

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

ТОМ XLIX

1 СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

Российская научно-практическая конференция
ассоциации акушеров-гинекологов
и научного общества урологов

“СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ”

4 — 6 октября 2000 г.
Санкт-Петербург



2000

МИНИСТЕРСТВО
ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ

ПРОГРАММА

*Российской научно-практической конференции
ассоциации акушеров-гинекологов
и научного общества урологов*

“СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ”

4-6 октября 2000 года

Санкт-Петербург, 2000



ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

*Научно-практический
журнал, основан в 1887 году
в Санкт-Петербурге.
Вновь учрежден в 1997 году.*

Учредители журнала:
Северо-Западное отделение
Российской академии
медицинских наук;
Санкт-Петербургская
ассоциация
акушеров-гинекологов,
НИИ АГ
им. Д. О. Отта РАМН;
Военно-Медицинская академия
МО РФ;
ООО «Нева-Люкс»

ТОМ XLIX
1 СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
Санкт-Петербург
2000



ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

академик РАМН з.д.н. РФ профессор
Э. К. АЙЛАМАЗЯН (главный редактор)
профессор
Е. Ф. КИРА
(первый заместитель главного редактора)
профессор
М. А. РЕПИНА (заместитель редактора)
профессор
Ю. В. ЦВЕЛЕВ (заместитель редактора)
к.м.н.
В. Ф. БЕЖЕНАРЬ (ответственный секретарь)
д.м.н.
В. М. БОБКОВ (ответственный секретарь)
профессор
В. П. БАСКАКОВ
профессор
Т. В. БЕЛЯЕВА
профессор
Ю. А. ГУРКИН
профессор
И. И. ЕВСЮКОВА
чл.-кор. РАМН профессор
В. И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ
з.д.н. РФ профессор
В. В. ПОТИН
академик РАМН профессор
Г. М. САВЕЛЬЕВА
профессор
Г. А. САВИЦКИЙ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Абрамченко В. В. (Петербург)
Аржанова О. Н. (Петербург)
Константинова Н. Н. (Петербург)
Костючек Д. Ф. (Петербург)
Михайлов А. В. (Петербург)
Ниаури Д. А. (Петербург)
Новиков Б. Н. (Петербург)
Омельянюк Е. В. (Петербург)
Павлова Н. Г. (Петербург)
Савичева А. М. (Петербург)
Сельков С. А. (Петербург)
Серов В. Н. (Москва)
Сивочалова О. В. (Москва)
Сметник В. П. (Москва)
Суслопаров Л. А. (Петербург)
Ярославский В. К. (Петербург)

РЕДАКЦИЯ:

Корректор **Л. В. Ворченко**
Отдел рекламы и распространения
М. В. Бурова
(812) 184 9750, 184 9751

АДРЕСА РЕДАКЦИИ

199034, С.-Петербург, Менделеевская лин., В.О., 3
198904, С.-Петербург, ул. Клиническая, 4

Контактные телефоны:

редактор: (812) 328-1402, 329-7144

E-mail: mma@kira.spb.ru

<http://www.jowd.sp.ru>

ответственный секретарь (812) 542-1195,
328-9828, 328-9892

факс (812) 329-7145, 328-2361

Журнал зарегистрирован

Государственным комитетом РФ по печати
№016387 от 21 июля 1997 г.

Полное или частичное воспроизведение материалов,
содержащихся в настоящем издании, допускается с
письменного разрешения редакции. Ссылка на

ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
обязательна.

Индекс издания

по каталогу "Роспечать" 38497

ООО "Нева Люкс"

Лицензия ЛП № 000167 от 14 мая 1999 г.

ЖУРНАЛЬ
© АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

**Оргкомитет Российской научно-практической конференции
“Современные проблемы урогинекологии”,
Санкт-Петербург, 4-6 октября 2000 г.**

ПРЕЗИДЕНТ КОНФЕРЕНЦИИ

Шевченко Юрий Леонидович

Академик РАМН, профессор, Министр здравоохранения РФ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ

Шарапова Ольга Викторовна

Профессор, заместитель министра здравоохранения РФ

Кулаков Владимир Иванович

Академик РАМН, профессор, директор Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Краснопольский Владислав Иванович

Член-корр. РАМН, профессор, директор Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии МЗ РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

Серов Владимир Николаевич

Академик РАМН, профессор, Президент Российской ассоциации акушеров-гинекологов, заместитель директора по научной работе Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Новиков Василий Семенович

Профессор, заместитель начальника Военно-медицинской академии по учебной и научной работе

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА

Айламазян Эдуард Карпович

Академик РАМН, профессор, директор Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта, заместитель председателя Межведомственного научного совета по акушерству и гинекологии РАМН

Буянова Светлана Николаевна

Профессор, заведующая гинекологическим отделением Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии МЗ РФ

Гаврилова Лариса Владимировна

К.м.н., заместитель начальника Управления охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения РФ

Кира Евгений Федорович

Профессор, начальник кафедры акушерства и гинекологии им. акад. А.Я.Красовского Военно-медицинской академии, Главный гинеколог Министерства обороны РФ

Корсунский Анатолий Александрович

Д.м.н., начальник Управления медицинских проблем материнства и детства МЗ РФ

Лоран Олег Борисович

Профессор, заведующий кафедрой урологии МГМСУ, Главный уролог МЗ РФ

Петров Сергей Борисович

Профессор, начальник кафедры урологии Военно-медицинской академии, Главный уролог Министерства Обороны Российской Федерации

Пушкарь Дмитрий Юрьевич

Профессор кафедры урологии МГМСУ

Савельева Галина Михайловна

Академик РАМН, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского Государственного медицинского университета, заместитель председателя Межведомственного научного совета по акушерству и гинекологии РАМН

Сметник Вера Петровна

Профессор, заведующая отделением гинекологической эндокринологии Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Федорова Маина Владимировна

Профессор, заместитель директора по научной работе Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии МЗ РФ

Шаповаленко Станислав Александрович

К.м.н., секретарь Российской ассоциации акушеров-гинекологов

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

4 октября 2000 года, среда

РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ

8.30 - 9.50

10.00

ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ

научно-практической конференции Российской ассоциации акушеров-гинекологов
и общества урологов

“Современные проблемы урогинекологии”

Приветственное слово:

Министр здравоохранения Российской Федерации академик РАМН **Шевченко Ю.Л.**

Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации профессор **Шарапова О.В.**

Заместитель начальника Военно-медицинской академии профессор **Новиков В.С.**

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

ПРЕЗИДИУМ

Айламазян Э.К.	Академик РАМН, профессор
Буянова С.Н.	Профессор
Кира Е.Ф.	Профессор
Краснопольский В.И.	Член-корр. РАМН, профессор
Кулаков В.И.	Академик РАМН, профессор
Лоран О.Б.	Профессор
Новиков В.С.	Профессор
Пушкарь Д.Ю.	Профессор
Савельева Г.М.	Академик РАМН, профессор
Серов В.Н.	Академик РАМН, профессор
Шарапова О.В.	Профессор
Шевченко Ю.Л.	Академик РАМН, профессор

Доклады

“Этапы становления и пути развития урогинекологии в России”
Профессор Кира Е.Ф. (Санкт-Петербург)

“Современное состояние и перспективы совершенствования оперативной урогинекологии”
Член-корреспондент РАМН профессор Краснопольский В.И. (Москва)

“Современные методы диагностики и лечения недержания мочи у женщин”
Профессор Пушкарь Д.Ю. (Москва)

“Инфекции органов мочеполовой системы в акушерстве и гинекологии”
Доктор мед. наук Савичева А.М. (Санкт-Петербург)

“Травмы и ранения органов мочевыделительной системы в акушерско-гинекологической практике”
Профессор Петров С.Б. (Санкт-Петербург)

“Сложные и редкие проблемы урогинекологии”
Профессор Лоран О.Б. (Москва)

Перерыв с 13 до 14 часов

Первое секционное заседание

(14.00 – 17.00)

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ОПЕРАТИВНОЙ УРОГИНЕКОЛОГИИ**

Председатели:

- Академик РАМН Айламазян Э.К.
- Член-корр. РАМН Краснопольский В.И.
- Профессор Кира Е.Ф.
- Профессор Лоран О.Б.
- Профессор Петров С.Б.

14.00 – 14.10	Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Годунов Б.Н. МГМСУ, Москва, Россия	СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН И ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕХАНИЗМА УДЕРЖАНИЯ МОЧИ
14.10 – 14.20	Новиков Е.И., Дячук А.В., Битюков Н.Н., Сорока И.В. ВМедА, НИИ СП им.И.И.Джанелидзе, ЦМСЧ № 122, С.-Петербург, Россия	ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ДИСЛОКАЦИИ НЕИЗМЕНЕННОЙ УРЕТРЫ И ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
14.20 – 14.30	Гумин Л. М. Дьяков В. В. Гвоздев М. Ю. МГМСУ, Москва, Россия	ТРАНСПОЗИЦИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
14.30 – 14.40	Петрова В.Д., Буянова С.Н., Шагинян Г.Г., Кашина Е.А., Балашов В.И. МОНИИАГ, Москва, Россия	ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
14.40 – 14.50	Айламазян Э.К., Аль-Шукри С.Х., Коршунов М.Ю., Кузьмин И.В., Семенова Е.Д. СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова, Клинический Центр передовых медицинских технологий, С.-Петербург, Россия	ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ БЁРЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
14.50 – 15.00	Россихин В.В., Переверзев А.С. МАПО, Харьков, Украина	ОПТИМИЗАЦИЯ УРЕТРО-АБДОМИНАЛЬНОЙ СЛИНГОВОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН
15.00 – 15.10	Попов А.А., Горский С.Л., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Петрова В.Д., Чечнева М.А. МОНИИАГ, Москва, Россия	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
15.10 – 15.20	Пушкарь Д.Ю., Амизель Ж. МГМСУ, Москва, Россия	СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОРОТКОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА У БОЛЬНЫХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ
15.20 – 15.30	Абашин В.Г. ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, Москва, Россия	ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПРОДОЛЖЕННОМ РОСТЕ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
15.30 – 15.45		ДИСКУССИЯ

15.45 – 16.45 Сателлитный симпозиум фирмы Гедеон Рихтер

15.45 - 16.45

**САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ ГЕНЕРАЛЬНОГО СПОНСОРА
КОМПАНИИ ГЕДЕОН РИХТЕР**

“Клион в клинической практике”

Председатели:

- Профессор Кира Е.Ф.
- Д.м.н. Савичева А.М.

“Препараты группы 5-нитроимидазола в акушерско-гинекологической практике”

Профессор Кира Е.Ф.

“Возможности и перспективы применения Клиона в гинекологии”

Профессор Кустаров В.Н.

“Антибактериальная химиотерапия Клионом в акушерстве”

Канд. мед. наук Берлев И.В.

“Применение Клиона в урологической клинике”

Док. мед. наук доцент Бабкин А.П.

“Место Клиона при лечении ИППП”

Доцент Мирзабалаева А.К.

Перерыв

16.45 – 17.00

Праздничный концерт

17.00 – 18.00

Дружеский фуршет

18.00 – 19.30

Второй день
5 октября 2000 г, четверг

Второе секционное заседание

(10.00 – 13.00)

**НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ,
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Председатели:

- Профессор Пушкарь Д.Ю.
- Профессор Буянова С.Н.
- Профессор Аль-Шукри С.Х.
- Профессор Савицкий Г.А.

10.00 – 10.30	Буянова С.Н., Петрова В.Д., Титченко Л.И., Чечнева М.А., Попов А.А., Рижинашвили И.Д. МОНИИАГ, Москва, Россия	МОЧЕВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ. (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)
10.30 – 10.40	Чечнева М.А., Краснопольский В.И., Титченко Л.И. МОНИИАГ, Москва, Россия	ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
10.40 – 10.50	Аль-Шукри С.Х., Айламазян Э.К., Кузьмин И.В., Амдий Р.Э., Коршунов М.Ю., Кононов П.А. СПбГМУ им. Акад. И.П.Павлова, С.-Петербург, Россия	РОЛЬ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ
10.50 – 11.00	Александров В.П., Кузин Г.Г., Куренков А.В., Скрыбин Г.Н. МАПО, С.-Петербург, Россия	УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН
11.00 – 11.10	Мазо Е.Б., Касаткина Л.Ф., Кривобородов Г.Г., Школьников М.Е. РГМУ, НИИ общей патологии и патофизиологии РАМП, Москва, Россия	ИГОЛЬЧАТАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ НЕЙРО-МЫШЕЧНОГО СОСТОЯНИЯ СФИНКТЕРОВ УРЕТРЫ И АНУСА ПРИ СТРЕССОВОМ И УРГЕНТНОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН
11.10 – 11.20	Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН, С.-Петербург, Россия	СИМПТОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ МЕХАНИЗМА УДЕРЖАНИЯ МОЧИ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ
11.20 – 11.30	Тевлин К.П., Пушкарь Д.Ю., Шамов Д.А. МГМСУ, Москва, Россия	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ (НМПН)
11.30 – 11.40	Переверзев А.С. Медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина	ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
11.40 – 11.50	Александров В.П., Куренков А.В., Учваткин Г.В. МАПО, С.-Петербург, Россия	РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
11.50 – 13.00	Семинар “TVT – новый метод оперативного лечения недержания мочи у женщин”	

11.50 - 13.00

СЕМИНАР

“TVT – новый метод оперативного лечения недержания мочи у женщин”

Председатели:

- Профессор Лоран О.Б.
- Профессор Кира Е.Ф.

**“РОЛЬ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ”**

Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П., Щавелева О.Б. МГМСУ, Москва, Россия

“РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА TVT В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ”

Попов А.А. МОНИИАГ, Москва, Россия

**“СВОБОДНАЯ СИНТЕТИЧЕСКАЯ ПЕТЛЯ (TVT) В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН”**

Пушкарь Д.Ю., Шамов Д.А., Гумин Л.М. МГМСУ, Москва, Россия

ВИДЕОПРЕЗЕНТАЦИЯ

Презентация представителя компании Джонсон и Джонсон.

Перерыв

13.00 – 14.00

Третье секционное заседание

(14.00 – 15.10)

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Председатели:

- Профессор Балан В.Е.
- Профессор Репина М.А.
- Профессор Сметник В.П.
- Профессор Цвелев Ю.В.

14.00 – 14.15	Балан В.Е. НЦАГиП РАМН, Москва, Россия	ВЗГЛЯД ГИНЕКОЛОГА-ЭНДОКРИНОЛОГА НА НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ
14.15 – 14.25	Гаджиева З.К., Балан В.Е., Аляев Ю.Г. ММА им. И.М.Сеченова и НЦАГиП РАМН, Москва, Россия	РОЛЬ ЗГТ В ЛЕЧЕНИИ ДИЗУРИИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ
14.25 – 14.35	Муравьева В.В., Есефидзе Ж.Т., Ан кирская А.С., Балан В.Е. НЦАГиП РАМН, Москва, Россия.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ (ЗГТ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МИКРОЭКОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.
14.35 – 14.45	Кулавский В.А. Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа, Россия	УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
14.45 – 14.55	Звычайный М.А., Коновалов В.И., Воронцова А.В., Горленко А.В., Пристоленко С.Ю., Пристоленко Л.Н. УГМА, Екатеринбург, Россия	ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЯ

14.55 – 15.05	Гаджиева З.К., Аляев Ю.Г., Балан В.Е. ММА им. И.М.Сеченова и НЦАГиП РАМН, Москва, Россия	СОСТОЯНИЕ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ
15.05 – 15.15	Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Бескровный С.В., Беженарь В.Ф., Карпищенко Ж.М. ВМедА, С.-Петербург, Россия	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
15.15 – 15.25	Есефидзе Ж.Т., Балан В.Е. НЦАГиП РАМН Москва, Россия	ВЛИЯНИЕ ОВЕСТИНА НА СЕКСУАЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
10.40 – 10.50	ДИСКУССИЯ	

Четвертое секционное заседание
(15.40 – 17.30)

ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Председатели:

- Член-корр. РАМН Краснопольский В.И.
- Профессор Буянова С.Н.
- Профессор Переверзев А.С.
- Профессор Кира Е.Ф.
- Профессор Кукушкин А.В.

15.40 – 15.55	Краснопольский В.И., Буянова С.Н. МОНИИАГ, Москва, Россия	ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ – МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА
15.55 – 16.10	Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Годунов Б.Н. МГМСУ, Москва, Россия	СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ
16.10 – 16.20	Переверзев А.С., Росихин В.В., Кешишян А.А., Ващенко З.В. МАПО, Харьков, Украина	30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО- ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ
16.20 – 16.30	Медведев В.Л., Костюков С.И. ОМЛДЦ, Ростов-на-Дону, Россия	ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ
16.30 – 16.40	Семенюк А.А. ЦМСЧ №122, С-Петербург, Россия	ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
16.40 – 16.50	Чернышев В.В., Авдошина Н.Ф. Сорокин СВ. ЦКБ СОРАН Новосибирск	ТАХОКОМБ “НИКОМЕД” В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПУЗЫРНО- ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ
16.50 – 17.00	Карпенко В.С., Стаховский Э.А., Вукалович П.С., Романюк И.П. Институт урологии и нефрологии АМН Киев, Украина	ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАЛЛЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ
17.00 – 17.15	ДИСКУССИЯ	

Третий день
6 октября 2000 г., пятница

Пятое секционное заседание
(10.00-13.00)

**ТРАВМЫ И РАНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ
В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Председатели:

- Профессор Петров С.Б.
- Профессор Цвелев Ю.В.
- Профессор Пушкарь Д.Ю.
- Док.мед.наук Новиков Е.И.

10.00 – 10.10	Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М., Годунов Б.Н. МГМСУ, Москва, Россия	ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКОВ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
10.10 - 10.20	Багненко С.Ф., Сорока И.В., Новиков Е.И., Шанава Г.Ш. НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе, С.-Петербург, Россия	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
10.20 - 10.30	Лоран О.Б. Пушкарь Д.Ю. Годунов Б.Н., Гумин Л.М. МГМСУ, Москва, Россия	ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ
10.30 - 10.40	Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Семенюк А.А. ВМедА, ЦМСЧ №122, С.-Петербург, Россия	ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
10.40 - 10.50	Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н. Гродненский государственный медицинский университет; Гродненская больница скорой помощи, Гродно, Белоруссия	ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА У ЖЕНЩИН, ВЫЯВЛЕННЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
10.50 – 11.00	Сергеев А.П., Глебова Н.Н., Трубина Т.Б. Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия	ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА ТРАВМАТИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ
11.00 – 11.30	ДИСКУССИЯ	

**Фиксированные выступления в рамках
шестого секционного заседания
«ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»**

“Вопросы диагностики и терапии наиболее часто
встречающихся инфекций нижних отделов гениталий”

Кандидат мед. наук доцент Сафронова М.В.

“Монурал – новые подходы к лечению инфекций
мочевыводящих путей”

Митрофанова Е.В.

“Применение вильпрафена в акушерской практике”

Кандидат мед. наук Берлев И.В.

**Шестое секционное заседание
(11.30-16.00)**

**ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Председатели:

- Профессор Басаков В.П.
- Д.м.н. Савичева А.М.
- Профессор Кира Е.Ф.
- Профессор Кулавский В.А.

11.30 – 11.40	Савичева А.М., Селимян Н.К. НИИАГ им. Д. О. Отта РАМН, С.-Петербург, Россия	ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УРЕТРИТОВ У ЖЕНЩИН
11.40 – 11.50	Корсунская И.Л., Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П. МГМСУ, Москва, Россия	ЭНДОВЕЗИКАЛЬНЫЙ ИОНОФОРЕЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ
11.50 – 12.00	Бабкин П.А. ВМедА, С.-Петербург, Россия	ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
12.00 – 12.10	Берлев И.В., Кочеровец В.И., Кира Е.Ф. ВМедА, С.-Петербург, Россия	ФАРМЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭУБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ
12.10 – 12.20	Донсков В.В., Ананьев Н.В. СПГПМА, С.-Петербург, Россия	ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК
12.20 – 12.40	Кулавский В.А., Насырова С.Ф. Башкирский государственный медицинский университет ИПО, Уфа, Россия	РОЛЬ ЗППП В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН
12.40 – 12.50	Ленцнер А. А., Ленцнер Х. П. Тартуский Университет, Тарту, Эстония	ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОБИОТИКОВ ИЗ ЛАКТОБАЦИЛЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
12.50 – 13.00	Ярославский В.К. СПбГПМА, С.-Петербург, Россия	СОЧЕТАННАЯ МОЧЕПОЛОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕВОЧЕК ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА
13.00 – 13.10	Прилепская В.Н., Быковская О.В. НЦАГ и П РАМН, Москва, Россия	РОЛЬ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ЦЕРВИЦИТА
13.10 – 13.20	Мирзабалаева А.К. НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина МАПО, С.-Петербург, Россия	КАНДИДОЗ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН- ПОДХОДЫ К СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
13.20 – 13.30	Семенюк А.А., Басаков В.П. ЦМСЧ-122, С.-Петербург	ВОСХОДЯЩИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
13.30 – 13.40	Ярославский В.П., Россихин В.В. ХМАПО, Харьков, Украина	КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С УРЕТРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ И ЕГО АССОЦИАЦИЯМИ
13.40 – 13.50	Бабаджанова Г.С., Туляганов Т.Э. 2-й ТашГосМИ, Ташкент, Республика Узбекистан	НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ, ХЛАМИДИЙНЫХ И УРЕАПЛАЗМЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ
13.50 – 16.00	ДИСКУССИЯ	

**Перерыв
16.00 – 15.00**

**УРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Председатели:

- Профессор Репина М.А.
- Профессор Цвелев Ю.В.
- Профессор Абрамченко В.В.
- Доктор мед. наук Долгов Г.В.

15.00 – 15.10	Аскина Л.Р., Трубина Т.Б. Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия	МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ И ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ
15.10 – 15.20	Брагина Л.Б. ИГМА, Иваново, Россия	ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
15.20 – 15.30	Ветров В.В. СПбГМА им. И.И. Мечникова, С.-Петербург, Россия	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ЛАЗЕРНОГО ОБРУЧЕНИЯ КРОВИ
15.30 – 15.40	Гриценко В.А., Данилова М.Ф., Сапрыкин В.Б., Балдина П.Н., Первушина Л.А. Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, ОГМА, Оренбург, Россия	ВИДОВОЙ СОСТАВ И ПЕРСИСТЕНТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УРОМИКРОФЛОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ
15.40 – 15.50	Кулавский В.А., Кулавский Е.В. Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа, Россия	РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДОСРОЧНОМ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.
15.50 – 16.00	Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н. Гродненский государственный медицинский университет, Гродненская больница скорой помощи, Гродно, Беларусь	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ
16.00 – 16.10	Олійник Н.Н., Шманько В.В., Маланчин И.Н., Хлибовская О.И., Гаврищак А.Б. Тернопольская государственная медицинская академия, Тернополь, Украина	КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ, ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ, ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ
16.10 – 16.20	Трубин В.Б. Каширина Л.Н. Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия	ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ АБОРТАХ ВО II ТРИМЕСТРЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛАТЕНТНО ПРОТЕКАЮЩИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ
16.20 – 16.30	ДИСКУССИЯ	

Стендовые сообщения

4 октября 2000 г. (10.00 – 14.00)

Абашин В.Г., Сергиенко Н.Ф., Девятов А.С. ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, Москва, Россия	СПОСОБ ФИКСАЦИИ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ
Тычкова Л.А., Кира Е.Ф. ВмедА, С.-Петербург, Россия	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУЩЕНИЕМ И ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ
Лоран О.Б., Липский В.С., Спирин В.А., Попков В.М., Блюмберг Б.И. МГМСУ, Саратовский государственный медицинский университет, Москва, Саратов, Россия	ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Олейник Н.Н., Коптюх В.И., Гута Л.В., Хлибовская О.И., Шадрина В.С. Тернопольская государственная медицинская академия, Тернополь, Украина	ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ КАТЕТЕРИЗАЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ
Антонян И.М., Лазуренко В.В. МАПО, Харьков, Украина	О ПРИЧИНАХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Коновалов В.И., Звычайный М.А., Воронцова А.В., Горленко А.В., Киселева М.К., Пристоленко С.Ю. УГМА, Екатеринбург, Россия	ПРОТОЧНАЯ ЦИТОФЛУОРОМЕТРИЯ ЦЕРВИКО-ВАГИНАЛЬНЫХ СМЫВОВ КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ДВУХСТОРОННЮЮ ОВАРИЭКТОМИЮ

4 октября 2000 г. (14.00 – 17.00)

Стаховский Э.О., Карпенко В.С., Вукалович П.С., Войленко О.А., Романюк И. М., Сергейчук С. Ю. Институт урологии и нефрологии АМН Украины, Киев, Украина	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ
Лоран О.Б., Липский В.С., Спирин В.А., Попков В.М., Блюмберг Б.И. Клиники урологии МГМСУ и Саратовского ГМУ, Россия	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ
Лоран О.Б., Липский В.С., Спирин В.А., Попков В.М., Блюмберг Б.И. Клиники урологии МГМСУ и Саратовского ГМУ, Россия	ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ И ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ УСПЕШНУЮ ФИСТУЛОПЛАСТИКУ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА
Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. МГМСУ, Москва, Россия	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИМПЕРАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН
Мазырко А.В. Ряполова М.В. Неймарк Б.А. ОКЕ ст. Барнаул, урологическое отделение, Алтайский край, Барнаул, Россия	КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
Переверзев А.С., Шукин Д.В., Якубовский В.Н. Харьковская медицинская академия последипломного образования Харьков, Украина	ЗАМЕНИТ ЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ В ДЕТЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ?

5 октября 2000 г. (10.00 – 14.00)

Кира Е.Ф., Петров С.Б., Тычкова Л.А. ВмедА, С.-Петербург, Россия	КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН С ОПУЩЕНИЯМИ ИЛИ ВЫПАДЕНИЯМИ ВЛАГАЛИЩА/МАТКИ
Дьяков В.В., Пушкарь Д.Ю. МГМСУ, Москва, Россия	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН
Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН, С.-Петербург, Россия	ОСОБЕННОСТИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ УРЕТРЫ ПРИ ОПУЩЕНИИ СТенок ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ЖЕНЩИН БЕЗ УРЕТРОЦЕЛЕ
Селимян Н. К., Савичева А. М. НИИАГ им. Д. О. Отта РАМН, С.-Петербург, Россия	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРЕТРИТОВ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Ницович Р.М., Гарбузова И.В., Ницович И.Р. Буковинская государственная медицинская академия, Черновцы, Украина	РОЛЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ
Ярославский В.К., Матевосян И.Э., Данилова Л.А., Башарина О.Б., Чайка Н.А., Ильина Е.В. СПбГПМА, С.-Петербург, Россия	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО, АЗОТИСТОГО ОБМЕНОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

5 октября 2000 г. (14.00 – 17.00)

Ветров В.В., Ли О.А., Бутаев Г.К. Родильный дом N 10, СПбГМА им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия	РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И УФО КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ
Ецко Л.А., Зарбаилова Н.К. НИИ ОЗМиР, ГУ Миф им. Николая Тестомицану, Кишинев, Молдова	ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРИЧИНА ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
Данилова М.Ф., Лященко Л.Н., Сапрыкин В.Б., Гриценко В.А., Балдина П.Н. Оренбургская государственная медицинская академия, Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург, Россия	ОСОБЕННОСТИ БИОЦЕНОЗА МАТЬ – НОВОРОЖДЕННЫЙ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ
Данилова М.Ф., Сапрыкин В.Б., Гриценко В.А., Балдина П.Н., Первушина Л.А. Оренбургская государственная медицинская академия, Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург, Россия	РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИСХОДЕ РОДОВ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ
Олейник Н.Н., Лымар Л.Е., Сопель В.В., Бегош Б.Н., Горяк С.П. Тернопольская государственная медицинская академия, Тернополь, Украина	ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ
Трубина Т.Б. Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия	ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА

ЗАКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

РЕЗОЛЮЦИЯ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОПЕРАТИВНОЙ УРОГИНЕКОЛОГИИ

АЙЛАМАЗЯН Э.К.,

АЛЬ-ШУКРИ С.Х.,

КОРШУНОВ М.Ю., КУЗЬМИН И.В.,

СЕМЕНОВА Е.Д.

СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова;
кафедра акушерства и гинекологии,
кафедра урологии,
Клинический Центр передовых
медицинских технологий,
Санкт-Петербург

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ БЁРЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

В настоящее время недержание мочи у женщин представляет не только медицинскую, но и серьезную социальную и гигиеническую проблему. В устранении данной патологии применяются разнообразные методы, в том числе и хирургическое лечение. В Российской Федерации на 1 млн. женского населения в хирургической коррекции недержания мочи нуждаются 30 тыс. пациенток (Краснопольский В.И. с соавт., 1997). На выбор способа операции влияет анатомо-функциональное состояние нижних мочевых путей, тазовой диафрагмы, степень опущения гениталий. В случаях минимального опущения шейки мочевого пузыря при значительной степени недержания мочи выполняются надлобковые подвешивающие операции.

За период 1999/2000 гг. нами прооперировано 17 пациенток по методу Бёрча (Burch J.C., 1961) возраст больных был в пределах 38-62 лет. Все женщины предъявляли жалобы на истечение мочи во время физической нагрузки. При осмотре выявлялась релаксация тазовых мышц, умеренное цисто- и уретроцеле. До операции всем пациенткам проводилось объективное, ультразвуковое и уродинамическое исследование, включавшее цисто- и профилометрию на аппарате «DANTEC Menuet» (Дания).

По данным уродинамики выявлены признаки стрессового и смешанного недержания мочи с преобладанием стрессового компонента. Функция сфинктерного аппарата уретры была удовлетворительной (максимальное уретральное давление > 30 см H₂O).

Доступ в пространство Рециуса

осуществляли через поперечный надлобковый разрез, влагалищную фасцию фиксировали латерально от проксимального отдела уретры к гребенчатым связкам 3 парами нерассасывающихся швов №0. Одновременно выполнялись кольпоперинеолеваторопластика (13 больных), экстирпация матки (2 больных), сакропексия матки с паравагинальной коррекцией (1 больная). Отмечены следующие осложнения: интраоперационное венозное кровотечение (1), послеоперационное затруднение мочеиспускания (3), раневая инфекция (2).

Контрольное послеоперационное клиническое и уродинамическое обследование в сроки 2-7 месяцев проведено 14 пациенткам.

Все больные отмечали отсутствие подтекания мочи при физических нагрузках, признаков рецидива недержания отмечено не было. При уродинамическом исследовании выявлено незначительное увеличение максимального уретрального давления и давления закрытия уретры, а также увеличение функциональной длины уретры. Наиболее важным уродинамическим признаком мы считали нормализацию величины передачи внутрибрюшного давления на уретру и мочевой пузырь при стресс-провокации во время профилометрии.

Таким образом, позадилобная кольпопосуспензия по Бёрчу является эффективным методом хирургической коррекции стрессового недержания мочи у женщин. Результативность данного оперативного вмешательства основывается на тщательном отборе пациенток с учетом клинко-анатомических и уродинамических критериев.



ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

СПОСОБ ФИКСАЦИИ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ

Цель - повышение эффективности хирургической операции экстирпации матки при патологии ее шейки и тела в сочетании с опущением стенок влагалища и относительным недержанием мочи.

Методика. Поставленную задачу решают одновременным выполнением хирургических операций экстирпации матки и позадилобной кольпоуретро-пексии по модифицированному методу Маршалла-Маркетти-Кранца. Для чего, после отсечения влагалищной части шейки матки от сводов влагалища, прошивают боковые отделы культи влагалища кетгутowymi нитями №5-6 в области бывшего право-

го и левого сводов влагалища, а переднюю и заднюю стенку влагалища обшивают обвивными гемостатическими кетгутowymi швами. После этого обнажают позадилобное пространство. Кетгутowymi нити с культи влагалища проводят через окологрушевое клетчаточное пространство в области грушевидного сегмента к задней поверхности лонных костей. Затем этими же нитями прошивают надкостницу лонных костей и нити завязывают. Таким образом, культя влагалища фиксируется к надкостнице задней поверхности лонных костей.

Результаты. ВГВКГ им. Н.Н. Бур-

денко проведено лечение 15 больных по предложенному методу. Осложнений во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде не было. Рецидивов опущения стенок влагалища в течение последующих 3 лет наблюдения не отмечено.

Вывод. Предложенный способ фиксации культи влагалища после экстирпации матки позволяет расширить возможности оперативного лечения больных с опущением стенок влагалища, осложненного относительным недержанием мочи при сопутствующей патологии матки (миома матки, аденомиоз матки, рак тела и шейки матки).

БАГАЕВ В.М., СОЗАЕВА Л.Г.,
КУЗНЕЦОВ Р.Э.

РМАПО,
Москва, Россия

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА, ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Цель исследования: оптимизация предоперационной подготовки, хирургического лечения и реабилитации больных с опущением и выпадением стенок влагалища и матки.

Методы исследования: клинический, трансвагинальная эхография, гистероскопия, кольпоскопия, цитологическое и гистологическое исследования, цистоскопия.

Результаты исследования: 35 больных с различной степенью опущения и выпадения стенок влагалища и матки. В предоперационном периоде для санации влагалища, профилактики гнойно-септических осложнений назначался интравагинально "Бетадин" (EGIS, Венгерская республика) — йод в форме поливинил-пирролидон-йода — 0,2 г вагинальные свечи 5-10 сут. Данные мероприятия и дооперационное обследование проводились на догоспитальном этапе.

Объем оперативного вмешательства выбирался с учетом степени опущения и нарушения функции тазовых органов, возраста, половой, менструальной и репродуктивной функций.

Трансвагинальный доступ хирургической коррекции опущения стенок вла-

галища и матки оптимален, т.к. позволяет осуществить уретропластику и мышечно-фасциальную пластику мочевого пузыря и тазового дна для устранения недержания мочи и газов, профилактики рецидивов.

Заключение:

• При опущении стенок влагалища I-II ст. передняя кольпоррафия должна дополняться мышечно-фасциальной пластикой мочевого пузыря и уретропластикой. Задняя кольпоррафия — перинео-леваторопластикой.

• При опущении I-III ст. в сочетании с элонгацией шейки матки и патологическими изменениями в ней целесообразно проводить манчестерскую операцию.

• При полном выпадении матки, сочетании с миомой и патологическими процессами в эндометрии и шейке матки оптимальна трансвагинальная экстирпация матки с мышечно-фасциальной пластикой тазового дна, уретропластикой и перинеолеваторопластикой.

• С целью уменьшения интраоперационной кровопотери и травмирования слизистой влагалища при отсепаровке

задней стенки мочевого пузыря рекомендуем вместо выкраивания овального лоскута производить срединную кольпотомию над местом его наибольшего выпячивания. Излишки влагалищной стенки отсекаются поэтапно во время кольпоррафии.

• На всех этапах операции используем только синтетический шовный материал (этикон, викрил, марлин).

• По ходу операции моча выводится катетером порционно после завершения основных ее этапов с целью своевременного устранения возможных ошибок. В раннем послеоперационном периоде (2-4 сут) устанавливаем постоянный катетер Фоллея с выведением по нему мочи каждые 3-4 ч.

• При высоком риске тромбоэмболических осложнений с целью их профилактики 7-10 сут осуществляем п/к введение фраксипарина (Sanofi, Франция) 0,3 мг/сут.

• Восстановление влагалищной микрофлоры в перименопаузальном периоде осуществляется эстрогосодержащими препаратами (овестин — свечи 500 мкг) в комбинации с пробиотиками из лактобактерий (ацилакт — свечи) интравагинально.

ТРАНСПОЗИЦИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Цель: Рецидивирующий характер течения хронических инфекций нижних мочевых путей у более 10% женщин обусловлен вариантами расположения наружного отверстия уретры, такими как влагалищная эктопия и гипермобильность. При этом создаются условия для ретроградного инфицирования мочеиспускательного канала во время полового акта. Целью исследования было улучшение результатов лечения женщин, страдающих рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей при влагалищной эктопии или гипермобильности наружного отверстия уретры.

Материалы и методы: В исследование было включено 71 женщина, длительно страдающие рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей при наличии влагалищной эктопии или гипермобильности наружного отверстия уретры. Для сравнения результатов

различных методов лечения больные были разделены на 3 группы. В 1 группу вошло 49 пациенток, перенесших оперативное лечение. Во 2 группу было включено 10 пациенток, использующих посткоитальную антибиотикопрофилактику и в 3 группу вошло 12 пациенток, получавших стандартную терапию.

Результаты: При оценке результатов лечения во всех исследуемых группах, наилучшие результаты, в том числе касающиеся и сексуальной реабилитации, получены у больных, которым была выполнена оперативная коррекция. Выздоровление наступило у 48 (98%) оперированных больных.

Обсуждение: Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах метода транспозиции дистального отдела уретры в оперативном лечении и сексуальной реабилитации женщин, страдающих рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей и в

частности хроническим уретритом в тех случаях, когда клиническая картина заболевания обусловлена влагалищной эктопией наружного отверстия уретры.

Выводы: Различные варианты расположения наружного отверстия уретры у женщин (влагалищная эктопия или гипермобильность) создают условия для ретроградного инфицирования нижних мочевых путей. Разработанная нами операция транспозиции дистального отдела уретры, устраняет причину заболевания и должна применяться в комплексном лечении больных рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей. При оценке эффективности лечения во всех исследуемых группах наилучшие результаты (положительный эффект > 90%), в том числе и в отношении сексуальной реабилитации, получены у больных, перенесших оперативное лечение по разработанной нами методике.

ДЖУМАНОВ Б.А.,
БАХРЕТДИНОВА Н.К.

Кафедра акушерства
и гинекологии пед.факамаМИ,
Самарканд, Республика Узбекистан

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОКОЛЬПОПОЭЗА

За последние годы, в нашей Республике, увеличилось число аномалий развития половых органов. В регионе обследование, лечение, изучение отдаленных результатов кольпопоэза прежде не проводилось.

В гинекологических отделениях стационаров г. Самарканда с 1992 по 2000 гг. обследовались и лечились 37 больных женского пола в возрасте 16-39 лет с аномалиями половых органов, которым выполнен сигмоидальный кольпопоэз.

Всем больным установлен диагноз аплазия влагалища. По возрасту больные были распределены следующим образом: 14-25 лет - 35, 31-39 лет - 2. Из них у 31 (83,8%) имело место аплазия влагалища и матки, у 4 (10,8%) наблюдалась аплазия вла-

галица с функционирующей маткой, 2 больных (5,4%) с синдромом полной тестикулярной феминизации.

12 пациенток направлены из поликлиник гинекологами обнаружившими данную патологию, остальные 25 обратились по поводу невозможности ревизовать половую жизнь после замужества.

Операция кольпопоэза не осложнялась, заживление раны было первичным. Оргазм наблюдался у всех замужних пациенток. Проблем при половом сношении не отмечалось,

У 31 (83,8%) пациентки менструальная функция не отмечалась. У 4 (10,8%) обследованных больных наблюдались месячные. После реконструктивно-пластических операций (сигмоидальный кольпопоэз)

32 (86,4%) пациентки живут половой жизнью, 5 (13,6%) - не вышли замуж, у живущих в браке 32 (86,4%) пациенток семейная жизнь укрепились, из них 24 (64,8%) усыновили детей; разведенных семей среди исследуемых - 5 (13,5%), остальные 3 (8,9%) живут с семьей, но не усыновили детей.

Таким образом, неовагина, созданная из сигмовидной кишки, по анатомо-функциональным свойствам мало отличается от естественного влагалища. Социальная и сексуальная адаптация больных протекает успешно. У пациенток после образования искусственного влагалища вновь появилась жажда и интерес к жизни.



ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАЛЛЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Цель: Сохранение функционирующих почек после акушерскогинекологических операций, осложненных свищами мочеточников.

Методы: 112 акушерскогинекологических операций сопровождались повреждением мочеточников и у 84 пациентов образованием мочеточниковых свищей: мочеточниково-кожных 62, мочеточниково-влагалищных - 12, мочеточниково-пузырно-влагалищных - 8, мочеточниково-толстокишечных - 2. В газовом отделе мочеточника локализовалось - 68 свищей, абдоминальном - 16, свищи обоих мочеточников наблюдались у 6 пациенток. Повреждение мочеточников во время операции диагностируются редко - в 12%. Непрерывность мочеточников восстанавливается уретероуретеро анастомозом в тот же день. У большинства оперированных больных в послеоперационном периоде возникают мочевые затеки и мочевые свищи на 3-5 день. Вокруг мочеточников и в его стенке возникает воспалительный процесс, который распространяется дистально и проксимально от свища и

вызывает необратимые фиброзно-склеротические изменения, нарушения микроциркуляции иннервации с потерей сократительной функции. Через 1-1,5 месяца присоединяется пиелонефрит, а через 3 месяца начинается наблюдаться прогрессивное снижение функции почки. Экскреторная урография, применяемая для определения секреторно-эксcretорной функции почек не может выявить степень и протяженность структурных изменений в мочеточнике. Операционная ревизия поврежденного участка мочеточника ограничивается внешним осмотром и проверкой просвета. Этого совершенно не достаточно для выбора метода операции. В этом основная причина неудач прямых уретероцистостомий.

Обсуждение: Избежать этих ошибок можно применением электроуретрографии на операционном столе, после выделения и визуальной ревизии мочеточника. Вокруг свища в пределах 20-25 мм биоэлектрические показатели стенки мочеточника нулевые или едва заметные.

Биоэлектрические показатели близкие к норме определяются на 30-60 мм от свища. На этом уровне нужно пересекать мочеточник и планировать пластическую операцию. Сформированные свищи мочеточника необходимо оперировать в промежутке 2-3 месяцев с момента их возникновения.

Самостоятельно зажившие свищи мочеточников, осложняются стриктурами, которые подлежат оперативному лечению. Лечение мочеточниковых свищей сложное. В неотложных случаях, для предупреждения мочевых затеков, прибегают к нефростомиям. При восстановлении непрерывности мочевого тракта в плановом порядке применяют прямые и не прямые уретероцистостомии.

Вывод: Травма мочеточников во время операции происходит не столько в следствии технических трудностей, сколько в следствии сложной хирургической анатомии операционного поля, аномалий мочевых органов и стремления хирургов к максимальному радикализму.

ЛОРАН О.Б., ПУШКАРЬ Д.Ю.,
ГОДУНОВ Б.Н.

МГМСУ,
Москва, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН И ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕХАНИЗМА УДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Введение и цели исследования. Травма мочеиспускательного канала у женщин остается наиболее серьезным осложнением в акушерской и гинекологической практике. К сожалению, зачастую подобные больные остаются без специализированной помощи и страдают тотальным недержанием мочи.

Материалы. В клинике урологии МГМСУ за 20 лет находилось на лечении 156 больных (средний возраст 41,3 года) с различными повреждениями мочеиспускательного канала. Повреждения уретры возникли в результате следующих причин:

- травма во время наложения акушерских щипцов
 - влагалищные гинекологические операции
 - экстирпация парауретральной кисты или дивертикула уретры
 - новые методы лечения заболеваний шейки матки
 - насильственный половой акт
- Больные были разделены на 4 группы в зависимости от степени деструкции мочеиспускательного канала. Все пациентки перенесли этапные операции по созданию искусственного мочеиспускательного канала с использованием местных тканей (от 1 до 5 опе-

раций). В результате проведенных операций 142 (91%) больным удалось полностью восстановить мочеиспускательный канал, однако 83 из них (58,5%) отмечали симптомы стрессового недержания мочи. Этим больным выполнены различные операции по восстановлению механизма удержания мочи:

- slingовые операции с использованием кожного лоскута (71)
- операции Берча (3)
- модифицированные операции Раза (9)

Успешное создание искусственной уретры обеспечивает нор-

мальное мочеиспускание у 41% больных, в то время как последующее выполнение операций по коррекции недержания мочи при напряжении позволяет достигнуть успеха у 85% пациенток.

Обсуждение и выводы. Травма

уретры у женщин остается наиболее сложной среди всех ятрогенных повреждений в урогинекологии. Этапные операции приводят к успешному созданию искусственного мочеиспускательного канала у 91% пациенток, но не всегда бес-

печивают формирование механизма удержания мочи. Последующие операции по коррекции недержания мочи позволяют достигнуть успешного результата у 85% пациенток. Предпочтение следует отдавать slingовым операциям.

НОВИКОВ Е.И., ДЯЧУК А.В.,
БИТЮКОВ Н.Н., СОРОКА И.В.
ВМедА, НИИ СП
им.И.И.Джанелидзе, ЦМСЧ № 122,
Санкт-Петербург

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ДИСЛОКАЦИИ НЕИЗМЕНЕННОЙ УРЕТРЫ И ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Одной из главных причин стрессового недержания мочи являются посттравматические изменения тазовых органов, возникающие, как правило, после осложненных родов. Гормональная дискоррекция в перименопаузальном периоде также может быть этиологическим фактором этой патологии. Нельзя не выделить нейрогенную форму недержания мочи, при которой возможно только консервативное лечение. Инфекционные заболевания мочевыводящих путей так же нередко приводят к нарушениям мочеиспускания. В связи с этими положениями нами перед хирургическим лечением недержания мочи у женщин проводится определенный алгоритм диагностики: использование модифицированного вопросника, проведение функциональных проб, бактериологических анализов мочи, уродинамических ис-

следований, цистоскопии и цистоуретрографии (Краснопольский В.И. 1996).

Особое значение мы придаем проведению стоп-теста, ректальной пробы в модификации Г.А.Савицкого (1986), пробы Мазурка.

На наш взгляд особого внимания заслуживает группа больных с опущением неизменной уретры и шейки мочевого пузыря без цистоцеле или ректоцеле, с средней и тяжелой формами недержания мочи.

Проследив отдаленные результаты влагалищных операций и проанализировав несколько случаев комбинированных хирургических операций у этих больных (влагалищным и лапароскопическим доступами) сделан вывод об их сравнительно низкой эффективности.

За последние годы при дислокации уретры и шейки мочевого пузыря

сопровождающимися тяжелыми степенями недержания мочи выполнено 16 "слинговых" операций по Геббелю-Штекелю и Олдриджу-Краснопольскому.

Возраст больных был от 34 до 52 лет, длительность заболевания составила от 2 до 7 лет. На основании непосредственных и отдаленных результатов в 13 случаях из 16 отмечено полное восстановление процесса нормального мочеиспускания. По нашим данным у больных после "слинговых" операций отмечен продолжительный койко-день (11-14), обусловленный длительным восстановлением процесса мочеиспускания.

Сделан вывод о том, что данные операции являются наиболее эффективными у больных с дислокацией уретры и мочевого пузыря с тяжелыми степенями недержания мочи.

ПЕТРОВА В.Д., БУЯНОВА С.Н.,
ШАГИНЯН Г.Г., КАШИНА Е.А.,
БАЛАШОВ В.И.
МОНИИАГ,
Москва, Россия

ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Цель: Патогенетически обосновать выбор метода хирургической коррекции при пролапсе гениталий, осложненным недержанием мочи.

Методы: Обследованы 201 пациентка с пролапсом гениталий различной степени тяжести. НМПН выявлено у 151 (75,1%) из них. 50 женщин мочу удерживали, но у 29 (58%) выявлены нарушения функции мочеиспускания: поллакиурия – у 11 (22%), императивные позывы – у 9 (18%), затрудненное мочеиспускание у 14 (28%), никтурия – у 8 (16%). Часто отмечалось сочетание симптомов. По данным КУДИ и

УЗИ стрессовое недержание мочи I-II типа диагностировано у 118 (58,7%). НМПН III типа выявлено у 26 (12,9%), среди них только 12 имели в анамнезе оперативные вмешательства по поводу пролапса гениталий или недержания мочи. У 14, ранее не оперированных больных, продолжительность заболевания составила от трех до пяти лет. Все больные с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи оперированы. В качестве "базовой" гинекологической операции нами проводилась апоневротическая вагинопексия (утеропексия) в зависимости

от возраста и сопутствующей патологии гениталий, которая была дополнена одной из антистрессовых операций – при НМПН I-II типа – операцией Берча или Перейры – у 53 женщин, слинговой операцией – у 31 больной.

Результаты: Частота рецидива НМПН через год после "базовой" гинекологической операции в комбинации со слинговой составила 6,5% (две пациентки) из 31. Эффективность комбинированного лечения (отсутствие недержания мочи при напряжении) лечения через два года после операции соответствовала

93,1%, через три года - 87,1%.

Частота рецидива НМПН через год после комбинированных вмешательств – гинекологическая операция (“базовая” или влагалищная гистерэктомия) и операция Берча – составила 6,8% (трое больных) из 44. Через два года после оперативного лечения эффективность оставалась высокой и составила 95,1%, через три года - 92,3%.

ПОПОВ А.А., ГОРСКИЙ С.Л.,
МАНАННИКОВА Т.Н.,
ШАГИНЯН Г.Г., ПЕТРОВА В.Д.,
ЧЕЧНЕВА М.А.
МОНИИАГ,
Москва, Россия

Под малоинвазивными методами хирургического лечения мы понимаем пособия, выполненные в условиях эндоскопии, трансвагинальным или чрезкожным доступом без широкого вскрытия кожи, апоневроза, брюшной полости. Развитие малоинвазивной хирургии на сегодня является наиболее перспективным направлением во всех разделах медицины, гинекологии в частности. Наиболее полно преимущества малоинвазивных технологий проявляются при операциях на труднодоступных для традиционной хирургии областях, какой являются клетчаточные пространства малого таза, область уретровезикального сегмента. Этот факт совместно с высокой частотой пролапса гениталий и неудовлетворенностью результатами раннее предложенных методов лечения и определил наш интерес к данной проблеме.

С 1993 года в эндоскопическом отделении МОНИИАГ оперировано 264 больных с различными формами пролапса гениталий в возрасте от 28 до 86 лет (средний 56,8), которым выполнены различные малоинвазивные хирургические пособия. Показанием к операции были следующие заболевания: опущение, неполное и полное выпадение матки и стенок влагалища – 137 больных, опущение и выпадение стенок влагалища с симптомами стрессовой инконтиненции – 127 больных.

Мы не останавливаемся на симптомокомплексе данной патологии, большее внимание обращаем на на-

Обсуждение: Применение комбинированного метода лечения является патогенетически обоснованным и позволяет проводить одновременно и коррекцию пролапса, и ликвидировать недержание мочи. При цистоцеле значительных размеров необходимо выполнение гистерэктомии, что дает возможность надежной коррекции нарушенной анатомии малого таза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

рушение функции смежных органов (нижние мочевые пути, прямая кишка), что по нашим данным наблюдается соответственно у 40% и 20% пациенток. Следует отметить важность выявления начальных функциональных нарушений, так как неадекватное оперативное лечение в этих случаях может усугубить данные расстройства. Это еще раз подчеркивает важность предоперационного обследования данной категории больных.

Обязательным считаем проведение комплексного уродинамического обследования и ультразвукового исследования с использованием абдоминального, вагинального, промежностного сканирования, трехмерной реконструкции изображения. Последняя позволяет неинвазивным путем производить осмотр шейки мочевого пузыря “изнутри”, оценить состояние и структуру тканей, позволяет визуализировать внутренний “сфинктер” мочевого пузыря, образований S-образными волокнами внутреннего мышечного слоя стенки мочевого пузыря.

Все виды малоинвазивных операций мы подразделяем на корректирующие пролапс, корректирующие недержание мочи, реконструирующие промежность и ректовагинальную перегородку, сопутствующие операции по устранению патологии внутренних половых органов. Были выполнены следующие виды вмешательств:

Лапароскопическая MESH апо-невротическая вагинопексия - 127

Выводы: Высокая эффективность хирургического лечения пролапса гениталий, осложненного недержанием мочи может быть обеспечена применением комбинированных методов лечения этой патологии, позволяющих ликвидировать пролапс гениталий, гипермобильность уретровезикального сегмента, восстановить адекватный акт мочеиспускания.

MESH сакровагинопексия - 12
Ушивание паравагинальных дефектов - 4

Вагинальная гистерэктомия по Мейо (+ вагинопексия по МакКоллу) - 21

Лапароскопическая кольпопексия по Берчу - 126

Предбрюшинная кольпопексия по Берчу под контролем лапароскопа - 5

Операция Перейры - 11

Петлевая уретропексия с использованием разл. материалов (кожа, слизистая, мерсерлен, широкая фасция бедра) - 17

Трансвагинальная позадилоная MESH уретропексия (TVT) - 5

Кольпоперинеолеваторопластика, сфинктеропластика - 69

Пластика дефектов ректовагинальной перегородки - 8

Лапароскопическая облитерация маточно-прямокишечного пространства - 14

Различные варианты лапароскопической гистерэктомии (ампутация матки, интрафасциальная гистерэктомия, лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия, лапароскопическая гистерэктомия) - 115

Вагинальная гистерэктомия - 37

Операции на придатках матки, хирургическая стерилизация - 29

****Количество операций не совпадает с количеством пациенток в связи с применением нескольких методик у одной и той же больной.**

Основываясь на собственном опыте, необходимо отметить, что наиболее рационально использование комбинированных доступов при хирургии пролапса гениталий. Хорошие отдаленные результаты получены при использовании MESH апоневротической вагинопексии и операции Берча у больных с осложненным пролапсом. Небольшой опыт применения сакровагинопексии не позволяет сделать далеко идущие выводы, однако можно отметить более функциональное перемещение влагалищной трубки после фиксации и практически полное отсутствие боле-

вого симптома. Перспективным считаем комбинацию вагинальной гистерэктомии и операции Берча при брюшинном доступом под контролем лапароскопа. При соблюдении строгих показаний отличные результаты получены при выполнении TVT, операция достаточно простой с надежной коррекцией недержания мочи. Применение различных чрезкожных уретеропексий (типа Перейра) дает хорошие ближайшие результаты, однако при более длительном наблюдении возрастает частота рецидивов, поэтому применение данной методики показано в

старшем возрасте ввиду ее малой травматичности.

Необходимо соблюдать следующий принцип хирургии. При осложненных формах пролапса гениталий лечение должно сочетать в себе коррекцию пролапса (например MESH вагинопексия), а на основе данной фиксации необходимо выполнить коррекцию функциональных нарушений (например операция Берча). Соблюдение этого принципа позволило получить до 88% удовлетворительных результатов при сроке наблюдения более 5 лет.

ПУШКАРЬ Д.Ю., ШАМОВ Д.А.,
ГУМИН Л.М.

МГМСУ,
Москва, Россия

СВОБОДНАЯ СИНТЕТИЧЕСКАЯ ПЕТЛЯ (TVT) В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

Недержание мочи при напряжении у женщин является актуальной проблемой современной урогинекологии. Около 40% женского населения России страдают этим заболеванием. Активно ведется поиск новых способов их хирургического лечения. В последние годы поиски новых методов лечения недержания мочи при напряжении исходят из необходимости объективизировать результаты проводимого лечения. Важно контролировать результаты операции сразу, необходим контакт с больной во время выполнения процедуры.

В данной работе рассматриваются предварительные результаты использования свободной проленовой

петли TVT (Tension-Free Vaginal Tape) в хирургическом лечении недержания мочи при напряжении у женщин.

Материалы. 20 больных (средний возраст 41,4 года), страдающих II типом недержания мочи, подверглись петлевой пластике TVT. Операция предусматривает проведение проленовой ленты длиной 40 и шириной 1,1 см под местным обезболиванием без натяжения под средней частью мочеиспускательного канала. Средняя продолжительность операции составила 45 минут. Длительность нахождения в стационаре 3-4 суток.

Результаты. Каких-либо осложнений в ходе и после операции не от-

мечено. Больные приступили к активной жизни спустя 3 недели после операции. Длительность наблюдения составила от 3 до 18 месяцев. Все больные отмечают полное удержание мочи, что подтверждено данными осмотра.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах данного метода лечения недержания мочи при напряжении.

Выводы. Данный метод хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин показал высокую эффективность и может рассматриваться в настоящее время как метод выбора в лечении пациенток этой группы.

ПУШКАРЬ Д.Ю., АМИЭЛЬ Ж.

МГМСУ,
Москва, Россия

СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОРОТКОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА У БОЛЬНЫХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Известно более 250 способов хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин. К сожалению, до сего времени отсутствует так называемый "метод выбора" лечения данных категорий больных.

Цель настоящего исследования - оценить эффективность петлевой (слинговой) операции с использованием короткого кожного лоскута, взятого с передней брюшной стенки, у больных недержанием мочи при напряже-

нии второго и третьего типов.

Методы. 256 больных (средний возраст 48,9 лет) перенесли sling-овые операции с использованием короткого кожного лоскута. Все больные страдали недержанием мочи при напряжении и ранее не были оперированы. При обследовании у них не было выявлено уродинамических признаков нестабильности мочевого пузыря и клинических проявлений императивного недержания.

Средняя величина порога абдоминального давления составила 74,5 см водного столба. Средняя продолжительность операции - 89,7 минут. 228 пациенткам одновременно выполнена пластика цистоцеле, 4 больным - влагалищная гистерэктомия и двум - резекция шейки матки.

Результаты. Все больные перенесли операцию хорошо.

Имели место следующие интраоперационные осложнения, замечен-

ные и устраненные в ходе операции:

- перфорация мочевого пузыря иглой Перейры – 3,
- травма мочеочника – 1,
- травма мочевого пузыря – 1,
- травма уретры – 1.

Послеоперационные осложнения:

- невозможность самостоятельного мочеиспускания – у 38 больных, из них у 11 продолжительная (до 30 суток).
- воспалительные раневые осложнения – 8. Удаление надлобковых ли-

гатур из-за выраженного воспалительного процесса – 3.

· Клинические и уродинамические признаки гиперактивности мочевого пузыря – 26 пациенток (не более 3 месяцев).

Срок наблюдения за больными до 8 лет.

Спустя один год 245 (95%) больных отметили хороший результат, проявляющийся полным удержанием мочи и отсутствием признаков императивного недержания мочи.

Спустя два года после операции 210 (82%), через 3 - 5 лет - 206 (80%) больных отметили хороший результат операции.

Наблюдение в течение 6 и более лет выявило хороший результат у 185 (71%) больных.

Выводы. Данная операция приводит к успеху у 71% больных в течение 7 лет наблюдения. По нашему мнению она может широко применяться при лечении больных недержанием мочи при напряжении второго типа.

**РОССИХИН В.В.,
ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.**

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ОПТИМИЗАЦИЯ УРЕТРО-АБДОМИНАЛЬНОЙ СЛИНГОВОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель: На основании новых технологий криоконсервации тканей оптимизировать операцию уретро-абдоминального slinga при цистоуретроцеле.

Методы: Наблюдали 31 женщину со стрессовым недержанием мочи (СНМ) II-III степени после безуспешного консервативного и физиотерапевтического лечения. Возраст больных от 21 до 63 лет, четыре женщины были оперированы неоднократно.

Уретро-абдоминальный sling, выполняемый с помощью листов аутофасции прямых мышц живота (или фасциально-мышечных лоскутов), имеет тот недостаток, что выкроенные лоскуты не всегда имеют достаточную длину, натяжение их при подшивании к парауретральным тканям увеличивается, ушивание апоневротического дефекта затруднительно, что увеличивает вероятность раз-

вития передне-брюшной грыжи. Наблюдали 11 женщин, оперированных по классическому методу Гебель-Штекеля и имевших подобные осложнения. У 31 больной в качестве лоскутов использована криоконсервированная твердая мозговая оболочка (пластины по 15 см длиной), из которой выкраивались лоскуты шириной 1,5-2 см. Эти лоскуты П-образными швами фиксировались к парауретральным тканям и тканям влагалища, а затем, выводя их на апоневроз прямых мышц живота, производилась ангуляция уретры. Степень натяжения лоскутом была таковой, что при извлечении уретрального катетера определялось некоторое сопротивление, а прямой металлический буж отклонялся в направлении кочка.

Обсуждение: Использование в качестве лоскутов криоконсервированной человеческой мозговой оболочки со-

кратило длительность операции в среднем на 15-20 минут. Аллергические реакции на криоткань не наблюдались. В начальном периоде при освоении методики у 3 женщин была гиперангуляция, потребовавшая бужирования уретры и самокатетеризации от 3 недель до 4 месяцев (1 больная). У 26 женщин отмечено полное выздоровление, две жаловались на оставшуюся дизурию, что при тщательном анализе было оценено как явления уретрального синдрома (цисталгии), который был и до операции. Послеоперационные грыжи не отмечены ни у одной пациентки.

Выводы: Использование при уретро-абдоминальной slingовой операции криоконсервированной человеческой мозговой оболочки целесообразно ввиду упрощения операции, отсутствия осложнений и хороших отдаленных клинических результатов.

СОЗАЕВА Л.Г., КУЗНЕЦОВ Р.Э.

РМАПО
Москва, Россия

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА, ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Цель исследования: оптимизация предоперационной подготовки, хирургического лечения и реабилитации больных с опущением и выпадением стенок влагалища и матки.

Методы исследования: клинический, трансвагинальная эхография, гистероскопия, кольпоскопия, цитологическое и гистологическое исследования, цистоскопия.

Результаты исследования: 35 больных с различной степенью опущения и выпадения стенок влагалища и матки. В предоперационном периоде для санации влагалища, профилактики гнойно-септических осложнений назначался интравагинально "Бетадин" (EGIS, Венгерская республика) – йод в форме поливинил-пирролидон-йода – 0,2 г ва-

гинальные свечи 5-10 сут. Данные мероприятия и дооперационное обследование проводились на догоститальном этапе.

Объем оперативного вмешательства выбирался с учетом степени опущения и нарушения функции тазовых органов, возраста, половой, менструальной и репродуктивной функций.

Трансвагинальный доступ хирургической коррекции опущения стенок влагалища и матки оптимален, т.к. позволяет осуществить уретропластику и мышечно-фасциальную пластику мочевого пузыря и тазового дна для устранения недержания мочи и газов, профилактики рецидивов.

Заключение:

При опущении стенок влагалища I-II ст. передняя кольпоррафия должна дополняться мышечно-фасциальной пластикой мочевого пузыря и уретропластикой. Задняя кольпоррафия — перинео-леваторопластикой.

При опущении I-III ст. в сочетании с элонгацией шейки матки и патологическими изменениями в ней целесообразно проводить манчестерскую операцию.

При полном выпадении матки, сочетании с миомой и патологическими процессами в эндометрии и шейке матки оптимальна трансвагинальная экстирпация матки с мышечно-фасциальной пластикой тазового дна, уретропластикой и перинеолеваторопластикой.

С целью уменьшения интраоперационной кровопотери и травмирования слизистой влагалища при отсепаровке задней стенки мочевого пузыря рекомендуем вместо выкраивания овального лоскута производить срединную кольпотомию над местом его наибольшего вытягивания. Излишки влагалищной стенки отсекаются поэтапно во время кольпоррафии.

На всех этапах операции используем только синтетический шовный материал (этикон, викрил,

марлин).

По ходу операции моча выводится катетером порционно после завершения основных её этапов с целью своевременного устранения возможных ошибок. В раннем послеоперационном периоде (2-4 сут) устанавливаем постоянный катетер Фоллея с выведением по нему мочи каждые 3-4 ч.

При высоком риске тромбоэмболических осложнений с целью их профилактики 7-10 сут осуществляем п/к введение фраксипарина (Sanofi, Франция) 0,3 мг/сут.

Восстановление влагалищной микрофлоры в перименопаузальном периоде осуществляется эстриолсодержащими препаратами (овестин — свечи 500 мкг) в комбинации с пробиотиками из лактобактерий (ацилакт — свечи) интравагинально.

ТЫЧКОВА Л.А., КИРА Е.Ф.
Военно-медицинская академия,
кафедра акушерства
и гинекологии,
Санкт-Петербург

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУЩЕНИЕМ И ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Лечение недержания мочи при напряжении (НМПН) остается сложной хирургической проблемой, обусловленной трудностями в проведении рандомизированных исследований всех существующих оперативных методов, разработанных для лечения этого заболевания.

Целью настоящего исследования явилось проведение клинико-физиологической оценки эффективности различных методов хирургического лечения пациенток с опущением и выпадением гениталий, сопровождающихся НМПН.

В клинике акушерства и гинекологии им. акад. А.Я. Красовского ВМедА обследованы 139 пациенток (с 1996 по 1999 гг.), которые оперированы по поводу опущения гениталий и НМПН. Больные были разделены на три группы.

Больным первой группы 20 (12,9%) была выполнена передняя кольпоррафия с ушиванием уретры и задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой.

Больным второй группы 18 (11,7%) выполнялись лапароскопическая лигаментопексия матки круг-

лыми связками к апоневрозу передней брюшной стенки с передней кольпоррафией и леваторопластикой (первая подгруппа) и позадилобная уретропексия с передней кольпоррафией и задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой по методу К.М. Фигурнова 80 (51,9%) при которой одновременно с ушиванием разошедшихся волокон сфинктера мочевого пузыря и ликвидацией цистоцеле исправляется положение мочевого пузыря поднятием его за счет фиксации передней стенки влагалища к задней поверхности лобковых костей (вторая подгруппа). Объем операции зависел от степени опущения стенок влагалища, положения дна мочевого пузыря, величины ЗПУУ, степени недостаточности замыкательного аппарата мочевого пузыря.

Пациенткам третьей группы 21 (13,6%) проводилась влагалищная гистерэктомия с последующей пластикой стенок влагалища с укреплением фасции мочевого пузыря и леваторопластикой.

Оценка эффективности вышеуказанных методов оперативного

вмешательства проводилась с учетом комплекса данных рентгенологического и уродинамического методов исследования. Анализ уретроцистограмм свидетельствовал о том, что у всех оперированных женщин дно мочевого пузыря достигло уровня нормального анатомического положения и соответствовало первой и второй позициям. Третья и четвертая позиции после операции не определялись.

Таким образом, данные рентгенологических исследований, полученные после операции, объективно подтверждают восстановление и укрепление фиксирующего аппарата мочевого пузыря.

Уродинамические параметры в отдаленном послеоперационном периоде (через один год) изменились следующим образом: функциональная длина уретры увеличилась, в среднем, на 5 миллиметров и составляла 30 миллиметров, также определялось увеличение максимального внутриуретрального давления и максимального давления закрытия уретры, которые соответственно составили 52,4 миллиметров водно-

го столба и 40,2 миллиметров водного столба.

Сравнивая различные результаты оперативного лечения НМПН, можно сделать заключение: рассмотренные методики операций весьма эффективны при лечении больных с опущением или выпадением половых органов, сопровождающихся НМПН. Это подтверждается также данными контрольного рентгенологического и уродинамического исследования нижних мочевых путей в послеоперационном периоде, которые указывают на восстановление топографических взаимоотношений, функции мочевого пузыря и уретры.

Удержание мочи после операций К.М. Фигурнова и лапароскопической лигаментопексии матки круглыми связками к апоневрозу передней брюшной стенки осуществляется за счет нормализации анатомо-топографического положения уретро-везикального сегмента и фиксации проксимального отдела уретры и шейки мочевого пузыря в зону гидродинамической защиты, что восстанавливает механизм трансмиссии в стрессовых ситуациях. Они наиболее эффективны при лечении больных со второй и третьей степенью недостаточности замыкательного аппарата мочевого пузыря.

Удержание мочи после операций К.М. Фигурнова и лапароскопической лигаментопексии матки круглыми связками к апоневрозу передней брюшной стенки осуществляется за счет нормализации анатомо-топографического положения уретро-везикального сегмента и фиксации проксимального отдела уретры и шейки мочевого пузыря в зону гидродинамической защиты, что восстанавливает механизм трансмиссии в стрессовых ситуациях. Они наиболее эффективны при лечении больных со второй и третьей степенью недостаточности замыкательного аппарата мочевого пузыря.

**ХУДОЯРОВА Д.Р.,
НЕГМАДЖАНОВ Б.Б.,
БАРНОКУЛОВ О.М.,
ДЖУМАНОВ Б.А., БЕРДИЕВ А.К.**
Кафедра акушерства и гинекологии
педиатрического факультета
СамМИ, Узбекистан

КОЛОКОЛЬПОПОЭЗ КАК МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТСУТСТВИЯ ВЛАГАЛИЩА

Пороки развития половых органов составляют 4% от воок врожденных аномалий. Отсутствие влагалища встречается с частотой 1 на, 4-5 тысяч новорожденных. Проблема образования влагалища при врожденной его аплазии издавна привлекала внимание многих специалистов.

В связи с успешным развитием восстановительной хирургии в последние годы стали значительно чаще осуществлять коррекцию порока. Существует множество методик создания неовагины. На наш взгляд наиболее эффективным являются трансплантаты сигмовидного отдела толстой кишки.

Под нашим наблюдением находилось 37 больных в период с 1992 по 2000 г., которым была выполнена сиг-

моидальный кольпопоз в гинекологических отделениях родильных домов №2, 3 и клиники №7. СамМИ. Из них 83,8% были с диагнозом аплазия влагалища и матки, 10,8% аплазия влагалища с функционирующей маткой, 3,4% - с синдромом полной тестикулярной феминизации.

Возраст больных варьировал от 14 до 39 лет. Пациентки с врожденной аплазией влагалища, как правило, узнают о своем дефекте в период полового созревания. Так, 25 (70%) больных обратилось к врачу после замужества, остальные же были выявлены при профилактических осмотрах. Аменорея отмечалась у 83,8% больных и только у 10,8% - менструальная функция была сохранена.

Для изучения в динамике морфоло-

гических и функциональных процессов, происходящих, в созданном влагалище мы исследовали и изучили микрофлору неовагины: бактериологические посевы, рН, цитология мазков.

Оперированные больные наблюдались в течение 6 месяцев - 8 лет. Из 37 оперированных больных вышли замуж, живут половой жизнью и получают оргазм - 32 (88,8%) и 24 (66,6%) семьи усыновили детей.

Таким образом, благоприятное течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода, косметический эффект и хорошие функциональные результаты усовершенствованной пластики влагалища из сегмента толстой кишки, подтверждают правильность метода хирургического лечения отсутствия влагалища.

ЦАЛЛАГОВА Л.В., ХОДЖАЕВ Г.Г.
Кафедра акушерства
и гинекологии СОГМА,
Владикавказ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУЩЕНИЕМ И ВЫПАДЕНИЕМ МАТКИ

Проанализированы отдаленные результаты оперативного лечения 77 больных, страдающих пролапсом гениталий. Из них у 35 отмечалось недержание мочи при напряжении. Проводились общеклинические, эндоскопические, уродинамические методы исследования и ультразвуковое сканирование.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 50 лет -

17 женщин, от 50 до 59 лет - 16, от 60 до 69 - 34, от 70 до 80 - 10. У 7 женщин в анамнезе отмечались однопорода, остальные были многоплодными. Из 77 больных, опущение стенок влагалища и матки отмечались у 37, неполное выпадение матки - у 16, полное выпадение у 24 женщин. У 23 больных основное заболевание сочеталось с цистоцеле, у 3-х с ректоцеле. Длительность заболевания со-

ставляла 1-2 года у 31 больной. 3-10 лет - у 35 свыше 10 лет у 11. Пластика передней и задней стенки влагалища с леваторопластикой и вентрофиксацией произведена 23 больным, кольпоперинеоррафия - 18, срединная кольпопоррафия (операция Лефора - Нейгебауэра) - 12, надвлагалищная ампутация матки, по показаниям, дополнительно произведена 7 больным. Манчестерская операция - 17.

Через 12 месяцев после операции у 8 больных отмечался рецидив цистотеле, у 4 - стрессовое недержание мочи, у 2 - императивное недержание. Анализ результатов оперативного лечения выявил большую частоту рецидивов (19%) при выполнении передней

и задней кольпоррафий в сочетании с вентрофиксацией матки. Наиболее эффективной оказалась Манчестерская операция, включающая ампутацию шейки матки, транспозицию кардинальных связок, пластику передней стенки влагалища.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательной дооперационной оценки функционального состояния нижних мочевых путей и индивидуального подхода в выборе оперативного метода лечения.

ЦУКАНОВА И.А., БАЙТИНГЕР В.Ф.

Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии
с микрохирургией ФУВ,
Томск, Россия

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРОЕНИЯ ПУЗЫРНО-УРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ЖЕНЩИН

В настоящее время, одним из важных и недостаточно изученных вопросов в урогинекологии является проблема стрессового недержания мочи у женщин в детородном возрасте. В США более 15 миллионов человек страдают недержанием мочи, заболеванием, более распространенным, чем сахарный диабет (Neil M., 1999). В Российской Федерации симптомы недержания мочи выявлены у 38,6% женщин (Ряполова И.В., Литвиненко Л.Я., 1998).

В последние годы на выяснении патогенеза заболевания сосредоточено серьезное внимание. Стандартные методы исследования, в том числе уродинамические, оказались недостаточными для выяснения сложных физиологических и патологических процессов. А это вновь и вновь возвращает урологов к изучению морфологии ключевых уродинамических зон мочевыводящих путей и, в частности, пузырно-уретрального сегмента (Lutuaier V., Hainz R., 1986).

Цель исследования: изучение клинической анатомии пузырно-уретрального сегмента у рожавших и не рожавших женщин.

Задачи исследования:

1. Изучение анатомии пузырно-уретрального сегмента в органокомплексе у рожавших и не рожавших женщин.

2. Изучение гистологического строения пузырно-уретрального сегмента у рожавших и не рожавших женщин.

Методы исследования: строение пузырно-уретрального сегмента у женщин изучалось по данным анатомического (макро-,

микропрепаровка «свежих» препаратов органокомплекса «мочевой пузырь - уретра - влагалище» у трупов женщин возрастной группы от 20 до 40 лет; 23 препарата - рожавшие, 7 - не рожавшие) и гистологического (окраска срезов гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону) исследований.

Результаты исследования:

по данным макро-, микропрепаровки органокомплекса «мочевой пузырь - уретра - влагалище», наружный сфинктер мочеиспускательного канала расположен основной массой вокруг уретры, между верхней и нижней фасциями мочеполовой диафрагмы, и представлен циркулярно расположенными пучками мышечных волокон, которые проксимально распространяются до шейки мочевого пузыря. Сам сфинктер тесно связан с мышцами тазового дна, одна из которых - т. constrictor cunni, располагаясь в толще мочеполовой диафрагмы позади луковицы преддверия влагалища, окружает верхнюю стенку мочеиспускательного канала и заднюю стенку влагалища, тем самым, по видимому, также выполняя сфинктерную функцию замыкания пузырно-уретрального сегмента.

Результаты гистологического исследования (микропрепаровка, микроскопия срезов) показали, что внутренний сфинктер образован циркулярно расположенными вокруг внутреннего отверстия мочеиспускательного канала пучками гладких мышечных клеток, которые являются продолжением циркулярного мышеч-

ного слоя мочевого пузыря. Задняя часть сфинктера состоит из мочепоузырного треугольника Льетто.

Таким образом мы подтверждаем концепцию строения наружного сфинктера уретры у женщин по А.А. Введенскому (1901), так как при препаровке также не находим т. Wilsonii - мышечные волокна, начинающиеся от стенок pl. venosus Santorinii и оканчивающиеся спереди и сзади мочеиспускательного канала, охватывая его с боков. Такое анатомическое строение пузырно-уретрального сегмента характерно мужскому органокомплексу. При макро-, микропрепаровке женского органокомплекса, по боковым поверхностям мочеиспускательного канала и влагалища проходят передне-внутренние пучки т. levator ani, которые начинаются от внутренней стенки нисходящей ветви лобковой кости и идут к передней и боковым стенкам прямой кишки. Эти мышечные волокна, возможно, также участвуют в замыкании пузырно-уретрального сегмента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Одним из распространенных урологических заболеваний является недержание мочи при напряжении. Лечение его имеет не только медицинское, но и социальное значение. Недержание мочи при напряжении относится к числу заболеваний, которые приносят женщине не только физические страдания, но зачастую приводят ее к социальной изоляции. Недержанием мочи при напряжении преимущественно страдают женщины, перенесшие патологические роды, во время которых разрываются мышцы тазового дна, промежности и мочеполовой диафрагмы.

Нами обследовано и подвергнуто оперативному лечению 245 женщин, страдавших миомой матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна. Всем им произведена гистерэктомия трансвагинальным доступом. Показанием к операции явились миомы размером не более 14 недельной беременности, сочетающиеся с опущением стенок влагалища,

несостоятельностью мышц тазового дна и недержанием мочи.

Перед операцией проведено комплексное обследование, включая дополнительные методы. Сфинктерометрия уретрального сфинктера подтвердила некоторое снижение его силы ($33,8 \pm 0,98$ лисосфинктера, $39,77 \pm 1,11$ рабдосфинктера). У 43 женщин, страдавших недержанием мочи при напряжении было выражено снижение силы рабдо- и лисосфинктера (20 ± 3 мм рт. ст.; 25 ± 3 мм рт. ст.), причем клинические признаки появлялись во время смеха, спокойной ходьбе, легкой физической нагрузке. У остальных 202 непроизвольное выделение мочи отмечалось только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления и исчислялось всего несколькими каплями. Объем операции заключался в трансвагинальной экстирпации матки с пластикой влагалища, тазового дна и промежности. Прямая мышечная пластика уретрального сфинктера по Штеккелю была сделана 43 женщинам, страдавшим

стрессовым недержанием мочи. Для укрепления и сшивания мышечных структур, а также для устранения цистоцеле мы применяли аллосухожильные нити, которые рассасываются в течение 2 лет и являются наиболее надежным фиксирующим материалом.

У 45% из 202 женщин, которым производилась только пластика передней стенки влагалища и устранение цистоцеле, через год возобновились симптомы недержания мочи при значительных физических нагрузках.

По нашему опыту, женщинам, которые должны быть подвергнуты трансвагинальной гистерэктомии, необходимо проводить исследование состояния сфинктера мочевого пузыря, и наилучший эффект оперативного лечения недержания мочи при таких операциях достигается с применением прямой мышечной пластики уретры и передней кольпорафии.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

АЛЕКСАНДРОВ В.П.,
КУРЕНКОВ А.В., ПЕЧЕРСКИЙ А.В.
Кафедра урологии и андрологии
МАПО, Санкт-Петербург

УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель: Анализ результатов цистометрии у женщин с жалобами на недержание мочи с тем, чтобы установить его причину.

Материал и методы: Цистометрия была выполнена у 130 женщин, предъявлявших жалобы на потерю мочи. Возраст больных составлял от 41 года до 76 лет (средний 58,5). Ретроградная жидкостная цистометрия дополнялась в ряде случаев фармакоцистометрией, изменением скорости инфузии жидкости.

Результаты исследований: Из 130 женщин у 76 (58,5%) в результате проведенного цистометрического исследования не было выявлено никаких нарушений накопительной функции мочевого пузыря. Незаторможные детрузорные сокращения регистрировались у 25 больных (19,2%), снижение цистометричес-

кого объема и увеличение тонуса детрузора отмечалось у 29 пациенток (22,3%). Применение фармакоцистометрии с прозеринном, увеличение скорости инфузии жидкости позволило выявить у 7 пациенток (5,3%) скрытую дисфункцию мочевого пузыря.

Обсуждение: Неконтролируемая потеря мочи не всегда связана с истинным стресс-недержанием мочи. Цистометрия является основным методом исследования, позволяющим дифференцировать расстройство накопительной функции мочевого пузыря и исключить нестабильность детрузора как причину недержания мочи. Существуют комбинированные формы недержания мочи у женщин, при которых имеется сочетание стресс-недержания с дисфункцией мочевого пузыря.

АЛЕКСАНДРОВ В.П., КУЗИН Г.Г.,
КУРЕНКОВ А.В., СКРЯБИН Г.Н.
Кафедра урологии и андрологии
МАПО, Санкт-Петербург

УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

Нейрогенные нарушения функции мочевого пузыря вызываются разрывом рефлекторной дуги мочеиспускания. Выявление основного патологического звена - диагностическая задача, для решения которой подключаются невропатологи, урологи, нейрохирурги и т.д.. Помимо этого необходима сложная диагностическая аппаратура, не всегда доступная в клинике.

Цель: Разработка системы мероприятий с использованием простых диагностических манипуляций и доступного оборудования.

Материал и методы: Обследовалось 33 женщины с нейрогенным (спинальным) нарушением мочеиспускания. Основным критерием для

обследования и дальнейшего лечения были стойкие двигательные и чувствительные нарушения. Диагностические мероприятия были направлены на выявление вариантов нарушений, заключающихся в увеличении или уменьшении тонуса детрузора, увеличении или уменьшении тонуса наружного или внутреннего сфинктера. Различные сочетания этих компонентов формируют тип нейрогенного нарушения мочеиспускания.

Результаты исследований: Тщательный сбор анамнеза заболевания указывает на причину, вызвавшую нарушение. Изменение тонуса, рефлексов, объема мочевого пузыря, а также сфинктерометрия



ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

уточняют степень нарушений и длительность последующего лечения.

Выводы: Измерение объема мочевого пузыря, тонуса детрузора

при постоянном или дискретном его наполнении, и при опорожнении, а также сфинктерометрия (профилометрия) – мероприятия достаточно точные для определения типа на-

рушения мочеиспускания, не требуют специальных навыков и не представляют трудностей при изготовлении измерительной аппаратуры в любой из клиник.

**АЛЕКСАНДРОВ В.П.,
КУРЕНКОВ А.В., УЧВАТКИН Г.В.**
Кафедра урологии и андрологии
МАПО, Санкт-Петербург

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Цель исследования: Анализ результатов различных видов оперативного лечения по поводу стресс-недержания мочи, сочетающегося с ургентным синдромом.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 45 женщин с комбинированным недержанием мочи, подвергнутых хирургическому лечению. Из них 12 (26,7%) пациенткам выполнена кольпосуспензия (операция Stamey и Raz) – 1-я группа и 33 (73,3%) – короткий или средний слинг дакроновым лоскутом – 2-я группа. Спустя 6 месяцев всем больным выполнялось контрольное обследо-

вание, включающее опрос, влагалищное и уродинамическое обследование, цистотографию.

Результаты обследования: Из 45 пациенток 37 (82,2%) были излечены от стрессового недержания мочи. Ургентный синдром сохранился у 12 (26,7%) больных, среди пациенток 1-й группы – 9 (75%), 2-й группы – 3 (9%). У всех больных с ургентным синдромом после оперативного лечения на цистограммах выявлялась “везикализация, зияние” шейки мочевого пузыря.

Обсуждение: “Релаксированный” внутренний сфинктер, соответствующий на цистограммах “зияющей”

шейке мочевого пузыря, вызывает детрузорную гиперактивность, которая проявляется учащенным, повелительным мочеиспусканием, никтурией и ургентным недержанием мочи, так называемым ургентным синдромом. При кольпосуспензии, несмотря на устранение гипермобильности уретры, сохраняется открытая в покое шейка мочевого пузыря, что обуславливает часто сохраняющийся ургентный синдром. При корректно выполненной слинговой операции коаптация уретры обеспечивает релаксирующее действие на детрузор и исчезновение ургентного синдрома.

**АЛЬ-ШУКРИ С.Х.,
АЙЛАМАЗЯН Э.К., КУЗЬМИН И.В.,
АМДИЙ Р.Э., КОРШУНОВ М.Ю.,
КОНОНОВ П.А.**
Кафедра урологии и кафедра
акушерства и гинекологии СПбГМУ
им. акад. И.П.Павлова

РОЛЬ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Дисфункции нижних мочевых путей, проявляющиеся недержанием мочи, наблюдаются у 10–30% женщин. Они приводят к значительному снижению качества жизни этих больных, что имеет существенную социальную значимость.

Повышение эффективности лечения больных с недержанием мочи остается весьма актуальной проблемой. Для выбора оптимальной тактики лечения необходима точная диагностика типа дисфункции. При этом наибольшее диагностическое значение имеют уродинамические методы исследования.

В клинике урологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова проведено комплексное уродинамическое обследование 128 женщин с недержанием мочи в возрасте от 23 до 72 лет. Задачей настоящего исследования было выявление типа дисфункции нижних мочевых путей, являющейся причиной недержания мочи.

Всем больным на этапе уродинамической диагностики выполняли цистометрию наполнения и профилометрию (измеряли профиль уретрального давления) в покое и при стресс-провокации.

Сопоставление результатов уродинамических исследований с клинической симптоматикой позволило нам выделить две группы больных. В 1-й группу ($n=60$) вошли пациенты с признаками гиперактивности мочевого пузыря. В этой группе оказались все больные с ургентным и смешанным недержанием мочи, а также 2 женщины с стрессовым недержанием мочи. Гиперактивность мочевого пузыря была представлена двумя формами – моторной ($n=21$) и сенсорной ($n=39$). При моторной форме гиперактивности детрузора отмечались произвольные сокращения детрузора в фазу наполнения, сопровождавшиеся императивным позывом на мочеиспускание. При сенсорной фор-

ме произвольной активности мочевого пузыря не отмечалось, однако максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря не превышала 150 мл. Тактика лечения женщин с гиперактивностью мочевого пузыря заключалась в назначении медикаментозной терапии, преимущественно М-холинолитических препаратов. К 2-й группе больных относились больные с нормальными данными цистометрии. У всех из них клинически отмечалось стрессовое недержание мочи.

Результаты профилометрии показали, что при изолированном ургентном недержании мочи максимальное уретральное давление было значительно выше, чем у больных с стрессовым и смешанным недержанием мочи (соответственно $79,4 \pm 8,5$ см водного столба и $57,4 \pm 8,4$ см водного столба). Кроме того, у этих больных наблюдалась значительно более высокая степень передачи

внутрибрюшного давления на уретру при стресс-провокации (кашле). В свою очередь, в группе больных с стрессовым недержанием мочи мы выделили группу женщин, имевших очень низкие показатели максимального уретрального давления (менее 30 см водного столба). При этом у этих больных не отмечали признаков выраженной релаксации мышц тазового дна, опущения передней стенки влагалища. Причиной недержания мочи у этих женщин состояла в несостоятельности сфинктерного аппарата уретры. У женщин с высокими значени-

ями максимального уретрального давления наблюдали отмечали значительное опущение передней стенки влагалища, иногда в сочетании с цистоцеле.

Тактика лечения женщин с стрессовым недержанием мочи в большой мере определяется результатами уродинамического исследования. При наличии уретральной недостаточности показаны инъекционные методы лечения (например, периуретральное введение коллагена), либо выполнение слинг-операций. При наличии выраженной релаксации тазового дна при сохранности фун-

кции наружного сфинктера показаны консервативные мероприятия (упражнения для тазовых мышц с использованием метода биологической обратной связи), а при их безуспешности - оперативное лечение, направленное на нормализацию анатомических соотношений в малом тазу (позадилонная кольпосуспензия, влагалищные подвешивающие операции и др.).

Таким образом, уродинамические исследования являются весьма важными в определении тактики лечения женщин с недержанием мочи.

БУЯНОВА С.Н., ПЕТРОВА В.Д.,
ТИТЧЕНКО Л.И., ЧЕЧНЕВА М.А.,
ПОПОВ А.А.,
РИЖИНАШВИЛИ И.Д.
МОНИИАГ,
Москва, Россия

МОЧЕВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ. (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Цель: Оптимизировать диагностику, профилактику, методы лечения пролапса гениталий и недержания мочи.

Методы: Стрессовое недержание мочи является частным случаем недержания мочи вообще. Известны другие клинические варианты недержания мочи, которые необходимо дифференцировать на самых ранних этапах обследования пациенток, поскольку от этого зависит лечебная тактика. Ургентное недержание мочи, т.е. состояние когда больные не могут противостоять императивному позыву к мочеиспусканию, встречается в 25%, в 10% - недержание мочи обусловлено нарушением функции опорожнения, в 25% случаев диагностируются комбинированные формы (сочетание НМПН и нестабильности детрузора или уретры), стрессовое (или НМПН) встречается в 40% случаев. Стрессовое недержание мочи часто сопутствует пролапсу гениталий, лечебная тактика в такой ситуации, как правило, хирургическая. Ургентная инконтиненция лечится медикаментозно. В случае комбинированных форм - лечение необходимо начинать с преобладающего симптома

Результаты: Параллельно оценивая ценность клинического, ультразвукового и уродинамического методов исследования в опреде-

лении типа НМПН и различных форм инконтиненции, необходимо подчеркнуть важность клинического метода. Это связано с ограниченным использованием в диагностике КУДИ. Включение в существующий алгоритм обследования специального опросника с таблицей "рабочих" диагнозов и дневника мочеиспускания позволяет решить эту проблему и способствует правильному выбору адекватного метода лечения.

Нами разработана трехэтапную схему обследования больных.

I этап - клиническое обследование, включающее гинекологический осмотр с проведением функциональных проб, сбор анамнеза со специализированным опросником и таблицей "рабочих" диагнозов, заполнением дневника мочеиспускания. Уже на I этапе обследования больных при получении убедительных данных, свидетельствующих об ургентном характере инконтиненции или императивных расстройствах без недержания мочи, мы рекомендовали медикаментозное лечение, тренировочный курс, предусматривающий упражнения для мышц промежности

II этап - УЗИ. Показаниями для эхокопического исследования являются исключение или подтверждение наличия патологии гениталий, исследование уретровезикального

сегмента и определение состояния уретры у больных со стрессовым недержанием мочи.

III этап - КУДИ с исследованием колебаний максимального внутриуретрального давления, депрессии внутриуретрального давления при нагрузке, порога абдоминального давления, объема остаточной мочи, детрузорного давления, максимального внутриуретрального давления, функциональной длины уретры. Такая последовательность обследования больных оправдана, поскольку эхографическое исследование более доступно в отличие от КУДИ.

Обсуждение: На основании клинического метода (I этап) можно дифференцировать стрессовую и ургентную инконтиненцию, при УЗИ (II этап) - определить наличие изменений сфинктерного аппарата уретры, т.е. диагностировать II или III типы недержания мочи, что является определяющим в выборе антистрессовой технологии. Выбор метода лечения зависит от степени пролапса, типа недержания мочи, сопутствующей патологии гениталий, возраста, социальной и жизненной активности пациентки. В качестве "базового" хирургического вмешательства нами производилась апоневротическая вагинопексия (утеропексия) или ее лапароскопическая версия MESH-вагинопексия, которую ком-

бинировали с антистрессовыми операциями (Берча при I-II типе НМПН или слингом при III типе).

Выводы: Предложенная нами схема в виде трехэтапного комплексного обследования больных с ин-

континенцией и императивными расстройствами мочеиспускания способствует правильной постановке диагноза на ранних этапах, выбору рациональной лечебной тактики, позволяет избежать необос-

нованных хирургических вмешательств, дает возможность контролировать изменения уродинамики после операций и своевременно провести коррекцию выявленных нарушений.

ГАДЖИЕВА З.К., ЛОКШИН К.Л.,
ЧАЛЫЙ М.Е., АЛЯЕВ Ю.Г.,
БАЛАН В.Е.

Урол. клиника ММА
им. И.М.Сеченова и НЦАГиП РАМН,
Москва, Россия

РОЛЬ ПРОФИЛОМЕТРИИ УРЕТРЫ И ДОПплЕРОГРАФИИ СОСУДОВ УРЕТРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Удержание мочи - многофакторный, сложный, до конца не изученный механизм. Полагают, что 2/3 внутриуретрального давления обусловлены сосудистыми артериальными сплетениями уретры. Эстрогенный дефицит отрицательно влияет на состояние сосудистой сети мочевого тракта.

Цель исследования: определение сосудистого компонента в механизме удержания мочи с использованием профилометрии уретры и доплерографии сосудов уретры в обследовании женщин с расстройствами мочеиспускания в климактерическом периоде.

Материалы исследования: обследовано 99 женщин в возрасте от 44 до 80 лет в климактерии с длительностью пери- и постменопаузы от 0,5 до 30 лет. Стрессовое недержание мочи наблюдалось у 54 (54,5%) женщин.

Результаты: у 10 (10,1%) обследованных пациенток выявлена сосудистая пульсация при проведении профилометрии уретры. По сравнению с пациентками без сосудистой пульсации на профилограммах они находятся в более молодом возрасте (52,8 и 58 лет соответственно) и с меньшей длительностью менопаузы (3,8 и 7,5 лет соответственно). Профилограммы с сосудистой пульсацией регистрируют большее давление закрытия уретры (38,9 и 30,1 см вод.ст. соответственно) и большую функциональную длину уретры (2,6 и 2,3 см соответственно). В сравнении с показателями доплерографического исследования у пациенток с вышеописанной пульсацией отмечаются более высокие показатели скорости кровотока, систоло-диастолического соотношения, пульсацион-

ного индекса. Допплерографическое исследование сосудов уретры показало достоверное увеличение максимальных скоростей кровотока и пульсационного индекса на фоне применения ЗГТ и альфа-адреномиметика Гутрона селективно и в сочетании их. На фоне проведения комбинированной терапии вышеуказанные показатели изменяются соответственно в среднем в 2,09 и 2,01 раза.

Выводы: положительная субъективная симптоматика и объективное увеличение максимального уретрального давления одновременно с увеличением показателей кровотока уретры на фоне комбинированной терапии (ЗГТ совместно с препаратами адренергического действия) подтверждают значительную роль сосудистого компонента в механизме удержания мочи.

ДОЛГОВ Г.В., МАРЧАК А.А.,
ОРБЕЛИ М.А., ДМИТРИШЕН Р.А.,
РЕДЬКО О.А., ГАСПЕР И.П.,
МАРТЫНОВ С.А., ЯКУШЕВ В.А.
Военно-медицинская академия,
Санкт-Петербург

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ “ПОРТРЕТ” БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ОПУЩЕНИЕМ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Обследовано 89 пациенток с опущением стенок влагалища и недержанием мочи до и после хирургического лечения. Течение послеоперационного периода у всех женщин было неосложненным (саногенетическим). Средний возраст женщин составил - $55,5 \pm 10,6$ лет, масса тела - $71,4 \pm 1,2$ кг и рост $162,0 \pm 0,53$ см.

Заболевания почек у пациенток встречались в 45,0% случаев, ожирение в 43,1% патология сердечно-сосудистой системы в 40,9% случаев, заболевания легких и желудочно-кишечного тракта в 19,3%, эн-

докринная патология в 18,5%, патология печени в 15,9%, варикозная болезнь в 14,8%, заболевания нервной системы в 10,2%, анемия в 9,1% и аллергия в 6,8% случаев соответственно. Пластика стенок влагалища была выполнена в 50,0% случаев, влагалищная экстирпация матки в 31,9%, манчестерская операция в 9,3% и операция К.М.Фигурнова в 8,8% случаев. В подавляющем большинстве случаев длительность операций не превышала 2-часов (64,8%).

Возмещение кровопотери было про-

изведено 12,5% пациенток, у которых до операции была выявлена анемия различной степени тяжести.

Температура у больных только 2-е суток после операции были субфебрильной, а затем оставались в пределах нормальных значений, что, очевидно, может быть связано с возрастными особенностями иммунологической реактивности этих пациенток. Длительность болевого синдрома у женщин как правило не превышала 5 суток. Длительность койко-дня до и после операции составила $13,4 \pm 0,4$ и $9,9 \pm 0,6$ дня соответственно.

Оценка иммунологических показателей у пациенток до операции выявила незначительный дисбаланс и нарушения функциональной активности иммунокомпетентных клеток. В послеоперационном периоде у больных отмечалась Т- и В-умеренная депрессия, с медленным восстановлением показателей до исходных к выписке.

При изучении до операции биохимических показателей обращало на себя внимание в исходных значениях высокие значения щелочной фосфатазы и Na. На 1-е сутки послеоперационного периода были выявлены снижение АЛТ, непрямого билирубина и Na, а также общего белка и калия. Протромбиновый индекс был достоверно более высоким (по

отношению к уровню до операции) еще на 5-е сутки послеоперационного периода.

Характер неблагоприятных адаптационных реакций по Л.Х.Гаркави (1990) был представлен одним пиком на 1 сутки после операции, а затем медленно начал формироваться второй пик, так и не достигнув исходного, более низкого уровня до операции.

Показатели клинического анализа крови исследуемых групп больных до операции отличались низкими значениями лейкоцитов. После операции в наибольшей степени подверглись изменениям значения СОЭ и лимфоциты, которые к 12-м суткам послеоперационного периода не достигли исходных значений до операции.

Таким образом, большая часть больных хирургического профиля с опущением стенок влагалища и недержанием мочи входит в группу старшего возраста с наличием выраженной экстрагенитальной патологии. Для профилактики послеоперационных осложнений они нуждаются в тщательном обследовании до операции и подготовке к хирургическому лечению с привлечением терапевта. В раннем послеоперационном периоде, в связи с медленным восстановлением показателей естественной резистентности у этих больных, целесообразно большее внимание уделять клинико-лабораторной оценке их состояния с активным наблюдением после операции еще на протяжении месяца.

Дьяков В.В., ПУШКАРЬ Д.Ю.

МГМСУ,
Москва, Россия

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ УРЕТРЫ И НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель: нестабильность уретры в некоторых случаях приводит к недержанию мочи в зависимости от характера, амплитуды, сочетания колебаний максимального внутриуретрального давления и давления в мочевом пузыре, что позволяет выделить два типа нестабильности уретры.

Методы: в ходе анализа уродинамических данных и клинических проявлений 61 пациентки, обратившихся по поводу недержания мочи было выделено две клинические группы. Всем больным проводилось комплексное урологическое обследование, не выявившее у них признаков сфинктерной недостаточности.

Результаты: при обследовании 1-ой группы (17 женщин) было установлено, что нестабильность уретры сочетается с нестабильностью детрузора, в клинической картине у пациенток данной группы преобладала поллакиурия и редкие эпизоды императивной инконтиненции. Во 2-ой группе (44 женщины) колебания максимального внутриуретрального давления носили кратковременный характер и имели отрицательную амплитуду, больных беспокоило проявления ургентной инконтиненции.

Обсуждение: результаты проведенного исследования позволяют вы-

делить 2 типа нестабильности уретры. В связи с чем комбинированное уродинамическое исследование с измерением колебаний МВУД является обязательным в диагностике недержания мочи у женщин без признаков сфинктерной недостаточности.

Выводы: 1-ый тип нестабильности уретры (нестабильность уретры в сочетании с нестабильностью мочевого пузыря) – проявляется поллакиурией и реже императивной инконтиненцией. 2-ой тип нестабильности уретры (стремительное падение давления) – проявляется ургентной инконтиненцией.

Дьяков В.В., ПУШКАРЬ Д.Ю.

МГМСУ,
Москва, Россия

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

Цель: у некоторых пациенток с расстройствами мочеиспускания клиническая картина определяется колебаниями максимального внутриуретрального давления или нестабильностью уретры, что диктует необходимость в ходе комбинированного уродинамического исследования во время профилометрии уретры измерения давления в максимальной его

точке. Целью исследования было изучение клинического значения колебаний максимального внутриуретрального давления у женщин.

Методы: анализ результатов уродинамических исследований 1500 пациенток, страдающих различными расстройствами мочеиспускания, выявил, что у 102 женщин (6,8%), при уродинамическом исследовании были зарегистрированы колебания макси-

мального внутриуретрального давления. Всем больным с нестабильностью уретры проводилось комплексное уродинамическое обследование, включавшим в себя комбинированное уродинамическое исследование, уродинамический мониторинг.

Результаты: при обследовании пациенток с нестабильностью уретры установлено, что колебания максимального внутриуретрального

давления до 15 см H_2O встречаются у 30% женщин без жалоб на расстройства мочеиспускания, у остальных (6,8%) выявлены различные расстройства мочеиспускания: поллакиурия, ургентная инконтиненция, причиной которых являлась нестабильность уретры.

Обсуждение: полученные резуль-

таты свидетельствуют о том, что колебания максимального внутриуретрального давления вызывают расстройства мочеиспускания и определяют клиническую картину.

Выводы: колебания МВУД существуют как самостоятельный уродинамический показатель. Колебания МВУД до 15 см H_2O выявляются

у 30% здоровых женщин без нарушения мочеиспускания. Колебания МВУД более 15 см H_2O у 6,8% пациенток с расстройствами мочеиспускания и определяются как нестабильность уретры.

КИРА Е.Ф., ПЕТРОВ С.Б.,
ТЫЧКОВА Л.А.

Военно-медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии,
Санкт-Петербург

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН С ОПУЩЕНИЯМИ ИЛИ ВЫПАДЕНИЯМИ ВЛАГАЛИЩА/МАТКИ

Недержанием мочи при напряжении женщины страдают в различном возрасте, но преимущественно от 40 до 50 лет, частота этого синдрома колеблется от 5% до 30% в структуре общей гинекологической патологии.

В клинике акушерства и гинекологии им. акад. А.Я. Красковского ВМедА обследовано и проведено оперативное лечение у 152 женщин в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст $53,2 \pm 1,9$ года), страдающих опущением стенок влагалища и/или выпадением матки, сопровождающихся недержанием мочи при напряжении (НМПН). Изучены этиологические и патогенетические факторы заболевания, проведено комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее клинические наблюдения, эндоскопические, рентгенологические и уродинамические методы исследования.

При проведении цистоуретроскопии у больных с цистоуретроцелем было выявлено западение задней стенки и дна мочевого пузыря, при этом определялась продольная, уходящая вниз складчатость задней стенки пузыря, что было соответственно выявлено у 93 (61,2%) пациенток. При физическом напряжении (кашле) у 67 (44,1%) больных отмечалось опущение и значительная подвижность основания мочевого пузыря.

При уретроскопии было выявлено неполное смыкание шейки мочевого пузыря (симптом Шрама-Алексева) в покое у 35 (24,0%) пациенток. Физическая нагрузка приводила раскрытию внутреннего сфинктера у

125 (81,25%) обследованных. Перечисленные признаки являются патогномоничными для НМПН.

При анализе цистоуретрограмм симптом “везикализации” уретры был положительным у 87 женщин (58,2%). Изменение длины уретры выявлено у 138 пациенток (90,8%), средняя длина уретры составила $2,7 \pm 0,3$ см. При напряжении длина уретры уменьшалась и составила в среднем $2,3 \pm 0,2$ см, также определялось опущение дна мочевого пузыря относительно лонного сочленения.

У всех обследованных женщин страдающих недержанием мочи было выявлено увеличение заднего пузырно-уретрального угла (ЗПУУ), в покое он составил в среднем $129,3 \pm 7,0^\circ$, при напряжении $154,7 \pm 5,5^\circ$.

На основании проведенных исследований были выявлены рентгенологические признаки недержания мочи. К ним относятся: опущение дна мочевого пузыря, уменьшение анатомической длины уретры, увеличение ЗПУУ, зияние шейки мочевого пузыря (симптом “везикализации” уретры).

При проведении ретроградной цистометрии внутрипузырное давление колебалось от $4,7 \pm 0,4$ до $10,8 \pm 0,3$ см вод. ст. Появление первого позыва на мочеиспускание возникало при объеме введенной жидкости от 110 до 160 мл. Максимальный цистометрический объем пузыря, при котором возникал нестерпимый позыв к мочеиспусканию, колебался от 350 до 700 мл.

Определение профиля уретрального давления показало: максималь-

ное уретральное давление (МУД) снижалось в некоторых случаях в среднем $42,3 \pm 5,7$ см. вод. ст. Среднее значение максимального уретрального давления закрытия (МУДЗ) составило $30,2 \pm 4,6$ см. вод. ст. Функциональная длина уретры (ФДУ) была меньше нормы, в среднем составляла $24,6 \pm 2,5$ мм.

При проведении провокационного стресс-теста величина МУДЗ снижалась, пузырно-уретральный градиент становился отрицательным, что клинически проявлялось подтеканием мочи из уретры. При анализе урофлоуметрии выявлено увеличение максимальной объемной скорости потока мочи в среднем до $32,1 \pm 3,2$ мл/сек. (норма 15-25 мл/сек.), при объеме мочеиспускания $312,3 \pm 20,5$ мл, времени мочеиспускания $18,6 \pm 1,5$ сек. Средняя объемная скорость потока мочи составила $25,3 \pm 1,3$ мл/сек.

Выводы:

1. Диагностика НМПН основывается на проведении комплексного обследования больных, включающего эндоскопические, рентгенологические и уродинамические исследования.

2. Уродинамические исследования являются основным диагностическим методом в выявлении различных форм недержания мочи, с целью определения оптимальной тактики профиля уретрального давления с наибольшей достоверностью характеризует функциональные нарушения уретры и ее сфинктерного аппарата, а также с помощью них мы можем выявить ургентный синдром, при котором оперативное лечение противопоказано.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРУПНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ У БОЛЬНЫХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Общепризнанной является обоснованность применения петлевых операций при недержании мочи при напряжении у женщин с использованием как собственных тканей организма, так и различных синтетических материалов. Однако известные в настоящее время методики не всегда удовлетворяют врачей. Так, при использовании кожной петли остается рубец после формирования лоскута, что, безусловно, является отрицательным моментом для пациенток. При применении синтетических материалов высок риск эрозирования

ложка петли и длительной инфекции в области операции.

С начала 90-х годов в мировой практике получило распространение использование трупных гомотрансплантатов в качестве основы для петлевых операций по коррекции стрессового недержания мочи.

Современные технологии очистки тканей позволяют добиться отсутствия как местных, так и общих реакций организма на трансплантат, в то же время, сохранив все физические свойства пересаживаемой ткани. В мире созданы регио-

нальные банки трупных тканей, из которых материалы могут поставаться по мере необходимости.

В урогинекологической практике используются трупные фасции и трупная кожа, что обеспечивает хороший функциональный результат при минимальной травматичности и малой инвазивности.

Цель данного сообщения - познакомить слушателей с различными вариантами трупных гомотрансплантатов и дать оценку возможностей метода, ссылаясь на литературные данные.

ОБСТРУКТИВНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ У ЖЕНЩИН

Обструктивное мочеиспускание у женщин - очень редкий и трудно распознаваемый симптомокомплекс.

Цель настоящего исследования - познакомить читателей с данной проблемой и представить результаты обследования больных, страдающих этим нарушением мочеиспускания.

Материалы и результаты.

Обструктивное мочеиспускание характеризуется снижением максимальной объемной скорости потока мочи ниже 10 мл/с, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря и, в большинстве случаев, наличием остаточной мочи. Подобное состояние обнаружено нами у 8% больных от числа всех больных нарушениями мочеиспускания, подвергшихся уродинамическим исследованиям в нашей клинике.

Считаем необходимым привести клинические и уродинамические данные, полученные в результате обследования этой группы пациенток.

Клинические проявления заболевания:

- ослабление мочевого струи - 89%;
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря - 67%;

· дискомфорт после мочеиспускания - 24%;

· императивное недержание мочи - 11%;

· урогенитальный пролапс - 56%;

· мочевого инфекция ($> 10^6$ КОЭ) - 77%;

Уродинамические признаки

· снижение максимальной объемной скорости потока мочи < 12 мл/с - 100%;

· количество остаточной мочи (ультрасонография) - 0 - 370 мл;

· гипотония детрузора (цистометрия) - 78%;

· увеличение детрузорного давления при максимальном потоке (исследование «давление-поток») > 30 см водного столба - 56%;

· нестабильность детрузора - 21%;

· нестабильность уретры - 45%;

Обсуждение и выводы. Нами представлены клинические и уродинамические данные больных страдающих, обструктивным мочеиспусканием. Анализ данных клинических случаев не выявил каких-либо predisposing факторов развития данного заболевания в отличие, например, от группы пациенток, пе-

ренесших радикальные операции на матке.

В настоящее время рассмотренные нами пациентки во многих странах мира рассматриваются как пациентки идиопатическими нарушениями мочеиспускания. По нашему мнению дальнейшее изучение данного заболевания позволит более точно оценить патогенез подобных состояний и определить возможности коррекции обструктивного мочеиспускания.

ИГОЛЬЧАТАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ НЕЙРО-МЫШЕЧНОГО СОСТОЯНИЯ СФИНКТЕРОВ УРЕТРЫ И АНУСА ПРИ СТРЕССОВОМ И УРГЕНТНОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Одной из возможных причин недержания мочи (НМ) может быть поражение пудендального нерва, иннервирующего поперечно-полосатую мышцу наружного сфинктера уретры. В этом случае наиболее адекватным методом, позволяющим оценить состояние сфинктеров и мышц тазового дна, выявить наличие денервации и степень реиннервации в этих мышцах, является игольчатая электромиография (ЭМГ), в основе которой лежит изучение двигательных единиц мышц посредством анализа их потенциалов, регистрируемых с помощью концентрических игольчатых электродов.

Целью данного исследования являлось определение состояния двигательных единиц мышц сфинктеров у женщин со стрессовым и ургентным НМ.

В работе использованы материалы обследования 14 женщин с НМ: у 8 - стрессовое и у 6 - ургентное, подтвержденное при осмотре на кресле, а также комплексным уродинамическим и стресспрофильным исследованиями. Средний возраст больных плюс/минус стандартное отклонение составил $52 \pm 11,9$ лет (от 22 до 72 лет). Продолжительность заболевания колебалась от 0,5 до 30 лет (у больных с императивным 12,6 от 0,4 до 30 лет и со стрессовым 15,8 от 0,5 до 40 лет). Больные с сахарным диабетом или наличием наследственных неврологических поражений из данного исследования исключались. В контрольную группу было включено 5 женщин (исследовано 10 мышц сфинктеров) в возрасте от 28 до 52 лет, без НМ.

При анализе потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) в уретральном и анальном сфинктерах выявлено, что средние и максимальные величины амплитуды и длительности ПДЕ, числа фаз и турнов в потенциале, а также

средний процент полифазных потенциалов у большинства больных с НМ значительно отличаются от тех же величин в сфинктерах контрольной группы. При этом у 36% больных имело место значительное увеличение параметров ПДЕ (средних величин амплитуды и длительности) и их полифазия в уретральном сфинктере и у 50% больных в анальном сфинктере. У 29% больных изменения ПДЕ были выявлены в обоих сфинктерах, где параметры отдельных потенциалов во много раз превышали максимальные величины контрольной группы.

Сравнительный анализ ПДЕ в уретральном сфинктере у больных со стрессовым и императивным НМ, показал, что все величины, характеризующие ПДЕ, при стрессовом НМ были статистически достоверно больше, чем при ургентном НМ. Более выражены и признаки денервации у больных со стрессовым НМ. Средние величины, характеризующие ПДЕ в анальном сфинктере у больных со стрессовым и ургентным НМ, оказались очень близкими и различались лишь по числу полифазных потенциалов, которое оказалось большим в мышцах больных со стрессовым НМ.

По нашим данным число больных НМ с ЭМГ признаками перенесенного или текущего поражения пудендальных нервов, свидетельствующими о реиннервации различной давности в уретральном или в анальном сфинктерах, составило 79%. При этом у половины из них были выявлены признаки текущей денервации мышечных волокон в этих мышцах. В 29% больных имело место лишь значительное укрупнение потенциалов и их полифазия, что указывало на перенесенный ранее денервационно-реиннервационный процесс, изменивший морфофункциональную организацию двигательных единиц. Лишь 21% больных с НМ не имели никаких нару-

шений в мышцах сфинктеров, а также изменений ПДЕ в контрольных скелетных мышцах. Эти данные подтверждают, что НМ у женщин может быть связано с нарушением трофического обеспечения мышц сфинктеров со стороны иннервирующего их пудендального нерва.

ЭМГ обследование контрольных скелетных мышц у больных с НМ и клинический осмотр женщин показали также, что у 64% из них имело место наличие генерализованного поражения периферического нейромоторного аппарата (аксональной или демиелинизирующей полиневропатии различного генеза) с признаками денервации и реиннервации в скелетных мышцах. Анализ показал, что у этих женщин в обоих сфинктерах практически все величины, характеризующие ПДЕ и спонтанную активность мышечных волокон, были значительно больше, чем те же величины в сфинктерах женщин без неврологического поражения, которое может оказывать влияние и на состояние пудендального нерва, иннервирующего мышцы сфинктеров.

Полученные данные также показали, что при стрессовом НМ все параметры, характеризующие ПДЕ в уретральном сфинктере, были статистически достоверно больше, чем при ургентном НМ, что отражает большую степень реиннервации в этой мышце. Значительно больше были выражены и признаки денервации у больных со стрессовым НМ, чем при ургентном. На основании этого можно предположить, что утечка мочи у больных со стрессовым НМ возникает не только в результате нарушения пассивного компонента передачи давления вследствие дисфункции мышц тазового дна, но и в результате нарушения функции сфинктера уретры.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель - повышение эффективности хирургической коррекции стрессового недержания мочи у женщин с опущением стенок влагалища путем использования патогенетически обоснованного комбинированного метода лечения, состоящего из передней кольпорафии с пластикой мышц уrogenитальной диафрагмы, фиксации шейки мочевого пузыря к прямым мышцам живота и апоневрозу посредством трех капроновых лигатур, задней кольпорафии, перинеолеваторопластики.

В условиях отделения с 1995 - 1999гг были обследованы, подвергнуты хирургическому лечению и наблюдались в динамике 150 женщин со стрессовым недержанием мочи и опущением стенок влагалища.

Возраст женщин с недержанием мочи колебался от 30 до 70 лет, чаще всего страдали женщины в возрасте 41-50 лет. Ос-

новной причиной возникновения заболевания в 52% явились осложненные роды, причем пациенток, в анамнезе которых 2 и более родов было 65%. Согласно классификации Кана Д.В. по степени тяжести, основное количество пациенток - 73% были со средней степени недержания мочи. Из сопутствующей урологической патологии чаще выявлялся хронический цистит у 12% больных. Гинекологический осмотр у всех больных выявил опущение стенок влагалища преимущественно II-III степени, отсутствие или слабую фиксацию области уретротригонального сфинктера к симфизу и несостоятельность мышц тазового дна.

В результате комбинированного метода операции задний пузырьно-уретральный угол уменьшался на 10-15 гр, уретра удлинялась на 4-5 мм как в покое, так и при напряжении, отмечалось

увеличение силы и максимальной силы сфинктера на 20-30 мг, значительное снижение максимальной объемной скорости потока мочи при увеличении времени мочеиспускания, что подтверждалось параклиническими методами обследования.

Клиническая оценка эффективности оценивалась на основании анкетирования и показала хороший результат у 91,2% больных, удовлетворительный у 6,8%, неудовлетворительный у 1,7%.

Таким образом, комбинированный метод оперативного лечения посредством чрезвлагалищного и трансабдоминального доступов решает основные задачи оперативного лечения больных с недержанием мочи, восстанавливая «единый сфинктерный механизм таза» и дает выздоровление у 91,2% больных.

ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.
Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Цель: В процессе анализа лечения 192 пациенток с изолированными формами стрессового недержания мочи, проведена оценка ближайших и отдаленных результатов. Сравнивалась эффективность надлонных, влагалищных и слинговых операций.

Методы: Разнонаправленная тактика использовалась в зависимости от выраженности потери мочи, выделяя две степени - легкую и тяжелую. Преимущество отдавалось "золотому стандарту" лечения уретрального гиперподвижности - уретроцистопексия по методу Marschall-Marchetti-Krantz'a (87 операций), кольпосуспензия по Birch (46 операций). Различные виды влагалищных вмешательств, включая

игольчатые, выполнены у 16 пациенток. При слабости тазовой диафрагмы или в случаях рецидивного недержания применяли слинговые операции: криоконсервированную твердую мозговую оболочку (31 операция), фасциальный слинг из апоневроза прямых мышц живота (9 операций), использование в качестве подвешивания fascia lata (3 операции).

Результаты: Высокой степенью эффективности отличаются методы надлонной кольпосуспензии, при которых излечение достигнуто у 96,6% пациенток со сроками наблюдения от 12 лет до 6 месяцев. Слинговые процедуры дали прекрасные исходы у 98% оперированных. Влагалищные методы оказались результатив-

ными у 76,9% оперированных.

Выводы: Использование надлобковых суспензионных и слинговых операций обеспечивает высокий уровень результатов лечения стрессового недержания мочи. Менее результативны оказываются влагалищные процедуры.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Обследованию подвергнуты 216 женщин стрессовым, императивным и смешанными формами недержания мочи.

Приоритетность отдана анамнезу, физикальному исследованию, суммарной оценке дневника мочеиспускания и традиционных микробиологических сведений. Степень тазового пролапса и состояние эстрогенозависимого эпителия, спонгиозной, мышечной и соединительной ткани, функциональная длина уретры, проба Вальсальвы, кашлевого толчка, Q-тип тест и популярные приемы с провоцирующими об-

турациями шейки мочевого пузыря позволяют у подавляющего большинства получить достоверные сведения типа недержания мочи.

Подтверждающими и уточняющими исследованиями являются ультразвуковые, магнитно-резонансные и проведение цистографии в состоянии покоя и при напряжении. Степень дислокации уретры отчетливо демонстрируются методом УЗИ с вычислением углов наклона. Слабость мышц тазового дна убедительно выявляется на фронтальных цистограммах, с их по-

мощью можно подтвердить недостаточность замыкательной функции проксимальной уретры (зияние).

Нейрологические исследования обязательны у пациенток с императивным недержанием мочи.

Уродинамические исследования могут ограничиться цистометрическими и урофлоуметрическими показателями. Более сложные, в частности, видеоуродинамические, могут оказаться полезными, но вовсе не решающими, у пациенток смешанными формами недержания мочи.

ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С., ШУКИН Д.В.,
ЯКУБОВСКИЙ В.Н.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ЗАМЕНИТ ЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ В ДЕТЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ?

Цель: Разработать на уровне современных принципов эффективные и малообременительные методы диагностики стрессового недержания мочи (СНМ). Проведено сравнительное изучение эффективности уретроцистографии и промежностной ультрасонографии в диагностике СНМ.

Материалы и методы: Исследование проводилось линейным датчиком 3,5 МГц в состоянии покоя и при натуживании в горизонтальной супинационной позиции. Стандартный объем мочевого пузыря составил 250-300 мл. В качестве критериев использовались величина заднего пузырно-уретрального угла (ЗПУУ) и подвижность

пузырно-уретрального сегмента (ПУС). Изучаемая группа составила 18 пациенток со СНМ, в контрольную включены - 20. Все пациенткам проводилась латеральная уретроцистография, результаты которой сравнивались с данными, полученными при УЗ сканировании.

Результаты: При промежностном сканировании четко определялся ЗПУУ: в состоянии покоя - 110-146° (в среднем 138°), при напряжении - 127-175° (165°) - в анализируемой группе; 110-146° (127°) - в покое, и 125-166° (148°) - при напряжении в контрольной группе. У здоровых пациенток подвижность ПУС не превышала 1 см

(0,7-0,9 см); при СНМ этот показатель составил в среднем 1,2 см (0,7-1,8 см). Данные, полученные при ультразвуковом исследовании, четко коррелировали с результатами латеральной уретроцистографии.

Выводы: Промежностная ультрасонография не только позволяет получить объективные данные касательно состояния ПУС, но и в отличие от рентгенологических методов, не несет лучевой и контрастной нагрузки, необременительна, легко переносится пациентками и позволяет оценить состояние шейки мочевого пузыря при динамическом наблюдении и в реальном масштабе времени.

ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Недержание мочи остается до сих пор темой, в которой доминирует принцип социального «табу», порождая несколько важнейших проблем, влияющих на качество жизни: медицинских, гигиенических, социальных, психологических.

Факторы риска предлагается классифицировать как урогинекологиче-

ские, конституциональные, неврологические или поведенческие. Виды недержания мочи у женщин зависят от неустойчивости детрузора (императивное) или обусловлены недостаточностью уретральной функции в сочетании с ослаблением тазового дна (стрессовое).

Цистоцеле, выпадение матки и ухудшение функции т.levator ani часто цитируются как урогинекологические факторы риска.

Гистерэктомия и другие гинекологические операции могут явиться причинами непроизвольной потери мочи. Дефицит эстрогенов и высокий уро-

вень прогестерона во время беременности считаются predisposing факторами развития стрессового недержания. Постменопаузальный дефицит эстрогенов как причина стрессового недержания весьма дискуссионна. Роды коррелируют со степенью релаксации тазового дна и недержанием. Атрофические уретриты или вагиниты отмечаются более чем у 80% пожилых женщин, которых беспокоит клиника недержания мочи. Урогинекологические инфекции также составляют дополнительный фактор риска развития недержания.

Сверхактивность детрузора является наиболее частой дисфункцией и характеризуется внезапно возникаю-

щей необходимостью помочиться. Сверхактивность может возникнуть в сочетании с нормальной или ослабленной сократимостью детрузора и ранее рассматривалась как отдельная нозологическая единица, называвшаяся детрузорной гиперактивностью с ослабленной сократимостью.

У пожилых выявляется ряд состояний, способствующих недержанию мочи, а именно: сократимость детрузора, емкость мочевого пузыря и способность к беспрепятственному мочеиспусканию уменьшаются; у женщин отчетливо уменьшается длина уретры и максимальное давление закрытия; возрастает сверхактивность детрузора, увеличивается объем остаточной

мочи. У пожилых отмечается тенденция к выделению большей части потребления жидкости в ночное время, даже при отсутствии таких заболеваний как венозная недостаточность, сердечная слабость, почечные заболевания. Все приведенные возрастные изменения не вызывают недержания, но все они predisposing к нему.

Ожирение и пожилой возраст являются факторами риска развития недержания мочи. Неврологические расстройства, такие как инсульт, параличи, болезнь Паркинсона, вынужденная неподвижность в большей степени определяют императивное недержание или гиперрефлексию детрузора, нежели стрессовое недержание.

ПУШКАРЬ Д.Ю., БЕРНИКОВ А.Н.,
ДЬЯКОВ В.В., ТЕВЛИН К.П.,
ЩАВЕЛЕВА О.Б.
МГМСУ, Москва, Россия

УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ДИАГНОСТИКЕ ИМПЕРАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

Уродинамические исследования широко применяются у больных различными нарушениями мочеиспускания. Однако стандартное уродинамическое исследование, выполняемое в течение 30-50 минут, зачастую не позволяет достаточно оценить фазу накопления и эвакуации, что приводит к различным диагностическим ошибкам.

Цель настоящей работы - ознакомить читателей с результатами обследования женщин, страдающих различными формами дизурии с использованием уродинамического мониторинга.

Методы. Уродинамический мониторинг выполняется с помощью носимого устройства, которое снабжено микродатчиками давления, введенными в мочевой пузырь, уретру и прямую кишку. В течение нескольких часов (от 6 до 10) происходит регистрация изменений показателей уродинамики во

время фазы накопления и эвакуации. Участие пациентки обеспечивается нажатием маркерных кнопок, указывающих на начало мочеиспускания или императивный позыв. Обследовано 97 женщин (средний возраст 38,6 лет) с симптомами императивного недержания мочи или поллакиурии, у которых стандартное уродинамическое исследование, включающее цистометрию и профилометрию, не выявило каких-либо нарушений.

Результаты. Согласно результатам мониторинга у 78 (80%) женщин выявлены признаки нестабильности детрузора и уретры или их сочетание (23%), что обуславливало вышеуказанные симптомы. Таким образом, использование уродинамического мониторинга позволило повысить качество диагностики сложных императивных расстройств мочеиспускания у женщин.

Обсуждение и выводы. Уродина-

мический мониторинг - новое исследование, использующее самые современные достижения компьютерных технологий в медицине. Аналогично другим видам мониторингования, метод позволяет оценить функцию нижних мочевых путей в нормальных физиологических условиях и более полноценно изучить фазы накопления и эвакуации. Особенно ценен этот метод у больных, страдающих сложными формами дизурии или субклиническими проявлениями заболевания, когда стандартное уродинамическое исследование не выявляет изменений и имеется дискорреляция клинических проявлений заболевания и данных дополнительных исследований.

Широкое внедрение данного метода в клинику позволит более полноценно изучить патогенез некоторых расстройств мочеиспускания и предложить больным более детальное обследование.

ПУШКАРЬ Д.Ю.
МГМСУ,
Москва, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УРЕТРАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ – ОБТУРАТОРОВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Недержание мочи у женщин распространено среди всех возрастных групп и отличается по степени выраженности симптомов. Различают лег-

кую среднюю и тяжелую степень недержания. К сожалению, больные, страдающие легкой степенью недержания мочи, очень редко обращаются

к специалисту.

Цель настоящей работы - оценить возможность использования минимально инвазивных методов лечения у боль-

ных легкой и средней степени недержания мочи.

Материалы. У 67 женщин от 17 до 81 года (средний возраст 61,9 лет) использовался уретральный обтуратор типа Авина. Метод основан на введении клапана из силикона, исполняющего роль обтуратора, в мочеиспускательный канал, что препятствует непроизвольному выделению мочи. При необходимости мочеиспускания больная самостоятельно удаляет обтуратор, после чего вводит новый обтуратор до следующего акта мочеиспускания. Основным показанием к использованию данного метода является отказ больной от операции, необходи-

мость отсрочки оперативного пособия или легкая степень недержания мочи.

Результаты. Использование уретрального обтуратора улучшило качество жизни 64 (95,5%) больным. В то же время 19 (28,3%) пациенток отметили болевые ощущения в мочеиспускательном канале во время использования уретрального обтуратора. Хороший результат, проявляющийся "сухими промежутками" между мочеиспусканиями и отсутствием дискомфорта от обтуратора отметила 41 (64%) больная.

Обсуждение и выводы. Установка и смена уретрального обтуратора не является сложной манипуляцией и

может с успехом применяться самими пациентками.

Применение уретрального обтуратора из силикона возможно у больных легкой и средней степени недержания мочи без выраженных анатомических нарушений. Применение обтуратора требует понимания и участия пациентки, так как неосторожное отношение к обтуратору может приводить к микротравмам уретры и появлению клинических симптомов уретрита.

При необходимости отложить операцию, использование уретральных позволяет улучшить качество жизни больных во время ожидания операции.

ПУШКАРЬ Д.Ю., ТЕВЛИН К.П.,
ЩАВЕЛЕВА О.Б.

МГМСУ,
Москва, Россия

РОЛЬ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Комбинированные уродинамические исследования включающие, урофлоуметрию, цистометрию и профилометрию широко применяются у женщин страдающих различными формами недержания мочи на этапе дифференциальной диагностики и определения лечебной тактики.

Цель. Оценить значение уродинамических исследований у женщин страдающих различными формами недержания мочи.

Обследовано 689 больных (средний возраст 49,7 лет) с жалобами на недержание мочи. Согласно опросу и клиническим данным у 387 (56,2%) больных обнаруживались проявления недержания мочи при напряжении, в то время как у 245 (35,5%) больных создавалось впечатление о наличии симптомов императивного недержания мочи. Остальные больные предъявляли сме-

шанные жалобы. Контрольной группой стали 170 больных (средний возраст 51,9 лет) без признаков каких либо урологических заболеваний.

Всем больным выполнено комбинированное уродинамическое исследование.

Результаты. Исследования выявили отсутствие статистических различий результатов комбинированного уродинамического исследования больных страдающих недержанием мочи при напряжении и пациенток контрольной группы (44%)

В то же время у 35% больных обнаружены признаки нестабильности мочевого пузыря и уретры что в большинстве случаев совпадало с клиническими проявлениями в виде поллакиурии или императивного недержания мочи. Комбинированные формы недержания мочи обнаружены у 21% больных. Сравнение после-

дних двух групп больных с контрольной выявило достоверные различия результатов уродинамических исследований, что обусловлено гиперактивностью мочевого пузыря и колебаниями максимального внутриуретрального давления.

Обсуждение и выводы. Комбинированное уродинамическое исследование достоверно выявляет нарушения накопительной функции мочевого пузыря, проявляющееся в его гиперактивности и колебания максимального внутриуретрального давления, определяемые как нестабильность уретры. У больных с истинным стрессовым недержанием мочи уродинамические исследования не являются достоверными и должны применяться только лишь в случае необходимости дифференциальной диагностики с императивными формами недержания мочи.

ПУШКАРЬ Д.Ю., ЩАВЕЛЕВА О.Б.

МГМСУ,
Москва, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИМПЕРАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН

Императивные нарушения мочеиспускания - одна из самых распространенных медицинских проблем. Основными клиническими симптомами императивных нарушений мочеиспускания являются:

учащенное мочеиспускание, императивные позывы к мочеиспусканию и императивное недержание мочи. Патогенез данной патологии в настоящее время до конца не изучен. При уродинамическом исследо-

вании у данных больных, как правило, выявляются признаки нестабильности детрузора (непроизвольные сокращения детрузора во время фазы наполнения), либо нестабильности уретры (колебания

максимального уретрального давления).

Цель. Изучение распространенности симптомов императивного недержания мочи и поллакиурии, связанных с нестабильностью детрузора и уретры давления у женщин.

Методы. В клинике урологии МГМСУ в период с 1994 по 1999 годы выполнено 27 тысяч уродинамических исследований у женщин. Средний возраст составил 41,2 года. При этом нестабильность детрузора выявлена у 2500 (9%), а нестабильность уретры - у 3000 (10,1%) обследованных женщин. Данные изменения сопровождалась

следующими клиническими симптомами:

- учащенное мочеиспускание;
- императивные позывы к мочеиспусканию;
- императивное недержание мочи;

Симптомы встречались как изолированно, так и в сочетании друг с другом.

Результаты. Императивные нарушения мочеиспускания обнаружены в 20% случаев. Нестабильность детрузора выявлена у 40 %, нестабильность уретры - у 45 % больных и у 5 % больных выявлена идиопатическая нестабильность (без признаков нестабильности

детрузора или уретры).

Обсуждение. Императивное недержание мочи и поллакиурия являются распространенными клиническими симптомами у женщин, обращающихся к урологам. Данные нарушения приводят к значительному снижению качества жизни пациента.

Выводы. Основной целью медикаментозной терапии является снижение частоты мочеиспусканий и исчезновение (или снижение частоты возникновения) императивных позывов и эпизодов недержания мочи, что, в свою очередь, приводит к социальной и физической адаптации пациента.

ПУШКАРЬ Д.Ю.

МГМСУ,
Москва, Россия

РЕДКИЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

Цель. В настоящей работе мы решили познакомить читателей с редкой клинической группой больных, у которых при обследовании выявлены сочетания нескольких клинических и уродинамических симптомов и проявления заболевания не совпадали с результатами дополнительных обследований

Материалы и результаты. В данной работе мы ретроспективно оцениваем результаты уродинамических исследований 131 больной (средний возраст 51,2 лет), предъявлявших следующие жалобы:

- затрудненное мочеиспускание – 82%;
 - императивное недержание мочи – 34%;
 - поллакиурия – 87%;
 - непроизвольное выделение мочи при физической нагрузке – 12%;
 - чувство неполного опорожнения мочевого пузыря – 57%;
- Необходимо отметить, что у 79%

больных имелось сочетание нескольких жалоб. Лабораторные исследования обнаружили нормальные показатели у 124 (94,7%) больных. Как видно из вышеизложенного, такое сочетание симптомов достаточно редко и обуславливает полиморфизм жалоб.

Во время стандартного уродинамического исследования или мониторинга уродинамики у больных были обнаружены следующие уродинамические симптомы или их сочетание:

- нестабильность детрузора – 11%;
- снижение максимального потока < 10 мл/с – 44%;
- нестабильность уретры – 38%;
- гипотония детрузора – 56%;
- повышение детрузорного давления при максимальном потоке – 42%;

При детальной оценке характера мочеиспускания с помощью уродинамического мониторинга у больных с признаками обструктивного мочеис-

пускания и нестабильности уретры было обнаружено, что во время мочеиспускания не происходит падения давления в уретре. Это, по-видимому, и обуславливает инфравезикальную обструкцию. У больных с признаками нестабильности детрузора регистрировались спонтанные подьемы и падения детрузорного давления, обуславливающие поллакиурию и императивное недержание, неравномерность давления детрузора отмечалась у данных больных и в момент мочеиспускания, что также могло обуславливать сочетание поллакиурии и обструктивного мочеиспускания.

Выводы. Таким образом, вышеуказанные клинические состояния могут обуславливаться различными, порой парадоксальными сочетаниями уродинамических симптомов, что обязательно необходимо учитывать при обследовании этой пациенток группы.

САВИЦКИЙ Г.А., САВИЦКИЙ А.Г.

НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

СИМПТОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ МЕХАНИЗМА УДЕРЖАНИЯ МОЧИ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Конечным звеном патологии, обуславливающей непроизвольную потерю мочи при физическом напряжении, яв-

ляются нарушения механизма адекватной трансмиссии импульса повышенного внутрибрюшного давления на

уретру и мочевой пузырь. Условиями, приводящими к возникновению трансмиссионных нарушений, являются сни-

жение резистентности уретры и выход ее верхней половины из зоны гидравлической защиты.

Каждое из этих условий может быть следствием органической или функциональной патологии. Распознавание конкретного патогенеза симптома непроизвольной потери мочи при физическом напряжении у каждой пациентки является залогом выбора оптимального метода терапии. Авторы приводят следующую классификацию нарушений функционирования механизма удержания мочи, сопровождающихся появлением симптома недержания мочи при напряжении.

Класс I. Фиброзно-мышечная дистрофия запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря

Вид А. Гормонозависимые фиброзно-мышечные дистрофии запирающего аппарата мочевого пузыря и уретры.

Вид Б. Органические фиброзно-мышечные дистрофии запирающего аппарата мочевого пузыря и уретры.

Подвиды:

а) гипермобильная уретра

б) органическая недостаточность

сфинктеров уретры

в) синдром рубцовой уретры

Класс II. Нейро-мышечные дисфункции запирающего аппарата моче-

вого пузыря и уретры.

Вид А. Нестабильность мочевого пузыря.

Вид Б. Нестабильность уретры.

Вид В. Синдром уретрального плато.

Класс III. Смешанные варианты поврежденных запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря.

Вид А. Комбинация различных видов фиброзно-мышечных дистрофий запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря с его нестабильностью.

Вид Б. Комбинация различных видов фиброзно-мышечных дистрофий мочевого пузыря и уретры с ее нестабильностью.

САВИЦКИЙ Г.А., САВИЦКИЙ А.Г.

НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ УРЕТРЫ ПРИ ОПУЩЕНИИ СТенок ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ЖЕНЩИН БЕЗ УРЕТРОЦЕЛЕ

Обследовано 120 континентных женщин с опущением стенок влагалища и матки без уретроцеле. Уродина-

мическое исследование проводилось в литотомической позиции с использованием «барьера». В первой группе (n=75)

были больные с изолированным цистоцеле, во второй группе (n=45) с цистоцеле и опущением матки. Выявлено:

Исследуемый показатель резистентности уретры	Группы больных			
	I		II	
	с барьером	без барьера	с барьером	без барьера
Функциональная длина, см	2,4±0,3	3,0±0,4	2,6±0,3	3,1±0,6
Максимальное уретральное давление, см вод. ст.	64±8	78±9	51±6	76±11
Запирающее давление, см вод. ст.	52±6	68±12	40±4	79±16
Трансмиссионный индекс, %	97±18	201±36	91±14	222±39

Следовательно, при отсутствии у больной уретроцеле, опущение матки и цистоцеле оказывают положительное влияние на резистентность уретры, повышая ее за счет сдавления просвета уретры или ее перегиба. При обследовании 31 ранее континентных больных, у кото-

рых после операции (кольпорафия с или без гистерэктомии) по поводу опущения или выпадения стенок влагалища и матки появилось недержание мочи при напряжении, установлено низкое запирающее давление (36±12 см вод. ст.) и резкое снижение индекса трансмиссии (81±14 %),

что можно связать как с удалением матки, так и гиперкоррекцией цистоцеле. Есть все основания полагать (см. таблицу), что у подобных больных имелась маскированная генитальным пролапсом выраженная недостаточность запирающей функции уретры и мочевого пузыря.

ТЕВЛИН К.П., ПУШКАРЬ Д.Ю.,
ШАМОВ Д.А.

МГМСУ,
Москва, Россия

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ (НМПН)

Цель. Выявление новых расстройств мочеиспускания у женщин в разные сроки после оперативного лечения НМПН и опреде-

ление путей их медикаментозной коррекции.

Методы. Были оценены расстройства мочеиспускания, воз-

никшие у 37 женщин после различных операций по поводу НМПН. Для объективизации использовали результаты уродинамических

исследований в послеоперационном периоде.

Результаты. Наши исследования показали, что императивные расстройства мочеиспускания, связанные с нестабильностью детрузора возникли, у 17 (14,7%), нестабильностью уретры - у 11 (5,8%) и детрузорно-сфинктерной диссинергией - у 9 пациенток (4,7%). В большинстве случаев подобные расстройства возникают в период от 3 до 6 месяцев после оперативного вмеша-

тельства и проявляются частыми позывами к мочеиспусканию, недержанием мочи, явлениями обструктивного мочеиспускания у 28 пациенток (75,7%).

Обсуждение. Вновь возникшие расстройства мочеиспускания не являются следствием неадекватного оперативного лечения и могут быть устранены правильно подобранной медикаментозной терапией. Исключение составляют рецидивы недержания мочи при напряжении. В этих случаях

требуется выполнение повторного оперативного вмешательства.

Выводы. Комбинированное уродинамическое исследование - диагностическая процедура, необходимая для объективной оценки расстройств мочеиспускания, возникающих в разные сроки после оперативного лечения НМПН у женщин. Наиболее целесообразно выполнять данное исследование в период от 3 до 6 месяцев в послеоперационном периоде.

ЦВЕЛЕВ Ю.В., ОВСЮК Е.А.

Кафедра акушерства и гинекологии
Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

Нами изучались некоторые этиологические и патогенетические факторы недержания мочи при напряжении (НМПН) у 132 пациенток. У 78 (59,5%) из них причиной заболевания являлись быстрые или затяжные роды, тяжелая физическая работа; травмы - у 26 (19,7%) и гормональные нарушения - у 19 (14,3%) пациенток. Все больные были подвергнуты комплексному обследованию, включавшему цитологическое исследование влагалищных мазков с определением кариотипического индекса, цистоуретроскопию, ретроградную цистоуретрографию и уродинамические исследования.

На основании рентгенологического исследования установлено, что характерными диагностическими признаками недержания мочи при напряжении являются: изменение положения мочевого пузыря (везикоптоз), наличие симптома "везикализации" уретры, укорочение уретры, изменение заднего пузырно-уретрального угла.

В покое по данным цистоуретрограмм положение дна мочевого пузыря в 1-й позиции (Л.Н.Тетрадов, 1968) было зафиксировано у 13 пациенток (10%), во 2-й позиции - у 99 (75%), а в 3-й и 4-й позиции соответственно у 16 (12%) и 4 (3%) больных. у 35%

больных выявлена патологическая подвижность (изменение положения дна мочевого пузыря при напряжении на две и более позиции). Симптом "везикализации" уретры - зияние шейки мочевого пузыря - был положительным у 76 женщин (57,5%). Уменьшение длины уретры в покое и при напряжении выявлено у 109 пациенток (82,6%). Величина заднего пузырно-уретрального угла у всех больных превышала норму и составила в покое $130,3 \pm 12,0^\circ$, а при напряжении $153,7 \pm 15,0^\circ$.

Ретроградная цистометрия показала, что у абсолютного большинства больных был норморефлекторный мочевой пузырь, лишь у 3-х больных была выявлена гипотония и гипорефлексия детрузора. При ее проведении внутрипузырное давление повышалось равномерно, в среднем на 1,2 см вод.ст. на каждые 100 мл вводимой жидкости.

Максимальное внутриуретральное давление снижалось (в среднем до 42,3 см вод.ст. в покое и до 46,1 см вод.ст. - при напряжении). Среднее значение максимального давления закрытия уретры составило 30,2 см вод.ст., а функциональная длина уретры была уменьшена на 30-35% от нормальных значений (в среднем $24,6 \pm 2$ мм).

Данные рентгенологического и

уродинамического исследований дают возможность выделить 2 группы больных с НМПН:

- больные с нарушением целостности мышц тазового дна при нормально функционирующем сфинктерном механизме;

- больные, у которых нарушение целостности мышц тазового дна сочетается с недостаточностью сфинктера мочевого пузыря.

Следовательно, данные исследования являются необходимыми при комплексном обследовании, поскольку позволяют получить объективные критерии для выбора рационального метода и объема хирургического лечения больных с НМПН.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Число женщин, страдающих стрессовым недержанием мочи и нуждающихся в специализированном лечении, остается весьма значительным. Между тем, судить о наличии и степени выраженности патологического процесса зачастую можно только по косвенным данным осмотра, пальпации, инструментальных методов исследования.

Особая значимость ультразвукового исследования в диагностике урогинекологических заболеваний связана с неинвазивностью исследования, отсутствием необходимости в специальной подготовке и введения контрастных веществ, возможностью документирования и динамического наблюдения процесса. Развитие компьютерных технологий, в частности трехмерной эхографии, предоставляет нам новые перспективные диагностические возможности.

Целью нашего исследования явилось получение критериев оценки состояния мочевого пузыря и уретры в норме и при недержании мочи путем использования комплексного ультразвукового исследования, включающего промежностное сканирование и трехмерную эхографию.

Нами обследовано 105 больных с клиническими проявлениями и уродинамически подтвержденным стрессовым недержанием мочи в возрасте от 27 до 73 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин, не имеющих при клиническом обследовании проляпса ге-

ниталий и нарушений функции мочевыводящих путей, в возрасте от 20 до 47 лет.

После оценки анатомии мочевого пузыря и мочеиспускательного канала посредством чрезкожного промежностного сканирования произведена трехмерная компьютерная реконструкция. При промежностном сканировании оценивались локализация дна мочевого пузыря, отношение его к верхнему краю лона, длина и диаметр уретры в верхней, средней и нижней трети, задний уретровезикальный угол и угол между уретрой и вертикальной осью тела. Полученные при промежностном сканировании данные о состоянии мочевого пузыря и уретры не противоречат исследованиям, проведенным ранее другими авторами.

При трехмерной реконструкции оценивались состояние внутренней поверхности слизистой, диаметр и площадь сечения мочеиспускательного канала на поперечных срезах в верхней, средней и нижней трети уретры. Кроме того, для каждой пациентки была произведена динамическая трехмерная реконструкция, позволяющая неинвазивным путем производить осмотр шейки мочевого пузыря "изнутри", оценить состояние и структуру тканей, визуализировать внутренний "сфинктер" мочевого пузыря.

По нашим данным, выходное отверстие уретры у здоровых женщин имеет диаметры 0,7 x 0,4 см;

уретра представляет собой полый орган округлого или овального сечения с площадью 0,20-0,26 см²; окруженный выпуклым мышечным валиком - "сфинктером", шириной в среднем 0,49 см. Данные показатели у рожавших и нерожавших женщин имеют незначительные, но достоверные различия. В рассмотренных нами случаях, где площадь поперечного сечения уретры у здоровых женщин существенно превышает (например 0,95 см²), отмечена наибольшая ширина сфинктера (1,3 см.). Соотношение площади поперечного сечения уретры и ширины "сфинктера" у здоровых женщин составляет в среднем 0,5 (от 0,345 до 0,725) ($p=4,224-005$).

Средние показатели диаметра уретры в группе больных с недержанием мочи 1,0 x 0,6 см; площадь поперечного сечения уретры 1,33 см²; ширина сфинктера уретры 0,3 см; соотношение площади уретры к ширине сфинктера - 2,6 (от 0,7 до 13,8). В 54,3 % наблюдений отмечена деформация внутреннего сфинктера уретры.

Достоверных отличий в площади сфинктера у здоровых и больных недержанием мочи не выявлено.

Обращает на себя внимание высокая точность измерений в реконструированных плоскостях - результаты измерений в поперечных сечениях уретры при трехмерной реконструкции и динамическом трехмерном изображении практически идентичны.

ГАДЖИЕВА З.К., БАЛАН В.Е.,
АЛЯЕВ Ю.Г.

Урол. клиника ММА
им. И.М.Сеченова и НЦАГИП РАМН,
Москва, Россия

РОЛЬ ЗГТ В ЛЕЧЕНИИ ДИЗУРИИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Цель исследования: определение эффективности различных видов терапии расстройств мочеиспускания у женщин в климактерическом периоде.

Материалы исследования: обследовано 99 женщин в возрасте от 44 до 80 лет в климактерии с длительностью пери- и постменопаузы от 0,5 до 30 лет. 1-я группа пациенток получала индивидуально подобранную селективную заместительную гормонотерапию, 2-я группа - препараты холинергического и адренергического действия в зависимости от показателей уродинамических исследований, 3-я группа - комбинированная терапия - ЗГТ+ препараты, действующие на нейромышечную передачу. Контрольная группа - пациентки без жалоб на дизурию.

Методы: анализы мочи (общий, по Нечипоренко - 2-х-стаканная проба, бактериологическое исследование), мазки из влагалища и уретры на ИППП, уретро- и кольпоцитологическое исследования, гормоны крови (ФСГ, ЛГ, Е2), УЗИ мочевого пузыря, уретроцистоскопия, биопсия слизистой мочевого пузыря, комплексное уродинамическое исследование, профилометрия уретры, доплерография сосудов мочевого пузыря и уретры. Контрольные исследования проводились через 3 и 6 месяцев от начала соответствующей терапии.

Результаты: на фоне заместительной гормонотерапии отмечается его стимулирующее влияние на пролиферативные процессы эпителия нижних мочевых путей, так же, как и на эпителий слизистой оболочки влагалища. Одновременно улучшается функ-

циональное состояние нижних мочевых путей - увеличивается максимальное уретральное давление закрытия, нормализуется чувствительность мочевого пузыря, повышается тонус детрузора в случае его исходной гипотонии. Допплерографическое исследование сосудов уретры показало достоверное увеличение максимальных скоростей кровотока и пульсационного индекса (в среднем в 2,09 и 2,01 раза соответственно) на фоне комбинированной терапии. Не отмечено отличия в эффективности лечения различными препаратами для ЗГТ.

Обсуждение результатов исследования: возможностью повышения эффективности лечения дизурических расстройств может явиться первоначально, не менее, чем на 3-6 месяцев, назначение заместительной гормонотерапии, рассмотрение на 2-м этапе необходимости, варианта оперативного лечения и последующее пожизненное применение заместительной гормонотерапии.



СОСТОЯНИЕ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Универсальными “маркерами” эстрогенного дефицита, развивающегося в климактерии, являются не только вазомоторные нарушения и эмоционально-психический дискомфорт, характерные для перименопаузы, но и атрофические изменения в урогенитальном тракте: атрофический вагинит, цистоуретрит, нарушения контроля мочеиспускания.

Цель исследования: выявить различные варианты расстройств мочеиспускания у женщин в климактерическом периоде.

Обследовано 99 женщин в возрасте от 44 до 80 лет в климактерии с длительностью перименопаузы от 0,5 до 30 лет. У 75 (75,75%) пациенток менопауза наступила физиологически, у 18 (18,2%) - после оперативных вмешательств на матке и яичниках, 6 женщин находились в периоде перименопаузы. 87 (87,9%) пациенток предъявляли жалобы на различные расстройства мочеиспускания.

Стрессовое недержание мочи наблюдалось у 54 (54,5%) женщин, из них у 21 (38,88%) - сочеталось с поллакиурией, а у 6 (11,1%) - с императивными позывами и неудержанием мочи при позыве. Императивное недержание мочи диагностировано у 25 (25,25%) пациенток. Опушение влагалища наблюдалось у 45 (45,45%) пациенток, у 7 (7%) - опущение матки. Кашлевая проба была положительной у всех больных со стрессовым недержанием мочи, проба с натуживанием - у 20 (37%). У 29 (29,3%) женщин наблюдалось зияние наружного отверстия уретры. У 7 (7%) пациенток - асимптоматическая бактериурия. Уретро- и кольпоскопическое исследование выявили различную степень атрофических изменений. По данным комплексного уродинамического исследования гиперрефлексия мочевого пузыря выявлена у 29 (29,3%) пациенток, норморефлексия - у 34 (34,34%),

гипорефлексия - у 12 (12,1%). Гипотоничный мочевой пузырь диагностирован у 60 (60,6%) обследованных, нормотоничный - у 17 (17,2%), гиперактивный (нестабильный) - у 22 (22,2%), нестабильность уретры - у 3 (3%). В контрольной группе гипотония детрузора выявлена у 10 (83,3%) человек, нормотония - у 2 (16,7%). Цистоскопия не выявила каких-либо патогномоничных изменений слизистой мочевого пузыря для той или иной формы дизурии, но основные изменения наблюдались в слизистой области треугольника Льюто и шейки мочевого пузыря.

Таким образом, полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к обследованию данного контингента пациенток и индивидуального подбора комплексной терапии, включая не только препараты ЗГТ, но и селективные модуляторы негормональных рецепторов нижних мочевых путей.

ЕСЕФИДЗЕ Ж.Т., БАЛАН В.Е.
Научный Центр Акушерства,
Гинекологии и
Перинатологии РАМН,
Москва, Россия

ВЛИЯНИЕ ОВЕСТИНА НА СЕКСУАЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сексуальность – важная тема для женщин недавно вошедших в постменопаузальный возраст. Удовлетворение, полученное от здоровой сексуальной жизни – важный вклад в поддержание качества жизни в климактерии.

Цель исследования: выявить влияние заместительной гормональной терапии атрофических урогенитальных нарушений на выраженность сексуальных расстройств и показатели качества жизни у женщин в постменопаузе.

Пациенты и методы: обследовано 50 женщин в возрасте от 50 до 60 лет, в постменопаузе с урогенитальными симптомами различной степени тяжести. Все па-

циентки отмечали наличие как минимум одного из следующих симптомов: дискомфорт во влагалище, зуд, жжение, сухость, контактные кровянистые выделения, диспареуния, различные формы недержания мочи: поллакиурия, никтурия, цисталгия (сенсорные симптомы атрофического цистоуретрита).

86% женщин активно отмечали отрицательные изменения сексуальности связанные с урогенитальной атрофией, которые выражались в болезненных ощущениях при половой жизни, сухостью, зудом и связанными с этим резким снижением либидо, удовлетворенности сексуальными контактами.

Пациентки отмечали отрицательное влияние этих факторов на отношения с мужем, настроение, уверенность в себе, работоспособность и другие показатели качества жизни.

В течение года респонденты получали терапию Овестином. Оценка динамики параметров качества жизни проводилась путем анкетирования. Женщины самостоятельно оценивали изменения на фоне терапии по 5- бальной шкале (1 балл - очень плохо, 2 балла - плохо, 3 балла - скорее плохо, чем хорошо, 4 балла - удовлетворительно, скорее хорошо чем плохо, 5 баллов - хорошо).

Результаты: На фоне тера-

нии Овестином в течение 3 месяцев все пациентки отметили положительную динамику предложенных для оценки показателей. Средняя субъективная оценка сексуальной жизни повысилась с 1,62 до 4,24 балла; отношений с мужем с 2,24 до 3,7; уверенности в себе с

1,82 до 4,1; настроение с 2,48 до 4,36; работоспособность с 2,32 до 4,26. К концу года терапии положительная динамика показателей поддерживалась.

Выводы: Заместительная гормональная терапия атрофических урогенитальных рас-

стройств имеет не только медицинское, но и социальное значение. Назначение Овестина после менопаузы способствует восстановлению сексуальной функции женщины и повышает показатели качества жизни.

**ЗВЫЧАЙНЫЙ М.А.,
КОНОВАЛОВ В.И.,
ВОРОНЦОВА А.В., ГОРЛЕНКО А.В.,
ПРИСТОЛЕНКО С.Ю.,
ПРИСТОЛЕНКО Л.Н.**
УГМА,
Екатеринбург, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЯ

С целью выяснения возможностей современных препаратов заместительной гормональной терапии (ЗГТ) по купированию урогенитальных расстройств (УГР) у женщин с патологическим течением климактерия нами было обследовано 65 пациенток в перименопаузе (из них 23 женщины с гистерэктомией в анамнезе), имеющих УГР различной выраженности и применявших ЗГТ по общепринятым схемам: 23 пациентки - Климен, 19 - Климонорм и 23 - Климару. Ни одна из женщин не получала гормональное лечение по крайней мере за 6 месяцев до начала исследования. Во время наблюдения исклю-

чался систематический прием других лекарственных средств. У всех обследуемых при первичном осмотре и через 6 месяцев гормонотерапии оценивалась выраженность УГР по 3-х балльной шкале из 9 качественных показателей.

Климен обладал высокой эффективностью по коррекции как генитальных, так и урологических расстройств - выраженность синдрома урогенитальной недостаточности эстрогенов за полгода терапии ослабла на 79,2%; Климонорм достаточно полно купировал все урогенитальные нарушения и их выраженность к концу 6 месяца приема сни-

зилась в 6,1 раза; Климара также благоприятно влияла на состояние урогенитального тракта - выраженность УГР через 1/2 года уменьшилась с $6,2 \pm 4,93$ до $0,5 \pm 0,63$ баллов.

Таким образом, все изученные нами препараты ЗГТ (Климен, Климонорм и Климара) оказались достаточно эффективны в коррекции проявлений синдрома урогенитальной недостаточности эстрогенов у женщин с патологическим течением климактерия, что безусловно важно для улучшения качества жизни данного контингента больных.

КАЛИНИНА И.Ю., БРАГИНА Л.Е.

РГМУ,
Ростов-на-Дону, Россия

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

По данным последних эпидемиологических исследований, более 50% женщин в постменопаузе страдают урогенитальными симптомами, частота которых с возрастом увеличивается. Атрофические изменения в слизистых мочепополового тракта обусловлены выпадением трофической функции эстрогенов, что приводит к прекращению пролиферативных процессов в слизистых, истончению их, возрастанию рН влагалищного содержимого, доминированию в микробиоценозе аэробной и анаэробной условно-патогенной микрофлоры.

В связи с изложенным, нами было изучено воздействие на течение атрофического вагинита излучения низ-

коинтенсивного лазера ДЛТ "Узор" как фактора, обладающего иммуностимулирующим действием, активизирующего метаболизм клеток и микроциркуляцию, повышающего уровень трофического обеспечения тканей.

Под наблюдением находилась 21 женщина 50 - 70 лет, длительность менопаузы у которых составляла 4-5 лет. У всех обследованных были выраженные клинические проявления атрофии слизистых наружных половых органов, влагалища и уретры. Чаще всего встречались следующие симптомы: сухость и зуд во влагалище - у 18 (86 %), дизурические явления и недержание мочи у

15 (71 %). несколько реже выявлялись диспареуния - у 8 (36 %), рецидивирующие влагалищные инфекции у 7 (33 %). При цитоскопии влагалищных мазков выявили изменения следующих параметров: кариопикнотический индекс (КИ) составлял 1-2% у 10 женщин (47,6 %). 5-7% у 11 женщин (52,4 %). Индекс созревания (ИС) был со сдвигом влево до парабазальных клеток у 16 женщин (76,2 %), до базальных у 5 (23,8 %), рН составляла 6,5-7,5 в 100 %. При анализе микрофлоры в мазках всех женщин выявили наличие дрожжевых клеток, кокки в больших количествах и выраженный лейкоцитоз. Исследование на наличие атипичес-

ких клеток было отрицательным у **всех** пациенток. Было сформировано 2 группы женщин: 10 пациенткам в течение 10 дней проводились ежедневные сеансы лазеротерапии на аппарате "Узор" с помощью интравагинальной насадки в дозе 0,0038 Дж/см² на процедуру. 11 женщин в течение того же времени получали местную терапию в виде противовоспалительных препаратов, мазей с эстрогенами.

После воздействия лазером КПИ возрос до 10-15 % у 70 % женщин, сдвиг формулы ИС вправо наблюдался у 80 %. Снижение pH произошло у 50 % женщин. Количество лейкоцитов уменьшилось до 1-2 в поле зрения у 70 %, дрожжи исчезли у 30 %, кок-

ковая флора - у 70 %, лактобактерии появились у 50 %. Причем эти изменения в 60 % случаев регистрировались после 4-5 процедур. Все женщины отмечали исчезновение дизурии и недержания мочи, зуда во влагалище, диспареунии, причем у 70 % пациенток - уже после 5-6 процедур. Наблюдение проводили в течение 4 месяцев. Эффект от лазеротерапии был стойким у 70 % женщин, у остальных 30 % симптомы возобновились через 2,5-3 месяца.

В контрольной группе положительные сдвиги в значениях КПИ выявлены у 5 женщин (45,4 %), сдвиг вправо ИС - у 6 (54,5 %), лейкоцитоз исчез у 45,4 %, кокковая флора - у 6 (54,5 %), споры грибов - у 3 (27,3 %).

Выявлено снижение pH и появление лактобактерии - в 4 (36,4 %) случаях. Данные изменения регистрировались через 10-12 дней лечения. Исчезновение субъективных симптомов отмечено у 5 женщин (45,4 %). В этой группе больных симптомы возобновлялись сразу после прекращения введения медикаментов. В одном случае зарегистрировано осложнение в виде кровомазания.

Таким образом, на основании полученных нами данных лазеротерапия является более эффективным методом лечения по сравнению с общепринятым, что позволяет рекомендовать этот метод для лечения атрофических кольпитов как монотерапию.

КИРИЧЕНКО И.Н., ЛУЦЕНКО Н.С., ЛОМАКА И.В.

Государственный институт
усовершенствования врачей,
Запорожье, Украина

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Учитывая, что увеличение частоты урогенитальных расстройств у женщин в климактерическом периоде обусловлено развитием выраженных атрофических изменений слизистой влагалища и мочеиспускательного канала на фоне дефицита эстрогенов, наличие многочисленных противопоказаний к применению фармакологических эстрогенных препаратов, было проведено изучение возможностей тканевой терапии в коррекции урогенитальных нарушений.

Материалы. Было обследовано 20 женщин в возрасте от 45 до 63 лет (средний возраст составил $50 \pm 0,1$ года) с урогенитальными нарушениями различной степени тяжести.

Всем пациенткам проводилась тканевая терапия, которая представляла собой однократную подкожную имплантацию фрагмента криоконсервированной ткани плаценты, полученной в Украинском банке биологических объектов (г. Харьков).

Методы. Всем женщинам проводились обследования: определение pH влагалища, бактериологический анализ выделений на микрофлору, кольпо- и онкоцитологическое исследование, УЗИ органов малого таза, кольпоскопия. Гормональные методы исследования включали: определение ФСГ, ЛГ, серотони-

на в крови, суммарных эстрогенов, катехоламинов в суточной моче. С помощью специальных методов определяли: наличие и степень цистоцеле, состояние мышц тазового дна, кашлевой тест, одночасовый прокладочный тест с физической нагрузкой. Кроме того, на основании специально разработанной анкеты оценивали степень тяжести климактерического синдрома с определением тех или иных климактерических нарушений с их оценкой в баллах.

Результаты исследования. Анализ жалоб показал, что основными были: сухость во влагалище у 17 (85 %) пациенток, зуд вульвы - 13 (65 %), нарушение контроля мочеиспускания, в виде стрессорного недержания мочи у 5 (25 %), вынужденного - 7 (35 %), смешанного - у 8 (40 %) женщин. Урогенитальные нарушения легкой степени имели место у 65 %, средней степени у 25 %, тяжелой степени у 10 % больных.

Через 1 месяц после имплантации количество жалоб на сухость во влагалище, зуд вульвы уменьшалось в два раза, а через три месяца они исчезали полностью. Снизился также процент пациенток с легкой степенью урогенитальных нарушений на 46,15 %, из 5 пациенток со средней степенью течения урогенитальных нарушений, в легкую перешло 60 %, из тяжелой степе-

ни в среднюю - 50 %.

Через 3 месяца после имплантации, эффективность терапии в группе больных с легкой степенью урогенитальных нарушений достигала почти 100 %, полное выздоровление в группе со средней степенью урогенитальных нарушений было у 10 %, у остальных нарушения приняли легкую форму, тяжелая степень в 100 % перешла в среднюю.

Выводы: у женщин с климактерическим синдромом, имеющих урогенитальные нарушения различной степени тяжести, тканевая терапия является высокоэффективной и может быть рекомендована как метод выбора.

КОНОВАЛОВ В.И.,
ЗВЫЧАЙНЫЙ М.А., ВОРОНЦОВА А.В.,
ГОРЛЕНКО А.В., КИСЕЛЕВА М.К.,
ПРИСТОЛЕНКО С.Ю.
УГМА,
Екатеринбург, Россия

ПРОТОЧНАЯ ЦИТОФЛУОРОМЕТРИЯ ЦЕРВИКО-ВАГИНАЛЬНЫХ СМЫВОВ КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ДВУХСТОРОННЮЮ ОВАРИЭКТОМИЮ

С целью изучения возможностей применения метода проточной цитофлуорометрии (ПЦ) цервико-вагинальных смывов для объективизации урогенитальных расстройств (УГР) у женщин после хирургического удаления яичников, нами было обследовано 111 пациенток репродуктивного возраста (25-35 лет), перенесших хирургическую кастрацию и имеющих клинические проявления синдрома урогенитальной недостаточности эстрогенов различной степени выраженности. Всем женщинам одновременно проводились: исследование цервико-вагинальных смывов методом трехпа-

раметрической ПЦ (цитометр "ГОИ-92", г. Санкт-Петербург) и традиционное микроскопическое исследование влагалищного мазка.

При ПЦ цервико-вагинальных смывов обнаружено: значительное увеличение количества нейтрофилов (у 77,5%); повышенное содержание некротизированных клеток (у 100%); реактивные воспалительные изменения плоского эпителия (у 86,5%); преобладание базальных и парабазальных клеток у большинства обследованных (у 92,8%); при этом влагалищную микрофлору преимущественно составили кокки (у 57,7%) и короткие палочки (у 27,0%). Тогда как

по данным микроскопического исследования влагалищного мазка повышенное содержание лейкоцитов выявлено лишь у 28,8%, а преимущественную микрофлору более чем у трети (у 38,7%) обследованных составили палочки.

Таким образом, метод ПЦ цервико-вагинальных смывов по сравнению с традиционным микроскопическим исследованием обладает большей информативностью для объективизации УГР у женщин, перенесших двухстороннюю овариэктомию, и позволяет комплексно оценить состояние их урогенитального тракта.

КУЛАВСКИЙ В.А.
Башкирский Государственный
Медицинский Университет,
Уфа, Россия

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Урогенитальные расстройства являются одним из патологических состояний, возникающих у женщин в постменопаузе, и представляющих важную проблему для их здоровья. Несмотря на широкую распространенность и высокую социальную значимость этих заболеваний, большинство женщин не обращаются за медицинской помощью.

В работе представлена цель – изучить бактериологические характеристики урогенитального тракта у женщин в постменопаузе. Для достижения поставленной цели было обследовано 89 женщин в постменопаузе (средний возраст 54,1±2,3), страдающих урогенитальными расстройствами (цистит, кольпит, дисбиоз влагалища).

В результате проведенных исследований установлено, что у изучаемого контингента женщин отмечается значительный полиморфизм клинической симптома-

тики урогенитальных расстройств (дисурия, цисталгия, диспареуния, зуд, жжение во влагалище, недержание мочи в виде ургентного, стрессового и смешанного характера), боли в малом тазу различной локализации.

У 91,5% больных в постменопаузе клинко-морфологическим субстратом урогенитальных расстройств является хронический асептический атрофический кольпит, цистит, дисбиоз влагалища, развивающийся без участия облигатной патогенной микрофлоры. Тяжесть урогенитальных нарушений прямо пропорциональна степени атрофии эпителия урогенитального тракта.

Микробиоценоз урогенитального тракта в постменопаузе характеризуется резким подавлением молочно-кислых бактерий и доминантной колонизацией представителями условно-патогенной микрофлоры.

При урогенитальных расстройствах у женщин старших возрастных групп терапией выбора является гормональная заместительная терапия с направленным кольпотропным действием, оказывающим также положительное общесистемное влияние.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ (ЗГТ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МИКРОЭКОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Цель исследования - изучение состояния микроэкологии влагалища женщин в постменопаузе и оценка микробиологической эффективности ЗГТ при вагинальной атрофии (ВА).

Обследовано 100 женщин с длительностью постменопаузы от 1 до 19 лет. Состояние микроэкологии влагалища оценивали по результатам комплексного микробиологического исследования вагинального отделяемого культурального исследования с определением количественного и видового состава микрофлоры и микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Граму. Всем женщинам с урогенитальными расстройствами и подтвержденной микробиологически ВА проводили ЗГТ.

Использовали чистые эстрогены - Овестин, Прогинову, пластырь Климара, Дивигель и комбинированные - Гинодиан депо, Ливиял, Эстроген-Гестагенный пластырь. ЗГТ проводили от 3 до 6 месяцев с последующим микробиологическим контролем.

По результатам микробиологической диагностики, нормоценоз (Н) диагностировали у 43% женщин, ВА в 41% случаев, бактериальный вагиноз (БВ) у 15% и неспецифический вагинит у 1% женщин. Для ВА характерно присутствие эпителия промежуточного и парабазального слоев, скудная по количеству микрофлора с преобладанием факультативно анаэробных УПМ в титре 2 - 4 lg КОЕ/мл или ее отсутствие.

При контрольном исследовании после ЗГТ в 90,5% случаев отмечено восстановление пролиферативных процессов во влагалище: эпителий соответствовал критериям нормы репродуктивного возраста. В 9,5% случаев не было достигнуто терапевтического эффекта - сохранялась умеренная атрофия слизистой при дефиците лактофлоры. Среди женщин с положительным результатом лечения в 5,2% случаев выявлен БВ и в 21% - вагинальный кандидоз - вагинальные инфекции, характерные для репродуктивного возраста. Не отмечено отличия в эффективности лечения чистыми эстрогенами и комбинированными препаратами.

ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ИСАЕНКО В.И., ХОМЕНКО В.Ф.,
ШКУРАТОВ С.И., ХОХЛОВ В.В.,
ХАЛИТОВА Р.А., ШКУРАТОВ С.С.
НГМА, НГОКБ,
Новосибирск, Россия

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Пузырно-влагалищные свищи являются сложной проблемой в урологии в связи с их частыми рецидивами.

Цель. Изучить пятилетний опыт лечения больных с пузырно-влагалищными свищами.

Методы. В нашей клинике за последние пять лет находилось на лечении с пузырно-влагалищными свищами восемь женщин в возрасте от 28 до 61 года.

Причинами возникновения пузырно-влагалищных свищей у шести пациенток были оперативные вмешательства на гениталиях (экстирпация матки по поводу фибромиомы, хорионкарциномы, травматичные роды с разрывом промежности и шейки матки), у одной больной – после проведения курса телегамматерапии по поводу рака шейки матки и еще у одной после автодорожной травмы.

Больные были оперированы в срок от трех до шести месяцев после формирования свища. У шести пациенток методом оперативного вмешательства была выбрана пластика свища, при условии его локализации по задней стенке, выше устьев, размер не превышал 1,5 см, в следующей модификации: слизистая мочевого пузыря выделялась на держалках окаймляющим разрезом, держалки фиксировались к катетеру Нелатона, введенного в мочевой пузырь через влагалище и свищ. Вытягивая катетер наружу, держалки погружались во влагалище, при этом отсепарированные ткани вворачивались во влагалище и над ними слизистая мочевого пузыря ушивалась отдельными швами.

У двух пациенток выполнена

пластика пузырно-влагалищного свища по Спасокукоцкому с установкой разделяющей ткани пластины из пористого никелида титана.

При свищах, размеры которых превышали 2 см в диаметре оперативные вмешательства были многоэтапными.

Выводы. Пузырно-влагалищные свищи являются полиэтиологичным заболеванием. Наиболее частой причиной их возникновения являются оперативные вмешательства на гениталиях. При свищах до 1,5 см в диаметре наиболее перспективным считаем применение модификации чреспузырной пластики. Как один из вариантов разделения тканей влагалища и мочевого пузыря может быть использована пластина из пористого никелида титана.



ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Проблема хирургического лечения пузырно-влагалищных свищей, образовавшихся после гинекологических операций, до настоящего времени является довольно трудной задачей и не всегда приводит к успешным результатам.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с пузырно-влагалищными свищами после гинекологических операций.

За период с 1995 по 1999 г. нами оперировано 15 больных с пузырно-влагалищными свищами, которые образовались после радикальных операций по поводу рака шейки матки (2) и тела матки (4), после удаления матки по поводу больших фибромиом матки (9). Возраст больных от 34 до 56 лет. Все больные оперированы в сроки 3,5-5 месяцев после формирования фистулы. Размеры фистул от 0,3 до 2,5 см.

В предоперационном периоде больным в обязательном порядке проводилось рентгенологическое (эк-

скреторная урография, цистография) и инструментальное обследование (цистоскопия), что позволяло судить об анатомическом состоянии верхних мочевых путей, мочевого пузыря, характере свищевого хода. При цистоскопии выявлялись топографо-анатомические особенности устьев мочеточников и локализация фистулы по отношению к последним. В ходе предоперационной подготовки значительное внимание уделялось санации кожных пораженно-генитальной области и влагалища.

Всем больным выполнена операция фистулопластики трансвагинальным доступом. Круговым разрезом на расстоянии приблизительно 1 см. от краев фистулы рассекалась слизистая влагалища, затем острым путем проводилось отделение стенок мочевого пузыря от тканей влагалища для создания хорошей mobility краев фистулы, края фистулы иссекались. На стенку мочевого пузыря накладывали двухряд-

ный шов в поперечном направлении. Первый непрерывный шов на слизистую и часть мышечной стенки хромированным кетгутом - № 4, что создает герметичность мочевого пузыря, второй ряд отдельных швов викрилом № 4 на мышечную стенку мочевого пузыря. Расстояние между швами 0,4-0,6 см. Стенка влагалища ушивалась в продольном направлении рассасывающимися швами (капроаг № 2). Операция заканчивалась катетеризацией мочевого пузыря в течение 5-7 дней. В послеоперационном периоде проводилась санация влагалища и мазевые аппликации ове-стином.

В отдаленном периоде от 1 до 3 лет рецидивов пузырно-влагалищных свищей не отмечено.

Таким образом, тщательная предоперационная подготовка, ушивание стенок мочевого пузыря двухрядными швами улучшает результаты хирургического лечения больных с пузырно-влагалищными свищами.

ЛОРАН О.Б. ПУШКАРЬ Д.Ю.
ГУМИН Л.М. ГОДУНОВ Б.Н.

МГМСУ,
Москва, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Пузырно-влагалищные свищи - одно из наиболее неприятных осложнений, как для пациенток, так и для хирургов - гинекологов. К сожалению, в последние годы нет к уменьшению числа больных с пузырно-влагалищными свищами, возникшими после акушерских и гинекологических пособий.

Цель. В данной работе проведен подробный анализ результатов обследования и лечения 209 больных из общего числа пациенток с пузырно-влагалищными свищами.

Материалы. У 209 больных в возрасте от 20 до 50 лет причинами образования свищей явились: акушерские повреждения у 25 (11,7%), гинекологические операции у 176

(84,2%). Только у 8 (3,9%) больных свищи возникли в результате бытовой травмы. Обследование включало влагалищное исследование, цистоскопию и экскреторную урографию. Кольпоцистография (вагинография) выполнялась только при необходимости уточнения емкости мочевого пузыря.

Абсолютному большинству женщин выполнена фистулопластика трансвагинальным доступом в некоторых случаях с предварительной катетеризацией мочеточников (13%) из-за расположения устьев мочеточников в зоне свища. Необходимо отметить, что 34 больным (17%) операция выполнена без дренирования мочевого пузыря.

Результаты. Каких-либо осложнений в ходе выполнения операций и послеоперационном периоде отмечено не было. Продолжительность пребывания больных в стационаре после операции была различной и колебалась от 2 до 8 суток. После первой операции устранить свищи удалось у 87,5% больных. Рецидивы отмечены у 12,5% больных. Спустя 3-4 месяца после повторной фистулопластики успешный результат получен еще у 22 больных. Таким образом, у 198 больных (95%) успешный результат достигнут после первой или второй фистулопластики.

Наиболее характерными устройствами мочеиспускания в от-

даленном послеоперационном периоде у этих больных является императивное недержание мочи или затрудненное мочеиспускание (31%). Этим больным необходимо проведение медикаментозной терапии в течение длительного времени. С помощью анкетирования мы получили

сведения о детородной функции женщин, перенесших операции по поводу пузырно-влагалищных свищей. У 36 женщин после успешной фистулопластики наступила беременность, сохранить которую удалось 31 (96%).

Выводы. Влагалищное исследо-

вание, цистоскопия и экскреторная урография - основные методы диагностики пузырно-влагалищных свищей. Методом выбора оперативного лечения больных пузырно-влагалищными свищами является фистулопластика трансвагинальным доступом.

**ЛОРАН О.Б., ЛИПСКИЙ В.С.,
СПИРИН В.А., ПОПКОВ В.М.,
БЛЮМБЕРГ Б.И.**

Клиники урологии Московского государственного медикостоматологического университета и Саратовского государственного медицинского университета

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ

Основной целью диагностического процесса при различных заболеваниях является получение исчерпывающей информации, позволяющей выбрать оптимальный вариант лечения.

Принимая во внимание необходимость оценки анатомических взаимоотношений поврежденных органов мочеполовой системы и результатов пластических операций по поводу пузырно-влагалищных свищей мы в своей работе использовали современные методы лучевой и ультразвуковой диагностики. С этой целью до и после оперативного лечения пациентам выполняли ультразвуковое сканирование мочевого пузыря (105 больных), компьютерную или магнитно-резонансную томографию таза (у 19 больных).

Ультразвуковые исследования проводились на аппаратах «Брюль и Кьер» (Дания) и Logic 500 MD-standart-50 Hz (General Electric Company). Обработка изображения на ультразвуковой системе Logic 500 осуществлялась в динамическом диапазоне панорамирования с увеличением на дисплее. Использовались конвексный датчик на 3,5 МГц (операционная ширина частот 2,5 - 5,5 МГц) и микроконвексный внутриполостной датчик на 6,5 МГц. У больных с пузырно-влагалищными свищами мы применяли трансабдоминальное, чрезвлагалищное и чрезпузырное ультразвуковое сканирование.

При ультразвуковых исследованиях, как правило, определяется

дефект пузырно-влагалищной перегородки, различной локализации и размеров. Выраженные рубцовые изменения в стенке мочевого пузыря или зоне фистулы на экране дисплея проявляются яркими эхосигналами от 0,2 - 0,3 до 0,8 - 1,0 см.

При точечных свищах, когда другие методики не информативны, эхография позволяет отчетливо визуализировать свищевой ход. Мы существенно упростили этот процесс, используя газосодержащую жидкость (М.Б.Афанасьев, 1995). У 5 больных с рецидивными пузырно-влагалищными свищами с помощью эхографии выявлены камни свищевого хода, располагавшиеся в полости пузырно-влагалищной перегородки после технической неправильно выполненной фистулопластики. Необходимо отметить, что в подобных ситуациях только ультразвуковое сканирование позволило установить правильный диагноз.

При ультразвуковом исследовании больных с пузырно-влагалищными фистулами, становится возможным оценить не только анатомическое состояние мочевого пузыря, его стенок, утолщений слизистой пузыря, свидетельствующих о ее воспалении, локализацию, размеры и форму свища, но, что особенно важно, оценить состояние окружающих мочевой пузырь тканей и клетчатки малой таза. Эта информация особенно важна, так как позволяет рационально провести предоперационную под-

готовку, направленную на санацию не только органов мочеполовой системы, но и очагов воспаления в окружающих мочевой пузырь тканях. Выполненные в динамике ультразвуковые исследования органов малого таза являются одним из основных критериев готовности больных с пузырно-влагалищными свищами к пластическим операциям. Малая инвазивность, минимальное отрицательное воздействие на организм и высокая информативность ультразвуковых исследований делают их использование в комплексной диагностике пузырно-влагалищных свищей весьма перспективным.

Компьютерная или магнитно-резонансная томография использованы нами у 19 больных для изучения анатомии тазовых органов у больных с пузырно-влагалищными свищами, перенесшими различные трансабдоминальные гинекологические операции, а также для оценки послеоперационных результатов.

Всем остальным больным выполнялись серии аксиальных и сагитальных сканирований на уровне тазовой области в режиме pelvic scan.

При этом оценивались следующие параметры: положение и форма мочевого пузыря, структура стенки мочевого пузыря, положение матки, состояние паравезикального пространства.

Не вызывает сомнений высокая информативность компьютерной или магнитно-ядерной томографии

в диагностике пузырно-влагалищных свищей и оценке состояния не только зоны фистул, но окружающих ее тканей и тазовой клетчатки. Полученная на томограммах информация - четкая и наглядная. Однако, сравнивая информацию, полученную с помощью компьютерной или ЯМР-томографии с тако-

вой, полученной при комплексном ультразвуковом исследовании, мы убедились в их идентичности.

Принимая во внимание вышеуказанный факт, а также стоимость исследования и объем лучевой нагрузки при компьютерной или магнитнорезонансной томографии, мы считаем использование

их в рутинной диагностике пузырно-влагалищных свищей нецелесообразным. Компьютерную и ямр-томографию следует применять в исключительных случаях при подозрении на онкологическую природу фистулы для избежания ненужной операции.

**ЛОРАН О.Б., ЛИПСКИЙ В.С.,
СПИРИН В.А., ПОПКОВ В.М.,
БЛЮМБЕРГ Б.И.**

Клиники урологии Московского
государственного медикостоматологического университета и
Саратовского государственного
медицинского университета

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ И ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ УСПЕШНУЮ ФИСТУЛОПЛАСТИКУ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА

В оценке результатов лечения больных пузырно-влагалищными свищами не последнюю роль играют сроки восстановления сексуальной и детородной функций пациенток.

Сведения о динамике восстановления сексуальной функции у больных, перенесших успешную фистулопластику получены путем анкетирования. Опрошены 123 женщины, средний возраст которых составил 41,6 лет. Сексуальная функция у 71 (57,7%) больной без гистерэктомии в анамнезе восстановилась в среднем через 4,8 месяца после фистулопластики. У 52 (42,3%) женщин, перенесших экстрипацию матки, сексуальная функция восстановилась только к 8-му месяцу после фистулопластики.

Несомненно важное значение для социальной реабилитации больных имеют беременность и роды после оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей. Беременность при наличии пузырно-влагалищных свищей наступает крайне редко. Причины этого многочисленны, главным образом этические, так как эти женщины при постоянном подтекании мочи из влагалища практически не живут половой жизнью, а также физиологические, связанные с изменением биоценоза влагалища, слизистой пробки, нарушением функции яичников и пр. (В.И.Краснопольский и С.Н.Буянова, 1994). При ре-

шении проблемы беременности у женщин после успешной фистулопластики, прежде всего необходимо отметить, что рекомендовать зачатие ребенка можно не ранее, чем через 1,5-2 года после успешной операции, так как к этому времени окончательно завершаются репаративные процессы, нормализуется произвольное мочеиспускание, исчезает бактериурия. В течение этих лет женщинам, перенесшим фистулопластику рекомендуем использовать оральные контрацептивы, но только те, которые не влияют на функцию мочевыводящих путей. Внутриматочные контрацептивы в этих случаях противопоказаны.

Сведения о детородной функции мы получили с помощью анкетирования 36 женщин, у которых после успешной фистулопластики наступила беременность. Сохранить беременность удалось у 31 (86,1%) женщины. Родоразрешение у большинства из них осуществлено путем кесарева сечения. Этому методу родоразрешения после пластики пузырно-влагалищных свищей мы, как и большинство специалистов, отдаем предпочтение. Необходимо отметить, что операцию следует проводить в плановом порядке на 39-40 неделе беременности, то есть за 1-1,5 недели до предполагаемого срока родов и, следует добавить, только продольным корпоральным разрезом без вскрытия и

отсепаровки пузырно-маточной складки.

Таким образом, сексуальная функция у больных перенесших успешную фистулопластику пузырно-влагалищного свища восстанавливается как у женщин без гистерэктомии, так и у женщин, перенесших экстрипацию матки. В группе женщин без гистерэктомии в анамнезе сексуальная функция восстанавливается через 4,8 месяца, во второй группе - через 8 месяцев.

Женщинам репродуктивного возраста рекомендовать беременность можно не ранее, чем через 1,5-2 года после успешной фистулопластики. Вопрос о методе родоразрешения необходимо рассматривать в каждом конкретном случае индивидуально. При этом надо учитывать все особенности бывшего ранее процесса, характер этиологических факторов возникновения пузырно-влагалищных фистул и их последствий.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ
ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Одной из сложных проблем урогинекологии на сегодняшний день остается лечение мочеполювых свищей и в частности пузырно-влагалищных фистул, которые являются одними из наиболее тяжелых осложнений гинекологических и акушерских операций.

За последние четыре года в отделении выполнено 23 фистулопластики у пациенток с пузырно-влагалищными свищами. Свищи располагались, как правило, на задней стенке в области треугольника Лье-то или несколько выше межмочеточниковой складки, имели различные размеры от точечных до трех сантиметров в диаметре. Все больные оперировались не ранее чем через три месяца после их образования. У одной пациентки свищ был рецидив-

ный с использованием трансабдоминального доступа. Возраст больных колебался от 18 до 58 лет.

В предоперационном периоде всем больным производилась санация влагалища и мочевого пузыря.

Для лечения пузырно-влагалищных свищей мы использовали только трансвагинальный доступ, как наиболее физиологичный и позволяющий значительно снизить риск интра и послеоперационных осложнений. При этом выполнялась широкая мобилизация тканей влагалища и мочевого пузыря с разделением ушиванием их дефектов и использованием выкройки 2\0 и ПДС. Операция заканчивалась обязательной катетеризацией мочевого пузыря сроком от 3 до 7 дней. В послеоперационном пе-

риод назначали антибактериальную терапию и разрешали вставать на 2-3 сутки.

Средний срок пребывания больных в стационаре составил 7 суток. Ни в одном случае рецидивов свищей не было.

Контрольное обследование через 3 месяца выявило нормальное мочеиспускание у 100% пациентов при незначительной лейкоцитурии у 30% больных.

Таким образом, используя современный шовный материал и методику трансвагинальной фистулопластики у больных с не осложненными пузырно-влагалищными свищами, позволяют обеспечить наибольшую вероятность успеха хирургического лечения пузырно-влагалищных свищей.

НЕГМАДЖАНОВ Б.Б.,
НУРИЛЛАЕВ Ж.Я.,

АХМЕДОВ Ю.М., САФАРОВ А.
Кафедра Акушерство и Гинекология
педфака СамМИ,
Самарканд, Узбекистан

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

В современной урогинекологии мочеполювые свищи остаются актуальной проблемой. С 1994 по 2000 годы под нашим наблюдением находились 25 больных с пузырно-влагалищными свищами. Фистулы после гинекологических операций наблюдались у 20 больных; после акушерских у 3, после медицинских абортов у 2 больных. Период существования свищей - от 4 месяцев до 20 лет. Фистулопластика по поводу рецидивных свищей выполнена 3 пациентам. Возраст оперированных больных колебался от 18 до 65 лет.

Локализация и размеры свища определяли визуально и цистоскопически. У 18 больных фистула распо-

лагалась выше межмочеточниковой складки, у 4 в зоне треугольника Лье-то и у 3 ниже межмочеточниковой складки. Диаметр свища колебался от 0,5 до 5 см. Трансвагинальным доступом оперированы 7, комбинированный - 18. В 8 наблюдениях устья мочеточников находились очень близко от свищевого отверстия (0,5-1 см). Этим пациентам фистулорафия выполнена с неомплантацией мочеточников по собственной методике.

Катамнез составил от 4 месяцев до 6 лет. В 2 наблюдениях имел место рецидив свища. Этим больным также выполнена повторная фистулорафия. При цистографии пу-

зырно-мочеточниковый рефлюкс не наблюдался. Цистоскопически визуализировался тонкий рубец на задней стенке мочевого пузыря. В одном наблюдении наблюдалось образование конкрасмента мочевого пузыря, который был раздроблен с помощью литотриптора.

Таким образом, результаты фистулорафии зависят от размера свища, длительности его существования, количества ранее проведенных операций. Оперативный доступ выбирается индивидуально. При близком нахождении устья мочеточников к свищу фистулорафия дополняется неомплантацией мочеточников в мочевой пузырь.

ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С., РОССИХИН В.В.,
КЕШИШЯН А.А., ВАЩЕНКО З.В.
Медицинская академия
последипломного образования
Харьков, Украина

30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ
ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Цель: провести анализ клинических результатов диагностики и лечения пузырно-влагалищных свищей (ПВС), проблема кото-

рых, несмотря на неоднократное освещение данного вопроса в литературе и в научно-практических дискуссиях, остается нерешенной, ибо число пациенток с данной инвалидизирующей патологией не уменьшается, а результаты лечения далеко не всегда

решенной, ибо число пациенток с данной инвалидизирующей патологией не уменьшается, а результаты лечения далеко не всегда

удовлетворяют хирургов.

Методы: с 1970 по 2000 гг. на лечении находилось 210 пациенток со следующей годовой динамикой поступления: 1970-1974 - 19 человек, 1975-1979 - 39, 1980-1984 - 49; 1985-1989 - 50, 1990-1994 - 15, 1995-1999 - 38 чел. Больные были в возрасте от 20 до 70 лет, однако наибольшее число пациенток - 76 чел. (45,7%) - приходилось на группу 41-50 лет, что связано с оперативными вмешательствами по поводу фибромиомы матки и злокачественных гинекологических образований. При этом, ПВС у 75% пациенток были гинекологического генеза, 21,7% - акушерского и лишь в 3% ПВС образовались в результате лучевой терапии или имели иной генез. Длительность ПВС - от 3-4 мес. (27,1%) до 2-3

лет (23,5%). Размеры свищей у 70% больных были размерами до 1,5 см. Наиболее часто для фистулографии использовался трансвагинальный (23,4%), чрезбрюшинный доступ применялся у 7 пациенток, причем у всех имелись многократно рецидивирующие свищи. Выздоровление в этой группе было достигнуто у 6 больных, причем 1 рецидив был в случае использования в качестве питающего материала - брюшного лоскута. У одной больной с успехом в качестве лоскута был использован листочек сусального золота, у остальных - лоскут паритальной брюшины. Моча у всех больных отводилась катетером a de teur Foley.

Результаты: Выздоровление после первой операции было у 84,2%, после второй - у 3 (7,9%)

пациенток. Рецидивы отмечены у 3 (7,9%) женщин и связаны с неадекватным выбором доступа и субоперационными трудностями (1 чел.), индивидуальной непереносимостью шовного материала (1 чел.), ушиванием ПВС, расположенного в зоне устья мочеоточника, что потребовало в дальнейшем выполнения уретероцистонеостомии и повторной фистулографии.

Выводы: Успех фистулографии зависит от правильной оценки состояния местного гомеостаза тканей, выбора адекватного оперативного доступа, близости к ПВС устья мочеоточника, применения современного нерассасывающегося шовного материала и хорошей индивидуальной оперативной техники.

СЕМЕНЮК А.А.

ЦМСЧ №122,
Санкт-Петербург

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

В настоящее время одной из серьёзных проблем в урогинекологии остается проблема лечения пузырно-влагалищных фистул.

До 85 % фистул развиваются после гинекологических операций. Непосредственное повреждение стенки мочевого пузыря во время оперативного лечения является основной причиной образования пузырно-влагалищного свища. С другой стороны считается, что в генезе развития фистулы играет роль и нарушение кровоснабжения стенки мочевого пузыря.

Как правило, пациентке, страдающей распространенной формой эндометриоза, в предоперационном периоде получают гормональную терапию. Она направлена на подавление очагов эндометриоза, которые в процессе лечения замещаются плотной соединительной тканью, что проводит к развитию сращений матки и стенки мочевого пузыря и нарушению кровоснабжения стенки последнего. Проведенная в последующем экстирпация матки может привести к образованию пузырно-влага-

лищной фистулы даже без непосредственного повреждения стенки мочевого пузыря.

В ЦМСЧ №122 на лечении находилось 19 женщин с пузырно-влагалищными фистулами, образовавшимися после оперативного лечения по поводу генитального эндометриоза. Все фистулы образовались в сроки до 20 дней после операции, находились выше межмочеточниковой складки, на расстоянии не менее 1,5 см от того, либо другого устья мочеоточника. Всем женщинам выполнена пластика пузырно-влагалищного свища по методике, принятой в ЦМСЧ №122. Данная методика включает в себя следующее:

1. Всем женщинам пластика проводилась трансвагинальным методом.

2. Разъединение стенки пузыря и влагалища проводится посредством кольпотомии через зону свища, отступая 0,5-1 см от края последнего.

3. Иссечение свищевого отверстия не производится.

4. Закрывание пузырной фисту-

лы производится посредством наложения трехрядных вворачивающих швов без захвата слизистой оболочки мочевого пузыря.

5. В качестве шовного материала используем викрил и ДТЛ.

6. Пузырь дренируем с помощью двух трубок (одной может быть катетер Foley), что по нашему мнению позволяет избежать резкого повышения внутрипузырного давления (нет плотного смыкания сфинктера вокруг трубок).

Применяемая методика позволила всем пациенткам закрыть пузырно-влагалищные фистулы и продолжить комплексную терапию по поводу генитального эндометриоза.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Цель: Восстановление непрерывности мочевого тракта и мочеиспускания.

Лечение больных с пузырно-влагалищными свищами является одним из сложных и актуальных раздeлов урогинекологии. Причины возникновения пузырно-влагалищных свищей: небольшой разрез брюшной стенки во время гинекологических операции, нагноение операционной раны, прошивание стенок мочевого пузыря и влагалища, интенсивное кровотечение во время операция с наложением зажимов на сосуды, стенку мочевого пузыря и распад опухоли. Алгоритм диагностики: осмотр вагины в зеркалах, введении в мочевой пузырь красящей жидкости, а во влагалище марлевого тампона и цистоскопии, позволяют установить размеры свища, наличие воспалительных тканей, расположение и отношение его к устьям моче-

точников.

В клинике пластической и восстановительной урологии Института урологии и нефрологии АМН Украины наблюдалось 363 женщины с пузырно-влагалищными свищами простыми и сложными. Из них у 59 был рецидивный пузырно-влагалищный свищ. Ранее пациенты перенесли: 1-операцию 26 больных; 2-операции 16; 3-операции 8; 4 операции – 5; 5-операций 4; 6 - операций у 1 больной, которая ранее подвергалась лучевой терапии.

Метод: При пузырно-влагалищных свищах выбор оперативного вмешательства (пузырного, вагинального, чрезбрюшного, пузырно-брюшного) определяется: локализацией и размерами свища, количеством рецидивов. Оптимальными сроками проведения реконструктивных операций считается 2,5-3 месяца с момента воз-

никновения свища. Противопоказаниями являлись: цистит, вагинит, мацерация кожи бедер. Предоперационная подготовка состоит из устранения у больных перечисленных воспалительных процессов. Операция заключается в иссечении свища, разделении стенок пузыря и влагалища с последующим ушиванием тканей.

Рецидивные пузырно-влагалищные свищи после наших операций удалось ликвидировать во всех случаях за исключением 2-х когда была выполнена пересадка моче-точников в прямую кишку.

Вывод: Успешное оперативное лечение “пузырно-влагалищных свищей” определяется тщательной предоперационной подготовкой тканей пузыря и влагалища, своевременной операцией и правильным выбором оперативного метода и доступа.

ЧЕРНЫШЕВ В.В.
АВДОШИНА Н.Ф. СОРОКИН С.В.

ЦКБ СОРАН,
Новосибирск

ТАХОКОМБ “НИКОМЕД” В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ.

Цель исследования: Оценка надежности препарата ТахоКомб в хирургическом лечении рецидивных пузырно-влагалищных свищей. Препарат ТахоКомб (Никомед) представляет из себя абсорбирующую пластину, предназначенную для закрытия раневой поверхности с целью гемостаза и склеивания тканей. Пластина готова к применению немедленно.

Материалы и методы: в отделении урологии ЦКБ СОРАН с 1995 по 1999 годы с рецидивными пузырно-влагалищными свищами на лечении находилось 7 больных в возрасте от 36 до 53 лет. У 4 больных свищ образовался после гистерэктомии по поводу злокачественных образований, у двух после удаления доброкачественных опухолей матки и в од-

ном случае после сочетанной (хирургия и лучевое лечение) терапии по поводу рака прямой кишки. 2 больных оперированы ранее дважды, 5 больных один раз. Рецидив пузырно-влагалищного свища у оперированных больных возникал в раннем послеоперационном периоде вскоре после удаления дренажей из мочевого пузыря при попытках самостоятельного мочеиспускания. Больные госпитализировались для повторной операции после рецидива свища через 3-4 месяца.

В нашем отделении все больные были повторно оперированы после тщательной предоперационной подготовки, так как у всех выявлялся язвенный кольпит, цистит, бактериурия. Критерием готовности больных к операции является лик-

видация воспаления в мочевой системе и во влагалище. Трансвезикальным доступом после вскрытия мочевого пузыря окаймляющим разрезом через всю стенку мочевого пузыря выделяется фаступя. Стенка мочевого пузыря отделяется от передней стенки влагалища. Рубцы широко иссекаются, чтобы края раны были подвижны. Ушивается стенка влагалища вкривом в продольном направлении швом Донати, затем на ушитую стенку влагалища, так чтобы она закрывала рану полностью накладывается пластинка ТахоКомба, которая осуществляет местный гемостаз, герметизирует рану влагалища, а в дальнейшем способствует образованию нежного рубца. Затем хромированным кетгутом во взаимно перпенди-

куляном направлении ушивается над пластинкой рана мочевого пузыря. У одной больной в связи с вовлечением правого устья в свищевой ход пришлось после фистулопластики пересаживать мочеточник в новое место по антирефлюксной методике с формированием анастомоза на стенке. Дренажное мочевого пузыря осуществляется уретральным катетером Фоли. Мочевой пузырь ушивается наглу-

хо. Учитывая, что у всех больных до операции была выделена Грам отрицательная флора в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия фторхинолонами.

Результаты: У всех больных после удаления уретрального катетера на 10 - 12 сутки восстановилось самостоятельное адекватное мочеиспускание. Анализы и посевы мочи нормализовались в течение ме-

сяца. Рецидива пузырно-влагалищного свища у данной группы больных не отмечалось.

Выводы: Не смотря на небольшое количество наблюдений полученные результаты, позволяют положительно оценить их и рекомендовать к применению пластинок ТахоКомоа при фистулопластике рецидивных пузырно-влагалищных свищей как одним из вариантов закрытия дефекта мочевого пузыря.

ТРАВМЫ И РАНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АНТОНЯН И.М., ЛАЗУРЕНКО В.В.

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

О ПРИЧИНАХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Одной из сложнейших проблем современной урогинекологии остаются повреждения органов мочевой системы. Высокая распространенность инструментальных вмешательств, расширение показаний к оперативному родоразрешению с одной стороны, и увеличение объема и числа радикальных операций, производимых гинекологами, являются объективными предпосылками к возникновению травм органов мочевыделительной системы.

В течение 5 лет в различных акушерско-гинекологических стационарах г. Харькова мы наблюдали 84 женщины с подозрением на наличие урологической травмы, при этом повреждения мочевой системы были диагностированы лишь у 68 пациенток.

В акушерской практике (24 женщины) наиболее часто травма выявлялась после операции кесарева сечения в 54,2% (13), оперативное вмешательство в связи с послеродовыми кровотечениями - в 33,3% (8), наложение акушерских щипцов предшествовало травме в 12,5% случаев (3).

В гинекологических стационарах (44 наблюдения) чаще всего мочевые органы повреждаются во время экстирпации матки по поводу фибромиомы 43,2% (19), удаление тубоовариальных опухолей 20,1% (9), иссечение интралигаментарных опухолей матки и яичников 13,6% (6), расширенной гистерэктомии 11,4% (5), пластических операций 11,4% (5).

Следует отметить, что только в 16,2% (11) из 68 случаев во время операции были выявлены повреждения, которые реконструированы акушерами-гинеколога-

ми в 4 случаях, а в 7 наблюдениях в операционную бригаду дополнительно включался уролог.

В первые сутки после операции распознавались повреждения в 8,9% (6), в 1-3 сутки - 10,3% (7), в течение 3-7 дней - 45,6% (31), после 8 дня - 19,1% (13).

Таким образом, наиболее частыми причинами повреждения органов мочевой системы в акушерской практике остаются операции кесарева сечения и вмешательства, выполняемые в связи с послеродовыми кровотечениями (87,5%), а в гинекологической - экстирпация матки (42,3%), при этом только в 16,2% случаев возникающие осложнения распознаются хирургами во время операции. Считаем, что резервы улучшения результатов лечения пациенток акушерско-гинекологических стационаров в совершенствовании хирургической техники, правильном отборе и адекватном дооперационном обследовании, проведении до- и субоперационных профилактических мероприятий, а также интраоперационном контроле за целостностью органов мочевыделительной системы.



ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

По данным литературы повреждение мочеточника при некоторых гинекологических операциях наблюдаются в 1-2 % случаев и более чем в 50% остаются нераспознанными в ходе оперативного вмешательства (Люлько А.В., Воронин К.В. 1994).

В урологическом отделении НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 1996 по 2000 год находилось на лечении 14 женщин с повреждениями мочеточника после акушерских и гинекологических операций поступивших из различных стационаров города.

К повреждениям мочеточника мы относили пересечения, краевые ранения и перевязку. В двух случаях ранения были заподозрены в ходе оперативного вмешательства, в остальных повреждение мочеточника было диагностировано в сроки от 1 суток до 9 месяцев. Все повреждения были односторонними. В 9 случаях это были правосторонние повреждения, в 5 левосторонние. Как правило у этих больных не наблюдалось снижение диуреза в ближайшем послеоперационном периоде. Выраженные боли в поясничной области на стороне повреждения наблюдались в 5 случаях, в остальных случаях боли носили тупой, ноющий характер. Возникновение болей у женщин с правосторонним повреждением мочеточ-

ника часто расценивалось первоначально как обострение холецисто-панкреатита, что находило подтверждение при ультразвуковом исследовании в виде отека головки поджелудочной железы и утолщении стенок желчного пузыря. В последствии всем больным выполнялась внутривенная урография при которой отмечалось отсутствие функции почки с поврежденной стороны. При хромоцистоскопии у трех больных было отмечено вялое выделение индигокармина со стороны повреждения через 14 минут после его внутривенного введения. При катетеризации мочеточника в 10 случаях было встречено непреодолимое препятствие, в 3 из них при проведении ретроградной уретерографии была отмечена экставазация контраста, в 5 контрастирование отводящей части мочеточника, в 2 приводящей и отводящей частей. Длина мочеточника от места повреждения до устья варьировала от 3 до 7 см. У 2 пациенток за место повреждения были проведены катетеры меньшего диаметра по которым затем были проведены мочеточниковые стенты, что позволило избежать операции. Всего оперировано 12 больных, 2 из них в ходе гинекологических операций, 10 в сроки от 2 суток до 9 мес после первичной операции при-

чем 7 из них до 14 суток. Этим 7 больным выполнено удаление стенозирующих мочеточник лигатур с интраоперационным цистоскопическим стентированием мочеточника. Одна больная оперирована на 20е сутки по поводу абсцесса правой половины таза в полости которого находился конец мочеточникового катетера проведенный туда перед операцией. Больной выполнена уретерокутанеостомия, а через 2 месяца в другом лечебном учреждении уретероцистонеостомия по Боари. Одной больной через 5 мес под контролем УЗИ выполнена пункционная нефростомия и через 1,5 мес уретероцистостомия. Одна больная оперирована через 9 мес, выполнена нефрэктомия.

Нами сделан вывод, что появление поясничного болевого синдрома в послеоперационном периоде у больных после акушерских и гинекологических операций, сопровождающихся техническими трудностями, является срочным показанием к проведению комплексного обследования включающего УЗИ, внутривенную урографию, инструментальные исследования, что приводит к ранней диагностике повреждений мочеточника и позволяет выполнять реконструктивные операции на мочеточнике с сохранением почки.

ИСАЕНКО В.И., ХОМЕНКО В.Ф.,
ШКУРАТОВ С.И., ХАЛИТОВА Р.А.,
ХОХЛОВ В.В., ШКУРАТОВ С.С.
Государственная медицинская
академия, обласная клиническая
больница, Новосибирск, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКОВ

Данные литературы свидетельствуют, что основными причинами повреждения нижних отделов мочеточников являются травматические оперативные вмешательства на органах малого таза, у женщин чаще на гениталиях.

Целью настоящего сообщения является анализ результатов лечения послеоперационных повреждений мочеточников.

Методы и материалы. За период с 1996 по 1999гг в урологической

клинике обласной больницы находились на лечении 5 женщин с поврежденными во время операций на гениталиях нижних отделов мочеточников. Больные поступали в клинику в сроки от 7 до 28 дней. Всем больным лечение было разбито на два этапа: непосредственно при поступлении накладывалась нефростома со стороны повреждения мочеточника, а затем в сроки не ранее 3-4 месяцев выполнялась операция типа Боари. При несоблюдении указанных сроков

восстановительных операций были отмечены рецидивы стриктур, что потребовало повторных вмешательств.

Выводы. Наиболее частыми причинами стриктур нижних отделов мочеточников у женщин являются их повреждения или перевязка во время операции на органах малого таза.

Благоприятный исход восстановительной операции зависит от избранной тактики лечения и соблюдения сроков вмешательства.

ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКОВ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Травма мочеточников остается наиболее тяжелой среди всех повреждений органов мочевой системы. В последние годы количество таких пациентов возросло.

Цель. Данная работа оценивает результаты лечения 210 больных из числа оперированных в нашей клинике.

Материалы. Травма мочеточников у представленных больных осталась незамеченной в ходе акушерских и гинекологических операций. Клиническими проявлениями травмы у 101 больной были признаки мочевого перитонита и острого пиелонефрита, что в ряде случаев потребовало выполнения лапаротомии и дренировании брюшной полости. У остальных пациентов основной клинической манифестацией была поясничная боль и повышение температуры тела, реже выделение мочи из влагалища. Ретенционные изменения в почке и мочеточнике на стороне поражения обнаружены у 156 больных. Наиболее информативным в этих случаях было ультразвуковое исследование с последую-

щим, при необходимости, дренированием почки путем чрескожной нефростомии. Признаки тазового инфильтрата обнаруживались у 201 (95%) больной.

Всем больным спустя 20 – 35 суток с момента повреждения выполнена реконструкция дистального отдела мочеточника. В случаях большой протяженности дефекта (более 5 см) была использована лоскутная пластика (операция Боари или Демеля). Все операции выполнены трансабдоминальным доступом. Наибольшая длина лоскута составила 16 см.

Результаты. Каких-либо интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Больные активизировались в первые сутки после операции. Среднее продолжительность пребывания в стационаре для большинства составила 15,9 суток. Обследование спустя 8-9 месяцев показало нормальную функцию почек у 207 больных (98,5%) больных. Пузырно-мочеточниковые рефлюксы выявлены только у 11 (5%) больных. Функция мочевого пузыря восстановилась у всех па-

циентов до нормальной к 4-5 месяцу после операции.

Обсуждение и выводы. Травма мочеточников остается частым осложнением акушерских и гинекологических операций. При несвоевременном обнаружении травмы увеличивается риск развития мочевого перитонита и происходит значительное угнетение функции почки. Чрескожная пункционная нефростомия должна быть выполнена как можно скорее для отведения мочи и предупреждения развития острого гнойного пиелонефрита. Реконструктивные операции могут выполняться при полном отсутствии признаков мочевого инфильтрата в тазу, что обычно обнаруживается спустя 30 суток после дренирования почки. Выполнение операции трансабдоминальным доступом позволяет широко мобилизовать дистальный отдел мочеточника и мочевой пузырь, что дает возможность сформировать физиологичный анастомоз с последующим полным восстановлением функции почки.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ

Цель настоящего сообщения - познакомить читателей с особенностями травмы мочеточников и мочевого пузыря после лапароскопических вмешательств, их диагностикой и лечением.

Материалы. За период с 1997 по 2000 год мы наблюдали 23 повреждения мочеточников и 15 повреждений мочевого пузыря в ходе следующих лапароскопических вмешательств:

- гистерэктомия;
 - удаление кист;
 - коррекция недержания мочи;
 - операции при распространенном эндометриозе;
 - удаление внеорганных опухолей;
- В 7 случаях травма была замечена

в ходе операции и была предпринята попытка восстановления целостности мочевого пузыря или мочеточника.

Спустя три месяца у больных с пузырно-влагалищными свищами при осмотре обращали на себя внимание грубые рубцы в зоне свища и уплотненные ткани влагалища и мочевого пузыря. Больным с пузырно-влагалищными свищами была выполнена фистулопластика трансвагинальным доступом по принятой в клинике методике. Основной технической сложностью во время операции было разделение тканей влагалища и мочевого пузыря из-за массивного рубцового процесса в области свища.

Всем больным с травмой мочеточ-

ника произведена срочная нефростомия и реконструкция дистального отдела мочеточников спустя 29,6 суток после операции. Во время операции дистальный отдел мочеточника был рубцово изменен, интимно спаян с окружающими тканями, что затрудняло его выделение. Всем больным выполнена операция типа Боари.

Результаты. У 12 больных пузырно-влагалищными свищами успешный результат достигнут после первой фистулопластики, в то же время 3 пациентки перенесли два или три вмешательства. Обследование спустя 3 месяца выявило тяжелую дизурию у 4 больных, что потребовало проведения комплексной консервативной терапии.

Пластика дистального отдела мочеточников успешно выполнена у всех больных. Обследование спустя 3 и 6 месяцев выявило нормальную функцию почек.

Выводы. Повреждения органов

мочевой системы в ходе лапароскопических вмешательств отличаются массивностью поражения и развитием выраженного рубцового процесса. Это может быть обусловлено необходимостью обширной коагуляции в ходе опе-

рации и последующим мочевым затеком. Данное обстоятельство должно учитываться при подготовке больных к пластическим операциям при мочеполовых свищах, возникших после лапароскопических манипуляций.

**ЛОРАН О.Б., ЛИПСКИЙ В.С.,
СПИРИН В.А., ПОПКОВ В.М.,
БЛЮМБЕРГ Б.И.**

Клиники урологии Московского государственного медико-стоматологического университета и Саратовского государственного медицинского университета

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проблемы оперативного лечения больных пузырно-влагалищными свищами в значительной степени определяются характером и локализацией повреждений мочевого пузыря в ходе гинекологических операций и акушерских пособий. В этой связи актуальной остается задача профилактики повреждений нижних мочевых путей в акушерской и гинекологической практике.

Совокупность информации, касающейся причин и механизмов возникновения пузырно-влагалищных свищей у 209 больных, позволила нам сформулировать организационные, медицинские и социальные принципы профилактики подобных осложнений.

Решающая роль в профилактике акушерского травматизма принадлежит правильной организации акушерской помощи. В женских консультациях работа должна быть построена таким образом, чтобы своевременно выявлять и осуществлять диспансерное наблюдение за женщинами с отягощенным акушерским анамнезом и патологическим течением родов. Современная госпитализация этих пациенток в родовспомо-

гательные учреждения высокой квалификации может предупредить целый ряд осложнений в родах, избран, наиболее щадящий метод и время родоразрешения с учетом отягощающих факторов. Одним из методов профилактики акушерских пузырно-влагалищных свищей является плановое, по показаниям, родоразрешение путем кесарева сечения.

При планировании оперативных вмешательств по поводу атинично расположенных миоматозных узлов, распространенном эндометриозе, гнойно-воспалительных поражениях внутренних половых органов хирург обязан получить максимально возможную информацию о топографо-анатомических взаимоотношениях мочевыводящих путей и половых органов. При абдоминальных гинекологических операциях необходимо избегать инструментальной травмы мочевого пузыря вследствие грубого манипулирования надлобковым зеркалом или тупыми надлобковыми крючками. Гемостаз необходимо осуществлять только визуально. Прошивая кровоточащий сосуд следует захватывать в гемостатическую лигатуру минималь-

ное количество прилежащих тканей.

Оперирующий акушер-гинеколог должен обладать достаточным объемом урологических знаний, чтобы суметь своевременно распознать травму мочевого пузыря, правильно оценить ее характер и выбрать адекватную операцию. При этом необходимо обеспечить анатомическое и функциональное восстановление мочевого пузыря.

Важными составляющими системы медицинских и социальных мероприятий по профилактике генитальных свищей и пузырно-влагалищных фистул, в частности, являются раннее распознавание и своевременное лечение новообразований и воспалительных заболеваний внутренних половых органов, совершенствование методов контрацепции, а также санитарно-просветительная работа среди населения.

Таким образом, только комплексный подход и неукоснительное соблюдение вышеописанных принципов позволят добиться реального успеха в деле профилактики повреждений мочевого пузыря в акушерской и гинекологической практике.

**НЕЧИПОРЕНКО Н.А.,
НЕЧИПОРЕНКО А.Н.**
Гродненский государственный медицинский университет;
Гродненская больница скорой помощи, Гродно, Белоруссия

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА У ЖЕНЩИН, ВЫЯВЛЕННЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Цель исследования – выбор рациональной тактики лечения интраоперационных повреждений тазового отдела мочеточника у женщин, диагностированных в послеоперационном периоде.

Методы. Наблюдали 26 женщин с односторонними различными повреж-

дениями мочеточника во время гинекологических операций, выявленными через 7-15 дней после вмешательства. У всех пациенток отмечались боли в поясничной области на стороне повреждения, у 9 - повышение температуры тела до 38°C, у 8 - выделение

мочи из влагалища (больным выполнена экстирпация матки).

Окклюзия тазового отдела мочеточника подтверждена путем УЗИ почек и тазовых органов, а также ретроградной уретерографией.

С учетом сроков выявления окклю-

зии мочеточника после операции всем пациенткам наложена нефростома (пункционная - 8, открытая - 18), пяти больным дополнительно дренирован тазовый мочевой затек. Через 1,5-2 месяца после нефростомии проводили повторное обследование. У 6 женщин проходимость мочеточника восстановилась, что мы объяснили как результат рассасывания кетгутовой лигатуры.

20 женщин оперированы: по поводу мочеточниково-влагалищного свища

и облитерации мочеточника - 12. Уретероцистонеоанастомоз выполнен 17 пациенткам и уретероуретероанастомоз - 3-м.

Обсуждение. Анализ показывает, что пункционная нефростомия является лучшим методом отведения мочи из почки при окклюзии тазового отдела мочеточника, выявленной в послеоперационном периоде.

Если имела место перевязка мочеточника кетгутовой лигатурой, то возможно рассасывание нити и вос-

становление проходимости мочеточника по истечении 1,5-2-х месяцев.

Выводы. 1. Единственным надежным методом спасения почки у больных с повреждением мочеточника в ходе гинекологической операции, выявленным в послеоперационном периоде, является срочная нефростомия.

2. Через 1,5-2 месяца функционирования нефростомы повторное обследование позволяет оценить состояние мочеточника и выбрать план его реконструкции.

ОЛЕЙНИК Н.Н., КОПТЮХ В.И.,
ГУТА Л.В., ХЛИБОВСКАЯ О.И.,
ШАДРИНА В.С.

Тернопольская государственная
медицинская академия,
Тернополь, Украина

ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ КАТЕТЕРИЗАЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Травматизация мочевыводящих путей в акушерской практике, в последние годы резко уменьшилась. В то же время при гинекологических операциях прослеживается тенденция к увеличению числа травм мочевого пузыря и мочеточников во время проведения оперативного вмешательства у больных с осложненной фибромиомой матки, а также при проведении повторной операции кесарского сечения.

Цель работы: Целью нашей работы является выявление женщин повышенной группы риска травматического повреждения мочевыводящих путей и проведения профилактической катетеризации мочеточников перед оперативным вмешательством.

Методы исследования: хромоцистоскопия, обзорная урография, УЗИ мочевыводящих путей, общие анализы мочи.

Результаты и обсуждения: Про-

ведено обследование 20 женщин с гинекологическими заболеваниями и 20 беременных, у которых предполагалась операция повторного кесарского сечения.

В группу женщин с гинекологической заболеваемостью были отнесены все случаи экстирпации матки, связанные с низким размещением фиброматозных узлов - 8 женщин, удаления культи шейки матки - 2, удаление гнойно-воспалительных опухолей придатков матки - 8, рака тела матки - 2 женщины. Все эти операции были технически сложными в связи с нарушением анатомических взаимоотношений.

Группу акушерского риска травматического повреждения мочевых путей составили: выполнение кесарского сечения у беременных при наличии фибромиомы матки - 7 женщин, выполнение операции Поро - 1 женщина, выполнение операции повторного ке-

сарского сечения при наличии спаечного процесса - 12 женщин.

Всем женщинам с гинекологическими заболеваниями выполняли обзорную урографию, хромоцистоскопию, УЗИ почек. Беременным с повышенной группой риска проводилось УЗИ почек, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко. Непосредственно перед операцией производилась катетеризация обеих мочеточников.

Выводы. Таким образом, вопросы профилактики травмы мочевого пузыря и мочеточников при повторном кесарском сечении и гинекологических операциях являются актуальными. Выполнение катетеризации мочевыводящих путей позволяет выбрать правильную тактику лечения и освобождает больных от повторного оперативного вмешательства на мочеточниках и мочевом пузыре в раннем и позднем послеоперационных периодах.

СЕРГЕЕВ А.П., ГЛЕБОВА Н.Н.,
ТРУБИНА Т.Б.

Башкирский государственный
медицинский университет,
Уфа, Россия

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА ТРАВМАТИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

В современных условиях операция кесарского сечения в нижнем сегменте стала одним из ведущих методов оперативного родоразрешения, и частота ее применения достигает по данным ряда авторов 12-15%. Эта операция производится как при доношенной беременности, так и с целью прерывания беременности во II триместре (малое кесарское

сечение). Одним из осложнений послеоперационного периода является расхождение швов на матке, требующее релапаротомии и экстирпации матки. При производстве экстирпации матки в этих условиях возникает высокий риск ранения мочевого пузыря ввиду развития рубцово-спаечного процесса и инфильтрации в области пузырно-маточного про-

странства.

В связи с этим, проблема совершенствования техники выполнения повторных абдоминальных экстирпаций матки после перенесенного кесарского сечения в акушерстве и гинекологии остается актуальной.

Мы предлагаем модификацию ряда этапов операции трансабдоминальной экстирпации матки при на-

личии рубцово-спаечного процесса между маткой и мочевым пузырем после кесарева сечения в нижнем сегменте в анамнезе. После рассечения сосудистых пучков, маточно-крестцовых и кардинальных связок вскрывается задний свод влагалища, край влагалища берется на лигатуру. Производится ампутация матки на уровне рубца. Шейка матки выворачивается в брюшную полость через

ранее созданное отверстие в заднем своде влагалища. Отсечение шейки матки от передней и боковых стенок влагалища производится под контролем зрения на уровне переходной складки. Культия влагалища ушивается.

По данной методике прооперировано 6 больных с расхождением швов на матке (перенесших кесарское сечение при доношенной беременности

- 4, после малого кесарского сечения по поводу прерывания беременности - 2). Ближайшие и отдаленные результаты (через 1 год) благоприятные.

Таким образом, предложенная нами модификация является эффективной, не требует дополнительных временных затрат и предотвращает опасность ранения мочевого пузыря.

**ЯЩУК А.Г., ШЕВЧЕНКО З.Р.,
ВАЛИУЛЛИНА Н.З.,
РЯБОШАПКИНА О.В.**
Башгосмедуниверситет,
клиническая больница № 8,
Уфа

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Акушерские травмы тазового дна, промежности и мочеполовой диафрагмы являются наиболее частыми осложнениями родов и составляют по данным отечественных и зарубежных авторов 10,3-39%. Разрывы влагалища и промежности являются следствием многих причин, зависящих от матери и плода, но, как правило, они являются спутниками патологических родов.

Неблагоприятными последствиями травм тазового дна являются опущение и выпадение половых органов с образованием цистоцеле и ректоцеле, сопровождающихся нарушением функции соседних органов, в том числе сфинктеров уретры и прямой кишки. По данным многочисленных отечественных и зарубежных авторов недержание мочи развивается в результате нарушения функции сфинктеров мочевого пузыря, причем в 95% случаев этим стра-

дают рожавшие женщины.

Нами обследовано 380 женщин, перенесших травмы мягких тканей родовых путей, у 64 (16,8%) из них заболевание наступило непосредственно после родов, у 84 (22,1%) вскоре после родов. У 45 (11,8%) женщин недержание мочи было связано с несостоятельностью сфинктера мочевого пузыря, что подтверждают данные сфинктерометрии, а у 335 (88,2%) сочеталось с опущением стенок влагалища.

При восстановлении мягких тканей родовых путей у 28 родильниц мы придерживались следующих основных принципов:

- учет объема и уровня поврежденных структур;
- применение аллоплантов и аллопластического шовного материала с целью оптимальной коррекции замыкательного аппарата;
- максимально возможное вос-

становление поврежденных структур.

Для восстановления передней стенки влагалища, особенно парауретральной области, мы соединяли разорванные и разошедшиеся мышечные волокна, проводя аллосхожильные нити слева направо в области уретры и сфинктера. В ряде случаев создавалась фасциальная поддержка дна мочевого пузыря с использованием аллотрансплантов.

Во всех наблюдениях послеоперационный период протекал гладко. Выписка проводилась на 7-10 сутки. В послеродовом периоде у этих больных отсутствовали симптомы недержания мочи. Лечебная физкультура рекомендовалась через 2-3 недели. Некоторые из этих пациенток осмотрены через 6 месяцев. Никто из них не предъявлял жалоб на недержание мочи. Однако отдаленные результаты требуют дальнейшего изучения.

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АБАКАРОВА П.Р.
Научный Центр Акушерства,
Гинекологии и
Перинатологии РАМН,
Москва, Россия

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ИППП У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В настоящее время сахарным диабетом страдает 4-5% населения мира. В России на 1998 год зарегистрировано около 250 тысяч больных инсулинзависимым сахарным диабетом и более половины из них – женщины репродуктивного возраста. По данным ряда авторов (Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Мельниченко Г.А. 1998) женщины с инсулинзависимым сахарным диабетом являются группой риска в отношении патологии репродуктивной системы в сравнении со здоровыми женщинами. Особенно это относится к инфекционной патологии ввиду ее отрицательного воздействия на репродуктивную функцию женщин.

Цель исследования: Определить частоту выявляемости различной инфекционной патологии половых органов у женщин, страдающих инсулинзависимым сахарным диабетом.

Материалы и методы: Было обследовано 120 женщин, обратившихся в Центр для подбора контрацепции. 1 – группа 62 женщины, страдающих инсулинзависимым сахарным диабетом и принимающих инсулин в количестве от 18 до 48 ЕД, длительность заболевания колебалась от 2 до 18 лет и в среднем составила $(9,5 \pm 1)$ лет). 2-группа – 58 здоровых женщин. Возраст женщин колебался от 18 до 45 лет и в среднем составил $(28,3 \pm 1,1)$ год) – 1 группа, $(25,6 \pm 1,1)$ год) – 2 группа.

Помимо специальных методов используемых при диагностике сахарного диабета, были использованы общеклинический, кольпоскопический, бактериологический, культуральный методы исследования и метод полимеразно-цепной реакции.

Результаты и обсуждение: У 48

(77,5%) женщин 1 группы и у 28 (48,2%) 2 группы были выявлены – кандидозные кольпиты. Микоплазменная инфекция диагностирована у 23 (38,4%) – 1 гр. и у 19 (32,7%) – 2 гр., хламидийная инфекция – у 29 (48,2%) в 1 гр. и 23 (39,8%) во 2 гр. Уреаплазменная инфекция выявлена у 14 (23,3%) в 1 гр. и у 9 (15,4%) во 2 группе женщин. Результаты исследования показывают, что женщины, страдающие инсулинзависимым сахарным диабетом, являются группой риска по развитию генитальной инфекции. Возможно, это связано со снижением иммунологической реактивности организма больных СД, глюкозурией и изменением нормальной кислотности отделяемого из влагалища, что создаёт благоприятные условия для размножения микроорганизмов и способствует развитию любого инфекционного процесса, в том числе и ИППП.



ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ, ХЛАМИДИЙНЫХ И УРЕАПЛАЗМЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ

Широкое распространение хламидийной, уреаплазменной и ЦМВ-инфекций требует разработки и внедрения новых доступных методов диагностики и лечения этих заболеваний.

Целью работы явилось определение эффективности нового серологического метода диагностики хламидиоза, уреаплазмоза и ЦМВ-инфекции.

Было обследовано 76 женщин, обратившихся по поводу нарушений репродуктивной функции. Обследуемые были разделены на 2 группы: 1-52 женщины с первичным и вторичным бесплодием; II-группа – 24 женщины с привычным невынашиванием, неразвивающейся беременностью. Контрольной группой являлись 15 здоровых женщин.

Для диагностики хламидийной, уреаплазменной и ЦМВ-инфекций применяли серологический метод – реакцию гемагглютинации антигенов на эритроцитах больного (РГАЭр). Диагностическим считался титр 1:10. При выявлении у женщины этих заболеваний проводилось обследование и лечение ее партнера. Кроме того проводились: УЗИ, тесты функциональной диагностики, гормональные и ренгенологические методы.

Клиническая симптоматика заболеваний была скудной и только у 36% женщин проявлялась белями. Результаты серологических исследований выявили у 42,1% женщин наличие только хламидиозной инфекции, а у 57,9% смешанную инфекцию (хлами-

дийную, уреаплазмозную и ЦМВ) в различных сочетаниях.

Титры антигенов колебались в пределах 1:20 и 1:40 и в 100% случаев выявлялись у обоих партнеров. Проводилось комплексное этиотропное, общеукрепляющее лечение, иммуномодулирующая и эубиотическая терапия не менее 3-х курсов. Контроль эффективности лечения определяли с помощью РГАЭр, которая была отрицательной в 82% у обоих партнеров.

Вывод: РГАЭр является эффективным методом диагностики и контроля эффективности лечения хламидиоза, уреаплазмоза и ЦМВ-инфекции.

БЕРЛЕВ И.В., КОЧЕРОВЕЦ В.И.,
КИРА Е.Ф.
Военно-медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии,
Санкт-Петербург

ФАРМЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭУБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Бактериальный вагиноз является наиболее частой формой дисбиотических нарушений микроэкологии влагалища при беременности. Лечение бактериального вагиноза требует информированности об этиологии и патогенезе этого заболевания и строгой индивидуализации в выборе методов и средств.

К препаратам выбора в лечении бактериального вагиноза относятся метронидазол и клиндамицин, высокоэффективные в отношении анаэробных бактерий. Однако существенными недостатками этого лечения являются возникновение рецидивов заболевания (12,7% случаев) и кандидозного вульвовагинита (27,4%) вследствие местного применения антимикробных средств. Данное обстоятельство требует применения дополнительного лечения антимикотическими препаратами, что значительно удлинит курс проводимого лечения и его стоимость для пациента. С учетом этого нами предложен двухэтапный метод лечения, основным принципом которого яв-

ляется создание оптимальных физиологических условий влагалищной среды и восстановление микробиоценоза. Зная этиологию бактериального вагиноза, на первом этапе лечения проводилась местная антибактериальная терапия (метронидазол, клиндамицин фосфат), назначались молочная кислота для снижения pH, по показаниям иммунокорректоры, эстрогены, ингибиторы простагландинов и антигистаминные препараты. Второй этап предусматривал использование бактериальных биологических препаратов: лактобактерина, ацилакта, бифидумбактерина.

Определение затратной эффективности медикаментозной терапии бактериального вагиноза у беременных включало оценку двух показателей: чистый доход от лечения (т.е. разницу между стоимостью нового лекарственного препарата и экономией медицинских ресурсов, которая может быть достигнута при его использовании) и медицинскую эффективность (т.е. число наблюдений эффективного лечения).

Перед началом исследования определяли возможность сравнения популяций пациентов и методов фармакотерапии.

Нами обследовано 156 беременных женщин. Первую (основную) группу (98 женщин) составили пациентки, которые на первом этапе лечения получали вагинальный крем "Далацин" (2% крем клиндамицин фосфата фирмы "Анджон" США) в виде влагалищных аппликаций на ночь в течение 3 дней. Второй этап начинался сразу после окончания первого. Его проводили перед сном в течение 10 дней. Он включал инстилляцию во влагалище 3% раствора молочной или борной кислоты с экспозицией 15 минут с последующим введением во влагалище лакто- и бифидобактерина и ацилакта (по 5 доз). Продолжительность лечения составляла 10 дней. Инстилляцией влагалища молочной (борной) кислотой являлись физиологически оправданным способом, так как, выравнивая pH, обеспечивали оптимальные условия "приживаемос-

ти" лакто- и бифидобактерий. Во вторую (сравнительную) группу вошли беременные (58 женщин) которым проводили только первый этап лечения. Проведение сравнительного анализа лечения БВ показало высокую эффективность местного применения 2% далацин-вагинального крема в сочетании с эубиотиками. Клиническое выздоровление и нормализация лабораторных показателей наблюдалась у 92,9% в первой и 88,1% пациенток второй групп ($p > 0,05$).

Через месяц после окончания лече-

ния стойкий клинический эффект отмечен у 89,2% - первой и 64,3% женщин второй групп. Следует отметить, что ни в одном случае в основной группе обследованных не было микотического вульвовагинита, тогда как в группе сравнения это состояние выявлено у 12 женщин (21,3% случаев). При вагинальном применении 2% крема клиндамицина фосфата, 3% раствора молочной (борной) кислоты, эубиотиков (лакто- и бифидобактерий) не наблюдалось аллергических или побочных реакций.

Таким образом, проведенные исследования показали, что рациональная фармакотерапия бактериального вагиноза у беременных, включающая в себя применение эубиотиков, позволяет снизить частоту развития рецидивов заболевания и возникновение микотического вульвовагинита, что значительно сокращает расходы из бюджета здравоохранения. Эубиотики обладают высокой затратной эффективностью при лечении бактериального вагиноза у беременных и обеспечивают высокий эффект при меньших затратах.

БЕРЛЕВ И.В.

Кафедра акушерства и гинекологии
Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

ПРИМЕНЕНИЕ ВИЛЬПРАФЕНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проблема лечения неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов при беременности остается одной из наиболее сложных в акушерской практике. Это обусловлено целым рядом причин: изменение метаболизма в организме беременной, что влияет на фармакокинетику лекарственных веществ, возникновение лекарственной резистентности микробов, ограничение в назначении антимикробных препаратов беременным женщинам.

Целью нашего исследования явилось изучить эффективность применения вильпрафена у беременных с урогенитальной формой хламидиоза.

Вильпрафен использован у 20 женщин при сроках беременности 14 – 20 недель в дозе 500 мг два раза в сутки. В течении 15 дней.

С целью выяснения показаний к антимикробной терапии всем больным до начала лечения проводилось полное

бактериологическое обследование содержимого влагалища, цервикального канала, уретры. Для определения чувствительности выделенных микроорганизмов использовались стандартные бумажные тест-диски фирмы Oxoid (Англия). Контрольные исследования выполнялись на следующий день после лечения и спустя 3-4 недели.

Все пациентки отмечали хорошую переносимость препарата. Лишь в двух случаях отмечалась умеренная тошнота. Не отмечено общих аллергических реакций. Гематологические и биохимические показатели крови не изменялись.

У всех беременных прослежено течение беременности, родов и послеродового периода. Основным осложнением при беременности была угроза прерывания. Эта патология отмечена у 87% обследованных. Симптомы этого состояния исчезали после курса антибактериальной терапии. Неблагопри-

ятного влияния препарата на состояние плода и новорожденного не зарегистрировано. Контрольные исследования показали, что хламидийная инфекция излечена у всех наблюдаемых женщин. Однако, у двух беременных в ходе их динамического наблюдения возник рецидив заболевания, что потребовало проведение повторного курса антимикробного лечения.

Таким образом, благодаря высокой эффективности, хорошей переносимости, отсутствию побочных эффектов, - вильпрафен может быть рекомендован в качестве антибактериального препарата при урогенитальных инфекциях у беременных. Вместе с тем, использование препарата у беременных возможно при тщательной оценке пользы и риска. Применение данного препарата целесообразно в сроки беременности после 14 недель, когда завершен процесс органогенеза.

ДОНСКОВ В.В., АНАНЬЕВ Н.В.

Кафедра факультетской хирургии
с курсом урологии
Санкт-Петербургской
государственной педиатрической
медицинской академии

ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

С целью изучения возможностей современных методов исследования в диагностике воспалительных заболеваний почек, нами представлен опыт диагностики стадий и форм пиелонефрита с помощью УЗИ, КТ, тепловидения у 106 больных с по-

дозрением на гнойный процесс в почке.

УЗИ в 80,7% наблюдений позволило судить о его стадии, КТ в 93%. В дифференциальной диагностике абсцесса почки, апостематозного нефрита, пионефроза разрешаю-

щая возможность УЗИ и КТ приближалась к 100%. Наибольшие сложности отмечены в диагностике карбункула, который визуализирован при УЗИ в 50%, а КТ в 54% случаев. Только по данным КТ был выявлен эмфизематозный пиелонеф-

рит. Тепловизионное исследование констатировало наличие воспалительного процесса в почке и забрюшинном пространстве, диагноз острого пиелонефрита был установлен у 86% больных. Однако данное исследование не выявляло признаков характерных для стадий и

форм пиелонефрита.

Таким образом, УЗИ и КТ высокоинформативны в диагностике серозного и гнойного пиелонефрита. На основании тепловизионного исследования в большинстве случаев можно выявить воспалительный процесс в области почек, но диффе-

ренцировать стадии и тем более формы пиелонефрита, не представляется возможным.

Чувствительность КТ в диагностике пиелонефрита превышает 90%, УЗИ 80%. Тепловидение является вспомогательным методом исследования.

ИВАНЮТА Л.И., БЕЛИС Н.И.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев, Украина

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ КАК ОДИН ИЗ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Цель. Проведено обследование и лечение 2012 пациенток с бесплодием. Средний возраст женщин составил $26,5 \pm 2,3$ года, продолжительность бесплодия была $4,5 \pm 1,3$ года; первичное бесплодие было у 51,8 %, вторичное - у 48,2 % случаев.

Методы. Для выяснения этиологического фактора бесплодия проводились рентгенологические (МСГ и СТГ), телевидеоэктрогистерографическое, сонографическое, тепловизионное, эндоскопическое (лапароскопия и гистероскопия) методы обследования. Кроме этого, изучался качественный и количественный микробиоценоз гениталий, гормональные и иммунологический гомеостаз.

Результаты. Проведенные обследования свидетельствуют, что в

83,7 % случаев у этих же больных основной причиной бесплодия был воспалительный процесс гениталий, в 65,4 % случаев обнаружен спаечный процесс органов малого таза III-IV степени. В 43,3 % воспаление сочеталось с поликистозом яичников, в 30,4 % с эндометриозом, в 11,3 % - с фибромиомой матки. В 16,3 % на первый план выступали гормональные нарушения (недостаточность обеих фаз менструального цикла, ановуляция, гиперпролактинемия в сочетании с гипофункцией яичников, синдром преждевременного истощения яичников). У 1,2 % причиной бесплодия были аномалии развития внутренних половых органов (двурогая матка, перегородка матки). После установления факторов бесплодия на I этапе лечения проводилась комплексная

противовоспалительная терапия, включающая мужжополисахариды, рациональную антибиотикотерапию, десенсибилизирующую, витаминную, энзим- и физиотерапию, эубиотики и лазерную терапию.

Обсуждение. Проведенное лечение в 40,2 % случаев привело к наступлению беременности на протяжении первых 6-12 месяцев. В случае отсутствия беременности в последующем проводилась индивидуальная коррекция имеющихся нарушений: эндоскопическое лечение, микрохирургическое, гормональное или иммунологическое.

Выводы. Таким образом, своевременная и адекватная диагностика бесплодия с правильным подходом в лечении дает возможность получить положительные результаты уже после одного курса обследования и лечения.

ИЛЮК Т.А.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Цель - изучение частоты инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий у женщин с различными формами эндокринного бесплодия.

Методы: микроскопия нативного и окрашенного по Романовскому-Гимзе препарата соскоба слизистой уретры и цервикального канала, содержимого заднего свода влагалища; определение антител IgG к хламидиям, трихомонадам, цитомегаловирусу; полимеразная цепная реакция (ПЦР) для определения ДНК трихомонад, хламидий, уреаплазм, микоплазм, гонококков, гарднерелл, цитомегаловируса, вируса простого герпе-

са 1-го и 2-го типов; трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты: у 52 (100%) обследованных женщин с эндокринным бесплодием обнаружены инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), хронический воспалительный процесс в области придатков матки. Трихомониаз диагностирован у 50 (96,1%) пациенток, хламидиоз - у 42 (80,8%) обследованных, уреаплазменная инфекция - у 39 (75%) женщин, микоплазменная - у 39 (75%), гонорейная - у 9 (17,3%), анаэробная - у 32 (61,5%), вирусная - у 51 (98,1%) пациентки. Смешанные

инфекции выявлены у 49 (94,2%) обследованных, моноинфекция - у 3 (5,8%) женщин.

Обсуждение: Урогенитальные инфекции вызывают воспалительные изменения в генитальном тракте женщины, что отрицательно сказывается на фертильности. Широкое распространение ИППП у пациенток с различными формами эндокринного бесплодия, позволяет сделать вывод о низкой частоте чистых форм эндокринного бесплодия. В случае наличия ИППП при СПКЯ, гиперпролактинемии, гипоталамическом синдроме, АГС речь идет о сочетанной форме первичного или вторичного

бесплодия; НЛФ и ановуляцию на фоне мультифолликулярных яичников следует рассматривать как следствие яичниковой дисфункции в результате хронического течения воспалительного процесса. У подавляющего числа пациенток воспалительные заболевания гениталий протекают в виде первично хронических, вялотекущих форм, имеют смешанный характер инфекций. Все это затрудняет диагностику ИППП и требует ис-

пользования нескольких методов для установления полного этиологического диагноза. Хроническое течение ИППП приводит к вторичным нарушениям функции яичников, что усугубляет гормональный дисбаланс и требует учета при назначении лечения.

Выводы: ИППП широко распространены у женщин с ановуляцией и НЛФ, что приводит к резкому уменьшению доли чистых форм эндокринного бесплодия в

общей структуре бесплодия. Существующее сегодня явное преобладание первично хронических, латентных, смешанных форм инфекций требует комплексного обследования на наличие ИППП с использованием методов определения антигена и антител. Терапия ИППП должна проводиться параллельно, а в ряде случаев предшествовать назначению гормональной коррекции или оперативного лечения.

КАЛИНИНА С.Н.,
ТИКТИНСКИЙ О.Л.,
АЛЕКСАНДРОВ В.П.,
САВИЧЕВА А.М., СКРЯБИН Г.Н.,
КОРЕНЬКОВ Д.Г.
МАПО,
Санкт-Петербург, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ В БРАКЕ

Объектом исследования были 27 пар с бесплодием в браке от 3 до 10 лет, в возрасте от 25 до 39 лет. При микробиологическом обследовании у 11 (40,7%) мужей и их жен культуральным методом и ПЦР обнаружена *Chlamidia trachomatis*, у половины из них титры АТ Jg G r к *Chlamidia trachomatis* были в пределах 1:32 и 1:64. Четыре пациента имели вторых сексуальных партнеров, инфицированных *Chlamidia trachomatis*. У 9 (33,3%) пар обнаружена *Ureaplasma urealyticum*, у 3 их жен отмечались выкидыши на ранних сроках беременности, у остальных 7 пар выявлена смешанная микоплазменно-уреаплазменная инфекция. В спермограммах, у 9 пациентов выявлена олигозооспермия разной степени выраженности, у 15 - астенотератозооспермия, у 3 аспермия. Бесплодные мужчины обследовались и лечились у

андрологов-урологов, их жены и вторые сексуальные партнеры - у гинекологов. Ультразвуковым трансректальным сканированием у половины бесплодных мужчин выявлен хронический простатит, везикулит, протекавший бессимптомно. Все пациенты получали этиотропное лечение с одновременным приемом Вобэнзима по 5 драже 3 раза в день в течение 1-1,5 месяцев, 1/3 супружеским парам проведено электролазерное лечение после отрицательных контрольных анализов на скрытую урогенитальную инфекцию. В результате проведенного лечения у 18 пациентов увеличилась концентрация сперматозоидов, улучшилась их подвижность и уменьшилось количество дегенеративных форм. У жен 9 этих пациентов наступила беременность. Двум пациентам с аспермией произведен эпидидимовазоанасто-

моз и они в послеоперационный период принимали Вобэнзима. У одного пациента произведена биопсия яичка, в канальцах его обнаружены только сперматоциты II порядка, и его жене выполнено экстракорпоральное оплодотворение спермой донора (ЭКОСД). Роды в срок наступили у жен 4 наших пациентов. Семь пациентов получали Вобэнзим из-за выявленных в эякуляте антиспермальных антител.

Таким образом применение энзимопрепарата Вобэнзим в комплексной терапии у бесплодных пар, вторых сексуальных партнеров, значительно быстрее приводит к элиминации микроорганизмов, улучшает качество эякулята, приводит к исчезновению в нем антиспермальных антител, улучшает экстроструктуру добавочных половых желез.

КОРСУНСКАЯ И.Л.,
ПУШКАРЬ Д.Ю., ТЕВЛИН К.П.

МГМСУ,
Москва, Россия

ЭНДОВЕЗИКАЛЬНЫЙ ИОНОФОРЕЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

Цель. Сравнение результатов лечения больных, страдающих хроническим рецидивирующим циститом с сохраненной емкостью мочевого пузыря, методом эндовезикального лекарственного ионофореза (ЭЛИ) с результатами традиционного лечения.

Методы. 69 больным хроническим интерстициальным циститом проведено лечение методом эндовезикального ионофореза лекарственных препаратов (I группа), 30 пациенток контрольной группы (II группа) получали только традиционную терапию.

Эффективность лечения оценивали по субъективным (динамика течения болезни, выраженность болевого симптома, частота мочеиспусканий, эффективный объем мочеиспускания, боли при половом акте) и объективным (изменение уродинамических параметров, емкости мо-

чевого пузыря, длительность ремиссии) показателям.

Результаты.

После проведения лечения в I группе больных:

- болевой симптом был купирован у 53,62%;

- частота мочеиспусканий сократилась до 10 раз в сутки у 53,62%;

- эффективный объем мочеиспускания увеличился до 150 мл у 46,38%;

- физиологическая емкость мочевого пузыря достигла 350 мл у 44,93%;

- максимальный цистометрический объем увеличился на 19%;

- детрузорное давление снизилось на 20%;

- длительность ремиссии составила 12 месяцев.

Во II группе больных после лечения:

- болевой симптом сохранился у 93,33%;

- частота мочеиспусканий сократилась до 10 раз в сутки у 6,67%;

- эффективный объем мочеиспускания увеличился до 150 мл у 3,33%;

- емкость мочевого пузыря возросла до 300 мл у 26,67%;

- цистометрический объем увеличился на 8%;

- детрузорное давление снизилось на 9%;

- длительность ремиссии составила 3-4 месяца.

Обсуждение. Результаты проведенного исследования позволяют включить метод эндовезикального ионофореза в комплексное лечение больных с хроническим рецидивирующим циститом.

Выводы. Эндовезикальный лекарственный ионофорез является методом выбора в лечении больных хроническим рецидивирующим циститом с сохраненной емкостью мочевого пузыря.

ЭЛИ позволяет купировать болевой симптом, увеличивать интервалы между мочеиспусканиями, продлевает период ремиссии в 3-4 раза.

**КУЛАВСКИЙ В.А.,
НАСЫРОВА С.Ф.**

Башкирский государственный
медицинский университет, кафедра
акушерства и гинекологии ИПО,
Уфа, РБ, Россия

РОЛЬ ЗППП В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

За последние годы отмечается значительный рост ЗППП, их роль в патологии мочеполовых органов, в частности имеет место частое сочетание инфекции мочевыводящих путей и патологии шейки матки у нерожавших женщин.

В работе поставлена цель – провести сравнительный анализ частоты встречаемости инфекций, передающихся половым путем в мочеполовых органах у больных с псевдоэрозией шейки матки и здоровых пациенток. Для достижения поставленной задачи проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 105 нерожавших женщин с псевдоэрозией шейки матки в возрасте от 16 до 30 лет. Контрольную группу

составили 30 практически здоровых пациенток того же возраста.

Результаты проведенных исследований показали, что в 76,1% случаях псевдоэрозии шейки матки встречалась на фоне клинически выраженного кольпита и в 11,3% сопровождалось явлениями цистита и уретрита. Расширенное микробиологическое исследование микрофлоры уретры и шейки матки показало, что частота встречаемости хламидий в цервикальном канале больных с псевдоэрозией шейки матки составила 50,4%, в уретре - 20,0%, что значительно выше, чем у гинекологически здоровых женщин (16,6% и 2,1% соответственно). Микоплазмы и уреаплазмы обнаружены в цервикальном

канале пациенток основной группы в 26,6%; в уретре - у 20,0%; в контрольной группе - у 13,3% и 10%. Гонококки с одинаковой частотой обнаружены в цервикальном канале и уретре больных с псевдоэрозией - в 3,8% случаев; в контрольной группе указанная инфекция выявлена не была. Ассоциации хламидий, микоплазм, гонококков выявлены у 3,5% пациенток с псевдоэрозией.

Таким образом, ЗППП играют большую роль в этиопатогенезе псевдоэрозии и инфекций мочевых органов у нерожавших женщин, что следует учитывать при клиничко-диагностическом обследовании данного контингента женщин и выборе лечебных мероприятий.

ЛЕНЦНЕР А.А., ЛЕНЦНЕР Х.П.

Тартуский Университет,
Тарту, Эстония

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОБИОТИКОВ ИЗ ЛАКТОБАЦИЛЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Сегодня можно считать уже аксиомой весьма существенную роль лактофлоры влагалища, впервые описанной более ста лет тому назад А.Дёдерлейном и В.В.Строгановым, в защите женского организма от всевозможных

инфекций. Хорошо известны и пробиотики (эубиотики) из лактобацилл. Однако наблюдаемый в наши дни весьма существенный рост заболеваемости инфекционно-воспалительными заболеваниями мочеполовых органов за-

ставляет искать возможности дальнейшего повышения качества соответствующих препаратов. Эффективность пробиотиков в первую очередь зависит от биологических свойств и происхождения производственных штаммов

лактобацилл. Немаловажное значение имеет также технология производства препарата. Хорошо известен вагинальный штамм *L.fermentum* 90-TS-4, входящий в пробиотик лактобактерин, выделенный нами более 30 лет тому назад.

Из биологических свойств немаловажное значение имеет адгезивность лактобацилл к влажному эпителию. В результате проведенных исследований из вышеуказанного штамма отобран вариант, названный штаммом *L.fermentum* 90-TS-4 (21), обладающий весьма высокими адгезивными свойствами (патент RU 2133272 C1, один из соавторов

Ленцнер А.А.). Очень важна сохранность жизнеспособности и наиболее важных биологических свойств лактобацилл как в ходе производства пробиотиков, так и при введении его в организм. Углубленное изучение этого вопроса позволило разработать методику производства пробиотиков из *L.fermentum* 90-TS-4, согласно которой биомасса бактерий иммобилизована на альгинате кальция (патент RU 2020932 C1, один из соавторов Ленцнер А.А. и Х.П.). При такой технологии сохраняется адгезивность лактобацилл, их полная жизнеспособность даже при прохождении через же-

лудочный барьер. Несомненно заслуживает внимания создание пробиотиков, содержащих штаммы лактобацилл с высокой антагонистической активностью лишь относительно определенного болезнетворного микроорганизма, в частности кандид. Возможность найти такие штаммы нами уже показана.

Резюмируя вышеизложенное следует подчеркнуть, что исследования в области пробиотиков из лактобацилл открывают все новые возможности дальнейшего усовершенствования этих столь нужных лечебно-профилактических препаратов.

МИРЗАБАЛАЕВА А.К.

НИИ медицинской микологии
им.П.Н.Кашкина СПб МАПО

КАНДИДОЗ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН – ПОДХОДЫ К СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Вагинальный кандидоз (наиболее частая клиническая форма генитального кандидоза) относится к числу распространенных заболеваний. Частота его в последнее десятилетие возросла в два раза и составляет 45% в структуре инфекционной патологии нижнего отдела женских половых органов. Особую тревогу вызывает то, что повсеместно увеличивается число больных генитальным кандидозом представляет опасность как для здоровья женщины, так и для плода и новорожденного, реально увеличивая угрозу здоровья будущего поколения. В РФ в 1993г. выявлено 113894 случаев этого заболевания, а в 1999 г. – 312749. Часто остаются невыясненными причины, приводящие к иммунным и гормональным нарушениям в состоянии вагинального эпителия, патогенез при хронических формах генитального кандидоза окончательно не изучен. Диагностика данного заболевания не очень сложна, тем не менее, в работе врачей различных лечебных учреждений часто встречаются диагностические ошибки. Обнаружение дрожжевых клеток, которое может быть признаком кан-

дидоносительства, трактуется как микотический процесс и определяет дальнейшую лечебную тактику. Неоправданное назначение антимикотических препаратов препятствует поиску возбудителей других урогенитальных инфекций, что приводит к отсутствию клинического эффекта. Не проводят микологического исследования патологического материала для видовой идентификации грибов рода *Candida*. Лечение антибактериальными и антипротистозидными средствами может привести к осложнениям в виде недиагностированного и нелеченного кандидоза. Если же диагноз обоснован, обычно проводят один или два курса терапии, что при хронической форме инфекции недостаточно и способствует возникновению рецидивирующих форм заболевания.

В женских консультациях при типичной картине на слизистых оболочках вагины, вульвы можно ограничиться методом цитологического исследования окрашенных мазков по Романовскому-Гимзе. Диагностическим критерием является обнаружение псевдомицелия или/и вегетирующих форм гриба *Candida*. В случаях хронического течения заболевания (рецидивы четыре и более раз в год) обязательно микологическое исследование с определением видовой принадлежности гриба *Candida*. При микологическом исследовании диагностически значимые показатели роста грибов – 1×10^4 КОЕ/мл – 1×10^6 КОЕ/мл вагинального секрета. В тех случаях, когда больные безуспешно лечились разными антифунгальными препаратами, показано определение чувствительности выделенного штамма гриба к различным антимикотическим препаратам.

Лечение острого кандидозного вульвовагинита должно быть проведено местными антимикотическими средствами (вагинальные таблетки, свечи, кремы, мази). Применяют полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, пимафуцин) и имидазольные препараты (клотримазол, эконазол, миконазол, изоконазол). При сочетанных кандидо-бактериальных и кандидо-трихомонадных вульвовагинитах может быть применен КЛИОН Д (вагинальные таблетки) в течение 10 дней. Эффективность имидазольных препаратов выше, чем полиеновых из-за

более широкого спектра их действия (по результатам многоцентровых европейских исследований – соответственно 80–95 % и 70–80 %). Продолжительность местной терапии от 6 до 14 дней. Альтернативное лечение – флуконазол 150 мг однократно, итраконазол 200 мг 2 раза в день (1 день).

При хроническом вульвовагините часто возникают рецидивы, причины которых недостаточно изучены. За основу стандартизации подходов к лечению данного заболевания считаем целесообразным принять методiku поддерживающей терапии – лечение антимикотическими препаратами в течение 6 месяцев: флукона-

зол 100 мг – 1 раз в неделю, итраконазол 400 мг – 1 раз в месяц, клотримазол (вагинальные свечи) 600 мг в неделю.

Во время беременности для лечения кандидозного вагинита следует применять только местные антимикотические средства.

При распространенных формах кандидоза слизистых оболочек показаны индивидуализированные схемы применения системных антимикотиков (флуконазол, итраконазол) в среднетерапевтических дозах 14–30 дней.

Для лечения сочетанных форм урогенитальной инфекции (кандидоз, хламидиоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз и т.д.) нами разработаны схемы одно-

временного применения системных антимикотиков и антибактериальных препаратов.

Таким образом, своевременная диагностика генитального кандидоза, местная терапия при острых формах, длительная поддерживающая антимикотическая терапия при хроническом процессе (в сочетании с патогенетическим и иммуномодулирующим лечением, направленным на устранение факторов риска) способствуют стойкому клиническому эффекту. Для разработки стандартизации лечения хронических форм генитального кандидоза у женщин необходимы дальнейшие исследования.

НИЦОВИЧ Р.М., ГАРБУЗОВА И.В.,
НИЦОВИЧ И.Р.

Буковинская государственная
медицинская академия,
Украина

РОЛЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ

В литературе выделяют микоплазму, как основной инфекционный агент в ассоциации микроорганизмов, которые ведут к бесплодию у мужчин и женщин. Для уточнения роли уреаплазмы в возникновении бесплодия нами было обследовано 53 бесплодные супружеские пары. У женщин кроме общеклинического применяли рентгенологическое исследование, кольпоскопию, у мужчин исследовали нативную

сперму. У женщин проводили скарификационную пробу со спермой мужа и определяли феномен спермолиза. Наличие *I. urealiticum* установлено у 19 (35,5%) женщин и 17 (31,8%) мужчин. Первичное бесплодие отмечалось у 35 (65,2%), вторичное у 18 (34,8%) супружеских пар, в группе больных микоплазмозом – соответственно у 37 (69,8%) и 16 (30,2%). При исследовании повышенный лизис сперматозои-

дов во влагалище отмечался у 16 женщин (60%) исследуемой группы. У больных мужчин чаще всего отмечалась гипокинезия сперматозоидов со снижением подвижных форм до 38%. Таким образом, микоплазменная инфекция у женщин вызывает воспалительные изменения в маточных трубах, а у мужчин – микоплазменное поражение сперматозоидов, что ведет к бесплодию.

ПОДОЛЬСКИЙ В.В.,
ДРОНОВА В.Л.

ИПАГ АМН Украины,
Киев

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В настоящее время хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов являются наиболее распространенными в гинекологической практике.

Различный видовой спектр микроорганизмов потребовал дальнейшего развития фармакологических изысканий с целью получения новых, более мощных поколений антибиотиков, которые с успехом используются для лечения возбудителей хронических воспалительных заболеваний женских половых органов.

Однако, следует отметить, что у большинства таких антибиотиков имеется широкий спектр противопоказаний. Это делает их невозможными или ограничено возможными к применению в том или ином случае.

В то же время большинство практикующих акушер-гинекологов в своей практической деятельности отмечают, что только применение антибиотикотерапии не дает полного эффекта этой группы заболеваний.

Все вышесказанное заставляет

ученых многих стран искать новые пути в лечении заболеваний передающихся половым путем.

Цель изучить возможности применения препаратов Мертвого моря для лечения хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов.

Методы: иммунологические (показатели неспецифического и аутоиммунитета), микробиологические (бактериология, бактериоскопические, иммуноферментные генетические). В динамике лечения

обследовано 100 женщин с различными хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Результаты для лечения, в комплексной антибактериальной терапии использовали препарат "Квартет солей" в виде орошений влагалища.

После проведенной терапии у 97% нормализовались показатели неспецифического и аутоиммунитета, а у 98% пролеченных в контрольных микробиологических анализах проведенных через один месяц после лечения, патогенной микрофлоры не выявлено.

Выводы: Высокая эффектив-

ность, подтвержденная клиническими и специальными методами обследования позволяет рекомендовать для использования в комплексной терапии препарат "Квартет солей".

**ПРИЛЕПСКАЯ В.Н.,
БЫКОВСКАЯ О.В.**

НЦ АГ и П РАМН,
Москва

РОЛЬ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ЦЕРВИЦИТА

Среди возбудителей урогенитальных инфекций в настоящее время наибольший удельный вес занимают уреа- и микоплазмы. Они служат причиной воспалительных заболеваний гениталий в 2-3 раза чаще, чем гонорея и сифилис.

Учитывая то, что патогенные свойства уреаплазм определяются их адгезивностью и длительной персистенцией на мембране клеток хозяина, можно предположить, что в шейке матки при уреаплазменной инфекции возникают патологические изменения. По данным разных исследователей частота выявления уреаплазм в качестве моноинфекции при эндоцервицитах составляет 37,9%. Однако особенности цервицитов при уреаплазменной инфекции практически не изучены.

Цель исследования: изучить влияние уреаплазменной инфекции на состояние экзо- и эндоцервикса, клинические особенности заболевания.

Методы обследования:

1. Общеклинические.
2. УЗИ органов малого таза.
3. Бактериоскопическое исследование влагалищного мазка.
4. Цитологическое исследование мазков с шейки матки (Papanicolaou test).
5. Расширенная кольпоскопия.
6. Определение микоплазм, уреаплазм, хламидий, ВПГ, ЦМВ в содержимом цервикального канала культуральным методом.
7. Определение микоплазм, уреаплазм, хламидий в содержимом цервикального канала методом ПЦР.
8. Биопсия шейки матки (по показаниям).
9. Цервикоскопия с выскабливанием слизистой оболочки цервикального канала (по показаниям).
10. Морфологическое исследование соскобов цервикального канала и биоптатов шейки матки.

Объектом исследования явились 50 женщин репродуктивного возраста с хроническим церви-

цитом. Факторы риска инфицирования *U. urealyticum* - молодой возраст, раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, роды в анамнезе. В 27,4% *U. urealyticum* выделена в сочетании с условно-патогенной флорой (1 гр.), 2 гр. - *U. urealyticum* выделена в сочетании с другими ИППП. В ходе лечения применяли этиотропную (доксциклин, ровамицин, макропен, клацид, офлоксацин) и патогенетическую (иммунотропные препараты, адаптогены) терапию в течение 10 дней.

В итоге мы пришли к выводу, что в комплексе с прочими ИППП степень значимости *U. urealyticum* в развитии цервицита спорна, однако как моноинфекция *U. urealyticum* может играть ключевую роль в развитии данного заболевания и, следовательно, логической тактикой в подобных ситуациях является лечение, направленное на ликвидацию данного инфекционного агента.

САВИЧЕВА А.М., СЕЛИМЯН Н.К.

Научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УРЕТРИТОВ У ЖЕНЩИН

Уретрит является наиболее распространенным заболеванием мочеполового канала у женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

Целью нашего исследования было изучение этиологии уретритов у женщин. Всего обследованы 122 женщины

с установленным диагнозом уретрита (75 беременных и 47 небеременных).

Материалами для микробиологического исследования служили отделяемое уретры, I и II порции утренней свободно выпущенной мочи. У всех женщин моча была мутной, содержала

уретральные нити. При выраженном воспалительном процессе уретральные нити были длинные и быстро опускались на дно пробирки со свежесобранной мочой. Более мутной была I порция мочи. При микроскопии оценивался осадок I и II порции мочи. В осадке I пор-

ции мочи наблюдалось обилие полиморфно-ядерных лейкоцитов (>10 в поле зрения светового микроскопа при увеличении $\times 1000$), во II - число лейкоцитов было невелико (<3 в поле зрения). Отделяемое уретры, I и II порции мочи микробиологически исследовали на наличие анаэробной и аэробной бактериальной флоры, стрептококков гр. В, дрожжеподобных грибов, микоплазм, уреоплазм, а также на наличие возбудителей инфекций, передающихся преимущественно половым путем (трихомонады, гонококки, хламидии, вирус герпеса 1/2 типа).

Значимое количество условнопатогенных микроорганизмов (10^4 КОЕ/мл) выделено во всех пробах отделяемого уретры и I порции мочи.

E. coli выделены у 33 женщин

(27,05%), *Enterobacter sp.* у 18 (14,75%), *Streptococcus agalactiae* (серологической группы В) у 31 (25,41%). Среди факультативных микроорганизмов у 22 (18,02%) женщин обнаружены *Corynebacterium sp.*, у 6 (4,91%) *Gardnerella vaginalis*. *Mycoplasma sp.* выделены у 92 женщин (75,41%) (в 26 случаях были выделены *Mycoplasma hominis*, в 47 - *Ureaplasma urealyticum*, в 19 - ассоциации двух видов микоплазм), *Candida albicans* - у 20 (16,39%). *Chlamydia trachomatis* выделены в 25 наблюдениях (20,49%), *Herpes simplex virus* - в 2 (1,64%).

Следует отметить, что *Chlamydia trachomatis* обнаружены в эпителии уретры, а в 6 случаях одновременно и в I порции мочи.

В отделяемом уретры наиболее ча-

сто выделялись уреоплазмы у 46 (56,12%), микоплазмы у 29 (35,38%), хламидии у 25 (20,49%), дрожжеподобные грибы у 15 (18,30%).

В I порции мочи преобладали уреоплазмы у 38 (46,36%), микоплазмы у 27 (32,94%), стрептококк гр. В у 15 (18,3%), кишечная палочка у 18 (21,96%) женщин.

В средней (II) порции мочи наиболее часто встречались уреоплазмы у 13 (15,86%), кишечная палочка у 13 (15,86%), стрептококк гр. В у 12 (14,64%), микоплазмы у 11 (13,42%) женщин.

Значительных различий в этиологической структуре уретритов у беременных и небеременных женщин не выявлено.

СЕЛИМЯН Н.К., САВИЧЕВА А.М.
Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, Санкт-Петербург

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРЕТРИТОВ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Целью нашего исследования было изучение особенностей диагностики уретритов у небеременных женщин.

Под наблюдением находились 47 небеременных женщин в возрасте от 18 лет до 41 года с клиническими проявлениями уретрита. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 12 лет. Проводилось клиническое обследование, лабораторное исследование (общий анализ мочи, проба по Нечипоренко, микробиологическое исследование I и II порции мочи и отделяемого уретры), уретроцистоскопия, урофлуометрия, ультразвуковое сканирование почек, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала.

Поллакиурия выявлена - у 19 (86,3%) женщин, дизурия - у 17 (77,2%), чувство жжения при мочеиспускании - у 16 (72,7%), ощущение дискомфорта в уретре - у 10 (45,4%), императивные позывы к мочеиспусканию - у 10 (45,4%).

При объективном обследовании гиперемия слизистой оболочки наружного отверстия уретры имела место у 7 (31,8%) женщин. При пальпации уретры со стороны влагалища и при надавливании на нее по

направлению к лонному сочленению у 10 (45,5%) женщин отметили инфильтрацию стенки и ее болезненность. В данное исследование не вошли больные с полипом уретры и скенитом.

Клинические анализы мочи, моча по Нечипоренко были без патологических изменений.

Микробиологическое исследование отделяемого уретры, I и II порций мочи выявило частое выделение генитальных микоплазм (микоплазмы, уреоплазмы) - в 78,7% случаев, *E. coli* - в 27,6%, хламидий - в 23,4%, энтеробактерий (18,5%), стрептококков группы В (17,0%).

При уретроцистоскопии у 22 женщин из 47 (46,8%) обнаружен воспалительный процесс в мочеиспускательном канале. При урофлуометрии (определение объема мочевого пузыря, максимальной скорости потока мочи, длительности мочеиспускания), произведенной у 5 женщин, был выявлен ускоренный поток мочи.

Ультразвуковое сканирование мочевого пузыря, мочеиспускательного канала проводилось у 25 женщин с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчика после ретроградного заполнения мочевого

пузыря теплым раствором фурацилина (50 - 150 мл). При этом определяли длину, ширину, форму уретры, наличие или отсутствие цисту-уретральной воронки, опухолевидных образований в области мочевого пузыря, определение остаточной мочи. Оценивали состояние чашечно-лоханочной системы почек.

Длина уретры варьировала от 2,0 до 3,2 см (в среднем 2,57 см), ширина составляла от 0,3 до 1,0 см (в среднем 0,67 см). Форма уретры была разной, овальная у 16 (34,0%) женщин, воронкообразная - у 6 (24,0%), колбообразная - у 3 (12,0%). Образование цисту-уретральной воронки наблюдалось у 2 (8,0%) женщин, при этом отмечено укорочение уретры на 0,2-0,5 см (в среднем на 0,32 см), что относится к физиологическим колебаниям. Проба Маршала во всех наблюдениях была отрицательной, т.е. недержания мочи при заполнении мочевого пузыря у пациенток не было. Остаточная моча в количестве 30,0 мл определялась лишь у 1 пациентки, у которой помимо признаков уретрита имел место и острый цистит - эхографически видный как утолщение стенок мочевого пузыря и яркого свечения слизистой мочево-

го пузыря. У 6 (24,07%) женщин при ультразвуковом исследовании почек выявлено их удвоение, у 3 (12,0%) - нефроптоз I-II степени (подтверждены внутривенной урографией мочевыводящих путей в положении

лежа и стоя), у 1 (4,0%) - гемангиома почки.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о необходимости комплексного клинического, микробиологического, ультразвукового, уретро-

цистоскопического, урофлоуметрического обследования женщин с уретритом для установления причины заболевания и назначения своевременной этиотропной и патогенетической терапии.

СЕМЕНИЮК А.А., БАСКАКОВ В.П.
ЦМСЧ-122,
С-Петербург

ВОСХОДЯЩИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Актуальность проблемы восходящей инфекции в урогинекологической практике может быть объяснена как особенностью самой нозологии, которая при несвоевременном или неадекватном лечении может приводить к тяжёлым последствиям для здоровья женщины, так и тяжестью ведущего заболевания, являющегося причиной нежелательных осложнений.

Пиелонефрит, как известно, встречается у женщин значительно чаще, чем у мужчин, причём при сопоставлении данных литературы разных лет выявляется постоянно растущее преобладание женщин среди больных пиелонефритом. О роли гинекологических заболеваний в патогенезе пиелонефрита свидетельствуют исследования В.А.Геворкова и А.Л.Шабада (1978). При изучении анамнеза 119 женщин, страдающих хроническим пиелонефритом, гинекологические заболевания отмечены у 54 (45,4%), при этом у 38 больных совпала сторона поражения почек и гениталий и у 14 (т.е. в 3 реже) не совпала. На основании этих данных авторы считают развитие пиелонефрита у гинекологических больных не случайностью, а закономерным последствием патологического процесса в гениталиях. Помимо нарушений уродинамики обструктивного типа, гинекологические заболевания (в частности эндометриоз) могут вызывать пузырно-мочеточниково-лоханочные рефлюксы, также играющие роль в патогенезе пиелонефрита.

По мнению В.А.Кулаковского (1974), наличие каналикулярной, лимфо- и гематогенной связи между половой и мочевой системами у женщин создаёт благоприятные условия для распространения инфекции.

Учитывая бесспорную роль мик-

робного фактора в этиологии пиелонефрита и наряду с этим относительно низкую эффективность при нем антибактериальных препаратов, многие исследователи считают, что прогрессирование заболевания связано со снижением активности защитных факторов организма.

В ЦМСЧ №122 с 1985 по 2000 год под наблюдением находилось 156 женщин, у которых после оперативного лечения по поводу генитального эндометриоза выявлено наличие инфекции мочевых путей, потребовавшее проведения комплекса лечебных мероприятий.

Из 156 больных с изолированным аденомиозом матки было 20 больных, с сочетанием аденомиоза матки и эндометриоза яичников - 108, с ретроцервикальным эндометриозом - 56, у 10 больных было отмечено вовлечение в процесс крестцово-маточных связок, у 14 - в процесс вовлечена прямая кишка, у 56 женщин отмечено вовлечение в процесс нижних отделов мочеточников, у 7 - мочевого пузыря.

Оперативное лечение проведено всем 156 пациенткам. Гистологически диагноз эндометриоза подтверждён у 144 (89,8%) из всех прооперированных больных.

Для инфекции верхних мочевых путей характерно появление двух ведущих симптомов - повышение температуры тела, болевой синдром в поясничной области с той либо другой стороны. Обычно заболевание начинается с озноба, недомогания, лихорадки до 39 - 40° С. Больные предъявляют жалобы на головную боль, общую слабость, разбитость, жажду, отсутствие аппетита, а иногда - тошноту, рвоту, вздутие живота. Боли, как правило, тупые и носят постоянный, а не иррадирующий характер.

У 156 женщин болевой синдром с той либо другой стороны был отмечен у 148 (94,9%), повышение температуры тела до субфебрильных цифр у 136 (87,2%), до 39 - 40° С - 47 (30,1%). Практически у всех пациенток отмечены явления интоксикации, выражающиеся в учащении пульса, слабости, потливости, отсутствии аппетита. Начало заболевания проявилось в сроки от 3 до 5 дней после оперативного лечения по поводу генитального эндометриоза.

Учащение в последние годы восходящего пиелонефрита после перенесенных гинекологических операций (в частности, эндометриоза) обусловлено не столько улучшением диагностики, сколько возросшей вирулентностью и антибиотикоустойчивостью микроорганизмов вследствие нерациональной антибактериальной терапии. В связи с этим ведущим звеном при лечении пиелонефрита следует считать антибактериальную терапию, включающую применение антибиотиков, антибактериальных химиопрепаратов и антисептиков. Рациональная антибактериальная терапия основана на выделении возбудителя, изучении его чувствительности к антибактериальным препаратам, возможности создания эффективных концентраций лекарственного средства в крови и поражённом органе. Не следует забывать, что проведение адекватной антибактериальной терапии должно осуществляться на фоне нормального пассажа мочи, который при необходимости может быть достигнут посредством позиционной дренирующей терапии, включающей в себя катетеризацию почки, установку катетера-стента, чрезкожную пункционную нефростомию. Из 156 женщин катетеризация почки была выполне-

на у 4-х; установка катетера-стен-та – у 6; пункционная нефростомия – у 2 (%).

Помимо антибактериальной терапии при лечении восходящей инфекции широко применяем такие методы лечения как эфферентная терапия, иммунномодулирующая терапия.

Как и другие авторы, мы критериями выздоровления считаем, помимо клинического эффекта (прекращение боли, нормализация t° тела), исчезновение лейкоцитурии и бактериурии. Однако, “выздоровление” это может быть относительным, так как многие нефроны к этому времени

оказываются замещенными рубцовой тканью. Улучшением считаем при положительном клиническом эффекте прекращение лейкоцитурии при возможно оставшейся бактериурии, что было достигнуто у 100% больных.

СОЗАЕВА Л.Г., НАЗАРОВА Е.К., НАЗАРОВА С.В.

Российская Медицинская Академия последипломного образования МЗ РФ Москва

КОРРЕКЦИЯ ЭУБИОЗА ВАГИНАЛЬНОГО БИОТОПА СПОРОВЫМИ ПРОБИОТИКАМИ

Бактериальный вагиноз (БВ) – наиболее распространенное инфекционное заболевание среди женщин репродуктивного возраста. Пациентки с БВ составляют группу риска в возникновении инфекционных осложнений при беременности, в родах, а также после хирургических вмешательств на гениталиях.

Лечение БВ остается одной из актуальных проблем медицины. Широко применяемые с этой целью антибиотикотерапия и химиопрепараты наряду с положительным воздействием на течение заболевания, вызывают и побочные эффекты – аллергические реакции, появление антибиотикоустойчивых форм микроорганизмов, развитие или усугубление дисбиоза влагалища. Для лечения БВ все чаще используют пробиотики, представляющие собой живые микробные культуры лактобацилл и бифидобактерий (лактобактерин, ацилакт, бифидумбактерин). Однако монотерапия пробиотиками этих групп не оказывается эффективной в 100%, а в комбинации БВ с вульвовагинальным кандидозом провоцирует ухудшение течения кандидоза.

Появление новых препаратов из

группы споровых пробиотиков (био-спорин, споробактерин) позволило решить эту проблему. Споровые пробиотики обладают антагонистической активностью по отношению к широкому спектру аэробной и анаэробной патогенной и условнопатогенной микрофлоры. Они также потенцируют рост резидентной микрофлоры в биотопах, а филогенетическая близость к лактобактериям позволяет рекомендовать эти препараты для коррекции нормоценоза.

В связи с этим для лечения влагалищных инфекций, осложненных дисбиозом, нами рекомендована 2-х этапная схема лечения: 1 этап – деконтаминация (антибактериальная терапия препаратами с антианаэробной активностью – метронидазол, тиберал, клиндамицин) перорально или интравагинально от 5 до 7 дней; 2 этап – коррекция (восстановление нормальной микрофлоры влагалища пробиотиками (био-спорин, споробактерин и т.д.). Препараты назначают перорально. При вульвовагинальном кандидозе – интравагинально в виде аппликаций. Перорально принимают по 2 дозы 2

раза в день за 30 минут до еды в течение 10-15 дней. Для вагинальных аппликаций содержимое одного флакона (2 дозы) растворяют в 5 мл физиологического раствора или дистиллированной воды и полученной взвесью препарата пропитывают марлевый тампон и вводят интравагинально с экспозицией 3-6 часов. Курс лечения – 5-10 дней с 8 дня менструального цикла. Лабораторный контроль эффективности лечения БВ следует проводить на 5-6 сутки после окончания этиотропной терапии. Наиболее информативными и доступными для этих целей являются следующие экспресс-тесты: микроскопия окрашенных мазков по Романовскому-Гимза, Граму и др. (обнаружение ключевых клеток)*; аминный тест с 10% раствором щелочи, рН-метрия влагалищного отделяемого.

Для профилактики и лечения кандидоза рекомендуется назначение споровых пробиотиков по выше предложенным схемам, т.к. это практически единственные препараты, обладающие высокой антагонистической активностью в отношении грибов р.Кандида.

ТИХОМИРОВА Н.И., ШАХОВА О.Б.

Отделение острых гинекологических заболеваний НИИ скорой помощи им.Н.В. Склифосовского, Москва

СПОСОБ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛЕНИЯ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Воспалительные заболевания органов малого таза различной этиологии выявляют у 60-65% гинекологических больных, обращающихся в женскую консультацию, из них 20-30% нуждаются в стационарном лечении. Многие воспалительные заболевания женских поло-

вых органов носят стертый характер, без выраженных признаков интоксикации. Существующие способы диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза (УЗИ, бактериологическое исследование, определение титра антител возбудителя, лапарос-

копия) требуют длительного времени, многие методы являются инвазивными и не всегда отвечают требованиям urgentной гинекологии. Оценить уровень интоксикации по содержанию среднемолекулярных пептидов (СМП) в сыворотке крови представляется возмож-

ным далеко не во всех случаях, так как по нашим данным у больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза без признаков пельвиоперитонита уровень СМП в сыворотке крови близок к норме.

С целью расширения клинико-лабораторных исследований биологических жидкостей человека для получения более объективных данных о физиологических и патофизиологических процессах нами предложен способ биохимического исследования влагалищного отделяемого (приоритетная справка на изобретение № 99110778 и № 99110829 от 01.06.1999 г.).

Задачей исследования являлась разработка способа неинвазивной диагностики воспаления у гинекологических больных.

Обследовано 58 больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза, находившихся на лечении в клинике острых гинекологических заболеваний и 42 женщины без признаков воспалительного процесса. Диагностику воспаления проводили по значениям показателя СМП в отделяемом влагалища после специальной подготовки спектрофотометрическим методом при длине волны 254 нм. (исследования проведены научным сотрудником кли-

нико-биохимической лаборатории Сыромятниковой Е.Д.).

В результате проведенных исследований получены данные о среднемoleкулярном статусе влагалищного отделяемого здоровых женщин, эти значения не превышали величины 0,200 ед. оптической плотности. У больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза уровень СМП влагалищного отделяемого находился выше величины 0,300 ед. оптической плотности.

Таким образом, предложенный метод может быть использован для быстрой неинвазивной диагностики воспалительных заболеваний

ХАЙДАРИВА М.К.

Кафедра акушерства и гинекологии
имени акад. И.З. Закирова
СамМИ, Самарканд, Узбекистан

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ

Инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовой системы являются одной из частых причин женского бесплодия. Данные многих авторов свидетельствуют о тесной связи частоты бесплодия и количества перенесенных в прошлом воспалительных процессов органов малого таза. По данным Ж.Кейт (1988), L. Westrem (1988) при одном обострении острого воспалительного процесса репродуктивная функция остается intactной у 97% больных, а при повторных агаках частота бесплодия прогрессивно увеличивается и достигает 75%. В этой связи мы изучили роль воспалительных заболеваний мочеполовой системы в развитии бесплодия у 122 женщин, поступивших в акушерский комплекс клиники СамМИ и имевших до наступления настоящей беременности бесплодие. Возраст женщин колебался от 20 до 42 лет, в среднем $27,3 \pm 0,4$. Средняя длительность бесплодия составила $5,1 \pm 0,7$ года.

Бесплодие уходит своими корнями о глубокое детство. Среди изученных женщин 40 (23,8%) перенесли детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина, паротит), что могло быть предрасполагающим фактором к развитию в дальнейшем инфантилизма, снижению реактивности организма.

В анамнезе воспалительные заболевания гениталий имели 82 (67,2%) женщин, среди которых хронические сальпингоофариты были у 65 (53,3%), метроэндометриты у 10 (8,2%), эндоцервициты и эрозия шейки матки у 7 (5,7%) женщин. Недоразвитие половых органов имело место 34 (27,8%), у 12 (9,8%) женщин вторичное бесплодие возникло после искусственных абортов и самопроизвольных выкидышей, у 3 (2,4%) - после цистэктомии яичника. У 2 (2,6%) женщин вторичное бесплодие наступило после односторонней сальпинго-

эктомии по поводу внематочной беременности. Неразвивающуюся беременность в I триместре беременности имели 2 (1,6%) женщин.

Выявлена значительная частота экстрагенитальных заболеваний. Так, у 46 (37,7%) отмечались простудные заболевания, у 12 (9,8%) имелся хронический тонзиллит, у 12 (9,8%) - хронический пиелонефрит, 12 (9,8%) перенесли аппендэктомию и 14 (11,5%) человек страдали ожирением.

Необходимо подчеркнуть, что нередко все перечисленные патологические состояния чаще сочетались у одних и тех же женщин и обуславливали преморбидный фон, который явился причиной бесплодия.

Таким образом, представленные данные указывают, что перенесенные воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, отклонения развития и функции половых органов могут явиться причиной бесплодия.

ЩУКИН Д.В., МЕГЕРА В.В.

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА

Цель: Интерстициальный цистит (ИЦ) является одной из причин синдрома нижних мочевых путей с неясной этиологией, патогенезом и лечебными подходами. Целью исследования явилось изучение

диагностических критериев и эффективность различных лечебных методик в отношении ИЦ.

Материал и методы: В исследование было включено 47 пациенток с жалобами на боли в надлобковой об-

ласти и промежности (95%), дизурию (100%) и никтурию (72%) при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи и отрицательных результатах бак. посева мочи. Средний возраст пациенток

составил 42,4 года (от 37 до 62 лет). В качестве диагностического критерия использовали шкалу NIDDK и гидравлическое растяжение мочевого пузыря под анестезией с проведением биопсии мочевого пузыря. Стандартная лечебная схема включала внутривульварные инстилляции димексидом и гепарином, с дальнейшим пероральным применением амитриптилина и ранитидина.

Результаты: При гидравлическом растяжении мочевого пузыря петехиальные кровоизлияния, характерные для ИЦ выявлены у 32 (68,1%) из 47 пациенток. Объем мо-

чевого пузыря в среднем составил 680 мл (от 120 до 1300 мл). Язва Ниппер'а не обнаружена ни в одном из наблюдений. Биопсийные данные в основном свидетельствовали о неспецифических воспалительных изменениях слизистой и различной степени неспецифической миопатии. Симптоматическое улучшение после данной процедуры отмечали 42 (89,4%) пациентки при наблюдении в среднем 3-6 месяцев. Стандартная лечебная схема позволяла купировать симптомы заболевания в среднем на протяжении 5-6 месяцев (от 4 до 12 месяцев). В дальней-

шем всем пациенткам проводились повторные терапевтические курсы.

Выводы: Данные нашей работы позволяют заключить, что ИЦ имеет достаточно высокий процент среди пациенток с синдромом нижних мочевых путей. Основными критериями диагноза данного заболевания являются цистоскопические находки, данные общего и бактериологического анализа мочи. Биопсийные исследования не обладают абсолютными параметрами в диагностике заболевания. Имеющиеся лечебные подходы приводят лишь к симптоматическому улучшению.

ЯРОСЛАВСКИЙ В.К.,
РОССИХИН В.В.

ХМАПО,
Харьков, Украина

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С УРЕТРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ И ЕГО АССОЦИАЦИЯМИ

Особенностью хронической урогенитальной патологии хламидийной этиологии является преимущественно малосимптомное и бессимптомное течение. При этом у женщин нередко возникает дизурический синдром при неизменном клиническом анализе мочи и отсутствии бактериальной флоры в посевах.

Нами проведено обследование 46 женщин с уретральным синдромом (чаще всего фигурировал диагноз - "цисталгия") и сопутствующим вагизитом, цервицитом. С целью выявления этиологического фактора определяли полимеразную цепную реакцию, иммуноферментный и иммуофлюоресцентный методы.

Выявлена значительная распространенность *C. trachomatis* в ассоциации с *T. vaginalis* (31,8%),

вирусом простого герпеса (19,2%), *U. urealyticum* (13,9%), *M. hominis* (8,8%), цитомегаловирусом (2,1%). Моноинфекция обнаружена в 1,4% случаев. Результаты исследований позволяют сделать вывод о том, что при обнаружении *C. trachomatis* необходимы углубленные лабораторные исследования с целью верификации других урологических инфекций.

Клиническая картина при вышеуказанной патологии с обнаружением микст-инфекции характеризовалась широким спектром клинических проявлений и осложнений не только со стороны гениталий, но и экстрагенитальной локализации. При моноинфекции чаще всего отмечалась микросимптоматика местного дискомфорта типа приходящей дизурии.

Всем пациенткам проводилась

терапия фромилдом (после санации сопутствующего трихомониаза) в комбинации с иммуномодулятором - ликописом. Фромилид назначался по 500 мг в два приема в течение 3 недель. Препарат переносился хорошо. Положительный клинический эффект был достигнут после первого курса лечения в 89,8%. Стойкая этиологическая излеченность после первого курса лечения достигнута в 86,2% случаев. Полученные данные позволяют рекомендовать в терапии инфекционного уретрального синдрома фромилд, как эффективное противохламидийное средство, причем как при моно-, так и микстинфекции. Фармацевтический эффект фромилда целесообразно потенцировать иммуномодулятором ликописом.

ЯРОСЛАВСКИЙ В.К.

Кафедра акушерства и гинекологии
СПбГПМА, Санкт-Петербург

СОЧЕТАННАЯ МОЧЕПОЛОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕВОЧЕК ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

У девочек препубертатного периода до настоящего времени остается высокой частота как генитальной, так и экстрагенитальной инфекции, и в первую очередь, это

касается мочевыводящих путей. Тесная анатомо-физиологическая связь мочевого тракта, частое выделение идентичной микрофлоры из мочи и половых органов косвенно

подтверждают этиопатогенетическую связь пиелонефрита, цистита и вульвовагинита. Под наблюдением находились 314 девочек с воспалительными мочеполювыми за-

болезнями, и 60 – с уретрови-
нальным рефлюксом. Все больные с
воспалительными мочеполовыми за-
болеваниями были условно разделе-
ны на 3 клинические группы: 1 груп-
па – дети с изолированным вульво-
вагинитом, 2 группа – дети с изо-
лированным поражением мочевыво-
дящих путей, 3 группа – дети с со-
четанием половых и мочеполовых
воспалительных заболеваний. Были
использованы следующие методы
исследования: вагиноскопия, бакте-
риоскопический и бактериологичес-
кий метод, цистоскопия, цистогра-
фия, радиоизотопная реноцистог-
рафия, экскреторная урография.
Среди биохимических методов ис-
пользованы определение остаточно-
го азота, мочевины, сиаловых кислот,
общего белка и белковых фракций.

В результате исследований по-
лучены следующие данные. Вульво-
вагинит и инфекции мочеполовых
путей протекают в большинстве
случаев, как сочетанные заболева-
ния. У одной трети больных с кли-
нически изолированным вульвоваги-
нитом обнаруживается бактериу-
рия, в тоже время у 48% детей с
пиелонефритом диагностируется
значительная бактериальная обсе-
мененность половых путей. При со-
четанной урогенитальной инфек-
ции отмечается более выраженное
нарушение всех функций почек, чем
при изолированном пиелонефрите.
Длительно протекающая сочетан-
ная мочеполовая инфекция оказыва-
ет влияние на физическое и половое
развитие детей. У каждой третьей
больной (31,9%) отмечается от-

ставание полового и физического
развития. Уретро-вагинальный
рефлюкс является патологическим
состоянием и наблюдается в 13,1%
случаев среди всей патологии, обна-
руженной при микционной цисто-
ретрографии. Сочетание уретро-
вагинального и пузырно-маточного
рефлюкса создает при наличии
вульвовагинита условия для разви-
тия восходящего пиелонефрита.
Изолированное лечение вульвоваги-
нита, как и воспалительных забо-
леваний мочевыводящих путей дает
непостоянный, кратковременный
эффект, ведет к хронизации забо-
левания и рецидивам. Необходима
одновременная комплексная тера-
пия инфекции мочевыделительных
путей и гениталий.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

АСКИНА Л.Р., ТРУБИНА Т.Б.

Башкирский государственный
медицинский университет,
Уфа, Россия

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ И ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ

Рубцовая деформация шейки матки - частое последствие прерывания беременности во II триместре, сочетание рубцовой деформации шейки матки и опущения стенок влагалища - последствие осложненных родов. Такого рода травматизм нередко сопровождается дизурическими расстройствами (частые мочеиспускания, частичное недержание мочи). Актуальной является проблема тактики лечения выявленной патологии.

Целью исследования явилась разработка дифференцированного подхода к выбору метода лечения сочетанной урогинекологической патологии у женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

Объектом исследования явились 28 женщин в возрасте 22-35 лет, имеющих дизурические расстройства в виде частых мочеиспусканий. Прерывание первой беременности в сроке 26-27 недель, осложненное разрывами шейки матки I-II степени в анамнезе имели 13 женщин, роды, осложненные разрывами шейки матки I-II степени и разрывами промежности II степени - 15. При сфинктерометрии лисо- и рабдосфинктеров отклонений от нормальных показателей согласно данным Л.Ю. Сакалеускене выявлено не было, то есть все нарушения носили функциональный характер.

У 13 женщин, перенесших прерывание беременности во II триместре, методом выбора лечения дизурических расстройств явилась иглорефлексотерапия с ис-

пользованием корпоральных и аурикулярных точек по методике Гаваа Лувсана.

У 15 женщин с опущением стенок влагалища I-II степеней и рубцовой деформацией шейки матки была применена разработанная на кафедре акушерства и гинекологии №2 БГМУ реконструктивно-пластическая операция, позволяющая сформировать макроскопически здоровую шейку матки и включающая переднюю и заднюю кольпоррафию.

В отдаленном периоде рецидивов дизурических расстройств ни у одной пациентки выявлено не было.

Таким образом достаточно эффективным является дифференцированный подход к выбору консервативного и оперативного метода лечения дизурических расстройств с учетом акушерского анамнеза.



ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

АСТАХОВ В.М., СВИРИДОВА В.В.,
БЫЛЫМ Г.В.
ДонГМУ, кафедра акушерства и
гинекологии,
Донецк, Украина

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ЭНДОМЕТРИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ (ВЛОК) НА ФОНЕ ПРИРОДНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ (БАП)

Целью данного исследования являлось изучение эффективности разработанного комплекса профилактических мероприятий послеродового эндометрита.

Методы. Беременным группы риска (26 женщин) в комплексную схему профилактики включали "Растворимый водно-спиртовой экстракт эхинацеи пурпурной" (АО Лубныфарм), "Масло тыквенное" (фирма "Наша марка", г. Харьков), ВЛОК, антибиотик широкого спектра действия в комбинации с литином (I гр.). Контрольную группу составили 20 здоровых родильниц (III гр.). Эффективность профилактики оценивалась на основании клинико-лабораторных показателей.

Результаты. Среди 27 пациенток, получавших традиционную профилактическую терапию (II гр.), имели место повышение температуры тела свыше 38°C (44,44%), патологические выделения из половых путей (33,3%), дизурические расстройства (14,81%), субинволюция матки (29,62%), лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и повышение СОЭ (37,03%). В группе родильниц, получавших ВЛОК на фоне БАП (I гр.) отмечалось повышение температуры тела до 38°C в первые 2-3 суток послеродового периода (15,38%). Остальные клинико-лабораторные показатели пациенток (I гр.) достоверно не отличались от таковых женщин контрольной группы (III гр.). Длительность пребывания на койке со-

кратилась у пациенток I-ой гр. в $1,83 \pm 0,2$ раз, по сравнению с родильницами II-ой гр.

Обсуждение. Положительный клинический эффект профилактического комплекса с использованием ВЛОК на фоне природных БАП обусловлен, по-видимому, повышением защитно-приспособленных сил организма, а применение литина в комбинации с антибиотиком позволяет повысить концентрацию и биодоступность последнего в очаге предполагаемого воспаления.

Выводы. Сочетанное применение ВЛОК на фоне мощных антиоксидантных препаратов является перспективным и требует дальнейшего изучения.

БРАГИНА Л.Б.
ИГМА,
Иваново, Россия

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Хронический пиелонефрит является одним из наиболее частых инфекционно-воспалительных осложнений при беременности, приводящих к неблагоприятному исходу беременности и патологии плода.

Целью настоящего исследования было охарактеризовать изменения параметров иммунного статуса беременных женщин при развитии обострения хронического пиелонефрита.

1 Методы исследования. Обследовано 25 беременных женщин с обострением хронического пиелонефрита. Контрольную группу составили 25 здоровых на момент обследования женщин с соответствующим сроком беременности. Иммунный статус оценивали стандартными методами, включавшими определение популяций и субпопуляций лимфоцитов методом проточной цитофлюорометрии, оценку НСТ-активности нейтрофилов (спонтанная и с нагрузкой зимозаном), определение фагоцитарной активности нейтрофи-

лов, продукции МИФ и уровня иммуноглобулинов G, A, M.

Результаты исследований показали, что при развитии обострения хронического пиелонефрита во время беременности иммунологические показатели достоверно изменяются до появления клинической симптоматики. Обострение хронического пиелонефрита во время гестационного процесса сопровождалось высокой частотой гестоза и постигмической энцефалопатии у новорожденных. Развитию пиелонефрита предшествовало увеличение содержания $\text{CD}3^{+}$ и $\text{CD}4^{+}$ лимфоцитов на фоне снижения количества $\text{CD}19^{+}$ и $\text{CD}16^{+}$ клеток. У этих женщин отмечалось усиление спонтанной НСТ-активности нейтрофилов, но при этом ответ на нагрузку зимозаном практически отсутствовал и снижалась миграционная активность нейтрофилов. Уровень иммуноглобулинов G и A достоверно падал, а концентрация

IgM, наоборот, возрастала.

Обсуждение. Можно предположить, что обострение хронического пиелонефрита во время беременности обусловлено с одной стороны более агрессивным характером персистирующей микробной инфекции и неадекватным ответом материнской иммунной системы с другой стороны. Длительная персистенция микроорганизмов в почках, вероятно, ведет к переактивации иммуннокомпетентных клеток, но снижению их функциональных резервов.

Выводы: иммунологические параметры могут служить ранними достоверными критериями обострения хронического пиелонефрита при беременности. Наиболее характерными признаками обострения хронического пиелонефрита являются снижение уровня естественных киллеров и В-лимфоцитов на фоне изменения концентрации сывороточных иммуноглобулинов и функциональной активности нейтрофилов.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ЛАЗЕРНОГО ОБРУЧЕНИЯ КРОВИ

Из 163 женщин в возрасте от 16 до 42 лет, страдавших при беременности острым пиелонефритом, 80 пациенткам (основная группа) в курс лечения (инфузионные, антибактериальные и пр. средства) были включены 3-5 операций центрального плазмафереза (ПА) в сочетании с 5-7 сеансами лазерного облучения крови. Остальные больные (83) составили контрольную группу.

За сеанс ПА удаляли в среднем $600,0 \pm 95$ мл плазмы. Плазмозамещение донорской плазмой проводили только при выраженной анемии, гипопротеемии — у 8 человек. В остальных случаях удаляемую плазму замещали физиологическим раствором в соотношении 1:1,4.

Осложнений при ПА не наблюдали, а при ПА у трех женщин отмечены быстропроходящее чувство дурноты, слабости. В основной группе у женщин, в сравнении с беременными контрольной группы, отмечен более быстрый, стабильный противовоспалительный и детоксикационный эффект, что было подтверждено данными клиники и исследованиями уровней молекул средней массы в сыворотке крови, а также показателями лейкоцитарного индекса интоксикации в клиническом анализе крови. Одновременно у боль-

ных обнаружено противоанемическое действие эфферентной терапии: показатели красной крови у них к 8-10 дню лечения приближались к таковым у здоровых беременных. В контрольной группе беременных анемический синдром носил стойкий характер.

В связи с неэффективностью традиционной терапии четверо беременных контрольной группы переведены в урологическую клинику, где им проводилась катетеризация мочеточников (4), наложены нефростомы (2). В основной группе больных хирургическое лечение не потребовалось ни в одном случае.

Средний курс лечения в основной группе женщин составил $12,6 \pm 1,3$ дней, в контроле $17,4 \pm 1,8$ дней ($p < 0,05$).

Исходы беременности и родов прослежены у 32 женщин основной группы и у 42 из контрольной. После выписки из стационара обострение пиелонефрита возникло соответственно у 3 ($7,7 \pm 2,7\%$) и 9 ($21,4 \pm 4,1\%$) беременных, преждевременные роды отмечены в 2 ($5,1 \pm 2,2\%$) и 5 ($11,9 \pm 2,3\%$) случаях ($p < 0,05$). Осложнения родов (аномалии родовой деятельности, операции в родах и пр.) в основной группе женщин были в 1,5 раза реже, чем в контрольной группе, послеродо-

вые инфекции отмечены соответственно у 4 ($10,3 \pm 3,0\%$) и 10 ($23,8 \pm 4,3\%$) пациенток ($p < 0,05$).

Исходы для плода также были более благоприятными у женщин основной группы в сравнении с контролем. Так, средняя масса составила соответственно $3406,5 \pm 39,3$ гр. и $3039,3 \pm 33,9$ гр., гипоксия плода при рождении отмечена в 4 ($10,3 \pm 3,0\%$) и 9 ($21,4 \pm 4,1\%$) случаях, ЗВР плода — в 6 ($15,4 \pm 3,6\%$) и 12 ($28,6 \pm 4,6\%$) случаях, ВУИ плода — в 4 ($10,3 \pm 3,0\%$) и 12 ($28,6 \pm 4,6\%$) случаях, физиологическая потеря массы составила $6,8 \pm 0,1\%$ и $7,9 \pm 0,1\%$, восстановление первоначального веса у детей отмечено на $5,3 \pm 0,1$ и $6,9 \pm 0,1$ день ($p < 0,05 < 0,001$).

Перинатальных потерь в основной группе не было, тогда как в контрольной группе один недоношенный плод умер от сепсиса.

Таким образом, включение ПА и /ИТ в курс лечения острого пиелонефрита у беременных патогенетически оправданно, способствует меньшей потребности женщин в лекарствах, приводит к более благоприятному, чем при проведении традиционной терапии, течению болезни, исходу беременности и родов для матери и плода.

ВЕТРОВ В.В., ЛИ О.А.,
БУТАЕВ Г.К.Родильный дом № 10, кафедра
акушерства и гинекологии № 2
СПбГМА им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И УФО КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

В курс комплексной терапии 47 родильниц с клиникой пиелонефрита были включены операции центрального плазмафереза (ПА) и УФО крови. Средний возраст женщин был 24,4 года.

У 22 родильниц (46,8 %) в анамнезе были атаки пиелонефрита. У каждой второй больной в анамнезе были воспалительные заболевания гениталий. При настоящей

беременности у 36 женщин (76,5%) имели место урогенитальные инфекции, которые в каждом пятом случае протекали остро.

В послеродовом периоде проявления пиелонефрита у женщин отмечены на 2-6 сутки, чаще клиническая картина была подострой в виде болей в пояснице, субфебрильной температуры, дизу-

рии, субфебрилитета, воспалительных изменений в клиническом анализе крови и мочи. У 16 из 47 больных (34%), то есть в каждом третьем случае, заболевание протекало более тяжело с наличием клиники значительной эндогенной интоксикации. Истинная бактериурия выявлена у 15 пациенток, преобладала условно-патогенная флора. Во всех случаях диагноз пи-

елонефрита был подтвержден при УЗИ.

Помимо традиционного лечения (антибиотики, инфузионные средства и пр.) больным через день проводили 2-3 операции ПА, с удалением 20-30% плазмы от расчетного объема циркулирующей плазмы. Плазмозамещение чаще проводили физиологическим раствором в дозе на 20 % превышающей объем эксфузии плазмы. В семи наблюдениях у родильниц с анемией и гипопроотеинемией в качестве плазмозаменителя была использована собственная аутоплазма, которую предварительно подвергали гемосорбционной (два наблюдения) или холодовой обработке с целью удаления токсических веществ. В первом варианте эксфузированную плазму пропускали

через гемосорбент «Симплекс» и сразу возвращали в сосудистое русло больной. Во втором-удаляемую при первом ПА плазму собирали в стерильную емкость и замораживали. Эта плазма возвращалась больным (после размораживания) при последующих сеансах ПА, или в промежутках между ними. УФО крови проводили одновременно с ПА в дозе 1-1,5 мл/кг массы тела женщин с помощью аппарата «Изолюда». Всего было выполнено 116 операций ПА и УФО крови, осложнений, как и при переливании обработанной холодом или на гемосорбенте аутоплазмы, не было ни в одном случае.

Уже после первой операции ПА и УФО крови у всех женщин отмечали более значительный, чем при одной традиционной терапии,

регресс субъективных и объективных признаков болезни. К концу курса эфферентной терапии у женщин отмечали нормализацию анализов крови и мочи. Средний койко-день у пролеченных таким образом женщин составил 8,5 дней при меньшем потреблении антибиотиков в сравнении с больными, которым проводили только традиционное лечение (средний койко-день у них-12,2 дней).

Очевидно, что включение в курс комплексной терапии простых и безопасных методов ПА и УФО крови оптимизирует результаты лечения родильниц с пиелонефритом, способствует снижению сроков пребывания их в стационаре и уменьшению медикаментозной нагрузки на организм женщины и ее плода.

ГАЙБУЛЛАЕВ А.А.,
АБДУРИЗАЕВ А.А.,
БОЛГАРСКИЙ И.С.
ТашИУВ,
Ташкент, Узбекистан

КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ

Целью нашего исследования явилось совершенствование диагностики перехода острого пиелонефрита беременных в гнойную стадию.

Методы. На основании изучения клинической картины, данных лабораторно-инструментальных исследований 401 больной острым пиелонефритом беременных разработана балльная система оценки степени воспалительного процесса в почках. Система состоит из 3 параметров: клинической картины; данных лабораторных исследований; ультразвуковой картины почек. Каждый параметр разделен на 3 категории, которые оценивались соответственно от 1 до 3 баллов.

Результаты. В зависимости от суммы набранных баллов больные были разделены на 2 группы: 1 группа- больные с диффузно-гнойной стадией воспалительного процесса, набравшие в сумме до 6 баллов и 2 группа -больные с гнойно-деструктивной стадией с суммой баллов от 7 до 9.

В наших наблюдениях больных

с диффузно-гнойной стадией было 380 (94,8%). Из общей суммы баллов (1710) на долю первого параметра пришлось 41,2%, на долю второго параметра - 30,7% и 28% пришлось на третий параметр.

Гнойно-деструктивную стадию мы выявили у 21 (5,2%) больной. При этом доля первого параметра составила 35,9%, второго параметра - 28,2% и третьего параметра - 35,9% от общей суммы баллов (170).

Обсуждение. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в диагностике диффузно-гнойной стадии наибольшее значение имел первый параметр (клиническая картина) и в меньшей степени второй и третий параметры. А в диагностике гнойно-деструктивной стадии наиболее информативными были данные третьего (УЗИ) и первого параметров.

Выводы. Таким образом, разработанная нами балльная система, основанная на оценке результатов клинического, лабораторного и инструментального обследований позволила четко выделить различ-

ные стадии острого пиелонефрита беременных в зависимости от которых определялась тактика лечения. Это позволило улучшить результаты лечения у больных с острым пиелонефритом беременных.

ГРИЦЕНКО В.А., ДАНИЛОВА М.Ф.,
САПРЫКИН В.Б., БАЛДИНА П.Н.,
ПЕРВУШИНА Л.А.

Институт клеточного и
внутриклеточного симбиоза
УрО РАН, Оренбург
Оренбургская государственная
медицинская академия, Россия

ВИДОВОЙ СОСТАВ И ПЕРСИСТЕНТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УРОМИКРОФЛОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Беременность рассматривается в качестве фактора риска развития пиелонефрита (ПН). Однако возникновение данной патологии в значительной мере зависит от качественных свойств микроорганизмов, инфицирующих почки. Особо значимыми из них являются персистентные характеристики, обеспечивающие устойчивость бактерий при контакте с эффекторами иммунитета человека.

Цель исследования. Анализ видового состава и персистентных характеристик бактериальной микрофлоры, выделенной из мочи у беременных с ПН.

Методы. Под наблюдением находилось 49 беременных женщин, в том числе 30 – с ПН, и 24 небеременных здоровых женщин (группа сравнения). Бактериологическое исследование мочи и видовая идентификация флоры осуществлялась общепринятыми методами (Биргер, 1982). У выделенных бактерий определяли комплекс персистентных характеристик (Бухарин, 1999), включая антилизоцим-

ную, антиинтерцидную и антиком-плементарную активности (АЛА, АИА, АКА), а также серорезистентность (СР).

Результаты. У беременных с ПН бактериурия (БУ) выявлялась в 66,7% случаев, а лейкоцитурия (ЛУ) – в 100%, тогда как у беременных без ПН флора в моче определялась реже (26,3%), а ЛУ – в 21,1% случаев. В группе сравнения БУ выявлялась у 12,5% женщин, как правило, на фоне отсутствия ЛУ. Между наличием у женщин БУ и ЛУ обнаружена прямая корреляционная связь ($r=0,68$). Высокая степень БУ ($> 10^4$ КОЕ/мл) регистрировалась только у беременных с ПН (13,3%). Видовой состав урофлоры не зависел от наличия у беременных женщин ПН и преимущественно (в 70 – 90 %) был представлен энтеробактериями, среди которых лидировали эшерихии. У небеременных женщин в моче преобладала грампозитивная кокковая флора, в частности стафилококки и энтерококки. Все уроизолаты энтеробактерий обладали АЛА и АКА; в 40%

случаев у них выявлялась АИА; СР проявляло 50% штаммов. У энтеробактерий, выделенных от беременных с ПН представительство указанных свойств и их выраженность в 1,6 – 2,2 раза превышали аналогичные параметры у бактериальных изолятов из мочи беременных без ПН ($p < 0,05$).

Обсуждение и выводы. Представленные результаты свидетельствуют о том, что у беременных женщин в качестве доминирующей уромикробиоты выступают энтеробактерии с лидерством *E.coli*. Наличие у энтеробактерий комплекса факторов персистенции обеспечивает возможность их транслокации из кишечника в почки с последующей инициацией воспалительного процесса в них. Вегетирование таких бактерий в кишечнике у беременных увеличивает риск развития у них ПН, для снижения которого необходимо проводить селективную деконтаминацию и коррекцию дисбиотических сдвигов в кишечном микробиоценозе.

ДАНИЛОВА М.Ф., ЛЯЩЕНКО Л.Н.,
САПРЫКИН В.Б., ГРИЦЕНКО В.А.,
БАЛДИНА П.Н.

Оренбургская государственная
медицинская академия, Россия
Институт клеточного и
внутриклеточного симбиоза УрО
РАН, Оренбург

ОСОБЕННОСТИ БИОЦЕНОЗА МАТЬ – НОВОРОЖДЕННЫЙ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

Период приспособления к внеутробному существованию характеризуется множеством параметров, среди них проблема первичной микробной колонизации является чуть ли не самой важной. Важнейшими факторами формирования нормальной микрофлоры у новорожденного являются микробиологический пейзаж родовых путей матери, естественное вскар-

мливание и госпитальные штаммы.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей биоценоза мать – новорожденный при пиелонефрите (ПН) беременных.

Материалы и методы. Было обследовано 47 беременных и роженниц с ПН и их новорожденных. У всех было произведено исследо-

вание микробиологического пейзажа (цервикальный канал, плацента, задние околоплодные воды, пуповина) в родах, кишечника новорожденного к концу раннего неонатального периода. Использовалась методика Ю.Фельдмана с соавт. (1984 г.), на кровяном агаре, агаре эндо. Клинические и лабораторные методы исследования рекомендуются Минздравом РФ.

Результаты. Выявлена корреляционная связь по следующим микроорганизмам: эшерихии – 70%, клебсиеллы – 20%, коагулазоотрицательные стафилококки – 15%. Тем не менее нейсерии, часто встречающиеся у матерей, у детей не высевались, а грибы рода кандида высевались в три раза чаще, чем у матерей. Кроме того, умеренно сниженный уровень бифидобактерий $10^7 - 10^8$ КОЕ/г отмечался у 60% новорожденных.

Обсуждение. Выявление корреляционной связи между обсемененностью микроорганизмами эшерихии, клебсиеллы, коагулазоотрицательные стафилококки позволяют предположить, что данные возбудители обсеменяют плод при прохождении через родовые пути, а нейсерии обладают более низкой возможностью занимать эконизишу у плода и новорожденного. В то же время, применение антибактериальной терапии по поводу ПН у беременных приводит к снижению уровня бифидобактерий до $10^7 - 10^8$ КОЕ/г у большинства новорожденных.

Выводы. Микробиологический пейзаж родовых путей матери существенно влияет на формирование первичного биоценоза у новорожденных. Проведение микробиологического мониторинга позволяет оценить процесс формирования биоценоза новорожденных от женщин с ПН и дает возможность сделать вывод о влиянии флоры матери и госпитальных штаммов на биоценоз новорожденных.

ДАНИЛОВА М.Ф.,
САПРЫКИН В.Б., ГРИЦЕНКО В.А.,
БАЛДИНА П.Н., ПЕРВУШИНА Л.А.
Оренбургская государственная
медицинская академия, Россия
Институт клеточного и
внутриклеточного симбиоза УрО
РАН, Оренбург

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИСХОДЕ РОДОВ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Стремление улучшить охрану здоровья новорожденного требует поиска оптимальных путей ведения беременности и родов у женщин с экстрагенитальной патологией. Одной из часто встречающейся экстрагенитальной патологии у беременных являются заболевания почек и мочевыводящих путей, частота которых по данным различных авторов колеблется от 8% до 23%. Новорожденные от этих больных относятся к группе высокого риска по внутриутробному инфицированию и развитию дисбактериоза кишечника.

Цель исследования. Определить роль современных технологий в исходе родов для новорожденных у женщин с пиелонефритом (ПН).

Материалы и методы. Проведен анализ исхода беременности новорожденных в 2-х группах женщин: 1-я группа – ведение беременности и родов с ПН по традиционному алгоритму – 46 женщин; 2-я группа – ведение беременности и родов с ПН с использованием по показаниям эубиотиков с учетом видового состава и персистентных свойств микроорганизмов – 27 женщин.

Результаты. В 1-ой группе во избежании неблагоприятного ин-

транатального исхода и с учетом высокого риска – 17,4% женщин родоразрешены абдоминальным путем, во 2-ой группе – 11,1%. Несвоевременное излитие околоплодных вод в 1-ой группе было у 46,3%, во 2-ой – 34,7%. Преждевременными родами закончилась беременность в 1-ой группе у 10,9%, во 2-ой – 7,4%. Асфиксия новорожденных на 5 мин. в 1-ой группе была в 1,4 раза выше, чем во 2-ой и составила 13,0%. Неврологические нарушения коррелировали с частотой асфиксии. Инфекции, специфичные для перинатального периода, в 1-ой группе выявлены у 39,1% новорожденных, во 2-ой группе у 24,3%. Нормальный процесс колонизации желудочно – кишечного тракта у новорожденных к концу неонатального периода отмечено в 1-ой группе всего лишь у 20,8%, а во 2-ой группе в 2 раза чаще.

Обсуждение. Полученные результаты и данные литературы свидетельствуют, что развитие инфекции, специфичной для перинатального периода, зависит не только от видовой принадлежности возбудителя, но и персистентных свойств микроорганизмов. Использование в комплексном лечении ПН у беременных эубиотиков позволяет значительно

увеличить частоту нормального процесса колонизации желудочно – кишечного тракта у новорожденных, чем при применении антибиотиков и уменьшить долю новорожденных с патологией.

Выводы. Применение по показаниям эубиотиков позволяет в 1,5 – 2 раза уменьшить частоту развития инфекционных заболеваний и дисбиоза кишечника у новорожденных.

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ
КАК ПРИЧИНА ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Целью настоящего исследования было выявление зависимости между наличием хронического заболевания почек у беременной и внутриутробной инфекцией. Пилонефрит является самым частым и опасным осложнением беременности, и, согласно литературным данным, отмечается тенденция к его росту (с 1985 по 1995 год в 3,6 раза). По данным ПИИОЗ-МиР Республики Молдова, пилонефрит как осложнение беременности, составлял в 1996 году - 9,6%, в 1999 году - 17,0 %. В 43% случаев хронический пилонефрит служил фактором риска реализации инфекции, обуславливая рост случаев внутриутробной инфекции.

Нами проведено клиническое наблюдение за 183 беременными с ранее установленным диагнозом хронического пилонефрита. В стационар они были госпитализированы по поводу пилонефрита (72,1%), угрозы прерывания бере-

менности (33,2%), анемии (8,9%) и др. в сроке гестации от 5 до 36 недель. Возраст варьировал от 16 до 41 года. Длительность установления диагноза составила от 1 года до 20 лет. У 68% больных установление диагноза совпало с периодом детства и полового созревания.

У 133 женщин (72,7%) хронический пилонефрит протекал с обострениями в период беременности, у трети из них - с повторными.

Наиболее часто хронический пилонефрит ассоциировался с анемией различной степени тяжести (53%), угрозой прерывания беременности (34%), гестозом второй половины беременности (24%). Преждевременные роды зарегистрированы в 9,7% случаев. С внутриутробной инфекцией родилось 15 (8,7%) новорожденных. Пневмония диагностирована в 26% случаев, у остальных новорожденных наблюдались, так на-

зываемые, «малые формы» инфекции (копьюктивит, пиодермия, флебит и др.). У большинства новорожденных гнойно-септические осложнения комбинировались с различными нарушениями неврологического статуса.

Высокая частота реализации внутриутробной инфекции у беременных с хроническим пилонефритом, по-видимому, обусловлена высокой степенью их инфицированности хламидиями, микоплазмами, вирусом герпеса, стрептококком и их ассоциациями на фоне выраженной иммуносупрессии.

Таким образом, хронический пилонефрит остается фактором риска по развитию перинатальной инфекционной заболеваемости и требует диспансерного наблюдения данной группы беременных с проведением комплекса неспецифических профилактических мер для предупреждения обострения инфекционного процесса в почках в период беременности.

КАХЕЛИ И.В., КИНТРАЯ Н.П.,
ДЖАКЕЛИ Н.Н.,
КАШАКАШВИЛИ И.Г.НИИ перинатальной медицины,
акушерства и гинекологии МЗ
Грузии им. академика К.В.Чачава,
Тбилиси, Республика Грузия**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Целью исследования явилось выявление заболеваний передаваемых половым путем (ЗППП) у беременных с хронической урогенитальной инфекцией и выработка тактики профилактики и лечения возможных осложнений. Методы - общеклиническое обследование, исследование крови, мочи и отделяемого цервикального канала методами бактериологического, иммунофлюоресцентного и иммуноферментного анализа. Обследовано 56 женщин в сроки 16-36 нед гестации с хронической урогенитальной инфекцией, наблюдавшихся амбулаторно в поликлиническом отделении НИИ11МДГ в период

1999-2000 гг. Результаты - из 56 обследованных наличие хламидиоза обнаружено в 31%, микоплазмоза - в 20%, ВИГ - в 14%, ЦМВ - в 1%, другие инфекции - в 28% случаев. При лечении хламидиоза и микоплазмоза предпочтительно отдавали природным макролидам (ровамицин, эритромицин); в случае неполного эффекта применяли полусинтетический пенициллин - амоксициллин, что позволяло проводить специфическую санацию мочевыводящих путей. При вирусных инфекциях в комплекс лечения включали виферон в виде ректальных свечей с 28 нед. гес-

тации, нормальный человеческий иммуноглобулин. При частых рецидивах - перс.1 сном цефалоспорином или амоксицилином по 0,5 I на протяжении всей беременности. С 16 нед профилактически применяли антиоксиданты, мембраностабилизаторы, донаторы оксида азота. малые дозы аспирина, кортикостероиды. фраксинарин, дипиридамол. Обсуждение и выводы На фоне этиотропной терапии необходимо проведение профилактической терапии, что приводит к уменьшению акушерских осложнений в два раза, а нефрологических - в 2,5 раза.

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДОСРОЧНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Несмотря на то, что невынашивание беременности не имеет тенденции к снижению, оно является одним из основных видов акушерской патологии, занимая значительное место среди причин неблагоприятных исходов для матери и плода.

В нашей работе поставлена цель – выявить влияние урогенитальной инфекции в досрочном прерывании беременности. В основу работы легло обследование 111 женщин с угрожающим прерыванием беременности неясной этиологии.

Среди обследованных отсутствовали женщины с тяжелыми экстрагенитальными, эндокринными, аутоиммунными заболеваниями, истмико-цервикальной недостаточностью, иммуноконфликтной беременностью, с неблагоприятными воздей-

ствиями профессиональных факторов и лекарственных препаратов, которые сами по себе могли приводить к акушерской патологии.

Для достижения поставленной в работе цели всем женщинам проводили обследование с применением общеклинических методов исследования (общий анализ крови, мочи, исследования крови на РВ, ВИЧ, определение группы и резус-принадлежности крови, УЗИ), и дополнительных методов. Проведено комплексное изучение микробного спектра мочеполовых путей у обследованного контингента беременных.

При исследовании микрофлоры генитального тракта у изучаемой группы женщин выявлена высокая степень инфицированности мочеполовых путей – 72,5%. В монокульту-

ре преобладали условно-патогенные микроорганизмы (стафилококки, кишечная палочка). Наиболее часто встречались микоплазменно-бактериальные и хламидийно-бактериальные ассоциации.

Учитывая то, что возбудители урогенитальных инфекций выявляются, в основном, в ассоциациях, терапия угрожающего прерывания беременности, помимо общепринятого лечения, должна включать антибактериальные препараты.

Существенные трудности могут быть связаны с терапией инфекций, вызванных хламидиями и микоплазмами, микотической и вирусной инфекцией, особенно при их сочетании с инфекцией, вызванной условно-патогенными бактериями, анаэробными микроорганизмами.

МУРЗАКМАТОВ М.А.,
ДОЛГОВ Г.В., МАКАРЕНКО В.Б.,
ВЕСНИНА Е.Л., КАРЕВА И.В.,
ДОВГАНЮК Н.В.,
ЛУКЬЯНЧУК Р.М.
Военно-медицинской академия,
Санкт-Петербург

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ МУЖЧИН С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЙ СПЕРМАТОГЕНЕЗА

Стремительное развитие вспомогательных репродуктивных технологий существенно изменило стратегию и тактику ведения мужчин страдающих бесплодием. Внедрение метода интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ИКСИ) в программу экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) открыло новые возможности лечения даже самых бесперспективных форм бесплодия, при которых сперматозоиды в эякуляте отсутствуют. Для получения сперматозоидов применяются следующие методы: аспирация сперматозоидов из придатков яичка (МЕЗА), аспирация сперматозоидов из яичка (ТЕЗА), перкутанная аспирация сперматозоидов (ПЕЗА). Возможность проведения этих методов явилась основой для отказа андрологами лечения тяжелых форм нарушения сперматогенеза (о-

лигоастенозооспермии II и III степени) и направление пациентов на ИКСИ.

По данным литературы частота врожденных уродств после ИКСИ не превышает таковую в популяции или после проведения ЭКО по стандартному протоколу. В то же время клинический опыт говорит о необходимости в обязательном порядке проведения генетического скрининга бесплодных пар и последующей преимплантационной, пренатальной диагностики при наступлении у них беременности.

Следует отметить, что интенсивное развитие вспомогательных репродуктивных технологий происходит в условиях недостаточно изученных гормонально регуляторных механизмов сперматогенеза и функционального состояния сперматозоидов при общей тенденции

снижения показателей сперматогенеза у мужчин за последние десятилетия.

Результаты наших исследований, показывают, что успех консервативного лечения тяжелых нарушений сперматогенеза в значительной мере определяется комплексным обследованием пациентов. При этом для существенного снижения риска передачи потомству тяжелых нарушений сперматогенеза и хромосомных аномалий на первое место мы ставим генетическое обследование. Существенно улучшить результаты лечения тяжелых нарушений сперматогенеза нам позволяет как индивидуально подбор известных препаратов (тестостерон, гонадотропины), так и цитаминотерапия (тесталамин, просталамин), непосредственно влияющих на органы Лмшени I репродукции мужчин.

НЕЧИПОРЕНКО Н.А.,
НЕЧИПОРЕНКО А.Н.

Гродненский государственный
медицинский университет,
Гродненская больница скорой
помощи,
Гродно, республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель исследования – выбор оптимальной тактики лечения беременных женщин, страдающих острым пиелонефритом.

Методы. Анализированы результаты наблюдения и лечения 55 беременных женщин, страдавших острым пиелонефритом.

Результаты. При УЗИ у 42-х женщин на стороне поражения имел место гидроуретеронефроз и утолщение паренхимы почки, структура паренхимы была однородной (серозный пиелонефрит). У 13 женщин паренхима почки была утолщена и плотность ее по данным УЗИ была неоднородной, а дыхательные экскурсии ограничены (острый гнойный вторичный пиелонефрит).

Лечение 42-х пациенток с серозным пиелонефритом начали с катетеризации лоханки мочеточ-

никовым катетером – у 26 и установки катетера-стента у 16 с последующей антибактериальной и дезинтоксикационной терапией.

Больным с клиническими признаками острого гнойного пиелонефрита (13 человек) выполнена операция: пункционная нефростомия – 6. Открытая нефростомия с декапсуляцией почки выполнена 7 пациенткам, гнойные формы пиелонефрита были у 6.

У 38 женщин ($90,5 \pm 4,5\%$) с острым серозным пиелонефритом проводимая консервативная терапия дала хороший эффект.

У 4-х женщин, которым проведена катетеризация лоханки почки и у 2-х после пункционной нефростомии, медикаментозная терапия эффекта не дала. Эти больные через 2-4 суток подверглись открытой операции – нефросто-

мия и декапсуляция почки. У всех в ходе операции выявлены гнойные формы острого пиелонефрита. Всем нашим больным беременность сохранена и закончилась своевременными родами.

Выводы. 1) Ранняя госпитализация беременных с острым пиелонефритом в урологическое отделение, восстановление адекватного оттока мочи из почки (лучше катетером-стентом), дополненное антибактериальной и дезинтоксикационной терапией позволяют у $90,5 \pm 4,5\%$ беременных с серозным пиелонефритом купировать процесс.

2) Наличие признаков деструкции паренхимы по данным УЗИ у беременных с острым пиелонефритом является показанием для экстренной открытой операции – нефростомии и декапсуляции почки.

НИЦОВИЧ Р.М., ГАРБУЗОВА И.В.,
НИЦОВИЧ И.Р.
Буковинская государственная
медицинская академия,
Украина

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ

Проблема послеродовой инфекции остаётся одной из важнейших в акушерстве. Возникновение послеродовых гнойно-септических осложнений является следствием проявления инфекционного фактора в родах. При анализе индивидуальных карт 60 беременных и историй родов нами были выделены факторы, которые способствовали развитию инфекционных осложнений. Обследованные женщины были в возрасте 18-38 лет. У 54 % беременных было выявлено наличие хронических очагов инфекции (у 31% - хронический пиелонефрит, у 23% хронический тонзиллит).

Необходимо также отметить, что у 60% беременных с хроническим пиелонефритом, во время

беременности было дважды обострение на 12-14 неделе и на 25-27 неделе беременности. Нами установлено, что 53% обследованных женщин во время беременности перенесли вирусные инфекции (ОРВИ), причём 24% из них болели в ранние сроки беременности (до 12 недель), 29% перенесли вирусную инфекцию в 22-28 недель беременности и 10% в 33-35 недель. При анализе истории родов обследованной группы женщин было установлено: у 56% рожениц возникли гнойно-септические осложнения (из них у 33% эндометрии). На наш взгляд, все вышеперечисленные факторы во время беременности способствуют возникновению инфекционных осложнений во время родов и прояв-

лению их в послеродовом периоде, что в дальнейшем может привести к нарушению репродуктивной функции женщин (вызвать вторичное бесплодие).

ОЛИЙНЫК Н.Н., ШМАНЬКО В.В.,
МАЛАНЧИН И.Н.,
ХЛИБОВСКАЯ О.И.,
ГАВРИЩАК А.Б.

Тернопольская государственная
медицинская академия,
Тернополь, Украина

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ, ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ, ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ

Цель. Цель нашей работы - повышение эффективности лечения гестационных пиелонефритов (ГП) у беременных на основе изучения изменений иммунной системы организма и их коррекция.

Методы. Обследовано 52 беременных женщины в III триместре беременности. Общепринятые и биохимические исследования крови проводили при поступлении женщин в стационар, в динамике лечения и перед выпиской. Контрольную группу составили 20 здоровых беременных. Иммунный статус изучали методом ИФА. При бактериологическом исследовании мочи определяли: вид возбудителя, степень бактериурии, антибиотикограмму. УЗИ определяли размеры почек, толщину коркового шара, размеры чашечно-лоханочного комплекса, пороки развития почек, опухоли почек, наличие мочекаменной болезни, гидронефроз.

Результаты. У здоровых беременных установлен частичный иммунодефицит, который проявляется достоверным ($p < 0.05$) уменьшением процента Т-лимфоцитов, суб-

популяции Т-хелперов, тенденцией к снижению количества В-лимфоцитов ($p < 0.05$). Количество Т-супрессоров увеличивалось.

У женщин с гестационным пиелонефритом в сравнении с группой здоровых отмечается значительное снижение общего количества Т-лимфоцитов, субпопуляций Т-хелперов, а супрессорная активность Т-лимфоцитов увеличивается ($P < 0.001$), снижается количество В-лимфоцитов. В зависимости от методов лечения беременные были разделены на три группы: I - 12 женщин получали традиционную терапию, II - 18 женщин получали комплексную терапию с использованием росцилина в суточной дозе 4 г, иммунала, III - 22 женщины получали комплексную терапию с включением иммунала, энтеросорбента Силарда П.

Обсуждение. Анализ полученных данных в динамике комплексной терапии у беременных II группы выявил достоверное увеличение Т-лимфоцитов, Т-хелперов, снижение количества Т-супрессоров. Иммунорегуляторный индекс составил 1.07 (в

контроле - 1.09), что имеет положительное прогностическое значение относительно эффективности применяемой терапии.

В III группе беременных клинические и биохимические показатели крови и мочи нормализовались на 6-8 сутки. Отмечалось увеличение общей популяции Т-лимфоцитов, субпопуляции Т-хелперов, снижение субпопуляции Т-супрессоров, иммунорегуляторный индекс составил 1,14 (в контроле 1,09). Показатели гуморального иммунитета у больных II и III групп существенно увеличиваются.

Количество осложнений в родах и послеродовом периоде у беременных II-III группы меньше в сравнении с I-ой.

Выводы. Таким образом, предложенный метод лечения гестационных пиелонефритов не только улучшает клиническое и лабораторное течение пиелонефрита, положительно влияет на внутриутробное состояние плода и новорожденного, уменьшает количество осложнений в родах и послеродовом периоде.

ОЛИЙНЫК Н.Н., ЛЫМАР Л.Е.,
СОПЕЛЬ В.В., БЕГОШ Б.Н.,
ГОРЯК С.П.

Тернопольская государственная
медицинская академия,
Тернополь, Украина

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Цель: Несмотря на увеличение арсенала профилактических средств, за последние годы не отмечается выраженной тенденции к снижению послеродовых септических осложнений, что побуждает к поиску новых методов их профилактики.

Методы: Нами разработана методика введения стенов в мочеточники беременных женщин, страдающих острым гестационным пиелонефритом.

Обследовано 60 беременных женщин: 1-ю группу составили - 20

беременных с острым гестационным пиелонефритом, получавших комплексную традиционную терапию. Во 2-ю группу вошли 20 беременных женщин с острым гестационным пиелонефритом, которым на фоне общепринятого традиционного лечения с целью улучшения пассажа мочи вводились стенов в мочеточники. Контрольную группу составили 20 здоровых беременных женщин. Изучали состояние иммунологической реактивности и эндогенную интоксикацию до лечения, после

курса лечения, на 5-6 сутки послеродового периода.

Результаты. При физиологической беременности уровень общей популяции Т-лимфоцитов составил $63,22 \pm 0,92\%$; субпопуляция Т-хелперов $60,11 \pm 1,21\%$; субпопуляция Т-супрессоров $19,28 \pm 0,46\%$. В 1-й группе исследованных беременных до начала лечения эти показатели составили $47,60 \pm 1,45\%$; $45,32 \pm 1,20\%$; $18,20 \pm 0,46\%$ соответственно. Во 2-й группе до начала лечения показатели были идентичными. Уро-

вень эндогенной интоксикации изучался путем определения среднемолекулярных пептидов в сыворотке крови. До лечения эти показатели составили $0,586 \pm 0,016$ у.е.

Обсуждение. После традиционного лечения показатели иммунного статуса несколько увеличи-

лись. У больных с наличием sten-дов в мочеточниках эти показатели нормализовались и достигли уровня физиологической беременности. В этой группе беременных значительно снизился уровень эндогенной интоксикации и составил $0,251 \pm 0,015$ у.е.

Выводы: Таким образом, использование стенов для улучшения пассажа мочи уменьшает эндогенную интоксикацию, в связи с чем повышается иммунологическая реактивность организма, уменьшается риск послеродовых септических осложнений.

**ПАРАЩУК Ю.С.,
АВРАМЕНКО Н.В.**

Харьковский государственный
медицинский университет,
Харьков, Украина

ДИАГНОСТИКА МАТЕРИНСКО-ПЛОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Целью исследования являлось улучшение диагностики материнско-плодовой инфекции у беременных женщин.

Для достижения поставленной цели проведено углубленное клинико-лабораторное обследование 150 женщин сотягощенным течением беременности. О функции фетоплацентарного комплекса судили на основании данных ультразвукового исследования, кардиотокографии (определение биофизического профиля плода), изучение уровня в крови плацентарного лактогена, эстрогенов, прогестерона. Для выявления материнско-плодовой инфекции использовали микроскопический метод, серологический метод, иммуноферментный анализ, метод прямой иммунофлюоресценции. В процессе работы полученные данные срав-

нивали с данными метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Результаты исследования показали, что специфичность диагностики метода ПЦР составляет 99%, а чувствительность - 100%. Чувствительность других методов (серологический, иммуноферментный и др.) находилась только в пределах 50-70%. Часто они позволяли выявить лишь продукты жизнедеятельности, а не самого возбудителя, то есть судить о его наличии можно было лишь косвенно. В отличие от метода ПЦР они больше приемлемы для мониторинга за результатами лечения а не для диагностики.

Причиной материнско-плодовой инфекции чаще всего являлась смешанная условнопатогенная микрофлора (ассоциации). Наиболее часто диагностировали нали-

чие хламидий - 14%, реже микоплазмы - 10,6%, вирус простого герпеса I, II типа - 10%, цитомегаловирус - 10%, уреаплазмы - 8%, токсоплазмы - 2%. Бактериальный вагиноз выявлен почти у 40% обследованных. Благодаря высокой специфичности метода ПЦР можно с большой точностью ставить заключение о наличии материнско-плодовой инфекции и тем самым определять терапевтическую тактику с учетом выявленного возбудителя и его чувствительности к определенным фармакологическим препаратам

Выводы 1. Метод ПЦР является наиболее объективным для выявления возбудителя материнско-плодовой инфекции.

2. Определение вида возбудителя позволяет избрать правильную терапию и предупредить развитие осложнений беременности.

ТРУБИНА Т.Б.

Башкирский государственный
медицинский университет,
Уфа, Россия

ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА

Воспалительные заболевания составляют наибольший процент среди всех осложнений медицинского аборта. Нерациональный подход к лечению этой патологии ведет к нарушению репродуктивной функции женщины. Вполне обоснованным является поиск новых информативных технологий и методов оценки эффективности лечения. Определенный интерес представляет регистрация свехслабого свечения (хемиллюминесценции) мочи, которое возникает

в результате окислительных реакций, протекающих с образованием свободных радикалов. Хемиллюминесценция мочи меняется при нарушении функции почек независимо от этиопатогенеза заболевания и, соответственно, имеет свои особенности при воспалительных заболеваниях гениталий.

Целью исследования явилось подтверждение информативности хемиллюминесцентного исследования мочи при оценке эффективности ле-

чения инфекционных осложнений медицинских абортов.

Мочу исследовали при поступлении пациентки в стационар, на 5-7 день после начатого лечения и при выписке. Хемиллюминесценция изучалась на модифицированной установке для измерения свехслабых свечений. Регистрирующим устройством являлся фотоумножитель, результаты пересчитывались на условные относительные единицы.

Объектом исследования явились

80 женщин с воспалительными осложнениями медицинских аборт. При втором измерении свечения мочи у 41 пациенток наблюдалось снижение свечения на 10-20% относительно первого измерения. При третьем измерении при выписке у этих же женщин произошло дальнейшее снижение еще на 10-15%. Тенденция к хронизации воспалительного процес-

са при выписке выявлена у 21 пациентки, причем снижение уровня свечения было у 17 из них, хотя отклонений со стороны остальных лабораторных показателей обнаружено не было.

Таким образом измерение хемилюминесценции мочи отражает не только изменения со стороны функции почек, но и является достаточ-

но информативным при оценке эффективности лечения инфекционных осложнений медицинских абортов. Важность этого заключения обусловлена наличием большого количества стертых форм течения заболеваний и отсутствием возможности своевременного определения критериев излеченности другими лабораторными методами.

ТРУБИН В.Б. КАШИРИНА Л.Н.

Башкирский государственный
медицинский университет,
Уфа, Россия

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ АБОРТАХ ВО II ТРИМЕСТРЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛАТЕНТНО ПРОТЕКАЮЩИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ

В настоящее время проблема своевременности у подростков остается актуальной во всем мире. Беременность, возникает у подростков внебрачно, является нежелательной и заканчивается как правило, медицинским аборт. Чаще медицинский аборт у подростков производится во II триместре, что связано с поздней обращаемостью к врачу. Искусственное прерывание беременности во II триместре влечет за собой значительно больше осложнений чем в I триместре. Риск развития осложнений медицинского аборта повышается при наличии хронических соматических и гинекологических заболеваний воспалительного генеза.

Целью исследования явилось изучение результатов медицинского аборта во II триместре у 112 девушек - подростков в возрасте от 15 до 18 лет, проведенного с применением 3-х этапной системы лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных

на снижение осложнений и своевременное выявление и этиотропное лечение соматической и гинекологической патологии.

Все юные пациентки ранее перенесли детские инфекции. Хронические соматические заболевания в фазе ремиссии выявлены у 50,2% подростков (анемия, хронический тонзиллит, хронический холецистит). В 10,2% имелись указания на хронический пиелонефрит. При обследовании гениталий у 38,3% подростков диагностированы фоновые заболевания шейки матки, у 56,3% - бактериальный вагиноз. С использованием бактериологического исследования мочи и анализа по Нечипоренко, УЗИ мочевого пузыря, анализа мочи по Зимницкому подтвержден диагноз хронического латентно протекающего пиелонефрита у 10,2% и вновь установлен данный диагноз у 7,1% пациентки.

Прерывание беременности проводилось с использованием новых тех-

нологий (специальный гинекологический инструмент, применением ИРТ, протозгандинов). В послеабортном периоде проводилась антибактериальная терапия, лазерное облучение, ИРТ. Через месяц после медицинского аборта проводилось обследование мочевой и половой системы с использованием современных информативных методов. При выявленной патологии назначалось этиотропное лечение. Определялся план лечения хронического латентно протекающего пиелонефрита и фоновых заболеваний шейки матки.

Проведенное исследование подтверждает необходимость и значимость углубленного комплексного обследования подростков перед медицинским аборт. во II триместре, позволяющего диагностировать гинекологические и экстрагенитальные заболевания и проводить своевременно этиотропную терапию для сохранения репродуктивного здоровья будущей матери.

**ЮРОВСКАЯ В.П.,
ЕВДОКИМОВА Е.П.,
СЕМЕНЧЕНКО И.Б.,
КОЗЫРЕВА Т.Б.**

РГМУ, кафедра акушерства и
гинекологии №2,
Ростов-на-Дону, Россия

К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Хронический пиелонефрит – распространенное заболевание, которым страдает 5 – 7% беременных (И.В.Дуда, В.И.Дуда, 1997). Многие авторы указывают на многократные обострения его при беременности, увеличение количества осложнений беременности и родов, внутри-

утробное инфицирование плода, его внутриутробную гипотрофию, снижение иммунологической реактивности матери и новорожденного.

На кафедре акушерства и гинекологии №2 РГМУ была разработана система лечения хронического пиелонефрита у беременных. Тера-

пия включала в себя антибактериальные воздействия, профилактику внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода, десенсибилизацию организма, профилактику невынашивания беременности.

Особенностью этой системы является определение наиболее опас-

ных сроков беременности по обострению пиелонефрита: 16 – 17 недель, 22 – 23 недели, 27 – 28 недель, 37 – 38 недель, 4 – 8 суток послеродового периода.

Терапия проводилась в период обострения, а затем профилактически в указанные сроки. Результаты наблюдения сопоставлялись с группой беременных, которые лечились только в период обострения пиелонефрита.

При анализе течения беременности, родов и послеродового периода установлено, что женщины 1-й группы не имели обострений пиелонефрита в послеродовом периоде, тогда как во 2-й группе обострение процесса после родов отмечалось в 17% случаев.

Все женщины родили доношенных детей с массой тела от 2500 до 3900 г. Гипотрофия новорождённых была отмечена в 6 случаях (10,2%

от числа обследованных женщин), причём 83,3% случаев пришлось на группу не лечившихся планово женщин.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о целесообразности проведения комплексной терапии пиелонефрита на протяжении беременности и в послеродовом периоде у женщин, перенесших хотя бы одно обострение процесса в любом сроке беременности.

**ЯРОСЛАВСКИЙ В.К.,
МАТЕВОСЯН И.Э.,
ДАНИЛОВА Л.А.,
БАШАРИНА О.Б., ЧАЙКА Н.А.,
ИЛЬИНА Е.В.**

СПбГПМА, кафедра акушерства и гинекологии, кафедра биохимии, Санкт-Петербург

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО, АЗОТИСТОГО ОБМЕНОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Проблема ОПГ-гестоза на протяжении многих лет является одной из наиболее важных в научном и практическом акушерстве.

Известно, что 25% случаев гестоза возникает на фоне хронического пиелонефрита. В связи с этим целью настоящего исследования было изучение показателей липидного, азотистого обменов и антиоксидантной системы у женщин с ОПГ-гестозом, ведущим фактором развития которого была данная патология. Для реализации поставленной цели нами были использованы кроме традиционных методов исследования, методы, позволяющие оценить показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной системы (АОС) и азотистого обмена. В число таких методов вошли: определение уровня малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и эритроцитах в реакции с тиобарбитуровой кислотой по Методу Латиновой С.И. в нашей модификации, определение активности супероксиддисмутазы (СОД) эритроцитов по методу Костюк В.А. Содержание церулоплазмينا в плазме крови оценивали методом Ревина (Колб В.Г., 1982), определение уровня аммиака в плазме крови проводили колориметрическим методом Келлера, концентрацию мочевины в плазме крови оценива-

ли колориметрическим методом с использованием наборов фирмы «Лахема», содержание метгемоглобина определяли по методу Кушаковского.

Было обследовано 20 женщин с ОПГ-гестозом в возрасте от 20 до 30 лет до лечения и на фоне общепринятой терапии. В качестве контрольной группы служили 12 женщин соответствующего возраста с физиологически протекающей беременностью.

Полученные данные свидетельствуют о повышении уровня МДА у женщин с ОПГ-гестозом на 28% и 11,3% в эритроцитах и плазме соответственно, по сравнению с контрольной группой. Эти изменения происходят на фоне повышения активности СОД эритроцитов на 10% и снижения содержания церулоплазмينا в плазме крови на 41%. Отмечается значительное повышение содержания метгемоглобина (в 2,6 раза) у женщин сотяженной беременностью. Наблюдается увеличение концентрации аммиака на 33% и мочевины в 2 раза в плазме крови у женщин с ОПГ-гестозом, по сравнению с контрольной группой. Показано, что на фоне традиционного лечения наблюдалось незначительное снижение МДА в эритроцитах и плазме крови женщин с ОПГ-гестозом

(на 10% и 5% соответственно), активность СОД в эритроцитах практически не изменилась, а содержание церулоплазмينا в плазме крови и метгемоглобина незначительно снизилось. Снижение концентрации аммиака сочеталось с повышением уровня мочевины.

Оценивая полученные результаты можно сделать заключение о том, что у женщин с ОПГ-гестозом в условиях тканевой гипоксии наблюдается активация ПОЛ. Изменения системы АОС со стороны ее различных компонентов были неоднозначны, отмечалось повышение активности СОД эритроцитов при одновременном снижении уровня церулоплазмينا в плазме крови. Следствием активации ПОЛ при ОПГ-гестозе является значительное повышение уровня метгемоглобина и свободного аммиака в плазме крови. Наши данные свидетельствуют, что общепринятая терапия не приводит к существенным положительным сдвигам в системе ПОЛ, антиоксидантной системы и показателей азотистого обмена в организме женщин с ОПГ-гестозом на фоне хронического пиелонефрита.

**АЛЕКСАНДРОВ В.П.,
СМИРНОВ М.А.**

Кафедра урологии и андрологии
Медицинской академии
последипломного образования,
Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ УРОГИНЕКОЛОГИИ

Цель: показать патогенетическую обоснованность применения немедикаментозных методов лечения у пациенток с симптомами релаксации мышц тазового дна, а также у женщин, составляющих группу риска по этим заболеваниям.

Методы: мы применили следующие методики: поведенческая терапия, низкочастотная электростимуляция перинеальных мышц и упражнения для мышц тазового дна с использованием метода биологической обратной связи по электромиографическому принципу (ЭМГ-БОС). Пациентками были женщины (67 человек) со стрессовым - 37 человек (55,2%), ургентным - 19 человек (28,4%) и смешанным - 11 человек (16,4%) типами недержания мочи (ЯМ). Основные лечебные процедуры выполнялись с использованием вагинальных датчиков и приборов БОС-«Митон-03» (Россия-Франция) и компьютерной программы «Миотренажер» (Россия) и портативного прибора «МуоТгас» (Канада).

Результаты: была установлена высокая эффективность немедикаментозных методик в лечении всех видов НМ: отмечалось снижение частоты и силы нестабильных сокращений детрузора, увеличение интервала между мочеиспусканиями, уменьшение количества эпизодов и степени выраженности НМ, повышение толерантности к действию провоцирующих НМ факторов. В зависимости от типа НМ излечение или значительное улучшение наступило у 69-77% пациенток (когда они смогли полностью отказаться от использования прокладок и других ус-

ройств в любой ситуации или уменьшили их использование более чем на 50%). При оценке отдаленных результатов лечения установлено сохранение эффекта у всех больных в течение, по крайней мере, 6-9 месяцев.

Обсуждение: основными задачами терапии явились, с одной стороны, укрепление мышечных групп, повышающих внутриуретральное давление во время повышения внутрибрюшного давления и повышение тонуса мышц тазового дна (препятствующего опущению тазовых органов), а, с другой стороны - торможение сократительной активности детрузора и повышение функциональной ёмкости мочевого пузыря.

Выводы: немедикаментозные методы лечения НМ зарекомендовали себя как высокоэффективные, безболезненные и лишенные побочных эффектов. Поэтому они могут быть предложены не только в качестве терапии "первой линии" у урогинекологических больных, но и, в ряде случаев, как альтернатива фармакологическому или хирургическому лечению.



ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОГЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Нейрогенные нарушения мочеиспускания характеризуются полиморфностью клинических проявлений. Тип уродинамических расстройств зависит от степени повреждения симпатического, парасимпатического или соматического компонентов рефлекторной дуги мочеиспускания.

Цель: Изучение эффективности медикаментозного воздействия в сочетании с физиотерапевтической стимуляцией при лечении различных вариантов изменения тонуса детрузора и сфинктерного аппарата.

Материал и методы: Перед назначением препаратов проводились диагностические мероприятия, целью которых было выявление типа нейрогенного мочевого пузыря. Подверглись обследо-

ванию 33 пациентки, находившиеся на стационарном лечении в реабилитационном центре на отделении спинной патологии. Особенностью уродинамических расстройств у обследованных женщин, в отличие от мужчин было отсутствие выраженной инфравезикальной обструкции в отдаленном периоде заболевания.

Результаты: Нарушение эвакуации мочи у больных с надсегментарным повреждением спинного мозга (10 больных) вызывалось гипертонусом как внутреннего, так и наружного сфинктера. Использование альфа-1-адренорецепторов (дальфаз), воздействующих на гладкую мускулатуру шейки мочевого пузыря и проксимальной части уретры в течение 2-х не-

дель привело к увеличению объема однократно выделенной мочи до 220–250 мл. Также у этих больных количество остаточной мочи снизилось с 80 до 30 мл.

При подсегментарном повреждении (23 больных) характерна гипотония (атония) детрузора и наружного сфинктера, а также гипотония внутреннего сфинктера. Использование холиномиметиков привело к увеличению тонуса детрузора и как следствие увеличению однократно выделенной мочи до 300 мл, уменьшению количества остаточной мочи.

Вывод: Патогенетическое медикаментозное лечение эффективно в комплексном лечении нейрогенных (спинных) нарушений мочеиспускания.

БЕЖЕНАРЬ В.Ф., ШАНГИН А.Б.,
УМАРОВА М.Г.
Военно-медицинская академия,
Санкт-Петербург

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРЕМЕННЫХ ЧАСТОТНЫХ МОДУЛЯЦИЙ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

В перименопаузальный период наиболее выраженные изменения происходят в уrogenитальном тракте. Частота уrogenитальных расстройств у женщин в возрасте 45–55 лет достигает 50–70%. Поскольку основная часть этих проявлений (сухость влагалища, диспареуния, зуд, рецидивирующие инфекции влагалища и уrogenитального тракта, сенильные кольпиты, недержание мочи, дизурия) являются прямым следствием атрофических изменений мочевого тракта и существенно ухудшают качество жизни пациенток, то лечение уrogenитальных расстройств у женщин в перименопаузе является актуальной проблемой.

Известно, что механические колебания оказывают нормализующее влияние на тонус как поперечно-полосатой, так и гладкой мускулатуры, а также способствуют улучшению кровообращения в органах малого таза благодаря действию на местные, сегментарные и супрасегментарные механизмы регуляции функций. Также выявлено, что при действии механических коле-

баний переменной частоты — переменных частотных модуляций (ПЧМ) на органы малого таза и пояснично-крестцовый отдел позвоночника происходит увеличение количества эстрогенов в крови.

Учитывая положительное действие ПЧМ на основные патогенетические причины возникновения уrogenитальных расстройств у женщин — атрофические изменения в органах мочевого тракта, вызванные снижением эстрогенов, мы применили данное воздействие для коррекции указанных нарушений.

Применяли комплексное воздействие ПЧМ на местном (эндовагинально) и сегментарном (пояснично-крестцовый отдел позвоночника) уровнях по оригинальной методике у 7 пациенток. В качестве источника ПЧМ использовали “Устройство для массажа” (авторское свидетельство №3205, 1996 г.) и “Устройство для эндовагинального массажа” (авторское свидетельство №9810183/1, 1998 г.) по оригинальной методике. Длительность воздействия составляла 7–10

минут в течение 10-ти ежедневных сеансов.

В ходе воздействия у 100% пациенток наступило существенное улучшение состояния уrogenитальной сферы, проявлявшееся в исчезновении никтурии, стрессорного недержания мочи и дизурических нарушений. Также выявлено, что рН слизистой влагалища до воздействия, находившийся в пределах 6,5–7,5 к концу курса лечения снижался на 1–2 единицы, что проявлялось уменьшением сухости, зуда и диспареунии. Необходимо отметить, что у женщин с интактными репродуктивными органами регресс уrogenитальных нарушений был более быстрым, чем у пациенток с удаленными яичниками и маткой.

Таким образом, несмотря на предварительный характер полученных нами результатов по коррекции уrogenитальных расстройств у женщин перименопаузального возраста действием переменных частотных модуляций, можно сделать вывод о перспективности использования данного метода в практике.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФУЗОЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С СИМПТОМАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Цель. Обструктивное мочеиспускание - часто встречающаяся форма нарушения уродинамики нижних мочевых путей у женщин. Оно может быть вызвано как органическими (стеноз уретры), так и функциональными причинами. В последнем случае причинами обструктивного мочеиспускания являются чаще всего различные виды детрузор-сфинктерной диссинергии, нестабильность детрузора и уретры. Исследования, проведенные в нашей клинике, показали, что ведущую роль в патогенезе расстройств мочеиспускания функционально-обструктивного характера играют нарушения органного кровообращения и гипоксия, приводящие к нарушению адаптационных свойств детрузора. В связи с этим для лечения женщин с симптомами функциональной обструкции нижних мочевых путей нами был использован альфа-адреноблокатор - альфузозин.

Материалы и методы. В нашей клинике за период с 1997 по

2000 гг. обследовано и пролечено 39 пациенток в возрасте от 17 до 69 лет с симптомами функциональной обструкции нижних мочевых путей. Основные жалобы были на затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию, прерывистый характер струи мочи, учащенное мочеиспускание, длительное время ожидания начала мочеиспускания. При обследовании у 15 (38,5%) выявлена нестабильность уретры, у 1 (2,6%) - нестабильность мочевого пузыря и у 23 (59,0%) - детрузорно-сфинктерная диссинергия. Лечение дальфазом проводилось в суточной дозе 10 мг (по 5 мг 2 раза в сутки) в течение 3 месяцев.

Результаты. В результате проведенного лечения клинический эффект отмечен у 24 (61,5%). Чаще всего улучшение проявлялось уменьшением количества остаточной мочи, увеличением промежутков между мочеиспусканиями,

уменьшением чувства неполного опорожнения мочевого пузыря, т.е. улучшением адаптационных свойств детрузора.

Обсуждение. По всей видимости, роль симпатической нервной системы в патогенезе расстройств мочеиспускания представляется больше, чем принято считать. Повышенное воздействие катехоламинов испытывают не только шейка мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры, но через сосудистую систему мочевого пузыря и детрузор. Альфа-адреноблокаторы, в частности альфузозин, воздействуя на сосудистую систему мочевого пузыря, улучшают метаболизм детрузора и уменьшают функционально-обструктивные проявления.

Вывод. Дальфаз - эффективное средство лечения затрудненного мочеиспускания у женщин, вызванного функциональной обструкцией нижних мочевых путей на фоне детрузорно-сфинктерной диссинергии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕТРУЗИТОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Гиперактивность мочевого пузыря - одно из наиболее часто встречающихся нарушений мочеиспускания. Основными клиническими симптомами гиперактивного мочевого пузыря являются учащенное мочеиспускание, ургентность (ощущение того, что мочеиспускание немедленно начнется и любое промедление закончится непроизвольным выделением мочи), ургентное недержание мочи. К сожалению, в настоящее время не разработано оптимальных методов лечения данного состояния.

Одним из перспективных видов является терапия препаратом детрузитол (толтеродин). Это антагонист мускариновых рецепторов, специально разработанный для лечения гиперактивности мочевого пузыря. Препарат обла-

дает выраженной селективностью, а уникальный механизм действия обеспечивает его высокую эффективность и переносимость. Форма выпуска - таблетки по 2 мг. Обычный режим дозирования - по 1 таблетке 2 раза в сутки.

Цель. Оценить эффективность использования детрузитола у больных с гиперактивностью мочевого пузыря.

Методы. В клинике урологии МГМСУ детрузитол применялся в течение 6 месяцев. Препарат назначен 21 пациентке с нестабильностью детрузора. Средний возраст больных - 43,1 года, длительность заболевания - от 6 месяцев до 6 лет. Всем больным перед лечением производился осмотр, цистоскопия и комбинированное уродинамическое исследование. Больные

получали стандартную дозу препарата, средняя продолжительность лечения составила 2,1 месяца.

Результаты. Мы отметили полное исчезновение симптомов императивных нарушений мочеиспускания у 4 (19%), значительное улучшение состояния (уменьшение числа мочеиспусканий, ослабление императивных позывов, исчезновение недержания мочи) у 9 (42,8%), улучшение состояния (увеличение интервалов между мочеиспусканиями, ослабление императивных позывов) у 5 (23,8%) и отсутствие эффекта у 3 (14,3%) больных.

Обсуждение. Быстрота клинического улучшения состояния больных строго индивидуальна и не зависит от выраженности клинических симптомов. Длительность терапии детрузитолом определя-

ется индивидуально. Терапия может проводиться длительно, так как препарат не вызывает привыкания. Уникальный механизм действия детрузитола обеспечивает его хорошую переносимость и безопасность. Эффективность лечения кон-

тролируется субъективно и уродинамическими исследованиями.

Выводы. Препарат детрузитол (толтеродин) является эффективным средством в терапии различных форм императивных расстройств мочеис-

пускания как с симптомами ургентного недержания, так и них. Препарат можно применять в течение длительного времени в соответствии с выраженностью клинических проявлений, не опасаясь побочных эффектов.

**РОССИХИН В.В.,
ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.**

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ УРЕТРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Цель: На основании данных внутрикожных гормональных проб у пациенток с уретральным синдромом оценена степень ваготонии и тонус детрузора на фоне повышенной чувствительности к какой-либо фракции эстрогенов либо прогестерона. Общеизвестно, что эндокринная функция и вегетативная нервная система взаимосвязаны. Обоюдная стимуляция отмечается между эстрогенами и парасимпатической нервной системой, гормонами желтого тела и симпатической нервной системой (H.J.Schlosr et al., 1986; E.M. - Говорухина, 1987).

Методы: Под наблюдением находилось 46 женщин с уретральным синдромом в возрасте от 23 до 84 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 12 лет; все пациентки лечились разнообразными способами, однако или безуспешно (26 человек) или с краткосрочным эффектом (20 больных). Всем женщинам проведен внутрикожный ди-

агностический тест чувствительности к трем фракциям эстрогенов (эстриол, эстрон, эстрадиол) и прогестерону. Выявлена повышенная чувствительность к эстрогенам в большей степени, чем к прогестерону. Чувствительность чаще повышена к эстрадиолу (18 чел.), затем - к эстрону (10 чел.), эстриолу (10), к двум фракциям эстрогеном - 28 пациенток. При лечении вводилась та (ли те) фракции эстрогенов, к которым выявлена сенсibilизация. Доза эстрогенов была в 2-3-4 раза больше, чем прогестерона. Дозы двух эстрогенов в эффекте лечения суммируются; последующие инъекции увеличивали в дозе на 0,01-0,02 мл. Поскольку ваготония сопровождается относительной гиперкалиемией, больным с уретральным синдромом и частичным клиническим эффектом рекомендовалась пища с ограничением углеводов и продуктов, содержащих витамин В₁ и калий.

Результаты: После 1-2 инъекций

явления уретрального синдрома уменьшались, а после 3-4 - исчезали. У 7 женщин из 46 эффект был частичным в виде ослабления симптомов дизурии, у остальных наблюдалось выздоровление. Рецидивов заболевания не было. У 11 женщин, у которых не выявлена гормональная сенсibilизация, гормонотерапия эффекта не дала (у всех женщин этой группы выявлены изменения, позволившие считать цисталгию вторичной).

Выводы: Исчезновение проявлений уретрального синдрома после внутрикожного введения соответствующей(их) фракции(ий) эстрогенов и прогестерона в соотношении Э:П=2-4:1 или одних эстрогенов (при слабовыраженной кожной реакции на прогестерон) свидетельствуют о том, что десенсибилизирующая терапия восстанавливает необходимое равновесие вегетативной нервной системы и нормализует эстрогено-прогестероновое соотношение.

СПИСОК АВТОРОВ

Абакарова П.Р.	63	Ветров В.В.	80	Касаткина Л.Ф.	34
Абашии В.Г.	16	Вишневский А.Е.	93	Кахели И.В.	84
Абдуризаев А.А.	81	Войленко О.А.	55	Кашакашвили И.Г.	84
Авдошина Н.Ф.	55	Воронцова А.В.	45, 47	Кашина Е.А.	19
Авраменко Н.В.	88	Вукалович П.С.	18, 55	Каширина Л.Н.	89
Айламазян Э.К.	15, 28			Кешишян А.А.	53
Александров В.П.	27, 28, 67, 91, 92	Гавришак А.Б.	87	Кинтрая Н.П.	84
Аль-Шукри С.Х.	15, 28	Гаджиева З.К.	30, 43, 44	Кира Е.Ф.	23, 32, 64
Аляев Ю.Г.	30, 43, 44	Гайбуллаев А.А.	81	Кириченко И.Н.	46
Амдий Р.Э.	28	Гарбузова И.В.	70, 86	Киселева М.К.	47
Амиэль Ж.	21	Гаспер И.П.	30	Козырева Т.Б.	89
Ананьев Н.В.	65	Гвоздев М.Ю.	17	Коновалов В.И.	45, 47
Анكيرская А.С.	48	Глебова Н.Н.	26, 61	Кононов П.А.	28
Антонян И.М.	57	Годунов Б.Н.	18, 50, 59	Коптюх В.И.	61
Аскина Л.Р.	79	Горленко А.В.	45, 47	Коротких И.Н.	50
Астахов В.М.	79	Горский С.Л.	20	Кореньков Д.Г.	67
Ахмедов Ю.М.	53	Горяк С.П.	87	Корсунская И.Л.	67
		Гриценко В.А.	82, 83	Коршунов М.Ю.	15, 28
Бабаджанова Г.С.	64	Гумин Л.М.	17, 21, 50, 59	Костюков С.И.	53
Багаев В.М.	16	Гута Л.В.	61	Кочеровец В.И.	64
Багненко С.Ф.	58			Краснопольский В.И.	42
Байтингер В.Ф.	25	Данилова Л.А.	82, 83, 90	Кривобородов Г.Г.	34
Балан В.Е.	30, 43, 44, 48	Девятков А.С.	16	Кузин Г.Г.	27, 92
Балашов В.И.	19	Джакели Н.Н.	84	Кузнецов Р.Э.	16, 22
Балдина П.Н.	82, 83	Джуманов Б.А.	17, 24	Кузьменко В.В.	50
Барнокулов О.М.	24	Дмитришен Р.А.	30	Кузьменко Г.Ю.	50
Баскаков В.П.	73	Довганюк Н.В.	85	Кузьмин И.В.	15, 28
Бахретдинова Н.К.	17	Долгов Г.В.	30, 85	Кулавский В.А.	47, 68, 85
Башарина О.Б.	90	Донсков В.В.	65	Кулавский Е.В.	85
Бебуров Ю.М.	33	Дронова В.Л.	70	Куренков А.В.	27, 28
Бегош Б.Н.	87	Дьяков В.В.	17, 31, 37		
Беженарь В.Ф.	92	Дячук А.В.	19	Лазуренко В.В.	57
Белис Н.И.	66			Леницер А.А.	68
Бердиев А.К.	24	Евдокимова Е.П.	89	Леницер Х.П.	68
Берлев И.В.	64, 65	Есефидзе Ж.Т.	44, 48	Ли О.А.	80
Берников А.Н.	33, 37	Ецко Л.А.	84	Липский В.С.	51, 52, 60
Битюков Н.Н.	19			Локишин К.Л.	30
Блюмберг Б.И.	51, 52, 60	Зарбаилова Н.К.	84	Ломака И.В.	46
Болгарский И.С.	81	Звычайный М.А.	45, 47	Лоран О.Б.	18, 33, 50, 51, 52, 59, 60, 93
Брагина Л.Б.	45, 79			Лукьянчук Р.М.	85
Бутаев Г.К.	80	Иванюта Л.И.	66	Луценко Н.С.	46
Буянова С.Н.	19, 29	Ильина Е.В.	90	Лымар Л.Е.	78
Быковская О.В.	71	Илюк Т.А.	66	Лященко Л.Н.	82
Былым Г.В.	79	Исаенко В.И.	49, 58		
				Мазо Е.Б.	34
Валиуллина Н.З.	26, 62	Калинина И.Ю.	45	Мазырко А.В.	35
Ващенко З.В.	53	Калинина С.Н.	67	Макаренко В.Б.	85
Веснина Е.Л.	85	Карпенко В.С.	18, 55		

Маланчин И.Н.	87	Савичева А.М.	67, 71, 72	Шангин А.Б.	92
Мананникова Т.Н.	20	Сапрыкин В.Б.	82, 83	Шахова О.Б.	74
Мартынов С.А.	30	Сафаров А.	53	Шевченко З.Р.	26, 62
Марчак А.А.	30	Свиридова В.В.	79	Школьников М.Е.	34
Матевосян И.Э.	90	Селимян Н.К.	71, 72	Шкуратов С.И.	49, 58
Мегера В.В.	75	Семенова Е.Д.	15	Шкуратов С.С.	49
Медведев В.Л.	53	Семенченко И.Б.	89	Шманько В.В.	87
Мирзабалаева А.К.	69	Семенюк А.А.	54, 73		
Муравьева В.В.	48	Сергеев А.П.	61	Щавелева О.Б.	37, 38, 93
Мурзакматов М.А.	85	Сергиенко Н.Ф.	16	Щукин Д.В.	36, 75
		Сергийчук С.Ю.	55		
Назарова Е.К.	74	Скрябин Г.Н.	27, 67	Юровская В.П.	89
Назарова С.В.	74	Смирнов М.А.	91, 92		
Насырова С.Ф.	68	Созаева Л.Г.	16, 22, 74	Якубовский В.Н.	36
Негмаджанов Б.Б.	24, 53	Сопель В.В.	87	Якушев В.А.	30
Неймарк Б.А.	35	Сорока И.В.	19, 58	Ярославский В.К.	76, 90
Нечипоренко А.Н.	60, 86	Сорокин С.В.	55	Яцук А.Г.	26, 62
Нечипоренко Н.А.	60, 86	Спирин В.А.	51, 52, 60		
Никонова Г.Л.	50	Стаховский Э.А.	18		
Ницович И.Р.	70, 86	Стаховский Э.О.	55		
Ницович Р.М.	70, 86				
Новиков Е.И.	19, 58	Тевлин К.П.	33, 37, 38, 40, 67, 93		
Нуриллаев Ж.Я.	53	Титченко Л.И.	29, 42		
		Тихомирова Н.И.	74		
Овсяк Е.А.	41	Тиктинский О.Л.	67		
Олейник Н.Н.	61	Трубин В.Б.	89		
Олийник Н.Н.	87	Трубина Т.Б.	61, 78, 88		
Орбели М.А.	30	Туляганов Т.Э.	64		
		Тычкова Л.А.	23, 32		
Паращук Ю.С.	88				
Первушина Л.А.	82, 83	Умаро М.Г.	92		
Переверзев А.С.	22, 35, 36, 53, 94	Учваткин Г.В.	28		
Петров С.Б.	32				
Петрова В.Д.	19, 20, 29	Хайдарова М.К.	75		
Печерский А.В.	27	Халитова Р.А.	49, 58		
Подольский В.В.	70	Хлибовская О.И.	61, 87		
Попков В.М.	51, 52, 60	Ходжаев Г.Г.	24		
Попов А.А.	20, 29	Хоменко В.Ф.	49, 58		
Прилепская В.Н.	71	Хохлов В.В.	49, 58		
Пристоленко Л.Н.	45	Худоярова Д.Р.	24		
Пристоленко С.Ю.	45, 47				
Пушкарь Д.Ю.	18, 21, 31, 33, 37, 38, 39, 40, 50, 59, 67, 93	Цаллагова Л.В.	24		
		Цвелев Ю.В.	41		
		Цуканова И.А.	25		
Рижинашвили И.Д.	29				
Редько О.А.	30	Чайка Н.А.	90		
Романюк И.М.	55	Чальи М.Е.	30		
Романюк И.П.	18	Чернышев В.В.	55		
Россикин В.В.	22, 53, 76, 94	Чечнева М.А.	20, 29, 42		
Рябошатикина О.В.	62				
Ряполова М.В.	35	Шагинян Г.Г.	19, 20		
		Шадрина В.С.	61		
Савицкий А.Г.	39, 40	Шамов Д.А.	21, 40		
Савицкий Г.А.	39, 40	Шанава Г.Ш.	58		

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОПЕРАТИВНОЙ УРОГИНЕКОЛОГИИ.....	15
НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.....	27
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....	43
ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....	49
ТРАВМЫ И РАНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	57
ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	63
УРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	78
НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В УРОГИНЕКОЛОГИИ.....	91
СПИСОК АВТОРОВ.....	95

**Организационный комитет выражает искреннюю
благодарность за большую помощь в организации
и проведении Российской научно-практической
конференции
“СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ”**

Генеральному спонсору

Гедеон Рихтер А.О.

Ко-спонсорам

**Аксиома
GINECARE A Division of ETHICON. INS.**

Johnson&Johnson company

Zambon Group

KRKA

Интермед

Лаборатория BESINS-ISCOVESCO

Лечебно-Инновационный Центр

Мастерица