

# Современная хирургическая тактика лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи

Б.Б. Курбанов

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

## РЕЗЮМЕ

Проблема хирургического лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи является актуальной в области хирургической гинекологии. На сегодняшний день имеется множество способов коррекции пролапса гениталий, однако не все методы достаточно эффективны, и остается открытым вопрос профилактики рецидива.

**Цель исследования:** определить и обосновать хирургическую тактику при лечении пролапса гениталий и стрессового недержания мочи.

**Материал и методы:** в исследование включены 107 пациенток, оперированных с целью коррекции пролапса гениталий. Все обследуемые были разделены на две группы в зависимости от способа проведенного хирургического вмешательства. В первую группу включены 72 пациентки, которым были проведены операции экстирпации матки влагалищным доступом по новой технологии с укреплением связочного аппарата и фиксацией культи влагалища с использованием синтетической проленовой ленты (TVT-O). Во вторую группу включены 35 пациенток, которым были проведены операции традиционной влагалищной гистерэктомии в сочетании с передней и задней кольпорафией.

**Результаты и обсуждение:** все операции проведены с целью хирургического лечения пролапса гениталий. Результаты оперативного лечения оценивали на основании восстановления качества жизни пациенток. Оценены также ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения. У женщин, которым проведена операция по новой технологии, отмечались меньшая частота рецидива, отсутствие интраоперационных осложнений, повышение качества жизни.

**Заключение:** влагалищный метод коррекции пролапса гениталий по новой технологии является эффективным и может быть рекомендован к применению в широкой практике. В данной статье приведены современные методы хирургического лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи с использованием синтетической проленовой ленты, а также подробно описана методика операции, представлена ее сравнительная оценка.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, недержание мочи, проленовая лента, реконструктивно-пластические операции, хирургическая гинекология, экстирпация матки.

**Для цитирования:** Курбанов Б.Б. Современная хирургическая тактика лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи. РМЖ. Мать и дитя. 2018;1(1):44–48.

## Current surgical tactics in the treatment of genital prolapse and urinary incontinence

B.B. Kurbanov

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

## ABSTRACT

The problem of surgical treatment of genital prolapse and stress urinary incontinence is an acute problem in surgical gynecology. To date, there are many ways to treat the genital prolapse, but not all methods are effective enough and the issue of preventing the relapse remains open.

**Aim:** was to identify and substantiate surgical tactics in the treatment of women with genital prolapse and stress urinary incontinence.

**Patients and Methods:** the study included 107 patients who underwent surgery for the correction of genital prolapse. All patients were divided into two groups, depending on the type of surgical intervention performed. The first group included 72 patients who underwent operations of vaginal hysterectomy using a new technology with strengthening of the sacro-uterine ligaments and fixation of the vaginal cuff with the use of synthetic prolene tape and TVT-O. The second group includes 35 patients who underwent traditional vaginal hysterectomy combined with anterior and posterior colporrhaphy.

**Results:** all operations were performed with the aim of surgical treatment of genital prolapse. The results of operative treatment were assessed basing on restoring the quality of life of patients. Women who had been operated with the use of the new technology had a lower relapse rate, no intraoperative complications, and quick recovery of quality of life.

**Conclusions:** the vaginal method of genital prolapse surgery using the new technology is effective and can be recommended in a wide practice. This article presents modern methods of surgical treatment of genital prolapse and stress urinary incontinence using synthetic prolene tape, and a detailed description of the procedure of operation and a comparative assessment.

**Key words:** prolapse of genitals, urinary incontinence, lobular tape, plastic surgery, surgical gynecology, vaginal hysterectomy.

**For citation:** Kurbanov B.B. Current surgical tactics in the treatment of genital prolapse and urinary incontinence. Russian journal of Woman and Child Health. 2018;1(1):44–48.

## ВВЕДЕНИЕ

Пролапс гениталий — одна из актуальных проблем современной медицины, затрагивающая женщин всех возрастов. Болезнь часто начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер [1, 2]. По мере развития процесса усугубляются функциональные нарушения, которые, часто наслаиваясь друг на друга, вызывают не только физические и моральные страдания, но и делают больных частично или полностью нетрудоспособными [3]. На сегодняшний день, по данным литературы, отмечаются высокая частота развития рецидивов пролапса гениталий (5–40%) после оперативного лечения и неудовлетворенность функциональными результатами операций [4]. Имеющиеся на сегодняшний день методы хирургического лечения не всегда радикально устраняют патологию, в связи с чем актуальны разработки новых оперативных методов с использованием синтетических материалов для укрепления связочного аппарата матки и подвешивания культи влагалища, что способствует уменьшению частоты рецидивов [1–7].

В течение многих лет для хирургической коррекции пролапса гениталий используются не только собственные ткани, но и различные аллопласты и синтетические материалы [3, 7]. Для фиксации купола влагалища применяются различные методы и технологии, в частности имплантация аллопластов: бычьей околосоердечной сумки, трупных фасций (*cadaveric fascia lata*). Среди недостатков аллопластов отмечают полный аутолиз материала фасции в 20% случаев, проявления воспалительной или аутоиммунной реакции. М.Р. Fitzgerald показал низкую эффективность лечения с применением донорской *fascia lata* — отторжение материала наступило в 58,3% случаев [3].

Альтернативой аллопластам служат применяемые в последние годы синтетические материалы [3, 7]. Используются синтетические сетки: проленовые (intra vaginal slingplasty (IVS), Prolift System), мерсилиеновая. Проленовые системы в виде протеза для фиксации передней, задней стенки или комбинированной фиксации демонстрируют высокую эффективность коррекции пролапса и паравагинальных дефектов.

В последнее десятилетие очень широко используются позадилонная фиксация уретры свободной синтетической петлей, слинговые операции TVT и TVT-O. Эффективность лечения недержания мочи с применением петлевой пластики разные авторы оценивают неоднозначно — от 61 до 91–95,7% [1, 7–9]. Частота интраоперационных осложнений (перфорация мочевого пузыря, перфорация париетальной брюшины, кровотечения) составляет от 1,8 до 6,5%; послеоперационных осложнений — от 0,8 до 28% (стриктура уретры — 1,3%; гематомы и повреждения кишечника — 0,67%; задержка мочи — 10%). Как осложнения субуретрального слинга описывают: субуретральную влагалищную эрозию и пиогенную гранулему; ишиоректальный абсцесс; цистотомию; позадилонную гематому; повреждения obturatorного нерва; соматические осложнения у пожилых женщин (тромбоэмболия легочной артерии, сердечная аритмия, пневмония, тромбоз глубоких вен) [7, 10].

Использование синтетической проленовой ленты при операции TVT-O по поводу пролапса гениталий — эффективный метод с относительно низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствием последующе-

го рецидива опущения культи влагалища. Такие операции в связи с их сложностью должны проводиться квалифицированными хирургами-гинекологами, имеющими достаточный опыт в тазовой хирургии.

**Цель нашего исследования:** определить хирургическую тактику при лечении пролапса гениталий и стрессового недержания мочи.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 107 пациенток, обратившихся в Центральную клиническую больницу и Ташкентский городской родильный комплекс № 6, которым были проведены операции по поводу коррекции пролапса гениталий.

Целью проведения хирургического лечения являлось восстановление нормальной архитектоники тазового дна с учетом не только анатомических, но и функциональных взаимоотношений. Выбор метода и объема хирургической коррекции пролапса гениталий зависел от тяжести и формы заболевания, соматического статуса пациенток, наличия сопутствующих патологий матки и яичников, экстрагенитальной патологии, требующей хирургической коррекции, нарушения мочеиспускания и дефекации, а также половой активности.

Все обследуемые были разделены на две группы в зависимости от применяемого метода хирургического вмешательства. Возраст пациенток колебался от 34 до 65 лет, средний возраст составил 49,5 года. Первую группу составили 72 женщины (средний возраст — 51,5 года), из них 47 женщинам были проведены операции влагалищной гистерэктомии по новой технологии с укреплением связочного аппарата и фиксацией культи влагалища с использованием синтетической проленовой ленты, 25 женщинам проведена obturatorная модификация. Вторую группу составили 35 женщин (средний возраст — 54,5 года), которым была проведена традиционная влагалищная гистерэктомия в сочетании с передней и задней кольпорафией. Целью всех операций было устранение генитального пролапса. В качестве метода обезболивания применялась спинальная анестезия.

Мы оценили результаты двух примененных нами методов реконструктивно-пластических операций: изменение качества жизни женщин, а также ближайшие и отдаленные последствия.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходно регистрировались следующие нарушения функций тазовых органов, тесно связанные с генитальным пролапсом: стрессовое недержание мочи, гиперактивный мочевого пузыря, затрудненное опорожнение и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и др. Данные симптомы были более выражены у женщин с опущением передней стенки влагалища, без статистической разницы по группам.

Операции экстирпации матки влагалищным доступом по новой технологии с укреплением связочного аппарата и фиксацией культи влагалища с использованием синтетической проленовой ленты проведены у 72 женщин, из них у 47 (65,2%) со стрессовым недержанием мочи дополнительно проведены слинговые операции (9 — TVT и 38 — TVT-O). Влагалищная гистерэктомия по новой технологии заключалась в том, что в ходе операции производилась пликация крестцово-маточных связок с использованием

синтетической проленовой ленты и фиксацией ее дистального отдела к седалищно-копчиковой связке и культе влагалища. При этом предотвращается выпадение культы влагалища и формируется глубокий купол влагалища. Проленовая лента имеет сетчатую структуру, и в ходе заживления раны лента прирастает непосредственно к копчиково-седалищной связке и культе влагалища. Тем самым культа влагалища закрепляется в указанных связках. Еще одно преимущество данного метода заключается в том, что крестцово-маточные связки укорачиваются, а интраперитонеально расположенная проленовая лента не дает связкам растягиваться, формируя глубокое влагалище, что дает возможность вести нормальную половую жизнь. В ходе влагалищной гистерэктомии по традиционной методике влагалище укорачивается, создавая ограничение для полового акта. Продолжительность операций при новой технике влагалищной гистерэктомии (первая группа) варьировала от 55 до 85 мин и в среднем составила 70 мин. Длительность нахождения этих больных в стационаре составляла 4–5 дней. Средняя кровопотеря —  $170 \pm 25$  мл. Интраоперационных осложнений не отмечено. Во всех случаях после операции в первой группе больных достигнут требуемый результат — недержание мочи устранено. В одном случае в послеоперационном периоде диагностировано затрудненное мочеиспускание, которое легко устранилось натяжением ленты через уретру.

Еще одним эффективным методом лечения стрессового недержания мочи у женщин является обтураторная модификация. Нами выполнено 25 таких операций. Эта операция отличается от предыдущей, описанной нами, местом проведения сетчатого протеза. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде все пациентки отметили полное восстановление функции мочеиспускания.

По нашему мнению, метод обтураторного проведения слинга имеет несколько преимуществ перед позадилоном. Если во втором случае стилет позадилоно проводится вслепую, что чревато высоким риском повреждения мочевого пузыря, то обтураторный метод обеспечивает проведение стилета под полным контролем хирурга. Соответственно при позадилоном варианте обязательно выполнение диагностической цистоскопии.

Тем не менее оба метода по сравнению с другими, применяемыми при стрессовом недержании мочи, имеют явные преимущества:

- характеризуются минимальной травматизацией тканей;
- могут выполняться под общей и местной анестезией;
- длятся в среднем 15–20 мин;
- их можно использовать при сочетанных операциях;
- минимально инвазивны;
- обладают очень высокой эффективностью и имеют низкую частоту рецидивов.

Отдаленные послеоперационные результаты были изучены в сроки от 2-х мес. до 2-х лет. Большинство женщин (63–87,5%) со стрессовым недержанием мочи, прооперированных по новой технологии TVT-O, были удовлетворены результатами операций. Всеми отмечено улучшение качества жизни, связанного со здоровьем. Они считали себя полностью излеченными благодаря уменьшению или полному исчезновению симптомов недержания мочи и неполного опорожнения мочевого пузыря.

**Таблица 1.** Сравнение эффективности двух методов лечения стрессового недержания мочи

**Table 1.** Characteristics of study groups after surgical treatment

Характеристика Characteristics	Влагалищный доступ по новой технологии (n=72) Vaginal approach by new technology (n=72)	Влагалищный доступ традиционным методом (n=35) Vaginal approach by the traditional method (n=35)
Нарушение мочеиспускания Inappropriate urination	3 (4,1%)	18 (51,4%)
Ощущение дискомфорта Sense of discomfort	4 (5,6%)	10 (28,5%)
Физические ограничения Physical limitations	5 (6,9%)	16 (45,7%)

Нарушение мочеиспускания сохранилось у 51,4% женщин после проведения традиционной влагалищной гистерэктомии в сочетании с передней и задней кольпорафией. Результаты лечения двумя методами в сравнении через 2 года после операции даны в таблице 1.

Значительный процент рецидивов после выполнения передней кольпорафии требовал разработки новых, более эффективных методов хирургического лечения больных со стрессовым недержанием мочи.

При наблюдении в течение 2-х лет после операции по новой технологии с укреплением связочного аппарата и фиксацией культы влагалища с использованием синтетической проленовой ленты рецидивов заболевания не наблюдалось, тогда как при традиционной методике рецидив пролапса развился у 5 (14,3%) больных, в т. ч. опущение передней стенки влагалища в 2-х (5,7%) случаях и опущение задней стенки в 3-х (8,6%) случаях.

С медицинской точки зрения качество жизни является весьма убедительной характеристикой результативности хирургического вмешательства, его целесообразности. Качество жизни пациенток через 2 года после операции по новой технологии TVT-O характеризовалось более высоким уровнем жизни по анализируемым критериям: ликвидация стрессового недержания мочи, дискомфорта в промежности и улучшение половой жизни.

С целью снижения количества осложнений и рецидивов при хирургическом лечении генитального пролапса необходимо выполнять наиболее оптимальный объем операции для каждой пациентки: лучшая операция должна быть первой, использоваться должны современные шовные материалы, имплантируемые синтетические материалы, а также современные слинговые технологии.

## Выводы

1. Использование синтетических лент показано при генитальном пролапсе пациенткам: с экстрагенитальной патологией, пожилым, с ожирением, ранее оперированным.
2. Сочетание новой методики с операцией TVT способствует ликвидации рецидива генитального пролапса и недержания мочи.
3. Оптимальным методом коррекции стрессового недержания мочи является слинговая трансобтураторная операция с использованием сетчатых протезов



## МОДЭЛЛЬ ЛИБЕРА

Сокращает количество менструаций до 4 раз в год<sup>3</sup>



## МОДЭЛЛЬ ТРЕНД

Препятствует образованию отеков и набору веса<sup>4,5</sup>

## МОДЭЛЛЬ ПРО

Способствует восстановлению репродуктивного здоровья<sup>6,7</sup>



## МОДЭЛЛЬ ОВУЛЕ

Позволяет женщине планировать беременность, когда она к этому готова



## МОДЭЛЛЬ МАМ

Не влияет на лактацию и развитие ребенка<sup>8-10</sup>



## МОДЭЛЛЬ ПЬЮР

Способствует устранению проблем с кожей и волосами изнутри<sup>11-14</sup>

# МОДЭЛЛЬ® Уникальная коллекция контрацептивов\*



### Сокращенная информация по применению лекарственных препаратов МОДЭЛЛЬ® ПЬЮР, МОДЭЛЛЬ ПРО, МОДЭЛЛЬ ТРЕНД, МОДЭЛЛЬ МАМ, МОДЭЛЛЬ® ЛИБЕРА, МОДЭЛЛЬ® ОВУЛЕ.

**Регистрационный номер:** ЛСР-001278/08<sup>1</sup>, ЛП-002882<sup>2</sup>, ЛП-002915<sup>3</sup>, ЛП-002412<sup>2</sup>, ЛП-003921<sup>4</sup>, ЛП-003850<sup>5</sup>. **Торговое название:** МОДЭЛЛЬ® ПЬЮР<sup>6</sup>, МОДЭЛЛЬ ПРО<sup>6</sup>, МОДЭЛЛЬ ТРЕНД<sup>6</sup>, МОДЭЛЛЬ МАМ<sup>6</sup>, МОДЭЛЛЬ® ЛИБЕРА<sup>6</sup>, МОДЭЛЛЬ® ОВУЛЕ<sup>6</sup>. **Международное непатентованное название:** ципротерон + этинилэстрадиол<sup>6</sup>, дроспиренон + этинилэстрадиол<sup>6</sup>, дроспиренон + этинилэстрадиол<sup>6</sup>, дезогестрел<sup>6</sup>, левоноргестрел + этинилэстрадиол [набор]<sup>6</sup>, дезогестрел + этинилэстрадиол<sup>6</sup>. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые оболочкой<sup>6</sup>, таблетки, покрытые пленочной оболочкой<sup>6,7</sup>, набор таблеток, покрытых пленочной оболочкой<sup>6</sup>. **Фармакотерапевтическая группа:** комбинированное контрацептивное средство (эстроген + антиандроген)<sup>6</sup>, контрацептивное комбинированное средство (эстроген + гестаген)<sup>6,8,9</sup>, гестаген<sup>6,8,9</sup>. **Показания к применению:** контрацепция<sup>6,8,9</sup>, контрацепция у женщин с явлениями андрогенной избыточности (синдром поликистозных яичников) у женщин (вульгарные угри (acne vulgaris), акне nodulocystica, акне podagrosica), себорея, андрогенетическая алопеция, гирсутизм<sup>6</sup>, контрацепция и лечение угревой сыпи средней тяжести (acne vulgaris)<sup>6</sup>, контрацепция и лечение тяжелой формы ПМС<sup>6</sup>. **Противопоказания:** тромбоз<sup>8,9,10</sup> и тромбоэмболия<sup>8,9</sup>, наличие в данный момент венозной тромбоэмболии<sup>8,9</sup>, состояния, предшествующие тромбозу<sup>8,9,10</sup>, предрасположенность к венозному или артериальному тромбозу<sup>8,9,10</sup>, мигрень с очаговой неврологической симптоматикой<sup>8,9,10</sup>, сахарный диабет с диабетической ангиопатией<sup>8,9,10</sup>, множественные или выраженные факторы риска венозного или артериального тромбоза<sup>8,9,10</sup>, панкреатит с выраженной гипертриглицеридемией<sup>8,9,10</sup>, печеночная недостаточность<sup>8,9,10</sup>, острые или тяжелые заболевания печени<sup>8,9,10</sup>, опухоли печени<sup>8,9,10</sup>, гормонозависимые злокачественные заболевания<sup>8,9,10</sup>, вагинальное кровотечение неясного генеза<sup>8,9,10</sup>, беременность или подозрение на нее<sup>8,9,10</sup>, грудное вскармливание<sup>8,9,10</sup>, повышенная чувствительность к любому компоненту препарата<sup>8,9,10</sup>, непереносимость лактозы<sup>8,9,10</sup>, галактоза<sup>8,9,10</sup>, сахароза<sup>8,9,10</sup>, дефицит лактазы<sup>8,9,10</sup>, сахарозы/изомальтазы<sup>8,9,10</sup>, глюкозо-галактозная мальабсорбция<sup>8,9,10</sup>, тяжелая и/или острая почечная недостаточность<sup>8,9,10</sup>, надпочечниковая недостаточность<sup>8,9,10</sup>, тяжелая дислипroteinемия<sup>8,9,10</sup>, возраст до 18 лет<sup>8,9,10</sup>, одновременное применение с препаратами зверобоя продырявленного<sup>8,9,10</sup>, постменопауза<sup>8,9,10</sup>, курение в возрасте старше 35 лет<sup>8,9,10</sup>, гиперплазия эндометрия<sup>8,9,10</sup>. **Полную информацию см. в инструкции по применению. Способ применения и дозы:** внутрь по одной таблетке в сутки непрерывно в течение 21 дня<sup>8,9,10</sup>. Прием таблеток из следующей упаковки начинается после 7-дневного перерыва<sup>8,9,10</sup>; внутрь по 1 таблетке непрерывно в течение 28 дней<sup>8,9,10</sup>; внутрь непрерывно в течение 91 дня по 1 таблетке в сутки). Каждый последующий цикл приема начинать без перерыва на следующий день после приема последней таблетки из предыдущей упаковки<sup>8,9,10</sup>. **Полную информацию см. в инструкции по применению. Побочное действие:** тошнота<sup>8,9,10</sup>, боли в животе<sup>8,9,10</sup>; боль в груди<sup>8,9,10</sup>; боль в спине<sup>8,9,10</sup>; увеличение массы тела<sup>8,9,10</sup>; головная боль<sup>8,9,10</sup>; мигрень<sup>8,9,10</sup>; депрессивное<sup>8,9,10</sup> и подавленное<sup>8,9,10</sup> настроение; смена настроения<sup>8,9,10</sup>; снижение либидо<sup>8,9,10</sup>; боль в молочных железах<sup>8,9,10</sup>; нагрубание<sup>8,9,10</sup> и повышенная чувствительность молочной железы<sup>8,9,10</sup>; нарушения менструального цикла<sup>8,9,10</sup>, ациклические кровотечения<sup>8,9,10</sup> и кровянистые выделения<sup>8,9,10</sup>; нерегулярные маточные кровотечения<sup>8,9,10</sup>; кровотечения из влагалища неуточненного генеза<sup>8,9,10</sup>; отсутствие менструальноподобного кровотечения<sup>8,9,10</sup>; аменорея<sup>8,9,10</sup>, метrorрагия<sup>8,9,10</sup>; болезненные менструальноподобные кровянистые выделения/кровотечения<sup>8,9,10</sup>; бели<sup>8,9,10</sup>; кандидозный вульвовагинит<sup>8,9,10</sup>; грибковые инфекции<sup>8,9,10</sup>; акне<sup>8,9,10</sup>; назофарингит<sup>8,9,10</sup>. **Полную информацию см. в инструкции по применению. Особые указания:** следует тщательно взвешивать потенциальный риск и ожидаемую пользу применения пероральных контрацептивов в каждом индивидуальном случае. Перед назначением пероральных контрацептивов необходимо подробно ознакомиться с информацией, указанной в разделе «особые указания». **Срок годности:** 3 года<sup>8,9,10</sup>. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту<sup>8,9,10</sup>. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

А. МОДЭЛЛЬ® ПЬЮР, В. МОДЭЛЛЬ ПРО, С. МОДЭЛЛЬ ТРЕНД, Д. МОДЭЛЛЬ МАМ, Е. МОДЭЛЛЬ® ЛИБЕРА, F. МОДЭЛЛЬ® ОВУЛЕ.  
<sup>6</sup> Единственная линейка контрацептивов в РФ под единым «зонтичным» брендом. Единственная линейка контрацептивов в РФ, в составе которой одновременно присутствуют препараты с МНН дезогестрел 0,075 мг, ципротерон 2 мг + этинилэстрадиол 0,035 мг, дроспиренон 3 мг + этинилэстрадиол 0,035 мг, дроспиренон 3 мг + этинилэстрадиол 0,02 мг, левоноргестрел 0,1 мг + этинилэстрадиол 0,02 мг и этинилэстрадиол 0,01 мг, дезогестрел 0,15 мг + этинилэстрадиол 0,02 мг, http://grls.rosminzdrav.ru, 14.12.2017. <sup>1</sup> Начало оптовых продаж МОДЭЛЛЬ® Овуле на территории РФ – январь 2018 года. <sup>2</sup> Первый препарат на Российском рынке, который содержит 84 таблетки с 20 мкг этинилэстрадиола + 100 мкг левоноргестрела и 7 таблеток с 10 мкг этинилэстрадиола для непрерывного режима приема в течение 91 дня http://grls.rosminzdrav.ru/, доступ от 30.11.2017. <sup>3</sup> Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения МОДЭЛЛЬ® ТРЕНД. <sup>4</sup> Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения МОДЭЛЛЬ® ЛИБЕРА. <sup>5</sup> Задержка жидкости в предменструальный период. <sup>6</sup> Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения МОДЭЛЛЬ® ТРЕНД. <sup>7</sup> Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения МОДЭЛЛЬ ПРО. <sup>8</sup> Не являются показанием к применению. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ ПРО: у женщин, принимающих комбинированные пероральные контрацептивные препараты (КОК), менструальный цикл становится более регулярным, реже наблюдаются болезненные менструации, уменьшается интенсивность менструальноподобного кровотечения, в результате чего снижается риск железодефицитной анемии<sup>8</sup>. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения МОДЭЛЛЬ МАМ. <sup>9</sup> Bjornadottir R. J. et al. BJOG. 2001; 108: 1174-80. <sup>10</sup> Оценка роста, физического и психомоторного развития не выявила каких-либо различий у детей, чьи матери принимали дезогестрел с малыми, чьи матери использовали негормональный метод контрацепции (медные внутриматочные спирали)<sup>10</sup>. Тем не менее, необходимо тщательно наблюдать за развитием и ростом грудного ребенка, мать которого принимает препарат<sup>10</sup>. <sup>11</sup> Прием лекарственного средства. <sup>12</sup> Справедливо для женщин с явлениями гиперандрогении. <sup>13</sup> Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения МОДЭЛЛЬ® ПЬЮР. <sup>14</sup> Aydinlik S. et al. Clinical Trials Journal. 1990; 27(6): 392-402.



Отпускается по рецепту. Предназначено для информирования специалистов здравоохранения. Не предназначено для демонстрации пациентам. Подробную информацию по препарату линейки МОДЭЛЛЬ® Вы можете найти на сайте: [www.modellotnocheniy.ru](http://www.modellotnocheniy.ru). Для получения дополнительной информации о препаратах обращайтесь в представительство компании ООО «Тева» по адресу: 115054, г. Москва, ул. Ваволая, д. 35; тел.: +7(495) 644 22 34 (35). MLIB-RU-00121-DOK-PHARM

РЕКЛАМА

(TVT-O). Данный метод имеет неоспоримые преимущества перед другими: является минимально инвазивным, сопровождается минимальной травматизацией тканей, обеспечивает точное расположение протеза под средней третью уретры, может использоваться при сочетанных операциях. Кроме того, расходный материал — пролен обладает биосовместимостью и эффективностью, подтвержденными в клинических исследованиях, соответственно сопровождается малым количеством интра- и послеоперационных осложнений, обладает высокой эффективностью.

4. Специалисты, выполняющие высокотехнологичные операции, должны быть представлены во всех крупных (республиканских, областных, городских) гинекологических стационарах хирургического профиля. Рекомендуется проведение операции влагалищной гистерэктомии в крупных лечебно-профилактических учреждениях, укомплектованных необходимыми специалистами.

#### Литература/References

1. Адамян Л.В., Балан В.Е., Сашин Б.Е. Тактика лечения больных с комбинированной формой недержания мочи: матер. междунар. конгр. по проблемам дисфункции тазового дна женщин. Российский вестник акушера-гинеколога. Спецвыпуск. 2008:2. [Adamyany L.V., Balan V.E., Sashin B.E. Treatment tactics of patients with a combined form of urinary incontinence. Materials of the International Congress Women's Pelvic Floor Dysfunction. The Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist. Special Issue. 2008:2 (in Russ.).]
2. Пушкарь Д.Ю. Недержание мочи при напряжении у женщин: классификация и современные возможности оперативного лечения: матер. пленума правления Российского общества урологов. Ярославль. 2001:57. [Pushkar D.Y. Stress urinary incontinence in women: classification and modern possibilities of surgical treatment. Materials of the plenary board of the Russian Society of Urologists. Yaroslavl. 2001:57 (in Russ.).]
3. Petros P.E. The female pelvic floor. Function, dysfunction and management according to the integral theory. Springer. 2004.
4. Буянова С.Н. Принципы выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий и недержания мочи: матер. II Российского форума «Мать и Дитя». М., 2000:191–192. [Buyanova S.N. Principles of choosing the surgical correction method in genital prolapse and urinary incontinence. Materials of the II Russian forum «Mother and Child». M., 2000:191–192 (in Russ.).]
5. Пучков К.В., Иванов В.В., Баков В.С., Усачев И.А. Оптимизация техники хирургического лечения тазового пролапса. Малоинвазивные технологии в хирургии: матер. межрегион. науч.-практ. конф. Махачкала. 2005:159–160. [Puchkov K.V., Ivanov V.V., Bakov V.S., Usachev I.A. Optimization of the surgical technique for pelvic prolapsed treatment. Minimally invasive technologies in surgery: interregional materials of scientific-practical conference. Makhachkala. 2005:159–160 (in Russ.).]
6. Федоров А.А. Влияние гистерэктомии на анатомо-функциональное состояние мочевого системы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005:8–16. [Fedorov A.A. The influence of hysterectomy on the anatomical and functional state of the urinary system: author's abstract. diss. for Doctor of Medicine science degree. M., 2005:8–16 (in Russ.).]
7. Minassian V.A., Drutz H.P. et al. Urinary incontinence as a worldwide problem. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2003;9:327–338.
8. Петрова В.Д. Недержание мочи у женщин (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005:110. [Petrova V.D. Urinary incontinence in women (etiopathogenesis, diagnostics, treatment): abstract. diss. for Doctor of Medical science degree. M., 2005:110 (in Russ.).]

9. Чечнева М.А., Барто Р.А., Будыкина Т.С., Краснополянская И.В., Абрамян К.Н. Современные представления о патогенезе, диагностике и способах коррекции пролапса гениталий и его осложнений (обзор литературы). Патогенез. 2014;12(4):4–9. [Chechneva M.A., Barto R.A., Budykina T.S., Krasnopolskaya I.V., Abramyan K.N. Contemporary ideas about the pathogenesis, diagnosis and ways of genital prolapse correction and its complications (review of the literature). Pathogenesis. 2014;12(4):4–9 (in Russ.).]
10. Moreno A.L., Benitez C.M. et al. Urodynamic alterations after pelvic floor exercises for treatment of stress urinary incontinence in women. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2004;3:194–196.

**Сведения об авторе:** Курбанов Баходир Бобирович — ассистент кафедры акушерства и гинекологии. Ташкентский педиатрический медицинский институт. 100140, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Богишамол, д. 223. **Контактная информация:** Курбанов Баходир Бобирович, e-mail: bkurbanov89@mail.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** автор не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует. Статья поступила 09.07.2018.**

**About the author:** Bakhodir B. Kurbanov — assistant of the department Obstetrics and Gynecology, Tashkent Pediatric medical institute. 223, Bogishamol str., Tashkent, 100140, Uzbekistan. **Contact information:** Bakhodir B. Kurbanov, e-mail: bkurbanov89@mail.ru. **Financial Disclosure:** author hasn't any financial or property interest in any material or method mentioned. **There is no conflict of interests. Received 09.07.2018.**