

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА**

КУЛАКОВСЬКА ОЛЬГА ВАЛЕРІЇВНА

УДК: 618.14:618.714:616-006.3

**ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ВЕДЕННЯ ЖІНОК
ІЗ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

**Автореферат дисертації
на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**



Вінниця - 2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Жук Світлана Іванівна**, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, професор кафедри акушерства та гінекології №1

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Паращук Юрій Степанович**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2;
- доктор медичних наук, професор **Гладчук Ігор Зіновійович**, Одеський державний медичний університет МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології № 1.

Захист відбудеться "___" _____ 2009 р. о ___ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56)

Автореферат розісланий "___" _____ 2009 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
д.мед.н., проф.



С.Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Нетримання сечі у жінок довгий час відносили до захворювань, які публічно не обговорювались, в більшості випадків скарги замовчувались (Abrams P. et al., 2002), однак, насправді дана патологія є тяжким стражданням для жінки, яке пригнічує її психіку, знижує працездатність, обмежує можливість перебувати в громадських місцях, є проблемою для подружнього життя (Переверзев А.С., 2001; 2005; Тихомирова Е.В. и др., 2007; Mitterberger M. et al., 2008).

Серед всіх видів нетримання сечі у жінок, частка стресового нетримання сечі (нетримання сечі при напруженні) складає близько 50 %, імперативного – 20 %, змішаного – 30% (Abrams P. et al. 2002). У зв'язку із сучасною тенденцією до оцінки якості життя жінок, інтерес до нетримання сечі, особливо стресового, підвищився, а захворювання перестало бути «мовчазним». При поглибленому вивченні питання виявилось, що стресове нетримання сечі за результатами анкетування зустрічається досить часто – у 5-10% жінок репродуктивного віку та у 30-50% жінок в перименопаузальному періоді (Bortolotti A. et al., 2000; Minassian V.A. et al., 2003; Abrams P., Artibani W., 2004; Gasquet I. et al., 2006; Goldman H.V. et al., 2007).

Іншим аспектом зазначеної проблеми є недостатня інформованість населення стосовно нетримання сечі, а також знань урологів, гінекологів та лікарів суміжних спеціальностей (сімейних), що призвело до того, що лише одна із 12-25 жінок звертається за допомогою в лікувальні заклади і тільки 10-30% отримують кваліфіковану допомогу.

За даними авторів, майже 70% жінок із стресовим нетриманням сечі (СНС) звертаються до лікарів в терміни від 1 до 6 років від початку захворювання, 17% в терміни від 6 до 10 років і лише 15% протягом першого року (Abrams P. et al., 2002). Пізні звернення жінок за медичною допомогою призводить в подальшому до застосування більш складних та тривалих методів лікування та виникнення рецидивів (Переверзев А.С., 2001; Пушкар Д.Ю., 2001; Буянова С.Н. и др., 2002; Парашук Ю.С., 2005; Попов А.А. и др., 2005; Балан В.Е. и др., 2006; Пушкар Д.Ю. и др., 2006; Костев Ф.И., Шостак М.В., 2007).

Враховуючи закритість проблеми, даних стосовно ефективності лікувальних заходів в літературі майже немає. З поодиноких наукових праць відомо, що незважаючи на значну кількість пацієнток із стресовим нетриманням сечі лише 2 – 8 % із них обирають хірургічний шлях лікування (Переверзев А.С., 2005). Тому, розробка нових та ефективних методів консервативного лікування СНС, включаючи і фармакологічну корекцію хвороби, є актуальною проблемою урогінекології.

Таким чином, зростання кількості хворих, які звертаються з приводу нетримання сечі до лікарів різних спеціальностей, недостатня інформованість лікарів-урологів та акушер-гінекологів стосовно діагностики та сучасних методів лікування цієї патології, відсутність 100% ефективності як консервативного, так і хірургічного лікування обумовлює актуальність пошуку та розробки нових методів консервативного та хірургічного лікування пацієнток в індивідуальному режимі.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства і гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова: «Клініко-математичні методи прогнозування, профілактики, лікування деяких видів акушерської і гінекологічної патології унаслідок дії чинників зовнішнього середовища і виробництва». № державної реєстрації 0196U004917.

Мета дослідження: забезпечити покращення якості життя жінок із стресовим нетриманням сечі, шляхом індивідуального підходу до вибору методів консервативного і хірургічного лікування.

Завданнями наукового дослідження є:

1. Вивчити фактори ризику, особливості клінічних проявів та методики оперативних втручань у жінок із стресовим нетриманням сечі за даними ретроспективного дослідження.
2. Оцінити клініко-уродинамічні характеристики сечостатевої системи у жінок з нетриманням сечі за даними апаратних методів досліджень.
3. Вивчити клінічну ефективність дії збалансованого інгібітора зворотного захвату серотоніну та норадреналіну у жінок із стресовим нетриманням сечі.
4. Обґрунтувати індивідуальні покази до застосування хірургічних методів лікування жінок із стресовим нетриманням сечі та оцінити їх ефективність.
5. Оцінити стан основних параметрів якості життя та сексуальної функції у пацієнток із стресовим нетриманням сечі після застосування консервативного та хірургічного методів корекції.

Об'єкт дослідження – стресове нетримання сечі у жінок.

Предмет дослідження - якість життя у жінок із стресовим нетриманням сечі, альтернативні методи його лікування.

Методи дослідження: загальноклінічні, анкетно-анамнестичні, уродинамічні, ультразвукового сканування, біохімічні, статистичні.

Наукова новизна дослідження. Вперше проведені комплексні уродинамічні дослідження у жінок із стресовим нетриманням сечі за

допомогою портативної та малоінвазивної системи GYNECARE MoniToog, що дозволило з більшою вірогідністю діагностувати стресове нетримання сечі.

Вперше вивчені безпосередні результати комплексного консервативного лікування жінок із стресовим нетриманням сечі із застосуванням фармакологічних (інгібітор зворотного захвату серотоніну та норадреналіну) та фізіотерапевтичних засобів, які дозволили підвищити ефективність лікування до 85,0%.

Анатомічно та патогенетично обґрунтовано використання нового методу хірургічного лікування жінок із стресовим нетриманням сечі – операції передньої кольпорафії, трансобтураторної уретропексії поліпропіленовим ендопротезом (TVT-O).

Практична цінність роботи. Розроблено та впроваджено комбінований метод консервативного лікування жінок із стресовим нетриманням сечі (медикаментозне + ендоуретральна електростимуляція шийки сечового міхура) та показано, що використання цього методу підвищує ефективність лікування хворих до 85,0%. Результати дослідження впроваджено в практику урологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, гінекологічного відділення Центру матері і дитини (м. Вінниця), «Академічної клініки» (м. Київ), військово-медичного клінічного центру Центрального регіону МО України (м. Вінниця).

Впроваджено малоінвазивний метод оперативного лікування хворих із стресовим нетриманням сечі – операція TVT-O, що дозволило знизити частоту післяопераційних ускладнень та зменшити тривалість госпіталізації хворих.

Результати роботи будуть використані в підготовці студентів на курсі урології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, а також на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології НМАПО імені П.Л. Шупика, кафедрі хірургії Української Військово-медичної академії.

Особистий внесок здобувача. Сумісно з керівником дисертантом обрано тему дисертаційної роботи та визначені основні її напрямки. Автор самостійно виконано пошук і аналіз наукової літератури і патентної інформації з проблеми стресового нетримання сечі у жінок.

Дисертанткою проаналізовані історії хвороб, амбулаторні карти, розроблено анкети для опитування хворих, проведено обстеження хворих з подальшим формуванням груп. Автор під керівництвом керівника запропонувала та впровадила в практику альтернативні методи лікування стресового нетримання сечі. Дисертанткою виконана дослідницька частина роботи, та проведена статистична обробка та аналіз результатів дослідження, самостійно написані розділи дисертації, сформульовані висновки та практичні рекомендації. Здобувачка під керівництвом керівника впровадила наукові

положення і рекомендації роботи в практику лікувальних закладів, а також в учбовий процес навчальних закладів.

Апробація роботи. Основні положення дисертації викладені на: науково-практичній конференції молодих вчених і фахівців (м. Вінниця, 2004), науково-практичній конференції акушерів-гінекологів «Здоровое развитие - ради будущих поколений» (м. Київ, 2006), семінарі-тренінгу для акушерів-гінекологів «Актуальні питання акушерства і гінекології» (м. Київ, 2006), міжнародній науково-практичній конференції „Актуальні питання стратегії, тактики застосування та дослідження антибіотиків, антисептиків, дезінфектантів” (м. Вінниця, 2006), засіданнях Вінницького обласного відділу Української асоціації акушерів-гінекологів (м. Вінниця, 2006, 2007), українсько-польському симпозиумі урологів (м. Львів, 2007), науково-практичній конференції „Актуальні питання фармакології” (м. Вінниця, 2007) (стендова доповідь), Всеукраїнських науково-практичних конференціях «Актуальні питання урології» (м. Чернівці, 2008), VIII Університетській (XXXXI вузівській) Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання сучасного акушерства» (м. Тернопіль, 2008).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 9 наукових робіт, у тому числі 3 статті у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 5 статей - у збірках Всеукраїнських та Міжнародних з'їздів; 1 патент на корисну модель України.

Обсяг і структура дисертації. Матеріали дисертації викладено на 132 сторінках машинописного тексту. Робота складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, їх аналізу та узагальнення, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який включає 196 бібліографічних описів, із них – 72 кирилицею та 124 латиницею. Дисертація ілюстрована 24 рисунками, 9 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Дослідження виконувалось в декілька етапів. На першому етапі проведено ретроспективний аналіз результатів обстеження та хірургічного лікування 62 хворих із стесовим нетриманням сечі, які були госпіталізовані в ВОКЛ ім. М.І.Пирогова в період з 1976 по 2006 рр. На другому етапі, який проводився на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова та в гінекологічному відділенні госпіталю Св. Марії (м. Гельзенкірхен, Німеччина), в дослідження були включені жінки із діагнозом СНС без пролапсу тазових органів віком від 36 до 69 років, яких було розподілено на 3 групи, до I групи включені 40 жінок, які

отримували медикаментозну терапію інгібітором зворотного захвату серотоніну та норадреналіну, до II групи включені 40 жінок, які до медикаментозної терапії інгібітором зворотного захвату серотоніну та норадреналіну додатково проходили курс електростимуляції сфінктерного апарату сечового міхур у поєднанні з вправами для зміцнення м'язів тазового дна, III групу склали 40 жінок, яким виконано оперативне лікування системою TVT-O. Заключним етапом дослідження стала оцінка якості життя жінок, які отримували лікування з приводу СНС за оперативними та консервативними методиками. Жінки були розподілені на дві групи: I група – пацієнтки, які отримали консервативне лікування, II група – жінки яким виконано операцію TVT-O.

В дослідження не включались пацієнтки із онкопатологією, неврологічною патологією, з вираженими ступенями пролапсу тазових органів, сечовою інфекцією та іншою урологічною патологією (аномалії нижніх сечових шляхів та ін.), хворі попередньо оперовані з приводу СНС.

Проводили опитування хворих з урахуванням скарг, анамнезу хвороби та життя, де особливу увагу звертали на: кількість пологів, наявність ускладнень під час пологів, кількість абортів, наявність в анамнезі операцій на органах малого тазу, вид та умови праці, наявність супутніх захворювань, які б могли привести до СНС. Також заповнювали щоденник сечовипускання за останні 3 дні та анкету (дриптест) (Пирогов, 1999).

Клінічну тяжкість стресового нетримання сечі визначали за класифікацією Тетрадова (Тетрадов, 1968). Для визначення ефективності лікування жінки заповнювали опитувальник ICIQ-SF (Thuroff J. et al., 2005) Об'єктивне дослідження хворих включало: огляд зовнішніх сечостатевих органів, гінекологічний огляд з визначенням тону м'язів тазового дна за 4-х бальною шкалою (Blaivas, 1998) та виключення пролапсу тазових органів.

Уродинамічні дослідження (визначення тиску зворотнього опору уретри, цистометрія наповнення та пороговий тиск підтікання сечі) проводили за допомогою уродинамічної системи Gynecare MoniTorr (Johnson and Johnson).

Для комплексного лікування жінок із СНС використовували інгібітор зворотного захвату серотоніну та норадреналіну фірм "Lilly" та "Boehringer Ingelheim" 20 мг двічі на добу. Для зміцнення м'язів тазового дна та зовнішнього поперечно-смугастого сфінктера уретри рекомендували використовувати вправи за А.Н.Кегел з урахуванням рекомендацій 2-ої Міжнародної наради з утримання сечі (Wilson et al., 2002). Ендоуретральну електростимуляцію (ЕЕС) шийки сечового міхура та сфінктерного апарату уретри проводили на спорожненому сечовому міхурі щоденно на протязі 15-20 хвилин, на курс лікування до 10-15 сеансів. ЕЕС не проводили жінкам при

наявності запальних процесів у сечових шляхах, піхві, внутрішніх статевих органах; маткових кровотечах; міоматозних вузлах у матці; тяжких порушеннях серцевого ритму. Для оцінки ефективності комплексного лікування жінок із СНС при застосуванні інгібітору зворотного захвату серотоніну та норадреналіну використовували опитувальник ICIQ – SF (рекомендований 2-ю Міжнародною нарадою з утримання сечі) до та після лікування із визначенням в балах індекса ICIQ (Thuroff et. al., 2005), а також одногодинний прокладковий тест, рекомендований Міжнародним товариством з утримання сечі (Wall, Barksdale, 2000).

Комбіноване консервативне лікування СНС було проведено 40 пацієнткам, госпіталізованим в стаціонар, включало медикаментозну терапію (інгібітор зворотного захвату серотоніну та норадреналіну) з одночасною електростимуляцією шийки сечового міхура та лікувальною фізкультурою.

Хірургічне лікування було застосовано у 40 хворих за методикоюTVT-O за стандартною методикою.

Безпосередні результати як консервативного, так і хірургічного лікування оцінювали на основі суб'єктивних даних, отриманих від пацієнток. Позитивними результатами лікування або видужанням вважали випадки повного утримання сечі жінками при фізичному напруженні, кашлю, швидкій ході; поліпшенням – у випадках зменшення мимовільного виділення сечі за кількістю використаних на протязі дня чи доби гігієнічних прокладок; без змін або погіршенням – пацієнтки втрачали таку ж кількість сечі чи більше, ніж до лікування.

Вивчення віддалених результатів консервативного лікування з використанням ендоеуретральної електростимуляції проводилось через 1, 3, 6 та 12 місяців після проведеного лікування. Віддалені результати хірургічного лікування з урахуванням методу операції проводились через 1, 2, 3 та 5 років. Для цього були розроблені анкети для хворих, які отримали консервативне та хірургічне лікування для суб'єктивної оцінки ефективності лікування. Хворі, які повторно звертались на амбулаторні прийоми чи лікувались у відділенні, також заповнювали анкети. В поштове послання вкладали анкету та конверт для зворотної відповіді. Всього було розіслано поштових послань 130 хворим, із них 80 – хворим, які лікувались консервативно з електростимуляцією сфінктерного апарату уретри та 50 – хворим, які перенесли хірургічне втручання. Отримано 101 відповідь, серед яких 60 – від хворих, які лікувались консервативно та 41 – від хворих, які перенесли хірургічні втручання.

Отриманні дані обстеження та лікування в чотирьох групах піддавали статистичній обробці за допомогою персонального комп'ютера (ASUS A6800R, CELERON-M380, WINXP HOME), а також методом варіаційної статистики з

визначенням суттєвості розбіжностей між показниками за критерієм Стьюдента (р). У тих випадках, коли р дорівнював чи був менше за 0,05, вважали розбіжності суттєвими.

Узагальнення отриманих результатів та висновки робили після обговорення з науковим керівником.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова встановлено, що дане дослідження не суперечить основним біоетичним нормам (витяг з протоколу №2 від 4.02.2009 р.).

Результати дослідження

Проаналізовано історію хвороби 62 жінок із стресовим нетриманням сечі, які знаходились на лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні (ВОКЛ) з 1976 по 2005 рік.

Віковий склад жінок був наступним: жінки до 30 років - 1 (2,0%), від 31 до 40 років – 7 (11,2%), від 41 до 50 років – 26 (41,8%), від 51 до 60 років – 22 (35,7%), старше 60 років – 6 (9,2%). Хворих у менопаузі було 34 (55,1%).

За даними анамнезу, тривалість захворювання до 1 року визначена у 10 (16,8 %) жінок, тривалість від 1 до 5 років – у 35 (56,1 %) жінок, від 6 до 10 років – у 12 (19,9 %) жінок, більше 10 років – у 4 (7,1 %) жінок. Згідно клінічної класифікації Тетрадова А.Н., стресове нетримання сечі I ступеня (нетримання сечі виникає тільки у вертикальному положенні) визначено у 49 (78,6 %) жінок, II ступеня (нетримання сечі виникає і в горизонтальному положенні) – у 13 (21,4 %) жінок. Хірургічні втручання з приводу стресового нетримання сечі були виконані 62 пацієнткам. Структура оперативних втручань представлена на рисунку 1.

Позитивними результатами лікування або видужання вважали випадки повного утримання сечі жінками при фізичному напруженні, кашлі, швидкій ході; поліпшення – у випадках зменшення мимовільного виділення сечі за кількістю використаних протягом дня чи доби гігієнічних прокладок; без змін або погіршення – пацієнтки втрачали таку ж кількість сечі чи більше, ніж до лікування.

Ранні результати хірургічного втручання: одужання відмічено у 95,2% хворих, поліпшення - у 1,6%.

Результати хірургічного лікування жінок зі стресовим нетриманням сечі та операційні ускладнення наведені в таблиці 1.

Ефективність хірургічного втручання знизилася з 95,2% в ранні терміни після операції до 72,4% через 1-3 роки після операції, через 3-10 років після операції зниження ефективності лікування до 61,1% та до 50,0% - через 10-30 років після операції.

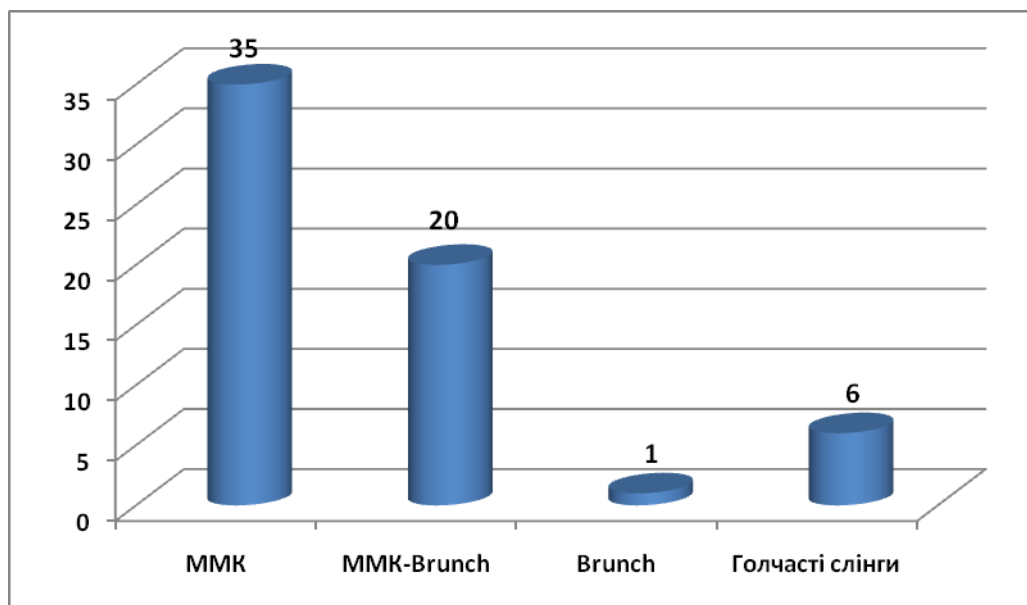


Рис. 1. Структура оперативних втручань з приводу стресового нетримання сечі в урологічному відділенні ВОКЛ з 1976 по 2005 рік.

Таблиця 1

Результати хірургічного лікування жінок із стресовим нетриманням сечі за даними ретроспективного аналізу за 1976-2005 рр.

| | Час після оперативних втручань | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|-------------|
| | ранні віддалені терміни (до 1 року) | середні віддалені терміни (1 - 3 роки) | тривалі віддалені терміни (більше 3-х років) | |
| | | | 3-10 років | 10-30 років |
| Кількість жінок, які повністю утримують сечу | 34 82,9 % | 21 72,4 % | 11 61,1 % | 6 50,0 % |
| Загальна кількість прооперованих жінок | 41 | 29 | 18 | 12 |

Таблиця 2

Ранні післяопераційні ускладнення у жінок з стресовим нетриманням сечі в урологічному відділенні ВОКЛ з 1976 по 2005 рік

| Післяопераційні ускладнення | Кількість хворих |
|-----------------------------|-------------------|
| Гостра затримка сечі | 5 (8,1 %) |
| Дизуричні симптоми | 5 (8,1%) |
| Гіперактивність детрузора | 2 (3,2%) |
| Всього: | 12 (19,4%) |

За даними ретроспективного аналізу хірургічне лікування жінок із стресовим нетриманням сечі є ефективним і приводить до одужання 95,2% хворих в ранні терміни після операції. Недоліком застосованих методик є зниження ефективності лікування в віддалені терміни. Так, 72,4% жінок через 1-3 роки після операції задоволені результатом лікування, 61,1% жінок - через 3-10 років після операції та не більше 50,0% - через 10-30 років.

В проспективному дослідженні прийняли участь 120 жінок із стресовим нетриманням сечі, які знаходились на лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні (ВОКЛ) з 2005 по 2008 рік та в гінекологічному відділенні госпіталю Св. Марії (м. Гельзенкірхен, Німеччина).

Віковий склад жінок був наступним: жінки до 40 років – 6 (5,0%), від 41 до 50 років – 29 (24,17%), від 51 до 60 років – 63 (52,5%), від 61 року і старше – 22 (18,3%). В порівнянні з даними ретроспективного аналізу, в нашому дослідженні найбільшу кількість склали жінки в віці від 51 до 60 років, тобто жінки менопаузального віку, в той час як в ретроспективному дослідженні найчастіше нетримання сечі спостерігалось в віці 41-50 років.

За даними анамнезу, тривалість захворювання до 1 року визначена у 41 (34,2 %) жінок, тривалість від 1 до 5 років – у 53 (44,6 %) жінок, від 6 до 10 років – у 22 (18,3 %) жінок, більше 10 років – у 4 (3,3 %) жінок.

Результати консервативного медикаментозного методу лікування стресового нетримання сечі були наступними:

коли пацієнтка відмовлялась від хірургічного втручання або мала протипоказання до операції, коли ще планувала пологи, а також при наявності імперативної або змішаної форми нетримання сечі, рекомендовано було проведення занять за методикою А.Н. Kegel по 20 хвилин тричі на день з поступовим збільшенням кількості вправ. Видужання та покращення настало у 80,0% жінок. У випадках завзятих тренувань ефект лікування через 3-6 місяців досягав 30,0-90,0%. Найкращі результати м'язових вправ мали місце у молодих жінок з початковими ступенями захворювання та великою мотивацією до видужання.

В дослідженні процедуру електростимуляції шийки сечового міхура виконували щоденно протягом 15-20 хвилин, на курс 10-15 процедур. Амплітуду стимулюючих імпульсів підбирали індивідуально за больовими відчуттями в ділянці шийки сечового міхура. Для профілактики циститу на період курсу електростимуляції призначали пероральні уроантисептики. Електростимуляцію не проводили жінкам при наявності запальних процесів у сечових шляхах та піхві, при маткових кровотечах, при наявності міоматозних вузлів у матці, а також при важких порушеннях серцевого ритму.

Для медикаментозного лікування було використано селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, який збільшує скоротливу здатність поперечно-смугастої мускулатури сфінктера сечового міхура і уретри за рахунок стимуляції альфа-1-адренергічних і 5-гідрокситриптамін-2-рецепторів моторних нейронів статевого нерву.

Препарат застосовували у дозі 20 мг 2 рази на день щоденно. Для оцінки ефективності лікування жінок з СНС застосовувався опитувальник ICIQ-SF (рекомендований 2-ю Міжнародною конференцією по нетриманню сечі) до і після лікування з визначенням в балах індекса ICIQ, а також одноденного прокладкового тесту із визначенням ваги сухої прокладки до проби та після неї. Також застосовувався 24-годинний прокладковий тест – кількість використаних прокладок за 24 години (табл. 3.)

Таблиця 3

Результати консервативного лікування жінок з СНС

| | Індекс ICIQ, бали | | Одноденний прокладковий тест, г | |
|----------|-------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|
| | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |
| I група | 17,6 ± 0,38 | 11,8 ± 0,48* | 12,3 ± 3,86 | 10,9 ± 2,83 |
| II група | 17,1 ± 0,35 | 5,4 ± 1,43* | 18,6 ± 6,52 | 3,2 ± 1,51* |

Примітка. * - $p < 0,05$.

За результатами 24-годинного прокладкового тесту середня кількість використаних підкладних до лікування склала 8 штук на день в обох групах. Після фармакотерапії інгібітором зворотного захвату серотоніну та норадреналіну протягом 9,4 тижнів середня кількість підкладних зменшилась до 4,2 в день в I групі жінок, до 3,2 прокладок в день – в II групі ($p < 0,0001$). 34 з 40 (75,0%) жінок I групи повідомили про зникнення нетримання сечі після використання інгібітору зворотного захвату серотоніну та норадреналіну, у 2 (5,0%) жінок виникли побічні ефекти від застосування препарату, що змусило відмовитись від подальшого лікування, у 4 (10,0%) жінок покращення було незначним. В II групі 37 з 40 (92,5%) жінок повідомили про зникнення нетримання сечі після лікування, у 2 (5,0%) жінок виникли побічні ефекти, у 1 (2,5%) жінки нетримання сечі залишилось.

Більшість пацієнток повідомило про помірно виражені побічні ефекти у вигляді втомлюваності (4 (10,0%)), сухості в роті (3 (7,5%)), нудоти (1 (2,5%)), безсоння (1 (2,5%)). Більшість цих побічних ефектів зникло протягом 4 тижнів.

Таким чином, застосування інгібітору зворотного захвату серотоніну та норадреналіну у поєднанні із вправами для зміцнення м'язів тазового дна та ендоеуретральною електростимуляцією сфінктерного апарату уретри покращило результати лікування жінок II групи в порівнянні з монотерапією інгібітором зворотного захвату серотоніну та норадреналіну.

Альтернативні 40 жінок були прооперовані за методикою TVT-O. Після хірургічної корекції стресової інконтиненції методом петльової пластики TVT-O ми не спостерігали жодного випадку розвитку рецидиву стресового нетримання сечі в терміни спостереження до 6 місяців.

Безпосередні результати хірургічного втручання були найкращими саме після цієї операції: одужання відмічено у 97,5% хворих, поліпшення - у 2,5%.

Результати оперативного лікування за методикою TVT-O: через 24 години самостійно могли мочитися 39 (95,0%) жінок, 1 (5,0%) жінці знадобилась нетривала катетеризація (не більше 4 днів).

Через 12 місяців після операцій TVT-O видужання спостерігали 36 (90,0%) жінок, покращення 3 (7,5%) жінок, нетримання збереглося у 1 (2,5%) жінки (рис. 2).

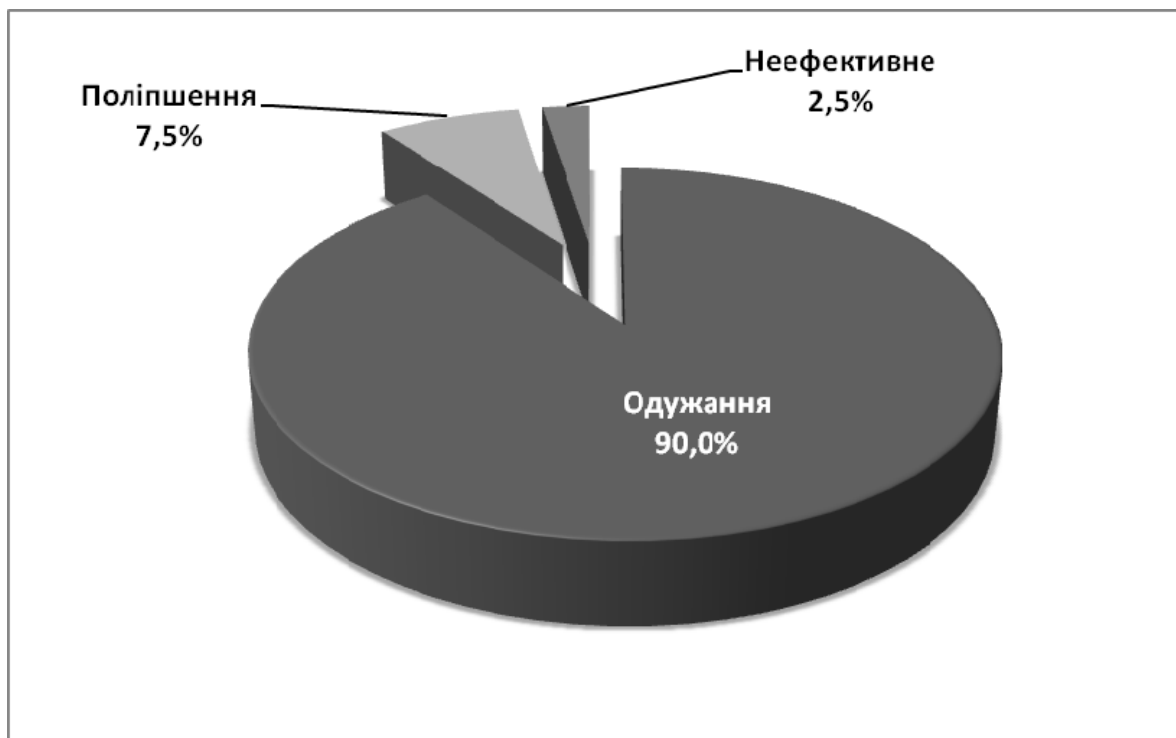


Рис. 2. Результати хірургічного лікування жінок з СНС з застосуванням методики TVT-O.

Віддалені результати через 36 місяців виявились такими самими: видужання спостерігали 36 (90,0%) жінок, покращення 3 (7,5%) жінок.

Слінгові операції виявились найбільш надійними в середні (24-47 місяців) та тривалі (понад 48 місяців) терміни після операції і на такому ж відсотковому рівні, як і до 2 років.

Заключним етапом дослідження стала оцінка якості життя жінок, які отримували лікування з приводу СНС за оперативними та консервативними методиками. Жінки були розподілені на дві групи: I група – пацієнтки, які отримали консервативне лікування, II група – жінки яким виконано операціюTVT-O.

Для оцінки якості життя пацієнток ми використовували модифіковану нами анкету-опитувальник “Якість життя жінок” (Кулаков В.І. та співавт., 1999). За допомогою анкети здійснювалась оцінка 5 основних категорій якості життя: фізична активність, психічний стан, соціальне та рольове функціонування, сексуальна функція. Всі позитивні відповіді пацієнти оцінювали за інтенсивністю проявів по трибальній шкалі. Крім того, кожна пацієнтка давала власну оцінку свого здоров'я: «добра», «задовільна», «погана». Анкетування проводили у всіх досліджуваних жінок до початку лікування, через 3 місяці та 1 рік після лікування. Аналіз якості життя проводився в залежності від типу лікування – до I групи віднесені жінки, які отримували консервативне лікування, до II групи – жінки після оперативного лікування.

Фізична активність всіх груп хворих до лікування була значно знижена, що особливо проявлялось в II групі хворих, яким проведено оперативне лікування, порівняно із групою консервативної терапії. Ми вважаємо такий результат закономірним, оскільки нетримання сечі є тяжким стражданням для жінки, пригнічує її психіку, знижує працездатність, не дає можливості перебувати в громадських місцях. При обстеженні через 3 місяці та через 1 рік після лікування фізична активність жінок виявилась кращою в обох групах. Отримані дані свідчать, що проведене лікування та позитивні результати його покращують фізичну активність жінок.

Поряд із порушеннями фізичної активності хворих нами були виявлені суттєві розлади психічного стану обстежених хворих. До початку лікування психічний стан майже всіх пацієнток був пригніченим. Основними симптомами, які турбували жінок перед лікуванням: відчуття пригніченості, стурбованості, нервозності, невдоволеності власним життям, емоційну нестабільність - скаржились 18,8% (15) хворих I групи, 32,0% (13) – II групи. Індекс психічних розладів до лікування у хворих з стресовим нетриманням сечі становив: в I групі – 12,3 балів, в II групі – 15,4 бали. Через 3 місяці після лікування параметри психічного стану покращились в обох групах. Позитивний ефект був значним в II групі, де проведено оперативне лікування, що пов'язано з високою ефективністю лікування. При проведенні анкетування через 1 рік

після лікування індекс психічних розладів в I групі майже повернувся до початкового перед лікуванням рівня, в той час як в II групі залишився низьким, що свідчило про відновлення сприятливого психо-емоційного стану пацієнток після оперативного лікування.

Щодо соціальної активності, то до лікування зміни відмічали 48 жінок (60,0%) I групи, 22 (62,8%) жінки II групи. Вказані пацієнтки скаржились на обмеження зустрічей з друзями - 37 (44,3%) жінок I групи, 23 (57,5%) жінок II групи, нетерпимість по відношенню до інших людей - 21 (26,3%) жінка I групи, 19 (47,5%) жінок II групи. При обстеженні через 3 місяці після лікування параметри соціальної активності покращились в обох групах хворих. Індекс соціальної активності становив: в I групі – 5,2, в II групі – 4,5. Через 1 рік після лікування значення параметрів соціальної активності хворих змінилось на краще у II групі досліджених хворих. Індекс соціальної активності дорівнював: I – 7,5 балів, II – 4,1 балів. Пацієнтки вказували на обмеження зустрічей із друзями 33 (41,3%) в I групі, 3 (7,5%) в II групі. На бажання побути насамоті вказували 23 пацієнтки (28,8%) з I групи, 1 (2,5%) – в II групі.

Всі пацієнтки з стресовим нетриманням сечі до лікування в тому чи іншому ступені відмічали порушення рольового функціонування. Всіх пацієнток турбувала швидка втомлюваність при виконанні робіт по домашньому господарству, проблеми у професійній діяльності різного ступеню проявів відмічали, зміни у відносинах з чоловіком або статевим партнером. Через 3 місяці після оперативного лікування при оцінці параметрів рольової функції жінки ми отримали деяке зниження індексу: I група – 9,2; II – 8,4 бали за рахунок зменшення ступеню важкості проявів нетримання сечі. Через 1 рік після оперативного втручання показники оцінки рольового функціонування продовжували змінюватись на краще.

Вивчення сексуальної функції пацієнток з стресовим нетриманням сечі до лікування, а також через 3 та 12 місяців після лікування проводилось за допомогою модифікованої нами анкети-опитувальника «Якість життя жінок» (Кулаков В.І. та співавт., 1999).

Порівняльний аналіз результатів дослідження сексуальної функції виявив тимчасове зниження сексуальної функції жінок переважно II групи після перенесеного оперативного лікування, що вказує на негативний вплив оперативного лікування та пов'язаного з ним стресу на сексуальність жінки. Необхідно зазначити, що відновлення сексуальної функції у віддалені терміни після операції відбувалось швидче в цій групі жінок, що було пов'язано з значним покращенням загального стану пацієнток, високою ефективністю лікування.

Одним із фрагментів загальної оцінки якості життя жінки після лікування стресового нетримання сечі, була самооцінка жінкою стану здоров'я. В результаті суб'єктивної оцінки стану здоров'я жінками, що перенесли оперативне лікування стресового нетримання сечі, було встановлено, що через 1 рік після консервативного лікування проблеми зі сном залишились у 6 (7,5%) пацієток, яке проявлялось у безсонні, неспокійному сні, частому пробудженні, труднощами із засинанням, причому ці ознаки мали тенденцію до поглиблення. Пацієнтки вказаної групи мали також наступні проблеми: біль внизу живота – 5 хворих (6,3%), біль у поперековій ділянці – 11 жінок (13,8%), порушення функції кишечника – у 12 (15,0%). В іншій групі пацієток, які отримували оперативне лікування, самопочуття покращилось: на розлади засипання або часте пробудження скаржились 2 пацієток (5,0%), біль внизу живота залишався у 3 (7,5%), біль у попереку – у 6 (15,0%); порушення функції кишечника – 3 хворих (7,5%).

Таким чином порівняльний аналіз результатів проведеного нами опитування щодо якості життя пацієток до та після лікування з приводу стресового нетримання сечі з урахуванням методу лікування (консервативне або оперативне) дозволяє заключити, що операція та пов'язані з нею негативні психо-емоційні навантаження зумовлюють незначне зниження фізичної активності в перші місяці після операції, але покращення психічного стану, соціальної активності жінок, відновлення рольового функціонування швидше відбувались в II групі.

Все це свідчить про необхідність індивідуального підходу до вибору методу лікування, проведення реабілітаційних заходів з урахуванням особливостей кожної конкретної пацієнтки, що дозволить суттєво підвищити якість життя пацієток із стресовим нетриманням сечі.

ВИСНОВКИ

В дисертації вирішене наукове завдання щодо підвищення ефективності лікувальних заходів та покращення якості життя жінок зі стресовим нетриманням сечі шляхом індивідуального підходу до вибору методів консервативного та хірургічного лікування.

1. Найчастіше стресове нетримання сечі виникає у віці 40-60 років, середній вік хворих становить $48,37 \pm 0,91$ років, тривалість захворювання - 6-10 років. В анамнезі таких жінок двоє та більше пологів - 40,71%, пологова травма склала 23,57%, аборти - 26,43%, трансабдомінальні та трансвагінальні втручання - 12,14%, важка фізична праця мала місце у 14,29%, хронічний обструктивний бронхіт у 10,71%.

Основними хірургічними методиками лікування стресового нетримання сечі за даними ретроспективного аналізу були: операція Marshall-Marchetti Krantz - ММК в модифікації Г.А. Антонова, операція за J.C. Burch, поєднана методика ММК і Burch, операція пубо-вагінального фаціального голчастого слінгу, трансвагінальна голчаста кольпосуспензія. Ефективність хірургічних втручань в ранні терміни після операції становила 95,2%, через 10-30 років після операції знизилася до 50,0%.

2. За допомогою уродинамічного дослідження апаратом GYNECARE MoniTopt було виявлено пряму залежність між показником URP та клінічним ступенем нетримання сечі: URP у хворих I ст. СНС склав $72 \pm 0,91$ см вод ст. по відношенню до $48 \pm 0,58$ см вод. ст. у хворих з II ст. СНС. Пороговий тиск підтікання сечі (LPP) у хворих з I ст. СНС склав $86 \pm 0,91$ см вод. ст., з II ст. $72 \pm 0,58$ см вод ст.

3. Після монотерапії інгібітором зворотного захвату серотоніну та норадреналіну у 23 з 40 (57,5%) жінок констатовано зникнення нетримання сечі, у 2 (5,0%) жінок виникли побічні ефекти під час застосування препарату, що змусило прикоротити його використання. При поєднанні інгібітору зворотного захвату серотоніну та норадреналіну з вправами для укріплення м'язів тазового дна у 34 з 40 (80,0%) жінок відмічено зникнення нетримання сечі після лікування, у 2 (5,0%) жінок мали місце побічні ефекти, у 1 (2,5%) жінки нетримання сечі залишилось.

4. Індивідуальними показами до застосування хірургічних методів лікування жінок із стресовим нетриманням сечі є: вік жінок до 35 років, жінки репродуктивного віку, які планують в подальшому народження дитини, наявність нормальної маси тіла, I ст. стресового нетримання сечі. Показами до застосування хірургічного лікування стресового нетримання сечі за відсутності значного пролапсу тазових органів є: неефективність консервативної терапії, вік пацієнтки більше 45 років, наявність ознак гіпоестрогенії, обтяжений акушерський анамнез (травматичні пологи, великий плід), ожиріння, важка ступінь нетримання сечі.

В результаті лікування жінок за методикою TVT-O не спостерігалось жодного випадку рецидиву стресового нетримання сечі протягом 2-х років. Післяопераційні ускладнення в ранні післяопераційні терміни склали 5,0% і були незначними.

5. Порівняльний аналіз результатів проведеного нами опитування щодо якості життя пацієнток до та після лікування з приводу стресового нетримання сечі з урахуванням методу лікування (консервативне або оперативне) дозволяє стверджувати, що операція та пов'язані з нею негативні психоемоційні навантаження зумовлюють зниження фізичної активності,

погіршення психічного стану жінок та сексуальної функції в перші 3 місяці після операції. У віддалені терміни відбувалося покращення показників якості життя за рахунок високої ефективності хірургічного лікування.

СПИСОК НАУКОВИХ РОБІТ, НАДРУКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Перший досвід застосування препарату Yentreve (дулоксетин) у комплексному лікуванні жінок із стресовим нетриманням сечі / В. І. Горовий, С. І. Жук, В. П. Головенко, О. В. Кулаковська, Ю. В. Домбровська // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2007. - № 11 (2/1). – С. 675-677. (Особистий внесок автора – проведено лікування пацієнток, статистична обробка отриманих результатів).

2. Шляхи підвищення ефективності лікування жінок із стресовим нетриманням сечі / В. І. Горовий, В. П. Головенко, С. І. Жук, А. О. Сапсай, Ю. Б. Потеха, О. В. Кулаковська // Урологія. -2006. – Т. 10, № 2. – С. 40-48. (Особистий внесок автора – проведено лікування пацієнток, статистична обробка отриманих результатів).

3. Застосування фурамагу для профілактики інфекцій сечових шляхів при ендоуретральній електростимуляції шийки сечового міхура у жінок із стресовим нетриманням сечі / В. І. Горовий, В. П. Головенко, А. О. Сапсай, О. В. Кулаковська // Biomedical and Biosocial Antropology – 2006. - №. 6. – С. 53-55. (Особистий внесок автора – збір матеріалу, статистична обробка, підготовка до друку).

4. Застосування препарату Yentreve (Дулоксетин) в комплексному лікуванні жінок із стресовим нетриманням сечі / В. І. Горовий, С. І. Жук, В. П. Головенко, О. В. Кулаковська // Современные достижения онкоурологии : мат. трудов XIV науч.-практ. конф. урологов с междунар. и межрег. Участием, 25-26 мая 2006 г. – Харьков, 2006. – С. 378-384 . (Особистий внесок автора – проведено лікування пацієнток, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку наукової роботи).

5. Результати застосування препарату Yentreve (дулоксетин) у комплексному лікуванні жінок із стресовим нетриманням сечі / В. І. Горовий, В. П. Головенко, С. І. Жук, О. В. Кулаковська // Актуальні питання урології : наук.-практ. конф., 26-27 жовт. 2006 р. – Чернівці, 2006. – С. (Особистий внесок автора – проведено лікування пацієнток, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку наукової роботи).

6. Застосування препарату Yentreve (Дулоксетин) у комплексному лікуванні жінок із стресовим нетриманням сечі / В. І. Горовий, В.П. Головенко,

С.І. Жук, О.В. Кулаковська, А. О. Сапсай, О. А. Сміюха // Українсько-польський симпозиум урологів, 4-6 травня 2007 р. – Львів, 2007. – С. 66-67. (Особистий внесок автора – проведено лікування пацієнок, статистична обробка отриманих результатів).

7. Застосування фурамагу для профілактики інфекцій сечових шляхів при ендоуретральній електростимуляції шийки сечового міхура у жінок із стресовим нетриманням сечі / Горовий В.І., Головенко В.П., Сапсай А.О., Кулаковська О.В. // Актуальні питання стратегії, тактики, застосування та дослідження антибіотиків, антисептиків, дезінфектантів : міжнар. наук.-практ. конф., 9-10 лист. 2006 р. – Вінниця, 2006. – С. (Особистий внесок автора – збір матеріалу, статистична обробка, підготовка до друку).

8. Перший досвід застосування портативної та малоінвазивної уродинамічної системи Gynecare Monitorr (Johnson & Johnson) для діагностики нетримання сечі у жінок / В. І. Горовий, В. П. Головенко, О. А. Сміюха, А. О. Сапсай, О. В. Кулаковська, О. О. Підмурняк // Актуальні питання урології : мат. Всеукр. наук.-практ. конф., 23-24 жовт. 2008 р. – Чернівці, 2008. – С. 11-15. (Особистий внесок автора – проведено обстеження пацієнок, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку наукової роботи).

9. Пат. UA 32955 U 10.06.2008, бюл. № 11, 2008 р. “Спосіб регулювання натягу слінгових лігатур при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок”. В.І. Горовий, В.П. Головенко, С.І. Жук, О.В. Кулаковська, А.О. Сапсай. (Особистий внесок автора – збір матеріалу, участь у розробці способу, підготовка до друку).

АНОТАЦІЯ

Кулаковська О.В. Індивідуалізація підходів до ведення жінок із стресовим нетриманням сечі. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України. Вінниця, 2009.

В дисертаційній роботі проведено порівняння застосування консервативних (фармакотерапія інгібітором зворотного захвату серотоніну та адреналіну в якості монотерапії та в поєднанні із вправами для зміцнення м'язів тазового дна в комплексі з електростимуляцією шийки сечового міхура) і хірургічних методів лікування стресового нетримання сечі з визначенням безпосередніх та віддалених результатів лікування стресового нетримання сечі у жінок.

Доведено, що ефективність лікування інгібітором зворотного захвату серотоніну та адреналіну в якості монотерапії склала 57,5%, у поєднанні з

вправами для укріплення м'язів тазового дна та електростимуляцією шийки сечового міхура – 80,0%, ефективність хірургічного методу лікування за методикою TVT-O склала 97,5%.

Одним із компонентів оцінки ефективності лікування було визначення якості життя жінок, яке ми визначали за станом фізичної активності, психічним станом, соціальним та рольовим функціонуванням, сексуальною функцією.

За допомогою порівняльного аналізу консервативного та оперативного лікування встановлено, що операція та пов'язані з нею негативні психоемоційні навантаження зумовлюють зниження фізичної активності, погіршення психічного стану жінок та сексуальної функції в перші 3 місяці після операції. У віддалені терміни спостерігалось стійке покращення показників якості життя за рахунок високої ефективності хірургічного лікування.

Ключові слова: стресове нетримання сечі, дулоксетин, TVT, TVT-O, inside to outside, Marshall-Marchetti-Krantz, Burch, голчасті слінги, якість життя.

АННОТАЦІЯ

Кулаковская О.В. Индивидуализация подходов к ведению женщин со стрессовым недержанием мочи. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ Украины, Винница, 2009.

В диссертационной работе приведено сравнение применения консервативных (фармакотерапия ингибитором обратного захвата серотонина и адреналина в качестве монотерапии и в комбинации с упражнениями для укрепления мышц тазового дна в комплексе с электростимуляцией шейки мочевого пузыря) и хирургических методов лечения стрессового недержания мочи с определением непосредственных и отдаленных результатов лечения стрессового недержания мочи у женщин.

Непосредственные результаты как консервативного, так и хирургического методов оценивали на основе субъективных данных, полученных от пациенток. Позитивными результатами лечения либо выздоровлением считали случаи полного удержания мочи при физическом напряжении, кашле, быстрой ходьбе; улучшения – в случаях уменьшения эпизодов непроизвольного мочеиспускания по количеству использованных на протяжении суток гигиенических прокладок; без изменений либо ухудшением – в случаях, когда пациентки страдали от непроизвольного мочеиспускания на том же уровне либо больше, чем до начала лечения.

По результатам ретроспективного исследования эффективность хирургического лечения по методикам Marshall-Marchetti-Krantz (ММК) в модификации Г.А. Антонова (1975), операции по комбинированной методике ММК и Burch, операции Burch и иголчатых слингов составила в ранний отдаленный период (до 1 года) 82,9 %, в средний отдаленный период (1-3 года) 72,4 %, в длительный отдаленный период (более 3-х лет) 50 - 61,1 %.

Эффективность лечения ингибитором обратного захвата серотонина и адреналина в качестве монотерапии составила 57,5%, в комбинации с упражнениями для укрепления мышц тазового дна и электростимуляцией шейки мочевого пузыря – 80,0%.

Эффективность хирургического метода лечения по методике TVT-O составила 97,5%.

Проведенный анализ оценки качества жизни после консервативного лечения позволил определить краткосрочное (до 3-х месяцев) повышение основных параметров качества жизни. В отдаленные сроки мы наблюдали незначительное снижение качества жизни пациенток.

Сравнительный анализ результатов проведенного опроса, касающегося качества жизни пациенток до и после лечения по поводу стрессового недержания мочи с учетом метода лечения (консервативное или оперативное) позволяет заключить, что операция и связанные с ней негативные психо-эмоциональные нагрузки обуславливают снижение физической активности, ухудшение психического состояния женщин и сексуальной функции в первые 3 месяца после операции. В отдаленный период наблюдалось стойкое улучшение показателей качества жизни за счет высокой эффективности хирургического лечения.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, дулоксетин, TVT, TVT-O, inside to outside, Marshall-Marchetti-Krantz, Burch, иголчатые слинги, качество жизни.

SUMMARY

Kulakovskaya O. V. The individual approaches to the woman with the stress urinary incontinence. - Manuscript.

Thesis for scientific degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.01 – Obstetrics and Gynecology. – Vinnitsa National Medical University named after M. I. Pirogov, Vinnitsa, 2009.

In the dissertation there is a comparison of the using conservative (the pharmacotherapy by the inhibitor of the reverse capture of the serotonin and the adrenalin as a monotherapy with the exercises for strengthening of the pelvic floor's

muscles in the complex with the neck of urinary bladder's electrostimulation) and surgical methods of treatment of the stress urinary incontinence with the determination of direct and remote results of the stress urinary incontinence treatment at women.

The treatment's effectiveness by the inhibitor of the reverse capture of the serotonin and the adrenalin as a monotherapy puts together 57,7 %, with the exercises for strengthening of the pelvic floor's muscles in the complex with the neck of urinary bladder's electrostimulation – 80,0 %. The effectiveness of the surgical method of treatment by the TVT-O method puts together 97,5 %.

One of the components of the grade of the effectiveness treatment was the determination of the quality of the women's life, which we distinguish according to the physical activity, mental state, social and role functioning and sexual function.

In the remote terms we observed the negligible reduction of patients' quality of life. The comparative analysis of the quiz' results, which was concerned the quality of the life the patients before and after the treatment of the stress urinary incontinence with taking into account the methods of treatment (conservative and operative), allows to conclude, that the operation and the all psychological and emotional loadings which are connected with the operation determine the physical activity's reduction, the deterioration of woman psychical state and the sexual activity during the first three months after the operation. In the remote period was observed the improvement of the qualitative characteristics of life due to the high effectiveness of the surgical treatment.

Key words: the stress urinary incontinence, duloxetine, TVT, TVT-O, inside to outside, Marshall-Marchetti-Krantz, Burch, needled slings, quality of life.

Підписано до друку 6.11.2009 р. Замовл. № 1438
Формат 60х90 1/16 ум. Друк. Арк. 0,8 друк офсетний.

Наклад 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Пирогова, 56.

