

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 618.15-007.44:616.62-008.222

МИЦКЕВИЧ  
Екатерина Александровна

**ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ С  
НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ЖЕНЩИН: ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,  
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Минск 2014

Работа выполнена в УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Научный руководитель:** **Дивакова Татьяна Семеновна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ПК УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Официальные оппоненты:** **Михалевич Станислава Иосифовна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Гутикова Людмила Витольдовна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Оппонирующая организация:** ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Защита состоится 15 октября 2014 года в 12<sup>00</sup> на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, e-mail: uchsovet@bsmu.by, тел. 272 55 98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «            » сентября 2014 года.

Ученый секретарь совета  
по защите диссертаций,  
кандидат медицинских наук

О.Н. Волкова

## ВВЕДЕНИЕ

По данным различных авторов, пролапс тазовых органов сочетается с недержанием мочи от 50 до 84% случаев, причем преобладают смешанные формы инконтиненции [Bai S.W. 2002, Kenton K. 2008]. Однако до настоящего времени недостаточно изучены особенности диагностики сочетанной патологии тазового дна [Аполихина И.А. 2006, Gutman R.E., 2013], безопасные и эффективные методы одномоментного или последовательного хирургического и консервативного лечения [Нечипоренко А.Н. 2005, 2008, Cosson M. 2006, Gutman R.E., 2013]. Накопление опыта использования протезов из полипропилена для вмешательств на тазовом дне обусловило понимание особенностей их взаимодействия с собственными тканями, организмом в целом [Барсуков А.Н. 2012, Wu J.M. 2011, Gutman R.E. 2013]. Возникшие осложнения и недостаточный эффект хирургического лечения за счет собственных тканей не сделали данные методы универсальными, в связи с этим внимание врачей-исследователей и практиков обратилось к использованию синтетических сетчатых протезов и вспомогательных методов лечения патологии тазового дна [Жебентяев А.А. 2009, Куликов А.А. 2013, Gutman R.E. 2013]. Результаты фармакотерапии, поведенческой терапии в сочетании с оперативными вмешательствами в лечении сопутствующих нарушений функции мочевого пузыря, прямой кишки изучены недостаточно [Henderson J.T. 2013]. Недержание мочи, urgency, задержка мочи, затруднение дефекации, недержание кала, газов – наиболее часто встречающиеся состояния, которые сопровождают пролапс тазовых органов и требуют длительного комплексного лечения [Краснопольский В.И. 1999, Gutman R.E. 2013, Henderson J.T. 2013]. Устранение анатомических нарушений в ходе оперативного вмешательства оставляет открытым вопрос о восстановлении функций смежных органов [Cosson M. 2006, Wu J.M. 2011]. Поэтому целесообразно в ходе предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде дополнять хирургическое лечение вспомогательными медикаментозными и немедикаментозными методами.

Учитывая распространенность пролапса тазовых органов, особенно в сочетании с недержанием мочи [Gutman R.E. 2013, Henderson J.T. 2013], отсутствие единых подходов к симультанному лечению [Wu J.M. 2011], недостаточную эффективность хирургического лечения за счет собственных тканей и неоднозначность использования алломатериалов [Пересада О.А. 2010, Denman M.F. 2008, Wu J.M. 2011], изучение и совершенствование методов диагностики и патогенетически обоснованного комбинированного лечения на основе использования синтетических сетчатых протезов являются актуальными и требуют дальнейшего исследования.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Связь работы с крупными научными программами и темами.**

Диссертационное исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» «Оптимизация реконструктивных и малоинвазивных оперативных методов лечения и ведения периоперационного периода при гинекологической патологии», № государственной регистрации 20130058 от 01.02.2013. Тема диссертации утверждена на заседании совета УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» 29.12.2009, протокол № 10.

**Цель исследования.** Усовершенствовать методы диагностики и лечения пролапса тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи у женщин на основе изучения этиологии, патогенеза, стадии и степени заболеваний, использования синтетических сетчатых протезов в симультанных операциях влагалищным доступом.

### **Задачи исследования**

1. Установить роль возраста, характера трудовой деятельности, массы тела, акушерско-гинекологического анамнеза, гормонального статуса, экстрагенитальной патологии, в том числе ассоциированной с синдромом дисплазии соединительной ткани, в развитии пролапса тазовых органов и недержания мочи у женщин.

2. Разработать методы диагностики пролапса тазовых органов и недержания мочи у женщин на основе анкетирования, установления стадии заболевания согласно классификаций Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q), Бахаева В.В., использования 2- и 3-хмерной сонографии уретровезикального сегмента.

3. Разработать методы оперативного лечения пролапса тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи у женщин с использованием синтетических сетчатых протезов при симультанных операциях влагалищным доступом.

4. Усовершенствовать комплексное периоперационное ведение пациентов с сочетанной патологией тазового дна на основе медикаментозной и поведенческой терапии с целью улучшения результатов хирургического лечения.

5. Оценить ближайшие и отдалённые результаты лечения пациентов с использованием синтетических сетчатых протезов и собственных тканей при симультанных операциях влагалищным доступом.

**Объект и предмет исследования.** Объект исследования – 160 женщин с патологией тазового дна: 90 пациентов с пролапсом тазовых органов

при сочетании с недержанием мочи (стрессовым или смешанным), 70 пациентов с пролапсом тазовых органов; 20 здоровых женщин. Предмет исследования – стадия пролапса тазовых органов, степень тяжести недержания мочи, сонографические критерии топографии уретровезикального сегмента, половые гормоны сыворотки крови.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Пролапс тазовых органов у женщин, сочетающийся со стрессовым, и смешанным недержанием мочи, обусловлен преимущественно наследственным фактором, дисплазией соединительной ткани, акушерским травматизмом, снижением эстрогенного влияния на ткани. Диагностика сочетанной патологии тазового дна, в том числе преобладающих видов – дистального пролапса тазовых органов и смешанного недержания мочи, основывается на учете результатов объективного исследования с выполнением функциональных проб, специального анкетирования, 2D и 3D сонографии уретровезикального сегмента трансабдоминальным и промежностным сканированием.

2. Одномоментное хирургическое лечение пациентов при сочетании пролапса тазовых органов со стрессовым и смешанным недержанием мочи влагалищным доступом на основе использования синтетических сетчатых протезов из полипропилена, в том числе уретропексии трансобтураторным доступом в собственной модификации, и за счет собственных тканей (укорочение кардинальных, крестцово-маточных связок, шейки матки, леваторопластика), а также сохранения кровотока в бассейне маточных артерий позволяет устранить пролапс тазовых органов и стрессовую инконтиненцию с минимальной частотой рецидивов и осложнений (смещение, сморщивание протеза, эрозия стенки влагалища, диспареуния).

3. Ближайшие и отдаленные результаты комбинированного лечения пациентов с пролапсом тазовых органов при сочетании с недержанием мочи на основе трехэтапной схемы (I этап – предоперационная подготовка ангиопротекторами, местными эстрогенами, антихолинолитиками и тренировкой мочевого пузыря; II этап – одномоментное хирургическое вмешательство влагалищным доступом на основе использования синтетических сетчатых протезов (экстраперитонеальная кольпопексия, уретропексия трансобтураторным доступом в собственной модификации) и собственных тканей (укорочение кардинальных, крестцово-маточных связок, шейки матки, леваторопластика) с сохранением кровотока в бассейне маточных артерий); III этап – послеоперационная реабилитация местными эстрогенами, ангиопротекторами, тренировкой мышц тазового дна, антихолинолитиками и тренировкой мочевого пузыря) показали высокую эффективность, снижение частоты рецидивов пролапса тазовых органов, стрессового недержания мочи,

гиперактивного мочевого пузыря, возникновения гиперактивного мочевого пузыря de novo, снижение материальных затрат на лечение.

**Личный вклад соискателя.** Клиническая часть работы выполнена в гинекологическом отделении УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница» на базе Областного научно-практического центра «Хирургия тазового дна». Соискатель совместно с научным руководителем определил цель и задачи исследования, самостоятельно провел набор, обследование и наблюдение пациентов в периоперационном периоде. Автор принял участие в 65 операциях совместно с научным руководителем. Результаты обследования женщин с пролапсом тазовых органов при сочетании с недержанием мочи представлены в статьях [1, 2, 3] и материалах конференций [5, 6, 7, 10, 14] (вклад диссертанта 95%). Комплексная диагностика инконтиненции с использованием разработанной анкеты «Тест диагностики типа и степени недержания мочи» отражена в материалах конференций [5, 9] (вклад диссертанта 80%). Методика и данные сонографии уретровезикального сегмента женщин с сочетанной патологией тазового дна до и после оперативного вмешательства, особенности ведения периоперационного периода изложены в статьях [3, 4] и материалах конференций [8, 9, 13] (вклад диссертанта 100%). Эффективность консервативного и хирургического лечения пролапса тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи, в том числе уретропексии трансобтураторным доступом в собственной модификации, освещена в статьях [1, 4] и материалах конференций [4, 8, 11, 12, 13] (вклад диссертанта 95%). Автором самостоятельно сформирована электронная база данных обследованных пациентов, проведены статистическая обработка материала, анализ и теоритическое обобщение полученных результатов, подготовка иллюстраций, формулировка выводов, разработка практических рекомендаций. По теме диссертации Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по применению [15], которая внедрена в лечебно-диагностический процесс УЗ «Витебский областной клинический родильный дом», УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница», филиалов УЗ «Витебская городская акушерско-гинекологической поликлиника», УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи», в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии, кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПК УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедры акушерства и гинекологии УО «Гродненский государственный медицинский университет».

**Апробация результатов диссертации.** Основные результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на 63-й, 65-й, 66-й, 67-й, 68-й, 69-й научных сессиях университета «Достижения фундаментальной,

клинической медицины и фармации» (г. Витебск, 2008, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014); 61-й, 62-й, 63-й, 64-й, 65-й итоговых научно-практических конференциях студентов и молодых ученых «Актуальные вопросы современной медицины и фармации» (г. Витебск, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013); Белорусской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы клинической урологии» (г. Гродно, 2010); областной конференции «Тактика ведения пациентов при аномалиях развития половых органов» (г. Могилев, 2012); областной конференции «Тактика ведения пациентов при аномалиях развития половых органов и при пролапсе гениталий. Современные методы коррекции» (г. Витебск, 2012); Республиканской научно-практической конференции «Современные подходы к хирургии тазового дна и тазовых органов» (г. Витебск, 2013); областном научно-практическом семинаре с международным участием «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и урогинекологии» (г. Гродно, 2013).

**Опубликованность результатов диссертации.** По теме диссертации опубликованы 4 статьи в научных журналах, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь, общим объемом 2,38 авторских листа; 10 статей в сборниках научных трудов общим объемом 1,76 авторских листа. Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по применению «Диагностика и лечение пролапса тазовых органов при сочетании с недержанием мочи у женщин», регистрационный номер № 047-0412 от 05.04.2013 (0,46 авторских листа). Общий объем опубликованных материалов – 4,60 авторских листа.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, основной части, состоящей из 5 глав (аналитического обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 3 глав собственных исследований), заключения, состоящего из выводов и рекомендаций по практическому использованию результатов, а также библиографического списка (52 русскоязычных и 159 иностранных источника информации), 15 собственных публикаций автора. Диссертация изложена на русском языке на 146 страницах машинописного текста, иллюстрирована 30 рисунками и 30 таблицами. Основная часть работы занимает 80 страниц, рисунки – 15 страниц, таблицы – 16 страниц, библиографический список – 19 страниц, приложения – 22 страницы. Общий объем диссертации – 168 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Проведено обследование и наблюдение 180 женщин. В основную группу (I) вошли пациенты с сочетанием пролапса тазовых органов и стрессового/смешанного недержания мочи (90 человек). В группу сравнения (II) вошли пациенты с пролапсом тазовых органов (70 человек). Обе группы были разделены на подгруппы: подгруппа «а» – лечение с использованием синтетических сетчатых протезов, подгруппа «б» – лечение с использованием собственных тканей. Подгруппа «а» основной группы включала 69 пациентов (Ia), подгруппа «б» основной группы – 21 пациент (Ib), подгруппа «а» группы сравнения – 45 пациентов (IIa), подгруппа б группы сравнения – 25 пациентов (IIb). 20 практически здоровых женщин без пролапса тазовых органов и недержания мочи составили группу контроля (III). Проведен анализ анамнеза и жалоб, объективного осмотра с выполнением функциональных проб, анкетирования с использованием разработанного «Теста диагностики типа и степени недержания мочи». Лабораторные исследования выполняли согласно клиническим протоколам обследования и лечения в акушерстве и гинекологии для исключения инфекции нижнего отдела мочеполового тракта. Определяли гормональный статус пациентов (пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, тестостерон, дегидроэпиандростерон, кортизол) гамма-счетчиком «WIZARD 1470», Wallac (Швеция) с использованием радиоиммунных наборов, производимых Институтом биоорганической химии Национальной Академии Наук Республики Беларусь: ИРМА-ЛГ-СТ, ИРМА-ФСГ-СТ, ИРМА-ПРОЛАКТИН-СТ, РИА-КОРТИЗОЛ-СТ, РИА-ТЕСТОСТЕРОН-СТ, РИА-ЭСТРАДИОЛ-СТ, РИА-ДГЭА-СТ. Всем пациентам до и после хирургического лечения выполняли сонографию малого таза с визуализацией уретровезикального сегмента: определяли угол инклинации уретры, задний уретровезикальный угол, локализацию и подвижность уретровезикального сегмента, дна мочевого пузыря по отношению к лонному сочленению в покое и при натуживании; оценивали объем остаточной мочи после мочеиспускания, расположение сетчатого протеза (2D режим); диаметр проксимального отдела уретры, толщину внутреннего сфинктера уретры (3D режим) на аппаратах «Voluson 730 Expert», «LOGIQ 500 PRO», «Siemens Sonoline Adara».

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью компьютерной базы данных MS Excel, программы «BioStat 1998 4.03», пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Использованы параметрические и непараметрические методы анализа. Достоверность различий в группах была принята при уровне статистической значимости  $p < 0,05$ . Определяли относительный риск (ОР) развития событий, доверительный интервал (ДИ).

Чувствительность и специфичность прогнозов определяли по Р. Флетчер (1998). Оценили затраты на хирургическое лечение по состоянию цен на 01.07.2013.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Женщины с пролапсом тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи (I группа) статистически значимо не отличались от здоровых женщин (III группа) по возрасту, образу жизни, ИМТ, соматической и гинекологической заболеваемости, количеству родов, возрасту и длительности менопаузы, частоте и тяжести климактерического синдрома ( $p>0,05$ ). Значительное количество пациентов с сочетанной патологией тазового дна (60,6%) было трудоспособного возраста, из них – 87,6% работающих. У пациентов с сочетанной патологией тазового дна и с пролапсом тазовых органов фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани встречались статистически значимо чаще в сравнении со здоровыми женщинами (85,6% против 50,0%;  $\chi^2=12,784$ ;  $p<0,001$ ).

У пациентов с пролапсом тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи преобладал дистальный пролапс – 73,3% и смешанное недержание мочи – 51,1%.

При исследовании факторов, ассоциированных с патологией тазового дна, оказалось, что пролапс тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи обусловлен отягощенной наследственностью (OR=10,23), акушерской травмой (OR=8,71), дисплазией соединительной ткани (OR=5,96), снижением эстрогенного воздействия на структуры тазового дна (OR=4,71). Наибольший риск стрессового недержания мочи имел место при дистальном пролапсе (OR=9,30) в перименопаузе (OR=2,30).

Концентрация в крови пациентов с пролапсом тазовых органов при сочетании с недержанием мочи и здоровых женщин пролактина, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, эстрадиола, тестостерона, дегидроэпиандростерона, кортизола статистически значимо не различалась ( $p>0,05$ ). Однако высокая частота атрофического вульвовагинита (26,1%), гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) (51,1%), сонографических признаков недостаточности внутреннего сфинктера уретры (72,1%) характеризовала дефицит воздействия эстрогенов за счет снижения связывания стероидов с собственными рецепторами в тканях у пациентов с пролапсом тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи.

Использование при анкетировании «Теста диагностики типа и степени тяжести недержания мочи» в комплексном обследовании пациентов с

сочетанной патологией тазового дна позволило определить скрытые формы ГАМП в 66,7% случаев при смешанной инконтиненции.

По данным сонографии уретровезикального сегмента у пациентов с патологией тазового дна по сравнению со здоровыми женщинами угол инклинации уретры был значимо больше, что было обусловлено смещением уретры вслед за опущением передней стенки влагалища. Гипермобильность уретры (увеличение угла инклинации уретры при напряжении) наблюдали у 40 (93,0%) пациентов I группы, у 38 (90,5%) пациентов II группы, и лишь у 2 (10,0%) пациентов III группы ( $\chi^2=32,573$ ;  $p<0,001$ ). Деформация контура нижнего полюса мочевого пузыря и смещение его ниже уровня симфиза (сонографические признаки цистоцеле) диагностированы у 24 (55,8%) пациентов с сочетанной патологией тазового дна. У здоровых женщин деформация контура нижнего полюса мочевого пузыря имела место только в 4 (20,0%) случаях ( $\chi^2=17,520$ ;  $p<0,001$ ). Частые позывы к мочеиспусканию (ургентность) обусловили меньший объем мочи при первом позыве к мочеиспусканию в I группе (в 1,6 раза), где имел место ГАМП как компонент смешанной инконтиненции. Недостаточность внутреннего сфинктера уретры, а именно сочетание признаков увеличения диаметра уретры и уменьшения толщины его сфинктера, отмечена у 31 (72,1%) пациента I группы, у 17 (40,5%) – II группы, и лишь у 2 (10,0%) – III группы, что оказалось статистически значимым ( $\chi^2=8,867$ ;  $p=0,012$ ). Сонография, как метод диагностики гипермобильности уретры и цистоцеле, обладала высокой чувствительностью (95,0% и 85,7% соответственно), но невысокой специфичностью (33,3% и 71,4% соответственно). Интерпретация результатов сонографии уретровезикального сегмента позволила не только уточнить диагноз, но и прогнозировать эффективность лечения.

Целью хирургической коррекции патологии тазового дна явилось устранение пролапса тазовых органов, восстановление функции мочеиспускания, улучшение качества жизни женщины. Показаниями к оперативному лечению были: пролапс тазовых органов II, III и IV стадии; стрессовое, смешанное недержание мочи; пролапс тазовых органов, осложненный нарушением функции мочевого пузыря. Выполнение функциональных проб, заполнение анкеты «Тест определения типа и степени тяжести недержания мочи», использование расширенной кольпоскопии до и после предоперационной подготовки позволяло выбрать объем операции (согласно инструкции по применению № 047-0412).

Для хирургического лечения использовали как синтетические сетчатые протезы из полипропилена (Пелвикс передний, задний, полный; Гинефлекс; Prolift anterior, posterior, total; TVT Obturator), так и собственные ткани. Синтетические сетчатые протезы из полипропилена были использованы

в 114 (71,3%) случаях: 55,0% – «Линтекс», 45,0% – «Johnson&Johnson». Объем оперативного вмешательства в подгруппах был:

➤ Ia подгруппа – уретропексия трансобтураторным доступом с использованием синтетического сетчатого протеза в стандартной и в собственной модификации с пластикой влагалища (28,9%); экстраперитонеальная влагалищная кольпопексия с использованием синтетического сетчатого протеза совместно с уретропексией трансобтураторным доступом, пластикой промежности, леваторов (23,2%); уретропексия трансобтураторным доступом в сочетании с пластикой промежности, леваторов (14,5%);

➤ Ib – влагалищная экстирпация матки совместно с пластикой влагалища, промежности, леваторов (42,9%); пластика влагалища, промежности, леваторов (19,0%); цистоуретропексия собственными тканями в сочетании с пластикой влагалища, промежности, леваторов (14,3%);

➤ IIa – экстраперитонеальная влагалищная кольпопексия с использованием синтетического сетчатого протеза совместно с пластикой промежности, леваторов (51,1%); экстраперитонеальная влагалищная кольпопексия с использованием синтетического сетчатого протеза совместно с манчестерской операцией, пластикой промежности, леваторов (31,1%); экстраперитонеальная влагалищная кольпопексия с использованием синтетического сетчатого протеза совместно с влагалищной экстирпацией матки, пластикой промежности, леваторов (8,9%);

➤ IIb – влагалищная экстирпация матки совместно с пластикой промежности, леваторов (64,0%); манчестерская операция совместно с пластикой промежности, леваторов (16,0%).

В предоперационном периоде пациенты получали лекарственные средства: свечи с эстриолом 0,5 мг или крем 1 мг/г вагинально в течение 14 – 28 дней; дипиридамол 25 мг 3 раза в сутки перорально в течение 1 месяца; при смешанном недержании мочи лечение дополняли солифенацином 5 мг внутрь 1 – 2 раза в сутки от 1 до 2 месяцев в зависимости от динамики симптомов инконтиненции.

Послеоперационная реабилитация включала свечи с эстриолом 0,5 мг, крем с эстриолом 1 мг/г 1 раз в сутки влагалищно в течение 60 дней; дипиридамол 25 мг 3 раза в сутки перорально в течение 30 дней, тренировку мышц тазового дна 60 дней. При сочетании пролапса тазовых органов со смешанным недержанием мочи назначали: солифенацин по 5 – 10 мг ежедневно от 2 до 6 месяцев с постепенным снижением дозы, тренировку мочевого пузыря 60 дней.

Эффективность лечения по устранению пролапса тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи в основной группе и

группе сравнения оценивали спустя 1, 3, 6, 12, 24, 36 и 48 месяцев, что представлено в таблицах 1, 2.

Таблица 1 – Эффективность лечения по устранению пролапса тазовых органов у женщин

Подгруппа	Результат лечения	Эффективное лечение, n (%)	Частично эффективное лечение, n (%)	Рецидив, n (%)	p
<b>Ia (n=69)</b>	Спустя 6 мес	67 (97,2)	2 (2,8)	-	<0,001
	Спустя 12 мес	61 (88,4)	8 (11,6)	-	<0,001
<b>Ib (n=21)</b>	Более 12 месяцев	5 (23,8)	10 (47,6)	6 (28,6)	<0,001
<b>IIa (n=45)</b>	Спустя 6 мес	33 (73,3)	12 (26,7)	-	<0,001
	Спустя 12 мес	19 (42,2)	23 (51,1)	3 (6,7)	<0,001
<b>IIb (n=25)</b>	Спустя 6 мес	22 (88,0)	3 (12,0)	-	<0,001
	Спустя 12 мес	8 (32,0)	17 (68,0)	-	<0,001

Таблица 2 – Эффективность лечения по устранению стрессового недержания мочи у женщин

Подгруппа	Результат лечения	Эффективное лечение, n (%)	Частично эффективное лечение, n (%)	Рецидив, n (%)	p
<b>Ia (n=69)</b>	Спустя 6 мес	64 (92,8)	5 (7,2)	-	<0,001
	Спустя 12 мес	62 (89,9)	6 (8,7)	1 (1,4)	<0,001
<b>Ib (n=21)</b>	Более 12 месяцев	6 (28,6)	5 (23,8)	10 (47,6)	0,002

Сравнение ближайших и отдаленных результатов комплексного лечения показало, что максимальный эффект наблюдался через 6 месяцев, затем в ряде случаев снижался. Количество пациентов с нормальным положением тазовых органов в Ia, IIa и IIb подгруппах при оценке ближайших результатов статистически значимо не различалось ( $\chi^2=0,964$ ;  $p=0,618$ ). Спустя 12 месяцев в Ia подгруппе доля абсолютного эффекта лечения оставалась статистически значимо выше ( $p<0,001$ ), чем в остальных группах исследования.

Эффективность лечения пролапса тазовых органов при сочетании с недержанием мочи с использованием синтетических сетчатых протезов составила 89,9% через 6 месяцев, 81,1% через 12 месяцев, 74,5% и 73,1% через

24 и 48 месяцев соответственно. Эффективность отдаленных результатов лечения в Ib подгруппе составила 23,8% против 73,1% ( $\chi^2=9,399$ ;  $p=0,002$ ), что было ниже в 3,1 раза.

Результаты сравнительной оценки использования синтетических сетчатых протезов «Johnson&Johnson» и «Линтекс» показали их схожую эффективность по устранению пролапса тазовых органов и недержания мочи. Однако применение протезов «Линтекс» было ассоциировано с несколько большим количеством осложнений (смещение протеза, эрозия влагалища, гематома): 56,7% и 43,3% соответственно ( $p=0,141$ ). Техника уретропексии трансобтураторным доступом в собственной модификации с использованием протеза Гинефлекс «Линтекс» и иглы Эммета в сравнении с TVT-О показала себя как эффективная в 98,3% случаев.

Установлено позитивное влияние медикаментозной и поведенческой терапии в периоперационном периоде на отдаленные результаты комплексного лечения пациентов. У женщин, получивших медикаментозную и поведенческую терапию в периоперационном периоде, через 12 и 24 месяцев отсутствовали рецидивы гиперактивного мочевого пузыря, рецидивы и частичный эффект лечения пролапса тазовых органов. Статистически значимо реже диагностированы рецидив стрессового недержания мочи (в 10,9 раз) и гиперактивный мочевой пузырь *de novo* (в 15,0 раз). У 6 (75,0%) женщин Ia подгруппы с гиперактивным мочевым пузырем *de novo* было аномальное расположение слинга.

Выполнение высокотехнологичных операций с использованием синтетических сетчатых протезов, в том числе при одномоментной коррекции сочетанной патологии тазового дна, статистически значимо ( $p=0,020$ ) не было сопряжено с более высоким риском осложнений. В 32 (61,5%) случаях имело место сочетание различных осложнений (согласно классификации CTS), среди которых наиболее часто было частичное смещение или сморщивание протеза (36,5%) в сочетании с эрозией стенки влагалища (34,4%), диспареунией (25,0%). Частота случаев частичного смещения или сморщивания протеза (15,9% против 17,8%;  $\chi^2<0,001$ ;  $p=1,000$ ), эрозии стенки влагалища (1,4% против 8,9%;  $\chi^2=4,772$ ;  $p=0,029$ ), диспареунии (2,2% против 13,3%;  $\chi^2=3,087$ ;  $p=0,079$ ) не превышали показатели пациентов, у которых была выполнена только коррекция пролапса тазовых органов. В повторном хирургическом вмешательстве по причинам, связанным со смещением протеза нуждались только 2 (2,9%) пациента Ia подгруппы.

При исследовании факторов, статистически значимо ассоциированных ( $p<0,05$ ) с рецидивом патологии тазового дна, оказалось, что возникновение рецидива пролапса тазовых органов повышалось при выполнении влагалищной экстирпации матки (OR=10,23), перенесенной

акушерской травме (ОР=9,48), III-IV стадии пролапса (ОР=7,33), климактерическом синдроме средней и тяжелой степени (ОР=6,64). Возникновение рецидива стрессового недержания мочи было взаимосвязано с перенесенной акушерской травмой (ОР=10,96), тяжелой степенью недержания мочи (ОР=9,50), смешанным типом недержания мочи (ОР=4,86), климактерическим синдромом средней и тяжелой степени (ОР=12,50). Рост рецидивов гиперактивного мочевого пузыря и возникновение гиперактивного мочевого пузыря *de novo* в послеоперационном периоде соответствовали увеличению длительности постменопаузы и степени снижения влияния эстрогенов на ткани.

Одномоментное хирургическое лечение сочетанной патологии тазового дна с выполнением субуретральной цистоуретропексии в собственной модификации позволило снизить стоимость лечения в 1,7 раза и достигнуть годового экономического эффекта равного 256 264 300 руб. за счет применения синтетического протеза из полипропилена Гинефлекс и иглы Эммета.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **Основные научные результаты диссертации**

1. У пациентов с сочетанием пролапса тазовых органов и недержанием мочи преобладает дистальный пролапс (73,3%) и смешанная инконтиненция (51,1%), обусловленные отягощенной наследственностью (ОР=10,23; ДИ 1,33–78,44;  $p=0,005$ ), акушерской травмой (ОР=8,71; ДИ 2,98–25,45;  $p<0,001$ ), дисплазией соединительной ткани (ОР=5,96; ДИ 2,23–15,9;  $p<0,001$ ), снижением эстрогенного воздействия на структуры тазового дна (ОР=4,71; ДИ 1,06–21,06;  $p=0,039$ ). Наибольший риск стрессового недержания мочи отмечен при дистальном пролапсе (ОР=9,3; ДИ 4,48–19,21;  $p<0,001$ ) в перименопаузе (ОР=2,3; ДИ 1,14–4,53;  $p=0,020$ ) [2, 6, 8, 9, 12].

2. Обследование женщин с сочетанной патологией тазового дна основано на сопоставлении результатов объективного осмотра с выполнением функциональных проб (кашлевой, Вальсальвы, теста Бонни), специального анкетирования и сонографии уретровезикального сегмента в 2D и 3D режимах трансабдоминальным и промежностным сканированием. Использование разработанного анкетирования («тест диагностики типа и степени тяжести недержания мочи») позволяет определить скрытые формы гиперактивного мочевого пузыря в 66,7% при смешанной инконтиненции. Наличие гипермобильности уретры (93,0% против 10,0%;  $\chi^2=32,573$ ;  $p<0,001$ ), увеличение диаметра ее проксимального отдела (1,63 см – 2,02 см) и уменьшение толщины внутреннего сфинктера (0,23 см – 0,33 см) (72,1% против 10,0%;  $\chi^2=8,867$ ;  $p=0,012$ ), уменьшение объема мочи в 1,6 раз при первом позыве к мочеиспусканию (67,40 мл – 152,00 мл) ( $\chi^2=24,359$ ;  $p<0,001$ )

характерны для пациентов при сочетании пролапса тазовых органов со стрессовым и смешанным недержанием мочи [2, 4, 6, 7, 10, 15].

3. Одномоментная хирургическая коррекция пролапса тазовых органов и стрессового/смешанного недержания мочи по разработанной методике влагалищным доступом на основе использования синтетических сетчатых протезов из полипропилена (Пелвикс передний, задний, полный; Гинефлекс; Prolift anterior, posterior, total; TVT Obturator) и за счет собственных тканей (укорочение кардинальных, крестцово-маточных связок, шейки матки, леваторопластика) с сохранением кровотока в бассейне маточных артерий не сопряжена с более высоким риском осложнений (31,9% против 55,6%;  $\chi^2=2,318$ ;  $p=0,020$ ). Частота случаев частичного смещения или сморщивания протеза (15,9% против 17,8%;  $\chi^2<0,001$ ;  $p=1,000$ ), эрозии стенки влагалища (1,4% против 8,9%;  $\chi^2=4,772$ ;  $p=0,029$ ), диспареунии (2,2% против 13,3%;  $\chi^2=3,087$ ;  $p=0,079$ ) не превышали показатели пациентов, у которых была выполнена только коррекция пролапса тазовых органов. Техника уретропексии трансобтураторным доступом в собственной модификации с использованием синтетического сетчатого протеза Гинефлекс и иглы Эммета в сравнении с техникой TVT-О показала себя как эффективная и безопасная (1,7% рецидивов против 0,0%). В повторном хирургическом вмешательстве, связанном с осложнениями использования синтетических сетчатых протезов, нуждались только 2,9% пациентов [2, 3, 5, 6, 14, 15].

4. Эффективность 3-этапного лечения женщин с пролапсом тазовых органов при сочетании с недержанием мочи на основе использования синтетических сетчатых протезов составила 89,9% через 6 месяцев и 81,1% через 12 месяцев, 74,5% и 73,1% через 24 и 48 месяцев соответственно, что в 3,1 раза выше в сравнении с ранее применявшимся хирургическим лечением за счет только собственных тканей (73,1% против 23,8%;  $\chi^2=9,399$ ;  $p=0,002$ ). Одномоментное хирургическое лечение пролапса тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи с выполнением уретропексии трансобтураторным доступом в собственной модификации позволило снизить стоимость лечения в 1,7 раза [2, 3, 5, 11, 13, 14, 15].

5. У пациентов с пролапсом тазовых органов при сочетании с недержанием мочи возникновение рецидива пролапса тазовых органов ассоциировано с выполненной влагалищной экстирпацией матки (ОР=10,23; ДИ 1,33–78,44;  $p=0,005$ ), перенесенной акушерской травмой (ОР=9,48; ДИ 1,06–85,04;  $p=0,027$ ), III-IV стадией пролапса (ОР=7,33; ДИ 1,24–43,30;  $p=0,029$ ), климактерическим синдромом средней и тяжелой степени (ОР=6,64; ДИ 1,19–37,11;  $p=0,046$ ). Возникновение рецидива стрессового недержания мочи взаимосвязано с перенесенной акушерской травмой (ОР=10,96; ДИ 2,20–54,66;  $p=0,001$ ), тяжелой степенью недержания мочи (ОР=9,50, ДИ от 1,64–

55,30;  $p=0,023$ ), смешанным типом недержания мочи ( $OR=4,86$ ; ДИ 1,19–19,70;  $p=0,024$ ), климактерическим синдромом средней и тяжелой степени ( $OR=12,50$ ; ДИ 2,81–55,60;  $p=0,001$ ). Рост рецидивов гиперактивного мочевого пузыря и возникновение гиперактивного мочевого пузыря de novo в послеоперационном периоде у пациентов с сочетанием пролапса тазовых органов и недержанием мочи соответствовал увеличению длительности постменопаузы и степени снижения влияния эстрогенов на ткани [1, 3, 8, 9, 11, 14].

6. Назначение в периоперационном периоде ангиопротекторов, местных эстрогенов, антихолинолитиков, проведение тренировки мочевого пузыря и мышц тазового дна позволило снизить количество рецидивов пролапса тазовых органов (0,0% против 1,9%), устранить проявления гиперактивного мочевого пузыря (0,0% против 14,3%) через 12 и 24 месяца, снизить количество рецидивов стрессового недержания мочи через 12 месяцев (0,0% против 35,0%) и через 24 месяца (4,1% против 45,0%;  $\chi^2=14,823$ ;  $p<0,001$ ), количество гиперактивного мочевого пузыря de novo через 12 месяцев (2,0% против 35,0%;  $\chi^2=12,009$ ;  $p<0,001$ ) и через 24 месяца (2,0% против 30,0%;  $\chi^2=9,306$ ;  $p=0,002$ ) [1, 2, 6, 7, 14, 15].

#### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

На основании проведенных исследований разработана программа ведения пациентов с пролапсом тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи, позволяющая достигнуть высокой эффективности при снижении материальных затрат на лечение.

1. Обследование женщин с пролапсом тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи должно включать осмотр с выполнением функциональных проб (положительные результаты кашлевой пробы и пробы Вальсальвы, теста Бонни) и анализе анкетирования по «тесту диагностики типа и степени тяжести недержания мочи» для определения скрытых форм инконтиненции. Сонография уретровезикального сегмента трансабдоминальным и промежностным сканированием позволяет выявить гипермобильность уретры (увеличение угла инклинации уретры при выполнении пробы Вальсальвы) (2D режим), увеличение диаметра ее проксимального отдела (1,63 см – 2,02 см) и уменьшение толщины внутреннего сфинктера (0,23 см – 0,33 см) (3D режим), что характерно для сочетания пролапса тазовых органов и стрессового/смешанного недержания мочи. Меньший объем мочи при первом позыве к мочеиспусканию (67,40 мл – 152,00 мл) (2D режим) характерен для пациентов со смешанным недержанием мочи.

2. Назначение перед операцией: дипиридамола 25 мг 3 раза в сутки перорально 30 дней, свечи с эстриолом 0,5 мг 1 раз в сутки вагинально 14 – 28 дней, солифенацин (только при смешанном недержании мочи) 5 мг 1 – 2 раза в сутки перорально 30 – 60 дней, тренировка мочевого пузыря (только при

смешанном недержании мочи) 60 дней.

3. Одномоментная хирургическая коррекция пролапса тазовых органов и стрессового/смешанного недержания мочи при их сочетании на основе использования синтетических сетчатых протезов из полипропилена (экстраперитонеальная влагалищная кольпопексия, уретропексия трансобтураторным доступом в собственной модификации) и собственных тканей (укорочение кардинальных, крестцово-маточных связок, шейки матки, леваторопластика) при сохранении кровотока в бассейне маточных артерий влагалищным доступом. Снижение материальных затрат на хирургическое вмешательство достигается при использовании уретропексии трансобтураторным доступом в собственной модификации при выкраивании лоскута размером 15,0×1,0 см из протеза Гинефлекс и применении иглы Эммета.

4. Назначение после операции: дипиридабол 25 мг 3 раза в сутки перорально 30 дней, свечи с эстриолом 0,5 мг 1 раз в сутки вагинально 60 дней, солифенацин (только при смешанном недержании мочи) 5 мг 1 – 2 раза в сутки перорально 2 – 6 месяцев, тренировка мышц тазового дна 60 дней, тренировка мочевого пузыря (только при смешанном недержании мочи) 60 дней.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

### Статьи в научных журналах

1. Дивакова, Т.С. Пролапс внутренних половых органов и стрессовое недержание мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к лечению / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – № 5 (05). – С. 21–37.
2. Дивакова, Т.С. Гормональный профиль пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич, Л.В. Тихонова // Вестн. ВГМУ. – 2011. – № 4. – С. 61–64.
3. Дивакова, Т.С. Ультразвуковое исследование в диагностике пролапса гениталий и недержания мочи у женщин / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич, М.П. Фомина // Здоровоохранение. – 2011. – № 12. – С. 60–63.
4. Дивакова, Т.С. Сравнительная эффективность использования синтетических сетчатых материалов «Prolift» и «Линтекс» в хирургическом лечении пролапса тазовых органов у женщин / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2012. – № 5 (23). – С. 83–85.

### Статьи в сборниках научных трудов

5. Дивакова, Т.С. Качество жизни женщин после хирургической коррекции стрессового недержания мочи и несостоятельности мышц тазового дна / Т.С. Дивакова, А.Н. Мастыков, Е.А. Кононова (Е.А. Мицкевич) // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 63 науч. сессии ун-та, Витебск, 26–27 марта 2008 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2008. – С. 237–239.
6. Мицкевич, Е.А. Этиопатогенетические аспекты выпадения внутренних половых органов и стрессового недержания мочи у женщин / Е.А. Мицкевич, А.Н. Мастыков // Актуальные вопр. соврем. медицины и фармации : материалы 61 итог. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Витебск, 23–24 апр. 2009 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: С.А. Сушков [и др.]. – Витебск, 2009. – С. 415–416.
7. Мицкевич, Е.А. Сравнительная оценка хирургических методов лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи / Е.А. Мицкевич, Т.С. Дивакова // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 65 науч. сессии ун-та, Витебск, 24–25 марта 2010 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2010. – С. 316–318.
8. Мицкевич, Е.А. Информативность ультразвукового исследования в диагностике пролапса гениталий и недержания мочи / Е.А. Мицкевич // Актуальные вопр. соврем. медицины и фармации : материалы 62 итог. науч.-

практ. конф. студентов и молодых ученых, Витебск, 22–23 апр. 2010 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: С.А. Сушков [и др.]. – Витебск, 2010. – С. 450–451.

9. Дивакова, Т.С. Особенности диагностики формы недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Е.А. Мицкевич, Т.С. Дивакова // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 66 науч. сессии ун-та, Витебск, 27–28 янв. 2011 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2011. – С. 178–179.

10. Мицкевич, Е.А. Распространенность пролапса гениталий и недержания мочи у женщин / Е.А. Мицкевич // Актуальные вопр. соврем. медицины и фармации : материалы 63 итог. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Витебск, 21–22 апр. 2011 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: С.А. Сушков [и др.]. – Витебск, 2011. – С. 291–292.

11. Мицкевич, Е.А. Отдаленные результаты хирургических методов коррекции сочетанной патологии тазового дна у женщин / Е.А. Мицкевич, Т.С. Дивакова // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 67 науч. сессии ун-та, Витебск, 2–3 февр. 2012 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2012. – С. 132–133.

12. Мицкевич, Е.А. Рецидив пролапса гениталий после хирургической коррекции сочетанной патологии тазового дна у женщин / Е.А. Мицкевич // Актуальные вопр. соврем. медицины и фармации : материалы 64 итог. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Витебск, 17–18 апр. 2012 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: С.А. Сушков [и др.]. – Витебск, 2012. – С. 496–497.

13. Дивакова Т.С. MESH-ассоциированные осложнения хирургии тазового дна / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 68 науч. сессии ун-та, Витебск, 31 янв.–1 февр. 2013 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2013. – С. 108–110.

14. Дивакова, Т.С. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин с патологией тазового дна / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич // Достижения фундам., клин. медицины и фармации: материалы 69 науч. сессии ун-та, Витебск, 29–30 янв. 2014 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2014. – С. 149–150.

### **Инструкция по применению**

15. Методы диагностики и лечения пролапса тазовых органов при сочетании с недержанием мочи у женщин : инструкция по применению № 047-0412 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.04.2013 / Витеб. гос. мед. ун-т ; сост. Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич. – Витебск, 2013. – 14 с.

## РЭЗІЮМЭ

Міцкевіч Кацярына Аляксандраўна

### **Пралапс тазавых органаў пры спалучэнні з нетрыманнем мачы ў жанчын: патагенез, клініка, дыягностыка, лячэнне**

**Ключавыя словы:** пралапс тазавых органаў, стрэсавае нетрыманне мачы, змешанае нетрыманне мачы, пратэзы з поліпрапілена.

**Мэта даследавання:** удасканаліць метады дыягностыкі і лячэння пралапса тазавых органаў пры спалучэнні са стрэсавым/змешаным нетрыманнем мачы ў жанчын на аснове вывучэння этыялогіі, патагенезу, стадыі і ступені захворванняў, выкарыстання сінтэтычных сеткавых пратэзаў у сімулянтных аперацыях похвавым доступам.

**Метады даследавання:** клінічныя, інструментальныя, лабараторныя, статыстычныя.

**Атрыманыя вынікі і іх навізна.** У пацыентаў з спалучэннем пралапса тазавых органаў і нетрымання мачы пераважае дыстальны пралапс (73,3%) і змешанае нетрыманне (51,1%). Выкарыстанне «Тэсту дыягностыкі тыпу і ступені цяжкасці нетрымання мачы» дазваляе вызначыць скрытыя формы ГАМП (66,7%). Гіпермабільнасьць урэтры, павелічэнне дыяметра яе праксімальнага аддзела і памяншэнне таўшчыні ўнутранага сфінктара, меншы аб'ём мачы пры першым пазыве да мачавыпускання характэрныя для пацыентаў пры спалучэнні паталогіі тазавага дна. Аднамомантавая хірургічная карэкцыя пралапса тазавых органаў і стрэсавага/змешанага нетрымання мачы на аснове выкарыстання сінтэтычных сеткаватых пратэзаў і ўласных тканін похвавым доступам ліквідуе паталогію, не павышае колькасць ускладненняў. Урэтрапексія трансабтураторным доступам ва ўласнай мадыфікацыі была эфектыўнай і знізіла кошт лячэння ў 1,7 разы. Прызначэнне ў перыоперацыйнам перыядзе ангіапраэктараў, эстрагенаў, антыхаліналітыкаў, трэніроўкі мачавога пузыра і мышц тазавага дна дазволіла знізіць колькасць праяў ГАМП, рэцыдываў стрэсавага нетрымання мачы і выпадкаў ГАМП de novo на 35,0%. Эфектыўнасць 3-этапнага камбінаванага лячэння спалучанай паталогіі тазавага дна складала 89,9% праз 6 месяцаў і 81,1% праз 12 месяцаў.

**Рэкамендацыі па выкарыстанні:** вынікі ўкаранены ў УАЗ «Віцебскі абласны клінічны радзільны дом», УАЗ «Другая Віцебская абласная клінічная бальніца», УАЗ «Віцебская гарадская акушэрска-гінекалагічная паліклініка», УАЗ «Магілёўская гарадская бальніца хуткай медыцынскай дапамогі», УА «Віцебскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт», УА «Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт».

**Вобласць прымянення:** гінекалогія, уралогія, практалогія.

## РЕЗЮМЕ

Мицкевич Екатерина Александровна

### **Пролапс тазовых органов при сочетании с недержанием мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, лечение**

**Ключевые слова:** пролапс тазовых органов, стрессовое недержание мочи, смешанное недержание мочи, протезы из полипропилена.

**Цель исследования:** усовершенствовать методы диагностики и лечения пролапса тазовых органов при сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи у женщин на основе изучения этиологии, патогенеза, стадии и степени заболеваний, использования синтетических сетчатых протезов в симультанных операциях влагалищным доступом.

**Методы исследования:** клинические, инструментальные, лабораторные, статистические.

**Полученные результаты и их новизна.** У пациентов с сочетанием пролапса тазовых органов и недержанием мочи преобладает дистальный пролапс (73,3%) и смешанная инконтиненция (51,1%). Использование «Теста диагностики типа и степени тяжести недержания мочи» позволяло определить скрытые формы ГАМП (66,7%). Гипермобильность уретры, увеличение диаметра ее проксимального отдела и уменьшение толщины внутреннего сфинктера, меньший объем мочи при первом позыве к мочеиспусканию характерны для пациентов с сочетанной патологией тазового дна. Одномоментная хирургическая коррекция пролапса тазовых органов и стрессового/смешанного недержания мочи на основе использования синтетических сетчатых протезов и собственных тканей влагалищным доступом устраняло патологию, не повышало частоту осложнений. Уретропексия трансобтураторным доступом в собственной модификации была эффективной и снизила стоимость лечения в 1,7 раза. Назначение в периоперационном периоде ангиопротекторов, эстрогенов, антихолинолитиков, тренировки мочевого пузыря и мышц тазового дна позволило снизить количество проявлений ГАМП, рецидивов стрессового недержания мочи и случаев ГАМП de novo на 35,0%. Эффективность 3-этапного комбинированного лечения сочетанной патологии тазового дна составила 89,9% через 6 месяцев и 81,1% через 12 месяцев.

**Рекомендации по использованию:** результаты внедрены в УЗ «Витебский областной клинический родильный дом», УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница», УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»; УО «Витебский государственный медицинский университет», УО «Гродненский государственный медицинский университет».

**Область применения:** гинекология, урология, проктология.

## SUMMARY

Mitskevich Ekaterina Aleksandrovna

### **Pelvic organ prolapse in combination with urinary incontinence in women: pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, treatment**

**Keywords:** pelvic organ prolapse, stress urinary incontinence, mixed urinary incontinence, polypropylene prostheses.

**Aim of research:** to improve diagnosis and treatment of pelvic organ prolapse in combination with stress/mixed urinary incontinence in women, based on the study of the etiology, pathogenesis, stage and degree of diseases, the use of synthetic mesh prostheses in simultaneous operations by vaginal access.

**Methods of research:** clinical, instrumental, laboratory and statistical.

**Obtained results and their novelty.** Distal prolapse (73,3%) and mixed incontinence (51,1%) dominate for patients with a combination of pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Using "Diagnostic test the type and severity of urinary incontinence" allowed to determine the latent forms of OAB (66,7%). Hypermobility of the urethra, increasing the diameter of its proximal part and internal sphincter, a smaller volume of urine in the first urge to urinate are characteristic of patients with pelvic organ prolapse combined with stress/mixed urinary incontinence. Simultaneous surgical corrections of pelvic organ prolapse and stress/mixed incontinence based on the use of synthetic mesh prostheses and own tissues did not increase the complications. Transobturator uretropeksy by own modification was effective and reduced the cost of treatment in 1,7 times. Reception angioprotectors, estrogen, antiholinolitiks, bladder training and pelvic floor muscles in the perioperative period has reduced the number of incidents of overactive bladder recurrence of stress urinary incontinence and overactive bladder de novo cases by 35,0%. 3-stage combined treatment of combined pelvic floor pathology led to 89,9% effectiveness at 6 months and 81,1% effectiveness at 12 months.

**Recommendation of application:** results is introduced in «Vitebsk Regional Clinical Maternity Hospital», «Vitebsk Second Regional Hospital», «Vitebsk municipal obstetric clinics»; «Mogilev city hospital emergency», «Vitebsk State Medical University», «Grodno State Medical University».

**Area of application:** gynecology, urology, proctology.

Подписано в печать

Формат бумаги 60x84 1/16. Бумага типографская №2.

Гарнитура «Times New Roman».

Усл. печ. л.      Тираж 60 экз. Заказ №

Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный  
медицинский университет» ЛП № 02330/453 от 30.12.2013.

пр. Фрунзе, 27, 210602, г.Витебск