

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ УРОГИНЕКОЛОГИИ В РОССИИ

«... акушерство-гинекология и женская урология – дочерние клетки общей хирургии, это – близнецы с различным возрастным цензом, генетически, клинически и практически так интимно связаны между собою, что границы между ними зачастую сглаживаются».

А.М. Мажбиц

Мочеполовой аппарат объединяет две системы органов, анатомически и физиологически различных, но имеющих общее эмбриогенетическое происхождение и тесно связанных между собой топографически. Вероятно, поэтому в клинической практике часто наблюдаются сочетанные заболевания как половых, так и мочевых органов. При этом в большинстве случаев первично поражаются органы половой сферы, а затем уже в патологический процесс вовлекается мочевая система. Акушерство является более древней клинической дисциплиной, чем сама медицина. Становление гинекологии как самостоятельной науки относится ко второй половине XIX века, тогда как урологии – к первой половине XX столетия. Возникновение женской урологии интимно связано с акушерством и гинекологией. Гинекологам уже давно принадлежала инициатива в разработке различных ее направлений: лечении пузырных и мочеточниковых свищей, недержания мочи у женщин, вопросах о пересадке мочеточников в кишку, в пузырь и другие органы. На рубеже XIX-XX веков образовалась новая клиническая дисциплина – урогинекология, в сферу интересов которой входила диагностика и лечение заболеваний и повреждений мочевой системы у женщин. Главным стимулом для формирования этой медицинской науки явилось развитие оперативного акушерства и гинекологии. Можно предположить, что именно с внедрением в клиническую практику хирургических методов лечения в акушерстве и гинекологии стали появляться различные, прежде всего травматические, повреждения органов мочевой системы. Еще в начале XX века известный гинеколог Фритц

писал: «Современная гинекология намеренно или ненамеренно, сознательно или бессознательно все более и более разрастается в брюшную хирургию женщины. Она давно перестала ограничиваться только женскими половыми органами. От влагалищно-пузырных свищей гинекологи перешли к заболеваниям пузыря, от пузыря – к мочеточнику, от мочеточника – к почкам и ко всей области урологии. Вполне понятно, что гинеколог, нечаянно причинивший мочеточниковый свищ, сам хочет его исправить». Эти слова актуальны и сегодня.

Становление урогинекологии происходило параллельно с достижениями в области медицинской техники для диагностики и лечения заболеваний мочевой системы. В начале XIX столетия (1806) Vozzini первый предложил оригинальный аппарат для осмотра мочевого пузыря. Через 20 лет Segalas сконструировал специальное зеркало для осмотра уретры – „speculum urethroscicum”, а в 1853 году Desormeaux изобрел уретроскоп. Гинекологи Pawlik и Kelly впервые предложили метод освещения мочевого пузыря, а в 1879 году Nitze разработал цистоскоп, который фактически является прототипом современных цистоскопов. Независимо от зарубежных исследователей в России в начале XX столетия (1903) Д.О. Отт сконструировал женский цистоскоп, который нашел применение как у нас в стране, так и далеко за ее пределами.

Первая монография «Болезни женских грудей и мочевых органов», специально посвященная некоторым заболеваниям уретры и мочевого пузыря у женщин, написана Сканцони в 1854 году (1 издание, в 1859 г. – 2-е). В 1881 году Винкель опубликовал монографию

под названием «Болезни женского мочеиспускательного канала и пузыря». Это были первые печатные издания, посвященные вопросам женской урологии.

Развитие отечественной медицинской науки происходило не только под влиянием достижений и открытий в западной Европе и США. Ее становлению способствовало появление ярчайших представителей российского здравоохранения, имеющих мировую известность.

В России первые дошедшие до наших дней сведения о мочеполовых расстройствах у женщин можно найти у Н.М. Максимова-Амбодика. В его руководстве «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784) имелись указания на тесные анатомические связи между половыми и мочевыми органами у женщин. Н.И. Пирогов, прославивший отечественную науку во многих областях, в 1837 г. одним из первых в мире произвел операцию ушивания мочевого пузыря.

Основные этапы становления и формирования школы отечественных урогинекологов происходила в стенах Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. К.Ф. Славянский, подготовивший блестящую школу гинекологов-хирургов, на страницах ставшей классическим трудом «Оперативной гинекологии» (1888) довольно подробно разобрал ряд вопросов, посвященных заболеваниям мочевой системы у женщин. М.С. Субботин (1899) разработал операцию образования искусственного мочевого пузыря и уретры с жомом из переднего отдела прямой кишки, которая нашла применение в урогинекологической практике.

Приват-доцент кафедры акушерства и гинекологии Императорской Военно-медицинской академии, а впоследствии – директор Повивального института (ныне НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН) Д.О. Отт среди отечественных ученых внес, пожалуй, самый большой вклад в развитие женской уроло-

гии. Он предложил ряд инструментов для распознавания и лечения урогинекологических заболеваний, в том числе осветительное зеркало, которое позволяло осматривать во время операции мочевой пузырь. Д.О. Отт изобрел специальные инструменты для выполнения фистулографии и разработал способ ушивания пузырно-влагалищных свищей, пластику уретры, технику коррекции опущений и выпадений половых органов и др. Д.О. Оттом была сформирована яркая школа хирургов-гинекологов (В.А. Гораиш, А.М. Мажбиц), а его «Оперативная гинекология» (1914) и сегодня является непревзойденным научно-практическим произведением медицины.

Среди представителей московской школы начала XX столетия, несомненно, видное место занимает профессор В.Ф. Снегирев. В его монографии «Маточные кровотечения» (1904) подчеркивалось, что анатомическая близость женских половых органов к мочевому пузырю отражается на функции последнего. Эти положения явились основанием к разработке топографо-анатомических взаимоотношений между половыми и мочевыми органами женщин. Таким образом, был заложен прочный фундамент для формирования урогинекологии.

Один из ярких представителей русской акушерско-гинекологической науки и первый министр здравоохранения России Г.Е. Рейн (1909) писал: «Взгляд, что к ведению гинекологов относятся только половые органы женщин, все же находящееся рядом, над и под ними, не подлежит их компетенции, несомненно ошибочен». И далее: «Если гинекологи возьмут на себя труд изучения мочевой системы женщин и ее лечение, то для них явится возможность лечить не болезнь, а излечить больную, которая не знает, кто ее должен лечить, и, переходя от одного специалиста к другому, не получает благоприятных результатов от их лечения». Поэтому многие аку-

шеры-гинекологи считали, что гинекологическая урология – неотъемлемая составная часть акушерско-гинекологической науки. Еще в 1894 г. Г.Е. Рейн впервые в России разработал и выполнил операцию пересадки мочеточника в прямую кишку у женщины и доложил об этом на XI международном съезде врачей в Риме. В годы его руководства кафедрой акушерства и гинекологии ВМедА в операционной существовал так называемый «скандальный стол», на котором были приготовлены инструменты, необходимые в случаях травм мочевых органов при гинекологических операциях.

О высокой квалификации гинекологов-хирургов этого периода свидетельствуют многие статистические данные и результаты лечения таких больных, дошедшие до наших дней. Между общими хирургами и гинекологами подчас не существовало четких различий. «Нужно, однако, отметить, что в разработке хирургии мочеточника видную роль играют гинекологи и акушеры. Это обстоятельство объясняется тем, что при гинекологических операциях весьма часто приходится, вследствие анатомических соотношений, так или иначе иметь дело с мочеточниками. В связи с этим статистические данные показывают, что наибольшее число ранений мочеточников *sub operatione* приходится на долю гинекологов, которые зачастую бывают привлечены в качестве необходимого добавления к первоначально предпринятой операции производить еще какую-нибудь операцию на мочеточнике: перевязку его; пересадку в кожу, кишку или пузырь. Вот почему хирургия мочеточников в такой же мере интересуется представителями гинекологии, как и представителей других отделов брюшной хирургии», – писал в 1908 году известный врач К.-В.В. Караффа-Корбутт.

Активным сторонником и пропагандистом цистоскопии в практике гинеколога в начале XX столетия стал основоположник

отечественной гинекологической эндокринологии профессор А.А. Редлих (первая цистоскопия у женщины в России выполнена им в 1901). Впоследствии Г.Л. Давыдов в статье «О взаимоотношении между гинекологией и женской урологией» (1925) напишет, что гинеколог должен владеть цистоскопом, как зеркалом Куско.

В одно время с А.А. Редлихом другой яркий представитель отечественной гинекологии, один из пионеров онкогинекологии профессор Д.Д. Попов подчеркивал, насколько серьезны поражения мочевого органов при злокачественных новообразованиях женских внутренних половых органов. Им были разработаны операции на мочеточниках при раке тела и шейки матки.

Надо заметить, что многие пластические операции на дистальных отделах мочеточников (уретроуретероанастомоз, уретероцистоанастомоз, пластика мочеточника с помощью стебля из мочевого пузыря и др.) предложили акушеры-гинекологи, в том числе отечественные. Они разработали ряд урогинекологических операций или впервые их выполнили в нашей стране. Назовем только некоторые из них. А.П. Губарев (1901) впервые выполнил уретероуретероанастомоз инвагинационным методом; Н.М. Волкович (1901) произвел пластическое закрытие сложных пузырно-влагалищных свищей при помощи матки; А.Э. Мандельштам (1932) применил влагалищный способ зашивания билатеральных мочеточниково-влагалищных fistул.

Давно известно, что, приподняв уретру и поддерживая шейку мочевого пузыря кольпейринтером, можно добиться прекращения непроизвольного выделения мочи. В связи с этим следует вспомнить о незаслуженно забытом профессоре Д.И. Ширшове. Д.И. Ширшов в 1912 году предложил фиксировать шейку мочевого пузыря к надкостнице лобковых костей. Его идея получила широкое

распространение и была реализована в операции профессора К.М. Фигурнова (1923), Маршалла-Марчетти-Крантца (1949).

Взяв за основу идею Д.И. Ширшова и выполнив большое число анатомо-топографических исследований, член-корреспондент АМН СССР профессор К.М. Фигурнов разработал и внедрил в клиническую практику операцию – трансвагинальную позадилодную везикопексию, которая получила его имя. Эта операция, строго выполняемая в соответствии с рекомендациями автора в случаях стрессовой инконтиненции, дает и сегодня хорошие результаты при правильном подборе больших. Учеником и последователем К.М. Фигурнова профессором Г.И. Довженко дано анатомическое обоснование оперативного лечения недержания мочи у женщин по способу Марциуса-Фигурнова (1942), суть которого заключалась в подвешивании уретры с помощью мышцы, покрывающей ножку клитора.

В последующие годы на кафедре акушерства и гинекологии ВМедА продолжают исследования, посвященные различным аспектам урогинекологии. Длительной задержке самостоятельного мочеиспускания после операции по поводу относительного недержания мочи была посвящена работа В.П. Баскакова (1959). В 1962 году выходит диссертационная работа В.П. Жеребцова «Оперативное лечение тяжелых степеней недержания мочи у женщин с применением поверхностных мышц промежности», ставшая очередной вехой в развитии оперативных методов этой тяжелой патологии. Одной из первых работ, посвященных объективной оценке ряда физиологических и патофизиологических функций мочеиспускания, стала статья М.Г. Купершляка «О применении цистоманометрии в урологии» (1965).

Огромную роль в становлении отечественной урогинекологии сыграл доцент НИИАГ им. Д.О.

Отта РАМН А.М. Мажбиц, который своими ставшими классическими медицинскими произведениями «Акушерско-гинекологическая урология с атласом» (1936) и «Оперативная урогинекология» (1964) во многом восполнил существующие пробелы в мировой литературе. Прекрасно освоив старое урологическое наследие, он обогатил его рядом собственных исследований и оригинальных предложений, например, новой для того времени классификацией мочеполювых фистул, первым определил физиологические и патологические состояния мочевой системы в различные периоды жизни женщины, предложил фантом для обучения цистоскопии при пролапсе матки, применил цисторадиографию в акушерстве и гинекологии, абдоминально-вагинальное грязелечение при хронических циститах, множество схем, разработал условия, показания и противопоказания к инструментально-оптическому обследованию мочевой системы у женщин.

В ряду видных сторонников развития урогинекологии уже в советское время нельзя не назвать профессоров И.Л. Брауде, В.А. Гораша, Р.В. Кипарского и др., которые в своей повседневной клинической и педагогической деятельности постоянно указывали, что акушеры-гинекологи должны знать урологию. Они считали, что в акушерстве и гинекологии практически нет такого раздела, к которому не была бы причастна урология.

Значительный вклад в развитие урогинекологии в советский период внесли представители московской школы. Видный отечественный клиницист, успешно занимавшийся многими вопросами гинекологической урологии, Д.Н. Атабеков (1876-1964) разработал способы лечения пузырно-влагалищных свищей, применив якорь- и крестообразные разрезы, предложил операции для восстановления функции мочевого пузыря — транспозицию его дна с одновременным укреплением сфин-

ктера. Он разработал комплекс физкультурных упражнений для лечения функционального недержания мочи. Д.Н. Атабеков организовал в 1924 г. в бывшей Стареокатерининской больнице, ныне МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, урогинекологическую клинику и руководил ею несколько десятилетий. Среди многих опубликованных им работ наибольшего внимания заслуживает монография «Очерки по урогинекологии» (1949), выдержавшая 3 издания. В ней изложена дифференциальная диагностика поврежденной мочевой системы и заболеваний смежных органов, широко освещены вопросы оперативного лечения мочеполювых свищей у женщин. За этот труд автор был удостоен Государственной премии СССР.

Инициатором создания специализированной урогинекологической клиники в СССР явился видный акушер-гинеколог Ф.А. Сыроватко, который в 1968 г. при кафедре акушерства и гинекологии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей организовал урогинекологическую клинику на базе ордена Ленина больницы им. С.П. Боткина. С 1968 по 1971 г. этой клиникой заведовал Д.В. Кан, автор «Руководства по акушерской и гинекологической урологии» (1986).

В то же время, несмотря на значительные достижения в развитии гинекологической урологии в первой половине XX века, начиная с 60-х годов в этом направлении работают лишь единичные врачи, в стране практически исчезают специализированные отделения, ухудшается оказание соответствующей помощи. Появилось упрощенное понимание проблемы, отвечающее возникшему на тот период клише: «если больная жалуется на недержание мочи при напряжении и может при осмотре продемонстрировать произвольную утечку мочи при кашле и натуживании – бери ее на операционный стол». Это стало повсеместным положением на стра-

ницах многочисленных учебно-методических пособий, что в конечном итоге привело к серьезным последствиям, с которыми мы, к сожалению, встречаемся на каждом шагу сегодня.

Однако последовательными сторонниками и продолжателями развития урогинекологии в нашей стране являются представители двух московских центров – членкорреспондент РАМН профессор В.И. Краснопольский (МОНИИ-АГ) и профессора О.Б. Лоран и Д.Ю. Пушкарь (МГМСУ), а также центра в Санкт-Петербурге – профессор Г.А. Савицкий.

Базирующиеся на большом клиническом опыте итоги десятилетних исследований были представлены в монографии «Генитальные свищи» (Краснопольский В.И., Буянова С.Н., 1994). Большой вклад в разработку проблем недержания мочи при напряжении, мочеполювых свищей внесли профессор О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь (Москва), Савицкий Г.А. (Санкт-Петербург) – автор монографии «Недержание мочи в связи с напряжением у женщин» (2000).

Итак, трактовка урогинекологии как отдельной ветви клинической медицины в современном ее понимании появилась относительно недавно. Тем не менее на сегодняшний день не вполне понятно, кто же такие урогинекологи, – это урологи, занимающиеся гинекологией, или гинекологи, решающие урологические проблемы у женщин? Однозначного ответа на этот вопрос нет. В настоящее время и урологи, и дерматовенерологи, и хирурги, и ряд других специалистов вторгаются в сферу деятельности гинекологов. Такая «полидисциплинарность» свойственна современному этапу развития медицины в стране в целом, а не только гинекологии. Ведение пациентов с заболеваниями мочеполювых органов различными специалистами не способствует излечению, а, наоборот, наносит вред больным.

Последние десятилетия харак-

теризуются увеличением общей продолжительности жизни во многих развитых странах мира и в первую очередь продолжительности жизни женщин, значительным улучшением качества оказания медицинской помощи и фармакологического обеспечения. Вместе с тем, отмечается значительный рост заболеваемости органов мочеполювой системы, их травматических повреждений, обусловленных хирургическими вмешательствами. Все это требует более пристального внимания и изучения проблем урологической патологии у женщин как вне, так и во время беременности.

Урогинекология привлекает к себе большое внимание исследователей и практических врачей, поскольку число женщин, нуждающихся в специализированном лечении, встает весьма значительным. В амбулатории каждая пятая-шестая гинекологическая больная жалуется на расстройство акта мочеиспускания. На отделениях консервативной или оперативной гинекологии мы также наблюдаем частые осложнения и заболевания мочевой системы. Около 25% гинекологических пациенток имеют только урологическую или сочетанную урогинекологическую патологию.

Акушерская практика, очевидно, имеет даже больше точек соприкосновения с мочевой системой. Уже сама беременность влияет на динамику мочевого тракта, течение и исход ее тоже тесно связаны с урологической сферой. Среди женщин с патологией беременности весьма внушительное количество пациенток имеют заболевания мочевой системы: циститы, пиелиты, цистопиелиты и пиелонефриты. В родах при долгом стоянии головки нередко возникают дистрофические изменения в мочевом пузыре, при оперативном родоразрешении наблюдаются травмы органов мочеполювой системы. Даже нормальный послеродовой период нередко сопровождается ишурией. При развитии послеродовых инфекций

около 20% родильниц страдают одновременно заболеваниями мочевых путей.

Какова официальная статистика заболеваний мочевой системы у женщин? На этот вопрос ответить почти невозможно. В настоящее время, когда значительное число пациенток с инфекционными уретритами наблюдаются у дерматовенерологов, большое количество больных лечится у урологов, не меньшая часть лечится у гинекологов (в случае одновременного заболевания мочевой системы и половой сферы), а также всякого рода шарлатанов от медицины; в то время как опухолевые заболевания и ранения нередко становятся делом хирургов, а онкологические процессы — онкологов и радиологов, не представляется возможным дать хотя бы приблизительные цифры о частоте наблюдающихся изолированных заболеваний мочевой системы у женщин. Тем не менее, по данным официальной статистики за последние 8 лет в России отмечается рост заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди взрослого населения — на 48%, подростков — на 127%. Медицинские и социальные аспекты проблем урогинекологических заболеваний чрезвычайно важны в связи с отрицательным влиянием этой патологии на качество жизни пациенток.

Профессор Д.Ю. Пушкарь (1996) при опросе 3026 здоровых женщин выявил, что симптомы недержания мочи отмечали 1169 респонденток, что составило 38,6%. По данным В.И. Краснопольского и соавт. (1996), оперативного лечения по поводу недержания мочи требуют 30 тысяч пациенток на 1 миллион женского населения. Симптомы недержания мочи, проявляющиеся единичными эпизодами или носящие регулярный характер, выявляются почти у 40% городского женского населения России. Не представляя непосредственной угрозы для жизни и здоровья больной, недержание мочи при напряжении, тем

не менее, оказывает серьезное отрицательное влияние на ее психику, провоцирует производственные проблемы, в тяжелых случаях лишая женщину трудоспособности, часто осложняет семейные отношения.

Стоимость средств диагностики, профилактики и лечения недержания мочи также является важным моментом в оценке актуальности проблемы непроизвольных потерь мочи. J.F. Wуtan (1997), используя в своих подсчетах специально разработанные параметры, определил, что в США при истинной стресс-инконтиненции годовая стоимость только прокладок по ценам 1996 года составляет до 103 USD (в среднем 37 USD) на одну больную, а при смешанном типе недержания — до 191 USD (в среднем 138 USD). По данным других авторов, в США в год при расчете затрат, связанных как непосредственно с пациентами, так и с различными службами диагностики, лечения и ухода, на одного человека приходится 27 USD, а во Франции — 17,5 USD (Ph. Balanger, 1995; A. Sii et al., 1993). По данным С. Klutke (2001), в США на решение проблем инконтиненции тратится более 26 млрд долларов в год. Таким образом, только на основании данных распространенности заболевания и стоимости его лечения можно совершенно обоснованно считать проблему недержания мочи весьма актуальной для современной медицины.

Высокий процент развития недержания мочи отчетливо контрастирует с малым числом пациенток, получающих адекватное лечение. Только от 1/4 до 1/3 женщин с недержанием в США и Европе обращаются за помощью к врачу. По данным G. Harrison и D. Metel (1994), проблемы с недержанием есть у 35% женщин, но только 12,8% из них консультировались с врачом; те из них, кто отмечает недержание ежедневно, посещают врача только в 54% случаев.

Современные обзоры свиде-

тельствуют, что недержание мочи является преобладающей хронической болезнью, опережающей другие заболевания, включая бронхиальную астму, ишемическую болезнь сердца, язву желудка и 12-перстной кишки. Материалы X и XI ежегодных конгрессов урологов Германии (Kassell, 1998; Dresden, 1999) демонстрируют, что в этой стране около 5 млн. жителей страдают данным недугом. Ch.K. Raune (1998) приводит данные о 13 млн американцев, подверженных недержанию мочи. Письменный опрос среди 22430 жительниц Лондона позволил T.M. Thomas и соавт. (1980) обнаружить у 50% женщин старше 45 лет периодически возникающие проблемы с недержанием мочи, причем более 10% отметили тяжелые формы.

В последние годы обострение проблем урогинекологической патологии связано с ростом социально значимых сексуально-трансмиссионных заболеваний (СТЗ). Так, уровень заболеваемости сифилисом в 1999 году по сравнению с 1998 годом увеличился более чем в 43 раза и составил 186,7 на 100000 населения, при этом более 50% в структуре заболеваемости составили женщины. Остается высоким уровень заболеваемости гонореей, урогенитальным трихомонозом, хламидиозом, кандидозом, герпесом. СТЗ часто являются причиной различных нарушений мочеполовой системы и репродуктивной функции женщины — бесплодия, невынашивания беременности и т.д.

Удельный вес женщин в возрасте старше 50 лет составляет в некоторых регионах России более 40%. В перспективе до 2005 года эта цифра увеличится до 60%. С увеличением продолжительности жизни особое медико-социальное значение приобретают различные аспекты, которые определяют качество жизни женщин этого возраста. К их числу относятся прежде всего недержание мочи и так называемые болезни эстрогенного дефицита — нейро-

вегетативные проявления климактерического синдрома, урогенитальные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы, остеопороз. Установлено, что каждая вторая женщина старше 60 лет имеет урогинекологические нарушения.

Медицинские и социальные аспекты этих проблем чрезвычайно актуальны. К сожалению, диагностические и лечебные возможности даже крупных медицинских учреждений и центров ограничены из-за отсутствия прежде всего хорошо подготовленных кадров и необходимой аппаратуры для уродинамических исследований, что нередко приводит к попыткам хирургического лечения больных с императивными расстройствами мочеиспускания. Разные взгляды урологов и гинекологов на диагностические и лечебные подходы к ряду патологических состояний, недооценка патофизиологической роли эстрогенного дефицита, недостаточно изученные причины развития пролапса гениталий и недержания мочи, взаимосвязь и взаимовлияние этих патологических состояний во многом усложняют возможность лечения больных. Необходимо подчеркнуть, что роль эстрогенного дефицита в патофизиологии системных нарушений при таких состояниях не всегда учитывается в должной степени, что отражается на эффективности лечебных мероприятий. Указанные обстоятельства диктуют необходимость распространения соответствующей информации и специальных знаний среди врачей различного профиля, соприкасающихся с проблемой урогинекологии.

Подводя итог краткому экскурсу исторического развития и современного состояния гинекологической урологии в стране, следует признать, что мочеполовые расстройства у женщин – это чрезвычайно серьезная медицинская и социальная проблема. Ее решение во многом будет зависеть от умения распознавать и лечить эти болезни прежде всего

гинекологами, от тесного сотрудничества гинекологов и урологов, от создания специализированных лечебных и реабилитационных центров и их материального оснащения.

Литература

1. Атабеков Д.Н. Мочевые дефекты и свищи у женщин и оперативное их лечение. М., 1925. – 71 с.
2. Атабеков Д.Н. Очерки по урогинекологии. Изд. 3-е, испр. и доп. – М., Медгиз, 1963.
3. Винкель Ф.В. Болезни женских мочеиспускательного канала и пузыря. СПб., – 1876. – 221 с.
4. Волкович Н.М. Способ пластического закрытия тяжелых пузырно-влагалищных свищей при помощи матки. СПб., Губ. тип., 1901. – 10 с. Отд. отт. из Журн. акушерства и женских болезней, 1901. – Т. 15. – Июль и август.
5. Губарев А.П. и др. Хирургия мочевых и половых органов. М.-Л., 1931.
6. Довженко Г.И. Анатомические обоснования оперативного лечения тяжелых степеней недержания мочи у женщин по способу Марциус-Фигурнова: Дисс. ... канд. мед. наук. Ленинград – Самарканд, 1942. – 312 с.
7. Жеребцов В.П. Оперативное лечение тяжелых степеней недержания мочи у женщин с применением поверхностных мышц промежностей: Дисс. ... канд. мед. наук. Л., – 1961. – 291 л.
8. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – М.: Медицина, 1986.
9. Караф-Корбутт К.В. Значение мочеточников в этиологии почечных заболеваний (гидронефрозов, пионефрозов, пиэлитов). Экспериментально-клиническое исследование. СПб., 1908. – 365 с.
10. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. – М. – 1994.
11. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Попов А.А. Хирургическая коррекция недержания мочи при напряжении // Акушерство и гинекология. – 1996. – № 5. – С. 14-17.
12. Купершляк М.Г. Клиника и лечение огнестрельных ранений мочевого пузыря. (По материалам эвакогоспиталя глубокого тыла): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Челябинск. – 1953.
13. Максимович-Амбодик Н.М. Искусство повивания или наука о бабичьем деле. СПб. – 1784-1786.
14. Мандельштам А.Э. Семiotика и диагностика женских болезней. Руководство для врачей. Изд. 2-е, стереотип. и доп. Л.: Медицина, Ленингр. отд-е, 1964. – 784 с.
15. Мажбиц А.М. Акушерско-гинекологическая урология с атласом. Л. – 1936. – 646 с.
16. Мажбиц А.М. Оперативная урогинекология. – Л.: Медицина, 1964.
17. Отт Д.О. О непосредственном освещении брюшной полости, пузыря, толстой кишки и матки для целей диагностики и оперативных. СПб. – 1903. – 24 с.
18. Отт Д.О. Новый оперативный способ зашивания кишечновлагалищных свищей. СПб. – 1908. – 7 с.
19. Отт Д.О. Оперативная гинекология. – С-Пб. – 1914.
20. Попов Д.Д. О пересадке мочеточников в прямую кишку. СПб. – 1910. – 21 с.
21. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М. – 1996.
22. Редлих А.А. Цистоскопия и зондирование мочеточников, как метода исследования в гинекологии. СПб. – 1906. – 43 с.
23. Рейн Г.Е. Речь, произнесенная при торжестве освящения надстройки здания акушерской клиники в Киеве 7 ноября 1893 года. СПб. – 1894. – 22 с.
24. Сканцони Ф.В. Руководство к частной патологии и терапии женских болезней. СПб., – 1858. – 440 с.
25. Славянский К.Ф. Частная патология и терапия женских болезней. СПб. – 1888.
26. Снегирев В.Ф. Маточные

кровотечения. Их этиология, диагностика, терапия, с изложением метода исследования женских половых органов. М. – 1884. – 683 с.

27. Субботин М.С. Руководство к общей хирургии. СПб. – 1902.

28. Сыроватко Ф.А. Историческое развитие акушерства и гинекологии. Эмбриогенез. Анатомия и физиология женских половых органов. Гигиена женщины. Л. – 1961.

29. Фигурнов К.М. Об анатомических основаниях рациональной операции при недержании мочи у женщин: Дисс. ... д-ра мед. наук. Петроград. – 1923. – 333 с.

30. Фритч Г. Женские болезни. Пер. с нем. д-ра В.Ф. Зибольда. СПб., изд. журн. «Практич. мед.», – 1903. – 568 с.

31. Alloussi S., Schonberger B., Murtz G., Schubert G. Die Behandlung der Urge-Inkontinenz und Urgency mit Propiverin unter Praxisbedingungen // II Deutscher Kongress der GfH – Dresden. 1999. – S. 13-14.

32. Ballanger Ph., Rischmann P. Female urinary incontinence // Eur.Urol. – 1999. – V.36. – P. 165-174.

33. Bettin S., Tunn R., Fischer W. Transvaginale Prolenebandinsertion (TVT-Plastick) bei Harninkontinenz altersentsprechende Indikationen, Ergebnisse // II. Deut.Kongr. der GfH. – Dresden, 1999. – S. 40.

34. Desormeaux A.J. De l'endoskopi et de ses applications au diagnostik et au traitement des affections de l'urethre et de la vessie. Paris, 1865.

35. Kelly H.A. Operative gynecology. London, 1898.

36. Kelly H.A., Dunn W. Urinary incontinence in without manifest injury to the bladder // Surg. Gynecol. Obstet. – 1914. – V.18. – P. 444.

37. Marschall V.F., Marcherri A.A., Krantz K.E. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension // Surg.Gynecol. Obstet. – 1949. – V.88. – P. 509-518.

38. Nitze M. Lehrbuch der Cystoskopie. Ihre Technik und

klinische Bedeutung. Wiesbaden, 1889.

39. Payne Ch.K. Epidemiology, pathophysiology and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder // Urology. – 1998. – V.51. – N 2 A. – P. 3-10.

40. Thomas T.M., Plymat K.R., Blannin J., Meade T.W. Prevalence of urinary incontinence // Br. Med. J. – 1980. – V.281. – P. 1243-1245.