

О. М. Слободян

Буковинський державний медичний
університет, м. ЧернівціГІПЕРАКТИВНИЙ СЕЧОВИЙ МІХУР:
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ**Ключові слова:** гіперактивний
сечовий міхур, діагностика,
лікування.**Резюме.** Літературне дослідження свідчить про складність, суперечливість інформації щодо діагностики та лікування гіперактивного сечового міхура. Наведені дані про розповсюдженість захворювання, існуючі сучасні методи діагностики, порівняльну характеристику препаратів для лікування гіперактивного сечового міхура. Проведений аналіз зумовлює необхідність подальшого наукового дослідження цієї проблеми.

Сечовий міхур – непарний порожнистий м'язовий орган сечовидільної системи, еліпсоподібної форми (у наповненому стані), розташований у порожнині малого таза безпосередньо за лобковим симфізом. Ємність сечового міхура у жінок більша, ніж у чоловіків, і коливається від 350 до 750 см³. Він слугує для накопичення сечі (резервуарна функція) і для сечовипускання. Акт сечовипускання забезпечується нейрогуморальними механізмами, анатомо-фізіологічна організація яких кінцево не з'ясована [2].

Порушення функції сечового міхура є частою причиною звертання до уролога і об'єднують ряд станів, головним проявом яких є дизуричні розлади. Їх об'єднують під загальним терміном (прийнятим на теренах країн, що колись входили в СРСР) нейрогенний сечовий міхур (або дисфункціональний сечовий міхур). Найчастіше серед цих порушень виявляється симптомокомплекс, до якого за рішенням Міжнародної консультації з утримання сечі використовують термін “гіперактивний сечовий міхур” (ГСМ) [11].

Симптомокомплекс ГСМ характеризується наступними скаргами: 1) імперативні позови до сечовипускання (ургентність) – раптовий позов до сечовипускання, який неможливо відкласти (інакше виникне самовільне виділення сечі, так зване нетримання сечі); 2) нетримання сечі – будь-яке самовільне її виділення; 3) полакіурія (часте сечовипускання) – сечовипускання впродовж дня частіше 8 разів; 4) ніктурія (синонім – ноктурія) – сечовипускання більше одного разу вночі.

Статистики по Україні відносно розповсюдженості цієї проблеми немає, оскільки пацієнти з ГСМ звертаються до лікарів різного фаху – урологів, гінекологів, невропатологів, сімейних лікарів. Традиційно вважається, що основну частину хворих становлять жінки. Однак, останні епідеміологічні дослідження показали, що близько 22 мільйонів людей в шести Європейських краї-

нах, які мають симптоми ГСМ, перевага жінок досить незначна – 13% проти 11%. Такий стереотип пов'язаний, перш за все з тим, що жінки звертаються за медичною допомогою частіше в зв'язку з виникненням нетримання сечі, яке у жінок виникає значно частіше (табл. 1, 2) [5, 12].

Для ГСМ характерні певні особливості: 1) У загальній популяції серед людей віком старше 40 років поширеність ГСМ між 12% і 22% і зростає з віком, сягаючи 31-42% у віці старше 75 років; 2) Рівень інформованості не тільки пацієнтів, а й лікарів, стосовно методів лікування цього захворювання значно нижче необхідного, у зв'язку із чим пацієнти після звертання до лікаря не одержують адекватного лікування; 3) Люди з ГСМ відвідують свого лікаря частіше і частіше, мають інфекції сечовидільної системи; 4) ГСМ не повинен сприйматись як звичайний процес старіння; 5) ГСМ не становить життєвої загрози, але має значний вплив на повсякденне життя пацієнта, обмежуючи його активність, соціальні контакти, сексуальні стосунки, іноді, й диктуючи необхідність зміни роботи, значно погіршуючи якість життя [1, 4].

Враховуючи вказані особливості, більшість спеціалістів (у тому числі й гінекологів, урологів) не мають чіткої уяви про методи як діагностики, так і лікування цього страждання і тому більшість пацієнтів реально ідуть від лікаря без допомоги, або їм перманентно призначають антибіотики, вважаючи дану картину ознакою циститу.

Як вказувалося вище, найчастіше пацієнти звертаються до лікаря з приводу нетримання сечі (НС), яке, як правило, більше всього турбує їх. За поширеністю НС значно випереджає багато інших захворювань. Слід також брати до уваги, що ГСМ без нетримання сечі (OAB dry) та з ним (OAB wet) значно різняться по розповсюдженості у чоловіків та жінок, у зв'язку з чим саме жінки частіше звертаються за допомогою (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Розповсюдженість ГСМ (у %) EPIC study (14.666 пацієнтів) у 6 країнах Європи (2006)

Вік	чоловіки	жінки	Всього
18-29	7,8	10,2	9,0
30-34	9,3	8,9	9,1
35-39	5,6	10,6	8,1
40-44	8,4	11,1	9,7
45-49	7,8	11,4	9,6
50-54	9,7	10,3	10,0
55-59	9,9	13,5	11,7
60-64	15,6	15,8	15,7
65-69	16,1	14,0	15,0
Більше 69	23,4	21,1	22,0
Всього	11,1	13,2	12,2

Таблиця 2

Розповсюдженість дизуричних розладів без нетримання сечі (OAB dry) та з ним (OAB wet) у чоловіків та жінок (у %). EPIC study

	ГСМ з НС	ГСМ без НС	Співвідношення
Чоловіки	3,0	8,1	1:2,7
Жінки	6,0	7,2	1:1,2
Всього	4,6	7,6	1:1,7

Упродовж життя відзначаються два піки розповсюдження НС. Перший – у дітей до 10-12 років, коли головними етіологічними чинниками НС є природжені вади та незрілість нервової системи. Другий пік – у пацієнтів старше 50 років (переважно в жінок), в яких на перший план виступають різноманітні дегенеративні процеси в стінці детрузора та сфінктері, внаслідок набуті патології чи процесу “старіння” м’язів.

Міжнародний комітет по нетриманню сечі виділяє наступні типи НС (в дужках – відсоток серед усіх хворих з НС серед жінок старше 60 років): 1. Стресове НС (близько 25-30%); 2. Ургентне НС (8-10%); 3. Змішане НС (50-60%); 4. НС від переповнення; 5. Нічне НС; 6. Постійне НС. Останні три форми займають близько 7-10% [16].

Найбільш часто виявляються наступні форми НС [5, 14]: 1) Стресове НС характеризується мимовільним виділенням сечі при фізичному навантаженні, кашлі, чиханні, активних рухах, без позиву до сечовипускання. Слід розуміти, що в даному випадку, під поняттям “стрес” розуміється не стан психологічного дискомфорту, а фізичне зусилля, напруження, що відповідає одному зі значень слова “stress” в англійській мові; 2) Ургентне НС характеризується мимовільним виділенням сечі при імперативному позиву до сечовипускання та неможливості його загальмувати; 3) Змішане НС – комбінація двох попередніх варіантів.

До НС офіційна медицина відноситься не дуже прихильно. Більшість лікарів вважають нормальним не звертати особливої уваги на таких хворих,

справедливо вважаючи, що ці розлади дуже рідко супроводжуються інвалідизацією чи смертю пацієнтів. Тільки останнім часом медична спільнота розпочала повертатись обличчям до такого хворого, беручи до уваги ступінь психологічного дискомфорту, який виникає внаслідок НС. Близько с жінок з НС вважають, що їм важко чи дуже важко справлятися з проблемами, які пов’язані з НС. Крім того, пацієнти з НС обмежені в спілкуванні з оточуючими, у виборі роботи, а також у сексуальному житті (на останній факт вказують близько 40% жінок з НС).

Діагностичний процес при ГСМ має свої особливості, порівняно з таким при інших захворюваннях. Обумовлено це тим, що саме при даному захворюванні вираженість скарг хворих за умови кваліфікованої їх оцінки має не менше значення, ніж дані об’єктивного дослідження [17].

У діагностиці ГСМ головними методами є:

1. Скарги хворого. Головними проявами ГСМ є імперативні позиви до сечовипускання, полакіурія, ноктурія та НС у різних комбінаціях. Їх оцінка повинна проводитися за наступними принципами: а) Ургентні (імперативні позиви) до сечовипускання – натепер вважаються базовими в діагностиці ГСМ, але, за досвідом, вони не є найбільш частим симптомом. Можуть спостерігатися при циститі, сечокам’яній хворобі; б) Полакіурія – типовий прояв ГСМ. Також типова для багатьох захворювань сечового міхура; в) Ноктурія – крім ГСМ, може бути викликана надмірним вживанням рідини перед сном чи підвищеним

діурезом; г) Нетримання сечі – при ГСМ типовим є поява ургентного НС, яке виникає як наслідок нестримних позивів до сечовипускання. При чисто стресовому НС, коли його виникнення не супроводжується позивами до сечовипускання, а пов'язано з фізичним навантаженням – сміхом, кашлем, як правило, причина криється в анатомічних порушеннях сфінктерного апарату і лікування частіше проводиться оперативне. При змішаному варіанті НС, лікування краще починати з консервативної терапії, і тільки за її неефективності використовувати оперативні методи; д) Гематурія, болі при сечовипусканні, утруднене сечовипускання та інші скарги нетипові для ГСМ. При їх виникненні необхідно виключити більш тяжкі захворювання сечового міхура (СМ) та простати; е) Інші скарги можуть вказувати на можливу причину появи дизуричних розладів. Наприклад, виражені неврологічні порушення можуть свідчити про неврогенну природу дизурії. Закрепи, постійний кашель також можуть призводити до появи НС. Спрага може сприяти прийому надмірної кількості рідини та збільшенню частоти сечовипускання без порушення функції сечового міхура [6-9].

2. Анамнез хвороби. Його ретельний збір є обов'язковим кроком діагностичного процесу. При цьому необхідно звертати увагу на такі факти, які свідчать про патологію нервової системи: перенесені травми спинного чи головного мозку, таза, порушення хребта (виражений остеохондроз, зміни міжхребцевих дисків), множинний склероз, паркінсонізм. Інші важливі захворювання, які можуть призвести до ГСМ та НС – це цукровий діабет, патологія тазових органів внаслідок оперативних втручань на матці або опущення органів таза, тяжких та патологічних пологів, у чоловіків – перш за все патологія передміхурової залози.

Рідше сприяти появі НС може тривале вживання певних медикаментів (групи симпатолітиків та симпатоміметиків, трициклічних антидепресантів, холіноміметиків).

Лікар має оцінити тяжкість такої патології, часовий зв'язок появи НС з цими захворюваннями, але беззаперечних доказів впливу кожного з цих захворювань на появу ГСМ та НС, немає, хоча вони можуть впливати на цей процес.

3. Об'єктивне дослідження. Перш за все повинно бути заповнення пацієнтом протягом 48 чи 72 год добового графіка сечовипускання, в якому відзначається час сечовипускання та об'єм сечі. Крім того, пацієнт має визначати появу дизуричних проявів (імперативних позивів, НС, болей тощо). Дослідження довели, що такий графік значно більш об'єктивний, ніж просто опитування хворого.

Основними моментами, які оцінюються при цьому тесті, є наступні: а) Частота сечовипускання за добу, яка оцінюється як в абсолютному вимірі (кількість за день та вночі), так і у співставленні зі скаргами пацієнта; б) Діурез за добу дозволяє об'єктивно визначити кількість сечі (в нормі не більше 2 л) та співвідношення денного та нічного діурезу (в нормі – не менше 2-3 до 1). Порушення цих показників можуть спостерігатися при гормональних розладах (наприклад цукровий діабет), нирковій чи застійній серцевій недостатності, прийомі діуретиків; в) Середній об'єм сечовипускання в нормі повинен бути більше 250-300 мл. Визначається шляхом поділу добового діурезу на кількість сечовипускань. Об'єм, менше 200 мл, типовий для ГСМ.

Обов'язковим елементом урологічного обстеження усіх хворих із ГСМ є проведення аналізу сечі. У всіх пацієнтів необхідно проводити загальний аналіз сечі та за Нечипоренком, за необхідності – посіву сечі. Присутність у сечі надмірної кількості лейкоцитів або еритроцитів свідчить проти діагнозу ГСМ та спричинена часто запальними захворюваннями чи пухлинами СМ або передміхурової залози. У такій ситуації показано подальше обстеження та лікування відповідної патології, після чого, за необхідності, повторне обстеження на предмет ГСМ [4, 18, 20].

Важливим та загальнодоступним методом обстеження всіх таких пацієнтів є УЗД. Найбільш важливою інформацією при даній патології є: а) Наявність анатомічних змін верхніх чи нижніх сечовидільних шляхів, які можуть свідчити про наявність пухлин СМ, запальних процесів, сечокам'яної хвороби (СКХ); б) Обов'язковим є вимірювання залишкової сечі (клінічно значимим вважається більше 100 мл), що найбільш типово для доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДПЗ). Її присутність свідчить проти діагнозу ГСМ.

До спеціалізованих методів обстеження, які використовуються за певними показаннями і проводяться вузькими спеціалістами, відносяться наступні: 1) вивчення мобільності шийки міхура та промежини; 2) електроміографія м'язів промежини та сфінктерного апарату сечового міхура; 3) визначення бульбокавернозного рефлексу; 4) уродинамічні методи [4].

Узагальнюючи власний досвід та дані літератури [10, 19, 20], необхідно виділити основні ознаки ГСМ, на підставі яких, у першу чергу, може бути виставлений цей діагноз: 1) При опитуванні – ургентні позиви, полакіурія, ноктурія, ургентне нетримання сечі; 2) При об'єктивному обстеженні – нормальний діурез, емність СМ менше 200 мл, відсутність вираженої неврологічної патології, відсутність змін в аналізах сечі та при УЗД.

Головними практичними моментами виникнення ГСМ та НС у різних категорій пацієнтів є: 1) У жінок: ГСМ часто супроводжується НС (частіше вдень). Найчастіше це жінки періоду менопаузи та похилого віку. Необхідно чітко діагностувати стресове та імперативне НС. Часто явної першопричини виникнення ГСМ та НС немає. Одна з найчастіших супутніх проблем – хронічні цистити [8]; 2) У чоловіків: ГСМ рідко супроводжується НС. Найчастіше це чоловіки старечого віку з ДГПЗ, у більш молодому віці причиною його часто є хронічні простатити. НС виникає рідко, як правило, при виражених анатомічних змінах (неврологічна патологія, пухлини простати, в післяопераційному періоді). Стресове НС виникає, як правило, після операцій на простаті [6]; 3) У дітей: ГСМ найчастіше залежить від уроджених причин. Достатньо часто ускладнюється МСР, циститами, піелонефритами. НС типово виникає вночі. Стресове НС спостерігається рідко [7].

Основні методи лікування ГМ можна розподілити на декілька груп. Головна мета – вплив на детрузор з метою зменшити його гіперчутливість, збільшити ємність сечового міхура: 1) тренування міхура; 2) фармакотерапія: а) антихолінергічні препарати; б) препарати з переважно спазмолітичною дією; в) антагоністи кальцію; г) інгібітори зворотного захоплення норепінефрину (норадреналіну); д) відкривачі калієвих каналів; ж) в-адреноміметики; з) трициклічні антидепресанти; э) препарати, що блокують чутливі рецептори стінки СМ; 3) Електростимуляція; 4) Хірургічне переривання надмірної імпульсації (ризотомія, денервація СМ тощо).

За всіма протоколами саме антихолінергічні препарати (холінолітики) є препаратами вибору лікування ГСМ. Холінолітикам (ХЛ) властиві наступні загальні ознаки: 1) Ефективність ХЛ проявляється тільки під час прийому і по закінченні курсу лікування ефект достатньо швидко зникає; 2) Лікування необхідно проводити тривалий час.

Загальні сторонні ефекти (СЕ) ХЛ: сухість у роті (найчастіше), закрепи, нудота, діарея, розпливчастість предметів (“пелена перед очима”), сонливість, головний біль, серцебиття, сухість шкіри.

При тривалому прийомі виникають наступні запитання: 1. Чи зберігається терапевтична дія (ефект звикання)? 2. Чи не збільшуються СЕ?

Головна причина відмови пацієнтів від тривалого лікування – недостатня ефективність ХЛ.

Головними представниками ХЛ є наступні:

Оксибутинін (дриптан): донедавна “золотий

стандарт” лікування ГСМ. Показав непоганий ефект при ГСМ, що підтверджено чисельними дослідженнями. Має відносно низьку вибірковість дії, що призводить до: великої кількості сторонніх ефектів (усього до 50-70% – до 50% пацієнтів відзначають сухість у роті, запори – 15%, сонливість – 12%, порушення зору – 5%). Велика кількість пацієнтів припиняє лікування – тільки 18% продовжували терапію більше 6-ти місяців, при цьому головним приводом були СЕ (до 40%).

Бажана титрація дози на початку лікування. Обережно використовувати у пацієнтів похилого віку, дисфункціях печінки, нирок. Може взаємодіяти з іншими ХЛ. Результат: після появи нових ХЛ єдиною перевагою дриптану залишається менша ціна.

Перспектива дриптану: запровадження форми уповільненого використання (ER), що зменшує кількість побічних ефектів. Досліджується можливість місцевого та трансдермального використання [3].

Пропіверин: має комбіновану дію – ХЛ, спазмолітик, антагоніст кальцію. Ефективність також як у дриптану, але менше побічних ефектів. Небажано використовувати при недостатності печінки, нирок, обережно при нефропатіях. Можлива взаємодія з трициклічними антидепресантами, транквілізаторами, ХЛ та ін. Препарат в Україні не зареєстрований. Результат: переважає дриптан за співвідношенням ефективність/переносимість за рахунок меншої кількості СЕ.

Толтеродин (детрузитол): висока селективність до СМ, але немає вибіркової дії до М2 чи М3 рецепторів. Значно менше побічних ефектів, ніж у дриптану та краща ефективність. Доза – 2 мг 2 р/д (зареєстрована в Україні), чи 4 мг 1 р/д (форма ER – в Україні не зареєстрована). Результат: значно переважає дриптан за співвідношенням ефективність/переносимість за рахунок як кращої ефективності, так і меншої кількості СЕ.

Везикар (соліфенацину сукцинат): найбільш сучасний препарат із ХЛ. Тривалий ефект, пероральний прийом може використовуватися з разовим денним дозуванням. Ефективність у лікуванні усіх симптомів ГСМ. За абсолютною більшістю показників переважає детрузитол. Можливі дози 5 і 10 мг дозволяють підібрати оптимальну дозу препарату. Незначні або помірні побічні дії, які проявлялись раніше, здебільшого незначні або середні за інтенсивністю та майже завжди переносились. Нижча кількість випадків сухості в роті (найчастішого СЕ), ніж у інших сучасних ХЛ. Наприклад, везикар 5 мг показує меншу частоту появи сухості в роті (11%) ніж дет-

рузитол у дозі 2 мг 2 р/д (19%). Після року лікування везикаром зроблені наступні висновки: добра переносимість для більшості дорослих пацієнтів незалежно від віку, раси та статі. Відсутність розвитку дозової толерантності при тривалому лікуванні. При цьому спостерігалось наростання ефективності препарату. Більше 60% пацієнтів позбулися НС. 40% пацієнтів з ургентними НС позивами позбулись їх у кінці дослідження. 81% пацієнтів закінчили довготривале лікування. У кінці дослідження 85% пацієнтів оцінили переносимість лікування везикаром як “задовільну”. Лікування везикаром сприяло значному покращанню більшості параметрів якості життя, пов’язаних із ГСМ. Результат: переважає детрузитол за більшістю показників ефективності, має менші побічні ефекти, більш виразно покращує якість життя [13, 15].

Отже, за останні роки з’явилися нові препарати для лікування ГСМ, які мають значно краще співвідношення ефективності толерантності. Особливо це стосується везикару, який дозволяє проводити лікування захворювання протягом тривалого часу з тенденцією до посилення ефективності при цьому та вираженим покращанням якості життя пацієнтів.

Висновок

Літературне дослідження свідчить про складність, суперечливість діагностики та лікування гіперактивного сечового міхура. Наведені дані про розповсюдженість даного захворювання, існуючі сучасні методи діагностики, порівняльну характеристику препаратів для лікування гіперактивного сечового міхура зумовлюють подальше наукове дослідження.

Література. 1.Абдуллаев К.И. Возрастная динамика незаторженного мочевого пузыря и его лечение / К.И. Абдуллаев: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1987. – 43 с. 2.Возіанов О.Ф. Вродженні вади сечових шляхів у дітей / О.Ф. Возіанов, Д.А. Сеймівський, В.Е. Бліхар. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 220 с. 3.Зайцев В.І. Використання дригтану при нейрогенних розладах функції сечового міхура / В.І. Зайцев // Бук. мед. вісн. – 1998. – № 1. – С. 34-37. 4.Кривобородов Г.Г. Диагностика и лечение гиперактивного мочевого пузыря: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.40 / Рос. гос. мед. ун-т. – М., 2002. – 43 с. 5.Нейрогенний сечовий міхур. Частина 2. Загальні принципи діагностики та лікування / В.О. Пирогов, В.І. Зайцев, Н.А. Севастьянова, І.А. Андрєєва // Урологія. – 1997. – №3. – С. 74-81. 6.Пасечников С.П. Функциональное состояние нижних мочевых путей у больных аденомой предстательной железы / С.П. Пасечников: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40 / Укр. НИИ урол. и нефрол. – К., 1977. – 167 с. 7.Порушення уродинаміки сечовивідних шляхів у дітей / О.В. Люлько, О.В. Терещенко, Д.А. Сеймівський [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 1995. – 380 с. 8.Роль уродинамічного дослідження в діагностиці імперативних расстройств мочеиспускания у женщин в климатическом периоде / В.Е. Балан, Ю.Г. Аляев, З.К. Гаджиева, С.В. Великая // Пленум Всерос. о-ва урологов: тез. докл. – Тюмень, 2005. – С. 361-362. 9.Савин В.Ф. Хроническая микционная недостаточность / В.Ф. Савин: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.40 / Укр.

НИИ урол. и нефрол. – К., 1984. – 41 с. 10.Bissada N.K. Lower urinary tract function and dysfunction / N.K. Bissada, A.E. Finkbeiner. – N.-Y.: ACC, 1978. – 276 p. 11. Cardozo L., Kuzmin I., Lisek M.L., Millard R.J., van Vierssen Trip O.B., Ridder A.M., Drogengik T.E. for the European YM905 Study Group. YM905 (Solifenacin Succinate; Vesicare®) in Symptomatic Overactive Bladder: Results of a Phase 3, Randomized, Placebo-Controlled Trial. Poster presented at the Annual Meeting of the US Urological Association, Chicago, April 2003 (Poster DP47). 12.Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: systematic review / P. Herbison, J. Hay-Smith, G. Ellis, K. Moore // BMJ. – 2003. – Vol. 326. – P. 841-844. 13.Food does not affect the pharmacokinetics of solifenacin, a new muscarinic receptor antagonist: results of a randomized crossover trial / T. Uchida, W.J. Krauwinkel, H. Mulder, R.A. Smulders // Br. J. Clin. Pharmacol. – 2004. – Vol. 58, № 1. – P. 4-7. 14.Incontinence in the nursing home – new insights/ N.M. Rescnick, S.V. Yalla, E. Laurino [et al.] // J. Urol. – 1986. – Vol.135, № 1. – P. 168. 15.Pharmacokinetics and Safety of Solifenacin Succinate in Healthy Young Men / R.A. Smulders, W.J. Krauwinkel, P.J. Swart // J. Clin. Pharmacol. – 2004. – Vol. 44. – P. 1-11. 16.Prevalence of overactive bladder syndrome: European results from the EPIC study / D. Irwin, I. Milson, K. Reilly [et al.] // Eur. Urol. Suppl. – 2006. – Vol. 5, № 2. – P. 115. 17.Randomized, double-blind placebo- and tolterodine-controlled trial of the once-daily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder / C.R. Chapple, T. Rechberger, S. Al-Shukri [et al.] // BJU International. – 2004. – Vol. 93. – P. 303-310. 18.The standardization of terminology of low urinary tract function: report from the standardization subcommittee of the ICS / P. Abrams, L. Cardoso, M. Fall [et al.] // Urology. – 2003. – Vol. 61. – P. 37-49. 19.The star study: analysis of symptom severity and treatment response in overactive bladder / C. Chapple, R. Fiala, L. Gorilovsky [et al.] // Eur. Urol. Suppl. – 2006. – Vol. 5, № 2. – P. 117. 20.Tolterodine versus oxybutynin in the treatment of urge urinary incontinence: a meta-analysis / M.A. Harvey, K. Baker, G.A. Wells // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 185. – P. 56-61.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А. Н. Слободян

Резюме. Литературное исследование свидетельствует о сложности, противоречии диагностики и лечения гиперактивного мочевого пузыря. Приведенные данные о распространении данного заболевания, существующих современных методов диагностики, сравнительной характеристики препаратов для лечения гиперактивного мочевого пузыря обуславливают дальнейшее научное исследование.

Ключевые слова: гиперактивный мочевой пузырь, диагностика, лечение.

HYPERACTIVE URINARY BLADDER: DIAGNOSTICS AND TREATMENT

O. M. Slobodian

Abstract. A bibliographical review is indicative of the complexity, inconsistency of the diagnostics and treatment of a hyperactive urinary bladder. The submitted data, pertaining to the prevalence of this particular disease, the existing modern methods of diagnostics, a comparative characteristic of drugs to be used in the treatment of a hyperactive urinary bladder stipulate further research.

Key words: hyperactive urinary bladder, diagnostics, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. – 2012. – Vol.11, №2(40). – P.173-177.

Надійшла до редакції 25.05.2012

Рецензент – проф. В. П. Польовий

© О. М. Слободян, 2012