

Лікування хворих з гіперактивним сечовим міхуром, гіпокінетичним тонусом детрузора та поєднаною нейрогенною патологією дистального відділу товстої кишки

П.В. Чабанов

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті представлені результати лікування хворих з гіперактивним сечовим міхуром, гіпокінетичним тонусом детрузора та поєднаною нейрогенною патологією дистального відділу товстої кишки.

підвищення ефективності лікування хворих з гіперактивним сечовим міхуром, гіперкінетичним тонусом детрузора (м'яза-виштовхувача сечі) та поєднаною нейрогенною патологією дистального відділу товстої кишки.

Комплексна діагностика та консервативне лікування було проведено хворим з гіперактивним сечовим міхуром, гіпотонічним тонусом детрузора та поєднаною патологією дистальних відділів товстої кишки (36 (53%) жінок і 32 (47%) чоловіки). Середній вік жінок становив $43,4 \pm 2,1$ року, чоловіків – $39,8 \pm 1,9$ року. Середня тривалість захворювання у жінок – $19,7 \pm 1,5$ міс та $22,4 \pm 1,8$ міс у чоловіків.

Після завершення шести курсів лікування у групі чоловіків відзначали покращання стану хворих. Зафіксовано, що полакіурія зменшилась до $7,9 \pm 1,1$ разу на день (68,4%; $p < 0,001$), ніктурія – до $1,5 \pm 0,1$ разу (80%; $p < 0,02$), імперативні позиви – до $2,3 \pm 0,1$ разу на добу (87%; $p < 0,02$), нетримання сечі – до $1,1 \pm 0,1$ разу (63,6%; $p < 0,05$). Після завершення шести курсів лікування у групі жінок фіксували значне покращання як клінічних, так і лабораторних результатів електроміографії та урофлоуметрії хворих. Зафіксовано, що полакіурія зменшилась до $8,2 \pm 0,9$ разу на день (76,8%; $p < 0,02$), ніктурія – $1,7 \pm 0,01$ разу (88,2%; $p < 0,001$), кількість імперативних позивів зменшилась до $2,4 \pm 0,1$ разу на добу (87,5%; $p < 0,001$), нетримання сечі – до $1,5 \pm 0,1$ разу (80%; $p < 0,001$).

Для виключення органічних захворювань нирок, сечовивідних шляхів, травного тракту та центральної нервової системи особи, у яких діагностовано нейрогенну патологію нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки, повинні бути всебічно обстежені за допомогою урологічних, неврологічних, рентгенологічних, електроміографічних, уродинамічних методів.

нейрогенні розлади сечовипускання, нейрогенна дисфункція кишкової, детрузор, урофлоуметрія, електроміографія.

Проблема нейрогенних розладів функції тазових органів протягом останніх десятиліть залишається у центрі уваги урологів та колопроктологів у зв'язку зі складною медичною та соціальною реабілітацією пацієнтів з цією патологією [3]. Нейрогенна дисфункція тазових органів проявляється сенсорними та евакуаторними порушеннями нижніх сечовивідних шляхів та товстої кишки [1, 2].

Покращання якості життя хворих з поєднаною нейрогенною патологією сечового міхура та товстої кишки залежить від правильної діагностики та вибору тактики лікування [5–9].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих з гіперактивним сечовим міхуром, гіперкінетичним тонусом детрузора (м'яза-виштовхувача сечі) та поєднаною нейрогенною патологією дистального відділу товстої кишки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети був використаний принцип комплексного дослідження, який включав загальноклінічні, інструментальні, урологічні, неврологічні, рентгенологічні, електроміографічні дослідження, що дозволило виключити органічні захворювання нирок, сечовивідних шляхів, травного тракту та центральної нервової системи. Консервативна терапія включала проведення електростимуляції за стимулювальною методикою. З метою контролю ефективності лікування усім хворим до початку та після першого, третього та шостого курсів проводили урофлоуметрію (УФМ). Усі хворі заповнювали опитувальник для оцінювання стану сечового міхура та дистальних відділів товстої кишки.

Комплексна діагностика та консервативне лікування було проведено хворим з гіперактивним сечовим міхуром, гіпотонічним тонусом детрузора та поєднаною патологією дистальних відділів товстої кишки (36 (53%) жінок і 32 (47%) чоловіки). Середній вік жінок становив $43,4 \pm 2,1$ року, чоловіків – $39,8 \pm 1,9$ року. Середня тривалість захворювання у жінок – $19,7 \pm 1,5$ міс та $22,4 \pm 1,8$ міс у чоловіків.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У групі чоловіків середній показник полакіурії до лікування становив $13,3 \pm 1,2$ разу, ніктурії – $2,7 \pm 0,5$ разу на добу, імперативних позивів – $4,4 \pm 0,6$ разу на добу, а імперативне нетримання сечі відзначали у середньому $1,8 \pm 0,1$ разу на добу. Показник за опитувальником РРВС становив $4,3 \pm 0,7$ бала.

Під час оцінювання симптомів клінічних проявів патології дистальних відділів товстої кишки у чоловіків до лікування спостерігалися: закреп – $2,7 \pm 0,2$ разу, нетримання газів – $3,1 \pm 0,2$ разу, нетримання рідкого калу – $2,1 \pm 0,1$ разу, нетримання твердого калу – $1,5 \pm 0,1$ разу. За даними опитувальника CRADI-8 було отримано у цій групі хворих до лікування $13,6 \pm 0,2$ бала.

УФМ-дослідження у хворих цієї групи зафіксувало наступні середні значення основних показників, а саме: об'єм сечовипускання (V) становив $234 \pm 3,9$ мл, час сечовипускання (T) – $21,0 \pm 1,7$ с, максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $16,2 \pm 1,4$ мл/с, середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) $11,1 \pm 1,2$ мл/с, час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $13,1 \pm 1,2$ с.

Показник полакіурії після першого курсу лікування становив $11,6 \pm 1,1$ разу ($p > 0,2$) на добу, що відповідає зменшенню на 14,7%, ніктурії – $2,1 \pm 0,5$ разу на добу ($p > 0,2$), що відповідає зменшенню на 28,6%, імперативних позивів – $3,8 \pm 0,3$ разу на добу ($p < 0,2$), що відповідає 15,8%, а імпера-

тивне нетримання сечі відзначено $1,5 \pm 0,1$ разу на добу ($p < 0,05$), тобто менше на 20%. При оцінюванні результатів за опитувальником РРВС зафіксовано покращання на 13,2%, а саме – $3,8 \pm 0,2$ бала ($p < 0,2$).

При оцінюванні симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих групи чоловіків були зафіксовані наступні зміни: кількість закріпів зменшилась до $2,5 \pm 0,1$ разу (8%; $p < 0,001$), нетримання газів – до $2,8 \pm 0,2$ разу (10,7%; $p < 0,001$), нетримання рідкого калу у пацієнтів цієї групи – до $1,9 \pm 0,1$ разу (10,5%; $p < 0,001$), нетримання твердого калу – до $1,3 \pm 0,1$ разу (15,4%; $p < 0,001$). За даними опитувальника CRADI-8 було встановлено зменшення до $11,4 \pm 0,1$ бала (19,3%; $p < 0,001$).

Показники УФМ змінювались наступним чином, а саме: об'єм сечовипускання (V) становив $229 \pm 3,8$ мл (2,2%; $p > 0,2$), час сечовипускання (T) – $19,1 \pm 1,6$ с (10%; $p > 0,2$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $18,2 \pm 1,5$ мл/с (11%; $p > 0,2$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $11,9 \pm 1,1$ мл/с (6,7%; $p > 0,2$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $12,3 \pm 1,2$ с (6,5%; $p > 0,2$).

Після третього курсу лікування відзначали наступні зміни: полакіурія – $9,3 \pm 0,9$ разу на день (43%; $p < 0,01$), ніктурія – $1,9 \pm 0,2$ разу (42,1%; $p < 0,05$), імперативні позиви на сечовипускання – $2,6 \pm 0,1$ разу на добу (69,2%; $p < 0,05$), нетримання сечі – $1,3 \pm 0,1$ разу (38,5%; $p < 0,05$).

На підставі оцінювання ефективності лікування після третього курсу за допомогою опитувальника РРВС отримано $3,1 \pm 0,2$ бала (38,7%; $p < 0,05$).

Аналізуючи динаміку змін симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих групи чоловіків, було зафіксовано: кількість закріпів зменшилась до $2,1 \pm 0,1$ разу (28,6%; $p < 0,01$), нетримання газів – до $2,4 \pm 0,1$ разу (29,1%; $p < 0,01$), нетримання рідкого калу – до $1,6 \pm 0,1$ разу (31,2%; $p < 0,01$), нетримання твердого калу – до $1,2 \pm 0,1$ разу (25%; $p < 0,05$). За даними опитувальника CRADI-8 було відзначено зменшення до $9,2 \pm 0,1$ бала (47,9%; $p < 0,001$).

Показники УФМ після третього курсу лікування були наступні: об'єм сечовипускання (V) становив $222 \pm 3,7$ мл (5,4%; $p < 0,05$), час сечовипускання (T) – $18,2 \pm 1,6$ с (15,4%; $p > 0,2$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $19,8 \pm 1,5$ мл/с (18,2%; $p < 0,1$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $12,1 \pm 1,2$ мл/с (8,3%; $p > 0,2$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $11,2 \pm 1,1$ с (17%; $p > 0,2$).

Після завершення шести курсів лікування у групі чоловіків відзначали покращання стану хворих. Зафіксовано, що полакіурія зменшилась до $7,9 \pm 1,1$ разу на день (68,4%; $p < 0,001$), ніктурія – до $1,5 \pm 0,1$ разу (80%; $p < 0,02$), імперативні позиви – до $2,3 \pm 0,1$ разу на добу (87%; $p < 0,02$), нетримання сечі – до $1,1 \pm 0,1$ разу (63,6%; $p < 0,05$).

Щодо оцінювання ефективності лікування на підставі даних опитувальника РРВС, то покращання становило $2,3 \pm 0,1$ бала (87%; $p < 0,05$).

Стосовно симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих цієї групи відзначено, що кількість закріпів зменшилась до $1,5 \pm 0,1$ разу (80%; $p < 0,05$), нетримання газів – до $1,7 \pm 0,1$ разу (82,4%; $p < 0,05$), нетримання рідкого калу – до $1,1 \pm 0,1$ разу (90,9%; $p < 0,001$), нетримання твердого калу – до $0,8 \pm 0,01$ разу (87,5%; $p < 0,001$). За даними опитувальника CRADI-8 було визначено зменшення до $7,7 \pm 0,1$ бала (76,6%; $p < 0,05$).

Показники УФМ після шостого курсу лікування наступні: об'єм сечовипускання (V) становив $216 \pm 3,6$ мл (8,3%; $p < 0,01$), час сечовипускання (T) – $14,1 \pm 1,5$ с (49%; $p < 0,01$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $21,3 \pm 1,7$ мл/с (24%; $p < 0,05$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $15,3 \pm 1,3$ мл/с (27,4%; $p < 0,05$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $8,7 \pm 0,9$ с (50,6%; $p < 0,01$).

Динаміка змін показників УФМ у чоловіків після першого та після шостого курсів лікування наведена на мал. 1.

Середній показник полакіурії у групі жінок до лікування становив $14,5 \pm 1,4$ разу, ніктурії – $3,2 \pm 0,4$ разу на добу, імперативних позивів – $4,5 \pm 0,6$ разу на добу, а імперативного нетримання сечі – $2,7 \pm 0,2$ разу на добу. Показник оцінювання даних опитувальника РРВС становив $4,3 \pm 0,7$ бала.

Оцінювання симптомів клінічних проявів патології дистальних відділів товстої кишки у жінок до лікування засвідчило, що закріп спостерігався у середньому $3,2 \pm 0,2$ разу, нетримання газів – $3,5 \pm 0,2$ разу, нетримання рідкого калу – $2,4 \pm 0,1$ разу, нетримання твердого калу – $1,8 \pm 0,1$ разу. При оцінюванні даних опитувальника CRADI-8 отримано у цій групі хворих до лікування $14,1 \pm 0,2$ бала.

УФМ у хворих жіночої групи засвідчила, що середнє значення основних показників таке: об'єм сечовипускання (V) становив $312 \pm 10,2$ мл, час сечовипускання (T) – $29,3 \pm 1,9$ с, максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $16,6 \pm 1,6$ мл/с, середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $10,4 \pm 1,2$ мл/с, час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $5,8 \pm 0,4$ с.

Показник полакіурії після першого курсу лікування становив $12,1 \pm 1,4$ разу ($p > 0,2$) на добу, що відповідає зменшенню на 19,8%, ніктурії – $2,6 \pm 0,4$ разу на добу ($p > 0,2$), що відповідає зменшенню на 23%, імперативних позивів – $3,4 \pm 0,2$ разу на добу ($p < 0,05$), що відповідає 32,3%, а імперативне нетримання сечі відзначено $2,1 \pm 0,1$ разу на добу ($p < 0,01$), що менше на 28,6%. За даними опитувальника РРВС було отримано покращання на 26,5%, а саме – $3,4 \pm 0,2$ бала ($p > 0,2$).

Під час оцінювання симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих даної групи були зафіксовані наступні зміни: кількість закріпів зменшилась до $2,9 \pm 0,2$ разу (10,3%; $p > 0,2$), нетримання газів – до $3,2 \pm 0,2$ разу (9,4%; $p > 0,2$), нетримання рідкого калу – до $2,1 \pm 0,1$ разу (14,3%; $p < 0,05$), нетримання твердого калу – до $1,7 \pm 0,1$ разу (5,9%; $p > 0,2$). За даними опитувальника CRADI-8 отримано зменшення до $12,5 \pm 0,1$ бала (12,8%; $p < 0,05$).

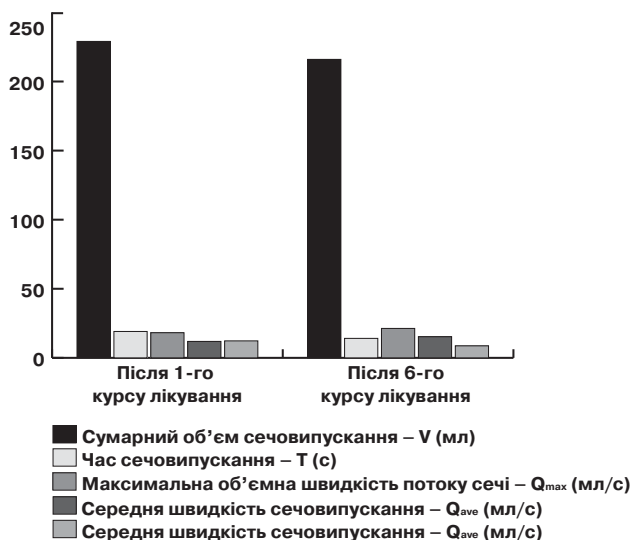
Щодо динаміки змін показників УФМ отримані наступні результати, а саме: об'єм сечовипускання (V) становив $296 \pm 9,7$ мл (5,4%; $p > 0,2$), час сечовипускання (T) – $25,1 \pm 1,8$ с (16,7%; $p < 0,2$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $18,6 \pm 1,7$ мл/с (10,7%; $p > 0,2$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $11,7 \pm 1,3$ мл/с (11,1%; $p > 0,2$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $5,3 \pm 0,4$ с (9,4%; $p > 0,2$).

Після третього курсу лікування за клінічними змінами спостерігалось наступне. Стосовно полакіурії покращання становило $10,3 \pm 1,1$ разу на день (40,8%; $p < 0,05$), ніктурії – $2,2 \pm 0,1$ разу (45,5%; $p < 0,05$). Щодо імперативних позивів на сечовипускання покращання становило $2,9 \pm 0,1$ разу на добу (55,2%; $p < 0,01$), нетримання сечі – $1,9 \pm 0,1$ разу (42,1%; $p < 0,001$).

На підставі оцінювання ефективності лікування після третього курсу за допомогою опитувальника РРВС отримано $2,9 \pm 0,1$ бала, що становить 48,3% ($p < 0,001$).

Аналізуючи динаміку змін симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих групи жінок було зафіксовано: кількість закріпів зменшилась до $2,5 \pm 0,2$ разу (28%; $p < 0,05$), нетримання газів – до $2,7 \pm 0,1$ разу (29,6%; $p < 0,05$), нетримання рідкого калу – до $1,8 \pm 0,1$ разу (33,3%; $p < 0,05$), нетримання твердого калу – до $1,5 \pm 0,1$ разу (20%; $p < 0,05$). При оцінюванні даних опитувальника CRADI-8 було зафіксовано зменшення до $10,7 \pm 0,1$ бала (31,8%; $p < 0,05$).

Показники УФМ після третього курсу лікування були наступні: об'єм сечовипускання (V) становив $278 \pm 9,5$ мл (12,2%; $p < 0,05$), час сечовипускання (T) – $21,4 \pm 1,7$ с (36,9%; $p < 0,01$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $20,1 \pm 1,7$ мл/с (17,4%; $p < 0,02$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $13,1 \pm 1,2$ мл/с (20,6%; $p < 0,02$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $4,9 \pm 0,3$ с (18,4%; $p < 0,01$).



Мал. 1. Динаміка змін показників УФМ у чоловіків у результаті лікування

Після завершення шести курсів лікування у групі фіксували значне покращання як клінічних, так і лабораторних результатів електроміографії (ЕМГ) та УФМ хворих. Зафіксовано, що полакіурія зменшилась до $8,2 \pm 0,9$ разу на день (76,8%; $p < 0,02$), ніктурія – до $1,7 \pm 0,01$ разу (88,2%; $p < 0,001$), кількість імперативних позивів зменшилась до $2,4 \pm 0,1$ разу на добу (87,5%; $p < 0,001$), нетримання сечі – до $1,5 \pm 0,1$ разу (80%; $p < 0,001$).

Щодо оцінювання ефективності лікування на підставі даних опитувальника РРВС, то покращання становило $2,4 \pm 0,1$ бала (79,2%; $p < 0,01$).

Стосовно симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих групи жінок було відзначено, що кількість закрепів зменшилась до $1,7 \pm 0,1$ разу на добу (88,2%; $p < 0,01$), нетримання газів – до $1,9 \pm 0,1$ разу (84,2%; $p < 0,01$), нетримання рідкого калу – до $1,3 \pm 0,1$ разу (84,6%; $p < 0,01$), нетримання твердого калу – до $1,02 \pm 0,1$ разу (76,5%; $p < 0,001$). При оцінюванні даних опитувальника CRADI-8 констатовано зменшення до $7,9 \pm 0,1$ бала (78,5%; $p < 0,001$).

Показники УФМ після шостого курсу лікування наступні: об'єм сечовипускання (V) становив $259 \pm 8,6$ мл (20,5%;

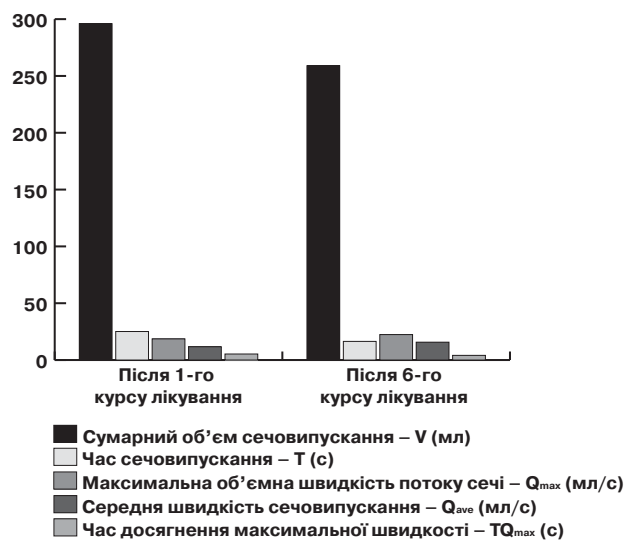
Лечение больных с гиперактивным мочевым пузырем, гипокинетическим тонусом детрузора и сочетанной нейрогенной патологией дистального отдела толстой кишки
П.В. Чабанов

В статье представлены результаты лечения больных с гиперактивным мочевым пузырем, гипокинетическим тонусом детрузора и сочетанной нейрогенной патологией дистального отдела толстой кишки.

повышение эффективности лечения больных с гиперактивным мочевым пузырем, гиперкинетическим тонусом детрузора (мышцы–выталкивателя мочи) и сочетанной нейрогенной патологией дистального отдела толстой кишки.

Комплексная диагностика и консервативное лечение было проведено больным с гиперактивным мочевым пузырем, гипотоническим тонусом детрузора и сочетанной патологией дистальных отделов толстой кишки (36 (53%) женщин и 32 (47%) мужчин). Средний возраст женщин составил $43,4 \pm 2,1$ года, мужчин – $39,8 \pm 1,9$ года. Средняя продолжительность заболевания у женщин – $19,7 \pm 1,5$ мес и $22,4 \pm 1,8$ мес у мужчин.

После завершения шести курсов лечения в группе



Мал. 2. Динаміка змін показників УФМ у жінок у результаті лікування

$p < 0,001$), час сечовипускання (T) – $16,4 \pm 1,4$ с (78,7%; $p < 0,001$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $22,4 \pm 1,8$ мл/с (25,9%; $p < 0,05$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $15,7 \pm 1,4$ мл/с (33,8%; $p < 0,01$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $4,1 \pm 0,4$ с (41,5%; $p < 0,01$). Динаміка змін показників УФМ у жінок після першого та шостого курсів лікування наведена на мал. 2.

ВИСНОВКИ

1. Для виключення органічних захворювань нирок, сечовивідних шляхів, травного тракту та центральної нервової системи особи, у яких діагностовано нейрогенну патологію нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки, повинні бути всебічно обстежені за допомогою урологічних, неврологічних, рентгенологічних, електроміографічних, уродинамічних методів.

2. Уродинамічне дослідження та електроміографія відображають функціональний стан нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки та є об'єктивним критерієм для діагностики, вивчення причин і патофізіологічних механізмів формування поєднаної патології.

мужчин отмечали улучшение состояния больных. Зафиксировано, что полакиурия уменьшилась до $7,9 \pm 1,1$ раза в день (68,4%; $p < 0,001$), никтурия – до $1,5 \pm 0,1$ раза (80%; $p < 0,02$), императивные позывы – до $2,3 \pm 0,1$ раза в сутки (87%; $p < 0,02$), недержание мочи – до $1,1 \pm 0,1$ раза (63,6%; $p < 0,05$).

После завершения шести курсов лечения в группе женщин фиксировали значительное улучшение как клинических, так и лабораторных результатов электромиографии и урофлоуметрии больных. Зафиксировано, что полакиурия уменьшилась до $8,2 \pm 0,9$ раза в день (76,8%; $p < 0,02$), никтурия – до $1,7 \pm 0,01$ раза (88,2%; $p < 0,001$), количество императивных позывов уменьшилось до $2,4 \pm 0,1$ раза в сутки (87,5%; $p < 0,001$), недержание мочи – до $1,5 \pm 0,1$ раза (80%; $p < 0,001$).

Для исключения органических заболеваний почек, мочевыводящих путей, пищеварительного тракта и центральной нервной системы лица, у которых диагностировано нейрогенную патологию нижних мочевыводящих путей и дистальных отделов толстой кишки, должны быть всесторонне обследованы с помощью урологических, неврологических, рентгенологических, электромиографических, уродинамических методов.

нейрогенные расстройства мочеиспускания, нейрогенная дисфункция кишечника, детрузор, урофлоуметрия, электромиография.

Treatment of patients with hyperactive bladder, hypokinetic tonus detrusor and combined neurogenic pathology of the distal colon
P.V. Chabanov

The article presents the results of treatment of patients with hyperactive bladder with hypokinetic detrusor tone and combined neurogenic pathology of the distal colon.

to increase the effectiveness of treatment of patients with hyperactive bladder, hyperkinetic tonus of detrusor (muscle - urine ejector) and combined neurogenic pathology of the distal colon.

Complex diagnostics and conservative treatment was conducted in patients with hyperactive bladder, hypotonic tonus of detrusor and combined pathology of the distal colon (36 (53%) women and 32 (47%) men). The average age of women was 43.4 ± 2.1 years, men – 39.8 ± 1.9 years. The average duration of the disease in women was 19.7 ± 1.5 months and 22.4 ± 1.8 months for men.

After the completion of six courses of treatment, the improvement in the condition of patients was noted in the group of men. It was

noted that polukiuria decreased to 7.9 ± 1.1 times a day (68.4%, p < 0.001), nocturia to 1.5 ± 0.1 times (80%, p < 0.02), mandatory desires – up to 2.3 ± 0.1 times a day (87%, p < 0.02), urinary incontinence – up to 1.1 ± 0.1 times (63.6%, p < 0.05).

After the completion of the six courses of treatment, the group recorded a significant improvement in both the clinical and laboratory results of electromyography (EMG) and UFS patients. It was noted that polukiuria decreased to 8.2 ± 0.9 times a day (76.8%, p < 0.02), nocturia 1.7 ± 0.01 times (88.2%, p < 0.001), the number of mandatory urges decreased to 2.4 ± 0.1 times a day (87.5%, p < 0.001), urinary incontinence – up to 1.5 ± 0.1 times (80%, p < 0.001).

To exclude organic diseases of the kidneys, urinary tract, digestive tract and central nervous system of man, in which the neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon is diagnosed, should be comprehensively examined with the help of urological, neurological, x-ray, electromyography, urodynamic methods.

neurogenic disorders of urination, neurogenic bowel dysfunction, detrusor, uroflowmetry, electromyography.

Сведения об авторе

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Moalli P.A., Jones Ivy S., Meyn L.A., Zyczynski H.M. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol.* 2003. 101(5 Pt 1): 869–74.
- Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Шехтер А.Б., Фролов С.А., Мудров А.А., Тишенина Р.С., Бирюков О.М., Джанаев Ю.А., Шахматов Д.Г., Гуллер А.Е. Характер гормонального и морфологического статуса у женщин с синдромом опущения промежности. *Колопроктология.* 2011. 3: 3–13.
- Lukacz E.S., Lawrence J.M., Contreras R., Nager C.W., Luber K.M. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2006. 107(6): 1253–60.
- Renzi A., Izzo D., Di Sarno G., De Iuri A., Bucci L., Izzo G., Di Martino N. Cine-defecographic findings in patients with obstructed defecation syndrome. A study in 420 cases. *Minerva Chir.* 2006. 61(6): 493–9.
- Soares F.A., Regadas F.S., Murad-Regadas S.M., Rodrigues L.V., Silva F.R., Escalante R.D., Bezerra R.F. Role of age, bowel function and parity on anorectocoele pathogenesis according to cine-defecography and anal manometry evaluation. *Colorectal Dis.* 2009. 11(9): 947–50.
- Nygaard I., Shaw J., Egger M.J. Exploring the association between lifetime physical activity and pelvic floor disorders: study and design challenges. *Contemp Clin Trials.* 2012. 33(4): 819–27.
- Pemberton J.H., Swash M., Henry M.M. *The Pelvic Floor: Its function and disorders.*: Harcourt Publisher Limited and Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2002, p. 265–285.
- Roig J.V., Buch E., Alos R., Solana A., Fernandez C., Villoslada C., Garcia-Armengol J., Hinojosa J. Anorectal function in patients with complete rectal prolapse. Differences between continent and incontinent individuals. *Rev Esp Enferm Dig.* 1998. 90(11): 794–805.
- 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.

Статья поступила в редакцию 11.09.17