

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Сазонова Наталья Алексеевна

**Лечение недержания мочи у женщин
в условиях стационара кратковременного пребывания**

3.1.13. Урология и андрология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Гвоздев Михаил Юрьевич

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	10
1.1. Психосоциальная характеристика пациенток, страдающих стрессовым недержанием мочи	10
1.2. Стрессовое недержание мочи. Нехирургические методы лечения.....	13
1.3. Субуретральная петлевая пластика в амбулаторной практике	18
1.4. Анестезия в амбулаторной хирургии	20
1.5. Протоколы ускоренного восстановления после операции в урологической практике.....	22
1.6. Эффективность ERAS-протоколов.....	23
1.7. Внутрибольничная инфекция	24
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	27
2.1. Критерии включения пациенток.....	28
2.2. Критерии невключения пациенток.....	28
2.3. Критерии исключения пациенток.....	28
2.4. Методы обследования больных	29
2.4.1. Сбор жалоб и анамнеза	29
2.4.2. Оценка психологического состояния пациенток.....	30
2.4.3. Уродинамическая оценка функции нижних мочевыводящих путей.....	40
2.4.4. Осмотр в гинекологическом кресле	42
2.4.5. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	42
2.4.6. Клинико-статистическая обработка данных	42
ГЛАВА 3. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.....	45
3.1. Лечение в стационаре кратковременного пребывания	47
3.2. Сравнение стоимости лечения	49
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	56
4.1. Психологические тесты. Описательная статистика	58

4.2. Эффективность операций.....	65
4.3. Безопасность выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях стационара кратковременного пребывания.....	66
ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	
ИССЛЕДОВАНИЯ.....	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	76
ВЫВОДЫ.....	78
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	79
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	80

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Стрессовая форма недержания мочи – распространенное урологическое заболевание у женщин, характеризующееся непроизвольным выделением мочи при повышении внутрибрюшного давления при кашле, чихании, физических нагрузках, которое, хотя и не является жизнеугрожающим состоянием, негативно сказывается на качестве жизни пациенток. По данным современных мировых исследований, встречаемость стрессового недержания мочи (СНМ) варьирует от 25% до 45% [28]. Истинную распространенность трудно назвать объективной, так как многие пациенты стесняются заболевания и обеспокоены отношением социума, что, как результат, приводит к низкой обращаемости за медицинской помощью.

Низкая осведомленность населения о данной проблеме, а также отсутствие знаний о способах ее решения не позволяют пациенту самостоятельно выбрать метод лечения, и часто он полагается на мнение и опыт врача. Определение тактики лечения основано на объективной оценке выраженности недержания: частота и объем теряемой мочи [62]. Однако это может быть не основным критерием для самой пациентки. В последних работах подчеркивается важность субъективного восприятия пациентом своей проблемы для принятия решения о методах, сроках и объемах лечения. «Немедицинская» оценка проблемы все чаще делает необходимым совместное консультирование пациенток с психологом.

Связь личностных свойств, субъективной оценки риска оперативного вмешательства и отношения к болезни поможет подобрать оптимальную стратегию лечебного процесса и сроки стационарного пребывания.

Степень разработанности темы исследования

Первая и наиболее эффективная операция по коррекции недержания мочи была предложена Берчем в 1961 г., позже появилось множество модификаций данной методики, среди которых наиболее известны методики Танаго и Маршалла – Марчетти – Крантца, однако все они сопряжены с большим

количеством осложнений. Впервые методика sling-операций была применена в 1993 г. и описана как «новая амбулаторная процедура лечения недержания мочи у женщин». В исследование были включены 50 пациенток, которые перенесли манипуляцию под местной анестезией. Метод, известный с конца XX века, постепенно заменил кольпосуспензию по Берчу как наименее инвазивный. И на сегодняшний день субуретральная петлевая пластика является золотым стандартом лечения стрессовой формы недержания мочи.

В Российской Федерации на сегодняшний день принята модель длительного пребывания пациенток в стационаре в течение трех и более дней. Актуальным вопросом для современного медицинского сообщества является проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, что затрудняет лечение и несет дополнительную финансовую нагрузку на систему здравоохранения. В связи с этим отмечается тенденция сокращения сроков пребывания пациента в стационаре.

Выполнение оперативных вмешательств в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП) снижает экономическую нагрузку на систему здравоохранения. Выполнение манипуляций по единому стандарту минимизирует риски развития осложнений и делает данный тип стационарного пребывания оптимальным для различных возрастных групп.

Вопросу оценки сроков пребывания пациентов в стационаре уделяется недостаточно внимания, что является актуальной задачей и нуждается в своевременном решении.

Цель и задачи исследования

Цель данной работы – улучшить результаты хирургического лечения пациенток со стрессовой формой недержания мочи в условиях СКП.

Задачи исследования:

1. Оценить безопасность и эффективность выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях СКП.

2. Разработать и стандартизовать порядок организации хирургического лечения пациенток, страдающих стрессовой формой недержания мочи, в условиях СКП.

3. Провести проспективный сравнительный анализ изменений психологического статуса пациенток, страдающих стрессовой формой недержания мочи, в условиях СКП и стационара круглосуточного пребывания.

4. Оценить экономическую эффективность лечения СНМ у женщин в условиях СКП.

Научная новизна

В данной работе представлены результаты первого в России проспективного анализа, в рамках которого была определена тактика хирургического лечения пациенток с СНМ по принципу fast track, или хирургии ускоренной реабилитации.

Впервые выполнены оценка и сравнительный анализ результатов оперативного лечения, а также изменения психологического статуса пациенток, прошедших лечение в СКП и стационаре круглосуточного нахождения.

Произведена оценка экономической целесообразности лечения СНМ у женщин в условиях СКП и сравнение с аналогичным вмешательством в условиях стационара круглосуточного пребывания.

Таким образом, данное исследование вносит ценный вклад в оптимизацию подходов к лечению СНМ с акцентом на ускоренное восстановление, психологическое благополучие пациенток и экономическую эффективность.

Теоретическая и практическая значимость работы

Согласно полученным данным исследования определены безопасность и эффективность выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях СКП. Полученные результаты сочетаются с улучшенными показателями по результатам психологических анкет у пациенток группы СКП. Разработан алгоритм хирургического лечения СНМ при нахождении пациенток в условиях СКП. Данные разработки применялись в урологической клинике МГМСУ, расположенной на базе Городской клинической больницы им. С.И. Спасокукоцкого (ныне отделение стационара кратковременного пребывания ММНKKЦ им. С.П. Боткина ДЗМ), а

также в учебный процесс кафедры урологии при изучении дисциплины «урология» студентов 4 курса лечебного факультета, цикла постдипломного образования «урогинекология», читаемых направлению подготовки 3.1.13. Урология и андрология.

Методология и методы исследования

Основой методологии диссертационной работы явилось исследование отечественной и зарубежной литературы по проблеме лечения СНМ у женщин, анализ результатов лечения пациенток в условиях СКП и стационара круглосуточного наблюдения, сравнение эффективности и безопасности выполненного хирургического вмешательства в зависимости от типа стационарного пребывания. Все пациентки заполняли специальные психологические анкеты до лечения и через три месяца после выписки из медицинского учреждения с целью оценки «переносимости» лечения. Полученные результаты в последующем были внесены в таблицы Microsoft Excel. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.25 (разработчик – IBM Corporation).

Личный вклад автора

За время подготовки диссертационной работы соискателем в качестве ассистента и хирурга были отработаны методики выполнения слинговых операций у женщин с использованием синтетических протезов, освоена техника проведения комплексного уродинамического исследования.

Соискателем разработан дизайн исследовательской работы, совместно с психологами созданы опросники для пациенток, которые заполнили 133 женщины. Проведены анализ и статистическая обработка полученных данных.

Положения, выносимые на защиту

1. Эффективность хирургического лечения СНМ у женщин в условиях СКП и количество осложнений не зависят от типа стационарного пребывания.
2. Лечение в условиях СКП обеспечивает улучшенные результаты психологического состояния пациенток по сравнению с более длительным нахождением в стационаре.

3. Следование критериям отбора пациенток, страдающих СНМ, для лечения в условиях СКП является важным этапом предоперационной подготовки.

4. Тожественные результаты лечения СНМ у женщин в условиях СКП и стационара круглосуточного пребывания демонстрируют лучшую экономическую эффективность при кратковременном нахождении пациентки в стационаре.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.13. Урология и андрология. Результаты проведенного исследования соответствуют паспорту специальности, пункт 3.

Степень достоверности и апробация результатов

Предложенный алгоритм лечения СНМ у женщин в условиях СКП успешно применялся в урологической клинике МГМСУ (заведующий кафедрой академик РАН Д.Ю. Пушкарь), в СКП (заведующий отделением к.м.н. А.В. Садченко), расположенном на базе городской клинической больницы им. С.И. Спасокукоцкого (главный врач к.м.н. А.В. Погонин), и в других стационарах г. Москвы.

Материалы диссертации используются при чтении лекций студентам, слушателям ФПДО на кафедре урологии МГМСУ, специалистам Московской урологической школы, урологам Европейской урологической ассоциации (EAU – European Association of Urology). Данные, полученные при выполнении диссертационной работы, применяются при проведении образовательных курсов по тазовой хирургии для специалистов на кафедре урологии МГМСУ.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано шесть работ, в том числе одна научная статья в журнале, включенном в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, две статьи в изданиях, индексируемых в международных базах Web of Science, Scopus, PubMed, MathSciNet, zbMATH, Chemical Abstracts, Springer), одна иная публикация по

результатам исследования, две публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 126 источников. Работа изложена на 94 страницах, содержит 5 рисунков, 20 таблиц, 1 схему, 9 диаграмм.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

1.1. Психосоциальная характеристика пациенток, страдающих стрессовым недержанием мочи

Недержание мочи относится к часто встречающимся патологиям. Тем не менее деликатный характер данной проблемы, стеснение, восприятие инконтиненции как неотъемлемой части старения, а также отсутствие знаний о методах лечения приводят к низкой обращаемости к специалистам [99, 118]. По разным данным, консультацию врача получают от 25 до 61% пациентов, страдающих тем или иным видом недержания мочи [31, 63, 97, 106, 112], а в африканских странах этот процент и вовсе составляет от 2,8% [92, 93].

Коллективом авторов во главе с Е. Ерексон было установлено, что основной причиной самостоятельного обращения пациентов с недержанием мочи за медицинской помощью является выраженность симптомов. Среди женщин, перенесших гинекологические операции и имеющих множественные сопутствующие заболевания (оценка проводилась по индексу коморбидности Эликсхаузера), процент амбулаторных посещений выше [87].

Несмотря на широкую распространенность СНМ среди женщин, количество работ, посвященных оценке качества жизни с таким заболеванием, ограничены, а в русскоязычных источниках отсутствуют вовсе.

Недержание мочи не угрожает жизни пациенток, однако значительно снижает качество жизни (Quality of life – QoL). Определение «немедицинского» круга проблем поможет скорректировать тактику лечения или показать неэффективность некоторых методик в каждом конкретном случае. Оценка клиницистами степени воздействия заболевания на качество жизни может оказать положительное влияние на уменьшение симптомов, при уходе и в процессе реабилитации. Доказано, что недостаточная оценка QoL негативно сказывается на результатах лечения, способствует сохранению жалоб после терапии [27]. Качество

жизни – важный предиктор выживаемости, что обуславливает необходимость определения данного параметра в клинических исследованиях [52].

К наиболее простому способу объективной оценки качества жизни относят опросники. Выделяют два варианта: «общие», позволяющие понять удовлетворенность здравоохранением в целом, и «специальные», где вопросы направлены на оценку отношения к болезни и влияния каждой нозологии на качество жизни.

Появляется больше научных работ, целью которых являются оценка влияния заболевания на качество жизни, отношения к данному состоянию больного и вопросы персонализированного подхода при оказании медицинской помощи. К лидерам в области подобных исследований относятся США, Китай и европейские государства, а наименьшее количество работ выпускается в Африке. Текущая тенденция свидетельствует о том, что такой анализ характерен для более развитых стран [27].

Длительный анамнез недержания мочи может вызывать дистресс, тревогу, потерю чувства собственного достоинства и, таким образом, влиять на социальное, культурное, физическое, психологическое, семейное, домашнее и сексуальное благополучие женщины. У профессиональных спортсменов недержание мочи приводит даже к отказу от занятий спортом [46]. I. Nygaard и соавторы сообщают о 30% случаев потери мочи у 326 женщин, занимающихся регулярной физической активностью, из которых 20% прекратили спортивные занятия из-за недержания мочи, 18% изменили программу тренировок, а 55% начали использовать абсорбирующие средства во время занятий [50].

В другом исследовании под руководством F. Sawaqed оценивалось влияние недержания мочи на следующие активности: молитва, домашние дела, общественная деятельность, развлекательные мероприятия, способность путешествовать на машине; а также степень нервозности и разочарованности вследствие своего состояния. 200 пациенток из Иордании прошли опрос, по данным которого у 47% отмечались симптомы недержания мочи в легкой степени, у 37% – средней степени, 16% опрошенных указывали на выраженную

инконтиненцию [95]. Для большинства проанкетированных недержание мочи оказывало выраженное негативное влияние на совершение молитвы (31,2%), что в стране, где основное население мусульмане, сильно сказывается на совершении религиозных обрядов.

Исследование Р. Abrams и соавторов оценивало качество жизни пациенток, страдающих недержанием мочи, в возрасте 45–60 лет. Коллектив авторов отмечает положительную корреляцию между объемом теряемой мочи и влиянием данного события на повседневные задачи. Кроме того, результаты показали, что недержание мочи связано с чувством унижения и стигматизации [28].

Таким образом, тревога и депрессия часто связаны с недержанием мочи у женщин. Исследования показывают, что 34,1% пациенток с недержанием мочи страдают депрессией [126] и почти каждая пятая имеет высокую тревожность [54]. Тревога связана с трудной доступностью уборной комнаты, боязнью потери мочи в общественном месте, с отсутствием контроля над мочеиспусканием. Депрессия имеет сходный с недержанием мочи биохимический дисбаланс, так как оба процесса регулируются посредством серотонинергической системы. Серотонин способствует закрытию уретрального сфинктера, в то время как у пациентов с депрессией уровень данного нейромедиатора низкий, что предрасполагает к подтеканию мочи [116].

Встречаемость сексуальной дисфункции среди населения оценивается примерно в 30–50% [122]. У женщин со стрессовой формой инконтиненции диспареуния и недержание мочи во время коитуса ведут к смущению и, как следствие, снижению половой активности. По данным Salonia и соавторов, 46% пациентов с различными типами недержания мочи имеют сексуальную дисфункцию, которая проявляется диспареунией – 44%, сниженным половым влечением – 34%, расстройствами возбуждения – 23% и трудностью в достижении оргазма – 11% [107]. На сегодняшний день большинство исследований сосредоточено на анатомических, а не функциональных результатах лечения [13].

Задачей врача-уролога является избавить пациентку от недержания мочи, однако нельзя недооценивать особенности психики данных больных. В лечении

недержания мочи особенно важна согласованная работа мультидисциплинарной команды. Психологическое сопровождение лечебного процесса способствует очеловечиванию медицинской сферы и даже повышению коммерческого компонента. Делегирование психокорректирующих задач медицинскому психологу поможет в потребности пациента быть выслушанным и одобренным в его болезни.

1.2. Стрессовое недержание мочи. Нехирургические методы лечения

Механизм удержания мочи зависит от совместного действия структур, составляющих тазовое дно, симпатической и парасимпатической нервной системы и двигательных волокон полового нерва. Несостоятельность хотя бы одного из компонентов может приводить к утечке мочи даже при минимальном повышении внутрибрюшного давления [76]. Основными предрасполагающими факторами являются возраст, роды (в особенности через естественные родовые пути) и ожирение. Паритет родов дополнительно увеличивает предрасположенность к СНМ, так как в результате прохождения плода через родовые пути происходит сдавление нервов [33, 40].

Среди различных типов недержания мочи на долю стрессовой формы приходится 50–70% всех случаев [119]. Вопреки расхожему мнению, СНМ встречается у женщин различных возрастных групп. В частности, беременность и роды являются хорошо известными факторами риска развития стрессовой инконтиненции. Степень распространенности послеродового недержания мочи составляет, по разным данным, от 4,8% до 35,6% [123, 91, 41, 44]. Нередко у рожениц СНМ сочетается со сниженной самооценкой, тревогой и депрессией [70, 113].

Лечение недержания мочи обычно начинается с неинвазивных или малоинвазивных методов. Ожирение и избыточный вес – доказанные факторы риска недержания мочи. I. Nygaard и соавторы отмечают положительную корреляцию между увеличением индекса массы тела (ИМТ) и

распространенностью инконтиненции у женщин [96]. В своих работах L.L. Subak и коллеги показывают, что повышение ИМТ на 5 увеличивает риск стрессовой инконтиненции на 20–70% [109]. Снижение веса должно быть предложено пациенткам в виде первого шага на пути к удержанию мочи. Кроме того, уменьшение влияния метаболического синдрома положительно сказывается на здоровье женщины в целом [83]. В случае последующего выполнения оперативной коррекции недержания мочи, по данным метаанализа, у пациенток с ожирением риск безуспешного лечения выше, чем у пациенток с нормальным весом [84].

К медикаментозным способам коррекции СНМ относят препарат дулоксетин. Дулоксетин – антидепрессант, ингибирующий захват серотонина и норадреналина, который применяется при лечении депрессии, тревожных расстройств и хроническом болевом синдроме. Доступны всего 14 исследований, в которые вошло более 6300 человек, оценивающих эффективность и безопасность дулоксетина в лечении СНМ. В среднем курс терапии составил $12 \pm 6,72$ недели, инструментами измерения результатов были выбраны опросники по частоте эпизодов утечки мочи (Incontinence Episode Frequency, IEF) и качеству жизни у пациентов с недержанием мочи (Incontinence Quality of Life, I-QoL). 22,1% пациентов прекратили участие в исследованиях в связи с развитием побочных действий, таких как тошнота, запор, сухость во рту и утомляемость. Во всех исследованиях были получены значительные результаты, подтверждающие эффективность, безопасность и переносимость дулоксетина при лечении СНМ [26]. В российских рекомендациях по лечению СНМ 2020 года применение дулоксетина показано в дозировке 40 мг два раза в сутки с указанием на высокую частоту непереносимости препарата, ведущую к отказу от назначенной терапии [11].

Тренировка мышц тазового дна представляется важной частью консервативного лечения СНМ. Методика предложена американским гинекологом Арнольдом Кегелем в 1948 году, когда впервые была опубликована работа с результатами 15-летнего исследования эффективности упражнений у пациентов с недержанием мочи. Сокращение мышц способствует лучшему сдавлению уретры

при повышении внутрибрюшного давления, что положительно влияет на удержание мочи [73].

В обзоре литературы о влиянии тренировок мышц тазового дна А. Radziwińska и соавторы говорят о значительном уменьшении симптомов у пациенток, выполняющих данные упражнения, и об улучшении качества жизни [114]. Авторы также подчеркивают необходимость обучения и соблюдения пациентками техники выполнения тренировок.

Таким образом, тренировки мышц тазового дна можно рекомендовать в качестве первой линии терапии. Данная методика неинвазивна, безопасна для пациенток любых возрастных групп, в частности у пожилых. Однако длительность лечения не менее шести недель и недостаточный эффект ограничивают применение данной техники в виде монотерапии.

Несколько позже, в 1985 г., S. Plevnik предложил использовать для тренировки мышц тазового дна специальные приспособления – конусы [89]. Данные устройства каплевидной формы имеют различный вес (от 20 до 100 г) и предназначены для введения во влагалище. Путем сокращения мышц тазового дна пациентка предотвращает выпадение конуса. Считается, что такие приспособления имеют ряд преимуществ при использовании, например легкость обучения, так как конусы позволяют проще идентифицировать необходимые мышцы, поэтому большинству женщин требуется только одна консультация уролога.

В работе R. Dur и коллег отмечена эффективность использования влагалищных конусов в течение трех месяцев с постепенным увеличением веса устройств с 20 до 70 г, однако исследователи не рассматривают данную методику в качестве альтернативы хирургическому лечению. Авторы предлагают данную терапию пациенткам, имеющим высокий риск осложнений после выполненной операции, и женщинам, опасаящимся каких-либо вмешательств [115].

К другим доступным консервативным методам коррекции СНМ относится парауретральное введение объем-образующих препаратов. Применяются такие гели, как Bulkamid (полиакриламидный гидрогель), Macroplastique и Urolastic (в основе полидиметилсилоксан), Durasphere EXP (оксид циркония с углеродным

покрытием) и Coaptite (гидроксиапатит кальция) [78], которые вводятся периуретрально в подслизистую оболочку или ниже шейки мочевого пузыря [32].

В исследовании, проведенном Corcos и соавторами, выполнялось сравнение эффективности хирургического лечения СНМ (операция Берча или субуретральная петлевая пластика) и инъекции коллагена, которых, в случае неудачи, допускалось три. Критериями оценки послужили субъективные данные (отсутствие жалоб у пациенток) и объективные – проверка кашлевой пробы при осмотре в кресле и 24-часовой тест с взвешиванием прокладки (допускалось не более 2,5 г). Исследование показало, что эффективность инъекций коллагена намного ниже (53,1%), чем после хирургического лечения (72,2%) в течение 12 месяцев. Разница составила 19,1% (95% доверительный интервал от -36,2% до -2%) [80].

В другом рандомизированном исследовании под руководством А.М. Itkonen Freitas сравнивались результаты слинговых операций и инъекций полиакриламидного гидрогеля. Через год после вмешательства в группе пациентов, подвергшихся TVT, отметили меньшее количество эпизодов потери мочи по сравнению с пациентами, перенесшими введение геля ($p < 0,001$). Половая функция улучшилась в обеих группах ($p < 0,001$ для TVT и $p = 0,01$ для пациентов после инъекций), с более высокими баллами ($p < 0,001$) для хирургического лечения. Оба метода оказали положительное влияние на качество жизни пациенток, более выражено в группе TVT [98].

Введение объем-образующих препаратов возможно у первичных пациенток с СНМ, а также при рецидиве после хирургической коррекции. Коллективом авторов во главе с Gaddi выполнена ретроспективная оценка результативности повторной слинговой операции и введения геля у пациенток с возобновившимися жалобами на инконтиненцию. Всего в исследование были включены 165 пациенток, из которых 98 подверглись повторной операции и 67 – инъекциям. По полученных данным, в группе слинговых операций 11,2% пациенток отметили возобновление симптомов, а в контрольной группе – 38,8% ($p = 0,004$). Различий в периоперационных осложнениях и нежелательных явлениях выявлено не было [101].

В исследовании О. Chang и соавторов по подсчету эффективности затрат на различные методы нехирургических и хирургических способов лечения СНМ введение объем-образующих веществ было оценено в \$8789. Инъекции в парауретральную область оказались самым дорогостоящим методом коррекции СНМ [67].

Таким образом, эффективность введения объем-образующих препаратов уступает хирургическим методам коррекции недержания мочи.

Инъекционные методики являются достаточно безопасными, хотя по литературным данным описывается до 32% осложнений [35]. Сведения о долгосрочных последствиях отсутствуют.

В последнее время особую популярность получили неинвазивные интравагинальные лазерные устройства для лечения генитоуринарного синдрома, слабости мышц тазового дна и СНМ [71].

Существует два основных типа влагалищных лазеров, направленных на ремоделирование коллагена соединительной ткани в субэпителии: аблационный CO₂ и неаблационный Erbium Yag, которые отличаются по механизму воздействия. Erbium Yag обладает в 10–15 раз большей способностью поглощать воду по сравнению с CO₂ при длине волны 10 600 нм, что обеспечивает более глубокое вторичное тепловое воздействие и контролируемый нагрев слизистой оболочки влагалища, не воздействуя на эпителий. Это позволяет контролировать нагрев субэпителиального слоя без сжигания слизистой, что способствует ремоделированию коллагеновых волокон [29]. CO₂-лазеры (10 600 нм) вызывают денатурацию тканей и последующее ремоделирование коллагеновых и эластиновых волокон [75]. Имеются гистологические доказательства ремоделирования коллагена после обоих типов лазерной терапии.

Данные девайсы были заявлены как эффективные и безопасные с большим спектром медицинского применения. Однако 30 июля 2018 г. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) выпустило предупреждающее заявление о

предостережениях при использовании подобных приборов из-за развития серьезных побочных эффектов [53].

Терапия, основанная на применении энергии, может приводить к таким неблагоприятным последствиям, как отек или ожог слизистой влагалища, рубцевание, диспареуния и хронический болевой синдром. На сегодняшний день имеются ограниченные сведения о долгосрочной безопасности и осложнениях, связанных с применением лазерной терапии. FDA выступает против широкого использования данных устройств и ложной рекламной информации. Лечение, не имеющее надежных доказательств, не должно рутинно рекомендоваться пациентам.

К менее популярным консервативным методикам относят применение влагалищных пессариев, местное применение препаратов, содержащих эстрогены, инъекции стволовых клеток и другие. Указанные способы не оказывают достаточного эффекта, в связи с чем им редко отдается предпочтение в качестве монотерапии.

1.3. Субуретральная петлевая пластика в амбулаторной практике

С момента впервые предпринятых попыток оперативного лечения СНМ на сегодняшний день известно более 200 методик [125]. В конце XX века австралийским и шведским учеными P. Petros и U. Ulmsten была предложена интегральная теория удержания мочи, дополненная позже концепцией «гамака», которую обосновал американский гинеколог J. DeLancey. Накопленные знания позволили создать эффективную и применимую по сей день методику проведения синтетической петли позади среднего отдела уретры, которая считается золотым стандартом коррекции СНМ. Слинговые операции наиболее изучены, имеют хороший профиль безопасности и эффективны в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

В ранее упомянутом исследовании о сравнении затрат на различные варианты лечения СНМ была также рассчитана стоимость субуретральной

петлевой пластики. По подсчетам О. Chang и соавторов, слинговая коррекция недержания мочи оценивается в \$5816, являясь самым низким по стоимости хирургическим методом [67]. Проведя тщательный анализ, исследователи подчеркивают высокую эффективность слинговых операций и наименьшие экономические затраты на них. Авторы опасаются тенденции отказа от выполнения субуретральных петлевых пластик в некоторых западных странах. По их мнению, данное решение может подвигнуть пациенток на выбор альтернативных методов коррекции, которые характеризуются более низкой эффективностью и большими затратами на реализацию. Перед хирургическим лечением требуется минимальное обследование, которое включает сбор анамнеза, анализ мочи, физикальное обследование, осмотр в кресле и оценку кашлевой пробы, измерение объема остаточной мочи [34].

Кроме того, современные технические, хирургические и анестезиологические достижения позволяют развивать так называемую «дневную» хирургию, или хирургию «одного дня», что является потенциальным источником сбережения средств системы здравоохранения. Предложенная к использованию в лечении СНМ свободная синтетическая петля в зарубежной литературе описана как «30-минутная амбулаторная процедура» [81].

В 2009 г., согласно данным французского исследователя F. Audenet и коллег, 10% хирургических вмешательств в урологии выполнялись амбулаторно [30], а в 2012 г. этот процент составил уже $26,4\% \pm 16,2\%$, из которых на долю субуретральной петлевой пластики приходилось 15% [104]. Описанное лечение было выполнено без ущерба качеству и удовлетворенности пациентов.

В работе T. Thubert и соавторов выполнялась оценка эффективности лечения в зависимости от типа стационарного пребывания. В исследование вошли 149 пациенток, из которых 31 (20,8%) женщина находилась на амбулаторном лечении и 118 (79,2%) – в круглосуточном стационаре. Среднее время операции было значительно ниже для амбулаторных пациентов. Применение общей анестезии не различалось в обеих группах, в то время как в группе амбулаторных пациентов чаще применялось местное обезболивание ($p < 0,001$), а у стационарных

больных – спинальная анестезия. Объективная оценка результата лечения («кашлевая» проба в кресле) сопоставима в обеих группах за весь период наблюдения, общая удовлетворенность пациенток через три недели наблюдения также была одинаковой [86]. Проведенная работа доказывает, что тип госпитализации не влияет на результат хирургического лечения.

В метаанализе, проведенном в 2015 г., оценивалась удовлетворенность пациенток, подвергшихся установке слинга в амбулаторных условиях. Данный показатель был достаточно высоким и составил от 89,4 до 95% [86, 88, 100]. Кроме того, этот параметр был выше и в долгосрочной перспективе. Среди опрошенных 93% пациенток порекомендовали бы кратковременный тип стационарного пребывания для лечения СНМ [100]. К негативным факторам пациентки отнесли боль (по ВАШ более 5 баллов), осложнения, связанные с вмешательством, недостаток информации до операции и неудовлетворенность хирургической бригадой. Однако только 2,4% пациенток предпочли бы более длительные сроки госпитализации [121].

Важными критериями дневной хирургии недержания мочи являются безопасность, эффективность, минимальная боль и отсутствие задержки мочеиспускания в послеоперационном периоде. Учитывая описанные параметры, кратковременный вариант стационарного пребывания может быть рассмотрен как стандарт оперативного лечения СНМ и на территории Российской Федерации.

1.4. Анестезия в амбулаторной хирургии

Развитие амбулаторной хирургии невозможно без совершенствования науки об обезболивании. С момента первого применения эфира в качестве наркоза в 1842 г. на сегодняшний день отмечается минимальное количество летальных случаев, связанных с анестезиологическим пособием. Данному прогрессу в значительной степени способствовали более полное понимание основ физиологии, совершенствование систем мониторинга витальных показателей и разработка новых препаратов. Взаимодействие хирургии и анестезиологии позволяет лечить

пациентов безболезненно, с минимальным количеством осложнений или без таковых, и осуществлять выписку из стационара в оптимальные сроки.

Использование веществ, способных быстро выводиться из организма, избегание применения бензодиазепинов помогают легко вывести пациента из наркоза с минимальными побочными эффектами. Пропофол в сочетании с опиоидами, такими как фентанил, альфентанил, суфентанил и другие, применяется для индукции анестезии, сводя к минимуму остаточные эффекты в конце анестезии.

К наиболее частым побочным эффектам анестезии относят тошноту (50%) и рвоту (30%), которые испытывают до 80% послеоперационных больных [36]. Этиология данных симптомов многогранна. К факторам, способствующим появлению тошноты и рвоты, относят женский пол, случаи, когда симптомы ранее отмечались у пациента, например, при поездках в транспорте, полете на самолете, область и продолжительность оперативного вмешательства (при абдоминальной хирургии риск выше). Закись азота и избыточное применение опиоидов также способствуют возникновению неблагоприятных побочных действий после анестезии.

К требованиям, предъявляемым к анестезиологическому пособию в условиях СКП, относят оптимальный баланс применения анестезирующих веществ для обезболивания пациента и сведение побочных эффектов к минимуму для своевременной выписки пациента. Часто применяется комбинированная анестезия с применением местных анестетиков.

Немаловажная роль принадлежит премедикационным мероприятиям. Тревога и обеспокоенность пациента могут способствовать повышенной потребности в анальгетиках после операции [90] и увеличить частоту осложнений [43]. К числу нерекомендованных препаратов относят бензодиазепины, которые могут вызывать психомоторные и когнитивные нарушения, оказывать седативный эффект, а также опиаты и бета-блокаторы. Учитывая описанные негативные последствия приема данных препаратов, следует использовать другие анксиолитики, например мелатонин. Мелатонин обеспечивает эффективный

предоперационный анксиолизис с небольшим количеством побочных эффектов по сравнению с плацебо. Габапентиноиды обладают опиоидсберегающим свойством и, по данным метаанализа, однократное применение уменьшает послеоперационную боль и потребность применения опиоидов [77]. Тем не менее в большинстве работ рекомендуется избегать фармакологического анксиолизиса.

Таким образом, безболезненное и безопасное лечение пациентов в условиях СКП возможно только при слаженной работе хирургической бригады и анестезиологической службы.

1.5. Протоколы ускоренного восстановления после операции в урологической практике

Изменения, вносимые в стандарты лечения пациентов, затрагивают не только хирургическую технику, но и особенности подготовки к вмешательству, ведение в послеоперационном периоде. История создания протоколов ускоренного восстановления после операции началась в 2001 г., когда впервые был сформирован термин ERAS – enhanced recovery after surgery (ускоренное восстановление после операции) [48].

Коллективы исследователей из европейских университетов провели обширный анализ доступной на тот момент литературы. Группой под руководством Н. Kehlet был разработан протокол оказания медицинской помощи при плановой резекции толстой кишки. Среднее время, проводимое пациентом после подобной операции, составляло 9–10 дней, когда по новому способу организации периоперационного периода этот срок сократился до 2 дней [74]. Исследователи во главе с Н. Kehlet обосновали данный временной интервал мультимодальным подходом к лечению пациента, а подобные протоколы получили название fast track (протокол ускоренной реабилитации после операции) [74], хотя и были восприняты медицинским сообществом с должным скептицизмом.

Название fast track модифицировалось в ERAS. С момента дебюта в колоректальной хирургии протоколы ускоренного восстановления после операции

появились в таких специальностях, как абдоминальная, бариатрическая, торакальная и ортопедическая хирургия, урология, гинекология и другие [55, 56, 59, 60, 57, 61, 58, 37]. В настоящее время термин ERAS широко известен в медицинской литературе и насчитывает более 5500 публикаций при запросе в PubMed.

При поиске статей на тему применения ERAS-протоколов в урогинекологии доступно всего шесть статей, первая из которых датируется 2016 годом. При этом данные о специальном периоперационном периоде у пациенток с СНМ отсутствуют. Повышенный интерес к протоколам ERAS отмечается в онкоурологической практике при выполнении радикальной цистэктомии и простатэктомии как одних из наиболее часто выполняемых операций.

1.6. Эффективность ERAS-протоколов

Стандартно восстановление после хирургического вмешательства измеряется при помощи конкретных показателей результатов, среди которых частота осложнений и повторных госпитализаций, необходимость последующих оперативных вмешательств, смертность и заболеваемость. Наиболее часто используемой мерой является продолжительность пребывания в стационаре [42, 110]. На сегодняшний день отмечается тенденция сокращения сроков стационарного пребывания с большим использованием процедур в амбулаторном звене и по ускоренному протоколу послеоперационного восстановления.

Исследование, выполненное R.C. Pickens и коллегами, продемонстрировало уменьшение продолжительности послеоперационного стационарного пребывания на 1,5 дня (с 7,7 суток до 6,2, $p < 0,001$) без увеличения заболеваемости, смертности или повторных госпитализаций [66].

Экономическая эффективность была рассчитана исходя из стоимости койко-дня и сравнивалась с результатами до и после внедрения протоколов ERAS. Медиана затрат на стационарное пребывание в послеоперационном периоде снизилась с \$13 401 до \$7445 ($p < 0,001$) по различным направлениям

хирургического профиля, что в целом свидетельствует об уменьшении расходов на койко-место на 44%. Были оценены и финансовые затраты при повторной госпитализации пациентов. В совокупности медиана общего количества затрат на пребывание в послеоперационном периоде, а также в случае повторной госпитализации снизилась на \$7,445 ($p < 0,001$) после внедрения протоколов ERAS, что соответствует 50% в условиях сопоставимых значений осложнений в группах.

Целью исследователей во главе с R.C. Picken было доказать эффективность и безопасность предложенного протокола ускоренного восстановления после операции, что спустя два десятилетия с момента создания первых программ позволит заручиться поддержкой на системном уровне. Полученные данные коррелируют с общемировой статистикой по профилю безопасности [49, 47, 103, 51]. Во всем мире отмечается увеличение внедрения данных протоколов с поддержкой системы здравоохранения [108, 68].

1.7. Внутрибольничная инфекция

Госпитальная инфекция, от которой ежегодно страдают около 1,5 млн человек, является серьезной проблемой для здравоохранения. По оценкам, 10 из 100 госпитализированных страдают от внутрибольничной инфекции, что приводит к большим финансовым затратам и увеличению стационарного пребывания, а при тяжелом течении – к летальному исходу [85, 79]. Инфекции мочевыводящих путей относятся к наиболее часто встречающимся нозокомиальным инфекциям, а высокая антибиотикорезистентность уропатогенов вызывает серьезную озабоченность [94].

Интернет-исследование, проходившее в 2003–2010 годах, оценивало разнообразие и бактериальную резистентность нозокомиальных штаммов микроорганизмов [102]. Всего из 19 756 госпитализированных урологических больных у 1866 (9,4%) была выявлена внутрибольничная инфекция, из которых у 1395 она подтверждена бактериологическим анализом мочи. Спектр выявленных бактерий представлен на Рисунке 1.1.

	2003/4 (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	Total (%)
<i>Escherichia coli</i>	33.1	39.1	38.3	42.9	39.7	46.2	37.2	39.0
<i>Klebsiella spp.</i>	7.9	10.7	9.4	9.9	15.7	11.0	12.2	11.0
<i>Proteus spp.</i>	6.5	6.5	3.1	8.0	3.9	3.4	6.4	5.7
<i>Enterobacter spp.</i>	7.6	0.5	5.5	8.5	6.6	6.2	1.6	5.3
<i>Citrobacter spp.</i>	2.2	1.9	2.3	0.5	2.6	1.4	1.1	1.7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	14.7	10.2	8.6	5.2	12.2	9.0	11.7	10.8
<i>Enterococcus spp.</i>	12.2	12.6	12.5	10.4	7.4	9.0	15.4	11.5
CoNS	4.7	3.3	6.3	2.4	0.4	1.4	1.6	2.8
<i>Staphylococcus aureus</i>	2.5	4.2	4.7	3.3	2.6	2.1	2.7	3.1
Others ^a	8.6	11.0	9.3	8.9	8.9	10.3	10.1	9.7
Total (n)	278	215	128	212	229	145	188	1,395

Рисунок 1.1 – Спектр уропатогенов у госпитализированных урологических больных в процентах от общего за год

В исследовании оценивалась резистентность микроорганизмов. По полученным данным, только имипенем из группы кабрапенемов обладал устойчивостью ниже 10%, антибиотики широкого спектра действия имели гораздо более высокие показатели. Проведенная оценка позволит оптимизировать эмпирическое назначение антимикробных препаратов.

Другой немаловажной проблемой, изменившей подходы к оказанию медицинской помощи во всем мире, стала новая коронавирусная инфекция COVID-19. В пик пандемии большинство плановых оперативных вмешательств было отложено, а ресурсы здравоохранения (кадры, оборудование, помещения) направлены на борьбу с вирусной инфекцией, амбулаторные приемы по возможности переводились в формат телемедицинских консультаций [38].

Многие исследования доказывают низкий риск заболевания COVID-19 в стационаре при соблюдении надлежащих мер инфекционного контроля [105, 39, 69]. Однако общественная обеспокоенность заражением во время госпитализации, возможными осложнениями и смертностью остается высокой [82]. Кроме того, стационарный вариант оказания плановой хирургической помощи имеет повышенную вероятность инфицирования среди медицинских работников [65].

Таким образом, на сегодняшний день проблема лечения недержания мочи у женщин остается актуальной из-за широкой распространенности и негативного влияния на качество жизни больной. Несмотря на разнообразие методов лечения, мы должны говорить о персонализации, так как не всегда операция является

методом со 100% эффективностью, поэтому выбор метода лечения зависит от многих факторов, в том числе психоэмоционального состояния пациентки.

Современные условия диктуют требования к проведению оперативного лечения. Наметившаяся тенденция к выполнению многих вмешательств в амбулаторных условиях не обошла и операции по коррекции недержания мочи с использованием свободной синтетической петли. Однако на сегодняшний день в отечественной литературе отсутствуют доказательства преимущества выполнения данных вмешательств в условиях СКП [24].

Имеющаяся информация по оценке психоэмоционального статуса пациенток с инконтиненцией также не позволяет использовать полученные данные для поиска путей улучшения качества жизни. В связи с этим представляются актуальными проведение работы, направленной на доказательство безопасности и эффективности выполнения вмешательства для коррекции недержания мочи в условиях СКП, а также оценка роли психологического статуса пациенток [24].

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были выполнены открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности лечения недержания мочи в условиях СКП и стационара круглосуточного пребывания, а также оценка психологического состояния пациенток в зависимости от длительности госпитализации [24].

В клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова была произведена оценка 174 пациенток с жалобами на недержание мочи в условиях консультативно-диагностического центра (КДЦ) городской клинической больницы (ГКБ) им. С.И. Спасокукоцкого. Из них 36 человек не прошли в исследование по критериям невключения в исследование, 5 пациенток отказались от участия в исследовании в связи с выбором в пользу консервативного лечения [24].

В исследование было включено 133 человека. Нами применен метод последовательных номеров для рандомизации пациенток. В основную группу вошли 66 человек, в контрольную – 67. Группы были однородны в двух выборочных совокупностях, что позволило провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения. В 1 группе (основной) пациентки находились на лечении в СКП в течение 8 часов, во 2 группе (контрольной) – 3–4 суток. Все пациентки перенесли трансобтураторную субуретральную петлевую пластику с использованием синтетического (проленового) имплантата. Все вмешательства были выполнены двумя опытными хирургами (практический опыт – более 1000 подобных вмешательств). Обследование и лечение пациенток проводилось на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого в 3-м и 4-м урологическом отделениях, а также в СКП за период с 2021 по 2022 год. Исследование было одобрено межвузовским комитетом по этике (протокол № 04-21 от 15.04.2021) [24].

Всем больным на этапе предоперационной подготовки выполнялось обследование, которое включало [24]:

– Тщательный сбор жалоб и анамнеза болезни, заполнение психологических опросников: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Госпитальная шкала тревоги и депрессии), SF-36 (Short Form-36, Неспецифический опросник качества

жизни), BBQ (Brunnsviken Brief Quality of Life Scale, Краткая шкала качества жизни Бруннсвикена) до операции и через три месяца после нее. КОБП (Краткий опросник большой пятерки) был заполнен пациентками однократно до предполагаемого вмешательства, в связи с тем что личностные черты наиболее стабильны и не должны изменяться за короткий промежуток времени в три месяца.

- Заполнение дневника мочеиспусканий до оперативного лечения.
- Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) до оперативного лечения.
- Осмотр в гинекологическом кресле, оценка кашлевой пробы – до операции и через три месяца после нее.

2.1. Критерии включения пациенток

Условиями включения пациенток были возраст от 48 до 70 лет, наличие симптомов СНМ, при осмотре в кресле – положительная кашлевая проба, отсутствие эффективности консервативной терапии, подписанное информированное согласие.

2.2. Критерии невключения пациенток

Рецидивная форма СНМ, наличие других расстройств мочеиспускания, в том числе нейрогенного происхождения, наличие остаточной мочи более 100 мл, урогенитальных инфекций, ургентной симптоматики, пролапса тазовых органов более POP-Q 2 степени, недееспособность.

2.3. Критерии исключения пациенток

Отказ от продолжения участия в исследовании, декомпенсация соматических заболеваний, требующая оказания специализированной помощи в условиях профильного отделения.

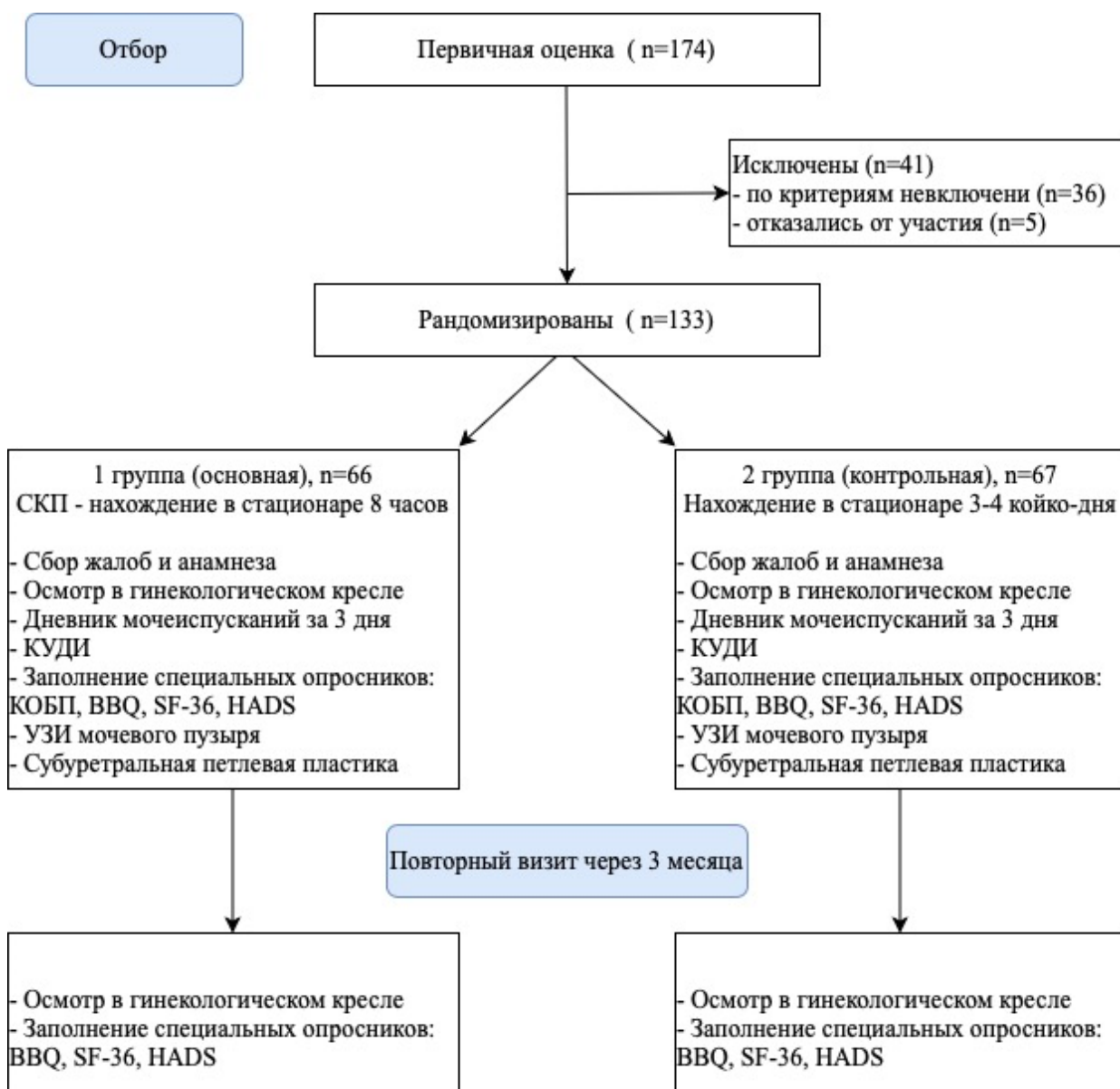


Рисунок 2.1 – Блок-схема с дизайном исследования

2.4. Методы обследования больных

2.4.1. Сбор жалоб и анамнеза

Начальным этапом обследования пациенток являлась подробная беседа о характере жалоб и их продолжительности, сопутствующих заболеваниях, мерах консервативной терапии. Данные о характере профессиональной деятельности, социальный и семейный статус, уровень образования, ИМТ, ожидаемая

эффективность и риски оперативного вмешательства были получены путем анализа заполненных пациентками специальных опросников.

2.4.2. Оценка психологического состояния пациенток

В своей работе мы использовали международные валидизированные опросники для оценки уровня тревоги и депрессии у пациенток до предполагаемого вмешательства и после операции.

Оценка психологических показателей и оказываемое лечением влияние на качество жизни основывались на анализе следующих методик: клиническая беседа, HADS (A.S. Zigmond, 1983 г.), SF-36 (J.E. Ware, 1994 г.), BBQ (P. Lindner, 2013 г.), КОБП (Т.В. Корнилова, 2016 г.).

Два опросника по качеству жизни не являются взаимозаменяемыми, так как шкала SF-36 позволяет в большей степени оценить соматическое здоровье и его влияние на качество жизни, а опросник BBQ – качество жизни в целом по шести сферам: свободное время, друзья и дружба, самопредставление, творчество, обучение, взгляд на жизнь.

В ходе клинической беседы пациенткам задавались следующие вопросы: «Сколько прошло времени от момента появления первых симптомов заболевания до вашего обращения к врачу?»; «С чем связана задержка в обращении к врачу?». Стоит отметить, что пациенткам было сложно решиться обратиться к врачу. Многие годами игнорировали болезнь, считая, что это естественный возрастной процесс. Задержка обращения к врачу чаще всего связана с незнанием методов лечения, со стыдом, страхом перед хирургическим лечением, а также нежеланием и невозможностью «выпасть» на долгое время из жизни. Таким образом, информирование женщин о возможностях лечения стрессовой формой недержания мочи, и особенно в СКП, является важной задачей.

Таблица 2.1 – Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [2, 22]

Часть I (Оценка уровня тревоги)	Часть II (Оценка уровня депрессии)
<p>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – все время • 2 – часто • 1 – время от времени, иногда • 0 – совсем не испытываю 	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – определенно, это так • 1 – наверно, это так • 2 – лишь в очень малой степени это так • 3 – это совсем не так
<p>2. Я испытываю страх, что что-то ужасное может вот-вот случиться.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – определенно, это так, и страх очень велик • 2 – да, это так, но страх не очень велик • 1 – иногда, но это меня не беспокоит • 0 – только иногда 	<p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – определенно, это так • 1 – наверно, это так • 2 – лишь в очень малой степени, это так • 3 – совсем не способен
<p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – постоянно • 2 – большую часть времени • 1 – время от времени и не так часто • 0 – только иногда 	<p>3. Я испытываю бодрость.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – совсем не испытываю • 2 – очень редко • 1 – иногда • 0 – практически все время

Продолжение Таблицы 2.1

<p>4. Я легко могу присесть и расслабиться.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – определенно, это так • 1 – наверно, это так • 2 – лишь изредка, это так • 3 – совсем не могу 	<p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – практически все время • 2 – часто • 1 – иногда • 0 – совсем нет
<p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – совсем не испытываю • 1 – иногда • 2 – часто • 3 – очень часто 	<p>5. Я не слежу за своей внешностью.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – определенно, это так • 2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно • 1 – может быть, я стал(а) меньше уделять этому времени • 0 – я слежу за собой так же как и раньше
<p>6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – определенно, это так • 2 – наверно, это так • 1 – лишь в некоторой степени, это так • 0 – совсем не испытываю 	<p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – точно так же, как и обычно • 1 – да, но не в той степени, как раньше • 2 – значительное меньше, чем обычно • 3 – совсем так не считаю
<p>7. У меня бывает внезапное чувство паники.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 – очень часто • 2 – довольно часто • 1 – не так уж часто 	<p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – часто • 1 – иногда • 2 – редко • 3 – очень редко

Таблица 2.2 – Опросник «Оценка качества жизни» SF-36 [22]

1. Как бы Вы в целом оценили состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру)?		2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад (обведите одну цифру)?	
Отличное	1	Значительно лучше, чем год назад	1
Очень хорошее	2	Несколько лучше, чем год назад	2
Хорошее	3	Примерно так же, как год назад	3
Посредственное	4	Несколько хуже, чем год назад	4
Плохое	5	Гораздо хуже, чем год назад	5
3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми сталкиваетесь в течение своего обычного дня			
Ограничивает ли вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)		Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает
			Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта		1	2
			3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды		1	2
			3
В. Поднять или нести сумку с продуктами		1	2
			3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов		1	2
			3

Продолжение Таблицы 2.2

Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3
4. Бывало ли за последние 4 недели так, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке)?		Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	1		2
Б. Выполнили меньше, чем хотели	1		2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности	1		2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1		2
5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке)?	1		2

Продолжение Таблицы 2.2

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2
6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе (обведите одну цифру в каждой строке)?		
Совсем не мешало		1
Немного		2
Умеренно		3
Сильно		4
Очень сильно		5
7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели (обведите одну цифру в каждой строке)?		
Совсем не испытывал(а)		1
Очень слабую		2
Слабую		3
Умеренную		4
Сильную		5
Очень сильную		6
8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому) (обведите одну цифру в каждой строке)?		
Совсем не мешала		1
Немного		2
Умеренно		3
Сильно		4
Очень сильно		5

Продолжение Таблицы 2.2

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель?						
Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям (обведите одну цифру)	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6

Продолжение Таблицы 2.2

З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6
10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.) (обведите одну цифру в каждой строке)?						
Все время						1
Большую часть времени						2
Иногда						3
Редко						4
Ни разу						5
11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений (обведите одну цифру)?	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно	
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5	

Продолжение Таблицы 2.2

б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Таблица 2.3 – Опросник качества жизни ВВQ [17]

№	Вопросы	Совсем не согласен				Согласен			
		0	1	2	3	4	5	6	7
1	Я удовлетворен тем, как провожу свободное время. У меня есть возможность делать то, что я хочу, для того чтобы расслабиться и получать удовольствие от себя	0	1	2	3	4			
2	Мой отдых влияет на мое качество жизни	0	1	2	3	4			
3	Я удовлетворен тем, как я вижу мою жизнь. Я знаю, что значимо для меня, во что я верю и что хочу делать в своей жизни	0	1	2	3	4			
4	То, как я смотрю на свою жизнь, влияет на мой уровень жизни	0	1	2	3	4			
5	Я удовлетворен возможностями быть творческим – использовать мое воображение в повседневной жизни, в хобби, на работе или в учебе	0	1	2	3	4			
6	Возможность быть творческим влияет на мое качество жизни	0	1	2	3	4			
7	Я удовлетворен своим обучением. У меня есть возможность и желание учить новое, захватывающие вещи и навыки, которые меня интересуют	0	1	2	3	4			
8	Обучение влияет на мое качество жизни	0	1	2	3	4			
9	Я удовлетворен друзьями и дружбой. У меня есть друзья, с которыми я себя ассоциирую и кто поддерживает меня (настолько много друзей, насколько я мне этого хочется и нужно)	0	1	2	3	4			
10	Друзья и дружба влияют на мое качество жизни	0	1	2	3	4			

Продолжение Таблицы 2.3

11	Я удовлетворен собой как человеком. Я люблю себя и уважаю себя	0	1	2	3	4
12	Моя удовлетворенность собой как личностью влияет на мое качество жизни	0	1	2	3	4

Таблица 2.4 – КОБП (TIPI) [23]

<p>Перед Вами список личностных черт, которые могут Вас характеризовать в большей или меньшей степени. Пожалуйста, оцените каждое утверждение с точки зрения того, <i>насколько Вы с ним согласны</i>. Следует оценивать степень, в которой каждая пара черт Вам свойственна, даже если одна из черт в паре более свойственна Вам, чем другая черта. Напишите рядом с каждым утверждением цифру, обозначающую Вашу степень согласия с этим утверждением</p>						
Полностью не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Согласен	Полностью согласен
<p>Я считаю себя:</p> <p>1. _____ Экстравертированным, полным энтузиазма</p> <p>2. _____ Критичным, придирчивым</p> <p>3. _____ Надежным, самодисциплинированным</p> <p>4. _____ Тревожным, легко расстраиваемым</p> <p>5. _____ Открытым новому опыту, сложным</p> <p>6. _____ Сдержанным, тихим</p> <p>7. _____ Отзывчивым, теплым</p> <p>8. _____ Неорганизованным, беспечным</p> <p>9. _____ Спокойным, эмоционально стабильным</p> <p>10. _____ Конвенциональным, не творческим</p>						

2.4.3. Уродинамическая оценка функции нижних мочевыводящих путей

Дневник мочеиспусканий использовался для уточнения типа недержания мочи в качестве неинвазивного уродинамического метода. Фиксация количества мочеиспусканий, объема выпиваемой жидкости, эпизоды недержания мочи и императивных позывов производилась пациентками в домашних условиях в течение трех последующих дней.

КУДИ – метод функциональной диагностики нижних мочевыводящих путей, основанный на измерении внутрипузырного и абдоминального давления в фазу наполнения и опорожнения мочевого пузыря. Аппарат для выполнения КУДИ изображен на Рисунке 2.2.



Рисунок 2.2 – Уродинамическая система Triton, производство Laborie Medical Technologies, Канада

Выполнение КУДИ перед операциями по коррекции СНМ является дискуссионным вопросом [120]. Нами данная методика применялась с целью исключения у пациенток смешанного или императивного типа недержания мочи, так как это критерий невключения в исследование (Рисунки 2.3, 2.4).

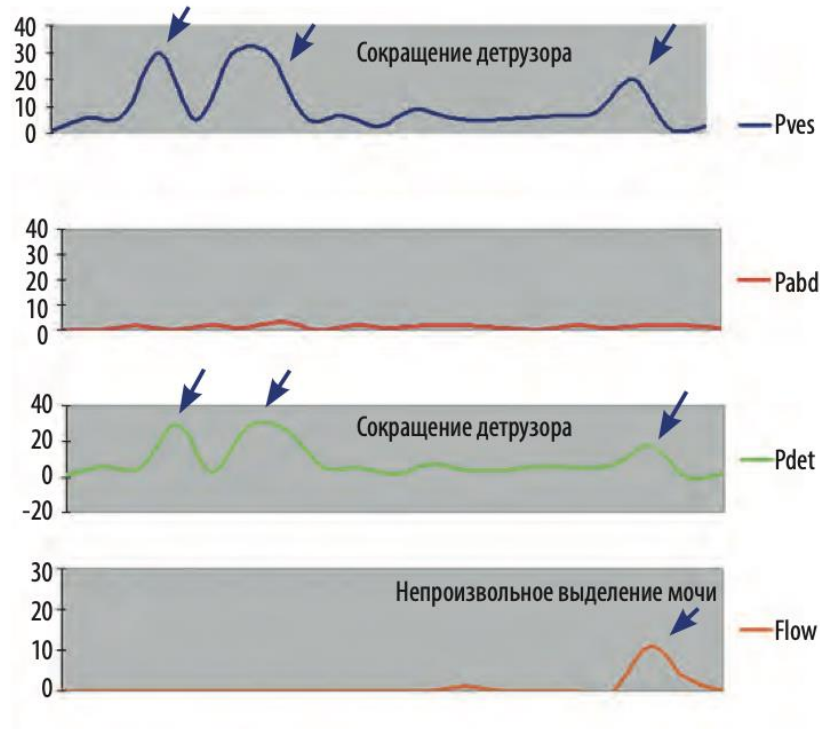


Рисунок 2.3 – Уродинамическая картина гиперактивности детрузора, императивное недержание мочи



Рисунок 2.4 – Уродинамическая картина стрессового недержания мочи

2.4.4. Осмотр в гинекологическом кресле

Важным критерием определения показаний к хирургическому лечению СНМ являлась оценка кашлевой пробы.

Исследование проводится на гинекологическом кресле при наполненном мочевом пузыре (250–300 мл), что субъективно можно оценить наличием у пациентки позыва к мочеиспусканию. Пациентке необходимо покашлять или натужиться, при этом оценивалось выделение мочи из уретры.

Осмотр в зеркалах обязательно включал в себя изучение слизистой влагалища на предмет генитоуринарного синдрома и исследование состояния шейки матки. Обращается внимание на наличие и степень пролапса гениталий, урогенитальных свищей.

Эффективность оперативного лечения оценивалась проверкой кашлевого теста при осмотре в гинекологическом кресле после хирургического вмешательства через три месяца.

2.4.5. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

Ультразвуковой метод диагностики применялся для определения объема остаточной мочи в мочевом пузыре после микции. Исследование выполнялось на аппарате Philips с использованием абдоминального датчика на частоте 2,6 МГц.

При выявлении объема остаточной мочи более 100 мл пациентка направлялась на дообследование, а данный критерий становился причиной невключения в исследование.

2.4.6. Клинико-статистическая обработка данных

При анализе количественных данных проведено предварительное тестирование той или иной переменной на нормальность распределения с помощью теста Шапиро – Уилка. В случае нормального распределения параметр

представляется в виде $\text{mean} \pm \text{std}$, при отклонении от нормального распределения параметр представляется в виде $\text{median} (q1; q3)$. При описании оценок используется 95% доверительный интервал в виде оценка [нижняя граница ДИ (2,5%); верхняя граница ДИ (97,5%)].

При сравнении параметров «до-после» в случае нормального распределения используется парный t-тест Стьюдента, в случае логарифмического нормального распределения он применяется к логарифмическому преобразованию исходного параметра. При иных распределениях и в случае порядковых шкал используется W-критерий Вилкоксона для связанных выборок.

При межгрупповых сравнениях в случае нормального распределения используется t-тест Стьюдента, в случае логарифмического нормального распределения он применяется к логарифмическому преобразованию исходного параметра. При иных распределениях используется U-тест Манна – Уитни. Сравнение таблиц сопряженностей для категориальных параметров выполняется с помощью точного теста Фишера.

Данные, которые подверглись статистическому анализу, были внесены в таблицы Microsoft Excel. Качественные признаки перекодированы для упрощения работы с базой данных.

При кодировке ранговых параметров (образование, профессиональная деятельность и др.) присвоение цифрового кода производилось от 1 до 4 (Таблицы 2.5, 2.6, 2.7, 2.8). Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.25 (разработчик — IBM Corporation) [24].

Таблица 2.5 – Кодировка качественных ранговых параметров

Код качественного рангового параметра	Образование
1	Среднее (окончила школу)
2	Высшее: бакалавриат, специалитет, магистратура
3	Послевузовское: ординатура, аспирантура

Таблица 2.6 – Кодировка качественных ранговых параметров

Код качественного рангового параметра	Профессиональная деятельность (работа)
1	Офисная работа
2	Самозанятый, в том числе индивидуальный предприниматель
3	Не работает (домохозяйка, пенсионер, в отпуске по уходу за ребенком)
4	Обучающийся (студент)

Таблица 2.7 – Кодировка качественных ранговых параметров

Код качественного рангового параметра	Семейный статус
1	Есть постоянный партнер
2	Нет постоянного партнера
3	Вдова

Таблица 2.8 – Кодировка качественных ранговых параметров

Код качественного рангового параметра	Предпочитаемый пол врача
1	Не имеет значения
2	Мужчина
3	Женщина

ГЛАВА 3. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Деятельность лечебного учреждения оценивается результатами в медицинской, экономической и социальной эффективности. Медицинская эффективность отражает результат для пациента при получении медицинских услуг, таких как профилактика, лечение и диагностика. Важно подчеркнуть, что эффективность лечения заключается не только в уменьшении времени восстановления пациента, но и в повышении качества его жизни после вмешательств. Особенно это актуально в урологии и хирургии, где использование современных технологий и минимально инвазивных методик значительно сокращает риск осложнений и ускоряет процесс реабилитации. В контексте СКП это может означать более быстрое возвращение пациентов к нормальной жизни и уменьшение нагрузки на систему здравоохранения в целом.

Социальная эффективность заключается в достижении удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, снижении заболеваемости и улучшении показателей общественного здоровья. Сюда также относится проведение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение новых случаев заболеваний.

Согласно определению ВОЗ, под экономической эффективностью в здравоохранении понимают соотношение расходов и значимых показателей здравоохранения, например исходов заболеваний, которое часто выражается как отношение расходов к сохранным годам жизни с поправкой на ее качество [64]. Важно отметить, что инвестиции в современное медицинское оборудование и обучение персонала, хотя и требуют значительных затрат, в долгосрочной перспективе способствуют снижению общих расходов на здравоохранение за счет сокращения времени лечения и уменьшения числа осложнений.

Таким образом, подход к оценке эффективности деятельности лечебного учреждения должен быть многогранным – учитывать не только непосредственные медицинские результаты, но и более широкий социальный и экономический

контекст. Это позволит достичь более полного и объективного понимания того, какие практики и технологии эффективнее в достижении целей здравоохранения.

Экономические методы контроля лечебно-профилактических мероприятий определяют эффективные механизмы управления в здравоохранении. Как правило, финансово-экономический менеджмент исходит из оценки экономической эффективности работы конкретного учреждения здравоохранения, а проблема данной оценки относится к одной из наиболее сложных и дискуссионных. Эффективность и выбор оптимальной концепции лечения оцениваются в условиях ограниченных финансовых ресурсов. Одной из приоритетных задач здравоохранения остается оптимизация организации оказания медицинской помощи, так как здоровье населения напрямую влияет на экономическое развитие.

Интерес к экономике здравоохранения начал расти со второй половины XX века в связи с переходом к рыночным отношениям. В этом контексте особое внимание уделяется ценообразованию на медицинские услуги, определению стоимости лекарственных средств и медицинского оборудования. Также растет роль страхования в здравоохранении, что влечет за собой новые вызовы и возможности для управления затратами и повышения доступности медицинских услуг.

Современное здравоохранение все чаще ориентируется на использование эконометрических моделей и методов анализа больших данных для прогнозирования заболеваемости, определения эффективности лечения и планирования бюджета. Это позволяет более точно оценить необходимость в ресурсах, определить приоритеты в расходовании средств и улучшить качество оказываемых медицинских услуг.

Также важным аспектом является оценка социально-экономического воздействия здравоохранения на общество. Исследования в этой области включают анализ влияния здоровья населения на производительность труда, экономический рост, социальное благополучие и качество жизни. Все это подчеркивает значимость интегрированного подхода в управлении здравоохранением, где экономическая

эффективность рассматривается в связке с медицинской и социальной составляющими.

3.1. Лечение в стационаре кратковременного пребывания

Реализация пилотного проекта «Стационар кратковременного пребывания (СКП)» с 2016 г.¹ для оказания хирургической помощи пациентам позволила существенно снизить финансовую нагрузку на систему здравоохранения г. Москвы в целом. За счет увеличения коечного фонда в СКП медицинскую помощь смогло получить большее количество граждан мегаполиса, некоторые вмешательства практически полностью выполняются в рамках СКП, без необходимости круглосуточного пребывания пациента в стационаре. Так, за 2021 г. суммарно в СКП перенесли хирургические вмешательства 6393 пациента.

На примере успешного оперативного лечения таких заболеваний, как фимоз, гидроцеле, сперматоцеле, варикоцеле, и при выполнении биопсии простаты для диагностики рака начиная с 2019 г. выполняется внутридетрузорное введение ботулотоксина пациентам с нейрогенными расстройствами мочеиспускания и гиперактивным мочевым пузырем [14].

Организация медицинской помощи женщинам с недержанием мочи оказывается в России и в Москве в соответствии с клиническими рекомендациями, которые вступили в силу в 2022 г., и приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 декабря 2021 года № 1173н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при недержании мочи (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»².

¹ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда ОМС от 28 апреля 2016 г. № 373/134 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания». URL: <https://base.garant.ru/71403960/>.

² Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.12.2021 № 1173н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при недержании мочи (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)».

СКП обеспечивает 100% оперативную активность – это стало возможным за счет тщательной догоспитальной подготовки, включающей в себя обследование и отбор пациентов для оперативных вмешательств. При поступлении в стационар с пациентом проводятся повторная беседа и осмотр оперирующим врачом. После оформления необходимых документов пациент направляется в палату, где проводятся предоперационная подготовка и осмотр врачом анестезиологом-реаниматологом. Эти шаги помогают минимизировать вероятность осложнений и ускорить процесс восстановления после операции. После хирургического вмешательства пациент находится под наблюдением среднего медицинского персонала, после удаления уретрального катетера и тампона из влагалища, активации пациентки, однократного самостоятельного мочеиспускания выполняется контроль остаточной мочи с помощью УЗИ. Данный этап необходим для оценки ранних операционных осложнений. Затем проводится совместный обход с заведующим отделением. При условии удовлетворительного состояния и отсутствия осложнений пациентка выписывается домой не позднее 16 часов.

Такой подход позволяет не только сократить время пребывания пациента в стационаре, но и снизить затраты на лечение, что важно как для больного, так и для медицинского учреждения. Кроме того, кратковременное пребывание в стационаре способствует быстрому возвращению пациента к привычному образу жизни, что положительно влияет на его психологическое состояние и общее самочувствие.

В данной диссертационной работе нами была рассчитана экономическая эффективность двух типов стационарного пребывания: в течение одного койко-дня – СКП и в течение трех дней – стационар круглосуточного пребывания для хирургического лечения СНМ. Особое внимание уделено анализу стоимости лечения, времени пребывания пациентки в стационаре и качества проведения медицинских процедур.



Схема 3.1 – План маршрутизации пациентки при лечении стрессового недержания мочи в условиях стационара кратковременного пребывания

Этот план маршрутизации (Схема 3.1) предполагает быстрое и эффективное оказание медицинской помощи с минимально необходимым временем пребывания в стационаре, что характерно для СКП.

3.2. Сравнение стоимости лечения

Согласно методологическим основам ценообразования, расходы на медицинские услуги подразделяют на основные и косвенные. Основные – расходы, которые непосредственно связаны с оказанием медицинской услуги: медикаменты, заработная плата, питание, используемый инструментарий, амортизация медицинского оборудования. Косвенные – расходы, не относящиеся непосредственно к оказанию медицинской услуги: канцелярские и хозяйственные расходы, амортизация немедицинского оборудования, оплата труда административного и управленческого персонала, коммунальные расходы и другие. Это те затраты, которые обеспечивают функционирование учреждения и его инфраструктуры, лишь косвенно способствующие лечебному процессу каждого конкретного пациента. Расчет данных расходов производится пропорционально каким-либо показателям (установленным базам). Косвенные затраты влияют на стоимость медицинских услуг через расчетные коэффициенты и касаются всего учреждения или его подразделений [18].

При расчете прямых затрат в условиях стационара круглосуточного пребывания сумма составила 17 798 руб. При расчете с использованием заложенной нормы расходов медицинского учреждения стоимость одного койко-дня составляет 932 руб. Исходя из этого, суммарная стоимость трех койко-дней в

условиях стационара круглосуточного пребывания составляет $932 \times 3 = 2\,796$ руб., а общая стоимость лечения с учетом прямых затрат – 20 594 руб. При расчете непрямых и косвенных медицинских затрат показатель составляет 70% от стоимости урологического лечения пациентов в стационаре, то есть еще около 14 416 руб. ($20\,594 \times 0,7 = 14\,416$ руб.).

Для СКП экономический анализ показал, что благодаря сокращению времени пребывания пациента в стационаре общие прямые и косвенные затраты могут быть существенно ниже. В частности, учитывая меньшее количество койко-дней и сокращенное использование медицинских ресурсов, мы наблюдаем уменьшение как основных, так и косвенных расходов. Это снижение затрат не только экономически выгодно для медицинского учреждения, но и способствует улучшению доступности медицинских услуг для большего числа пациентов.

Полученные данные позволяют сделать вывод о значительной экономии средств при организации лечения в СКП по сравнению со стационаром круглосуточного пребывания, что подчеркивает эффективность и целесообразность развития и расширения практики кратковременного стационарного лечения в современном здравоохранении.

Для расчета минимальной стоимости лечения пациента в условиях урологического СКП необходимо учитывать объем и перечень диагностических манипуляций за период одного койко-дня. При оценке прямых затрат сумма составила 14 724 руб. Стоимость одного койко-дня в урологическом СКП составляет 865 руб. Общая стоимость проведенного лечения урологического пациента в условиях СКП составляет: $865 + 14\,724 = 15\,589$ руб. При расчете непрямых и косвенных медицинских затрат показатель составляет 60% от стоимости урологического лечения пациентов в стационаре, то есть еще около 9 354 руб. ($15\,589 \times 0,6 = 9\,354$ руб.).

Анализ «минимизации затрат» (cost minimization analysis, CMA) – частный случай анализа «затраты – эффективность», который предполагает сравнительную оценку двух и более вмешательств, характеризующихся одинаковой эффективностью и безопасностью, но разной стоимостью. Данный метод анализа

используется при сравнительном исследовании различных форм или разных условий применения одного лекарственного средства или одной медицинской технологии. При проведении таких исследований учитывают все виды медицинского обслуживания, относящиеся к каждому методу лечения, и определяют затраты на них [0, 15].

В итоге, когда мы говорим о затратах в медицине, особенно в таких направлениях, как урология, необходимо взвешивать как непосредственные финансовые расходы, так и долгосрочные последствия для пациентов и для системы здравоохранения в целом. Это обеспечивает более полное понимание экономической выгоды и помогает принимать обоснованные решения в управлении здравоохранением.

При расчете показателей минимизации затрат (СМА): $СМА = 20594 - 15589 = 5005$ руб. Учитывая вышеуказанные данные, на лечение одного пациента в круглосуточном стационаре требуется 20 594 руб. (при общей сумме косвенных медицинских и непрямых затрат – 35 010 руб.). Лечение в урологическом СКП обходится в 15 589 руб. (при общей сумме косвенных медицинских и непрямых затрат – 24 943 руб.), что на 5 005 руб. меньше.

Стоимость оперативного вмешательства не зависит от типа стационарного пребывания и составляет 14 647,41 руб. – косвенные затраты и 53 201,27 руб. – прямые затраты, суммарно 67 848,68 руб. Итоговый расчет стоимости лечения представлен в Таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Расчет стоимости лечения медицинской услуги 200511, петлевая пластика уретры с использованием петлевого, синтетического протеза при недержании мочи

Тип стационарного пребывания	Длительность пребывания	Стоимость лечения, руб.	Стоимость операции, руб.	Итог
СКП	1 день	24 943	53 201,27	78 144,27
Стационар круглосуточного пребывания	3 суток	35 010	53 201,27	88 211,27

Таким образом, усредненная разница в лечении СНМ в условиях СКП на 10 067 руб. ниже по сравнению с аналогичным вмешательством, но при нахождении пациента в стационаре в течение трех дней.

Экономия при оказании услуги рассчитывается по следующей формуле:

$$\% = \frac{(B-A)}{A} \times 100 \quad (1)$$

где А – исходное значение;

В – конечное значение.

Экономия стоимости лечения в данном случае составила 28,75%, а в целом лечение недержания мочи в условиях СКП по сравнению с круглосуточным типом пребывания в течение трех суток на 11,41% выгоднее.

Далее представлены данные о количестве выполненных субуретральных петлевых пластик в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого за период с 2017 по 2021 г. включительно (Диаграмма 3.1). В среднем за год в больнице выполняется 667,6 операции. В случае выполнения хирургической коррекции недержания мочи в условиях СКП экономическая выгода составит 6 720 729,2 руб. ежегодно, что позволяет оценить масштабы потенциальной экономии при применении менее ресурсоемких форм лечения.

Такие расчеты – весомый аргумент в пользу оптимизации процессов оказания медицинской помощи, в частности через использование СКП, что не только снижает нагрузку на медицинские учреждения, но и обеспечивает экономическую выгоду для системы здравоохранения и повышает доступность медицинских услуг для населения.

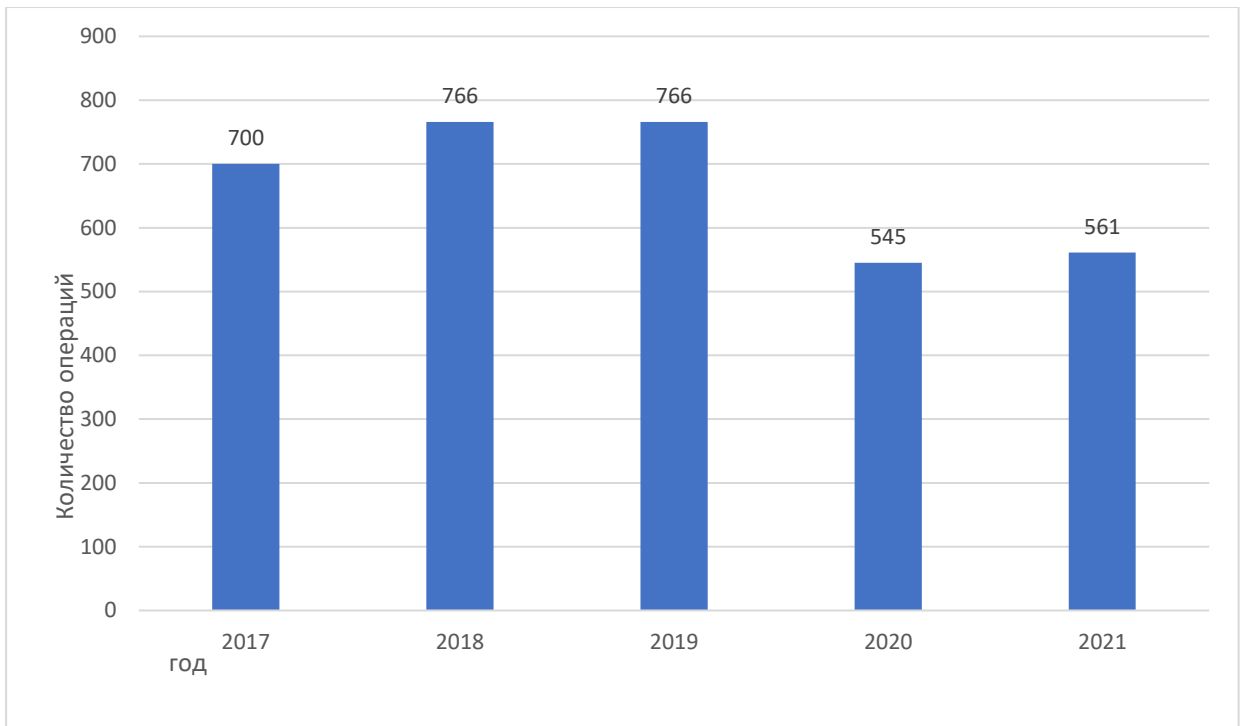


Диаграмма 3.1 – Количество операций, выполняемых в стационаре за 2017–2021 гг.

В 2017 году было выполнено 700 операций.

В 2018 году наблюдается увеличение, было выполнено 766 операций, что является самым высоким показателем за представленный период.

В 2019 году количество операций осталось стабильным: снова 766.

Заметное снижение произошло в 2020 году, когда было выполнено всего 545 операций. Это снижение могло быть вызвано внешними факторами – ограничениями, связанными с пандемией COVID-19, которая началась в конце 2019 года и повлияла на мировые здравоохранительные системы.

В 2021 году произошло небольшое увеличение до 561 операции, что может указывать на начало восстановления операционной деятельности стационара после падения в предыдущем году.

Диаграмма 3.1 позволяет визуально оценить изменение числа операций за каждый год, подчеркивая тенденции, такие как рост, стабильность и снижение. Эти данные могут быть использованы для анализа эффективности стационара, планирования ресурсов и разработки стратегий для улучшения работы учреждения [20].

Затраты государства на лечение недержания мочи не ограничены стоимостью медицинского обслуживания. Экономический ущерб, наносимый болезнью, также включает стоимость потерь в связи с временной утратой трудоспособности (оплата пособий по временной нетрудоспособности, стоимость продукции, не созданной за нерабочие дни).

Немаловажна и длительность ожидания медицинской помощи, которая в стационаре круглосуточного пребывания составляет три-четыре недели, а в СКП – не более двух недель, что обусловлено большим оборотом койки. Приоритетной задачей медицинского менеджмента является решение проблем эффективного использования ресурсов здравоохранения.

Стационар – наиболее дорогостоящий и ресурсоемкий сектор системы здравоохранения. Сочетание таких показателей, как возможности системы здравоохранения по оказанию медицинской помощи в условиях стационара, потребностей населения в ней и эффективности использования коечного фонда, определяет главные задачи деятельности организации здравоохранения.

Анализ экономической эффективности лечения недержания мочи у женщин в условиях СКП показал данную модель стационарного пребывания экономически более выгодной по сравнению с круглосуточным (трое суток) нахождением пациента в лечебном учреждении. Параметры максимального результата и минимизации финансовых затрат соответствуют принципам экономической эффективности.

Системный подход к разработке показателей оценки эффективности деятельности лечебного учреждения состоит во включении в систему управления следующих элементов: здоровье пациента, качество оказываемой медицинской помощи, финансовое обеспечение. Стабильный поток пациентов, оптимальная загрузка персонала и оборудования, новые организационные технологии управленческого учета и анализ затрат обеспечивают адекватный уровень управления ресурсами.

Согласно приказу Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от

28 апреля 2016 г. № 373/134 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания» одной из задач является «оценка реально достижимого объема оказания медицинской помощи и оценка повышения доступности медицинской помощи при реализации проекта». Анализ работы СКП по профилю «урология», в частности при лечении недержания мочи у женщин с помощью субуретральной петлевой пластики, показал, что данный проект можно считать успешным в связи с хорошими клиническими и экономическими показателями. Этот формат лечения может быть широко внедрен в структуре многопрофильных клиник.

В контексте всей системы здравоохранения такие подходы не только способствуют улучшению качества жизни пациентов, но и обеспечивают более рациональное использование государственных средств, высвобождая ресурсы для иных важных нужд в сфере здоровья и социального обеспечения.

В заключение результаты нашего исследования демонстрируют, что СКП является эффективным и экономически оправданным вариантом для лечения СНМ. Это подтверждает важность развития и оптимизации таких программ в медицинских учреждениях, что в итоге будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первым этапом статистического анализа стало сравнение демографических, антропометрических данных и продолжительности болезни, который показал идентичность выборки обеих групп больных (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Сравнение основных характеристик пациенток

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа) n=66	Контрольная группа (2 группа) n=67	Уровень значимости по U-критерию
	Median (q1;q3)		Манна – Уитни
Возраст, лет	48 (43;57)	51 (43,5;58)	p=0,491
ИМТ, кг/м ²	27,5 (25,25;30,75)	27 (24;30)	p=0,571
Длительность симптомов, лет	6 (4;10)	7 (5;10,5)	p=0,263

Нами были оценены уровень образования пациенток, в обеих группах преобладающее число женщин имело высшее образование. Проанализирован и род профессиональной деятельности. Большинство пациенток в 1 и 2 группе были работающими, занимались умственным типом труда, в меньшинстве оказались неработающие или обучающиеся. Отмечено, что подавляющее большинство пациенток состоят в отношениях (47 из 1 группы и 44 из 2 группы).

В обеих группах отмечался высокий уровень ожидаемой эффективности оперативного вмешательства (80% и более – вероятность того, что операция поможет избавиться от симптомов недержания мочи): 87,7% и 86,5% пациенток в 1 и 2 группе соответственно. Ожидаемый риск осложнений хирургического лечения в обеих группах был невысоким и оценивался как менее 10% у 89,4% и 88,1% пациенток из основной и контрольной группы соответственно. Большинство опрошенных, 81,8% в основной группе и 86,6% в группе сравнения, не высказывали предпочтений в выборе пола оперирующего врача. Данное сравнение показало, что группы являются относительно однородными, достоверной разницы

в уровне образования, социальном статусе и ожиданиях от лечения не было выявлено (Таблица 4.2) [24].

Оценка данных параметров считается нами необходимой, так как в исследованиях показано, что ожидания пациента от вмешательства могут влиять на исход лечения и последующую удовлетворенность результатами [117].

Таблица 4.2 – Уровень образования, профессиональная деятельность, семейный статус, ожидания от оперативного вмешательства у пациенток, предпочтения по полу оперирующего врача

Параметр сравнения		Основная группа (1 группа) n=66	Контрольная группа (2 группа) n=67	Точный тест Фишера (p-значение)
		Пациентки, число (%)		
Образование	среднее	18 (27,3%)	17 (25,4%)	p=0,852
	высшее	45 (68,2%)	48 (71,6%)	
	постдипломное	3 (4,5%)	2 (3%)	
Работает	офис	34 (51,5%)	37 (55,2%)	p=0,983
	самозанятая	6 (9,1%)	6 (9%)	
	нет	25 (37,9%)	24 (35,8%)	
	студент	1 (1,5%)	0 (0%)	
Семейный статус	есть партнер	47 (71,2%)	44 (65,7%)	p=0,703
	нет партнера	14 (21,2%)	17 (25,3%)	
	вдова	5 (7,6%)	6 (9%)	
Ожидаемая эффективность операции	до 80%	8 (12,1%)	9 (13,5%)	p=0,23
	более 80%	58 (87,9%)	58 (86,5%)	
Ожидаемый риск операции	до 10%	7 (10,6%)	8 (11,9%)	p=1
	более 10%	59 (89,4%)	59 (88,1%)	

Продолжение Таблицы 4.2

Пол врача	неважно	54 (81,9%)	58 (86,6%)	p=0,666
	мужчина	9 (13,6%)	6 (9%)	
	женщина	3 (4,5%)	3 (4,4%)	

4.1. Психологические тесты. Описательная статистика

Недержание мочи негативно сказывается на качестве жизни и психологическом статусе пациенток. В связи с этим нами оценивались уровень тревоги и депрессии до и после оперативного лечения и влияние вмешательства на качество жизни данных больных.

Согласно результатам опросника HADS, уровень тревоги и депрессии в обеих группах был на высоком уровне, что соответствует субклинически выраженным симптомам. Между данными показателями в группах до лечения не было выявлено статистически значимой разницы (Диаграммы 4.1 и 4.2).

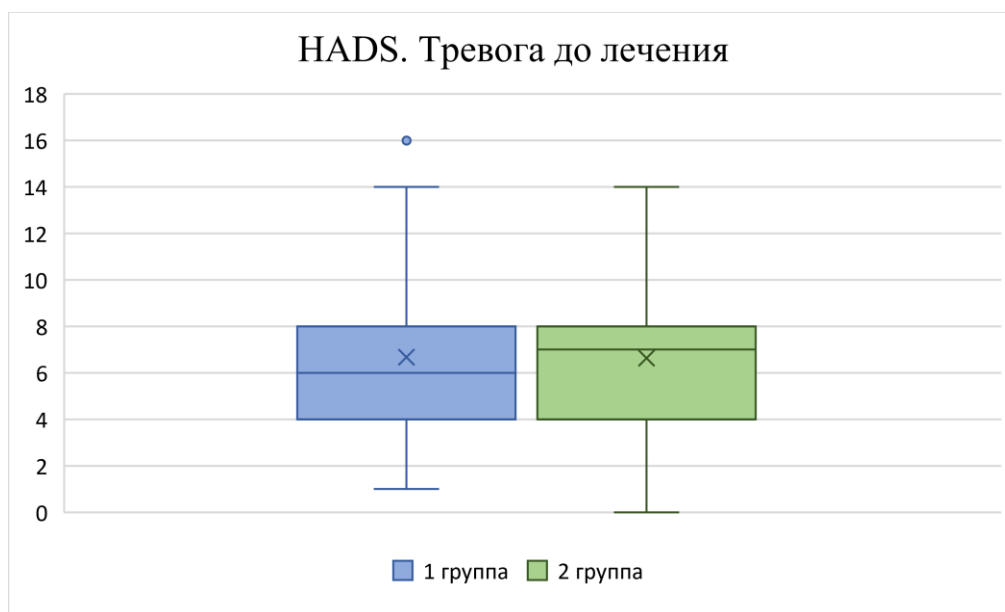


Диаграмма 4.1 – Диаграмма размаха между двумя группами по критерию тревоги опросника HADS до лечения [24]

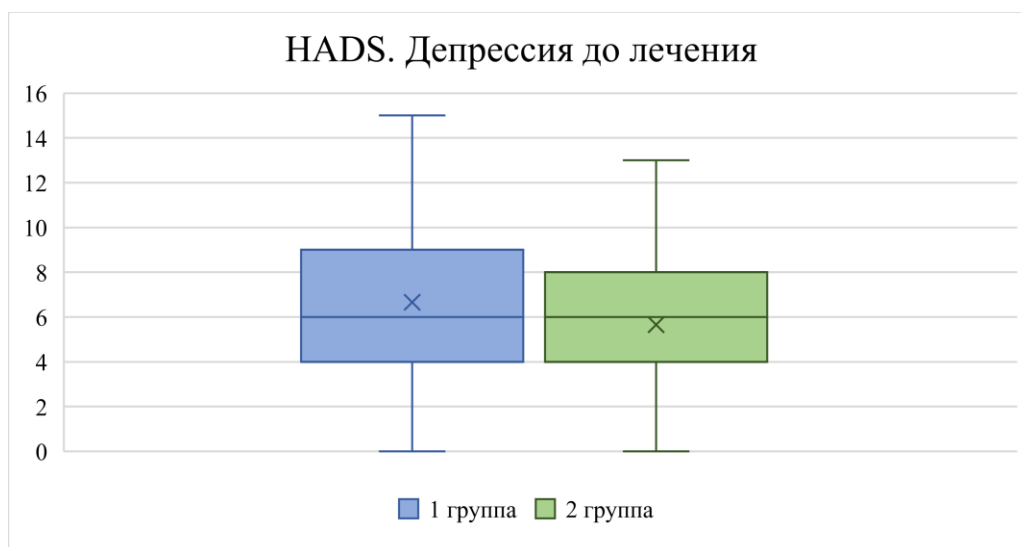


Диаграмма 4.2 – Диаграмма размаха между двумя группами по критерию депрессии опросника HADS до лечения

После операции зафиксировано снижение баллов, однако в группе пациенток, находившихся на лечении в СКП, отмечалась статистически более выраженная динамика уменьшения баллов по сравнению с группой контроля (Таблица 4.3, Диаграммы 4.3, 4.4).

Таблица 4.3 – Результаты опросника HADS

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа) n=66	Контрольная группа (2 группа) n=67	Уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни
	Баллы, median (q1;q3)		
HADS. Тревога до лечения	6 (4;8)	7 (4;8)	p=0,81
HADS. Тревога после лечения	2 (1;4)	3 (2;6)	p=0,002
HADS. Депрессия до лечения	6 (4;9)	6 (4;7,5)	p=0,139

Продолжение Таблицы 4.3

HADS. Депрессия после лечения	3 (1;5)	4 (2;7)	p=0,004
-------------------------------------	---------	---------	---------

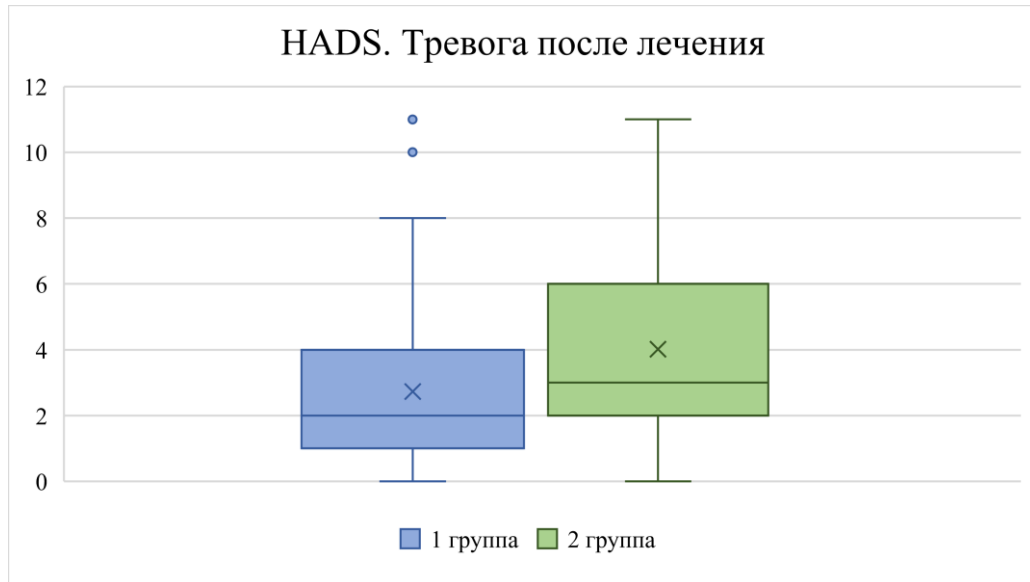


Диаграмма 4.3 – Диаграмма размаха между двумя группами по критерию тревоги опросника HADS после лечения

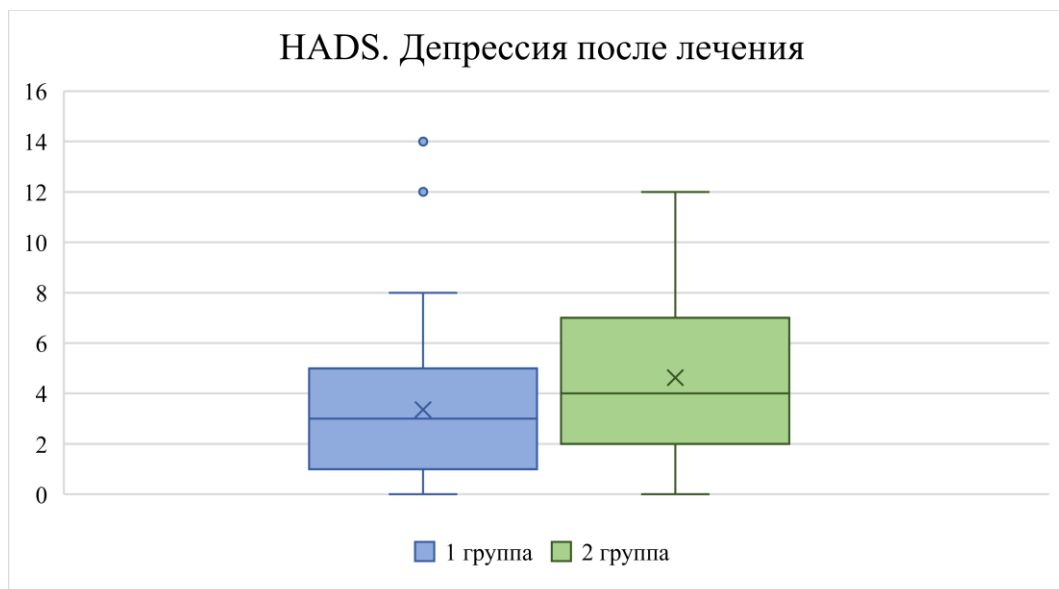


Диаграмма 4.4 – Диаграмма размаха между двумя группами по критерию депрессии опросника HADS после лечения

При внутригрупповом сравнении выявлено статистически значимое снижение уровня тревоги и депрессии по баллам опросника HADS у пациенток обеих групп. Данные представлены в Таблице 4.4.

Таблица 4.4 – Динамика изменений внутри основной и контрольной групп до и после лечения

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	р-значение (W-критерий Вилкоксона)
	Медианное изменение с ДИ		
HADS. Тревога	-4 [-4,5; -3,5]	-3 [-3,5; -2,5]	$p \leq 0,005$
HADS. Депрессия	-4 [-4,5; -3]	-1,5 [-2; -0,5]	$p \leq 0,005$

Следующим параметром, который был проанализирован в рамках диссертационной работы, является показатель качества жизни. Для получения наиболее объективных данных использовались два опросника: BBQ и SF-36.

Согласно баллам опросника BBQ, изначально основная и контрольная группы были различными по показателям качества жизни. Медианное значение суммы баллов в 1 группе составило 59 (41,5;71,5), в то время как во 2 группе – 64 (52,5;80), $p=0,036$. В обеих группах отмечалась тенденция к улучшению качества жизни с достоверно значимой разницей, медианное значение суммы баллов составило 74 (60;83) в основной группе и 64 (57;76,5) в группе сравнения. Данные представлены в Таблице 4.5.

Таблица 4.5 – Результаты опросника BBQ

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	Уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни
	Баллы, median (q1;q3)		
BBQ. Общий балл до лечения	59 (41,5;71,5)	64 (52,5;80)	$p=0,036$
BBQ. Общий балл после лечения	74 (60;83)	64 (57;76,5)	$p=0,048$

Внутригрупповое сравнение показало значимое улучшение качества жизни в группе пациенток, находившихся на лечении в СКП 14,5 [12;16,5], $p < 0,05$, однако в группе сравнения такой динамики отмечено не было -1 [-3,5;2] при $p = 0,567$. Полученные данные представлены на Диаграммах 4.5 и 4.6.

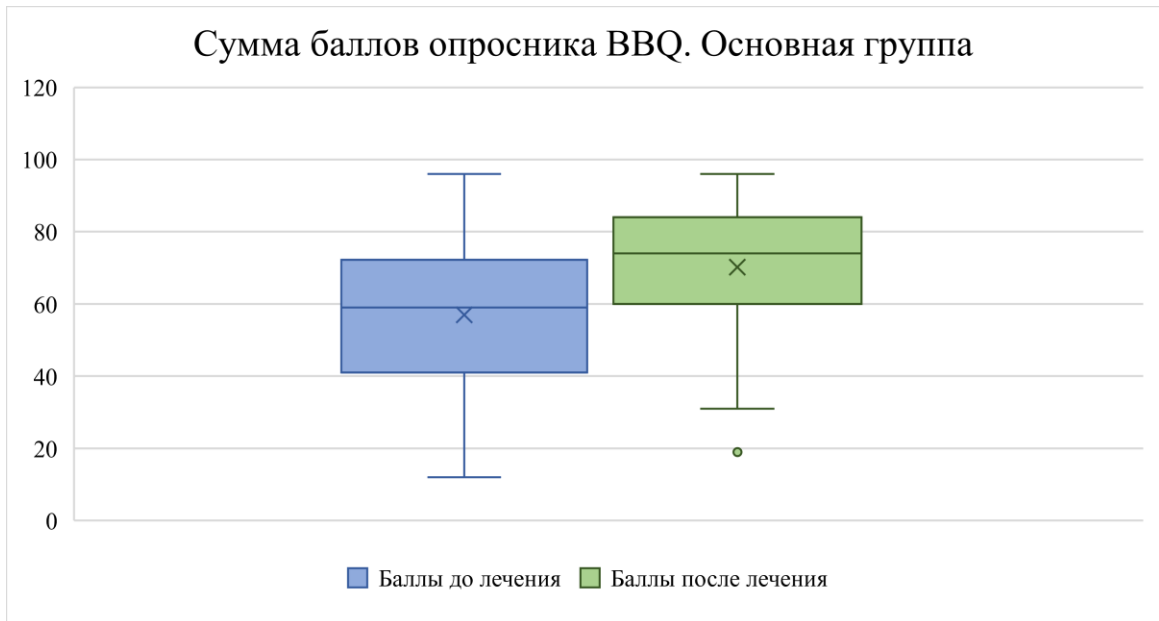


Диаграмма 4.5 – Сумма баллов опросника ВВQ. Основная группа

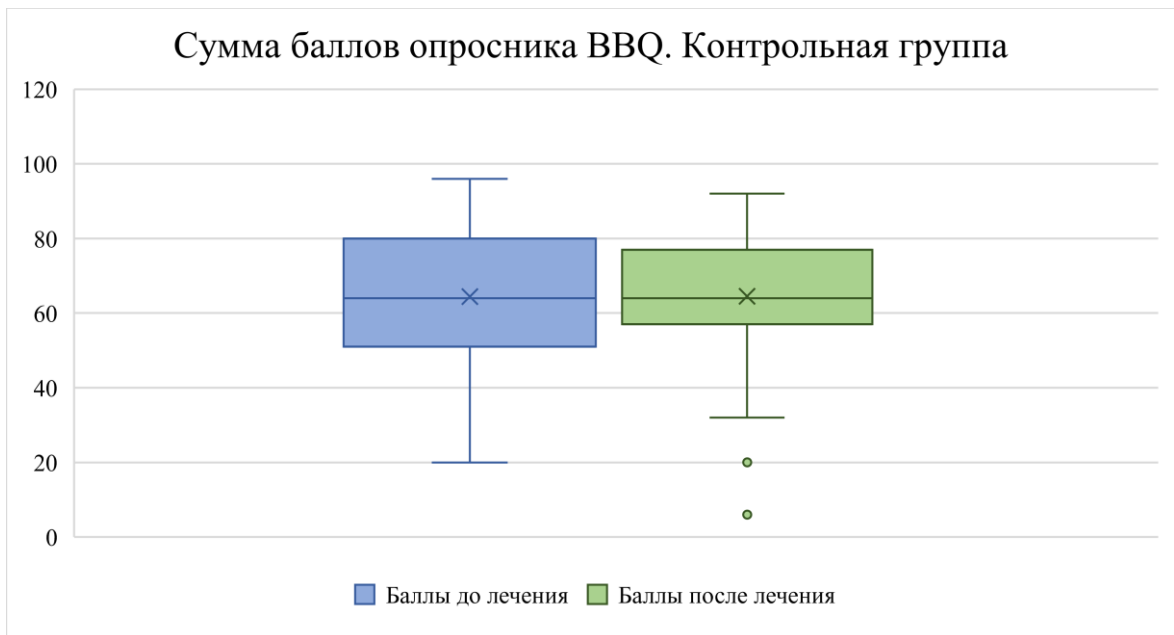


Диаграмма 4.6 – Сумма баллов опросника ВВQ. Контрольная группа

Для сравнения суммы баллов опросника SF-36 был применен U-тест Манна – Уитни. Между группами до лечения не было выявлено статистически значимой разницы по показателям физического и психического компонентов здоровья. В 1 группе медианное значение суммы баллов опросника SF-36 по физическому компоненту составило 49,16 (43,16;54,21), во 2 группе – 49,72 (43,05;54,7), $p=0,709$. Психический компонент опросника SF-36 в основной группе был на уровне 48,18 (36,67;52,65), а в контрольной – 47,71 (41,27;51,58), $p=1$.

Сравнение групп выявило статистически значимые на уровне 5% ($p<0,05$) различия для следующих параметров после лечения: SF-36, физический компонент здоровья, основная группа – 50,95 (47,7;55,58) и контрольная группа – 47,3 (38,55;54,1) и SF-36, психический компонент здоровья, основная группа 57,2 (50,6;61), группа контроля – 51,7 (43,9;55,05) (Таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Результаты опросника SF-36

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	Уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни
	Баллы, median (q1;q3)		
SF-36. Физический компонент здоровья до лечения	49,16 (43,16;54,21)	49,72 (43,05;54,7)	$p=0,709$
SF-36. Физический компонент здоровья после лечения	50,95 (47,7;55,58)	47,3 (38,55;54,1)	$p=0,004$
SF-36. Психический компонент здоровья до лечения	48,18 (36,67;52,65)	47,71 (41,27;51,58)	$p=1$
SF-36. Психический компонент здоровья после лечения	57,2 (50,6;61)	51,7 (43,9;55,05)	$p<0,001$

Динамика «до-после» изменения параметров в группах приведена в Таблице 4.7, где указаны медианные изменения параметров в группах с 95% доверительными интервалами. Внутригрупповое сравнение «до-после» выполнено с помощью W-критерия Вилкоксона для связанных выборок.

Таблица 4.7 – Динамика изменений внутри основной и контрольной групп до и после лечения, опросник SF-36

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	p-значение (W-критерий Вилкоксона)
	Медианное изменение с ДИ		
SF-36. Физический компонент здоровья	2,4 [1; 4]	-1,6 [-3,1; -0,3]	$p \leq 0,005$
SF-36. Психический компонент здоровья	9 [6,82; 11,2]	3 [1,5; 4,5]	$p \leq 0,005$

Анализируя данные результаты, можно сказать о значимом улучшении параметров тревоги и депрессии и качества жизни у пациенток, перенесших хирургическую коррекцию СНМ. Более значимая положительная динамика по результатам опросника выявлена в группе пациенток, находившихся на лечении в СКП [19].

Через три месяца после операции пациентки обеих групп были опрошены относительно целесообразности хирургического лечения. Субъективная оценка целесообразности операции в основной группе составила 89,4% (n=59), в контрольной – 86,6% (n=58), $p=0,006$. По данным опроса, 87,9% (n=58) из 1 группы и 86,5% (n=58), $p=0,662$, из 2 группы сочли операцию успешной, а 80,3% (n=53) пациенток основной группы и 74,6% (n=50), $p=0,619$, из группы контроля порекомендовали бы данный вид лечения своей подруге со сходными симптомами.

На первичном приеме, после определения показаний к хирургической коррекции недержания мочи и до рандомизации в группы, пациентки были

опрошены относительно предпочтений по длительности стационарного пребывания, полученные данные представлены на Диаграмме 4.7.

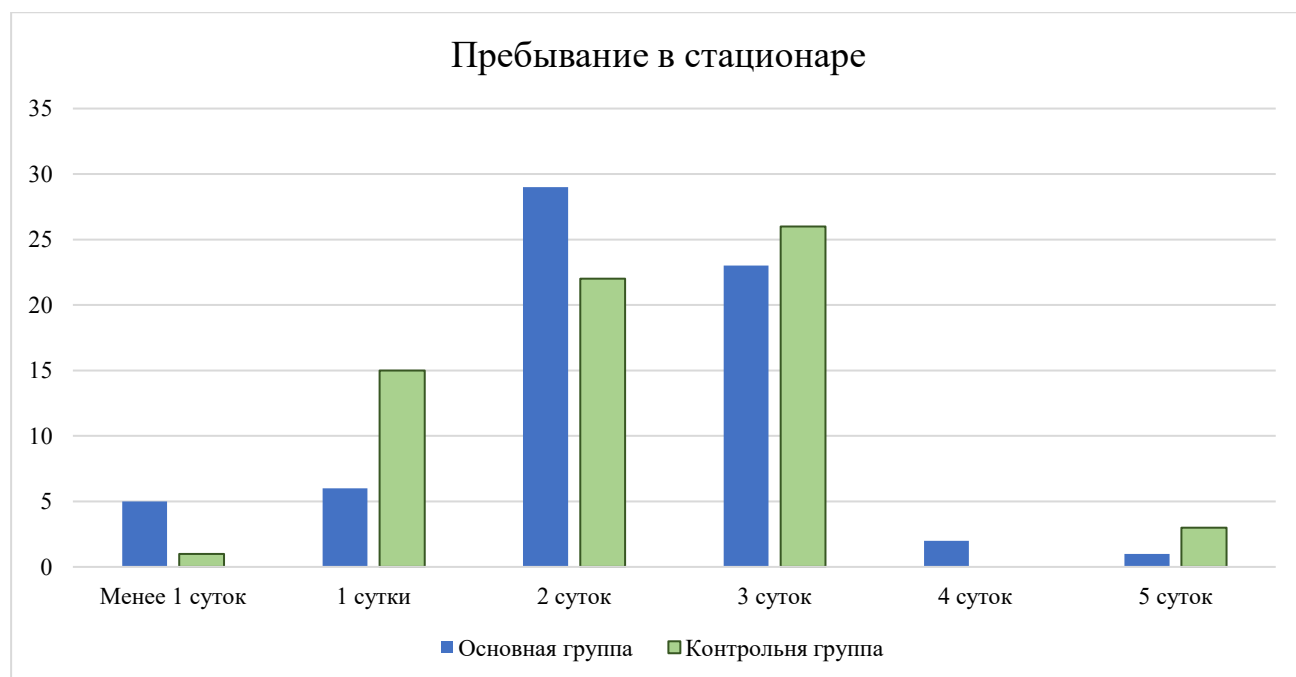


Диаграмма 4.7 – Предпочтения пациенток по длительности стационарного пребывания

4.2. Эффективность операций

Эффективность выполненного лечения оценивалась через три месяца после хирургического лечения. Для объективной оценки у пациенток проверялась кашлевая проба при осмотре в гинекологическом кресле. В основной группе у 8% пациенток операция оказалась неэффективной, а в контрольной группе – у 6% (Таблица 4.8, Диаграмма 4.8).

Таблица 4.8 – Результат кашлевой пробы при осмотре на кресле через три месяца после операции

Параметр сравнения	Основная группа (1-я), n=66	Контрольная группа (2-я), n=67
Отрицательная кашлевая проба	n=61 92%	n=63 94%
Положительная кашлевая проба	n=5 8%	n=4 6%

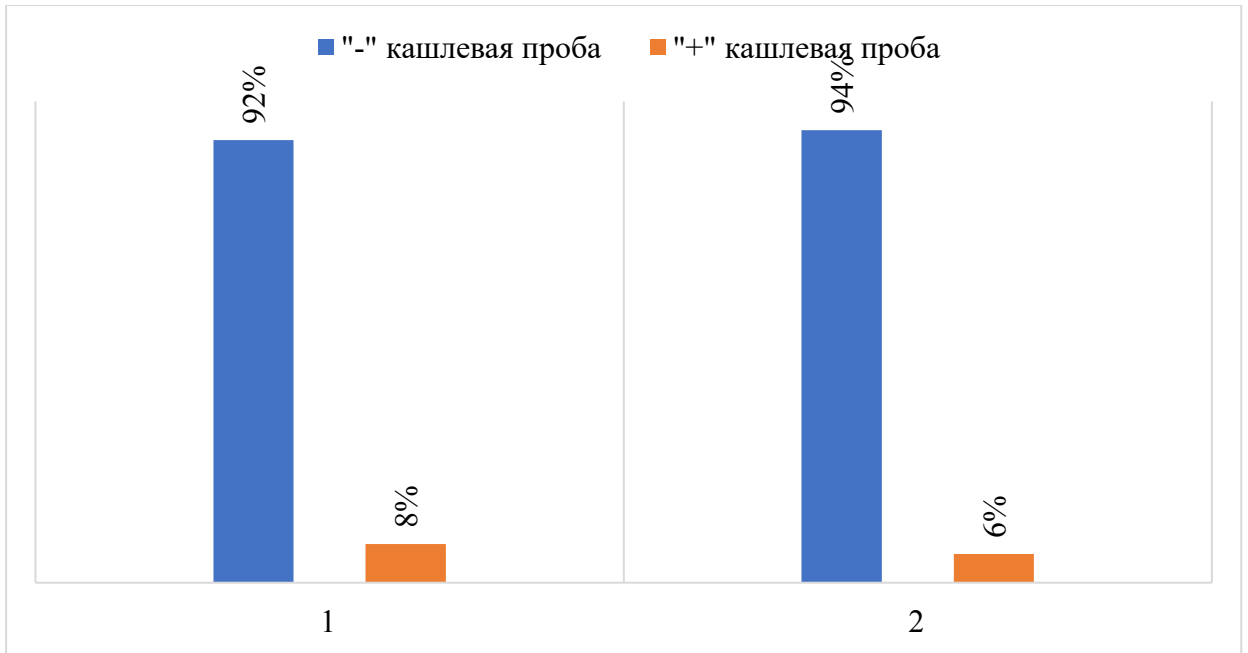


Диаграмма 4.8 – Результат кашлевой пробы при осмотре на кресле через три месяца после операции

4.3. Безопасность выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях стационара кратковременного пребывания

Оценка безопасности выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях СКП производилась на основании анализа возникших осложнений после хирургического лечения, таких как болевой синдром в раннем периоде, инфравезикальная обструкция, инфекции мочевыводящих путей, протрузия сетчатого протеза и диспареуния, а также кровопотеря во время операции более 50 мл. Соотношение осложнений представлено в Таблице 4.9 [24].

Таблица 4.9 – Осложнения выполнения петлевой пластики уретры

Осложнение	Основная группа	Контрольная группа
Болевой синдром	19,7%	22%
Инфравезикальная обструкция	3%	2,9%
	Рассечение петли	1,5%

Продолжение Таблицы 4.9

Инфекции мочевыводящих путей	4,5%	5,9%
Протрузия протеза	0%	0%
Диспареуния	0%	0%
Интраоперационная кровопотеря >50 мл	0%	0%

Интраоперационная кровопотеря у больных не превышала 50 мл в обеих группах.

В раннем послеоперационном периоде болевой синдром возник у 13 пациенток основной группы (19,7%) и у 15 пациенток из группы контроля (22%), что потребовало применения нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак 75 мг в/м), это соответствует I степени осложнений по классификации Клавьен – Диндо (Таблица 4.10) [111].

Таблица 4.10 – Классификация хирургических осложнений по системе Клавьен – Диндо

Степень	Определение
Степень I	Любое отклонение от нормального течения послеоперационного периода без необходимости фармакологических, хирургических, эндоскопических и радиологических вмешательств. Допустимыми терапевтическими режимами являются противорвотные препараты, антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты и физиотерапевтические процедуры. Эта степень также включает раневую инфекцию, купированную «у постели больного».

Продолжение Таблицы 4.10

Степень II	Требуется применение препаратов, помимо перечисленных для I степени осложнений. Включены также гемотрансфузии и полное парентеральное питание.
Степень III IIIa IIIb	Необходимы хирургические, эндоскопические или радиологические вмешательства. Вмешательства без общей анестезии. Вмешательства под общей анестезией.
Степень IV IVa IVb	Угрожающие жизни осложнения, требующие интенсивного лечения в реанимационном отделении. Дисфункция одного органа (включая необходимость диализа). Полиорганная недостаточность.
Степень V	Смерть больного.
Индекс d	Если больной страдает от осложнения на момент выписки, то индекс d (disability – нарушение функции) добавляется к соответствующей степени осложнения. Этот символ указывает на необходимость наблюдения для полной оценки осложнения.

После удаления уретрального катетера две пациентки (3%), проходившие лечение в СКП, отметили ухудшение качества мочеиспускания, при контрольном УЗИ объем остаточной мочи составил 220 и 180 мл, что потребовало обучения пациенток самокатетеризации. На повторном визите через три месяца после оперативного вмешательства у одной пациентки инфравезикальная обструкция разрешилась, в одном случае потребовалось выполнить рассечение сетчатого протеза. В группе контроля у двух пациенток возникло аналогичное осложнение, разрешившееся консервативно.

Инфицированность мочевых путей до и после оперативного вмешательства и пребывания в стационаре оценивалась по результатам бактериологического анализа мочи. Согласно полученным данным, бактериурия $>10^5$ КОЕ была

выявлена у трех пациенток 1 группы (4,5%) и четырех пациенток 2 группы (5,9%); ввиду отсутствия симптоматики антибактериальная терапия не применялась.

В структуре поздних послеоперационных осложнений выделяют протрузию сетчатого протеза. Во время гинекологического осмотра через три месяца после хирургического вмешательства случаев эрозии слизистой влагалища и протрузии протеза выявлено не было. Также пациентки были опрошены относительно возобновления сексуальных отношений: 35 (53%) пациенток основной группы и 42 (62%) группы контроля вели половую жизнь после операции, ни одна пациентка не предъявляла жалоб на боль во время коитуса.

Невысокий процент осложнений связан, вероятно, с более тщательным отбором пациентов для оперативного вмешательства, полным информированием о предстоящей хирургической коррекции и возможных осложнениях, а также большим опытом хирургов (>1000 выполненных подобных операций).

Через год после оперативного лечения нами был произведен телефонный опрос 54 пациенток контрольной группы. По его результатам, 48 женщин (88,9%) предпочли бы кратковременный тип пребывания в стационаре. 6 пациенток (11,1%) сочли оптимальным пребывание в стационаре в течение 3 дней по причине территориальной удаленности больницы, а также в связи с трудностями при предоперационной подготовке (очистительная клизма, бинтование нижних конечностей или надевание компрессионного белья).

Кроме того, нами были оценены личностные черты больных на основании КОБП, который является наиболее часто используемой моделью личности в зарубежных исследованиях [72], в русскоязычной версии, обладающий удовлетворительными психометрическими показателями [12]. Полученные данные представлены в Таблице 4.11.

Таблица 4.11 – Основные характеристики пациенток по данным КОБП

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	Уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни
	Median (q1;q3)		
Экстраверсия	10 (8;11)	10 (9;12)	p=0,183
Согласие	10 (8;11)	10 (9;11)	p=0,439
Добросовестность	13 (11;14)	12 (11;14)	p=0,822
Эмоциональная стабильность	8 (6;10)	8 (6;9)	p=0,548
Открытость новому опыту	9 (7;10)	10 (8;12)	p=0,014

Как видно из Таблицы 4.11, две группы не показали значимых различий по большинству черт личности, кроме открытости новому опыту.

ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи – важнейшая медико-социальная проблема. Рост средней продолжительности жизни закономерно увеличивает количество пациентов, страдающих от недержания мочи. Стресс и смущение, испытываемые пациентами с недержанием мочи, ведут к психологическому дискомфорту, депрессии и социальной дезадаптации.

Слингвые операции для коррекции СНМ относятся к золотому стандарту лечения. Однако немаловажным параметром удовлетворенности пациентом оказанной медицинской помощью является психологический показатель. Длительное пребывание в стационаре считается дополнительным стрессовым фактором и может оказывать негативный эффект на результаты лечения, а также на восприятие исхода заболевания. Нами был предложен протокол лечения пациенток со стрессовой формой инконтиненции в условиях СКП с целью уменьшения психологического дискомфорта.

При проведении оценки однородности основной и контрольной групп было показано, что возраст пациенток составил 48 (43;57) и 51 (43,5;58) лет, $p=0,491$ соответственно, что, согласно классификации ВОЗ, относится к средней возрастной группе [45, 24]. ИМТ в первой группе – 27,5 (25,25;30,75), во второй – 27 (24;30) $\text{кг}/\text{м}^2$, $p=0,571$, что означает наличие избыточной массы тела (предожирения) у пациенток обеих групп [124]. Продолжительность болезни в основной группе составила 6 (4;10), в контрольной – 7 (5;10,5) лет, $p=0,263$. Вероятно, столь долгий анамнез заболевания ассоциирован с низкой осведомленностью пациенток о возможностях лечения недержания мочи, отсутствием специальных знаний у врачей первичного звена и стыдом, вызванным наличием инконтиненции.

Следующий фактор, который был нами оценен, – это ожидания от лечения. В обеих группах пациенткам виделась высокая эффективность предложенного лечения: 87,7% в основной и 86,5% женщин в контрольной группе ожидали

избавления от недержания мочи. Операция представлялась пациенткам безопасной, с риском осложнений менее 10% у 89,4% и 88,1% человек, вошедших в исследование. Более 80% пациенток не высказывали предпочтений в выборе пола оперирующего врача. По нашему мнению, полученные результаты опроса связаны с предварительной клинической беседой с психологом и лечащим врачом, подробным разъяснением типа лечения, возможных осложнений и их рисков. Кроме того, согласно мировым данным, от ожиданий пациентов от лечения во многом зависит последующая удовлетворенность результатами.

По критериям «уровень образования», «семейный статус», «наличие работы» между группами пациенток не выявлено статистически значимой разницы, группы можно считать однородными по описанным параметрам.

В проведенном исследовании оценивались симптомы тревоги и депрессии у пациенток с недержанием мочи и изменение данных параметров после пройденного лечения, с учетом типа стационарного пребывания.

Анализ опросника HADS ожидаемо показал высокий уровень тревоги и депрессии у пациенток обеих групп до начала лечения, что соответствует субклинически выраженным симптомам. HADS (тревога) в основной группе – 6 (4;8), в контрольной – 7 (4;8) баллов, уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни $p=0,81$. HADS (депрессия) в основной группе – 6 (4;9), в контрольной – 6 (4;7,5) баллов, уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни $p=0,139$. Аналогичные результаты приводятся в литературных источниках, где авторами были оценены данные показатели [54, 126]. Между группами по уровню депрессии и тревоги до лечения не было выявлено статистически значимой разницы.

Внутригрупповое сравнение выявило статистически значимое снижение уровня тревоги и депрессии по баллам опросника HADS у пациенток обеих групп. Медианное изменение с ДИ в опроснике HADS (тревога) в основной группе составило -4 [-4,5; -3,5], в контрольной – -3 [-3,5; -2,5], p -значение (W-критерий Вилкоксона) $\leq 0,005$. HADS (депрессия) в основной группе -4 [-4,5; -3], в контрольной – -1,5 [-2; -0,5], p -значение (W-критерий Вилкоксона) $p \leq 0,005$. Однако

более выраженная динамика изменений зафиксирована в группе пациенток, проходивших лечение в условиях СКП.

В отношении качества жизни многие исследования также указывают на значительное снижение данного параметра у пациенток, страдающих недержанием мочи [28]. В нашей работе были получены сходные результаты. Пациентки заполняли опросники качества жизни SF-36 и ВВQ до начала лечения, а также спустя три месяца после операции. Именно эти опросники позволяют в полной мере оценить влияние болезни на качество жизни: SF-36 в отношении влияния соматического здоровья и ВВQ по таким параметрам, как дружба, обучение, свободное время и прочие.

До лечения общий балл опросника ВВQ составил 59 (41,5;71,5) в основной группе и 64 (52,5;80) в группе контроля, уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни $p=0,036$ [24]. После хирургического вмешательства по коррекции недержания мочи изменения составили 74 (60;83) балла в 1 группе и 64 (57;76,5) во второй группе, $p=0,048$. То есть, согласно опроснику, регистрировалось улучшение качества жизни у пациенток обеих групп, с наибольшей динамикой у женщин, проходивших лечение в СКП.

Подобные тенденции отмечались в другом опроснике качества жизни SF-36, состоящем из оценки сразу двух компонентов: физического и психического здоровья. Медианное значение суммы баллов опросника SF-36 (физический компонент) в основной группе было 49,16 (43,16;54,21), в контрольной группе — 49,72 (43,05;54,7), $p=0,709$. SF-36 (психический компонент) в 1 группе составил 48,18 (36,67;52,65), а в контрольной — 47,71 (41,27;51,58) балла, $p=1$. Данный показатель указывает на низкий уровень качества жизни пациенток, страдающих недержанием мочи. До начала лечения группы были однородны по указанному критерию.

Оперативное лечение оказало положительное влияние на качество жизни пациенток. Согласно опроснику, зарегистрирована позитивная динамика: так, сумма баллов SF-36 (физический компонент здоровья) в основной группе составила 50,95 (47,7;55,58), а в контрольной группе — 47,3 (38,55;54,1), SF-36

(психический компонент здоровья) в основной группе – 57,2 (50,6;61) балла, в группе контроля – 51,7 (43,9;55,05). Изменения данных параметров оказались со статистически значимой разницей на уровне 5%.

По нашим данным, лечение недержания мочи, в частности в условиях СКП, рекомендовано пациенткам для улучшения их качества жизни и разрешения психологического дискомфорта. Это создает предпосылки к уменьшению функциональных осложнений, в конечном итоге повышает эффективность лечения пациенток, страдающих недержанием мочи.

Стоит подчеркнуть, что более выраженная положительная динамика изменений психологического компонента здоровья и улучшение качества жизни происходили на фоне клинической эффективности лечения. Спустя три месяца после оперативного вмешательства пациенткам был повторно проведен осмотр в гинекологическом кресле. Положительная кашлевая проба была зафиксирована у 8% пациенток основной группы и у 6% группы контроля. Вероятно, на эффективность лечения большее влияние оказывает опыт хирурга, а не тип стационарного пребывания.

Следующим немаловажным параметром, который был исследован в данной работе, является оценка экономической эффективности лечения СНМ в условиях СКП.

Расходы на медицинские услуги подразделяются на основные и косвенные. К основным относят те, которые непосредственно связаны с оказанием медицинской услуги (медикаменты, инструментарий, заработная плата и другие), к косвенным – расходы, не относящиеся к лечебному процессу (коммунальные платежи, заработная плата административного и управленческого персонала и другие).

Прямые затраты в условиях стационара круглосуточного пребывания составляют 17 798 руб., стоимость одного койко-дня – 932 руб., соответственно, трехдневное пребывание обходится в 2 796 руб., а общая стоимость лечения – 20 594 руб. [10].

Прямые затраты в условиях СКП составляют 14 724 руб., а стоимость одного койко-дня – 865 руб., общая стоимость лечения – 15 589 руб., что на 5 005 руб. меньше по сравнению с лечением в условиях стационара круглосуточного пребывания. Стоимость операции не зависит от типа стационарного пребывания и насчитывает 67 848,68 руб. Таким образом, усредненная разница в лечении СНМ в условиях СКП на 10 067 руб. ниже по сравнению с аналогичным вмешательством, но при нахождении пациента в стационаре в течение трех дней.

Результаты нашей работы доказывают безопасность и клиническую эффективность лечения СНМ у женщин в условиях СКП. Преимуществами данного способа стационарного пребывания являются наименьший психологический дискомфорт пациенток, более выраженное улучшение качества жизни и положительную динамику изменений показателей уровня тревоги и депрессии в случае эффективности хирургического лечения. Наши расчеты подчеркивают, что лечение в условиях СКП является экономически более выгодным, соответствует принципам финансово-экономического менеджмента в здравоохранении и повышает доступность медицинских услуг для населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недержание мочи остается достаточно распространенным заболеванием: учитывая рост продолжительности жизни, ожидается увеличение числа женщин, страдающих от инконтиненции. Интимный характер данной проблемы, отсутствие знаний о способах лечения недержания мочи, формирование мнения, что данное заболевание «нормально» для возрастных пациенток или рожавших женщин, и другие факторы не позволяют вовремя обращаться за медицинской помощью. Нередко недержание мочи сопровождается повышенной тревожностью и депрессией.

Современные методы хирургического лечения имеют достаточно высокую эффективность и низкие риски осложнений. Субуретральная петлевая пластика, признанная золотым стандартом оперативного лечения, изначально подразумевалась как «30-минутная амбулаторная процедура», однако на территории РФ наиболее распространенным вариантом является длительное пребывание в стационаре, в среднем три-пять койко-дней.

С момента открытия первых СКП в 2016 г. работа оптимизировалась, регулярно обновлялся приказ о СКП, были добавлены заболевания, ранее не входившие в перечень, а также операции и новые оперативные методики. Накопленный опыт выполнения оперативных вмешательств позволил увеличить производительность труда без роста количества осложнений.

Данные нашего исследования показали лучшую переносимость пациентками лечения в условиях СКП по сравнению с круглосуточным пребыванием по результатам психологических анкет. Вероятно, это объясняется тем, что в условиях лечебного учреждения пациент ощущает себя «больным», а дома – «выздоровливающим».

Лечение недержания мочи в условиях СКП доказало свою безопасность и высокую эффективность, соответствующую аналогичному вмешательству в условиях круглосуточного стационара. Анализ экономической эффективности показывает, что оказание медицинской помощи в условиях СКП является более

целесообразным с финансовой точки зрения, соответствует современным подходам к управлению ресурсами в здравоохранении и способствует расширению доступа населения к медицинским услугам. Такой подход может быть успешно применен в многопрофильных клиниках.

ВЫВОДЫ

1. Произведена оценка безопасности (осложнения не выше II степени по классификации Клавьен – Диндо) и эффективности (92% и 94% по результатам осмотра в гинекологическом кресле в основной и контрольной группе соответственно) выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях СКП.

2. Разработан и стандартизирован алгоритм хирургического лечения пациенток, страдающих стрессовой формой недержания мочи в условиях СКП.

3. Оценка психологического статуса выявила положительное влияние хирургического лечения недержания мочи на пациенток с наиболее выраженной динамикой в группе СКП согласно опроснику HADS (тревога и депрессия): 12 и 13 баллов до лечения и 5 и 7 баллов после него в основной и контрольной группе соответственно; по опроснику качества жизни ВВQ, 59 и 64 балла до вмешательства и 74 и 64 балла после него в 1 и 2 группах соответственно; по SF-36, сумма баллов составила 49,16 и 49,72 до и 50,95 против 47,3 после лечения (физический компонент) и 48,18 и 47,71 до лечения и 57,2 и 51,7 (психический компонент) после него в группе СКП и круглосуточного стационара соответственно, $p > 0,05$.

4. Затраты на выполнение субуретральной петлевой пластики в условиях СКП составили 78 144,27 руб., аналогичное вмешательство в условиях круглосуточного стационара – 88 211,27 руб. Экономия стоимости лечения составила 11,41%. Согласно проведенным расчетам, лечение в условиях СКП экономически оправдано, что соответствует адекватному уровню управления ресурсами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для осуществления эффективного лечения СНМ в условиях СКП целесообразно ограничить отбор пациентов следующими критериями: возраст до 70 лет, ИМТ до 35, неотягощенный соматический анамнез, отсутствие ранее выполненных вмешательств по поводу инконтиненции.

2. Организация лечения должна включать этап домашней подготовки, особенностью анестезиологического пособия является использование внутривенной аналгезии, сроки послеоперационного наблюдения должны составлять около четырех часов и включать оценку общесоматического и психического статуса, а также определение остаточной мочи и удаление влагалищного тампона. В случае необходимости наблюдение за пациенткой может быть продолжено в условиях круглосуточного стационара.

3. Разработанный порядок маршрутизации пациенток в условиях СКП позволяет эффективно и безопасно проводить хирургическое лечение недержания мочи. Распространение данного метода дает возможность стандартизировать лечение инконтиненции на другие лечебные учреждения.

4. Перераспределение больных в СКП позволит более эффективно использовать денежные средства, выделяемые учреждениям здравоохранения, для лечения конкретной нозологии. Пациенток следует ориентировать на прохождение лечения в условиях СКП.

5. Использование валидизированных опросников позволит объективно оценить изменения уровня тревоги и депрессии, а также качества жизни у пациенток до пройденного лечения и после него.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, В.М. Экономический анализ медицинской деятельности / В.М. Алексеева, Н.Г. Шамшурина // *Здравоохранение*. – 2010. – № 2. – С. 161–170.
2. Аманова, Н. З. Роль рефлексотерапии в комплексе ранних реабилитационных мероприятий у больных с мозговым инсультом : специальность 14.00.13. «Нервные болезни» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Аманова Наргис Зафаровна ; Ташкентский институт усовершенствования врачей. – Ташкент, 2010. – 132 с.
3. Баранов, М. Л. Когнитивная терапия тревожно-депрессивных расстройств при гипертонической болезни в стационарных условиях : специальность 19.00.04. «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Баранов Максим Леонидович; Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова" Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2014. – 175 с.
4. Белоносова, С. В. Разработка, реализация и оценка программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях организованного коллектива : специальность 14.00.06. «Кардиология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Белоносова Светлана Владимировна; ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины». – Москва, 2009. – 150 с.
5. Варикозное расширение вен / А. А. Камаев, В. Л. Булатов, П. Е. Вахратьян [и др.] // *Флебология*. – 2022. – Т. 16. – № 1. – С. 41-108. – DOI: 10.17116/flebo20221601141.
6. Вощенкова, Т. В. Качество жизни людей позднего возраста. Базовые положения и методы измерения / Т. В. Вощенкова // *Оригинальные исследования*. – 2020. – Т. 10. – № 11. – С. 192-214.

7. Гвоздев, М.Ю. Недержание мочи у женщин в амбулаторной практике / М.Ю. Гвоздев // Земский врач. – 2012. – № 4 (15). – С. 7–10.
8. Егоров, А. В. Влияние депрессии на клинические результаты лечения и качество жизни больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью : специальность 14.00.05. «Внутренние болезни» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Егоров Алексей Викторович ; Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ. – Москва, 2004. – 93 с.
9. Иванец, Н. Н. Наркология : национальное руководство / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
10. Ким, Ю. А. Биопсия простаты под контролем гистосканирования в условиях стационара кратковременного пребывания : специальности 3.1.13. «Урология и андрология», 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ким Юрий Александрович ; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ. – Москва, 2023. – 119 с.
11. Клинические рекомендации по урологии – Недержание мочи [Электронный ресурс]. – 2020. – Режим доступа: http://disuria.ru/_ld/7/730_kr20N39p3R32mz.pdf.
12. Корнилова, Т.В. Апробация краткого опросника Большой пятерки (ТІРІ, КОБТ) / Т.В. Корнилова, М.А. Чумакова // Психологические исследования. – 2016. – Т. 9, № 46. – С. 5.
13. Недержание мочи у женщин и его влияние на качество жизни / Н.А. Сазонова, М.Г. Киселева, З.К. Гаджиева, М.Ю. Гвоздев // Урология. – 2022. – № 2. – С. 136–139. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2022.2.136-139>.
14. Организация лечения недержания мочи у женщин в условиях стационара кратковременного пребывания / Н.А. Сазонова, М.Ю. Гвоздев, Л.А. Ходырева, А.В. Садченко, К.В. Кумачев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 9-10. – С. 9–15. doi: [10.26347/1607-2502202209-10009-015](https://doi.org/10.26347/1607-2502202209-10009-015).

15. Особенности экономического анализа эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений и системы здравоохранения в целом // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. – № 1. – С. 58–64.
16. Перельман, Ю.М. Качество жизни больных бронхиальной астмой / Ю.М. Перельман, Н.Л. Перельман, В.П. Колосов. – Владивосток: Дальнаука, 2024. – 252 с. – ISBN 978-5-8044-1738-4.
17. Петрова, Н. Н. Дифференцированный подход к лазерной терапии в комплексном лечении межпозвонковых грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника: специальность 14.03.11. «Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Петрова Наталья Николаевна. – Москва, 2012. – 124 с.
18. Письмо ФФОМС от 23.07.2013 № 5423/21-и «О методике включения в тариф на оплату медицинской помощи расходов на содержание медицинской организации, а также затрат на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/pismo-ffoms-ot-23072013-n-542321-i-o/>.
19. Психологические аспекты хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин / Н.А. Сазонова, М.Г. Киселева, М.Ю. Гвоздев, Ю.В. Красавцева // Урология. – 2024. – № 4. – С. 35–40. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2024.4.35-40>.
20. Санаторная кардиологическая реабилитация : учебное пособие / О. Ф. Мисюра, В. Н. Шестаков, И. А. Зобенко, А. В. Карпухи. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. – 192 с. – ISBN 978-5-299-00534-9.
21. Севостьянова, Е. В. Системные механизмы формирования коморбидности у пациентов с соматической патологией : специальность 3.3.3. «Патологическая физиология» : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Севостьянова Евгения Викторовна ; ФГБНУ «Федеральный

- исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины». – Новосибирск, 2023. – 316 с.
22. Соколов А. В. Сравнение результатов медикаментозного лечения и катетерной абляции частой желудочковой экстрасистолии и/или неустойчивой желудочковой тахикардии у больных без структурной патологии сердца : специальность 3.1.20. «Кардиология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата наук / Соколов Алексей Владимирович ; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2023. – 197с.
23. Солдаткин, В. А. Клиническая психометрика : учебное пособие / В. А. Солдаткин; под ред. В. А. Солдаткин, И.А. Федотов, О. К. Труфанова [и др.]. – КноРус : Москва, 2021. – 664с.
24. Сухих, С. О. Субуретральная петлевая пластика с контролем натяжения в лечении недержания мочи у женщин : специальность 14.01.23. «Урология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Сухих Сергей Олегович ; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2020. – 113 с.
25. Экономическая эффективность лечения недержания мочи в условиях стационара кратковременного пребывания / Н.А. Сазонова, М.Ю. Гвоздев, А.В. Садченко, Д.Ю. Пушкарь // Экспериментальная и клиническая урология. – 2024. – № 17 (3). – С. 10–14. doi: <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2024-17-3-10-14>.
26. A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Tolerability of Duloxetine / D. Rodrigues-Amorim, J.M. Olivares, C. Spuch [et al.] // Front Psychiatry. – 2020. – Vol. 11. – 554899. doi: 10.3389/fpsyt.2020.554899.
27. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences / K. Haraldstad, A. Wahl, R. Andenæs [et al.] // Qual Life Res. – 2019. – Vol. 28 (10). – P. 2641–2650. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
28. Abrams, P. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey

- in France, Germany, the UK and the USA / P. Abrams, A.P. Smith, N. Cotterill / *BJU Int.* – 2015. – Vol. 115. – P. 143–152. doi: 10.1111/bju.12852.
29. Arunkalaivanan, A. Laser therapy as a treatment modality for genitourinary syndrome of menopause: a critical appraisal of evidence / A. Arunkalaivanan, H. Kaur, O. Onuma // *Int Urogynecol J.* – 2017. – Vol. 28. – P. 681–685.
30. Audenet, F. Évaluation de la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie: expérience d'un centre / F. Audenet // *Prog Urol.* – 2011. – Vol. 21. – P. 354–359.
31. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population / S.S. Harris, C.L. Link, S.L. Tennstedt [et al.] // *J Urol.* – 2007. – Vol. 177. – P. 680.
32. Chapple, C. Particulate versus non-particulate bulking agents in the treatment of stress urinary incontinence / C. Chapple, R. Dmochowski // *Res Rep Urol.* – 2019. – Vol. 11. – P. 299–310. doi: 10.2147/RRU.S220216.
33. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery / D.A. Patel, X. Xu, A.D. Thomason [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2006. – Vol. 195 (1). – P. 23–28.
34. Committee Opinion No. 603: Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment // *Obstet Gynecol.* – 2014. – Vol. 123. – P. 1403. Reaffirmed 2021.
35. Complications of Urethral Bulking Agents for Stress Urinary Incontinence: An Extensive Review Including Case Reports / A.M. De Vries, H. Wadhwa, J. Huang [et al.] // *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* – 2018. – Vol. 24 (6). – P. 392–398. doi: 10.1097/SPV.0000000000000495.
36. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting / T.J. Gan, P. Diemunsch, A.S. Habib [et al.] // *Anesth Analg.* – 2014. – Vol. 118. – P. 85–113.
37. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS[®]) society recommendations / T.W. Wainwright, M. Gill, D.A. McDonald [et al.] // *Acta Orthop.* – 2020. – Vol. 91. – P. 3–19.

38. COVID-19 and urology: a comprehensive review of the literature / S. Puliatti, A. Eissa, R. Eissa [et al.] // *BJU Int.* – 2020. – Vol. 25 (6). – P. E7–E14. doi: 10.1111/bju.15071.
39. COVID-19 rapid diagnostics: practice review / C. Reynard, J.A. Allen, B. Shinkins [et al.] // *Emerg Med J.* – 2022. – Vol. 39 (1). – P. 70–76. doi: 10.1136/emered-2021-211814.
40. De novo stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery in women without occult incontinence / A.N. Alas, O. Chinthakanan, L. Espaillet [et al.] // *Int. Urogynecol. J.* – 2017. – Vol. 28 (4). – P. 583–590.
41. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence / J. Perera, D.S. Kirthinanda, S. Wijeratne [et al.] // *BMC Women Health.* – 2014. – Vol. 14. – P. 78.
42. Determinants of outcome after colorectal resection within an enhanced recovery programme / P.O. Hendry, J. Hausel, J. Nygren et al // *Br. J. Surg.* – 2009. – Vol. 96 (2). – P. 197–205.
43. Do psychological variables affect early surgical recovery? / M.N. Mavros, S. Athanasiou, I.D. Gkegkes [et al.] // *PLoS ONE.* – 2011. – Vol. 6. – e20306.
44. Does episiotomy influence vaginal resting pressure, pelvic floor muscle strength and endurance, and prevalence of urinary incontinence 6 weeks postpartum? / K. Bo, G. Hilde, M.K. Tennfjord [et al.] // *Neurourol Urodyn.* – 2017. – Vol. 36. – P. 683–686.
45. Dyussenbayev, A. Age Periods Of Human Life. *Advances in Social Sciences* / A. Dyussenbayev // *Research Journal.* – 2017. – № 4 (6). doi: 10.14738/assrj.46.2924.
46. Eliasson, K. Prevalence of stress incontinence in nulliparous elite trampolinists / K. Eliasson, T. Larsson, E. Mattsson // *Scand J Med Sci Sports.* – 2002. – Vol. 12. – P. 106–110.
47. Enhanced recovery after pancreatic surgery: a systematic review of the evidence / D.J. Kagedan, M. Ahmed, K.S. Devitt [et al.] // *HPB (Oxford).* – 2015. – Vol. 17. – P. 11–16.

48. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection / K.C. Fearon, O. Ljungqvist, M. von Meyenfeldt [et al.] // *Clin Nutr.* – 2005. – Vol. 24 (3). – P. 466–477.
49. Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials / M. Greco, G. Capretti, L. Beretta [et al.] // *World J Surg.* – 2014. – Vol. 38. – P. 1531–1541. doi: 10.1007/s00268-013-2416-8.
50. Exercise and incontinence / I. Nygaard, J.O. DeLancey, L. Arnsdorf [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 1990. – Vol. 75. – P. 848–851.
51. Factors predicting outcome from enhanced recovery programmes in laparoscopic colorectal surgery: a systematic review / D.E. Messenger, N.J. Curtis, A. Jones [et al.] // *Surg Endosc.* – 2017. – Vol. 31. – P. 2050–2071.
52. Fayers, P.M. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes (3rd ed.) / P.M. Fayers, D. Machin. – Hoboken, NJ: Wiley Blackwell, 2016.
53. FDA warns against use of energy-based devices to perform vaginal 'rejuvenation' or vaginal cosmetic procedures: FDA Safety Communication. – 2018.
54. Felde, G. Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study / G. Felde, I. Bjelland, S. Hunskaar // *Int Urogynecol J.* – 2012. – Vol. 23 (3). – P. 299–306.
55. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS^ò) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) / T.J.P. Batchelor, N.J. Rasburn, E. Abdelnour-Berchtold [et al.] // *Eur J Cardiothorac Surg.* – 2019. – Vol. 55. – P. 91–115.
56. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: enhanced recovery after surgery (ERAS^ò) society recommendations / Y. Cerantola, M. Valerio, B. Persson [et al.] // *Clin Nutr.* – 2013. – Vol. 32. – P. 879–887.
57. Guidelines for perioperative care for liver surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations / E. Melloul, M. Hubner, M. Scott [et al.] // *World J Surg.* – 2016. – Vol. 40. – P. 2425–2440. doi: 10.1007/s00268-016-3700-1.

58. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations / A. Thorell, A.D. MacCormick, S. Awad [et al.] // *World J Surg.* – 2016. – Vol. 40. – P. 2065–2083. doi: 10.1007/s00268-016-3492-3.
59. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS[®]) society recommendations: 2018 / U.O. Gustafsson, M.J. Scott, M. Hubner [et al.] // *World J Surg.* – 2019. – Vol. 43. – P. 659–695. doi: 10.1007/s00268-018-4844-y.
60. Guidelines for perioperative care in esophagectomy: enhanced recovery after surgery (ERAS[®]) society recommendations / D.E. Low, W. Allum, G. de Manzoni [et al.] // *World J Surg.* – 2019. – Vol. 43. – P. 299–330. doi: 10.1007/s00268-018-4786-4.pdf.
61. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations-2019 update / G. Nelson, J. Bakkum-Gamez, E. Kalogera [et al.] // *Int J Gynecol Cancer.* – 2019. – Vol 29. – P. 651–668.
62. Hanley, J. Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women / J. Hanley, A. Capewell, S. Hagen // *British Medical Journal.* – 2001. – Vol. 322 (7294). – P. 1096–1097. doi: 10.1136/bmj.322.7294.1096.
63. Hannestad, Y.S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag / Y.S. Hannestad, G. Rortveit, S. Hunskaar // *Scand J Prim Health Care.* – 2002. – Vol. 20. – P. 102.
64. Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management [Электронный ресурс] / J. Cylus, I. Papanicolas, P.C. Smith, eds. – Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28783269/>.
65. Healthcare-associated SARS-CoV-2 transmission-experiences from a German University Hospital / C.L. Correa-Martinez, V. Schwierzeck, A. Mellmann [et al.] // *Microorganisms.* – 2020. – Vol. 8. – P. 1378.

66. Impact of Multidisciplinary Audit of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)® Programs at a Single Institution / R.C. Pickens, A.R. Cochran, W.B. Lyman [et al.] // *World J Surg.* – 2021. – Vol. 45 (1). – P. 23–32. doi: 10.1007/s00268-020-05765-y.
67. Impact of the availability of midurethral slings on treatment strategies for stress urinary incontinence: a cost-effectiveness analysis / O.H. Chang, L.A. Cadish, A. Kailasam [et al.] // *BJOG.* – 2022. – Vol. 129 (3). – P. 500–508. doi: 10.1111/1471-0528.16850.
68. Implementation of enhanced recovery after surgery: a strategy to transform surgical care across a health system / L.M. Gramlich, C.E. Sheppard, T. Wasylak [et al.] // *Implement Sci.* – 2017. – Vol. 12. – P. 67.
69. Incidence of Nosocomial COVID-19 in Patients Hospitalized at a Large US Academic Medical Center / C. Rhee, M. Baker, V. Vaidya [et al.] // *JAMA Netw Open.* – 2020. – Vol. 3 (9). – e2020498. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.20498.
70. Influence of pelvic floor muscle fatigue on stress urinary incontinence: a systematic review / R.P. Thomaz, C. Colla, C. Darski [et al.] // *Int Urogynecol J.* – 2018. – Vol. 29. – P. 197–204.
71. IUGA committee opinion: laser-based vaginal devices for treatment of stress urinary incontinence, genitourinary syndrome of menopause, and vaginal laxity / S.A. Shobeiri, M.H. Kerkhof, V.A. Minassian [et al.] // *Int Urogynecol J.* – 2019. – Vol. 30 (3). – P. 371–376. doi: 10.1007/s00192-018-3830-0.
72. John, O.P. The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives / O.P. John, S. Srivastava // L.A. Pervin, O.P. John (Eds.). *Handbook of personality: Theory and research.* – N.Y.: Guilford Press, 1999. – P. 102–138.
73. Kegel, A.H. The nonsurgical treatment of genital relaxation; use of the perineometer as an aid in restoring anatomic and functional structure / A.H. Kegel // *Ann West Med Surg.* – 1948. – Vol. 2 (5). – P. 213–216.
74. Kehlet, H. Hospital stay of 2 days after open sigmoid-ectomy with a multimodal rehabilitation programme / H. Kehlet, T. Mogensen // *Br J Surg.* – 1999. – Vol. 86 (2). – P. 227–230.

75. Light and energy based therapeutics for genitourinary syndrome of menopause: consensus and controversies / Y. Tadir [et al.] // *Lasers Surg Med.* – 2017. – Vol. 49. – P. 137–159.
76. Management of female stress urinary incontinence: A care pathway and update / G. Capobianco, M. Madonia, S. Morelli [et al.] // *Maturitas.* – 2018. – Vol. 109. – P. 32–38. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.12.008.
77. Mishriky, B.M. Impact of pregabalin on acute and persistent postoperative pain: a systematic review and meta-analysis / B.M. Mishriky, N.H. Waldron, A.S. Habib // *Br J Anaesth.* – 2015. – Vol. 114. – P. 10–31.
78. Morgan, D.M. Stress urinary incontinence in women: persistent/recurrent symptoms after surgical treatment / D.M. Morgan / L. Brubaker (Ed.). – Michigan: UpToDate, 2020.
79. Mortality and risks related to healthcare-associated infection / E.S. Souza, R.A. Belei, C.M.D.M. Carrilho [et al.] // *Texto Contexto Enferm* [Электронный ресурс]. 2015. – Vol. 24 (1). – P. 220–228. – Режим доступа: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100220&lng=en.
80. Multicenter randomized clinical trial comparing surgery and collagen injections for treatment of female stress urinary incontinence / J. Corcos, J.P. Collet, S. Shapiro [et al.] // *Urology.* – 2005. – Vol. 65 (5). – P. 898–904. doi: 10.1016/j.urology.2004.11.054.
81. Nager, C.W. Midurethral slings: evidence-based medicine vs the medicolegal system / C.W. Nager // *Am J Obstet Gynecol.* – 2016. – Vol. 214 (6). – P. 708.e1–708.e5.
82. Nosocomial COVID-19 infection: examining the risk of mortality. The COPE-Nosocomial Study (COVID in Older PEople) / B. Carter, J.T. Collins, F. Barlow-Pay [et al.] // *J. Hosp. Infect.* – 2020. – Vol. 106. – P. 376–384.
83. Obesity and Stress Urinary Incontinence: Impact on Pathophysiology and Treatment / A. Fuselier, J. Hanberry, J. Margaret Lovin [et al.] // *Curr Urol Rep.* – 2018. – Vol. 19 (1). – P. 10. doi: 10.1007/s11934-018-0762-7.

84. Obesity as a risk factor for poor outcomes after sling surgery in women with stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis / C. Barco-Castillo, M. Plata, L. Zuluaga [et al.] // *Neurourol Urodyn.* – 2020. – Vol. 39 (8). – P. 2153–2160. doi: 10.1002/nau.24459.
85. Oliveira, A.C. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e future / A.C. Oliveira, A.O. Paula // *REME Rev Min Enferm [Электронный ресурс]*. – 2013. – Vol. 17 (1). – P. 221–224. – Режим доступа: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50248/41658>.
86. Outcomes associated with the use of midurethral slings for stress incontinence surgery according to the type of hospitalization / T. Thubert, N. Daher, A. Mansoor [et al.] // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2015. – Vol. 129 (2). – P. 123–127. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.11.016.
87. Outpatient Evaluation and Management Visits for Urinary Incontinence in Older Women / E. Erekson, K.A. Hagan, A. Austin [et al.] // *J Urol.* – 2019. – Vol. 202 (2). – P. 333–338. doi: 10.1097/JU.0000000000000223.
88. Outpatient surgical treatment of female stress urinary incontinence / P. Navalon Verdejo, C. Zaragoza Fernandez, F. Ordone Dominguez [et al.] // *Arch Esp Urol.* – 2005. – Vol. 58. – P. 915–922 [discussion 923–924].
89. Plevnik, S. New method for testing and strengthening of pelvic floor muscles / S. Plevnik // *Proceedings of the 15th annual meeting of the International Continence Society.* – 1985. – P. 267–268.
90. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review / H.Y. Ip, A. Abrishami, P.W. Peng [et al.] // *Anesthesiology.* – 2009. – Vol. 111. – P. 657–677.
91. Prevalence and risk factors for peri- and postpartum urinary incontinence in primiparous women in China: a prospective longitudinal study / L. Zhu, L. Li, J.H. Lang [et al.] // *Int Urogynecol J.* – 2012. – Vol. 23. – P. 563–572.
92. Prevalence and the associated trigger factors of urinary incontinence among 5000 black women in sub-Saharan Africa: findings from a community survey /

O.A. Ojengbede, I.O. Morhason-Bello, B.O. Adedokun [et al.] // *BJU Int.* – 2011. – Vol. 107 (11). – P. 1793–1800. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09758.x.

93. Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis – A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine / H. Mostafaei, H. Sadeghi-Bazargani, S. Hajebrahimi [et al.] // *Neurourol Urodyn.* – 2020. – Vol. 39. – P. 1063–1086.

94. Prevalence of nosocomial infections in representative German hospitals / P. Gastmeier, G. Kampf, N. Wischniewski [et al.] // *J Hosp Infect.* – 1998. – Vol. 38 (1). – P. 37–49.

95. Prevalence of stress urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Jordan: a correlational study / F. Sawaqed, A. Al Kharabsheh, M. Tout et al // *J Int Med Res.* – 2020. – Vol. 48 (5). – 300060520925651. doi: 10.1177/0300060520925651.

96. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women / I. Nygaard, M.D. Barber, K.L. Burgio [et al.] // *JAMA.* – 2008. – Vol. 300 (11). – P. 1311–1316. doi: 10.1001/jama.300.11.1311.

97. Prevalence of Urinary Incontinence among a Nationally Representative Sample of Women, 2005-2016: Findings from the Urologic Diseases in America Project / U.J. Lee, L. Feinstein, J.B. Ward [et al.] // *J Urol.* – 2021. – Vol. 205. – P. 1718.

98. Quality of life and sexual function after TVT surgery versus Bulkamid injection for primary stress urinary incontinence: 1 year results from a randomized clinical trial / A.M. Itkonen Freitas, T.S. Mikkola, P. Rahkola-Soisalo [et al.] // *Int Urogynecol J.* – 2021. – Vol. 32 (3). – P. 595–601. doi: 10.1007/s00192-020-04618-5.

99. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women / A.J. Huang, J.S. Brown, A.M. Kanaya [et al.] // *Arch Intern Med.* – 2006. – Vol. 166. – P. 2000–2006.

100. Rathat, G. Transobturator tape (TOT) en chirurgie ambulatoire et sous anesthésie locale: étude rétrospective sur un échantillon de 84 patientes / G. Rathat, C. Defez, C. Courtieu // *Pelv Perineol.* – 2007. – Vol. 2. – P. 20–26.

101. Repeat midurethral sling compared with urethral bulking for recurrent stress urinary incontinence / A. Gaddi, N. Guaderrama, N. Bassiouni [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 2014. – Vol. 123 (6). – P. 1207–1212. doi: 10.1097/AOG.0000000000000282. Erratum in: *Obstet Gynecol.* – 2014. – Vol. 124 (4). – P. 842.
102. Resistance patterns of nosocomial urinary tract infections in urology departments: 8-year results of the global prevalence of infections in urology study / Z. Tandogdu, M. Cek, F. Wagenlehner [et al.] // *World J Urol.* – 2014. – Vol. 32 (3). – P. 791–801. doi: 10.1007/s00345-013-1154-8.
103. Saïdian, A. Enhanced recovery after surgery: urology / A. Saïdian, J.W. Nix // *Surg Clin N Am.* – 2018. – Vol. 98. – P. 1265–1274.
104. Sanson, S. Résultats d’une enquête sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie en région Midi-Pyrénées / S. Sanson, X. Gamé // *Prog Urol.* – 2012. – Vol. 23. – P. 1435–1442.
105. SARS-CoV-2 nosocomial infection acquired in a French university hospital during the 1st wave of the Covid-19 pandemic, a prospective study / A. Landoas, F. Cazzorla, M. Gallouche [et al.] // *Antimicrob Resist Infect Control.* – 2021. – Vol. 10 (1). – P. 114. doi: 10.1186/s13756-021-00984-x.
106. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study / M. Morrill, E.S. Lukacz, J.M. Lawrence [et al.] // *Am J Obstet Gynecol.* – 2007. – Vol. 197. – 86.e1-6.
107. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study / A. Salonia, G. Zanni, R.E. Nappi [et al.] // *Eur Urol.* – 2004. – Vol. 45 (5). – P. 642–648; discussion 648. doi: 10.1016/j.eururo.2003.11.023.
108. Structured synchronous implementation of an enhanced recovery program in elective colonic surgery in 33 hospitals in The Netherlands / F. Gillissen, C. Hoff, J.M. Maessen [et al.] // *World J Surg.* – 2013. – Vol. 37. – P. 1082–1093. doi: 10.1007/s00268-013-1938-4.

109. Subak, L.L. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update / L.L. Subak, H.E. Richter, S. Hunskaar // *J Urol.* – 2009. – Vol. 182 (6). – S. 2–7. doi: 10.1016/j.juro.2009.08.071.
110. Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery / A. Neville, L. Lee, I. Antonescu [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2014. – Vol. 101 (3). – P. 159–170.
111. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience / P. A. Clavien, D. Dindo, R.D. Schulick [et al.] // *Ann Surg.* – 2009. – Vol. 250. – № 2. – P. 187–196.
112. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence / V.A. Minassian, X. Yan, M.J. Lichtenfeld [et al.] // *Int Urogynecol J.* – 2012. – Vol. 23. – P. 1087.
113. The impact of pelvic floor muscle training on the myostatin concentration and severity of urinary incontinence in elderly women with stress urinary incontinence – a pilot study / A. Radziminska, M. Weber-Rajek, A. Straczynska [et al.] // *Clin Interv Aging.* – 2018. – Vol. 13. – P. 1893–1898.
114. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review / A. Radzimińska, A. Strączyńska, M. Weber-Rajek [et al.] // *Clin Interv Aging.* – 2018. – Vol. 13. – P. 957–965. doi: 10.2147/CIA.S160057.
115. The impact of vaginal cone therapy on stress urinary incontinence compared with transobturator tape / R. Dur, İ. Akkurt, B. Coşkun [et al.] // *Turk J Obstet Gynecol.* – 2019. – Vol. 16 (3). – P. 169–173. doi: 10.4274/tjod.galenos.2019.89137.
116. Thor, K.B. Serotonin and noradrenaline involvement in urinary incontinence, depression and pain: scientific basis for overlapping clinical efficacy from a single drug, duloxetine / K.B. Thor, M. Kirby, L. Viktrup // *Int J Clin Pract.* – 2007. – Vol. 61 (8). – P. 1349–1355.
117. Understanding Patient Expectations and Determinants of Satisfaction in an Outpatient Urology Clinic at an Academic Medical Center / A. Rabley, H. Oberhofer,

- J. Han [et al.] // *Urology*. – 2022. – Vol. 160. – P. 22–33. doi: 10.1016/j.urology.2021.09.040.
118. Urinary Incontinence and Health-Seeking Behavior Among White, Black, and Latina Women / N.Y. Siddiqui, N. Ammarell, J.M. Wu [et al.] // *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. – 2016. – Vol. 22. – P. 340–345.
119. Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method / M. Kopańska, S. Torices, J. Czech [et al.] // *Ther Adv Urol*. – 2020. – Vol. 12. – 1756287220934359. doi: 10.1177/1756287220934359.
120. Urodynamics Before Stress Urinary Incontinence Surgery in Modern Functional Urology / B. Padilla-Fernández, G.M. Ramírez-Castillo, D. Hernández-Hernández [et al.] // *Eur Urol Focus*. – 2019. – Vol. 5 (3). – P. 319–321. doi: 10.1016/j.euf.2019.03.018.
121. Van der Vaart, C.H. Feasibility and patient satisfaction with pelvic organ prolapse and urinary incontinence day surgery / C.H. van der Vaart, B.H. Lamers, A.P. Heintz // *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. – 2007. – Vol. 18. – P. 531–536.
122. Verbeek, M. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life / M. Verbeek, L. Hayward // *Sex Med Rev*. – 2019. – Vol. 7 (4). – P. 559–564. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.05.007.
123. Wang, H. Postpartum stress urinary incontinence, is it related to vaginal delivery? / H. Wang, G. Ghoniem // *J Matern Fetal Neonatal Med*. – 2017. – Vol. 30. – P. 1552–1555.
124. Weir, C.B. BMI Classification Percentile And Cut Off Points [Электронный ресурс] // C.B. Weir, A. Jan // *StatPearls. Treasure Island (FL)*. – StatPearls Publishing, 2023. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541070/>.
125. Withington, J. The changing face of urinary continence surgery in England: a perspective from the Hospital Episode Statistics database / J. Withington, S. Hirji, A. Sahai // *BJU Int*. – 2014. – Vol. 114 (2). – P. 268–277. doi: 10.1111/bju.12650.
126. Yazdany, T. Association of depression and anxiety in underserved women with and without urinary incontinence / T. Yazdany, N. Bhatia, A. Reina // *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. – 2014. – Vol. 20 (6). – P. 349–353.