



#12 (16), 2016 część 1

Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe
(Warszawa, Polska)

Czasopismo jest zarejestrowane i publikowane w Polsce. W czasopiśmie publikowane są artykuły ze wszystkich dziedzin naukowych. Czasopismo publikowane jest w języku polskim, angielskim, niemieckim i rosyjskim.

Artykuły przyjmowane są do dnia 30 każdego miesiąca.

Częstotliwość: 12 wydań rocznie.

Format - A4, kolorowy druk

Wszystkie artykuły są recenzowane

Każdy autor otrzymuje jeden bezpłatny egzemplarz czasopisma.

Bezpłatny dostęp do wersji elektronicznej czasopisma.

Zespół redakcyjny

Redaktor naczelny - Adam Barczuk

Mikołaj Wiśniewski

Szymon Andrzejewski

Dominik Makowski

Paweł Lewandowski

Rada naukowa

Adam Nowicki (Uniwersytet Warszawski)

Michał Adamczyk (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Peter Cohan (Princeton University)

Mateusz Jabłoński (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Piotr Michalak (Uniwersytet Warszawski)

Jerzy Czarnecki (Uniwersytet Jagielloński)

Kolub Frennen (University of Tübingen)

Bartosz Wysocki (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Patrick O'Connell (Paris IV Sorbonne)

Maciej Kaczmarczyk (Uniwersytet Warszawski)

#12 (16), 2016 part 1

East European Scientific Journal
(Warsaw, Poland)

The journal is registered and published in Poland. The journal is registered and published in Poland. Articles in all spheres of sciences are published in the journal. Journal is published in **English, German, Polish and Russian.**

Articles are accepted till the 30th day of each month.

Periodicity: 12 issues per year.

Format - A4, color printing

All articles are reviewed

Each author receives one free printed copy of the journal

Free access to the electronic version of journal

Editorial

Editor in chief - Adam Barczuk

Mikołaj Wiśniewski

Szymon Andrzejewski

Dominik Makowski

Paweł Lewandowski

The scientific council

Adam Nowicki (Uniwersytet Warszawski)

Michał Adamczyk (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Peter Cohan (Princeton University)

Mateusz Jabłoński (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Piotr Michalak (Uniwersytet Warszawski)

Jerzy Czarnecki (Uniwersytet Jagielloński)

Kolub Frennen (University of Tübingen)

Bartosz Wysocki (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Patrick O'Connell (Paris IV Sorbonne)

Maciej Kaczmarczyk (Uniwersytet Warszawski)

Dawid Kowalik (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)
Peter Clarkwood(University College London)
Igor Dziedzic (Polska Akademia Nauk)
Alexander Klimek (Polska Akademia Nauk)
Alexander Rogowski (Uniwersytet Jagielloński)
Kehan Schreiner(Hebrew University)
Bartosz Mazurkiewicz (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)
Anthony Maverick(Bar-Ilan University)
Mikołaj Żukowski (Uniwersytet Warszawski)
Mateusz Marszałek (Uniwersytet Jagielloński)
Szymon Matysiak (Polska Akademia Nauk)
Michał Niewiadomski (Instytut Stosunków Międzynarodowych)
Redaktor naczelny - Adam Barczuk

1000 kopii.

Wydrukowano w «Aleje Jerozolimskie 85/21, 02-001 Warszawa, Polska»

Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe

Aleje Jerozolimskie 85/21, 02-001 Warszawa, Polska

E-mail: info@eesa-journal.com ,

<http://eesa-journal.com/>

Dawid Kowalik (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)
Peter Clarkwood(University College London)
Igor Dziedzic (Polska Akademia Nauk)
Alexander Klimek (Polska Akademia Nauk)
Alexander Rogowski (Uniwersytet Jagielloński)
Kehan Schreiner(Hebrew University)
Bartosz Mazurkiewicz (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)
Anthony Maverick(Bar-Ilan University)
Mikołaj Żukowski (Uniwersytet Warszawski)
Mateusz Marszałek (Uniwersytet Jagielloński)
Szymon Matysiak (Polska Akademia Nauk)
Michał Niewiadomski (Instytut Stosunków Międzynarodowych)
Editor in chief - Adam Barczuk

1000 copies.

Printed in the "Jerozolimskie 85/21, 02-001 Warsaw, Poland»

East European Scientific Journal

Jerozolimskie 85/21, 02-001 Warsaw, Poland

E-mail: info@eesa-journal.com ,

<http://eesa-journal.com/>

СОДЕРЖАНИЕ

ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ

Скворцова Н.М. ПЛАЧ-ГОЛОСІННЯ В ЛІТЕРАТУРНІЙ ТРАДИЦІЇ ХІХ – ХХ СТОЛІТЬ	5
--	---

ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

Перелигіна Л.С. ПРО ПЕРШОГО АВТОРА ІСТОРІОГРАФІЇ ВІТЧИЗНЯНОГО ГВИНТОКРИЛОБУДУВАННЯ.....	13
Шульга В. П. ЗОЛОТІ СТОРІНКИ УКРАЇНСЬКОЇ ЗООТЕХНІЇ. ПРОФЕСОР М. А. КРАВЧЕНКО – ТАЛАНОВИТИЙ УЧЕНИЙ І ПЕДАГОГ ХХ СТОЛІТТЯ	20

КУЛЬТУРОЛОГИЯ

Смыслов В.В. РУССКАЯ ИСТОРИЯ И КУЛЬТУРА В КОНТЕКСТЕ РУССКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА.....	25
---	----

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Voloshyna L.O., Smiyan S.I., Doholich O.I. EVOLUTION OF VALUES OF THE GROWTH TRANSFORMING FACTOR BETA-1 AND INFLAMMATORY MARKERS IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS DEPENDING ON THE AGE COMORBIDITY AND TREATMENT.....	31
Полянська О.С., Куртян Т.В., Амеліна Т.М., Гулага О.І. ВИКОРИСТАННЯМ РІВНОМІРНО-ІНТЕРВАЛЬНИХ ВЕЛОТРЕНУВАНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	35
Щербина Н.А., Ламаи А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПОСОБОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	39
Dautova L., Shayakhmetova R. THE INFLUENCE OF NATIONAL TRADITIONS ON THE NATURE OF BREASTFEEDING BASHKIRS	42

ПОЛИТИЧЕСКИЕ НАУКИ

Кротінов В.О. КІЛЬКА АРГУМЕНТІВ ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ ІНСТИТУЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ЄС.....	45
---	----

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Poznin V.F., Skripyuk I.I. SCREEN IMAGE IN TERMS OF THE PSYCHOLOGY OF COMMUNICATION	51
Козина И.Б., Борисова Е.Ю. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ И КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПОЛИКУЛЬТУРНОМ РЕГИОНЕ	56

СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫЕ НАУКИ

Лавриненко Ю.О., Нужна М.В. МОРФО-ФІЗІОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ГІБРИДІВ КУКУРУДЗИ РІЗНИХ ЗА ГРУПАМИ СТИГЛОСТІ FAO 190-390 В УМОВАХ ЗРОШЕННЯ.....	60
---	----

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Назаренко К.С. СОЦІОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО АНАЛІЗУ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МАС-МЕДІА.....	64
---	----

J Prev Cardiol. – 2016. – Режим доступа до журн.: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27881758.

7. Cardiac Rehabilitation and Risk Reduction Time to «Rebrand and Reinvigorate» / Sandesara P.B., Lambert C.T., Gordon N.F. et al. // JACC. – 2015. – Vol. 65. – N 4. – P. 389–395.

8. Cardiac Rehabilitation Patient and Organizational Factors: What Keeps Patients in Programs? / K. Turk-Adawi, N.B. Oldridge, S.S. Tarima et al. // 2013. – Режим доступа до журн.: <http://jaha.ahajournals.org/content/2/5/e000418.full>.

9. Coronary Collateral Growth Induced by Physical Exercise: Results of the Impact of Intensive Exercise Training on Coronary Collateral Circulation in Patients With Stable Coronary Artery Disease (EXCITE) Trial / S. Möbius-Winkler, M. Uhlemann, V. Adams et al. // Circulation. – 2016. – № 15. – P. 1438-1448.

10. EURObservational research programme: EUROASPIRE The EUROASPIRE survey of cardiovascular prevention and diabetes in 24 countries in Europe / Kotseva K., Rydén L., De Backer G. et al. // European Heart Journal. – 2015. – Vol. 36. – P. 950–951.

11. Increasing Cardiac Rehabilitation Participation From 20% to 70%: A Road Map From the Million Hearts Cardiac Rehabilitation Collaborative / Ades P.A., Keteyian S.J., Wright J.S. et al. // Mayo Clin Proc. – 2016. – Режим доступа до журн.: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27855953

12. Impact of different exercise training modalities on the coronary collateral circulation and plaque composition in patients with significant coronary artery disease (EXCITE trial): study protocol for a randomized controlled trial / M. Uhlemann, V. Adams, K. Lenk et al. // Trials. – 2012. – № 13. – P. 167.

13. Mampuya W.M. Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview / W.M. Mampuya // 2012. – Режим доступа до журн.: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2223-3652.2012.01.02>.

14. Relationship Between Cardiac Rehabilitation and Long-Term Risks of Mortality and Myocardial Infarction Among Elderly Medicare Beneficiaries / B.G. Hammill, L.H. Curtis, K.A. Schulman et al. // Cardiovasc. Diagn. Ther. – 2012. – V. 2, № 1. – P. 38–49.

Николай Александрович Щербина

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор

Алайя Ламиа

аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 Харьковского национального медицинского университета

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПОСОБОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Аннотация: В работе проведена сравнительная характеристика эффективности методов консервативной коррекции пролапса гениталий на фоне дисплазии соединительной ткани у женщин в перименопаузе. С учетом патогенетического значения нарушений метаболизма соединительной ткани разработано комплексное лечение с использованием метаболической терапии и нехирургического лечения опущения передней стенки влагалища с помощью филлеров. Применение комплексной терапии позволяет повысить эффективность лечения, добиться стабилизации процесса, снизить количество рецидивов.

Ключевые слова: пролапс гениталий, филлеры, дисплазия соединительной ткани.

Опущение и выпадение внутренних половых органов у женщин в перименопаузе является в настоящее время не только медицинской, но и социальной проблемой. Пролапс гениталий, по данным различных авторов, встречается у 15-28% женщин [6, 60-61], приводя к анатомическим и функциональным нарушениям смежных органов в 74,1-80% случаев [5, 28-32; 9, 795-780]. Это сложный динамический процесс, который имеет прогрессирующее течение, сопровождаясь развитием структурно-функциональных нарушений, дегенеративного (деструктивного) характера. Длительный бессимптомный период заболевания сменяется постепенным нарастанием местных и общих симптомов [5, 28-32].

В возникновении пролапса гениталий важную роль играют физические, генетические, эндокринные и психологические факторы [4, 69-73; 9, 795-780]. Кроме того, концепция системной дисплазии соединительной ткани (ДСТ), как ведущая причина опущения тазовых органов, на сегодняшний день

получила широкое распространение, а тяжесть пролапса и эффективность лечения зависит от ее выраженности [6, 14-17].

К одному из спорных и нерешенных вопросов относится лечение генитального пролапса. Коррекция опущений и выпадений внутренних половых органов особенно у женщин в перименопаузе в основном проводится хирургическими методами. Известно более 500 способов хирургической коррекции пролапса гениталий, что, с одной стороны, свидетельствует о детальном изучении этой проблемы, а с другой — о неудовлетворительных результатах хирургического лечения. Неадекватное хирургическое лечение и отсутствие профилактики объясняет высокую частоту рецидивов. По данным А. Starezenski (2008) [8, 74-76] рецидив генитального пролапса развивается у каждой третьей больной. Кроме того, трудности оперативной коррекции связаны и с особенностями патогенетических механизмов развития указанной патологии.

Таким образом, до настоящего времени недостаточно изучены вопросы тактики лечения больных в перименопаузе с генитальным пролапсом начальных стадий I-II степени в сочетании с недержанием мочи, отсутствуют четкие представления о степени патологических изменений, при которых возможна консервативная коррекция. В этой связи комплексный подход к выбору метода коррекции пролапса гениталий с учетом причин, вызывающих его, позволит не только выбрать адекватное лечение, но и снизить частоту рецидивов болезни.

Целью исследования явилось сравнительная характеристика эффективности методов консервативного лечения пролапса гениталий ассоциированного с ДСТ у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы исследования. Обследовано и пролечено 90 женщин с пролапсом гениталий I-II стадии в перименопаузе, которые в зависимости от метода лечения были разделены на 3 клинические группы. В I группу вошло 24 (26,7%) пациентки с пролапсом гениталий, которым проводилось традиционное консервативное лечение. Во II группу вошли 32 (35,6%) больные, в лечении которых использовали филлеры (патент на изобретение № 111431 от 25.04.2016 г.). III группу составили 34 (37,7%) пациентки с пролапсом гениталий, которым проводилось традиционное лечение в сочетании с введением филлеров (комплексная коррекция). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин в перименопаузе. Средний возраст больных составил $54,3 \pm 2,4$ года. Длительность заболевания — $7,7 \pm 2,3$ лет.

Стадию пролапса гениталий определяли в соответствии с классификацией POP-Q (International Continence Society, American Urogynecologic Society, Society of Gynecologic Surgeons 1996 г.).

Степень выраженности ДСТ определяли используя критерии Т. Милковска-Дмитрова [1, 3-18].

Для диагностики недержания мочи нами использован тест-опросник А. С. Переверзева [2, 15-18], объективная оценка степени недержания мочи проводилась при заполнении дневников мочеиспускания. Особенное значение при физикальном обследовании придавалось самопроизвольной потере мочи, которую диагностировали с помощью кашлевой пробы, пробы Вальсальвы, стоп – теста. Для оценки силы мышц тазового дна использовали перинеометрию.

С целью оценки метаболизма соединительной ткани исследовали уровень экскреции оксипролина (ОП) в суточной моче по методу А. А. Крель, Л. Н. Фурцевой (1968). Определение общей концентрации гликозаминогликанов (ГАГ) в моче проводили согласно методике Ф. С. Леонтьевой (2007).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета статистических программ анализа данных STATISTIC, BIOSTAT. Достоверность различий показателей сравниваемых групп проводилась по критерию Стьюдента.

Традиционное консервативное лечение включало в себя диетотерапию, тренировку мышц тазо-

вого дна (ТМТД) по Кегелю (1948) в индивидуальном режиме, санацию влагалища (уросептики, антибактериальные препараты и др.), в соответствии с результатами бактериоскопического и бактериологического исследования. Пациенткам с явлениями уретровлагалищной атрофии назначали местные эстрогенсодержащие препараты. При явлениях стрессового компонента недержания мочи применялись М-холиноблокаторы [7, 148-153].

С целью укрепления влагалищной стенки пациенткам II группы проведена филлерная инфильтрация передней стенки влагалища. В результате введения объемообразующего филлера создаются гидратированные полимеры (ГП) высокой плотности, которые заполняют межклеточное пространство, синтезируя собственные коллагеновые волокна, тем самым способствуя восстановлению соединительной ткани.

Комплексная коррекция пролапса у женщин III группы была направлена на восстановление обменных соединительнотканых нарушений и включала традиционные назначения в сочетании с применением филлеров.

Результаты исследования и их обсуждения. У всех пациенток обследуемых групп в 87 (96,7%) случаев имело место опущение передней стенки влагалища I-II степени и недержание мочи на фоне эмоционального напряжения (стрессовое недержание мочи). Согласно классификации POP-Q у 54 (60%) больных выявлен пролапс гениталий I степени, II степени — у 36 (40%) больных. Жалобы на недержание мочи при напряжении предъявляли 81 (90%) пациентка, что было связано с преобладанием цистоцеле. Жалобы на нарушения мочеиспускания предъявляли 14 (15,6%) пациенток. Ощущение инородного тела во влагалище испытывали 39 (43,3%) пациенток, у 9 (10%) пациенток жалоб не было.

Синдром ДСТ у 88 (97,8%) пациенток с пролапсом гениталий был представлен недифференцированными формами ДСТ и у 2 (2,2%) пациенток мы не выявили внешних признаков ДСТ. Используя критерий степени выраженности ДСТ [1, 3-18] легкая степень соединительнотканной дисплазии диагностирована у 46 (52,3%) больных при наличии двух главных признаков, средняя степень — при 3 главных и 2-3 второстепенных у 42 (47,7%) больных. Изучение концентрации маркеров метаболизма соединительной ткани выявило достоверное повышение суточной экскреции оксипролина у 78 (86,7%) больных с пролапсом гениталий с одновременным повышением общих ГАГ у 65 (72,2%) пациенток по сравнению со здоровыми женщинами ($p < 0,05$). Выявленные изменения подтверждают имеющиеся нарушения со стороны межклеточного вещества соединительной ткани у больных с пролапсом гениталий.

Критериями положительной оценки эффективность лечения считались динамика ликвидации пролапса гениталий, уменьшение жалоб, отрицательные функциональные пробы, восстановление адекватного мочеиспускания и отсутствие недержания мочи при напряжении.

На фоне применения комплексной коррекции отмечалась наиболее выраженная положительная динамика степени выраженности пролапса гениталий. Через 3 мес. после лечения количество больных с пролапсом гениталий II степени уменьшилось на 16,7% в I группе, на 31,3% во II группе и на 41,2% в III группе. Через 6 мес. отсутствовали проявления пролапса гениталий у 18 (56,3%) больных во II группе, у 23 (67,6%) больных III группы и у 7 (29,2%) больных I группы. Недостаточная динамика восстановления пролапса гениталий в I группе больных, вероятно, связана с отсутствием мотивации у пациенток регулярно выполнять корректирующую гимнастику.

Таким образом, эффективность разработанного комплексного метода терапии в 2,3 раза превышает традиционное лечение и в 1,2 раза выше по сравнению с применением только филлеров.

На основании оценки результатов исследования функциональных проб, нами было выявлено, что отрицательная кашлевая проба определялась во II и III группах у 68,7% и 88,2% пациенток через 1 и 3 мес. соответственно, однако через 12 мес. у 12,5% и 8,8% пациенток она была положительной. В I группе кашлевая проба оставалась статистически значительно выше ($p < 0,05$).

По данным дневников мочеиспускания нами выявлено значительное снижение эпизодов недержания мочи в III группе через 1, 3, 6 и 12 месяцев после лечения. В I группе снижение было отмечено только через 1 месяц ТМТД.

При оценке эффективности лечения с помощью перинеометрии улучшением состояния считалось увеличение значений перинеометрии на два условных деления от базового уровня. Значительное улучшение состояния подразумевало повышение силы мышц тазового дна при сжатии датчика перинеометра на три условных деления и выше. Так, в I группе женщин значительное улучшение состояния отмечено у 8 (33,3%) пациенток, улучшение наблюдалось у 7 (29,2%) пациенток, отсутствие эффективности — у 9 (37,5%) пациенток. Во II группе значительное улучшение отметили 14 (43,7%) пациенток, улучшение у 13 (40,6%) и отсутствие эффекта — у 5 (15,6%) пациенток. В III группе значительное улучшение зарегистрировано у 19 (55,9%), улучшение — у 12 (35,3%), отсутствие эффекта у 3 (8,8%) пациенток.

Анализируя динамику экскреции в суточной моче ОП и ГАГ в I группе нами не обнаружено существенной динамики через 3, 6 и 12 мес. после лечения, что можно объяснить наличием у пациенток выраженных соединительнотканых нарушений. Во II группе после лечения также у большинства 52 (78,8%) пациенток наблюдалось повышение экскреции ОП через 3, 6 и 12 месяцев, однако степень этого повышения оказалась достоверно ниже, чем до лечения ($p < 0,05$). Что касается пациенток III группы превышение экскреции ОП в суточной моче отмечалось только у 26,5% больных, в целом содержание ОП снизилось в 1,8 раза ($p < 0,05$). По-

лученные данные свидетельствуют в пользу уменьшения катаболизма коллагена под влиянием комплексной коррекции.

После лечения повышение уровня экскреции ГАГ в суточной моче сохранялась в обследуемых группах, и наблюдалась у 23 (67,6%) больных III группы, у 20 (62,5%) больных II группы, у 16 (66,7%) больных I группы. Однако выраженность экскреции достоверно снизилась, во II и III группах больных по отношению к показателю до лечения.

Результаты исследования свидетельствуют об уменьшении катаболизма межклеточного вещества соединительной ткани у пациенток под влиянием комплексной терапии.

Таким образом, применение разработанного корректирующего комплекса, регулирующего метаболические процессы в соединительной ткани и улучшающего процессы коллагенообразования позволяет повысить эффективность лечения и добиться стабилизации процесса за 12 мес. наблюдения в III группе у 85,3% больных, во II группе — у 59,4% пациенток и в I группе — только у 20,8% больных.

Ссылки:

1. Врождена соединительнотканна малостойкость у децата / Т. Милковска-Дмитрова // Медицина и физкультура. — София, 1987. — 189 с.
2. Клиническая урогинекология / А. С. Перверзев. — Х.: Факт, 2000. — 368с.
3. Колупаев С. М. Лечение гиперактивного мочевого пузыря у женщин в постменопаузе / В. Н. Лесовой, И. А. Гарагатый, С. М. Колупаев // Материалы I съезда урологов Таджикистана с международным участием. — Душанбе, 2011. — С. 198-200.
4. Смольнова Т. Ю. Клинико-патогенетические аспекты опущения и выпадения внутренних половых органов при недифференцированных формах дисплазии соединительной ткани / Т. Ю. Смольнова, Л. В. Адамян // Кубанский научный медицинский вестник. — 2009. — № 6/11. — С. 69-73.
5. Сухих Г. Т. Поиск этиологических факторов пролапса гениталий / Г. Т. Сухих, А. Ю. Данилов, Д. А. Боташева // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2010. — Т. 10, № 5. — С. 28-32.
6. Тазовый пролапс. Монография / В. Ф. Куликовский, Н.В. Олейник // Белгород, 2004. — 300 с.
7. Чайка В. К. Нетримання сечі у жінок з гінекологічною патологією та синдромом дисплазії сполучної тканини / В. К. Чайка, Г. О. Железна, К.В. Чайка. — Донецьк: «Ноулідж». Донец. від-ня, 2014. — 174 с.: табл., іл. — Бібліогр.: с. 143-157.
8. Starezenski A., Epidemiology and treatment for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women / A. Starezenski, A. Brodowska, J. Brodowski // Pol Merkur Lekarski. — 2008 — Jul; 25 (145) — P. 74-76.
9. Swift et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition and epidemiologic condition of pelvic organ support defects // Am. J. Obstet Gynecol. — 2005. — Vol. 192, № 3. — P. 795-780.