

## РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

<sup>1</sup>Нечипоренко А. Н. (nечипоренко\_al@mail.ru),

<sup>1</sup>Нечипоренко Н. А. (nечипоренко\_nik@mail.ru), <sup>2</sup>Строцкий А. В. (astrotsky@gmail.com)

<sup>1</sup>УО "Гродненский государственный медицинский университет", Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УО "Белорусский государственный медицинский университет", Минск, Беларусь

*Введение.* Оперативное лечение сочетания генитального пролапса (ГП) и недержания мочи при напряжении (НМпН) может быть этапным или симультанным.

*Цель работы.* Оценить результаты симультанной хирургической коррекции ГП и НМпН.

*Материал и метод.* Оперировали 49 пациенток с ГП и НМпН симультанно.

*Результаты.* Результаты оценили по анатомическому положению органов малого таза, восстановлению механизма удержания мочи и состоянию мочеиспускания после операции.

*Вывод.* С увеличением срока наблюдения увеличивается частота расстройств мочеиспускания.

**Ключевые слова:** генитальный пролапс, недержание мочи, результаты оперативного лечения.

### Введение

В хирургическом лечении женщин с генитальным пролапсом (ГП), осложненным недержанием мочи при напряжении (НМпН), в настоящее время используются две методики: 1) симультанная хирургическая коррекция ГП и НМпН [1, 2] и 2) этапная хирургическая коррекция: на первом этапе корригируется только ГП, и если через 2-3 месяца после этого сохраняется НМпН, выполняется операция, восстанавливающая механизм удержания мочи [3, 4].

Первая методика подкупает перспективой избавления пациентки сразу от обоих страданий. Положительным моментом второй методики является то, что у 30-44% женщин после коррекции только ГП отмечается восстановление механизма удержания [5, 6].

Анализ опубликованных к настоящему времени работ, посвященных хирургическому лечению женщин с ГП, осложненным НМпН, не позволяет однозначно высказаться в пользу первого или второго варианта хирургического лечения данной патологии. Требуется дальнейшее изучение этого вопроса для оценки "за" или "против" симультанной или этапной хирургической коррекции ГП с НМпН.

В настоящей работе нами приводятся собственные результаты симультанной хирургической коррекции ГП с НМпН.

### Материал и методы

Наблюдали 49 пациенток в возрасте 56-68 лет, страдавших ГП III-IV ст. с НМпН II-III ст. У 19 из них НМпН было единственным расстройством мочеиспускания ("чистое" НМпН) и у 30 пациенток с ГП, кроме НМпН, имели место и такие расстройства мочеиспускания, как поллакиурия (у 10), императивные позывы к мочеиспусканию (у 11); ноктурия у 2, смешанное недержание мочи (НМ) – у 7.

Всем 49 пациенткам проведена симультанная хирургическая коррекция ГП и НМпН влагалищным доступом с использованием синтетических протезов. ГП корригировали кольпопексией по принципу Prolift, а удержание мочи восстанов-

ливали уретропексией синтетической лентой по принципу TVT или TVT-obturator (TVT-O). Пациенткам выполнены следующие операции.

В силу опущения или выпадения обеих стенок влагалища с формированием цисто- и ректоцеле 21 пациентке выполнена кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior (Prolift total); 15 пациенткам с преимущественным опущением передней стенки влагалища с цистоцеле III-IV ст. была проведена кольпопексия протезом по принципу Prolift anterior и 13 женщинам с преимущественным опущением задней стенки влагалища с ректоцеле III-IV ст. проведена коррекция положения только задней стенки кольпопексией протезом по принципу Prolift posterior. Операции в 34 случаях были дополнены уретропексией по принципу TVT и в 15 случаях – TVT-O.

Результаты хирургического лечения 49 женщин изучили в сроки 1 месяц, 1-2 года и 3-5 лет после операции в трех группах пациенток:

- группа I – 21 пациентка, выполнена кольпопексия по принципу Prolift total;
- группа II – 15 пациенток после кольпопексии по принципу Prolift anterior;
- группа III – 13 пациенток, которым была выполнена кольпопексия по принципу Prolift posterior.

В этих группах у пациенток изучили анатомическое положение органов малого таза после операции в зависимости от метода коррекции ГП, состояние механизма удержания мочи в зависимости от метода уретропексии (принцип TVT или TVT-O) и особенности мочеиспускания после операции изучили в зависимости от состояния мочеиспускания до операции.

### Результаты и обсуждение

Анатомическое положение органов малого таза после кольпопексии по принципу Prolift total через 1 месяц после операции соответствовало опущению I-II ст.

В группе женщин, перенесших коррекцию положения только передней или только задней

стенки влагалища (соответственно, протезами по принципу Prolift anterior и Prolift posterior), положение оперированной стенки влагалища и прилежащего органа через 1 месяц после операции соответствовало опущению I ст., а положение не оперированной стенки оставалось в дооперационном состоянии.

Анатомический результат коррекции ГП кольпопексией по принципу Prolift total, Prolift anterior и Prolift posterior через 1-2 года и 3-5 лет после операции приведен в таблице 1.

**Таблица 1.** – Анатомические результаты коррекции ГП у 49 пациенток в зависимости от метода кольпопексии через 1-2 года и 3-5 лет после операции

Операция	Срок наблюдения после операции и ее анатомический результат			
	1-2 года после операции		3-5 лет после операции	
Prolift total (n=21)	Рецидив – 1 (4,8%)		Рецидив – 2 (9,5%)	
Операция	Положение оперированной и противоположной стенки влагалища после операции, корригировавшей положение только одной стенки влагалища			
	Через 1-2 года после операции		Через 3-5 лет после операции	
Prolift anterior (n=15)	Рецидив опущения передней стенки влагалища – 2 (13,3%)	Прогрессирование опущения задней стенки влагалища – 2 (13,3%)	Рецидив опущения передней стенки влагалища – 5 (33,3%)	Прогрессирование опущения задней стенки влагалища – 9 (60,0%)
Prolift posterior (n=13)	Рецидив опущения задней стенки влагалища – 0	Прогрессирование опущения передней стенки влагалища – 7 (53,8%)	Рецидив опущения задней стенки влагалища – 1 (7,7%)	Прогрессирование опущения передней стенки влагалища – 8 (61,5%)

Как видно из таблицы 1, коррекция положения обеих стенок влагалища с прилежащими органами кольпопексией по принципу Prolift total дает удовлетворительные анатомические результаты. Рецидив опущения обеих стенок влагалища через 1-2 года после операции по принципу Prolift total отмечен в 4,8% случаев, а через 3-5 лет – в 9,5%.

Среди 15 женщин, которым проведена коррекция положения только передней стенки влагалища кольпопексией по принципу Prolift anterior, через 1-2 года после операции рецидив опущения передней (оперированной) стенки влагалища и МП диагностирован в 13,3% случа-

**Таблица 2.** – Состояние механизма удержания мочи у 49 женщин после симультанной коррекции ГП и НМпН в зависимости от типа операции

Метод коррекции НМпН и количество оперированных	Сроки после операции и состояние механизма удержания мочи		
	1 месяц	1-2 года	3-5 лет
Уретропексия синтетической лентой по принципу TVT (n=34)	Полная континенция – 34 (100%)	Полная континенция – 34 (100%)	Полная континенция – 31 (91,2%); рецидив НМпН – 2* (5,9%); «мокрый» ГАМП – 1 (2,9%)
Уретропексия синтетической лентой по принципу TVT-obturator (n=15)	Полная континенция – 15 (100%)	Полная континенция – 14 (93,3%); рецидив НМпН – 1* (6,7%)	Полная континенция – 10 (66,7%); рецидив НМпН – 3 (1*) (20,0%); «мокрый» ГАМП – 2 (13,3%)

\* Проведена хирургическая коррекция рецидива НМпН

ев и в 13,3% случаев отмечено прогрессирование опущения задней (не оперированной) стенки влагалища до III ст. Через 3-5 лет после операции в этой группе у 33,3% оперированных женщин диагностирован рецидив опущения передней (оперированной) стенки влагалища и МП, а прогрессирование опущения задней (не оперированной) стенки влагалища отмечено в 60,0% случаев.

Среди 13 женщин, которым проведена коррекция только задней стенки влагалища кольпопексией по принципу Prolift posterior, через 1-2 года после операции рецидив опущения оперированной (задней) стенки влагалища не наблюдался, но прогрессирование опущения передней (не оперированной) стенки влагалища отмечено в 53,8% случаев. Через 3-5 лет после операции рецидив опущения задней (оперированной) стенки влагалища диагностирован у 7,7% оперированных, а прогрессирование опущения передней стенки влагалища отмечено в 61,5% случаев.

Следовательно, коррекция ГП кольпопексией по принципу Prolift total позволяет добиться удовлетворительного анатомического результата в течение 3-5 лет наблюдения.

Хирургическая коррекция положения только более опущенной стенки влагалища у женщин с ГП позволяет достичь удовлетворительного анатомического положения, но отмечается прогрессирование опущения не оперированной стенки.

Результаты восстановления механизма удержания мочи у женщин после симультанной коррекции ГП и НМпН приведены в таблице 2.

Таким образом, независимо от метода уретропексии через 1 месяц после операции мочу удерживали все 49 женщин.

Через 1-2 года после операции среди 34 женщин, которым выполнена уретропексия по принципу TVT, мочу удерживали все. А после уретропексии по принципу TVT-О рецидив НМпН развился у 1 пациентки (6,7%), что потребовало повторной операции.

Через 3-5 лет после уретропексии по принципу TVT среди 34 женщин полное удержание мочи отмечено у 31 (91,2±4,8%), рецидив НМпН развился у 2 (5,9±4,0%), (в обоих случаях потребовалось хирургическое лечение) и у 1 женщины диагностирован «мокрый» ГАМП (2,9%), что удалось корригировать медикаментозным лечением.

Среди 15 пациенток, которым НМпН корригировали уретропексией по принципу TVT-О, через 3-5 лет после операции мочу полностью удерживали 10 женщин (66,7±12,1%), рецидив НМпН

развился у 3 (20,0±10,3%) и "мокрый" ГАМП – у 2 (13,3±8,8%).

Таким образом, по критерию восстановления континенции через 1-2 года и через 3-5 лет после операции лучшие результаты достигнуты в группе женщин, которым была выполнена уретропексия лентой по принципу TVT по сравнению с результатами уретропексии по принципу TVT-O.

Состояние мочеиспускания после симультанной хирургической коррекции ГП и НМпН изучили в двух группах пациенток: группа I – 19 женщин с ГП и "чистым" НМпН и группа II – 30 женщин с ГП, у которых НМпН сочеталось с другими расстройствами мочеиспускания.

В таблице 3 приведено состояние мочеиспускания после операции у 19 женщин с ГП и "чистым" НМпН.

Как видно, через 1 месяц после коррекции ГП и "чистого" НМпН никаких расстройств мочеиспускания не было у 15 (78,9%) женщин и 4 (21,0%) пациентки отмечали появление учащенного мочеиспускания de novo.

Через 1-2 года после операции у 12 пациенток (63,1%) мочеиспускание не нарушено, 6 (31,6%)

отмечали поллакиурию и 1 (5,3%) – "сухой" ГАМП.

Через 3-5 лет после операции расстройств мочеиспускания не было у 8 женщин (42,1%) и 11 (57,9%) отмечали разные расстройства мочеиспускания: поллакиурия – 6, императивные позывы – 2, "сухой" ГАМП – 1, рецидив НМпН возник у 2.

Состояние мочеиспускания после симультанной хирургической коррекции ГП, осложненного НМпН в сочетании с другими расстройствами мочеиспускания, у 30 женщин приведено в таблице 4.

Анализ таблицы показывает, что среди 30 пациенток, которым по поводу ГП, осложненного НМпН в сочетании с симптомами императивности, проведенной симультанной хирургической коррекцией ГП и НМпН, через 1 месяц после операции континенция была полностью восстановлена у всех, никаких расстройств мочеиспускания не было у 20 (66,7%), у 6 (20,0%) сохранялись расстройства мочеиспускания, имевшие место и до операции, у 4 (13,3%) появились расстройства мочеиспускания, которых не было до операции.

Через 1-2 года уже только 10 (33,3%) женщин не отмечали никаких расстройств мочеиспускания, а 20 (66,7%) предъявляли жалобы на различные расстройства мочеиспускания: поллакиурию отмечали 12; императивные позывы – 5; "сухой" ГАМП – 2 и рецидив НМпН развился у 1 женщины.

Через 3-5 лет после операции расстройств мочеиспускания не было у 6 (20,0%), у 24 (80,0%) отмечались различные расстройства мочеиспускания: рецидив НМпН – 3, "мокрый" ГАМП – 4; "сухой" ГАМП – 1; поллакиурия – 6; императивные позывы – 10.

На рисунке 1 приведена динамика расстройств мочеиспускания у 19 женщин после хирургической коррекции ГП и чистого НМпН, и у 30 женщин после хирургической коррекции ГП, осложненного НМпН и другими расстройствами мочеиспускания в сроки 1 месяц, 1-2 года и 3-5 лет после операции.

### Выводы

1. Коррекция ГП кольпопексией по принципу Prolift total позволяет добиться удовлетворительного анатомического результата в течение 3-5 лет наблюдения. Рецидив опущения обеих стенок влагалища развивается у 9,5% оперированных.

Хирургическая коррекция положения только одной, более опущенной стенки влагалища, у женщин с ГП не позволяет достичь стойкого анатомического эффек-

**Таблица 3.** – Мочеиспускание у 19 женщин после симультанной коррекции ГП с "чистым" НМпН

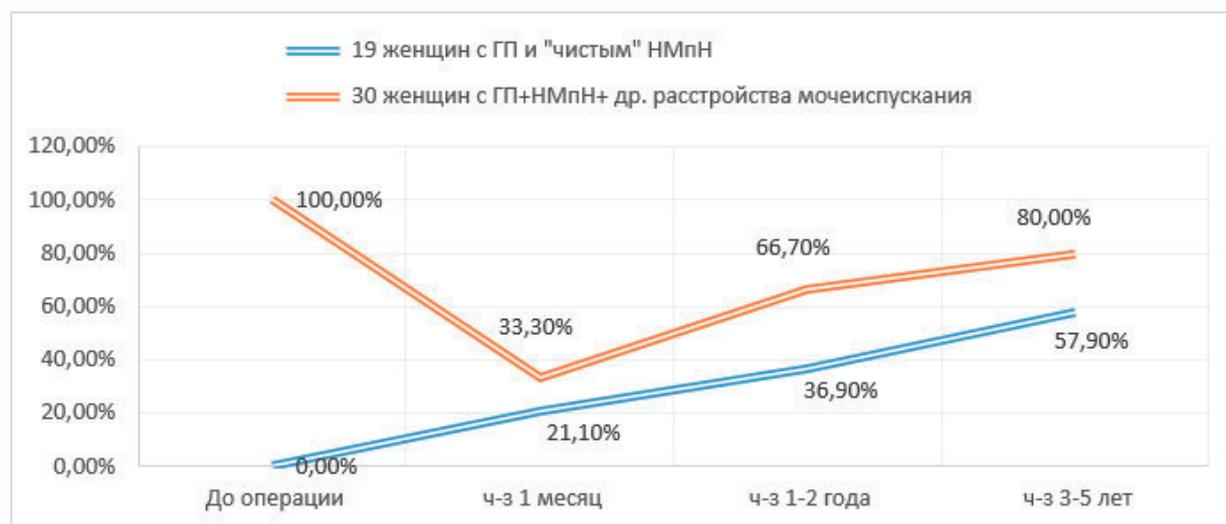
Выполненная симультанная операция	Состояние мочеиспускания после операции		
	Через 1 месяц	Через 1-2 года	Через 3-5 лет
Prolift total + уретропексия по принципу TVT (n=6)	Моч. N – 5 (83,3%); Поллак. Д.п. – 1 (16,7%)	Моч. N – 3 (50,0%); Поллак. – 3 (50,0%)	Моч. N – 3 (50,0%); Поллак – 2 (33,3%); импер. позывы – 1 (16,7%)
Prolift anterior + уретропексия по принципу TVT (n=1)	Моч. N – 1 (100,0%)	Моч. N – 1 (100,0%)	Моч. N – 1 (100,0%)
Prolift posterior + уретропексия по принципу TVT (n=5)	Моч. N – 3 (60,0%); Поллак. Д.п. – 2 (40,0%)	Моч. N – 2 (40,0%); Поллак. – 2 (40,0%); «Сухой» ГАМП – 1 (20,0%)	Моч. N – 2 (40,0%); Поллак. – 2 (40,0%); импер. позывы – 1 (20,0%)
Prolift total + уретропексия по принципу TVT-O (n=4)	Моч. N – 3 (75,0%); Поллак. Д.п. – 1 (25,0%)	Моч. N – 4 (100,0%)	Моч. N – 1 (25,0%); Поллак. – 1 (25,0%); «Сухой» ГАМП – 1 (25,0%); Рецидив НМпН – 1 (25,0%)
Prolift anterior + уретропексия по принципу TVT-O (n=2)	Моч. N – 2 (100,0%)	Моч. N – 1 (50,0%); Поллак. – 1 (50,0%)	Моч. N – 1 (50,0%); Рецидив НМпН – 1 (50,0%)
Prolift posterior + уретропексия по принципу TVT-O (n=1)	Моч. N – 1 (100,0%)	Моч. N – 1 (100,0%)	Поллак. – 1 (100,0%)

\*Моч. N – без нарушений мочеиспускания, Поллак. – поллакиурия, Импер. позывы – императивные позывы; ГАМП – гиперактивный мочевой пузырь; Д.п. – симптом де novo

**Таблица 4.** – Особенности мочеиспускания у 30 женщин, оперированных по поводу ГП с НМпН в сочетании с другими расстройствами мочеиспускания

Диагноз до операции	Выполненная операция	Результат через 1 месяц после операции	Результат через 1-2 года	Результат через 3-5 лет после операции
ГП + НМпН + (императивное НМ – 1, импер. позывы – 4; ноктурия – 1) (n=6)	Prolift total + TVT – 6	Моч. N – 4 (66,7%); Поллак. D.п. – 2 (33,3%)	Моч. N – 2 (33,3%); Поллакиурия – 3 (50,0%); импер. позывы – 1 (16,7±%)	Импер. позывы – 4 (66,7%); Поллак. – 2 (33,3%)
ГП + НМпН + (императивное НМ – 1, Поллак. – 5; импер. позывы – 4) (n=10)	Prolift anterior + TVT – 10	Моч. N – 7 (70,0%); Поллак. – 2 (20,0%); импер. позывы – 1 (10,0%)	Моч. N – 4 (40,0%); «Сухой» ГАМП – 2 (20,0%); импер. позывы – 2 (20,0%); Поллак. – 2 (20,0%)	Моч. N – 3 (30,0%); Рецидив НМпН – 1 (10,0%); Поллак. – 2 (20,0%); импер. позывы – 3 (30,0%); «Мокрый» ГАМП – 1 (10,0%)
ГП + НМпН + (Поллак. – 3, импер. позывы – 1; Ноктурия – 1; императивное НМ – 1) (n=6)	Prolift posterior + TVT – 6	Моч. N – 4 (66,7%); Поллак. – 2 (33,3%)	Моч. N – 3 (50,0%); Поллак. – 3 (50,0%)	Моч. N – 2 (33,3%); «Мокрый» ГАМП – 1 (16,7%); «Сухой» ГАМП – 1 (16,7%); Поллак. – 1 (16,7%); Рецидив НМпН – 1 (16,7%)
ГП + НМпН + (импер. позывы – 2, Поллак. – 2; императивное НМ – 1) (n=5)	Prolift total + TVT-O – 5.	Моч. N – 3 (60,0%); Поллак. – 1 (20,0%); импер. позывы D.п. – 1 (20,0%)	Моч. N – 1 (20,0%); Рецидив НМпН – 1 (20,0%); импер. позывы – 1 (20,0%); Поллак. – 2 (40,0%)	Моч. N – 1 (20,0%); Рецидив НМпН – 1 (20,0%); Поллак. – 1 (20,0%); «Мокрый» ГАМП – 1 (20,0%); импер. позывы – 1 (20,0%)
ГП + НМпН + императивное НМ (n=2)	Prolift anterior + TVT-O – 2	Моч. N – 2 (100,0%)	Поллак. – 2 (100,0%)	Импер. позывы – 1 (50,0%); «Мокрый» ГАМП – 1 (50,0%)
ГП + НМпН + императивное НМ (n=1)	Prolift posterior + TVT-O – 1	Импер. позывы D.п. – 1 (100,0%)	Импер. позывы – 1 (100,0%)	Импер. позывы – 1 (100,0%)

\*Моч. N – без нарушений мочеиспускания; Поллак. – поллакиурия; импер. позывы – императивные позывы; ГАМП – гиперактивный мочевой пузырь; D. п. – симптом de novo



**Рисунок 1.** – Диаграмма динамики расстройств мочеиспускания до и после симультанной хирургической коррекции ГП с "чистым" НМпН у 19 женщин и у 30 женщин до и после симультанной коррекции ГП + НМпН + другие расстройства мочеиспускания

та: отмечается частое развитие рецидивов (7 и 33%) опущения оперированной стенки влагалища и прогрессирование опущения не оперированной стенки отмечается в 60% случаев.

2. По критерию восстановления континенции через 1-2 года и через 3-5 лет после операции лучшие результаты достигнуты в группе жен-

щин, которым была выполнена уретропексия лентой по принципу TVT. В течение 5 лет наблюдения рецидив НМпН после уретропексии по принципу TVT развился у 5,9% оперированных, а после уретропексии по принципу TVT-O – у 26,7%.

3. После симультанной хирургической коррекции ГП и НМпН с увеличением сроков наблюдения отмечается увеличение частоты расстройств мочеиспускания даже при полной ликвидации НМпН. После симультанной коррекции в сроки 3-5 лет после операции ГП и "чистого"

НМпН расстройства мочеиспускания отмечаются у 57,9% оперированных, а после коррекции ГП, осложненного НМпН в сочетании с другими расстройствами мочеиспускания, в сроки 3-5 лет после операции расстройства мочеиспускания отмечаются у 80% оперированных.

### Литература

1. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки в сочетании с недержанием мочи при напряжении / А. И. Ищенко [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 32-36.
2. Transvaginal mesh (TVM) reconstruction with TVT/TOT sling for vaginal prolapse concurrent with stress urinary incontinence / S. Takahashi [et al.] // Aktuelle Urologie. – 2010. – Vol. 41, suppl. 1. – P. 20-23. – doi: 10.1055/s-0029-1224661.
3. Дивакова, Т. С. Проплап внутренних половых органов и стрессовое недержание мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к лечению / Т. С. Дивакова, Е. А. Мицкевич // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – № 5. – С. 21-37.
4. Недержание мочи при напряжении после хирургического лечения пролапса тазовых органов / Н. В. Тупикина [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 2. – С. 82-87.
5. Шульгин, А. С. Хирургическая тактика при пролапсе тазовых органов и стрессовом недержании мочи у женщин / А. С. Шульгин // Урология. – 2014. – № 4. – С. 25-29.
6. Ineffectiveness of associating a suburethral tape to a transobturator mesh for cystocele correction on concomitant stress urinary incontinence / F. Sergent [et al.] // Urology. – 2009. – Vol. 74, № 4. – P. 765-770. – doi: 10.1016/j.urology.2009.05.038.
7. болных с опущением и выпадением матки в сочетании с нederzhaniem mochi pri naprjazhenii. *Akusherstvo i ginekologija* [Obstetrics and Gynecology]. 2000;1:32-36. (Russian).
8. Takahashi S, Obinata D, Sakuma T, Matsui T, Takenobu Y, Igarashi T, Yoshizawa T, Sato K, Mochida J. Transvaginal mesh (TVM) reconstruction with TVT/TOT sling for vaginal prolapse concurrent with stress urinary incontinence. *Aktuelle Urologie*. 2010;41(1):20-23. doi: 10.1055/s-0029-1224661.
9. Divakova TS, Mickevich EA. Prolaps vnutrennih polovih organov i stressovoe nederzhanie mochi u zhenshin: patogenez, klinika, diagnostika, sovremennye podhody k lecheniju. *Reproduktivnoe zdorove v Belarusi* [Reproductive Health in Belarus]. 2009;5:21-37. (Russian).
10. Tupikina NV, Kasyan GR, Gvozdev MYu, Barinova MN, Pushkar DYu. Nederzhanie mochi pri naprjazhenii posle hirurgicheskogo lechenija prolapsa tazovyh organov [Stress incontinence after surgery for pelvic organ prolapse]. *Jeksperimentalnaja i klinicheskaja urologija* [Experimental and Clinical Urology]. 2014;2:82-87. (Russian).
11. Shulgin AS. Hirurgicheskaja taktika pri prolapse tazovyh organov i stressovom nederzhanii mochi u zhenshin [Surgical management of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence in women]. *Urologija* [Urologia]. 2014;4:25-29. (Russian).
12. Sergent F, Gay-Crosier G, Bisson V, Resch B, Verspyck E, Marpeau L. Ineffectiveness of associating a suburethral tape to a transobturator mesh for cystocele correction on concomitant stress urinary incontinence. *Urology*. 2009;74(4):765-770. doi: 10.1016/j.urology.2009.05.038.

### References

1. Ishhenko AI, Chushkov JuV, Slobodjanjuk AI, Samojlov AR, Maljuta LV. Operativnoe lechenie

## RESULTS OF SIMULTANEOUS SURGICAL CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH STRESS URINARY INCONTINENCE

<sup>1</sup>Nechiporenko A. N., <sup>1</sup>Nechiporenko N. A., <sup>2</sup>Strotsky A. V.

<sup>1</sup>Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Educational Institution "Belarussian State Medical University, Minsk, Belarus

*Background.* Surgical treatment of a combination of genital prolapse (GP) and stress urinary incontinence (SUI) may be graded or simultaneous.

*Objective.* To evaluate the results of surgical correction of simultaneous GP and SUI.

*Material and method.* 49 patients with GP and SUI underwent simultaneous operation.

*Results.* The results were evaluated according to the anatomical position of the pelvic organs, restoration of urinary continence mechanism and state of urination after surgery.

*Conclusion.* With the increase in the period of observation the frequency of urination disorders increases.

**Keywords:** genital prolapse, urinary incontinence, results of surgical treatment

Поступила: 24.02.2017

Отрецензирована: 06.03.2017