

ЛИТЕРАТУРА

- Zhang M, Zhao Z, Duan X, Deng T, Cai C, Wu W, Zeng G. Partial versus radical nephrectomy for T1b-2N0M0 renal tumors: A propensity score matching study based on the SEER database. PLoS One. 2018; 28;13(2):e0193530. doi: 10.1371/journal.pone.0193530.
- Мосоян, М.С. Ранние клинико-функциональные показатели у больных раком почки, перенесших резекцию почки или радикальную нефрэктомия / М.С. Мосоян, С.Х. Аль-Шукри, А.М. Есаян, И.Г. Каюков [и др.] // Нефрология. – 2012. – №16:4. – С. 100-104.
- Marchioni M, Preisser F, Bandini M, Nazzani S, Tian Z, Kapoor A, Cindolo L, Abdollah F, Tilki D, Briganti A, Montorsi F, Shariat SF, Schips L, Karakiewicz PI. Comparison of Partial Versus Radical Nephrectomy Effect on Other-cause Mortality, Cancer-specific Mortality, and 30-day Mortality in Patients Older Than 75 Years. Eur Urol Focus. 2018;2. pii: S2405-4569(18)30008-7. doi: 10.1016/j.euf.2018.01.007.
- Пучков, К.В. Хирургическое лечение рака почки сегодня: лапароскопическая радикальная нефрэктомия и резекция почки / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, А.А. Крапивин, Р.В. Васин, И.В. Васин // Урология. – 2008. – №1. – С. 47-53.
- Bertolo R, Garisto J, Dagenais J, Agudelo J, Armanyous S, Lioudis M, Kaouk J. Cold versus warm ischemia robot-assisted partial nephrectomy: Comparison of functional outcomes in propensity-score matched «at risk» patients. J Endourol. 2018;21. doi: 10.1089/end.2018.0383
- Arora S, Rogers C. Partial Nephrectomy in Central Renal Tumors. J Endourol. 2018;32(S1):63-S67. doi: 10.1089/end.2018.0046.
- Шкодкин, С.В. Экстракорпоральная резекция почки: а стоит ли? / С.В. Шкодкин, А.М. Татаринцев, Ю.Б. Идашкин, А.В. Любушкин, С.А. Фиронов // Урология. – 2016. – №3. – С. 62-69.
- Serni S, Vittori G, Frizzi J, Mari A, Siena G, Lapini A, Carini M, Minervini A. Simple enucleation for the treatment of highly complex renal tumors: Perioperative, functional and oncological results. Eur J Surg Oncol. 2015;41(7):934-40. doi: 10.1016/j.ejso.2015.02.019.
- Calaway AC, Gondim DD, Flack CK, Jacob JM, Idrees MT, Boris RS. Anatomic comparison of traditional and enucleation partial nephrectomy specimens. Urol Oncol. 2017;35(5):221-226. doi: 10.1016/j.urolonc.2016.12.005.
- Mari A, Morselli S, Sessa F, Campi R, Di Maida F, Greco I, Siena G, Tuccio A, Vittori G, Serni S, Carini M, Minervini A. Impact of the off-clamp endoscopic robot-assisted simple enucleation (ERASE) of clinical T1 renal tumors on the postoperative renal function: Results from a matched-pair comparison. Eur J Surg Oncol. 2018;44(6):853-858. doi: 10.1016/j.ejso.2018.01.093.

REFERENCES

- Zhang M, Zhao Z, Duan X, Deng T, Cai C, Wu W, Zeng G. Partial versus radical nephrectomy for T1b-2N0M0 renal tumors: A propensity score matching study based on the SEER database. PLoS One. 2018; 28;13(2):e0193530. doi: 10.1371/journal.pone.0193530.
- Mosoyan M.S., Al'-SHukri S.H., Esayan A.M., Kayukov I.G. Rannie kliniko-funkcional'nye pokazateli u bol'nyh rakom pochki, perenessih rezekciyu pochki ili radikal'nuyu nefrehtkomiyu. Nefrologiya. 2012;16:4:100-104.
- Marchioni M, Preisser F, Bandini M, Nazzani S, Tian Z, Kapoor A, Cindolo L, Abdollah F, Tilki D, Briganti A, Montorsi F, Shariat SF, Schips L, Karakiewicz PI. Comparison of Partial Versus Radical Nephrectomy Effect on Other-cause Mortality, Cancer-specific Mortality, and 30-day Mortality in Patients Older Than 75 Years. Eur Urol Focus. 2018;2. pii: S2405-4569(18)30008-7. doi: 10.1016/j.euf.2018.01.007.
- Puchkov K.V., Filimonov V.B., Krapivin A.A., Vasin R.V., Vasin I.V. Hirurgicheskoe lechenie raka pochki segodnya: laparoskopicheskaya radikal'naya nefrehtkomiya i rezekciya pochki. Urologiya. 2008;1:47-53
- Bertolo R, Garisto J, Dagenais J, Agudelo J, Armanyous S, Lioudis M, Kaouk J. Cold versus warm ischemia robot-assisted partial nephrectomy: Comparison of functional outcomes in propensity-score matched «at risk» patients. J Endourol. 2018;21. doi: 10.1089/end.2018.0383
- Arora S, Rogers C. Partial Nephrectomy in Central Renal Tumors. J Endourol. 2018;32(S1):63-S67. doi: 10.1089/end.2018.0046.
- Shkodkin S.V., Tatarincev A.M., Idashkin Yu.B., Lyubushkin A.V., Fironov S.A. ehkstrakorporal'naya rezekciya pochki: a stoit li? Urologiya. 2016;3:62-69.
- Serni S, Vittori G, Frizzi J, Mari A, Siena G, Lapini A, Carini M, Minervini A. Simple enucleation for the treatment of highly complex renal tumors: Perioperative, functional and oncological results. Eur J Surg Oncol. 2015;41(7):934-40. doi: 10.1016/j.ejso.2015.02.019.
- Calaway AC, Gondim DD, Flack CK, Jacob JM, Idrees MT, Boris RS. Anatomic comparison of traditional and enucleation partial nephrectomy specimens. Urol Oncol. 2017;35(5):221-226. doi: 10.1016/j.urolonc.2016.12.005.
- Mari A, Morselli S, Sessa F, Campi R, Di Maida F, Greco I, Siena G, Tuccio A, Vittori G, Serni S, Carini M, Minervini A. Impact of the off-clamp endoscopic robot-assisted simple enucleation (ERASE) of clinical T1 renal tumors on the postoperative renal function: Results from a matched-pair comparison. Eur J Surg Oncol. 2018;44(6):853-858. doi: 10.1016/j.ejso.2018.01.093.

УДК 618.1-089

© Коллектив авторов, 2023

С.В. Шкодкин^{1,2}, Е.Г. Пономарев¹, В.Ю. Нечипоренко¹, К.С. Шкодкин¹,
Т.Б. Рахмонов¹, С.А. Чопанов¹, Х.А. Мухамедов¹, Ж.К. Аскар¹
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН
¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет», г. Белгород
²ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая
больница Святителя Иоасафа», г. Белгород

Инконтиненция, не принося глобальных проблем соматическому здоровью, приводит к выраженной социальной дезадаптации пациентки. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 252 женщин с инконтиненцией. Средний возраст пациентов составил 51,9±13,2 года. Изолированная стрессовая инконтиненция на дооперационном этапе установлена только у 6,7% женщин, остальные 93,3% имели смешанную форму. Этим пациенткам выполнили 271 операцию по поводу инконтиненции, т.е. в 7,5% наблюдений при рецидиве после первичного лечения. 75,6% пациенток установлен синтетический трансбугураторный слинг, аутологичные слинги выполнены 6,3%, в 18,1% наблюдений лапароскопическая кольпосуспензия по Berch. Симультанные операции составили 87,1% от общего числа вмешательств. Частота рецидива после установления аутологичного слинга составила 47,1%, после установления синтетического слинга – 5,4%, после операции Berch – 4,1%. Частота рецидивов стрессовой инконтиненции после повторной коррекции составила 5,2%. Признаки ургентности сохранялись у 72,6% пациенток.

Ключевые слова: инконтиненция, недержание мочи при напряжении, ургентность, слинг, кольпосуспензия, гиперактивный мочевого пузыря (ГАМП).

S.V. Shkodkin, E.G. Ponomarev, V.Y. Nechiporenko, K.S. Shkodkin,
T.B. Rakhmonov, S.A. Chohanov, H.A. Mukhamedov, J.K. Askari
APPROACHES TO THE TREATMENT OF INCONTINENCE IN WOMEN

Incontinence, without bringing global problems to somatic health, leads to a pronounced social maladjustment of the patient. We conducted a retrospective analysis of the results of treatment of 252 women with incontinence. The mean age of the patients was 51.9 ± 13.2 years. Isolated stress incontinence at the preoperative stage was found only in 6.7% of women, the remaining 93.3% had a mixed form. These patients underwent 271 operations for incontinence, i.e. 7.5% of cases were associated with relapse after primary treatment. Synthetic transobturator sling was placed in 75.6% of patients; autologous slings were used in 6.3% of patients; and in 18.1% of cases laparoscopic Berch colposuspension was used. Simultaneous surgery accounted for 87.1% of the total number of surgical interventions. The recurrence rate after the autologous sling placement was 47.1%; after the synthetic sling placement it accounted to 5.4%; after the Berch operations, recurrence rate was 4.1%. The recurrence rate of stress incontinence after re-correction was 5.2%. Signs of urgency persisted in 72.6% of patients.

Key words: incontinence, stress incontinence, urgency, sling, colposuspension, overactive bladder (OAB).

Инконтиненция, не принося глобальных проблем соматическому здоровью, приводит к выраженной социальной дезадаптации пациентки [1]. Недержание мочи различной этиологии прогрессирует с возрастом [2] и достаточно распространено среди женщин во всех странах мира [1,3]. Вызывая сильный стресс и психологические расстройства, данная патология сопряжена со значительными материальными расходами на реабилитацию [4,5]. Распространенность инконтиненции варьирует в зависимости от критериев определения этого заболевания и исследуемой популяции, однако обращаемость за медицинской помощью обычно на порядок ниже реальных эпидемиологических показателей [2,5].

Пролапс тазовых органов встречается у 75-78% женщин в возрасте 50 лет и старше и нередко осложняется недержанием мочи [2,6]. Наиболее популярным методом коррекции стрессовой инконтиненции является имплантация субуретрального синтетического сетчатого импланта [7,8]. Однако позадилонная кольпосуспензия в том числе и из лапароскопического доступа, обладая сопоставимой

эффективностью, позволяет решить вопросы о сопутствующей патологии [8].

Материал и методы

За период 2005-2022 гг. нами оперированы 252 женщины по поводу стрессовой инконтиненции. Средний возраст пациенток составил $51,9 \pm 13,2$ года. Показанием к хирургическому лечению выступали умеренная и тяжелая выраженность стрессового компонента. В данный анализ не вошли пациентки со смешанной формой инконтиненции и легкой степенью выраженности стрессового компонента, которым была назначена консервативная терапия.

Результаты и их обсуждение

Изолированная стрессовая инконтиненция на дооперационном этапе установлена только у 17 (6,7%) пациенток, остальные 235 (93,3%) имели смешанную форму ГАМП различной выраженности, в том числе 217 (86,1%) из них страдали ноктурией, а 31 (12,3%) пациентка отмечала эпизоды ургентной инконтиненции. Сопутствующая патология в группе пациенток хирургического лечения стрессовой инконтиненции приведена на рис. 1.

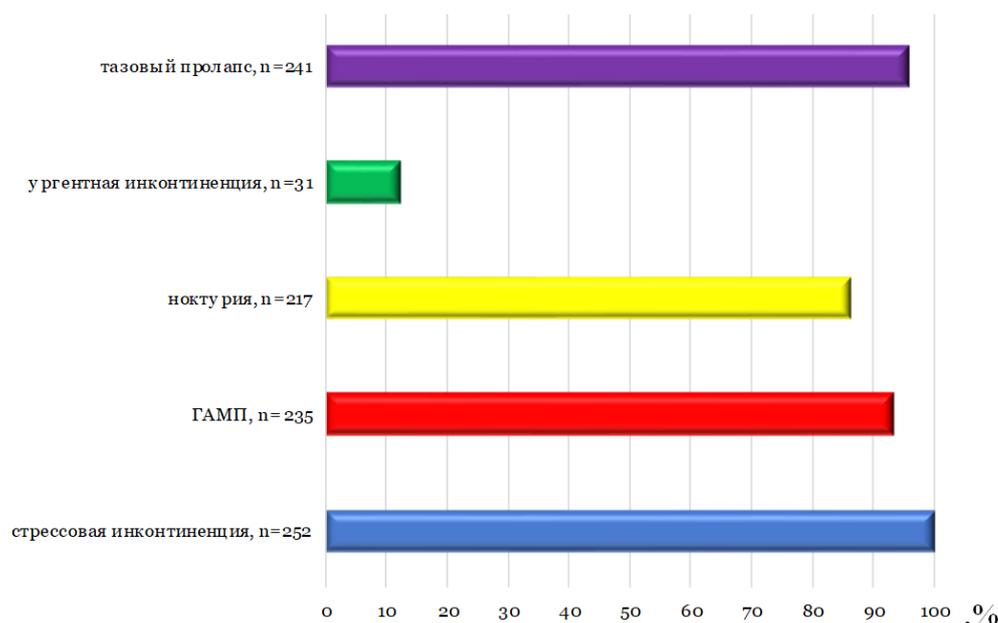


Рис. 1. Сопутствующие патологии в группе пациенток хирургического лечения стрессовой инконтиненции

Пациентки имели выраженную клинику гиперактивности – средний балл по опроснику на момент операции ОАВ составил $24,3 \pm 9,5$. На основании анализа дневников мочеиспускания ноктурия – $2,1 \pm 0,9$ раза, urgentные позывы – $2,5 \pm 1,4$ раза, urgentная инконтиненция – $0,2 \pm 0,05$ раза. У 95,6% пациенток диагностирована различная степень тазового пролапса (рис. 1).

Все пациентки осмотрены с оценкой стрессовых проб и теста элевации Бонея. Проведен ультразвуковой скрининг нижних мочевых путей, матки и придатков. Урофлоуметрия выполнена 20,2% женщин с тазовым пролапсом и обструктивной симптоматикой, снижение Q_{max} верифицировано отмечено у 17,9%. Рентгенологические исследования и цистоскопию выполняли при рецидивных формах инконтиненции и подозрении на урогенитальные свищи, что составило 9,1%.

Всего этим пациенткам выполнена 271 операция по поводу инконтиненции, т.е. в 19 (7,1%) наблюдениях при рецидиве после первичного лечения. В подавляющем большинстве у 205 (75,6%) пациенток с целью коррекции стрессовой инконтиненции установлен синтетический субуретральный слинг (рис. 2). Из этого числа пациенток в трансобтураторной позиции у 184 (67,9%) и у 21 (7,7%) была имплантирована короткая петля (слинг одного разреза) в аналогичной позиции (рис. 2). Аутологичные позадилонные слинги выполнены 17 (6,3%) пациенткам, в 49 (17,1%) наблюдениях выполнена лапароскопическая кольпосуспензия по Burch (рис. 2). В последнем случае показанием к выбору доступа стал рецидив инконтиненции после слинговой операции или необходимости симультанного вмешательства.

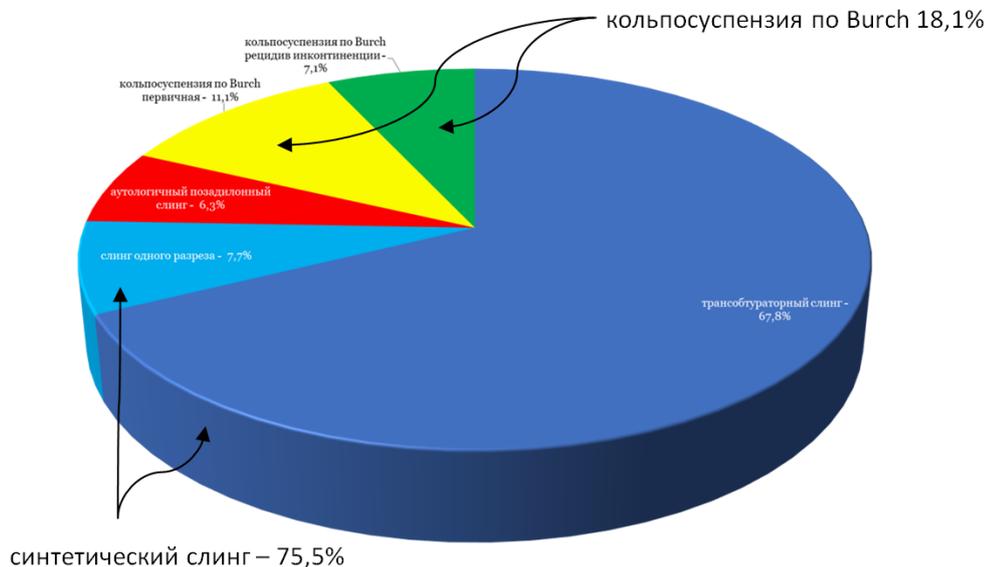


Рис. 2. Способы коррекции стрессовой инконтиненции

На 271 континентную операцию выполнены 236 симультанных вмешательств, что составило 87,1%. Лапароскопический доступ был реализован в 49 (18,1%) наших операциях, при этом лапароскопическая гистерэктомия – в 7 (2,6%), консервативная миомэктомия – в 5 (1,8%), удаление кист придатков – в 3 (1,1%) и сакровагинопексия – в 39 (14,4%) наблюдениях (рис. 3). Влагалищные операции, будучи более популярными, выполнены у 222 (81,9%) больных. Совместно с имплантацией слинга выполнены: передняя и задняя кольпорафии, леваторосфинктеропластика у 102 (37,6%), кресцовооостистая фиксация влагалища – у 31 (11,4%), влагалищная гистерэктомия – у 14 (5,2%). Проведены Манчестерская операция у 23 (8,5%) и имплантация сетчатых протезов для лечения пролапса у 12 (4,4%)

пациенток (рис. 3).

При коррекции инконтиненции и в ходе симультанных вмешательств не зарегистрированы повреждения внутренних органов. В раннем послеоперационном периоде отмечены лихорадка более суток у 14,7%, тазовая гематома, не потребовавшая дренирования – у 3,2% (рис. 4). Нами не зарегистрированы протрузии и аррозии синтетической петли. Обструктивное мочеиспускание диагностировано у 3,4% из 205 пациенток после имплантации синтетической петли (рис. 4), что потребовало рассечения слинга в первые 5 суток после операции, только в половине случаев развился рецидив инконтиненции. Необходимо отметить, что в выборке у пациенток после кольпосуспензии по Burch инфравезикальной обструкции зарегистрировано не было.

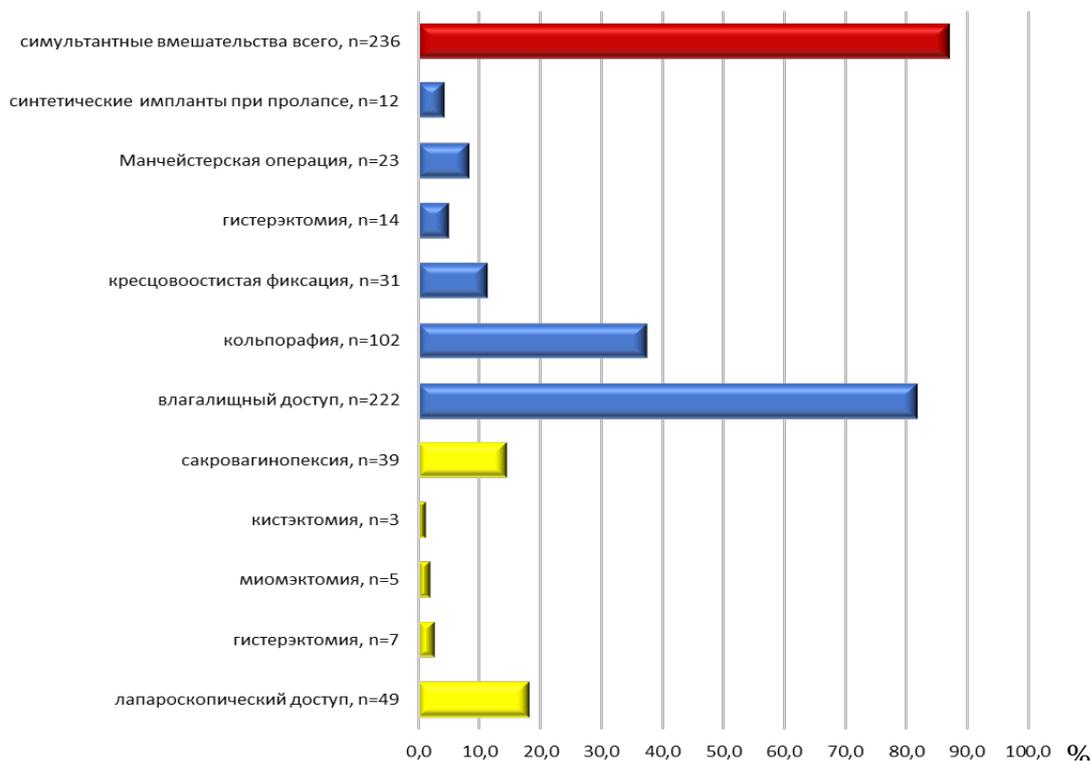


Рис. 3. Симультанные вмешательства при коррекции стрессовой инконтиненции, %

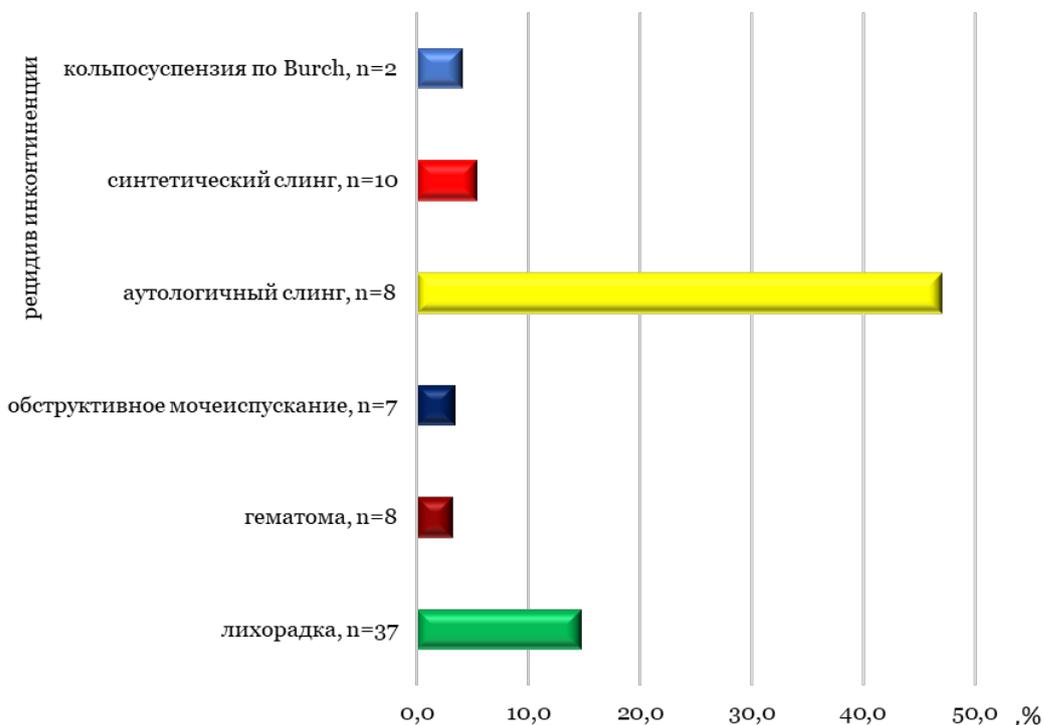


Рис. 4. Осложнения хирургического лечения стрессовой инконтиненции

Нами оценены более чем годовичные результаты у 186 (73,8%) пациенток при медиане наблюдения 153 месяца. При пересчете на эту выборку частота рецидива после аутологичного слинга составила 47,1%, после установки синтетического слинга – 5,4%, после операции по Burch – 4,1% – (рис. 4). В последнем случае один из рецидивов повторный,

отмечен у пациентки после слинговой операции. Частота повторных рецидивов стрессовой инконтиненции в наших наблюдениях составила 5,2%.

Мы не получили данных о преимуществе в эффективности коррекции стрессового компонента инконтиненции, зависящих от влагалищного или позадилонного доступа,

что соответствует литературным данным [9]. С другой стороны, мы не регистрировали роста обструктивного мочеиспускания после кольпосуспензии по Burch в сравнении со слинговыми операциями [10,11]. Такие различия с рекомендательной базой на наш взгляд могут быть связаны с ассоциацией кольпосуспензий по Burch и Marshall-Marchetti-Krantz. Последняя как раз и может таить больший риск инфравезикальной обструкции. В нашем анализе не отмечен рост хирургических осложнений при одновременной коррекции тазового пролапса и инконтиненции, что также идет в разрез с имеющимися публикациями и может быть обусловлено низкой частотой использования синтетических имплантов при коррекции пролапса [12,13], что на наш взгляд является основным фактором, повышающим данные осложнения.

Несмотря на убедительно хорошие результаты коррекции стрессовой инконтиненции, признаки urgency сохранялись у 72,6% пациенток, что на наш взгляд связано с плохой приверженностью к терапии ГАМП, которую не принимали или принимали не регулярно (68,8%). Так, суммарный балл по ОАВ составил $12,2 \pm 3,9$, что достоверно

меньше, чем до хирургического лечения ($p < 0,01$). Частота ноктурии и ургентных позывов не достоверно снизилась до $1,6 \pm 0,6$ и $1,5 \pm 0,8$ раза соответственно ($p > 0,05$). Среди отслеженных 124 пациенток после коррекции тазового пролапса бессимптомный рецидив первой степени последнего был диагностирован у 31,5%, при этом на диспареунию de novo пожаловались 17,7%. Однако необходимо отметить, что это не стало причиной отказа от половой жизни.

Заключение

Нарушение микции у женщин в подавляющем большинстве носит смешанный характер; коррекция стрессового компонента весьма успешно может быть обеспечена установкой синтетического трансобтураторного слинга или лапароскопической кольпосуспензией по Burch; аутологичные слинги ассоциированы с большей частотой рецидива; лечение urgency более сложная задача, требующая системного подхода, особенно на амбулаторном этапе; симультанная коррекция пролапса и генитальной патологии не сопряжена с ростом частоты хирургических осложнений при лечении инконтиненции и может иметь положительное влияние на urgency.

Сведения об авторах статьи:

- Шкодкин Сергей Валентинович** – д.м.н., доцент, профессор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ», врач уролог урологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. E-mail: shkodkin-s@mail.ru. ORCID: 0000-0003-2495-5760.
- Пономарев Евгений Геннадьевич** – ординатор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. ORCID: 0000-0003-0811-681X.
- Нечипоренко Владислав Юрьевич** – ординатор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. E-mail: nechnik1819@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5726-5945.
- Шкодкин Кирилл Сергеевич** – ординатор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. ORCID: 0000-0003-4270-165X.
- Рахмонов Талабшо Бадырдинович** – аспирант кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. E-mail: talabsho-doctor@inbox.ru. ORCID: 0000-0002-1853-7442.
- Чопанов Сердар Аширович** – аспирант кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. E-mail: chopanov21@bk.ru.
- Мухамедов Худайберды Азаткулиевич** – аспирант кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. E-mail: hudayberdi_95@mail.ru.
- Аскари Жехад Кхалил** – аспирант кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85.

ЛИТЕРАТУРА

- Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):339-348.
- Мустафазаде А.Т., Омарова Г.К., Аманжолова Б.К. Стрессовая инконтиненция у женщин в разные возрастные периоды (обзор литературы) // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 3. – С. 27-31.
- Балан В.Е., Ермакова Е.И. Смешанная форма недержания мочи: патогенез, диагностика и методы лечения // Медицинский совет. – 2008. – № 5-6. – С. 18-22.
- Hersh L, Salzman B. Clinical management of urinary incontinence in women. Am Fam Physician. 2013 May 1;87(9):634-40.
- Русина Е.И., Жевлакова М.М., Ярмолинская М.И. Стрессовое недержание мочи у женщин, возможности консервативной терапии // Журнал акушерства и женских болезней. – 2021. – Т. 70, № 5. – С. 131-140.
- Нашекенова З.М., Арингазина А.М., Омарова Г.К., Меирманова А.О., Медет В.В. Менеджмент диагностики и лечения генитального пролапса и стрессовой инконтиненции у женщин (обзор литературы) // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 2-1. – С. 500-505.
- Álvarez-García C, Doğanay M. The prevalence of urinary incontinence in female CrossFit practitioners: A systematic review and meta-analysis. Arch Esp Urol. 2022 Jan;75(1):48-59.
- Fusco F, Abdel-Fattah M, Chapple CR, Creta M, La Falce S, Waltregny D, Novara G. Updated Systematic Review and Meta-analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. Eur Urol. 2017 Oct;72(4):567-591. doi: 10.1016/j.eururo.2017.04.026. Epub 2017 May 4.
- Kim A, Kim MS, Park YJ, Choi WS, Park HK, Paick SH, Kim HG. Retropubic versus Transobturator Mid Urethral Slings in Patients at High Risk for Recurrent Stress Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Urol. 2019 Jul;202(1):132-142.
- Клинические рекомендации Недержание мочи. — М.: Издательство Перо, 2021. — 60 с.

11. van der Ploeg, J.M., [et al.] Transvaginal prolapse repair with or without the addition of a midurethral sling in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a randomised trial. *BJOG*, 2015. 122: 1022.
12. Borstad, E., [et al.] Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J*, 2010. 21: 179.
13. Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C, Haya N, Crawford TJ, Brown J. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 19;8(8):CD013108.

REFERENCES

1. Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 15;100(6):339-348.
2. Mustafazade A.T., Omarova G.K., Amanzholova B.K. Stressovaya inkontinentsiya u zhenshchin v raznye vozrastnye periody (obzor literatury) // *Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta*. – 2020. – № 3. – S. 27-31.
3. Balan V.E., Ermakova E.I. Smeshannaya forma nederzhaniya mochi: patogenez, diagnostika i metody lecheniya // *Meditsinskii sovet*. – 2008. – № 5-6. – S. 18-22.
4. Hersh L, Salzman B. Clinical management of urinary incontinence in women. *Am Fam Physician*. 2013 May 1;87(9):634-40.
5. Rusina E.I., Zhevlakova M.M., Yarmolinskaya M.I. Stressovoe nederzhanie mochi u zhenshchin, vozmozhnosti konservativnoi terapii // *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*. – 2021. – Т. 70, № 5. – S. 131-140.
6. Nashekenova Z.M., Aringazina A.M., Omarova G.K., Meirmanova A.O., Medet V.V. Menezhment diagnostiki i lecheniya genital'nogo prolapsa i stressovoi inkontinentsii u zhenshchin (obzor literatury) // *Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta*. – 2020. – № 2-1. – S. 500-505.
7. Álvarez-García C, Doğanay M. The prevalence of urinary incontinence in female CrossFit practitioners: A systematic review and meta-analysis. *Arch Esp Urol*. 2022 Jan;75(1):48-59.
8. Fusco F, Abdel-Fattah M, Chapple CR, Creta M, La Falce S, Waltregny D, Novara G. Updated Systematic Review and Meta-analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 2017 Oct;72(4):567-591. doi: 10.1016/j.eururo.2017.04.026. Epub 2017 May 4.
9. Kim A, Kim MS, Park YJ, Choi WS, Park HK, Paick SH, Kim HG. Retropubic versus Transobturator Mid Urethral Slings in Patients at High Risk for Recurrent Stress Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Urol*. 2019 Jul;202(1):132-142.
10. *Klinicheskie rekomendatsii Nederzhanie mochi*. — М.: Izdatel'stvo Pero, 2021. — 60 s.
11. van der Ploeg, J.M., [et al.] Transvaginal prolapse repair with or without the addition of a midurethral sling in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a randomised trial. *BJOG*, 2015. 122: 1022.
12. Borstad, E., [et al.] Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J*, 2010. 21: 179.
13. Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C, Haya N, Crawford TJ, Brown J. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 19;8(8):CD013108.

УДК 616-643-036.83-089.844

© В.А. Воробьев, В.А. Белобородов, Ю.В. Шевченко, 2023

В.А. Воробьев¹, В.А. Белобородов¹, Ю.В. Шевченко² ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКЕ

¹ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Иркутск

²ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

Стриктура уретры у мужчин является одной из базовых причин инфравезикальной обструкции. Программа ускоренного выздоровления (ПУВ) – это особая стратегия периоперационного ведения, направленная на сокращение сроков лечения и улучшение послеоперационных исходов. Критически мало работ, касающихся проблемы ускоренного выздоровления в уретропластике.

Целью исследования был анализ эффективности применения программы ускоренного выздоровления после плановых операций по поводу стриктуры уретры.

Материал и методы. Проспективное рандомизированное клиническое исследование проведено 80 пациентам, прошедшим лечение в период 2018–2022 годов. Все пациенты были разделены на две группы сравнения: стандартный протокол лечения (n=42 – I группа; St) и группа вылеченных по протоколу ПУВ (n=38 – II группа; ER).

Результаты. Оба протокола приводят к восстановлению самостоятельного адекватного мочеиспускания в равной мере (85,7% и 94,7%; p=0,758). Логранговый критерий не выявил статистически значимых различий по частоте выживания (p=0,398) или рецидива (p=0,218) в отдаленном послеоперационном периоде в обеих группах.

Комплексная оценка исходов демонстрирует лучшие результаты при применении протокола ускоренного выздоровления (p=0,0006) в сравнении со стандартным лечебным подходом вследствие меньшего периоперационного стресса, скорейшего выздоровления и лучшего восприятия лечебных и диагностических процедур.

Заключение. Применение разработанного протокола ускоренного выздоровления позволяет улучшить результаты хирургического лечения стриктурной болезни уретры.

Ключевые слова: программа ускоренного выздоровления, ускоренное выздоровление, ERAS, FTS, стриктура уретры, уретропластика.

V.A. Vorobev, V.A. Beloborodov, Y.V. Shevchenko EXPERIENCE OF USING THE ENHANCED RECOVERY PROGRAM IN URETHROPLASTY

Urethral strictures in men are one of the basic causes of infravesical obstruction. The Enhanced Recovery Program (ERP) is a special strategy of perioperative care aimed at reducing the duration of treatment with improved postoperative outcomes. There are critically few works on the problem of enhanced recovery in urethroplasty.

The aim of the study was to analyze the effectiveness of the enhanced recovery program during planned surgery for urethral stricture.