

# Здоровье женщины



ISSN 1992-5921

№1 (127) '2018

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ  
С ФЕВРАЛЯ 1998 ГОДА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ:  
ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ  
И ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ 9

ГЕМОРРОЙ И БЕРЕМЕННОСТЬ:  
ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ 19

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ:  
2011 IFCRS – КОЛЬПОСКОПИЧЕСКАЯ  
ТЕРМИНОЛОГИЯ ДЛЯ ШЕЙКИ  
МАТКИ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ  
ТЕРМИНОВ РАЗДЕЛА  
«ОБЩАЯ ОЦЕНКА» 22

ПОГРАНИЧНАЯ МУЦИНОЗНАЯ  
ЦИСТАДЕНОМА ЯИЧНИКА  
КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ  
ПСЕВДОМИКСОМЫ БРЮШИНЫ 73

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ  
ГЕСТАЦИИ, РОДОВ  
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ  
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ  
ЖЕНЩИН 102

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ.  
КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО  
КВИНСЛЕНДА 107



**Лютеина**  
Микронизованный прогестерон

Сучасні форми мікронізованого  
натурального прогестерону



"Жінка носить дитину –  
9 місяців в собі,  
2 роки на собі,  
все життя в серці"

Сублінгвальна форма  
швидкий ефект<sup>1</sup>

♥ Ефект вже через  
30 хвилин

Ранні та пізні  
терміни<sup>1,2</sup>  
Доказова медицина

Вагінальна форма  
тривалий ефект<sup>2</sup>

Ефект протягом 24 годин ♥  
Інноваційна форма 200 мг ♥

**ШВИДКА ТА МАКСИМАЛЬНА БІОДОСТУПНІСТЬ  
ПРИ БУДЬ-ЯКОМУ СПОСІБІ ЗАСТОСУВАННЯ<sup>1</sup>**



**ТАБЛЕТКИ ВАГІНАЛЬНІ № 20, 30.** Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг, 100 мг та 200 мг з аплікатором. Показання: лікування порушень, пов'язаних з дефіцитом прогестерону, порушення менструального циклу, болісні менструації, ановуляторні цикли, передменструальний синдром, дисфункціональні маткові кровотечі, ендометріоз матки, безпліддя, звичні і зарозумілі викидні, недостатність лютеїнової фази перименопаузального періоду, а також у гормональній замісній терапії та у програмах штучного запліднення. Побічні реакції: під час застосування Лютеїни, вагінальних таблеток, що містять прогестерон, ідентичний ендogenous гормону, побічні ефекти спостерігалися спорадично. В окремих випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації уваги, відчуття страху, депресивні стани, головний біль та запаморочення (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, злоякісні пухлики молочних залоз; Реєстраційне посвідчення: UA/5244/01/01, UA/5244/01/02, UA/5244/01/03.



**ТАБЛЕТКИ СУБЛІНГВАЛЬНІ № 30.** Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг. Показання: лікування ендogenous дефіциту прогестерону у формі порушення менструального циклу, вторинної аменореї, ановуляторних циклів, передменструального синдрому, функціональних маткових кровотеч, при штучному заплідненні, безплідді, пов'язаному з лютеїновою недостатністю, звичному невиношуванні та загрози мимовільного абортів при дефіциті прогестерону, недостатності жовтого тіла, вторинній аменорей, запобігання гіпертрофії ендометрія у жінок, які приймають естрогени (наприклад, при гормональній замісній терапії). Побічні реакції: у подібних випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації та інші (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, період годування груддю, підозрювана або підтверджена неоплазія грудей або статевих органів, невізанчені кровотечі зі статевих шляхів; Реєстраційне посвідчення: UA/5244/02/01.



Виробник: ТОВ «АДАМЕД», Польща.  
Публіцидний фармацевтичний завод  
Польфа А.Т., Польща. Замовник: ТОВ «АДАМЕД»,  
Польща. Представництво в Україні:  
01015, м. Київ, вул. Радум'я, 10.  
Тел.факс: (044) 280-57-16, 280-57-84

1. Хом'як Н.В., Мачур В.И. Клинико-фармакологические особенности современных лекарственных форм микронизованного прогестерона, применяющихся во время беременности // Здоровье женщины. – 2014. – № 4(90).  
2. Инструкция для медицинского использования препарата Лютеина.

\*Коротка інструкція для медичного застосування препарату Лютеїна. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація призначена для професійної діяльності фахівців охорони здоров'я.



9 771992 592021 >

**2017**  
10 років в Україні

**200**

Відкрито двохсотий кабінет для прийому клієнтів

**10**  
**РОКІВ**  
здоров'я в цифрах

**2012**

**100**

У медичній лабораторії «СІНЕВО» відкрито сотий кабінет для прийому клієнтів

**1000**

Мережа лабораторій «СІНЕВО» приймає на роботу свого тисячного співробітника

**2013**

**2013 рік**

Відкрито навчальний центр «Школа медсестер» у Києві

Запущено онлайн-сервіс «Особистий кабінет зберігання результатів аналізів»

Відкрито сьому лабораторію «СІНЕВО» в Україні (м. Чернівці)

**2014**



[www.synevo.ua](http://www.synevo.ua)

Розпочато оформлення онлайн-замовлення на аналізи

**2015–2016**

**10 + 50**  
**мільйонів**

Виконано п'ятдесят мільйонів тестів для більше ніж десяти мільйонів клієнтів

**2009** **2010**

«СІНЕВО» стає лідером в Україні за кількістю виконаних тестів

Лабораторію «СІНЕВО» відкрито у місті Дніпро

**2011**

Відкрито наступну лабораторію «СІНЕВО», у Львові

**1 млн**  
«СІНЕВО» відвідав мільйонний клієнт

**10 млн**

В мережі «СІНЕВО» виконано десяти-мільйонний тест

ЛЬВІВ

КИЇВ

ХАРКІВ

ВІННИЦЯ

ЧЕРНІВЦІ

ДНІПРО

ОДЕСА

**2009 рік**

В Україні відкриваються ще три лабораторії «СІНЕВО»: у Вінниці, Одесі та Харкові

**2007**

**КИЇВ**

Відкрито першу лабораторію «СІНЕВО»



**СІНЕВО**  
медична лабораторія

# 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), РІШО Індастріал 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 свербежем, відчуттям печіння, гіперемією. **Фармакологічні властивості.** Кетоконазол є синтетичною похідною імідазолдіоксолану. Чинить виражену фунгіцидну та фунгістатичну дію на дерматофіти, дріжджові гриби, диморфні і вищі гриби. **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), РІШО Індастріал 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 компонента препарату. **Побічні ефекти.** З боку шкіри та її похідних: свербіж, висипи, які можуть супроводжуватися пропасницею, кропив'янка. **Фармакологічні властивості.** Метронідазол належить до нітро-5-імідазолів і має широкий спектр дії. **Категорія відпуску.** За рецептом.

**ГАЙНЕКС**®, **ГАЙНЕКС**® **ФОРТЕ** Р.П. МОЗ України № UA/16292/01/01, № UA/16291/01/01. **Склад:** **Гайнекс**® **Форте:** 1 супозиторій містить метронідазолу 750 мг, міконазолу нітрату 200 мг. **Гайнекс**®: 1 супозиторій містить метронідазолу 500 мг, міконазолу нітрату 100 мг. **Назва і місцезнаходження виробника.** Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, СП-289 (А), РІШО Індастріал ареа, Чопанкі, Бхіваді, Діст. Алвар (Раджастан), Індія. **Лікарська форма.** Супозиторії вагінальні. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні, протипротозойні, протигрибкові засоби. Код АТХ G01A F20. **Показання для застосування.** Для лікування кандидозних вульвовагінітів, спричинених *Candida albicans*, бактеріальних вагінозів, спричинених анаеробними бактеріями та *Gardnerella vaginalis*, трихомонадних вагінітів, спричинених *Trichomonas vaginalis*, та змішаних вагінальних інфекцій. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якої з діючих речовин препарату, перший тримістр вагітності, порфірія, епілепсія, тяжкі порушення функції печінки. **Побічні ефекти.** **Метронідазол:** реакції гіперчутливості (у тому числі висипання на шкірі). **Міконазолу нітрат:** подразнення піхви (печіння, свербіж). **Фармакологічні властивості.** Гайнекс® – комбінований протимікробний препарат, для якого обумовлена метронідазолом та міконазолом, що входять до його складу. **Міконазолу нітрат** – місцевий протигрибковий та антибактеріальний засіб широкого спектра дії групи імідазолу. **Метронідазол,** похідна 5-нітроімідазолу, є антибактеріальним та антипротозойним засобом. **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

# Роль електроміографії у діагностиці та лікуванні жінок змішаної групи з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки

С.О. Возіанов<sup>1</sup>, М.П. Захараш<sup>2</sup>, П.В. Чабанов<sup>1</sup>, Ю.М. Захараш<sup>2</sup>, Н.А. Севастьянова<sup>1</sup>, В.Ю. Угаров<sup>1</sup>, А.С. Репринцева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

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

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

**Матеріали та методи.** У дослідження були включені 30 жінок, оцінювання ефективності лікування яких проводили за допомогою клінічних та електроміографічних обстежень. **Результати.** Установлено, що електроміографія відображає функціональний стан сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки при їхній поєднаній патології. Отримані 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.** Консервативне лікування пацієнтів даної категорії за допомогою електростимуляції є ефективним.

**Ключові слова:** нейрогенні розлади сечовипускання, нейрогенна дисфункція кишкової, електроміографія, електростимуляція.

Аналіз літератури, присвячений проблемі діагностики функціонального стану нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки, свідчить про те, що комплексне застосування існуючих методів обстеження не може дати повного уявлення про патогенез поєднаної нейрогенної патології сечового міхура та товстої кишки, визначення етіологічних чинників, які є причиною їхнього виникнення. Тому діагностика даної патології продовжує вдосконалюватися [1–3].

Сьогодні не викликають сумніву доцільність і перспективність використання нейрофізіологічних методів дослідження з метою вивчення функціонального стану нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки. До числа найбільш інформативних методів вивчення біоелектричної активності нервово-м'язових структур нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки належить електроміографія. Вона дозволяє здійснити об'єктивне, якісне і кількісне оцінювання функціонального стану нервово-м'язових структур, що забезпечують динамічну активність нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки [4, 5].

У якості перспективних напрямків дослідження слід визнати розроблення методів діагностики за допомогою електроміографії та диференційованих лікувально-профілактичних заходів щодо поєднаних нейрогенних розладів нижніх відділів сечовивідної системи і нижніх відділів товстої кишки, зокрема щодо попередження хронізації та прогресування патологічного процесу [6, 7].

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 30 жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

Для визначення функціонального стану м'язів, які забезпечують динамічну активність нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки, використовували електроміографію (ЕМГ) сечового міхура і сфінктерного апарату, анального сфінктера, м'язів тазового дна. Для посилення біоелектричної активності м'язів нижніх відділів сечової системи та дистальних відділів товстої кишки використовували електроміограф чотирьохканальний фірми «Медікор» (Угорщина). Дані ЕМГ оцінювали за показниками середнього значення сумарної біоелектричної активності.

Для проведення електростимуляції хворого вкладають на спину, процедуру проводять на спорожнілому сечовому міхурі та дистальному відділі товстої кишки із застосуванням двох пластинчастих електродів, змочених фізіологічним розчином, які розташовують: один – 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 пацієнток до лікування становив  $3,4 \pm 1,2$  разу, ніктурії –  $2,8 \pm 0,6$  разу на добу, число імперативних позивів становило  $2,4 \pm 0,5$  разу на добу, а імперативне нетримання сечі відзначали  $3,1 \pm 0,67$  разу на добу.

Показник оцінювання за опитувальником РРВС становив  $4,5 \pm 1,0$  бала.

Оцінка симптомів клінічних проявів патології дистальних відділів товстої кишки у жінок до лікування засвідчила, що закріп відзначали у хворих  $5,1 \pm 0,9$  разу, нетримання газів –  $4,8 \pm 0,7$  разу, нетримання рідкого калу у пацієнток –  $2,7 \pm 0,5$  разу, нетримання твердого калу –  $1,2 \pm 0,2$  разу.

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 отримано у цій групі хворих до лікування  $19,8 \pm 1,2$  бала.

ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки визначила середнє значення різниці біопотенціалів детрузора –  $25,2 \pm 1,3$  мкВ, стінки товстої кишки –  $44,1 \pm 1,8$  мкВ, на внутрішньому сфінктері сечового міхура –  $22,8 \pm 1,2$  мкВ, на зовнішньому сфінктері –  $36,1 \pm 1,5$  мкВ. Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері  $41,3 \pm 1,3$  мкВ, а на зовнішньому сфінктері –  $51,5 \pm 1,4$  мкВ.

Ефективність лікування оцінювали після першого, третього та шостого курсів лікування, у результаті чого отримано наступні дані.

Показник полакіурії після першого курсу лікування становив  $4,6 \pm 0,6$  разу ( $p > 0,2$ ), що відповідає зменшенню на 26%; ні-

ктурії –  $2,2 \pm 0,6$  разу на добу ( $p > 0,2$ ), що відповідає зменшенню на 27,3%; імперативних позивів –  $2,1 \pm 0,4$  разу на добу ( $p > 0,2$ ), що відповідає зменшенню на 14,3%, а імперативне нетримання сечі відзначено  $2,6 \pm 0,6$  разу на добу ( $p > 0,2$ ) – на 19,2%.

Під час оцінювання результатів за опитувальником РРВС отримано покращення на 25%, а саме –  $3,6 \pm 0,9$  бала ( $p > 0,2$ ).

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

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 отримано зменшення до  $15,5 \pm 0,6$  бала – на 27,7% ( $p < 0,2$ ).

Після першого курсу лікування за показниками ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки було отримано наступне середнє значення різниці біопотенціалів: детрузора –  $26,5 \pm 1,2$  мкВ, де покращення становило 4,9% ( $p < 0,001$ ), стінки товстої кишки –  $46,2 \pm 1,5$  мкВ (4,5%;  $p < 0,001$ ), на внутрішньому сфінктері сечового міхура –  $24,4 \pm 1,3$  мкВ (6,6%;  $p < 0,001$ ), на зовнішньому сфінктері –  $37,4 \pm 1,4$  мкВ (3,5%;  $p < 0,001$ ). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігалось на внутрішньому сфінктері  $43,9 \pm 0,8$  мкВ (6%;  $p < 0,001$ ), а на зовнішньому сфінктері –  $54,1 \pm 1,8$  мкВ (4,8%;  $p < 0,001$ ) відповідно.

Після третього курсу лікування за клінічними змінами отримано наступне. Стосовно полакіурії покращення становило  $6,4 \pm 1,1$  разу на день (46,9%;  $p < 0,1$ ), ніктурії –  $1,9 \pm 1,1$  (47,4%;  $p > 0,2$ ). Щодо імперативних позивів на сечовипускання покращення становило  $1,7 \pm 0,1$  разу на добу (41,2%;  $p > 0,2$ ), нетримання сечі –  $2,1 \pm 0,1$  разу (47,6%;  $p > 0,2$ ).

На підставі оцінки ефективності лікування після третього курсу за допомогою опитувальника РРВС отримано  $2,9 \pm 0,1$  бала, що становить 55,2% ( $p > 0,2$ ).

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

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 було отримано зменшення до  $12,8 \pm 1,2$  бала – на 54,7% ( $p < 0,01$ ).

### Роль электромиографии в диагностике и лечении женщин смешанной группы 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**

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

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 женщин, оценку эффективности лечения которых проводили с помощью клинических и электромиографических обследований.

**Результаты.** Установлено, что электромиография отображает функциональное состояние мочевыводящих путей и дистальных отделов толстой кишки при их сочетанной патологии. Полученные результаты были основой для обоснования принципов дифференцированного лечения больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевыводящих путей и дистальных отделов толстой кишки, что позволило повысить эффективность лечения.

**Заключение.** Консервативное лечение пациентов данной категории с помощью электростимуляции является эффективным.

**Ключевые слова:** нейрогенные расстройства мочеиспускания, нейрогенная дисфункция кишечника, электромиография, электростимуляция.

За результатами третього курсу лікування були отримані наступні показники різниці біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки: детрузора –  $28,3 \pm 1,1$  мкВ, де покращення становило 10,9% ( $p < 0,1$ ), стінки товстої кишки –  $50,3 \pm 1,7$  мкВ (12,3%;  $p < 0,05$ ), на внутрішньому сфінктері сечового міхура –  $26,3 \pm 1,5$  мкВ (13,3%;  $p < 0,1$ ), на зовнішньому сфінктері –  $39,5 \pm 1,2$  мкВ (8,6%;  $p < 0,1$ ). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері  $45,1 \pm 1,2$  мкВ (8,4%;  $p < 0,05$ ), а на зовнішньому сфінктері –  $58,3 \pm 1,2$  мкВ (11,7%;  $p < 0,05$ ) відповідно.

Після завершення шести курсів лікування у хворих зафіксовано значне покращення як клінічних, так і лабораторних результатів ЕМГ та УФМ. Відзначено частоту сечовипускання  $8,7 \pm 1,2$  разу на день (60,9%;  $p < 0,01$ ), ніктурії –  $1,5 \pm 0,1$  разу (86,7%;  $p < 0,05$ ), імперативні позиви зменшились до  $1,3 \pm 0,1$  разу на добу (на 84,7%;  $p < 0,05$ ), нетримання сечі – на  $1,7 \pm 0,1$  разу (на 82,4%;  $p < 0,05$ ).

Що стосується оцінки ефективності лікування за опитувальником РРВС, то покращення становило  $2,4 \pm 0,1$  бала – на 87,5% ( $p < 0,001$ ).

Стосовно симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих було відзначено, що кількість закрепів зменшилась до  $2,8 \pm 0,7$  разу – на 82,1% ( $p < 0,05$ ), нетримання газів – до  $2,7 \pm 0,75$  разу – на 77,8% ( $p < 0,05$ ), нетримання рідкого калу у пацієнтів цієї групи – до  $1,5 \pm 0,3$  разу – на 80% ( $p < 0,05$ ).

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 отримано зменшення до  $11,2 \pm 1,3$  бала – на 76,8% ( $p < 0,02$ ).

Різниця біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки становила: детрузора –  $31,8 \pm 0,6$  мкВ, де покращення відзначено на 20,8% ( $p < 0,001$ ), стінки товстої кишки –  $54,6 \pm 1,0$  мкВ (на 19,2%;  $p < 0,05$ ), на внутрішньому сфінктері сечового міхура –  $28,1 \pm 1,2$  мкВ (на 18,9%;  $p < 0,05$ ), на зовнішньому сфінктері –  $44,5 \pm 1,1$  мкВ (на 18,9%;  $p < 0,05$ ). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері  $47,5 \pm 1,5$  мкВ (13,1%;  $p < 0,01$ ), а на зовнішньому сфінктері –  $61,8 \pm 1,7$  мкВ (16,7%;  $p < 0,05$ ) відповідно.

### ВИСНОВКИ

Отже, електромиографія відображає функціональний стан нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки та є об'єктивним критерієм для діагностики та ефективності лікування.

### The role of electromyography in the diagnosis and treatment of women a mixed group with combined pathology of neurogenic lower urinary tract and the distal colon

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

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

**Materials and methods.** The study included 30 women who evaluated the effectiveness of treatment by using clinical and electromyographic examinations.

**Results.** It has been established that electromyography reflects the functional state of the urinary tract and distal colon sections in their combined pathology. 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.

**Conclusion.** Conservative treatment of patients of this category by means of electrostimulation is effective.

**Key words:** neurogenic disorders in urination, intestine neurogenic dysfunction, electromyography, electrostimulation.

**Сведения об авторах**

**Возианов Сергей Александрович** – ГУ «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 Наталия Анатольевна** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9-А; тел./факс: (044) 486-55-52

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

**Угаров Владимир Юрьевич** – ГУ «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. Martinez L, Neshatian L, Khavari R. Neurogenic Bowel Dysfunction in Patients with Neurogenic Bladder. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2016 Dec;11(4):334-40. DOI: 10.1007/s11884-016-0390-3.
2. Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk Factors for Urinary, Fecal, or Dual Incontinence in the Nurses' Health Study. *Obstet Gynecol.* 2013 Sep;122(3):539-45. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31829efbff.
3. Meyer I, Richter HE. Impact of Fecal Incontinence and Its Treatment on Quality of Life in Women. *Womens Health (Lond).* 2015 Mar;11(2):225-38. DOI: 10.2217/whe.14.66.
4. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence*; 2012 Feb; Paris. Arnhem, the Netherlands: ICUD-EAU; 2013. p. 1831–61.
5. Moore KH, Wagner TH, Subak L, de Wachter S, Dudding T, Hu TW. Economics of Urinary & Faecal Incontinence, and Prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence*; 2012 Feb; Paris. Arnhem, the Netherlands: ICUD-EAU; 2013. p. 15–108.
6. Ness W. Faecal incontinence: causes, assessment and management. *Nurs Stand.* 2012 Jun 20;26(42):52-60. DOI: 10.7748/ns2012.06.26.42.52.c9162.
7. Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, Harrari D, Lang J. Management of Fecal Incontinence in Adults. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):199-206. DOI: 10.1002/nau.20803.

*Статья поступила в редакцию 25.01.2018*