм, остаточной мочи 20 мл. Анализ дневника мочеиспусканий в течение 3 дней – количество суточных мочеиспусканий 11, ночных мочеиспусканий – 3. Индекс ОАВ-q 29 баллов.

Установлен диагноз ГАМП. Принято решение о лекарственной терапии М-холинолитиками. Назначен Спазмекс® в суточной дозе 45 мг. Контрольная явка через 2 нед.

Результат лечения спустя 2 нед: сокращение количества суточных микций до 9 раз, ночные микции уменьшились до 2 раз. Индекс ОАВ-q составил 26 баллов. Побочных действий препарата не отмечено. Рекомендовано увеличение дозы препарата до 60 мг/сут и продление курса терапии до 12 нед.

### Клинический случай 4

Пациентка К. 61 года обратилась с жалобами на urgentную инконтиненцию мочи, ноктурию. Из анамнеза известно, что данная симптоматика беспокоит пациентку в течение последних 3 лет, появление указанных симптомов связывает с перенесенной в конце 2021 г. новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). В день у пациентки расходуются до 5 прокладок. Пациентка находится в менопаузе 4 года. Наблюдалась у гинеколога по месту жительства. Был установлен диагноз «генито-уринарный менопаузальный синдром». Проводилась заместительная гормональная терапия – суппозитории вагинальные Овестин в течение 1 мес. Эффекта от проводимой терапии не отмечено.

Проведено обследование: заполнение дневника мочеиспусканий в течение 3 дней, заполнен опросник для оценки НМ ОАВ-q, выполнены ОАМ, посев мочи на

микрофлору с определением чувствительности к расширенному спектру антибиотиков, УЗИ почек и МП, цистоскопия и КУДИ.

По данным обследования: ОАМ – реакция кислая, удельный вес 1015, белок отрицательный, лейкоциты – 2–1–2, эритроциты не обнаружены. В посевах мочи патогенные микроорганизмы не высеяны. УЗИ – почки нормальных размеров, чашечно-лоханочная система не расширена, стенка МП 3 мм, остаточной мочи 20 мл. При цистоскопии – слизистая оболочка МП обычной окраски, устья мочеточников расположены в обычном месте, щелевидной формы, из них эякулирует прозрачная моча. При анализе дневника мочеиспусканий – учащенное количество мочеиспусканий (12 раз в сутки), nocturia до 4 раз. Индекс ОАВ-q составил 28 баллов. По данным КУДИ выявлены гиперактивность детрузора и ургентное НМ. По данным урофлоуметрии время мочеиспускания составило 49 с, максимальная объемная скорость потока мочи – 7,0 мл/с, объем выделенной мочи – 67,1 мл.

Принято решение о проведении у данной пациентки медикаментозной терапии с использованием М-холиномиметиков. Назначен препарат Спазмекс® в начальной дозе 30 мг/сут. В течение 1-й недели оценивалось наличие побочных действий препарата и его эффективности. Побочных явлений выявлено не было. Отмечено уменьшение количества суточных мочеиспусканий до 9 раз, количество ночных мочеиспусканий уменьшилось до 2. Принято решение об увеличении дозировки до 45 мг/сут.

Контрольная явка через 9 нед. Пациентка отмечает улучшение качества жизни, отсутствие мочеиспусканий в ночное время. Количество суточных мочеиспусканий сократилось до 8,5 раза. Индекс ОАВ-q составил 18 баллов. В течение последней недели пациентка не пользовалась прокладками. Проведена контрольная урофлоуметрия: время мочеиспускания составило 22,1 с, максимальная объемная скорость потока мочи – 25,8 мл/с, объем выделенной мочи – 154,2 мл. Рекомендовано продление курса терапии до 12 нед.

## Обсуждение

Во всех приведенных клинических случаях была назначена консервативная терапия М-холинолитиком тропия хлоридом (Спазмекс®). Рассмотрим, чем был обоснован выбор тропия хлорида.

Тропия хлорид – общепризнанный препарат для лечения ГАМП, одобренный Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США в 2004 г. [4, 11, 12]. Тропия хлорид, как единственный четвертичный амин, обладает наивысшим среди М-холинолитиков сродством ко всем видам М-холинорецепторов и наиболее специфичен в отношении связывания с М<sub>2</sub>- и М<sub>3</sub>-рецепторами (см. таблицу), что позволяет предполагать его более высокую эффективность в ослаблении сокращений детрузора [16].

Кроме этого, тропия хлорид обладает двойным механизмом действия (первый раз в период циркуляции в крови, второй – при накоплении в МП) [17]. Накопление тропия хлорида в неизменном виде происходит в МП. При этом тропия хлорид вторично оказывает воздействие на М-холинорецепторы слизистой и подслизистой оболочек МП. Благодаря этому двойному действию тропия хлорид обладает усиленным терапевтическим эффектом, обеспечивая локальную активность для достижения раннего начала клинического эффекта и пролонгированной эффективности. Большая часть тропия хлорида (до 80%) выделяется с мочой в неизменном виде, в то время как для оксibuтина и толтеродина этот показатель не превышает 5%. Накопление тропия хлорида в МП приводит к дополнительному местному воздействию. Плотность мускариновых рецепторов в уротелии значительно выше по сравнению с тканью детрузора, и уротелий способен воздействовать на подлежащие гладкомышечные клетки [16]. Исследования показали, что у пациентов, получавших тропия хлорид, наблюдалось значительное увеличение максимальной емкости МП и они значительно чаще сообщали о заметном улучшении симптомов, снижении частоты и неотложности мочеиспускания [18, 19].

**Сродство М-холинолитиков к разным типам мускариновых рецепторов**  
*M-anticholinergics' affinity for muscarinic receptors of various types*

Препарат/рецепторы	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	M <sub>3</sub>	M <sub>4</sub>	M <sub>5</sub>
Тропия хлорид	9,1	9,2	9,3	9,0	8,6
Оксibuтинин	8,7	7,8	8,9	8,0	7,4
Толтеродин	8,8	8,0	8,5	7,7	7,7
Солифенацин	7,6	6,9	8,0	-	-
Пропиверин	6,6	5,4	6,4	6,0	6,5
Дарифенацин	8,2	7,4	9,1	7,3	8,0

Особенность химического строения обеспечивает троспия хлориду более высокую, чем у третичных аммониевых соединений, безопасность применения, что особенно актуально для коморбидных пациентов [20, 21]. Метаанализ эффективности и безопасности М-холинолитиков, в котором для сравнения эффективности было включено 76 исследований (суммарно 38 662 пациента) и для выявления неблагоприятных событий – 90 исследований (39 919 пациентов), показал эффективность и безопасность троспия хлорида в дозе 40 мг/сут по сравнению с третичными аминами: оксибутинином, пропиверином, фезотеридином [22].

Троспия хлорид обладает большей гидрофильностью по сравнению с третичными аминами. Основным химическим отличием троспия хлорида является наличие у него положительного заряда и, как следствие этого, гидрофильных свойств, в то время как третичные амины не имеют заряда и характеризуются липофильностью, что способствует более легкому проникновению через клеточные мембраны [17, 20, 23]. В связи с этим троспия хлорид не проникает через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и практически не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС [24–28], а также реже вызывает побочные эффекты, свойственные М-холинолитикам в целом (например, сухость во рту) [26, 27, 29]. Троспия хлорид в дозе более 120 мг/сут не вызывает мидриаз (обычно используемая доза не превышает 90 мг/сут). Не описано ни одного случая острого приступа глаукомы в результате применения троспия хлорида [30, 31].

Эти клинические данные нашли подтверждение и в экспериментальном исследовании, наглядно продемонстрировавшем, что проникновение троспия хлорида через ГЭБ не увеличивается при старении [32].

Это особенно важно с учетом возможности М-холинолитиков блокировать рецепторы М1 и М2 в мозге. Эти рецепторы отвечают за высшую когнитивную функцию, и нарушение этих рецепторов может привести к побочным эффектам, связанным с обучением, памятью и спутанностью сознания. Если лекарства проникают через ГЭБ в ЦНС, могут возникнуть когнитивные побочные эффекты [19, 33].

В систематическом обзоре и метаанализе [34] ученые из США отметили, что использование антихолинэргических препаратов в течение 3 мес и более увеличивает риск деменции в среднем на 46% по сравнению с риском при неиспользовании. В обзоре американских гинекологов [35] отмечено, что снижение когнитивных способностей отмечается при приеме всех третичных аминов. В большей степени это характерно для оксибутинина и толтероидина и в меньшей – для солифенацина, имидафенацина и фезотероидина вследствие их большей селективности для рецепторов М3. Троспия хлорид не был связан со снижением когнитивных функций у пациентов с исходными когнитивными нарушениями и без них [35].

В федеральных клинических рекомендациях [1] и алгоритме действий терапевта при нарушениях мочеис-

пускания [15] указано на возможность применения троспия хлорида у пожилых пациентов с риском деменции и у пациентов с нейрогенными расстройствами мочеиспускания. Таким образом, троспия хлорид представляется оптимальным препаратом для применения у пациентов (см. клинический случай 3) с риском деменции и уже существующими когнитивными нарушениями [19, 30, 36, 37].

Троспия хлорид не взаимодействует с активными веществами в ЦНС, не имеет центральных побочных эффектов, не имеет влияния на холинергические механизмы в мозге, не влияет на качество сна, поэтому препарат можно применять у неврологических больных [37, 38]. Препарат безопасен для применения как при болезни Паркинсона, так и при рассеянном склерозе, учитывая его низкий риск когнитивных нарушений в условиях политерапии и полипрагмазии [37].

Троспия хлорид – единственный М-холинолитик, не метаболизирующийся в печени и не влияющий на ее функции (не участвует в метаболизме ферментов из группы цитохрома Р-450) [16, 38], что предполагает возможность его безопасного применения с другими лекарственными препаратами, а также у пациентов с нарушениями функциональных печеночных проб (см. клинический случай 1) [39, 40].

Для троспия хлорида характерно отсутствие конкуренции с другими лекарственными препаратами и изменений в действии других препаратов при совместном приеме [36], что предполагает возможность безопасного применения (см. клинический случай 2) с другими лекарственными препаратами [39, 41, 42].

Изучение эффективности и безопасности различных доз препарата Спазмекс® для больных с идиопатическим ГАМП проведено в широкомасштабной наблюдательной программе «Ресурс» [43–45]. Показана возможность безопасного применения троспия хлорида в высоких дозах, что имеет значение у пациентов с ригидной (устойчивой) симптоматикой ГАМП [22, 41]. Максимальная суточная доза троспия хлорида в приведенных описаниях клинических случаев (см. клинический случай 3) составила 60 мг/сут. В случае необходимости возможно увеличение дозы до 30 мг 3 раза в сутки, максимальная суточная доза препарата Спазмекс® составляет 90 мг/сут.

Троспия хлорид – наиболее доступный препарат по стоимости, что обуславливает его фармакоэкономическое преимущество. Препарат имеет оптимальные соотношения цена/качество и безопасность/эффективность [41, 46, 47]. Троспия хлорид – оптимальный препарат для применения у пожилых пациентов (все приведенные клинические случаи) за счет доступной стоимости, минимума побочных эффектов, отсутствия взаимодействия с другими препаратами и отсутствия печеночного метаболизма [19, 22].

Троспия хлорид – оптимальный препарат для лечения расстройств мочеиспускания у пациентов (см. клинический случай 4) с новой коронавирусной инфекцией и постковидным синдромом [48–51].

На российском фармацевтическом рынке в течение 20 лет присутствует оригинальный препарат троспия хлорида – Спазмекс® компании Dr. R.Pfleger, Chemische Fabric, GmbH (Германия), представленный эксклюзивным дистрибьютором этого препарата – компанией PRO.MED.CS Praha, a.s. (Чехия). Препарат Спазмекс® выпускается в таблетках по 5, 15 и 30 мг.

Эффективность и безопасность троспия хлорида (Спазмекс®) у женщин в лечении ГАМП, обусловленного различными причинами (см. клинический случай 4), продемонстрирована в целом ряде отечественных и зарубежных исследований [52–57]. Троспия хлорид (Спазмекс®) безопасен и эффективен у мужчин с ГАМП [58, 59] и расстройствами мочеиспускания, связанными с органической патологией [60–63].

Приведенные нами описания нескольких клинических случаев также свидетельствуют о безопасности и эффективности троспия хлорида (Спазмекс®) в лечении ГАМП.

### Заключение

Наличие на российском фармацевтическом рынке четвертичного аммониевого соединения троспия хлорида (Спазмекс®) позволяет проводить эффективную и безопасную фармакотерапию ГАМП, в том числе и у коморбидных пациентов, не ограничиваясь лишь гигиеническими рекомендациями.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>  
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Трухан Дмитрий Иванович** – д-р мед. наук, доц., проф. каф. поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [dmitry\\_trukhan@mail.ru](mailto:dmitry_trukhan@mail.ru); ORCID: 0000-0002-1597-1876

**Калиниченко Дмитрий Анатольевич** – канд. мед. наук, доц. каф. госпитальной хирургии им. Н.С. Макохи ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [kalinaur@mail.ru](mailto:kalinaur@mail.ru); ORCID: 0000-0001-6270-4992

**Деговцов Евгений Николаевич** – д-р мед. наук, зав. каф. госпитальной хирургии им. Н.С. Макохи ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [edego2001@mail.ru](mailto:edego2001@mail.ru); ORCID: 0000-0003-0385-8232

Поступила в редакцию: 27.03.2025

Поступила после рецензирования: 07.04.2025

Принята к публикации: 10.04.2025

### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Dmitry I. Trukhan** – Dr. Sci. (Med.), Professor, Omsk State Medical University. E-mail: [dmitry\\_trukhan@mail.ru](mailto:dmitry_trukhan@mail.ru); ORCID: 0000-0002-1597-1876

**Dmitry A. Kalinichenko** – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Omsk State Medical University. E-mail: [kalinaur@mail.ru](mailto:kalinaur@mail.ru); ORCID: 0000-0001-6270-4992

**Evgeny N. Degovtsov** – Dr. Sci. (Med.), head of the department, Omsk State Medical University. E-mail: [edego2001@mail.ru](mailto:edego2001@mail.ru); ORCID: 0000-0003-0385-8232

Received: 27.03.2025

Revised: 07.04.2025

Accepted: 10.04.2025