

ЗБЕРЕГТИ ГОЛОВНЕ...

**СИСТЕМА
БЕЗПЕЧНОГО
ВВЕДЕННЯ**

Золадекс 3,6/10,8 мг гозерелін

- **ЗОЛАДЕКС** – синтетичний аналог природного ЛГРГ^{1,2} з унікальною формою випуску у вигляді біодеградуєної депо-капсули, яка забезпечує підтримку ефективних концентрацій при введенні кожні 12 тижнів протягом всього періоду лікування^{3,4,5}
- **ЗОЛАДЕКС** у дозуванні 3,6 мг і 10,8 мг, забезпечує успіх у лікуванні ендометріозу та лейоміоми матки¹⁻⁶
- **ЗОЛАДЕКС** забезпечує стійке зниження концентрації естрадіолу та лютенізуєного гормону нижче за постменопаузальний рівень³
- **ЗОЛАДЕКС** – аЛГРГ з унікальною системою безпечного використання у вигляді шприца-аплікатора із захисним механізмом SafeSystem™ Syringe, який допомагає запобігти пораненню медичних працівників при введенні препарату⁵
- Спеціальна силіконізована голка шприца **ЗОЛАДЕКС**, яка має подвійну лазерну заточку, легко проникає через шкіру в підшкірну клітковину та гарантує низьку частоту реакцій у місці введення⁵

Особи, зображення яких містяться в матеріалі, є виключно моделями, і не є пацієнтами, використовуються виключно в ілюстративних цілях.
Лікарський засіб Золадекс не призначений для використання у дітей.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЗОЛАДЕКС (ZOLADEX®) 3,6 мг. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2020 №1609. Реєстраційне посвідчення № UA/4236/01/01. 2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЗОЛАДЕКС (ZOLADEX®) 10,8 мг. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2020 № 1609. Реєстраційне посвідчення № UA/4236/01/02. 3. Norikazu Masuda, Hiraji Iwata et al. Breast Cancer Res Treat (2011) 126:443–451. 4. Reichel RP, Shweppe KW, on behalf of the Zoladex Endometriosis Study Group. Goserelin (Zoladex) depot in the treatment of endometriosis. FerBility 1992;57(6): 1197-1202. 5. Safaraz K. Niaz Handbook of Pharmaceutical Manufacturing Formulations: Sterile Products. Informa Healthcare, 2016, NY, London: p. 425. 6. Bazzini N et al. Comparative study of different dosages of goserelin in size reduction of myomatous uteri. J Am Gynec Laparosc 2004; 11(4) 462-3.

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЗОЛАДЕКС (ГОЗЕРЕЛІН)

Склад: Золадекс 3,6 мг: 1 капсула для підшкірного введення пролонгованої дії містить гозереліну ацетат еквівалентно 3,6 мг гозереліну-основи. Золадекс 10,8 мг: 1 капсула для підшкірного введення пролонгованої дії містить гозереліну ацетат еквівалентно 10,8 мг гозереліну-основи. **Фармакологічні властивості.** Золадекс (D-Ser (Bu)⁶Azgly¹⁰ЛГ-РГ) є синтетичним аналогом природного лютенізуєного гормону – рилізінг-гормону (ЛГ-РГ). При постійному застосуванні Золадекс притічно виділення гіпофізом лютенізуєного гормону, що призводить до зниження сироваткової концентрації тестостерону у чоловіків та естрадіолу у жінок. На початковому етапі Золадекс, подібно до інших агоністів ЛГ-РГ, може спричиняти тимчасове збільшення сироваткової концентрації тестостерону у чоловіків та естрадіолу у жінок. **Показання до застосування.** Золадекс 3,6 мг. **Рак передміхурової залози.** Лікування раку передміхурової залози у таких випадках: лікування метастатичного раку передміхурової залози – застосування Золадексу сприятливо впливало на виживаність, подібно до ефекту хірургічної кастрації; лікування місцеворозповсюдженого раку простати як альтернативи хірургічній кастрації – застосування Золадексу сприятливо впливало на виживаність, подібно до ефекту застосування антиандрогену; як ад'ювантна терапія до променевої терапії у пацієнтів з локалізованим раком передміхурової залози високого ризику або місцеворозповсюдженим раком передміхурової залози – застосування Золадексу покращувало виживаність без ознак хвороби; як ад'ювантна терапія до радикальної простатектомії у пацієнтів з місцеворозповсюдженим раком простати та високим ризиком прогресування захворювання – застосування Золадексу покращувало виживаність без ознак хвороби. **Рак молочної залози.** Лікування поширеного раку молочної залози, чутливого до гормонального впливу, у жінок у період перед- та перименопаузи. В якості альтернативи хіміотерапії в рамках стандартного лікування жінок у період перед/перименопаузи із естроген-рецептор (ER) позитивним раннім раком молочної залози. **Ендометріоз.**

Поглищує симптоми, включаючи біль, зменшення розміру та кількості ендометріальних ушкоджень. Потоншення ендометрія. Для попереднього потоншення ендометрія перед його абляцією або резекцією. **Фіброми матки.** У поєднанні з терапією препаратами заліза для поліпшення гематологічного статусу хворих на анемію із фіброми матки перед хірургічною операцією. При екстракорпоральному заплідненні. Десенсибілізація гіпофіза при підготовці до стимуляції суперовуляції. **Золадекс 10,8 мг. Рак передміхурової залози.** Терапія раку простати, при якому можливий гормональний вплив. Ендометріоз. Терапія ендометріозу, включаючи полегшення симптомів, таких як біль, та зменшення розміру та кількості ендометріальних ушкоджень. **Фіброма матки.** Терапія фіброїдів, включаючи зменшення ушкоджень, покращення гематологічного стану та полегшення таких симптомів, як біль. Як допоміжний засіб при хірургічному втручанні з метою полегшення операційної техніки і зменшення втрат крові при операції. **Рак молочної залози** у жінок у період перименопаузи. **Протипоказання.** Гіперчутливість до гозереліну ацетату або до будь-якої з допоміжних речовин. Період вагітності або годування груддю. Дитячий вік. Побічні реакції. Побічними реакціями, про які повідомлялося під час терапії Золадексом дуже часто (≥ 1/10 пацієнтів), є зниження лібідо, припливи, гіпергідроз, акне (у жінок), еректильна дисфункція, вульвовагінальна сухість, збільшення грудей (у жінок) та реакції у місці введення. **Спосіб застосування та дози.** Золадекс 3,6 мг. Одну капсулу препарату Золадекс 3,6 мг вводити підшкірно у передню черевну стінку кожні 28 днів. **Золадекс 10,8 мг.** 1 капсулу (10,8 мг) лікарського засобу Золадекс вводити підшкірно в передню черевну стінку кожні 12 тижнів. Особливості застосування. Застосування агоністів ЛГ-РГ може призводити до зниження мінеральної щільності кісток. Існуючі дані свідчать, що у більшості жінок щільність кісток відновлюється після припинення застосування препарату.

Для отримання більш детальної інформації перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. Категорія відпуску. За рецептом. **Упаковка.** По 1 капсулі у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці.

Ця інформація для лікарів. Призначено тільки для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики, а також для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Якщо у Вас, у Вашого пацієнта, родича було відмічено виникнення побічної реакції чи випадок відсутності ефекту на будь-який з продуктів компанії АстраЗенека, будь ласка, повідомте про це в ТОВ «АстраЗенека Україна» одним із наведених нижче способів. Це можливо за телефоном: +38 044 39152 82 (запросити відповідального за фармаконагляд) або електронною поштою PatientSafety.Ukraine@astrazeneca.com. Також, ви можете повідомити нам дану інформацію за посиланням: <https://contactazmedical.astrazeneca.com/content/astazeneca-champion/ua/uk/amp-form.html> (виберіть мову та опцію «повідомити про побічну реакцію»). Запити, що стосуються медичної інформації, направляйте, будь ласка, за адресою <https://contactazmedical.astrazeneca.com/content/astazeneca-champion/ua/uk/amp-form.html> (виберіть опцію «запит медичної інформації»). Також, запит можна відправити електронною поштою: Ukraine-Medinfo@astrazeneca.com Реєстраційне посвідчення Золадекс 3,6 мг UA/4236/01/01 від 15.07.2020 до 15.07.2025 Реєстраційне посвідчення Золадекс 10,8 мг №UA/4236/01/02 від 15.07.2020 до 15.07.2025 Текст складено згідно з Інструкціями для медичного застосування, затвердженими Наказом МОЗ України №1609 від 15.07.2020. Дата останнього перегляду. 15.07.2020. ЗОЛАДЕКС – торгова марка, власність компанії АстраЗенека. © АстраЗенека 2006–2021.

За повною інформацією звертайтеся до ТОВ «АстраЗенека Україна»: 01033, м. Київ, вул. Сімі Прахових, 54, 5-й поверх, тел. 391 52 82, факс 391 52 81.

AstraZeneca



С.В. Мочайло, керівник гінекологічного напрямку IRIMI Group & Medical Plaza

Комплексний підхід до лікування складних випадків ендометріозу та міоми матки

За матеріалами конференції

У статті розглянуто сучасні методи оперативного лікування міоми матки та генітального ендометріозу в комплексі із застосуванням препаратів – агоністів гонадотропін-рилізінг-гормона. Один із таких препаратів – гозерелін довів свою ефективність як у численних дослідженнях, так і у рутинній клінічній практиці.

Ключові слова: міома матки, ендометріоз, агоністи гонадотропін-рилізінг-гормона, гозерелін.



С.В. Мочайло

Генітальний ендометріоз та лейоміома матки займають лідируючі позиції у структурі гінекологічних захворювань та знижують якість життя, призводять до тимчасової, а іноді й стійкої втрати працездатності в молодих жінок. Залучення до патологічного процесу нейроендокринної, імунної та інших систем організму веде до формування відхилень у системі регуляції, порушення менструальної, сексуальної та регенеративної функцій жіночого організму. Особливості комплексного підходу до лікування ендометріозу та міоми матки під час всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції з міжнародною участю «Науково обґрунтовані підходи до діагностики та лікування тазового болю», що відбулася 25-26 листопада, висвітлив керівник гінекологічного напрямку IRIMI Group & Medical Plaza Сергій Володимирович Мочайло.

Міома матки

Міома матки – найпоширеніша пухлина міометрія у жінок пізнього репродуктивного віку (35-45 років) та у тих, які знаходяться у перименопаузі (46-55 років). Загалом, серед жінок >35 років міома матки виявляється у 20-28%. За даними патологоанатомічних досліджень, у 30-50% усіх жінок наявна ця патологія (Стрижаків, 2006). Більше того, з кожним роком серед хворих на міому матки збільшується відсоток молодих жінок.

У більшості випадків міома матки протікає безсимптомно, але приблизно у 30% пацієнток проявляється тяжкими симптомами та широким спектром проблем, такими як аномальні маткові кровотечі, безпліддя та акушерські ускладнення. Основним проявом міоматозу є аномальна маткова кровотеча, яку жінки характеризують як рясну та тривалу кровотечу між менструаціями, а також часті та нерегулярні менструації (Rosales-Ortiz, 2021).

Основним методом лікування міоми матки залишається хірургічний, проте все більше лікарів віддають перевагу малотравматичним та органозберігаючим операціям (Donnez, 2016).

Гістерорезектоскопія є золотим стандартом для видалення субмукозних вузлів. Переваги цього методу – малоінвазивність, мінімальне травмування ендометрія та міометрія, можливість органозберігаючого лікування при великих або глибоких вузлах, швидка реабілітація (Sardo, 2008).

У дослідженні Е. Tiufekchieva (2006) 50 жінкам із ранніми та тяжкими клінічними симптомами підслизової міоми було виконано трансцервікальну гістерорезекцію, 10 із них отримували Золадекс (гозерелін – агоніст гонадотропін-рилізінг-гормона [аГнРГ], який інгібує виділення гіпофізом лютеїнізуючого гормону, що веде до зниження концентрації естрадіолу у сироватці крові) 3,6 мг протягом 2 міс до операції. Відповідно до результатів дослідження, передопераційне лікування лейоміоми Золадексом сприяло зменшенню діаметра міоми й скороченню часу операції.

Клінічний випадок № 1

Пацієнтка, 31 рік, не народжувала.

Під час обстеження з приводу безпліддя виявлено субмукозний вузол.

Після року отримувала протягом 3 міс аГнРГ: після тимчасового поліпшення кровотечі посилюлися, а вузол збільшився у розмірі.

На момент звернення наявна виражена анемія: гемоглобін (Hb) – 76 г/л, слабкість, задишка. Субмукозний вузол – 3 см у діаметрі, тип 1.

Після 2 міс підготовки Золадексом (Hb=103 г/л) хворій проведено гістерорезектоскопічну міомектомію.

Через 3 міс після операції – скарг немає, Hb=126 г/л, ультразвукове дослідження (УЗД) – без патології, менструальний цикл відновився.

При міомі матки у жінок репродуктивного віку Золадекс не рекомендовано призначати як самостійне лікування. Цей препарат можна успішно використовувати з метою передопераційної підготовки протягом 2 міс, як правило, у випадку міоми з вираженою анемією (Потапов, 2012).

У пацієнток із лейоміомою матки та анемією гозерелін (Золадекс 3,6 мг) у поєднанні з препаратами заліза показав значні переваги порівняно з одним залізом у відновленні рівня гемоглобіну (рис. 1). Лікування Золадексом добре переносилося й значно впливало на об'єм матки, полегшуючи операцію та зменшуючи операційну кровотечу. Золадекс у комплексі з терапією залізом зменшував об'єм менструальної кровотечі, спричиняв аменорею, значно зменшував інтенсивність болю та кількість ускладнень у післяопераційному періоді (Benagiano, 1996). З огляду на це Золадекс у поєднанні з препаратами заліза має переваги в лікуванні пацієнток, які страждають на анемію й готуються до операції з приводу лейоміоми.

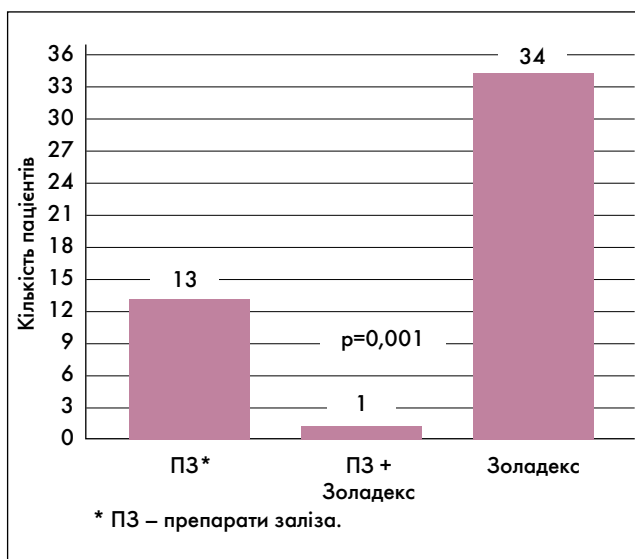


Рис. 1. Число невдач у досягненні цільового рівня гемоглобіну 120 г/л перед оперативним втручанням у групах порівняння

Клінічний випадок № 2

Пацієнтка, 47 років. Півроку тому отримувала протягом 6 міс аГнРГ із приводу субмукозно-інтрамуральної лейоміоми матки з менорагією. В анамнезі дві лапаротомії з колостомию, каловий перитоніт.

На момент звернення – рясні менорагії, анемія (Hb=86 г/л), субмукозний вузол – 35 мм у діаметрі, тип 2.

На фоні трьох ін'єкцій Золадексу виконана гістерорезектоскопічна міомектомія у два етапи.

Доповідач зазначив, що передопераційна підготовка із застосуванням аГнРГ має багато переваг (Потапов, 2017):

- зменшення розмірів матки та міоматозних вузлів до 30%;
- зменшення розмірів розрізу на матці та післяопераційного рубця;
- зниження об'єму інтраопераційної крововтрати;
- скорочення тривалості операції;
- відновлення показників червоної крові у пацієнток із анемією.

Недоліки такої підготовки включають труднощі виявлення під час операції дрібних міоматозних вузлів, розм'якшення вузлів, побічні ефекти, пов'язані з гіпострогенією, та відносно високу вартість.

Клінічний випадок № 3

Пацієнтка, 32 років, не народжувала.

Звернулася у 2009 р. з інтрамурально-субсерозним вузлом матки розміром до 9 см зі швидким ростом та активним кровопостачанням (за даними УЗД).

Після підготовки Золадексом протягом 2 міс вузол зменшився до 5 см. Хворій було проведено лапароскопічну міомектомію із пошаровим ушиванням рани на матці.

У червні 2011 р. – нормальна доношена вагітність.

Ендометріоз

Ендометріоз – це хвороба, яка не має «віку» і може вражати жінок від пубертатного періоду до постменопаузи (Шукина Н.А., 2014). Кожна 10-та жінка репродуктивного віку (15-49 років) страждає на ендометріоз. У 50-60% жінок та дівчаток-підлітків із тазовим болем (від менархе до перименопаузи) наявний ендометріоз. Поширеність ендометріозу у постменопаузі становить 2-5%, а середній вік хворих з ендометріюїдними кістами – 27 років. У 46-50% випадків причиною безпліддя є саме ендометріоз.

Продовження на стор. 22.

Комплексний підхід до лікування складних випадків ендометріозу та міоми матки

Продовження. Початок на стор. 21.

У 35-45% жінок на момент встановлення діагнозу симптоматика відсутня. Період від перших проявів захворювання до його діагностування надзвичайно тривалий, 6-7 років — за даними мультицентрового дослідження у 10 країнах (1418 жінок віком 18-45 років) (Nnoaham, 2011).

Ендометріоз може проявлятися наступними морфоклінічними формами (Chapron, 2003):

- перитонеальний ендометріоз — ендометріодні імпланти на поверхні очеревини малого таза та яєчників;
 - ендометріоми — кісти яєчників із внутрішньою вистилкою, подібною до ендометрія;
 - глибокий інфільтративний ендометріоз — солідні утворення, що складаються із тканини, подібною до ендометрія, а також із жирової та м'язово-фіброзної;
 - аденоміоз.
- Основні цілі терапії ендометріозу включають (Vercellini, 2006):
- усунення клінічної симптоматики (тазовий біль, маткові кровотечі, порушення функції нирок, кишечника);
 - відновлення репродуктивної функції при безплідді;
 - видалення вогнищ ендометріозу (ендометріом);
 - запобігання рецидивам захворювання та повторним оперативним втручанням.

Ендометріоз слід розглядати як тривале захворювання, яке потребує розробки плану довготривалого ведення пацієнтки з метою максимального використання медикаментозного лікування та виключення повторних хірургічних втручань (Камінський В.В., 2017). Лікування ендометріозу може бути медикаментозним (індукція атрофічних змін у вогнищах — блокада проліферації, інвазії, запалення) (таблиця), хірургічним (ліквідація анатомічного субстрату захворювання) або — найчастіше — комбінованим (Donnez, 2004).

Таблиця. Медикаментозна терапія ендометріозу (Donnez, 2004)

Псевдоменопауза (гіпоестрогенія)	Протизапальна терапія	Псевдовагітність (високий рівень прогестерону)
•аГнРГ* •Інгібітори ароматази* •Дановал, гестринон	•Нестероїдні протизапальні препарати* •Антиоксиданти* •Імуномодулятори*	•Комбіновані оральні контрацептиви* •Прогестагени •Модулятори прогестеронових рецепторів*

* Не мають офіційних показань.

Показання до оперативного лікування ендометріозу включають (Камінський В.В., 2017):

- ендометріоз-асоційоване безпліддя;
- больовий синдром;
- наявність ендометріодних кіст (ендометріом);
- порушення функцій суміжних органів при глибокому інфільтративному ендометріозі (здавлення сечоводів, звуження просвіту кишечника тощо).

Клінічний випадок № 4

Пацієнтка, 34 років. Звернулася з приводу вираженого гідронефрозу, стриктури сечоводів. Ліва нирка — із двостороннім гідронефрозом (більше зліва), порушена функція нирок.

В анамнезі три спроби екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) з 2009 по 2013 р. Антимюллерів гормон — 0,03 нг/мл.

2009 р. — лапароскопічна цистектомія.

2013 р. — енуклеація ендометріодних кіст обох яєчників.

2015 р. — лапароскопія; уретероліз із двох сторін; уретероцистостомія зліва; аднексектомія зліва, енуклеація кісти правого яєчника.

Призначено прийом Золадексу протягом 6 міс.

2016 р. — функція нирок відновилося.

2018 р. — жінка планує ЕКЗ із донорською яйцеклітиною.

Доповідач зауважив, що за наявності ендометріодних кіст недоцільно призначати аГнРГ до операції або замість неї. Він зазначив, що ендометріодні кісти підлягають оперативному лікуванню, а лише потім (за показаннями) призначаються аГнРГ або прогестагени.

Клінічний випадок № 5

Пацієнтка, 26 років, спостерігалася щодо первинного безпліддя протягом 6 років.

Три роки тому виявлено (за даними УЗД) ендометріодні кісти, призначено Золадекс протягом 6 міс. Після тимчасового поліпшення з'явився тазовий біль, кісти збільшилися, виявлено міоматозні вузли.

На момент звернення — дві кісти по 5 см, кілька субсерозних вузлів від 1 до 5 см, біль, пальпаторно: обмежено рухливий спайковий конгломерат.

11.2011 — лапароскопія, тотальний адгезіолізис, енуклеація кіст яєчників, міомектомія, апендектомія.

Після операції призначено Золадекс курсом 4-6 міс під УЗД-контролем.

У ретроспективному когортному дослідженні (Jee, 2009) 109 жінкам у пременопаузі було виконано хірургічне втручання з приводу ендометріозу яєчників III-IV ступеня. Пацієнтки були розділені на чотири групи лікування: вичікувальна тактика (n=37), терапія аГнРГ протягом 3 (n=28), 4 (n=21) та 6 міс (n=23). Період спостереження після лікування Золадексом склав 24 і 36 міс. Дослідження показало, що лікування Золадексом 3,6 мг протягом 6 міс у 7 разів знижувало ризики рецидиву у пацієнток після консервативної лапароскопічної цистектомії з приводу тяжкого ендометріозу яєчників (рис. 2).

Агоністи ГнРГ після хірургічного лікування зазвичай призначають при поширених формах ендометріозу,

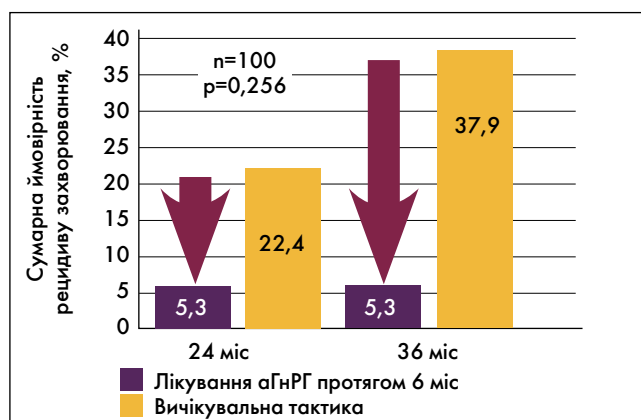


Рис. 2. Вплив післяопераційного лікування Золадексом на ризик рецидиву ендометріозу яєчників

у разі невпевненості у повному видаленні вогнища та при високому ризикі рецидиву захворювання.

У дослідженні Nirgianakis (2013) було проаналізовано перитонеальну рідину 85 жінок із тяжким ендометріозом (стадія III та IV rAFS). Із них 39 пацієнток отримували Золадекс протягом 3 міс до операції, а 46 — не отримували гормонального лікування у цей період. Концентрації інтерлейкіну 8, асоційованого з вагітністю протеїну А плазми (PAPP-A), глікоделіну А та мідкіну були значно знижені у групі Золадексу порівняно з такими у жінок, які не отримували гормонального лікування. Таким чином, дослідження показало, що аГнРГ Золадекс опосередковує значний регрес запального мікросередовища очеревини у жінок із ендометріозом.

Клінічний випадок № 6

Пацієнтка, 26 років, звернулася з прогресивно зростаючим болем, що посилювався протягом останніх 6 міс при дефекації та під час статевого акту, виникав протягом 2-3 днів під час менструації й супроводжувався появою слідів крові в калі.

Хворій призначено Золадекс протягом 6 міс.

Після курсу терапії Золадексом виконано висічення прямої кишки з вогнищами ендометріозу. Станом на 2018 р. пацієнтка скарг не має.

Клінічний випадок № 7

Пацієнтка, 31 року, із безпліддям протягом 6 років. Надійшла з ендометріодними кістами 4 та 6 см у діаметрі.

Хворій виконано лапароскопію, енуклеацію кіст. Під час операції також виявлено ендометріодні гетеротопії на очеревині, сальнику, кишечнику.

Після операції пацієнтці призначено Золадекс протягом 5 міс.

Вагітність настала через 2 роки, ще через рік — друга.

За даними М. Canis (2011), кількість отриманих у програмі ЕКЗ ооцитів та ембріонів достовірно не знижується після лапароскопічної цистектомії. Це підтверджує, що дане хірургічне втручання можливе при ендометріомах великих розмірів. Однак при цьому дуже важливо запобігти пошкодженню оваріального резерву, що ставить під загрозу репродуктивні плани жінки.

Таким чином, лікування міоми матки та ендометріозу має бути комплексним, що передбачає використання сучасних оперативних методів та препаратів із доведеною безпечністю й ефективністю.

Підготувала **Анастасія Романова**



КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник

За ред. В.І. Горового, О.І. Яцини. — Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. — 460 с.; іл.

Навчальний посібник висвітлює сучасні питання анатомії, термінології, епідеміології, етіології, патофізіології, діагностики та лікування різних видів нетримання сечі у жінок. Наведена власна оригінальна класифікація стресового нетримання сечі у жінок, а також методи консервативного та хірургічного лікування цього поширеного захворювання з позицій уродинамічних досліджень. Представлено сучасні класифікації пролапсів тазових органів та методи їх корекції у жінок із нетриманням сечі. Описані причини, методи діагностики та лікування імперативного, нейрогенного, парадоксального, коїтального, функціонального та нетримання сечі після завершення акту сечовипускання, які недостатньо повно описані у вітчизняній літературі. Дана характеристика сучасним абсорбуючим захисним гігієнічним засобам для пацієнток із нетриманням сечі.

Пропонується для практичного використання урологам, акушерам-гінекологам, хірургам, невропатологам, сімейним лікарям, фізіотерапевтам, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: (097) 751 81 53.