

Здоровье женщины



ISSN 1992-5921

№9 (125) '2017

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ
С ФЕВРАЛЯ 1998 ГОДА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ:
СИНДРОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ
АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА 10

КРИТИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ
МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ 27

ДЕСТРУКТИВНО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ
ШЕЙКИ МАТКИ – ПЛЮСЫ
И МИНУСЫ 41

ПРОФИЛАКТИКА
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
В АНАМНЕЗЕ 59

ВЛИЯНИЕ ПЕРОРАЛЬНОЙ
И ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ЭСТРОГЕНАМИ НА СЕКСУАЛЬНУЮ
ФУНКЦИЮ В ПЕРИОД РАННЕЙ
ПОСТМЕНОПАУЗЫ 122



Bionorica®

Порушення менструального циклу?

Циклодинон®



нормалізує менструальний цикл¹



відновлює гормональну рівновагу²



не містить гормонів³

Розкриваючи силу рослин

Циклодинон®. Показання. Порушення менструального циклу і/або безпліддя пов'язане з недостатністю жовтого тіла. **Застосування.** Препарат приймають по 1 таблетці 1 раз на день. Лікування триває протягом 3 місяців без перерви на час менструації. **Протипоказання.** Не можна застосовувати у випадку підвищеної чутливості до плодів прутняку звичайного або до будь-якого із допоміжних компонентів препарату. **Особливі застереження.** У випадку виникнення болю або набухання молочних залоз, а також при порушенні менструального циклу рекомендується проконсультуватися з лікарем, оскільки ці симптоми можуть свідчити про захворювання, що потребує медичного дослідження. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Не можна застосовувати у період вагітності або годування груддю (може спричинити зменшення лактації). **Побічні реакції.** Після застосування лікарських засобів, які містять плоди прутняку звичайного, повідомлялось про такі симптоми, як головний біль, свербіж або шлунково-кишковий дискомфорт, який проявляється нудотою, болем у ділянці шлунка. Можливі прояви підвищеної чутливості у вигляді висипу, кропив'янки, набряку Квінке, утруднення дихання та колатання.

1. В.П. Скелтик, Л.Б. Бугарева Науковий центр акушерства, гінекології та перинатології РАМН, Москва. Журнал «Проблеми репродукції», том 11, 5/2005, стр. 50-54

2. W.Wuttke et al 1997. Geb Fra 57, 569-574

3. Інструкція для медичного застосування препарату

Циклодинон®. Краплі оральні. Р.п. № UA/0267/01/01 від 23.12.13. **Циклодинон®. Таблетки, вкриті оболонкою.** Р.п. № UA/0267/02/01 від 23.12.13.

ТОВ «Біонорика» Україна, вул. Книжний Занон, 9, оф. 392, Київ, 02095. тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розширення у спеціалізованих видавництвах, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



9 771992 592002 >

Тівомакс -Дарниця

АРГІНІНУ
ГІДРОХЛОРИД



Якість підтверджена
сертифікатом GMP

L-АРГІНІН для ЗМІЦНЕННЯ й ОНОВЛЕННЯ СУДИН!

- ◆ відновлює функцію ендотелію¹
- ◆ запобігає утворенню атеросклеротичних бляшок¹
- ◆ сучасна технологія виробництва забезпечує високий профіль безпеки інфузійного розчину^{1,2,*}



*при виготовленні колапсуючого поліпропіленового флакону застосовується сучасна технологія BSF12
ІХС – ішемічна хвороба серця, ХСН – хронічна серцева недостатність, АГ – артеріальна гіпертензія

ТІВОМАКС-ДАРНИЦЯ (TIVOMAX-DARNITSA). Розчин для інфузій. 1 мл розчину містить аргініну гідрохлориду – 42 мг

Показання. Атеросклероз судин серця, головного мозку, периферичних судин. Діабетична ангіопатія, ІХС. Стани після перенесених гострого інфаркту міокарда та гострого порушення мозкового кровообігу. ХСН. АГ. Гіперхолестеринемія. Хронічні обструктивні захворювання легень. Інтерстиціальна пневмонія. Ідіопатична легенева гіпертензія. Гіпоксичні стани. Гострі та хронічні гепатити різної етіології. Астенічні стани в процесі реконвалесценції. Затримка розвитку плода. Преєклампсія. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до препарату. Алергічні реакції в анамнезі. Тяжкі порушення функції нирок, гіпохлоремічний ацидоз. Застосування калійзберігаючих діуретиків, спіронолактону. **Спосіб застосування та дози.** Препарат вводять внутрішньовенно. Добова доза препарату – 100 мл розчину. Дозу препарату можна збільшити до 200 мл на добу. Для дітей до 12 років доза препарату становить 5-10 мл на 1 кг маси тіла на добу. Препарат застосовують дітям віком від 3 років. **Побічні реакції.** Гіпертермія, відчуття жару, ломота в тілі, біль у суглобах, сухість у роті, нудота, коливання артеріального тиску, головний біль. Зміни в місці введення: гіперемія, свербіж, блідість шкіри, аж до ціанозу та інші. **Упаковка.** По 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці; по 100 мл у флаконах. **Категорія відпуску.** За рецептом.

ІНФОРМАЦІЯ ВИКЛЮЧНО ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ, А ТАКОЖ ВИКЛЮЧНО ДЛЯ РОЗПОВСЯДЖЕННЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗІУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ.

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Тівомакс-Дарниця. Р. П. МОЗ України № UA/13827/01/01. Наказ МОЗ України № 616 від 03.09.2014. 1. Березин А.Е. Роль ендотеліальної дисфункції в розвитку кардіоваскулярних захворювань: перспективи фармакологічної корекції донаторами оксида азота, – Укр. Мед. Часопис, 2015, 10 серпня (електронна публікація); www.umj.com.ua. 2. Чурсина Т.Я. і др. Самая мощественная аминокислота кардиологии»: реалии и перспективы использования L-аргинина для регуляции микроциркуляторного кровотока. – Therapia, № 5 (109) 2016.

UA.TIW16.08.01

ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13. www.darnitsa.ua

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця

Вагінальні супозиторії від «Кусум» з любов'ю до жінки!

НОВИНКА!



ДЕРМАЗОЛ Р.П. МОЗ України № UA/16144/01/01. Склад. 1 супозиторій містить кетоконазолу 400 мг. **Назва і місцезнаходження виробника.** «Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД», СП-289 (А), РІККО Індустріал ареа, Чопанкі, Бхіваді, Діст. Алвар (Раджастан), Індія. **Лікарська форма.** Супозиторії вагінальні. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Код АТХ G01A F11. **Показання для застосування.** Лікування гострого та хронічного рецидивуючого вульвовагінального кандидозу. Профілактика грибкових інфекцій піхви при зниженій резистентності організму та на тлі лікування препаратами, що порушують нормальну мікрофлору піхви. **Протипоказання.** Індивідуальна підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату. **Побічні ефекти.** Місцеві реакції: подразнення слизової оболонки піхви, що супроводжується свербіжем, відчуттям печіння, гіперемією. **З боку шкіри та підшкірної клітковини:** свербіж, висипання, гіперемія. **Фармакологічні властивості.** Кетоконазол є синтетичною похідною імідазолдіоксолану. Чинить виражену фунгіцидну та фунгістатичну дію на дерматофіти (*Trichophyton spp.*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum spp.*), дріжджові гриби (*Candida spp.*, *Pityrosporum spp.*, *Torulopsis spp.*, *Cryptococcus spp.*, *Rhodotorula spp.*), диморфні і вищі гриби (зуміети). Механізм дії спрямований на пригнічення біосинтезу ергостеролу та зміну ліпідного складу мембрани грибів, що призводить до їх лізису. **Категорія відпуску.** Без рецепта.

МІСТОЛ® Р.П. МОЗ України № UA/16131/01/01. Склад. 1 супозиторій містить метронідазолу 500 мг. **Назва і місцезнаходження виробника.** «Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД», СП-289 (А), РІККО Індустріал ареа, Чопанкі, Бхіваді, Діст. Алвар (Раджастан), Індія. **Лікарська форма.** Супозиторії вагінальні. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні та антисептичні засоби, що застосовуються у гінекології. Код АТХ G01A F01. **Показання для застосування.** Місцеве лікування трихомонадного та неспецифічного вагінітів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до метронідазолу або до іншого компоненту препарату. Гіперчутливість до похідних імідазолу. Комбінації з дисульфірамом або алкоголем. **Побічні ефекти.** **З боку травного тракту:** незначні розлади шлунково-кишкового тракту (біль в епігастрії, нудота, блювання, діарея), смакові розлади (металевий присмак у роті). **З боку шкіри та її похідних:** припиви з гіперемією, свербіж, висипи, які можуть супроводжуватися пропасницею, кропив'янка. **Фармакологічні властивості.** Метронідазол належить до нітро-5-імідазолів і має широкий спектр дії. До препарату чутливі: *Peptostreptococcus spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Porphyromonas*, *Bifidobila*, *Helicobacter pylori*, *Prevotella spp.*, *Veilonella*. Метронідазол стримує розвиток найпростіших: *Trichomonas vaginalis*, *Giardia intestinalis* (*Lambdia intestinalis*), *Entamoeba histolytica*. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.
Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.



Виробник:
«Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.kusumhealthcare.com



Офіційний дистриб'ютор:
ТОВ «Гледфарм ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.gladpharm.com

Оцінка показників урофлоуметрії під час діагностики та лікування жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки

С.О. Возіанов¹, М.П. Захараш², П.В. Чабанов¹, Ю.М. Захараш², Н.А. Севастьянова¹, В.Ю. Угаров¹, А.С. Репринцева³

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

³КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Солом'янського району, м. Київ

У статті представлені результати лікування хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки.

Матеріали та методи. Усі хворі з поєднаною нейрогенною патологією нижніх відділів сечовивідної системи і нижніх відділів товстої кишки проходили комплексне обстеження з використанням як загальноприйнятих, так і спеціальних методів діагностики. У групу дослідження увійшли 30 жінок, середній вік яких становив $41,8 \pm 2,1$ року, середня тривалість захворювання – $18,4 \pm 1,6$ міс. Оцінювання ефективності проводили за допомогою клінічних та уродинамічних досліджень.

Результати. Одержані результати були підставою для обґрунтування принципів диференційованого лікування хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки, що дозволило підвищити ефективність лікування.

Заключення. Наведені дані клінічних та уродинамічних досліджень дозволили розробити та оптимізувати методи лікування залежно від стану тонуусу нервово-м'язових структур нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки.

Ключові слова: нейрогенні розлади сечовипускання, нейрогенна дисфункція кишкового тракту, детрузор, урофлоуметрія, електростимуляція.

Проблема поєднаної нейрогенної патології нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки посідає одне з основних місць у сучасній урології та проктології. Ця проблема є найбільш актуальною щодо жіночого населення країни. Це пов'язано з високою поширеністю поєднаної патології саме у жінок у зв'язку з анатомо-топографічними та фізіологічними особливостями жіночого організму. Привертає увагу те, що переважно ця патологія спостерігається у жінок активного працездатного віку. Постійна психоемоційна травма призводить до зниження працездатності та соціальної дезадаптації пацієнтів [1–2].

Провідне місце у діагностиці нейрогенних розладів сечовипускання у жінок сьогодні належить уродинамічним методам обстеження. Однак під час обстеження жінок не враховують стан дистальних відділів товстої кишки, що важливо для визначення тактики лікування у даній категорії хворих [3–7].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Усі хворі з поєднаною нейрогенною патологією нижніх відділів сечовивідної системи і нижніх відділів товстої кишки проходили комплексне обстеження з використанням як загальноприйнятих, так і спеціальних методів діагностики.

У групу дослідження увійшли 30 жінок, середній вік яких становив $41,8 \pm 2,1$ року, середня тривалість захворювання – $18,4 \pm 1,6$ міс.

Усім пацієнткам проводили урофлоуметрію (УФМ), яка дозволяє визначити функціональну активність детрузора і виявити перешкоди прохідності сечовипускного каналу під час сечовипускання та зареєструвати параметри. Обстеження хворих проводили з допомогою апарата MERCUR 4000 німецької фірми WIEST.

Під час лікування для проведення електростимуляції хвору укладали на спину, процедуру проводили з порожніми сечовим міхуром та дистальним відділом товстої кишки електростимулятором із застосуванням двох пластинчастих електродів, змочених фізіологічним розчином, один з яких розташовували на спині на рівні хребців S2-S4 перпендикулярно хребту, інший – у нижній ділянці живота над лобком.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній показник полакіурії у пацієнок групи дослідження до лікування становив $3,4 \pm 1,2$ разу, ніктурії – $2,8 \pm 0,6$ разу на добу, імперативні позиви становили $2,4 \pm 0,5$ разу на добу, а імперативне нетримання сечі відзначали $3,1 \pm 0,67$ разу на добу. Показник оцінки за опитувальником РРВС становив $4,5 \pm 1,0$ бала.

Оцінювання симптомів клінічних проявів патології дистальних відділів товстої кишки у жінок до лікування засвідчило, що закреп відзначали у хворих у середньому $5,1 \pm 0,9$ разу, нетримання газів – $4,8 \pm 0,7$ разу, нетримання рідкого калу – $2,7 \pm 0,5$ разу, нетримання твердого калу – $1,2 \pm 0,2$ разу на добу.

Оцінка за опитувальником CRADI-8, отримана у цій групі хворих до лікування, становила $19,8 \pm 1,2$ бала.

УФМ у хворих даної групи засвідчила, що середнє значення основних показників становило: об'єму сечовипускання (V) – $451 \pm 5,8$ мл, часу сечовипускання (T) – $38,2 \pm 1,8$ с, максимальної об'ємної швидкості потоку сечі (Q_{max}) – $13,8 \pm 1,4$ мл/с, середньої швидкості сечовипускання (Q_{ave}) – $11,8 \pm 1,2$ мл/с, часу досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $12,3 \pm 0,7$ с.

Ефективність лікування оцінювали після першого, третього та шостого курсів терапії. У результаті були отримані наступні дані.

Показник полакіурії після першого курсу лікування становив $4,6 \pm 0,6$ разу ($p > 0,2$), яка зменшилась на 26%, ніктурії –

2,2±0,6 разу на добу (p>0,2), що відповідає зменшенню на 27,3%, імперативних позивів – 2,1±0,4 разу на добу (p>0,2), що відповідало 14,3%, а імперативне нетримання сечі відзначали 2,6±0,6 разу на добу (p>0,2), що відповідало зниженню на 19,2%.

Під час оцінювання результатів за опитувальником PPBC було отримано покращання на 25%, а саме – 3,6±0,9 бала (p>0,2).

Під час оцінювання симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих групи дослідження були зафіксовані наступні зміни: кількість закрепів зменшилась до 4,2±1,1 разу (21,4%; p>0,2), нетримання газів – до 4,1±1,5 разу (17%; p>0,2), нетримання рідкого калу – до 2,1±0,9 разу (28,6%; p>0,2), нетримання твердого калу – до 1,1±0,1 разу (9%; p>0,2).

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 було отримано зменшення до 15,5±0,6 бала (27,7%; p<0,2).

Що стосується динаміки змін показників УФМ після першого курсу лікування, було отримано наступне, а саме – об'єм сечовипускання (V) становив 410±5,8 мл (10%; p<0,05), час сечовипускання (T) – 31,3±1,6 с (22%; p<0,05), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Qmax) – 16,7±1,4 мл/с (17,4%; p<0,2), середня швидкість сечовипускання (Qave) – 14,9±1,3 мл/с (20,8%; p>0,2), час досягнення максимальної швидкості (TQ max) – 10,9±1,2 с (12,8%; p>0,2).

Після третього курсу лікування щодо клінічних змін було отримано наступне. Стосовно полакіурії покращення становило 6,4±1,1 разу на добу (46,9%; p<0,1), ніктурії – 1,9±1,1 разу (47,4%; p>0,2). Щодо імперативних позивів на сечовипускання покращення становило 1,7±0,1 разу на добу (41,2%; p>0,2), нетримання сечі – 2,1±0,1 разу (47,6%; p>0,2).

На підставі оцінювання ефективності лікування після третього курсу за допомогою опитувальника PPBC отримано 2,9±0,1 бала, що становить 55,2% (p>0,2).

Аналізуючи динаміку змін симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих групи дослідження, було зафіксовано: кількість закрепів зменшилась у хворих до 3,6±1,2 разу (41,7%; p>0,2), нетримання газів – до 3,1±0,9 разу (54,8%; p>0,2), нетримання рідкого калу – до 1,7±0,8 разу (58,8%; p>0,2), нетримання твердого калу – до 0,9±0,009 разу (33,3%; p<0,2).

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 було отримано зменшення до 12,8±1,2 бала (54,7%; p<0,01).

Показники УФМ після третього курсу лікування наступні: об'єм сечовипускання (V) становив 370±4,9 мл (21,9%; p<0,05), час сечовипускання (T) – 23,9±1,7 с (59,8%; p<0,05), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Qmax) – 17,2±1,5 мл/с (19,8%; p<0,2), середня швидкість сечовипускання (Qave) – 16,5±1,1 мл/с (28,5%; p<0,2), час досягнення максимальної швидкості (TQ max) – 10,3±0,9 с (19,4%; p>0,2).

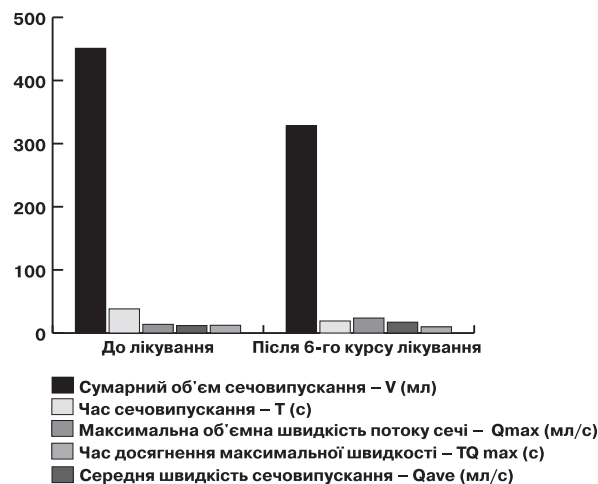
Після завершення шести курсів лікування у хворих групи дослідження реєстрували значне покращання як клінічних результатів, так і результатів УФМ. Було зафіксовано частоту сечовипускання 8,7±1,2 разу на добу (60,9%; p<0,01),

Оценка показателей урофлоуметрии при диагностике и лечении больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки
С.А. Возианов, М.П. Захараш, П.В. Чабанов, Ю.М. Захараш, Н.А. Севастьянова, В.Ю. Угаров, А.С. Репринцева

В статье представлены результаты лечения больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки.

Цель исследования: повышение эффективности лечения женщин с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки.

Материалы и методы. Все больные с сочетанной нейрогенной патологией нижних отделов мочевыводящей системы и нижних отделов толстой кишки проходили комплексное обследование с



Динаміка змін показників урофлоуметрії у жінок у результаті лікування

ніктурії – 1,5±0,1 разу (86,7%; p<0,05), кількість імперативних позивів зменшилась до 1,3±0,1 разу на добу (84,7%; p<0,05), нетримання сечі – на 1,7±0,1 разу (82,4%; p<0,05).

Що стосується оцінювання ефективності лікування на підставі опитувальника PPBC, то покращання становило 2,4±0,1 бала (87,5%; p<0,001).

Стосовно симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих групи дослідження відзначено, що кількість закрепів зменшилась до 2,8±0,7 разу (82,1%; p<0,05), нетримання газів – до 2,7±0,75 разу (77,8%; p<0,05), нетримання рідкого калу – до 1,5±0,3 разу (80%; p<0,05), нетримання твердого калу – до 0,7±0,02 разу (71,4%; p<0,05).

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 було отримано зменшення до 11,2±1,3 бала (76,8%; p<0,02).

Показники УФМ після шостого курсу лікування були наступні: об'єм сечовипускання (V) становив 328±6,1 мл (37,5%; p<0,02), час сечовипускання (T) – 19,1±1,2 с (90,9%; p<0,02), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Qmax) – 23,8±1,3 мл/с (42%; p<0,05), середня швидкість сечовипускання (Qave) – 17,2±1,2 мл/с (31,4%; p<0,05), час досягнення максимальної швидкості (TQmax) – 9,8±0,7 с (25,5%; p<0,05).

Динаміка змін показників УФМ у жінок до та після шостого курсу лікування наведена на малюнку.

ВИСНОВКИ

Наведені вище дані клінічних та уродинамічних досліджень дозволили розробити та оптимізувати методи лікування залежно від стану тонуса нервово-м'язових структур нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки.

использованием как общепринятых, так и специальных методов диагностики. В группу исследования вошли 30 женщин, средний возраст которых составлял 41,8±2,1 года, средняя продолжительность заболевания – 18,4±1,6 мес. Оценку эффективности проводили с помощью клинических и уродинамических исследований.

Результаты. Полученные результаты были основой для определения принципов дифференцированного лечения больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевыводящих путей и дистальных отделов толстой кишки, что позволило повысить эффективность лечения.

Заключение. Приведенные выше данные клинических и уродинамических исследований позволили разработать и оптимизировать методы лечения в зависимости от состояния тонуса нервно-мышечных структур нижних мочевых путей и дистальных отделов толстой кишки.

Ключевые слова: нейрогенные расстройства мочеиспускания, нейрогенная дисфункция кишечника, детрузор, урофлоуметрия, электростимуляция.

Assessment of uroflowmetry indices in the diagnosis and treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and the distal part of the large intestine

S.O. Vozianov, M.P. Zakharash, P.V. Chabanov, Yu.M. Zakharash, N.A. Sevastyanova, V.Yu. Ugarov, A.S. Reprintseva

The article presents the results of treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and the distal part of the large intestine.

The objective: increase the effectiveness of treatment for women with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon.

Materials and methods. All patients with combined neurogenic pathology of the lower parts of the urinary system and lower colon were exam-

ined comprehensively using both conventional and special diagnostic methods. The study group included 30 women, whose average age was $41,8 \pm 2,1$ years, the average duration of the disease was $18,4 \pm 1,6$ months. Efficacy was assessed using clinical and urodynamic studies.

Results. The obtained results were the basis for substantiating the principles of differentiated treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon, which allowed to increase the effectiveness of treatment.

Conclusions. The above data of clinical and urodynamic studies allowed to develop and optimize the methods of treatment depending on the state of the tone of the neuromuscular structures of the lower urinary tract and the distal parts of the large intestine.

Key words: neurogenic disorders of urination, neurogenic bowel dysfunction, detrusor, uroflowmetry, electrostimulation.

Сведения об авторах

Возианов Сергей Александрович – Государственное учреждение «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В.Винниченко, 9-а; тел./факс: (044) 486-55-52

Захараш Михаил Петрович – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01030, г. Киев, бульвар Т. Шевченко, 17; тел./факс: (044) 235-52-89

Захараш Юрий Михайлович – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01030, г. Киев, бульвар Т. Шевченко, 17; тел./факс: (044) 235-52-89

Севастьянова Наталья Анатолиевна – Государственное учреждение «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В.Винниченко, 9-а; тел./факс: (044) 486-55-52

Чабанов Павел Викторович – Государственное учреждение «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В.Винниченко, 9-а; тел./факс: (044) 486-55-52

Угаров Владимир Юрьевич – Государственное учреждение «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В.Винниченко, 9-а; тел./факс: (044) 486-55-52

Репринцева Анастасия Святославовна – КНП «Центр первичной медико-санитарной помощи Соломенского района № 2», 03110, г. Киев, ул. Соломенская, 17

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Neural Control of the Lower Urinary and Gastrointestinal Tracts: Supraspinal CNS Mechanisms / M.J. Drake, C.J. Fowler, D. Griffiths[et al.] // *Neurourology and Urodynamics*. – 2010. – Vol. 29, № 1. – P. 119–127.
2. Prevalence of fecal incontinence and its relationship with urinary incontinence in women living in the community / R. Botlero, R.J. Bell, D.M. Urquhart, S.R. Davis // *Menopause*. – 2011. – Vol. 18, № 6. – P. 685–689. – DOI: 10.1097/gme.0b013e3181fee03b.
3. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline / E.A. Gormley, D.J. Lightner, K.L. Burgio[et al.] // *The Journal of Urology*. – 2012. – Vol. 188, Issue 6, Supplement. – P. 2455–2463.
4. Samaranayake C.B., Luo C., Plank A.W., Merrie A.E., Plank L.D., Bissett I.P., 2010. «Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception.». *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 12 (6): 504–12.
5. Nurko S. Coexistence of constipation and incontinence in children and adults / S. Nurko, S.M. Scott // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. – 2011. – Vol. 25, № 1. – P. 29–41.
6. Blandon R.E., Bharucha A.E., Melton L.J., 3rd, Schleck C.D., Zinsmeister A.R., Gebhart J.B. Risk factors for pelvic floor repair after hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2009. 113(3): 601-8.
7. Bladder and Bowel Symptoms Among Adults Presenting With Low Back Pain to an Academic Chiropractic Clinic: Results of a Preliminary Study / A.L. Walden, S.A. Salsbury, W.R. Reed, D.J. Lawrence // *Journal of Chiropractic Medicine*. – 2014. – Vol. 13, № 3. – P. 178–187.

Статья поступила в редакцию 21.11.17