

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. // М.:ГЭОТАР-Медиа.- 2015. – 1200 с.
2. Клинические рекомендации «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». / Под редакцией И. И. Дедова, Г. Т. Сухих, В. И. Краснопольского // Москва. – 2013. – 2 с.
3. Задержка роста плода. Врачебная тактика: учебн. пособие / под ред. И.О. Макаров, Е.В. Юдина, Е.И. Боровкова. – 3-е изд. – М.: МЕ Дпресс-информ, 2016. – 3 с.
4. Ковалев В.В., Цывьян П.Б. Патологические основы ультразвукового мониторинга состояния плода при синдроме задержки его развития // Акушерство и гинекология. – 2010. - №1. – с. 11-154.
5. Петров Ю. А. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы) / Ю. А. Петров, Т. Ю. Байкулова//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - №8. – С. 727-731
6. Boutin A., Gasse C., Demers S. et al. Does Low PAPP-A Predict Adverse Placenta-Mediated Outcomes in a Low-Risk Nulliparous Population? the Great Obstetrical Syndromes (GOS) Study // J Obstet Gynaecol Can. – 2019. - №40 (6). – p. 663-668
7. Heazel A.E., Siassacos D., Blencowe H. et al. Stillbirth: economical and psychosocial consequences // Lancet. – 2016. – 387 (10018). – p. 604-16.
8. Quibel T., Bultez T., Nizard J., Subtil D., Huchon C., Rozenberg P. In utero fetal death // J Gynecol Obstet Biol Reprod. – 2014. – 43(10). – p. 883-907.
9. Say L., Robson S.C., Kelly T.U. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // Lancet. – 2014 –Vol. 2. Issue 6. – P. 323-333.
10. Best K. E., Seaton S. E., Draper E. S., et al Assessing the deprivation gap in stillbirths and neonatal deaths by cause of death [PabMed] // A national population-based study Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition. – 2018. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30842208> (Дата обращения 23.01.2019).

УДК 618.1

**Белоусов А.С., Лукач М.А., Росюк Е.А.**  
**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СРАВНЕНИЕ**  
**ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО**  
**НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Belousov A.S., Lukach M.A., Rosyuk E.A.**

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND COMPARISON OF THE  
EFFECTIVENESS OF METHODS OF TREATMENT OF WOMEN  
STRESS URINARY INCONTINENCE**

Department of obstetrics and gynecology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: sasha.belousov1997.belousov@mail.ru

**Аннотация.** В статье проанализированы две основные методики хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин: уретропексия синтетической петлём, а также менее инвазивное вмешательство – введение объёмообразующего геля в парауретральную клетчатку с целью клинического сравнения их между собой по ряду критериев.

**Annotation.** The article analyzes two main methods of surgical treatment of women stress urinary incontinence: urethropecia synthetic loop and less invasive intervention – the introduction of a volume-forming gel in the paraurethral tissue for clinical comparison against a number of criteria.

**Ключевые слова:** стрессовое недержание мочи, уретропексия, объёмообразующий гель, урогинекология.

**Keywords:** stress urinary incontinence, urethropexy, volume-forming gel, urogynecology.

**Введение**

Стрессовое недержание мочи определяется ICS (международное общество по проблеме недержания мочи) как жалоба на непроизвольное выделение мочи при усилии, напряжении, чихании или кашле. Согласно данным литературы распространённость недержания мочи в Европе варьирует до 35%, при этом более 50% приходится на стрессовую форму [2].

Факторы риска стрессового недержания мочи подразделяются на предрасполагающие (этническая и генетическая принадлежность, сахарный диабет и неврологические заболевания), акушерские и гинекологические (количество и травматичность родов, оперативные вмешательства на органах малого таза, пролапс тазовых органов), а также провоцирующие (возраст, ожирение, курение, запоры) [1, 4].

Рассматривая хирургическое лечение стрессового недержания мочи следует отметить, что на сегодняшний день есть операции, которые вышли из практики и имеют только историческое значение (операция Келли, паравлагалищная пластика, трансвлагалищная игольная суспензия уретры), а есть операции, которые еще не вошли в практику – тренды будущего (лазерное лечение, стимуляция сакрального нерва, спиральные слинги) [3]. Теми операциями, которые сегодня можно назвать золотым стандартом в лечении стрессового недержания мочи, являются имплантация субуретрального слинга,

а также использование парауретральных методик введения объемообразующего геля.

**Цель исследования** – сравнить эффективность методик хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин (уретропексия синтетической петлём и парауретральное введение объемообразующего геля).

#### **Материалы и методы исследования**

В ходе работы были проанализированы данные из базы гинекологического отделения ФГБУ НИИ ОММ в период с мая по ноябрь 2018 года. Критерием включения для исследования послужил диагноз «Стрессовое недержание мочи, критериями исключения явились пролапс тазовых органов, а также другие формы недержания мочи (ургентная и смешанная формы).

Анализ и статистическая обработка данных произведена с помощью программы Excel.

Для исследования было отобрано 20 пациенток с диагнозом «Стрессовое недержание мочи». Из них при прочих равных условиях первой половине было проведено хирургическое лечение в объёме уретропексии синтетической петлём, а второй половине – парауретральное введение объемообразующего геля.

Сравнение эффективности данных методик хирургического лечения стрессового недержания мочи проводилось в послеоперационном периоде по следующим критериям: выраженность симптомов (опросник – Urogenital Distress Inventory (UDI)), клинически значимые результаты лечения (проведение прокладочного теста, кашлевой пробы и пробы Вальсальвы), наличие и выраженность осложнений, качество жизни после операции (по результатам анкетирования ICIQ – SF).

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди женщин после проведения уретропексии синтетической петлём жалобы на непроизвольное выделение мочи отсутствуют у всех 10 пациенток, кашлевая проба и проба Вальсальвы отрицательные во всех случаях. По результатам анкетирования ISIQ – SF международный индекс удержания мочи среди данных женщин после лечения составил 0 баллов (0 баллов – не беспокоит непроизвольное подтекание мочи, 15 баллов – максимально выраженные жалобы на непроизвольное выделение мочи). Интраоперационная кровопотеря при данном оперативном вмешательстве в среднем составила 70 мл. Средний показатель интенсивности боли (по ВАШ) в первые сутки после данного хирургического лечения составил 4,5. В одном случае зарегистрировано осложнение в виде гематомы в позадилонном пространстве объёмом 150 мл. (см. Таблица 1).

Таблица 1.

Результаты исследования (уретропексия синтетической петлей)

№ п/п	интраоперационная кровопотеря	боль по ВАШ (1-ые сутки после операции)	жалобы после операции	Проба Вальсальвы после операции	Кашлевая проба после операции	г/сут после операции	значение по шкале ISIQ-SF после операции	наличие осложнений
1	50	5	-	-	-	0	0	-
2	50	5	-	-	-	0	0	+
3	50	5	-	-	-	0	0	-
4	150	6	-	-	-	0	0	-
5	100	2	-	-	-	0	0	-
6	50	4	-	-	-	0	0	-
7	50	3	-	-	-	0	0	-
8	50	4	-	-	-	0	0	-
9	50	7	-	-	-	0	0	-
10	100	2	-	-	-	0	0	-

Среди женщин после проведения парауретрального введения объемообразующего геля в одном случае продолжают определяться жалобы на непроизвольное выделение мочи (по результатам прокладочного теста до оперативного вмешательства – 100 г/сутки, после – 30 г/сутки), кашлевая проба и проба Вальсальвы положительные, по результатам анкетирования ISIQ – SF международный индекс удержания мочи в данном случае составил 7 баллов (до операции – 9 баллов), что следует расценивать как неэффективность проведенного хирургического лечения у данной пациентки; в остальных 9 случаях после данного оперативного вмешательства жалобы на непроизвольное подтекание мочи отсутствуют, клинически значимые пробы отрицательные, международный индекс удержания мочи (по ISIQ – SF) составляет 0 баллов. Интраоперационная кровопотеря при данном оперативном вмешательстве в среднем составила 30 мл. Средний показатель интенсивности боли (по ВАШ) в первые сутки после данного хирургического лечения составил 2,5 (см. Таблица 2).

Таблица 2.

Результаты исследования (парауретральное введение объёмобразующего геля)

№ п/п	интраоперационная кровопотеря	боль по ВАШ (1-ые сутки после операции)	жалобы после операции	Проба Вальсальвы после операции	Кашлевая проба после операции	г/сут после операции	значение по шкале ISIQ-SF после операции	наличие осложнений
1	50	2	-	-	-	0	0	-
2	20	1	-	-	-	0	0	-
3	25	1	-	-	-	0	0	-
4	30	4	+	+	+	30	7	-
5	35	3	-	-	-	0	0	-
6	30	3	-	-	-	0	0	-
7	25	4	-	-	-	0	0	-
8	20	2	-	-	-	0	0	-
9	30	1	-	-	-	0	0	-
10	25	2	-	-	-	0	0	-

**Выводы:**

1. Методика хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин в объёме парауретрального введения объёмобразующего геля по сравнению с уретропексией является менее травматичной, осложнения после данного вмешательства встречаются реже.

2. Эффективность лечения стрессового недержания мочи у женщин в объёме парауретрального введения объёмобразующего геля по сравнению с уретропексией синтетической петлёй является более низкой.

3. При противопоказаниях к проведению уретропексии (беременность или планируемая беременность, злокачественные новообразования мочевыделительной системы, инфекции мочеполовых путей, сопутствующая экстрагенитальная патология (в особенности, декомпенсированная)) может применяться парауретральное введение объёмобразующего геля с целью хирургического лечения стрессового недержания мочи.

**Список литературы:**

1. Гвоздев М.Ю. Недержание мочи у женщин в амбулаторной практике // Земский врач. – 2012. - № 4(15). – С. 7 – 10.

2. Клинические рекомендации: Недержание мочи у женщин МКБ 10: N39.3: Профессиональные ассоциации Российское общество урологов. – М., 2016. – 32 с.

3. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. / СПб., 2015.
4. Урология: учебник / сост. Б. К. Комяков. – М., 2015. – 464 с.

УДК 618.177–089.888.11

**Бойченко М.С., Жилина А.С., Мартыненко М.В.  
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ  
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Минздрава России  
Тюмень, Российская Федерация

**Boychenko M.S., Zhilina A.S., Martynenko M.V.  
ANALYSIS OF THE RESULTS OF AUXILIARY REPRODUCTIVE  
TECHNOLOGIES IN THE TYUMEN REGION**

Department of Gynecology and Obstetrics  
Tyumen state medical university  
Tyumen, Russian Federation

E-mail: Boychenko-masha@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены результаты лечения бесплодия в Тюменской области при помощи программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) за счет средств ОМС. Проанализировано количество наступивших беременностей и их исходы, а также эти показатели в зависимости от вида программы ВРТ.

**Annotation.** In the article the treatment outcome of agenesys in Tyumen region are observed undertaken by the aid of ancillary reproductive technology (ART) funded by CHI. The number of occurred pregnancies and their outcomes, as well as the indicators depending on type of program ART have been analyzed.

**Ключевые слова:** бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, ЭКО, ИКСИ.

**Key words:** infertility, ancillary reproductive technology, IVF, ICSI.

**Введение**

В настоящее время под клиническим бесплодием понимают состояние, при котором у супружеской пары, живущей регулярной половой жизнью, без применения контрацепции и желающей иметь ребенка, в течение одного года не наступает беременность. В России частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста достигает 17,5%, и имеет стойкую тенденцию к увеличению [1]. При этом Всемирная организация