

TADQIQOT

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 1

2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 1
2021

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фариди Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals on www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Allazov Salah UROLOGIYA SOHASIDA ILMIY IZLANISHLAR ETIKASI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	5
2. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Alieva Malika ERTA MENOPAUAZA VA TOMIRLAR ENDOTELIYSI FUNKSIYASINING BUZILISHI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	11
3. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Gaybullaeva Zamira REHABILITATION AFTER MEDICAL ABORTION (LITERATURE REVIEW).....	15
4. Аллазов Салах, Камалов Нодир, Мурадова Раиля ЖИТКОСТНЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	18
5. Закирова Нодира, Жураева Фариза, Сафарова Лола ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	22
6. Камалов Нодир СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	25
7. Raximov Nodir, Karimova Mavluda, Shaxanova Shaxnoza, Bobokulov Siroj, Fayziyev Ilhom TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI ZAMONAVIY DAVOLASH KONSEPSIYASI (ADABIYOT SHARHI)....	28
8. Сафаров Алиаскар, Уринов Мухриддин, Сафарова Лола ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	33

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

9. Абдуллаева Лола, Каттаходжаева Махмуда, Сафаров Алиаскар, Сулайманова Нодира КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МНОГОВОДИЕМ.....	37
10. Агабабян Лариса, Донабоева Зарнигор НОВЫЙ КОРОНАВИРУС COVID-19 И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	42
11. Агабабян Лариса, Азимова Шахноза АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТРУДАХ АКАДЕМИКА И.З. ЗАКИРОВА.....	46
12. Аллазов Салах, Камалов Нодир УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	49
13. Raximov Nodir, Aslanova Lobar, Davronov Eshboy, Mirzakulov Bunyodjon BUYRAK SARATONINI TARQALISH DARAJASINI BAXOLASHDA NOINVAZIV VIZUALIZASIYA USULLARINI DIAGNOSTIK IMKONIYATLARI.....	54
14. Raximov Nodir, Assatulaev Akmal, Shakhanova Shaknoza, Yusupov Sherali, Fayziev Ilkhom TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI DAVOLASHDA XIRURGIK KASTRATSIYA OʻRNI.....	58



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.6 (075)

Камалов Нодир Аловаддинович
Магистр курса урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Kamalov Nodir Alovaddinovich, Comparative analysis of medicinal and surgical treatment of female patients with peculiar urine injection Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp.25-27

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-6>

Kamalov Nodir Alovaddinovich
Master's degree in urology
Samarkand state medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

COMPARATIVE ANALYSIS OF MEDICINAL AND SURGICAL TREATMENT OF FEMALE PATIENTS WITH PECULIAR URINE INJECTION (LITERATURE REVIEW)

Kamalov Nodir Alovaddinovich
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,
Urologiya kursi magistr
Samarqand, O'zbekiston

STRESSLI SIYDIK TUTOLMASLIGI MAVJUD AYOLLARDA MEDIKAMENTOZ VA JARROXLIK YO'LI BILAN DAVOLASHNING QIYOSIY TAHLILI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Стрессовое недержание мочи у женщин (СНМ) встречается у 40% женщин в возрасте от 35 до 65 лет. СНМ – актуальная клиническая и хирургическая проблема в современной урогинекологии. В настоящее время отсутствуют единые представления о стандартах обследования и лечения и эффективности профилактики рецидивов после хирургической коррекции [6,7].

На приёме у врача, большинство женщин предъявляют разнообразные жалобы, такие как, учащение мочеиспускания, недержание мочи, иногда боль при мочеиспускании, зуд в промежности и во влагалище. На первичном обследовании врачами амбулаторного звена многие больные предпочитают скрывать факт недержания мочи, а врачи зачастую недостаточно осведомлены о симптомах болезни, что приводит к ошибочному диагнозу болезни СНМ. Для предотвращения таких ситуаций, при консультации врач должен тщательно изучать анамнез болезни, а также учесть все жалобы больных и провести комплексное обследование. При СНМ характерны такие симптомы как потеря мочи при физической нагрузке, кашле, занятиях спортом и т.д. [4,5,8,15].

СНМ классифицируются по разному. На сегодняшний день практические врачи используют классификацию Д. В. Кана, которая различает легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести СНМ [7,14].

- Легкая степень тяжести СНМ – невольное выделение мочи, которое отмечается только во время чихания, при тяжёлой физической нагрузке или же к примеру когда поднимаются по лестнице.
- Средняя степень тяжести СНМ - непроизвольное выделение мочи, которое отмечается при ходьбе, легкой физической нагрузке, а также при любой активности, которая не требует особо тяжёлых усилий.
- Тяжелая степень тяжести СНМ - непроизвольное выделение мочи, которое отмечается при покое, при этом количество непроизвольного выделения мочи увеличивается.

В патогенезе СНМ играет большую роль слабость мышц тазового дна и сфинктерной недостаточности, в результате чего появляются в различной степени выраженные урогенитальные расстройства, влияющие на качество жизни женщины, которые приводят к изменениям нормальной микрофлоры мочепополовой системы [12,17,18].

При СНМ характерны такие факторы как, количество родов, большой размер плода, различные травмы или разрывы промежности. Для установления адекватного диагноза изучение анамнеза и жалоб больных не всегда являются достаточными, для этого необходимо провести уродинамические исследования

(УДИ), соответствующие пробы кашлевые пробы, пробы Бони, pad - тест т.д. [3,9,13,14].

• Кашлевая проба – проба, которую надо провести при полном мочевого пузыря, при этом больного надо спросить, когда мочился и хочет ли больной мочиться в данное время, потом на гинекологическом кресле надо произвести осмотр влагалища при покое, кашле и чихание, если при кашле моча вытекла, то проба положительна.

• Проба Бони – проба которая, отличается от кашлевой пробы, тем что,

врач помещает два пальца во влагалище пациентки и поднимает шейку мочевого пузыря вверх к лонным костям. Пациентку также просят потужиться или покашлить. Врач следит за выделением мочи до поднятия шейки мочевого пузыря и после этого, если выделяется моча, то проба считается положительной. Также следует отметить, что при проведении пробы некоторые больные чувствуют дискомфорт.

• Тест с прокладкой (pad – тест) – тест в котором пациент должен в течение суток каждые 2-3 часа менять прокладки. Стоит учесть, что использованные прокладки выбрасываются в определенный пакет, после чего все прокладки, которые использовались в течение одного дня, взвешивают на электронных весах.

Лечением стрессового недержания мочи как правило занимаются урологи и гинекологи. После комплексного обследования больных многие врачи начинают лечение с физиотерапевтического и консервативного лечения. Имеется множество методов физиотерапии - электростимуляция мышц тазового дна, экстракорпоральная магнитная стимуляция тазового дна, нейромодуляция и другие методы лечения [11,21,23,25].

В данное время при консервативном лечении часто используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), локальные эстрогены [10,14].

- СИОЗС - (золот, прозак, ципралекс), усиливают активность мышц тазового дна.
- Локальные эстрогены используются почти 100 лет при СНМ с временным эффектом. Многие урологи и гинекологи используют его до операции, но на настоящее время нет единого доказательства об эффективности или дозировки.

Несмотря на множество консервативных методов, для предотвращения СНМ, эффективным все же считается оперативное лечение. Существуют около 200 видов операций для коррекции недержания мочи. На сегодняшний день наиболее часто применяемыми операциями считаются, (TVT и TVT-O, кольпосуспензия, хирургическая коррекция методом игольной суспензии, операция Келли и др) [19,20,25].

произвести сравнительный анализ результатов медикаментозного и оперативного лечения больных со СНМ по литературным данным. Андрогены играют критическую роль в поддержании метаболизма. У мужчин в возрасте 40–79 лет частота биохимического дефицита тестостерона и симптоматического гипогонадизма составляет 2,1–5,7% [1]. К наиболее распространенным жалобам пациентов с гипогонадизмом относятся снижение полового влечения, уменьшение количества эякуляций, слабость, раздражительность,

проявления дисфории [2, 3]. Чаще дефицит тестостерона диагностируется у пациентов при их обращении к специалистам неврологического профиля. Важные факторы, которые необходимо учитывать при диагностике гипогонадизма, – это ожирение, сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, системные заболевания, способные влиять на концентрацию тестостерона в крови [4, 9]. Кроме того, необходимо учитывать факт приема лекарств, изменяющих концентрацию тестостерона, таких как статины, стероиды, опиоиды, антигонисты дофаминовых рецепторов и ингибиторы 5 α -редуктазы [5, 7]. Избыточное потребление алкоголя, каннабиноидов и других наркотических веществ также снижает концентрацию тестостерона в крови [6, 8]. Приоритетной задачей при лечении гипогонадизма служит восполнение дефицита тестостерона в крови за счет использования экзогенного аналога. Планирование работы опиралось на то, чтобы подчеркнуть необходимость продемонстрировать связь между гипогонадизмом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), чтобы констатировать влияние дефицита тестостерона на течение и проявления аденомы предстательной железы.

На основе анализа литературных данных можно сказать, что на сегодняшний день вопросы стрессового недержания мочи у женщин являются одной из актуальных и востребованных проблем в урогинекологии. Следует также отметить, что все существующие методы лечения больных с СНМ, делится на медикаментозные и хирургические. Несмотря на то, что существует более чем 200 операций СНМ, самыми известными из них являются TVT и TVT-O, кольпосуспензия, хирургическая коррекция методом игольной суспензии и операция Келли. Точный диагноз СНМ устанавливается с помощью кашлевой пробы, пробы Бони, или тест с прокладкой, хотя и без них, опытный врач может поставить точный диагноз с помощью жалоб больных, а также их анамнеза [1].

В заключение, следует отметить, что, несмотря на множество научных исследований, публикаций, лечение СНМ, всё ещё не существует единого мнения по поводу его диагностики и лечения [9,24,27,28].

Лечением стрессового недержания мочи занимаются урологи и гинекологи. В большинстве случаев при лечении стрессового недержания мочи, особенно при безуспешности консервативных мероприятий, эффективным способом является хирургическое лечение (Лоран О.Б., 2006). Предложено достаточно большое количество операций, включая эндоскопические (введение объемных агентов в подслизистый слой уретры для лучшего смыкания её стенок), лапароскопические (например, лапароскопическая кольпосуспензия по Burch), малоинвазивные методы (подвешивание шейки мочевого пузыря и слинговые операции с использованием свободной синтетической петли TVT (Tension free vaginal tape) и её модификации), имплантация искусственного мочевого сфинктера (Краснопольский В.И., 2017). Хирургическое лечение стрессового недержания мочи в подавляющем большинстве случаев возвращает больных женщин к нормальной повседневной жизни, физической и сексуальной активности.

Использованная литература:

1. Абдеева Д.М. Прогностические возможности клиничко-анатомических и молекулярно-генетических факторов риска в ранней диагностике стрессового недержания мочи у женщин: дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 94 с.
2. Амирова Ж.С. Оптимизация диагностики и лечения гиперактивного мочевого пузыря у женщин с урогенитальными расстройствами в климактерии : дис. ... канд. мед. наук. М., 2016. 154 с.
3. В.Ф. Беженарь, Л.К. Цуладзе, А.А. Цыпурдеева [и др.]; СПб.:Пролапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез,особенности диагностики: пособие для врачей / Изд-во Н-Л, 2010.-25с.
4. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Трофимов Д.Ю., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И.А. Особенности биоты урогенитального тракта здоровых женщин репродуктивного возраста при исследовании методом ПЦР в режиме реального времени. Вестник дерматологии и венерологии.- 2010- №1- 80-84

5. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Алексеев Л.П., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И.А. Характеристика биоты урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР в реальном времени. Журнал акушерства и женских болезней.- 2009- №6- 36-42.
6. Ермакова Е.И., Балан В.Е. Урогенитальные нарушения у женщин климактерии: оптимизация методов лечения. Акуш. и гинекол. 2013; 3: 85–9
7. Кан Д. В., Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: Медицина, 1986.
8. Караева К.Ю., Владимиров В.Г., Каппушева Л.М., Курцер М.А. Динамика клинических проявлений пролапса тазового дна от первых симптомов до развития полного симптомокомплекса. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2011;5:30-32.
9. Касян Г. Р., Гвоздев М. Ю., Годунов Б. Н. и др. Анализ результатов лечения недержания мочи у женщин с использованием свободной субуретральной синтетической петли: опыт 1000 операций. Урология 2013;4:5–11.
10. Коршунов М.Ю. Пропалс тазовых органов у женщин: персонализированный подход к диагностике, хирургической коррекции и оценке результатов лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Saint Petersburg; 2017. (In Russ.)
11. Касян Г.Р. Функциональные основы недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2014.
12. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология 2017;
13. Лоран О. Б., Серегин А. В., Сняжкова Л. А., Серегин А. А. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза (пособие для врачей). М., 2006. 44 с.
14. Пушкарь Д. Ю., Касян Г. Р., Колонтарев К. Б. и др. Отдаленные результаты использования свободной синтетической петли в лечении недержания мочи у женщин (восьмилетние результаты). Урология 2010;2:32.
15. Русина Е.И., Беженарь В.Ф. Комплексное уродинамическое исследование при осложненных формах пролапса тазовых органов у женщин. Журнал акушерства и женских болезней.2009;LVIII(5):45-46.
16. Русина У.И. Смешанное и сочетанное с пролапсом тазовых органов недержание мочи у женщин, патогенез, диагностика, лечение: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2015. 275 с.
17. Е. И. Русина, Т. Э. Иващенко, И. М. Кветной [и др.]; Сложные и комбинированные формы недержания мочи у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: пособие для врачей / Изд-во Н-Л, 2012. - 48 с.
18. Русина, Е.И. Роль комплексного уродинамического исследования при планировании оперативного лечения у континентных женщин с пролапсом тазовых органов Журнал акушерства и женских болезней.
19. Русина Е.И. Смешанное и сочетанное с пролапсом тазовых органов недержание мочи у женщин: патогенез, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук 2015. (In Russ.)
20. Русина Е.И. Роль комплексного уродинамического исследования при планировании оперативного лечения у континентных женщин с про-лапсом тазовых органов Журнал акушерства и женских болезней. 17–25.
21. Савицкий Г.А.[и др.], В.Ф. Беженарь, А.Г. Физиология и патология механизма удержания мочи у женщин: теоретические и практические аспекты Журнал экспериментальной и клинической урологии 2011; 26-32.
22. Г.А. Савицкий, В.Ф. Беженарь, А.Г. Савицкий [и др.] Физиология и патология механизма удержания мочи у женщин: теоретические и практические аспекты проблемы. Ч. 2 Журнал экспериментальной и клинической урологии. - 2011. - №4.-С16-22.
23. Abrams P., Andersson K.E., Apostolidis A., et al A.Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. Report of the International Scientific Committee. 2018; 37(7): 2271–2272.
24. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function NeuroUrol. Urology 2002;21:167–78.
25. Blaivas J.G., Simma-Chiang V., Gul Z., Dayan L., Kalkan S., Daniel M. Surgery for stress urinary incontinence: autologous fascial sling. Urol. Clin. North Am. 2019; 46(1): 41–52.
26. de Vries A.M., van Breda H.M.K., Fernandes J.G., Venema P.L., Heesakkers J.P.F.A. Para-urethral injections with Urolastic® for treatment of female stress urinary incontinence: subjective improvement and safety. Urol. Int. 2017; 99(1): 91–97.
27. Kim MS, Lee GH, Na ED, et al. The association of pelvic organ prolapse severity and improvement in overactive bladder symptoms after surgery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Sci. 2016;59(3):214-219.
28. Pushkar D. Y., Godunov B. N., Gvozdev M., Kasyan G. R. Complications of midurethral slings for treatment of stress urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet 2011;113(1):54–7. doi: 10.1016/j.ijgo. 2010.10.024.