

го столба и 40,2 миллиметров водно-го 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 уродинами-

ческого исследований 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-топог-

рафического 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 эффективными являются трансплантаты сигмоидного отдела толстой кишки.

Под нашим наблюдением находилось 37 больных в период с 1992 по 2000 г., которым была выполнен 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 феминизацией.

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 посе-вы, 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 оди роды, остальные были многорожавшими. 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 ректопеле. 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 распространённым, 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 серьёзное 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 луковичи 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 мочевого пузыря треугольника Льео.

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 рl. 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.