

больных нарушается водно-солевой обмен, вследствие чего недоокисленные продукты в начале заболевания задерживаются в тканях и усиливают интоксикацию.

В последующие дни, при улучшении водно-солевого обмена, продукты неполного окисления начинают усиленно выделяться из организма почками, что и приводит к повышению КН мочи в периоде реконвалесценции. На более поздних сроках (11—20-й дни от начала заболевания) выделение недоокисленных продуктов снижается и КН мочи устанавливается в пределах нормы.

У больных с осложненным течением гриппа (бронхопневмония) нарушения окислительно-восстановительных процессов и водно-солевого обмена выражены отчетливее.

На основании полученных нами данных можно рекомендовать более длительный срок пребывания больных на стационарном лечении; в патогенетической терапии следует шире применять средства, способствующие улучшению процессов окисления в тканях и выведению недоокисленных продуктов обмена из организма почками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. В кн.: Руководство по микробиологии, клинике и эпидемиол. инфек. бол., М., Медицина, 1964, т. IV.
2. Беркович Е. М. Энергетический обмен в норме и патологии. Медицина, М., 1964.
3. Брин Б. М. Вакатный кислород и коэффициент недоокисления мочи. Автореф. докт. дисс., 1947, Дзауджикау.
4. Веселкин П. Н. с соавт. Тез. докл. I Украинской конф. патофизиологов. Львов, 1959.
5. Давыдов В. Я., Фаткулов М. С. Мат. научн. конф. Казанского мед. ин-та, 1960, т. X, Казань.
6. Лондон Е. С. Обмен веществ в организме животных и человека. Биомедгиз, Л., 1938.
7. Сидорова Л. М. Окислительный коэффициент крови и мочи при злокачественных опухолях. Автореф. канд. дисс., М., 1946.
8. Херсонская Р. Я., Кок И. П. и др. В кн.: Грипп (под ред. Н. И. Морозкина). Медгиз, М., 1958.
9. Bickel A. *Bioch. Ztschr.*, 1928, 199, 1—3, 195—200.
10. Müller H. *Bioch. Ztschr.*, 1927, 186, 5—6, 451—460.

УДК 616.62—008.222/.223—616—089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Н. Е. Сидоров и А. З. Уразаев

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

За последние 32 года мы наблюдали в клинике 328 женщин с функциональным недержанием мочи (0,42% к общему числу стационарных больных). Сюда не включены больные с выпадением матки. Средний возраст больных — 45,3 года. Самой молодой было 22 года, самой старой — 78 лет.

У 189 больных (57,5%) недержание мочи связано с частыми родами, у 139 (42,5%) — с тяжелой физической работой. С давностью заболевания от года до 5 лет было 205 (62,5%) больных, от 6 до 10 лет — 99 (30,2%), свыше 10 лет — 24 (7,3%). Первородящих было 4 (1,2%), повторнорожавших — 19 (5,8%), многорожавших — 305 (93,0%).

С частичным недержанием мочи (при кашле, при поднятии тяжестей) было 294 (89,7%) больных, с абсолютным — 34 (10,3%). При абсолютном недержании мочи у больных выделялась непрерывно, у них почти полностью отсутствовал позыв к мочеиспусканию, было раздражение на наружных половых органах, на внутренней поверхности бедер; у некоторых из них ошибочно диагностированы мочеполовые свищи.

Диагноз функционального недержания в основном ставился на основании анамнеза и обычных гинекологических и урологических исследований (цистоскопия, цистометрия и др.).

При абсолютном недержании мочи у 17 больных было обнаружено незначительное опущение передней стенки влагалища, у 13 — передней и задней стенок, у 4 изменений со стороны гениталий не было. У 6 больных опущение стенок влагалища сочеталось с опущением матки, у 3 — с цистоцеле.

При относительном недержании мочи у 99 больных (33,7%) было незначительное опущение передней стенки влагалища, у 10 (3,4%) — задней, у 129 (43,9%) — передней и задней стенок, у 56 (19,0%) изменения отсутствовали, у 76 (25,9%) больных опущение стенок влагалища сочеталось с опущением матки, у 26 (8,8%) — со старыми разрывами промежности I и II степени, у 6 (2,0%) — с цистоцеле, у 17 (5,8%) — с ректоцеле.

При лечении применялись консервативные и оперативные методы. Результаты лечения оценивались в основном по самочувствию больных, а отчасти цистометрией. С 1952 г. детально изучались не только ближайшие, но и отдаленные результаты.

89 (27,1%) больных лечились консервативно, 239 (72,9%) были прооперированы. Консервативное лечение сводилось к соблюдению общегигиенических мероприятий (общие ванны, подмывание наружных половых органов 2—3 раза в день и др.), назначению раздражающей диеты, богатой витаминами С, В₁, Е, лекарственных форм витаминов, настойки женьшеня или китайского лимонника, массажа или фарадизации области сфинктера, комплексной лечебной гимнастики (Д. Н. Атабеков, 1959), гормонотерапии у женщин в периодах климакса и менопаузы: 25 мг тестостеронпропионата, 1 мг эстрадиол-дипропионата и 10 мг прогестерона (Е. М. Кватер, 1961). При рубцовых изменениях применяли инъекции алоэ, тканевую терапию, влагалищное грязелечение, при солярном синдроме — диатермию солнечного сплетения или поясничной новокаиновой блок по А. В. Вишневному (М. А. Петров-Маслаков, 1952). Отдельным больным назначали пресакральную анестезию 0,25% раствором новокаина. Вводили фолликулин под слизистую уретры (по 300 МЕ 3 раза в неделю в течение 2—3 недель). При введении эстрогенов дробными дозами (с небольшими перерывами) результаты оказались лучшими, чем при разовом введении той же суммарной дозы (Штефан Милку, 1962).

Из 89 больных, подвергавшихся консервативной терапии, 41 больной (39 с относительным и 2 с абсолютным недержанием) было назначено комплексное лечение в виде лечебной гимнастики, массажа или фарадизации сфинктера пузыря, настойки женьшеня или китайского лимонника. Положительный результат был получен у 26 больных с относительным недержанием мочи, а отрицательный у 13 больных с относительным и у 2 с абсолютным недержанием мочи. У остальных 48 больных с относительным недержанием мочи, подвергавшихся самым разнообразным методам лечения, мы не получили эффекта.

Наш опыт говорит о том, что лучшие результаты наблюдаются при систематической комплексной терапии и только при относительном недержании мочи, при отсутствии анатомических изменений со стороны половых органов.

Показаниями к оперативному лечению были: 1) абсолютное недержание мочи, независимо от анатомических изменений со стороны гениталий; 2) относительное недержание мочи при опущении стенок влагалища или матки, при цисто-, ректоцеле, разрывах промежности; 3) безуспешность консервативных методов лечения при относительном недержании мочи с отсутствием анатомических изменений со стороны гениталий.

При хирургическом лечении считалось строго обязательным производство передней кольпорафии с наложением узловых кетгутовых швов на сфинктер мочевого пузыря или «прямой мышечной пластики» — Directemusclplastik (В. Штеккель, 1937; И. Л. Брауде, 1959; А. М. Мажбиц, 1964), к которой присоединялись по мере необходимости кольпоперинеорафия, вентрофиксация или суспензия матки (165 больных, или 69%). Вторым наиболее популярным хирургическим методом лечения являлась транспозиция дна мочевого пузыря по Д. Н. Атабекову (46 больных, или 19,3%). Все остальные операции (Гебель — Штеккеля, Мартиуса и др.) были единичными и не типичными (28 больных, или 11,7%).

Операции в основном осуществлялись под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина, которая при кольпоперинеорафии дополнялась пудендальной анестезией. За последние годы стали применять премедикацию смесью следующего состава: Sol. Aminazini 2,5% — 2 мл, Sol. Promedoli 1% — 2 мл, Sol. Dimedroli 2% — 2 мл, Sol. Atropini 0,1% — 1 мл. Смесью вводили внутримышечно из одного шприца. 6 больных оперированы под общим эфирным наркозом.

Передняя кольпорафия с наложением узловых швов на сфинктер была произведена у 145 больных, из них у 18 (8,5%) — как самостоятельная операция, у 61 (40,1%) — в сочетании с кольпоперинеорафией; у 66 (43,4%) пластические операции дополнялись вентрофиксацией и суспензией матки, у 20 больных (8,0%) при операции использованы окоплодные оболочки.

Из 145 больных, оперированных по обычной методике, у 5 (3,4%) было абсолютное недержание мочи, у 140 (96,6%) — относительное. Положительный результат был получен у 124 больных (85,6%) — у 1 (0,8%) с абсолютным и у 123 (99,2%) с относительным недержанием мочи. Отрицательный результат оказался у 21 (14,4%) больной — у 4 с абсолютным и у 17 с относительным недержанием мочи.

Многочисленные клинические и лабораторные исследования роли плаценты как мощного биогенного стимулятора (В. П. Филатов, 1949), а также опыт нашей клиники по применению плацентарной ткани навели нас на мысль использовать окоплодные оболочки при хирургическом лечении функционального недержания мочи. Основанием явились также данные наших экспериментов, произведенных по пересадке свежих окоплодных оболочек на поврежденные участки мочеточников у собак (А. З. Уразаев, 1958). Опыты показали, что оболочки не только приживаются к стенке трубчатого органа, каковым является мочеточник, но и способствуют восстановлению трофики его. Как известно, нарушение нервно-трофического процесса имеет большое значение в возникновении недержания мочи, особенно у женщин в периоде климакса (Н. Е. Раппопорт, 1939).

При операциях применялись оболочки от последа, стерильно взятого во время родов у женщин с отрицательной RW не позднее 10 часов после рождения плода.

Оболочки хранились при температуре от $+2$ до $+4^{\circ}\text{C}$. Кусочек трансплантата мы вырезали у самого края плаценты, промывали в физиологическом растворе и погружали в раствор пенициллина (500 000 ME в 50 мл физиологического раствора) на 30 мин.

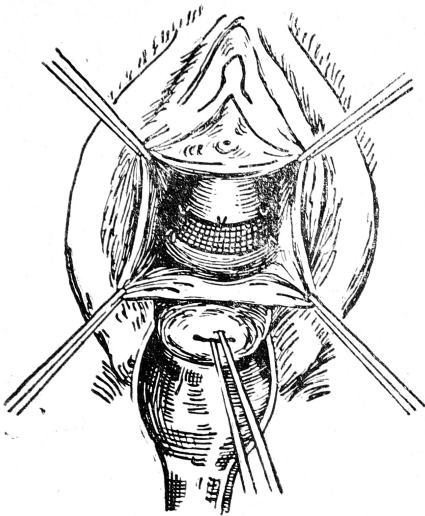


Рис. 1.

Методика операции. На передней стенке влагалища, отступя на 0,5—1,0 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала делают разрез в вертикальном направлении длиной около 6 см. Влагалищные лоскуты широко отсепаровывают в обе стороны, обнажают область шейки пузыря. После наложения на сфинктер и на окружающие ткани 3—4 тонких кетгутовых швов прикладывают трансплантат в виде подковы, хориальной поверхностью к задней поверхности жома (величина оболочек 2×1 см) и узловыми кетгутовыми швами фиксируют его к окружающим тканям (рис. 1). На слизистую влагалища накладывают узловые кетгутовые швы. Операцию заканчивают введением во влагалище марлевой полоски с 2 г альбунда на 6 часов.

По описанной методике было оперировано 20 больных, из них у 8 было абсолютное, у 12 — относительное недержание мочи. В предоперационном периоде и через 3—4 недели после операции больные получали комплексное консервативное лечение. После операции некоторые больные в первые 2 дня самостоятельно не мочились, приходилось мочу выпускать мягким резиновым катетером.

У 1 больной наблюдалась восходящая инфекция — пиелонефрит, возможно вследствие пузырно-мочеточникового рефлюкса. При сроке наблюдения в 2 года у 19 больных отмечен положительный результат, у 1 через 6 месяцев наступил рецидив болезни, однако после консервативного лечения состояние больной значительно улучшилось.

За последнее десятилетие при хирургическом лечении больных с функциональным недержанием мочи мы применяли преимущественно транспозицию дна мочевого пузыря по Д. Н. Атабекову (1927, 1963). Суть этой операции заключается в перемещении дна мочевого пузыря на область сфинктера, что приводит к усилению функции последнего. С 1949 г. эта операция стала основным методом, а в дальнейшем, в связи с рецидивом у 2 больных, она модифицировалась и дополнялась. Во-первых, мы осуществляли пластику стенки мочевого пузыря аллопластическими материалами — лавсановой или капроновой сеткой № 25. Основанием для этого послужил опыт нашей клиники по использованию синтетических материалов при операциях кольпопоза (Н. Л. Капелюшник, 1964), зашивания мочеполювых свищей, грыжесечения и др. Во-вторых, производили частичное закрепление стенки влагалища к обнаженному участку передней стенки шейки матки. Из 46 больных, оперированных по методу Д. Н. Атабекова, у 16 было абсолютное и у 30 — относительное недержание мочи. У 24 больных операции были выполнены типично по автору, у 22 — в нашей модификации, из них у 12 применялись синтетические материалы. При нашей модификации операции успех был полный. При операциях по Д. Н. Атабекову у нас была 1 неудача и 2 рецидива через 3 года и 5 лет. Все больные были с абсолютным недержанием мочи. Рецидивы были устранены повторными операциями, проведенными в нашей модификации.

Оперативные вмешательства у больных с функциональным недержанием должны быть простыми по методике, доступными для широкого круга врачей. Рекомендуемые нами операции отвечают этим требованиям. Операция усиления жома мочевого пузыря путем транспозиции свежих околоплодных оболочек особенно показана при абсолютном недержании мочи, если нет опущения стенок влагалища, а также у женщин в периодах климакса и менопаузы, когда консервативные методы лечения не дают эффекта, а транспозиция дна мочевого пузыря технически затруднена ввиду узости влагалища.

При хирургическом лечении из 32 больных с абсолютным недержанием мочи у 25 (78,0%) результат был положительным, у 7 (22,0%) — отрицательным; из 207 с относительным недержанием положительный эффект получен у 182 (87,8%), отрицательный — у 25 (12,2%).

ВЫВОДЫ

1. Комплексное консервативное лечение показано у женщин с относительным недержанием мочи при отсутствии анатомических изменений со стороны гениталий, а также в пред- и послеоперационном периодах при оперативном лечении больных.

2. Оперативное лечение в сочетании с консервативным в пред- и послеоперационных периодах нужно считать преимущественным методом лечения больных с функциональным недержанием мочи. Оно показано у женщин с абсолютным и относительным недержанием мочи при наличии анатомических изменений со стороны гениталий и у женщин с абсолютным недержанием мочи при отсутствии нарушений.

3. Операция транспозиции дна мочевого пузыря по Д. Н. Атабекову в нашей модификации в сочетании с комплексной консервативной терапией практически дает наилучшие результаты на ближайших и отдаленных сроках.

4. Прямая мышечная пластика жома мочевого пузыря с трансплантацией свежих околоплодных оболочек более эффективна, чем операция по обычной методике, особенно при абсолютном недержании мочи, если нет анатомических изменений со стороны гениталий.

5. Основная операция при функциональном недержании мочи должна дополняться оперативными вмешательствами, направленными на восстановление нормального положения половых органов. Большое значение имеет кольпоперинеорафия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атабеков Д. Н. Недержание мочи у женщин и его лечение. Издание автора, Москва, 1927; Функциональное недержание мочи у женщин и физкультура. Медгиз, М., 1945; Очерки по урогинекологии. Медгиз, М., 1963. — 2. Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, М., 1959. — 3. Капелюшник Н. Л. Акуш. и гин., 1964, 6. — 4. Кватер Е. М. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, М., 1961. — 5. Мажбиц А. М. Оперативная уро-гинекология. Медицина, Л., 1964. — 6. Петров-Маслаков М. А. Нейрогенные дистрофии женских половых органов. Медгиз, Л., 1952. — 7. Раппопорт Н. С. Урология, 1939, 4. — 8. Сидоров Н. Е. и Капелюшник Н. Л. Акуш. и гин., 1956, 4. — 9. Сидоров Н. Е. и Уразаев А. З. Сов. мед., 1957, 3. — 10. Уразаев А. З. Казанский мед. ж., 1958, 2; 1965, 2. — 11. Филатов В. П. Хирургия, 1949, 7. — 12. Фигурнов К. М. Акуш. и гин., 1948, 6. — 13. Штеккель В. Гинекология. Гос. изд-во биол. и мед. лит., М.—Л., 1937. — 14. Штефан Милку. Терапия эндокринных заболеваний. Медицина, Бухарест, 1962, т. II, стр. 520.

УДК 618.214

ИЗУЧЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

А. Б. Гиллерсон

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. А. Б. Гиллерсон)
Омского медицинского института им. М. И. Калинина*

С 1957 г. на нашей кафедре ведутся клинко-физиологические исследования (методом четырехканальной наружной пневмогистерографии) сократительной деятельности матки, преимущественно в первом периоде родов при нормальном и осложненном их течении (М. П. Шленн, Г. П. Чернышев, А. С. Девизорова, Е. П. Павлюк). Накоплены данные, касающиеся особенностей сократительной деятельности матки в процессе разворачивания родового акта при срочных родах, переносенной беременности, при родах, осложненных поздним токсикозом беременных, несвоевременном (преждевременном и раннем) излитии околоплодных вод, при слабости родовой деятельности, а также касающиеся действия отдельных окситотических веществ и использования их для целей определения готовности матки к родам.

Мы считаем целесообразным изложить и обобщить результаты наших наблюдений.

1. В разворачивании родовой деятельности, как известно, играют роль многие факторы, в основном нервно-гуморальные и нервно-гормональные. Известная роль принадлежит и интрамуральным механизмам самой матки, как органа, выполняющего во время родов эвакуаторную функцию.

На тотальных препаратах матки, содержащих плодное яйцо различных сроков беременности, мы неоднократно наблюдали рождение плода вместе с плодным мешком. Оно наступало на протяжении первых часов — первых суток, особенно после отсечения матки на уровне маточного зева. Сохраняющаяся в течение некоторого времени афферентная импульсация, исходящая из плодного яйца, реализуется в условиях тотального препарата интрамуральным путем — за счет нервных элементов (образований), заложенных в стенке матки. Последняя, как и кишечник, имеет двойную иннервацию — экстра- и интраорганную. При полном выключении экстраорганной иннервации, что возможно только на тотальном препарате, сокращения матки и рождение плода происходят за счет внутриорганной иннервации. В этом можно усмотреть и свойственный матке известный автоматизм, роль которого в условиях целостного организма не изучена.