

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 Льюто.

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.