

менных. Объективная регистрация сократительной деятельности матки осуществлялась токографом Лоранда. Одновременно производилось определение холинэстеразы сыворотки крови по методу Хестрина.

Применение нибуфина для вызывания родовой деятельности дало положительный результат у 8 беременных, у 6 эффекта не было, причем повторный курс инъекций нибуфина также оказался безрезультатным. После вскрытия плодного пузыря у 4 беременных через 4—6 часов появилась регулярная родовая деятельность без применения каких-либо других медикаментозных средств, у остальных 2 вызывание родовой деятельности в дальнейшем проводилось по методу Бараца.

Нужно отметить, что родовая деятельность возникала, как правило, спустя длительное время (24—48 часов) после введения нибуфина. Действие нибуфина проявлялось постепенно, что характерно для его фармакологических свойств. Запись родовой деятельности с помощью токографа Лоранда выявила, в первую очередь, повышение тонуса матки, затем появились ритмичные сокращения, сила и продолжительность которых постепенно увеличивались. Предварительное введение фолликулина создавало более благоприятные условия для возникновения сократительной деятельности матки. Неудачную попытку вызывания родовой деятельности у 4 рожениц можно объяснить отсутствием подготовленности матки введением эстрогенов. Создается впечатление, что наиболее трудно вызвать появление регулярных схваток у женщин с переношенной беременностью.

Продолжительность родов в среднем у первобеременных составляла 9—10, у повторнородящих — 6—8 часов, минимальная продолжительность отмечалась у первородящей Н., 23 лет, — 2 часа 45 мин. Вес плодов колебался от 1800,0 до 4200,0. Кровопотеря в родах составляла 50—350 мл. У одной роженицы с тяжелой формой нефропатии, послужившей показанием для прерывания беременности, было атолическое кровотечение (1000 мл). В родах проводилась аминазино- и магнезиальная терапия. По-видимому, причиной этого осложнения нужно считать поздний токсикоз беременности, так как у остальных женщин кровопотеря в родах оставалась в пределах физиологической нормы. Осложнений со стороны плода не отмечалось. После родовый период протекал, как правило, без осложнений.

Применение нибуфина для стимуляции родовой деятельности у всех 5 женщин оказалось очень эффективным, через 2—4 часа у них наступали роды. Так, у роженицы Д. нибуфин был введен по поводу слабости родовой деятельности при 2—2,5 пальцевом открытии однократно в количестве 3 мл (1 : 3000). Через 2 часа 30 мин. родилась живой доношенный плод мужского пола. Течение беременности у нее было осложнено нефропатией (АД 160/100, отеки ног в последние 4 недели). Продолжительность I периода родов до введения нибуфина составляла 52 часа, II — 30 мин., III — 10 мин. Благоприятные результаты отмечались и у остальных рожениц.

Некоторое снижение АД после применения нибуфина делает его особенно желательным для стимуляции родовой деятельности у женщин с поздним токсикозом беременности, а также с другими заболеваниями, протекающими с повышением АД.

Холинэстеразная активность сыворотки крови определялась до создания гормонального фона, после введения эстрогенов, после инъекций нибуфина и после родов на 5 день. Всего проведено 53 исследования холинэстеразы. Содержание холинэстеразы под влиянием нибуфина незначительно снижается, восстанавливаясь к 5—6 дню после родов до нормы.

Таким образом, полученные результаты дают нам основание считать, что метод родовозбуждения и стимуляции нибуфином может быть с успехом применен в акушерской практике. Однако следует продолжать начатую работу с целью дальнейшей клинической проверки и совершенствования метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дроздова З. А. Акуш. и гин. 1950, 6. — 2. Михельсон М. Я. Новости мед. 1952, 30. — 3. Савшинская А. В. Акуш. и гин. 1951, 1.

УДК 616.62—008 222

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

А. З. Уразаев

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

За период с 1936 г. по 1 полугодие 1964 г. (28,5 лет) в клинике находилась на излечении 281 женщина с функциональным недержанием мочи (0,38% на общее число больных).

Жительниц г. Казани было 177 (63%), районов Татарской АССР — 75 (26,7%), других городов и областей — 29 (10,3%).

Средний возраст больных 45,3 года. В возрасте старше 40 лет было 194 больных (69%). Большинство больных работало на производстве (61,5%).

Недержание мочи 163 больные (58%) связывали с частыми родами, 118 (42%) — с тяжелой физической работой и напряжением. У 2 больных недержание мочи появилось после операции зашивания пузырно-влагалищных свищей. Страдали недержанием мочи от года до 5 лет 174 (62,1%) больных, от 6 до 10 лет — 86 (30,5%) и свыше 10 лет 21 (7,4%). Первородящих было 3 (1%), повторнородящих — 12 (4%), много-рожавших — 266 (95%). На каждую больную падает от 1 до 16 родов. Давность последних абортот и родов от 1 года до 38 лет.

Среди наших больных у 26 (9,3%) было абсолютное, у 255 (90,7%) — относительное недержание мочи.

При абсолютном недержании мочи у 14 было незначительное опущение передней, у 10 — передней и задней стенок влагалища, у 2 каких-либо изменений со стороны гениталий не было. Опущение стенок влагалища сочеталось с опущением матки у 5 из 14, у 2 — с цистоцеле.

При относительном недержании мочи у 84 больных (32,9%) было обнаружено незначительное опущение передней стенки влагалища, у 10 (3,7%) — только задней его стенки, у 123 (48,5%) — передней и задней стенок влагалища, у 38 (14,9%) какие-либо изменения со стороны гениталий отсутствовали. Опущение стенок влагалища сочеталось с опущением матки у 66 больных (25,9%), у 25 (9,8%) — со старыми разрывами промежности I и II ст., у 4 (1,6%) было цистоцеле, у 17 (6,6%) — ректоцеле.

При лечении больных применялись консервативные и оперативные методы. Результаты лечения оценивались, в основном, по самочувствию больных. Начиная с 1952 г., у оперированных больных учитывались не только ближайшие, но и отдаленные результаты. Обычно в течение года после выписки больные находились под наблюдением клиники, а затем периодически вызывались для осмотра.

Консервативной терапии подвергались 77 больных (27,4%), оперативной — 204 (72,6%).

Консервативное лечение заключалось в комплексном применении следующих средств: соблюдение общегигиенических мероприятий (общие ванны, подмывание наружных половых органов 2—3 раза в день и др.), нераздражающая диета, богатая витаминами В₁, С, Е, массаж или фарадизация сфинктера, комплекс лечебной гимнастики (Д. Н. Атабеков, 1959), при рубцовых изменениях — рассасывающая терапия, включая инъекции алоэ, тканевую терапию, влагалищное грязелечение. К этому добавлялись инъекции стрихнина, взамен которых за последние годы стали назначать женьшень или китайский лимонник.

Исходя из того, что в основе недержания мочи у женщин климактерического возраста лежат нервнотрофические процессы (Н. С. Рапопорт, 1939), отдельным больным применялась новокаиновая блокада в виде пресакральной анестезии, при соллярном синдроме назначалась поясничная блокада по Вишневскому, ионофорез солнечного сплетения новокаином, внутримышечно фолликулин по 1000 МЕ 2 раза в неделю в течение 3—4 недель. В ряде случаев фолликулин вводился под слизистую оболочку уретры по 300 МЕ 2 раза в неделю в течение 2—3 недель. Некоторые больные получали комбинацию из трех гормонов: 25 мг тестостерон-пропионата, 1 мг эстрадиол-дипропионата и 10 мг прогестерона (Е. М. Кватер, 1961).

В литературе не уделяется внимания диете при функциональном недержании мочи. Между тем, назначение соответствующего пищевого режима имеет важное значение при лечении больных. Пищевой рацион заключал в себе значительное количество своей с ограничением мяса, мясных супов, экстрактивных веществ. Совершенно исключались пряности — горчица, уксус и др. Назначались поливитамины, отдельно витамин С. Такая диета в сочетании с настойкой женьшеня или китайского лимонника по 30—40 капель 3—4 раза в день в течение 2—3 недель давала некоторое улучшение больным.

Консервативной терапии подвергались 75 больных с относительным, 2 — с абсолютным недержанием мочи. Комплексное лечение получили 32 больные, в том числе 30 — с относительным и 2 — с абсолютным недержанием мочи. У 8 больных был получен хороший эффект, у 11 наступило некоторое улучшение, эффекта не было у 13 больных, в том числе у 2 с абсолютным недержанием мочи. Остальным 45 (из 77) больным с относительным недержанием мочи бессистемно были применены отдельные лечебные мероприятия (стрихнин, фарадизация, гормоны и др.), однако заметного улучшения не было.

Важно отметить, что комплексное консервативное лечение давало благоприятные результаты, в основном, у больных с относительным функциональным недержанием мочи при отсутствии анатомических изменений со стороны гениталий.

Консервативные методы широко применялись в пред- и послеоперационном периодах, в чем мы видим их основное назначение.

Иногда функциональное недержание мочи имеет условнорефлекторный характер. Так, одна больная с абсолютным недержанием мочи, у которой операция транспозиции дна мочевого пузыря по Д. Н. Атабекову дала положительный эффект, отмечала

недержания мочи при шуме вытекающей воды из крана. Продолжалось оно в течение месяца, затем само собой прошло. Этот случай заставил нас обратить особое внимание на соблюдение лечебно-охранительного режима в палатах, где находились больные с недержанием мочи.

При отсутствии положительного эффекта при консервативном лечении мы прибегали к хирургической терапии. Перед операцией ставились задачи, во-первых, осуществить нормализацию анатомических отношений между мочевым пузырем, уретрой, маткой и влагалищем, во-вторых, усилить тонус запирающих мышц мочевого пузыря. Первая достигалась пластическими операциями на влагалище с вентрофиксацией или вентросуспензией матки, а у отдельных больных — при простой экстирпации и надвлагалищной ампутации матки фиксацией культи влагалища или культи шейки матки к передней брюшной стенке. Вторая задача достигалась сужением уретры или усилением жема уретры (например, операции Атабекова, Гебель-Штеккеля и др.). При передней кольпоррафии для сужения просвета уретры накладывались узловые, иногда Z-образные швы на сфинктер мочевого пузыря и на остатки апоневроза диафрагмы таза.

Из 204 больных, подвергавшихся оперативному лечению, у 24 (11,8%) было абсолютное, у 180 (88,2%) — относительное недержание мочи.

Передняя кольпоррафия и кольпоперинеоррафия были проведены у 126 (61,8%) больных, у 38 (18,6%) — операция Атабекова, у 15 (7,4%) — только кольпоперинеоррафия, у 13 (6,4%) — только передняя кольпоррафия, у 5 (2,4%) — Гебель-Штеккеля, у 1 (0,5%) — Мартюса. При рецидивах опущения стенок влагалища у 4 женщин (1,9%) была произведена надвлагалищная ампутация матки с последующей фиксацией культи шейки к передней брюшной стенке у 2 (1,0%) — простая экстирпация матки с фиксацией культи влагалища также к передней брюшной стенке.

Из 126 больных, которым была произведена передняя кольпоррафия и кольпоперинеоррафия, у 61 (48,4%) — ограничились только пластической операцией. В связи с опущением матки у 48 (38,2%) пластическая операция была дополнена вентрофиксацией, у 17 (13,4%) — вентросуспензией матки.

При всех операциях применялась местная инфильтрационная анестезия $\frac{1}{4}$ % раствором новокаина, при операциях кольпоперинеоррафии она дополнялась пудендальной анестезией. У 3 больных при лапаротомии был применен общий эфирный наркоз.

Продолжительность пребывания в клинике каждой больной в среднем составляла 22 дня, из них на предоперационный период приходилось 10, послеоперационный — 12 дней.

В результате оперативного лечения у 175 больных (85,8%) был получен положительный эффект, из них у 16 (9%) было абсолютное, у 159 (91%) — относительное недержание мочи; отрицательный — у 29 больной (14,2%), из них у 8 (27,6%) было абсолютное, у 21 (72,4%) — относительное недержание мочи. Следовательно, из 24 больных с абсолютным недержанием мочи у 16 (67%) был положительный, у 8 (33%) — отрицательный результат; из 180 больных с относительным недержанием мочи положительный эффект получен у 159 (88,3%), отрицательный — у 21 (11,7%).

Лучшие результаты дала операция транспозиции дна мочевого пузыря по Д. Н. Атабекову, произведенная по усовершенствованной нами методике (Казанский мед. ж. 1965, 2). За период с 1959 г. по 1 полугодие 1964 г. операция Атабекова была произведена 38 больным, из них у 14 (36,9%) было абсолютное, у 24 (63,1%) относительное недержание мочи. Из 38 больных у 22 влагалищные лоскуты частично были фиксированы к передней стенке шейки матки, из них у 9 операция была произведена с применением аллопластических материалов. Положительный результат получен у 37 больных, отрицательный — у одной с абсолютным недержанием мочи, оперированной типично по Д. Н. Атабекову. Рецидивы недержания мочи наступили на отдаленных сроках (на 3 и 5 году) и у двух больных, выписанных из клиники с положительным эффектом. Они были оперированы в 1963 г. по методу Атабекова с применением нашей модификации, причем у обеих был получен положительный эффект.

При прочих операциях, произведенных с 1936 по 1 полугодие 1964 г., отрицательный результат был получен в 16,3% и рецидивы — в 6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атабеков Д. Н. Очерки по урогинекологии. Медгиз, М., 1963. — 2. Рапорт Н. С. Урология. 1939, 4.