

того пространства и сосудов ворсинок, в некоторых препаратах наблюдалась сбли-
рация сосудов.

При поздних токсикозах беременности II, III ст., преэклампсии и эклампсии отме-
чено разрастание соединительной ткани в ворсинках, облитерация сосудов ворсинок,
фибриноидный некроз и ателектаз межворсинчатых пространств, склеивание ворсинок,
гибель эпителия и превращение ворсинок в «тени».

ВЫВОДЫ

1. При поздних токсикозах беременности в последе обнаруживаются изменения
мышечной оболочки артерий пуповины (дистрофия, вакуолизация, сегментация и фра-
гментация мышечных клеток), лейкоцитарная инфильтрация пуповины, кровоизлияние
в гладкий хорион, превращение эпителия амниона в высокий призматический двух-
рядный эпителий с апикальным расположением ядер; наблюдается и лейкоцитарная
инфильтрация плодных оболочек. В плаценте наблюдается разрастание соединитель-
ной ткани в ворсинках, вакуолизация ее, разрастание синцитиальных клеток, обли-
терация сосудов, отложение фибрина на ворсинках, гибель эпителия ворсинок, ате-
лектас межворсинчатых пространств и превращение ворсинок в «тени».

2. Степень этих изменений в плаценте, пуповине и плодных оболочках зависит от
клинического течения и длительности токсикоза. Наиболее резкие изменения отмеча-
ются при токсикозах с длительным и тяжелым клиническим течением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бродский Р. Ф. Клиника преждевременных родов и патоморфологические
изменения в плаценте. Автореф. канд. дисс. Иваново, 1950. — 2. Гурьянова И. А.,
Широкинская О. Н. Физическое развитие и заболевания детей, родившихся от
матерей, страдавших эклампсией. Уч. зап. Второго Московского мед. ин-та
им. Н. И. Пирогова. 1957, т. VIII. — 3. Дробеня З. Ф. Акуш. и гинек. 1955, 4. — 4.
Кейлин С. Л., Субботин М. Я., Лейтин В. И., Черемных Л. Н. Акуш.
и гинек. 1958, 5. — 5. Улезко-Строгонова К. П. Журнал акуш. и женск. бол.
1900, т. XIV.

Поступила 13 апреля 1964 г.

УДК 616.62—008.222.223

НОВЫЕ ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПО Д. Н. АТАБЕКОВУ

А. З. Уразев

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

Для лечения функционального недержания мочи у женщин за последние 50 лет
предложено свыше 60 оперативных методов, большинство из которых оказалось недо-
статочно эффективным.

В 1927 г. Д. Н. Атабеков предложил операцию транспозиции дна мочевого пузыря
в основном для лечения функционального недержания мочи у женщин, а в ряде
случаев — для закрытия дефекта при небольших уретро-вагинальных свищах. Суть
операции заключается в перемещении ближайшего участка дна мочевого пузыря на
область сфинктера.

Со времени опубликования в печати этой операции прошло уже более 35 лет, она
широко рекомендуется в основных руководствах по оперативной гинекологии
(И. Л. Брауде, А. М. Мажниц и др.), и все же метод транспозиции мочевого пузыря
не получил еще большого распространения и окончательной оценки. В литературе,
помимо положительного высказывания самого автора, имеется единственное сообще-
ние А. Т. Бакрадзе (1934), в котором он приводит благоприятные отдаленные резуль-
таты своих наблюдений над 21 больной после операции Атабекова, причем только у
одной больной не было достигнуто успеха.

В нашей клинике с 1952 г. по 1963 г. по методу Атабекова было оперировано 33
женщины с функциональным недержанием мочи. Сюда не включены больные с полным
и неполным выпадением матки. У двух больных операция была произведена 2 раза
в связи с рецидивом. Среди больных 30 женщин жили в Казани, что значительно
облегчало наблюдение за результатами операции.

В возрасте до 40 лет было 6 больных, от 41 до 50 лет — 15, от 51 до 60 лет
включительно — 12.

22 больные связывали возникновение недержания мочи с тяжелой физической
работой, 11 — с частыми родами. У 27 женщин было незначительное опущение перед-
ней стенки влагалища, из них у одной опущение стенки сочеталось с небольшим опу-
щением матки, у одной — опущение передней стенки влагалища со старым разрывом
промежности II ст. У 5 женщин не было обнаружено каких-либо изменений со сто-
роны гениталий. 18 больных страдали недержанием мочи от 1 года до 5 лет, 9 — от
5 до 10 лет, 5 — от 11 до 13 лет и одна — 23 года.

При обозначении степени выраженности функционального недержания мочи у женщин мы, как и К. М. Фигурнов, различали абсолютное и относительное недержание мочи. У 21 нашей больной было относительное, у 12 — абсолютное недержание мочи. Диагноз функционального недержания мочи ставился на основании жалобы больных на непроизвольное истечение мочи без ощущения позыва к мочеиспусканию, а также данных обычных гинекологических и урологических методов исследования после исключения таких заболеваний мочеполовых органов, как пороки развития, опухоли, воспалительные заболевания, мочеполовые свищи.

При относительном недержании мочи больные жаловались на частичное недержание мочи при поднятии тяжести, натуживании, быстрой ходьбе, кашле и чихании. При этом, несмотря на значительное расслабление сфинктера, в пузыре удерживалось большое количество мочи. При абсолютном недержании мочи больные все время были «мокрые», постоянно пользовались подкладной пеленкой. Женский металлический катетер, введенный в уретру, выпадал из мочевого пузыря из-за резко выраженной слабости сфинктера. Ощущение позыва к мочеиспусканию у некоторых больных почти отсутствовало. У всех больных было отмечено выраженное расширение уретры с зияющим наружным отверстием мочеиспускательного канала. Катетером удавалось выпускать до 50 мл мочи, а иногда и меньше.

У 12 больных при относительном недержании мочи мы сначала проводили консервативные методы лечения (лечебная гимнастика, стрихнин, витамин В₁, гормоны, фарадизация и др.) и лишь после неудачи предлагали операцию.

Предоперационная подготовка заключалась в лечебной гимнастике, у некоторых больных — во влагалищных ванночках или спринцеваниях с дезинфицирующими растворами.

Оперировали под местной анестезией (инфильтрационной и парацервикальной). При этом многие больные испытывали резкие боли при отсепаровке влагалищных лоскутов, особенно при обнажении *plica vesico-uterina*.

За последнее время стали проводить премедикацию смесью следующего состава: Sol. Aminasini 2,5% — 2 мл, Sol. Promedoli 2% — 2 мл, Sol. Dimedroli 2% — 2 мл, Sol. Atropini 0,1% — 1 мл, вводимой внутримышечно в одном шприце.

Операции проводились типично по Атабекову и заканчивались введением во влагалище марлевой полоски с 2,0 альбумида на 6—8 час. Операция у одной больной с разрывом промежности II ст. сочеталась с кольпоперинеорафией, у другой — с обычной пластикой и вентросуспензией по Долери.

Послеоперационный период в основном протекал гладко. Вторичное заживление раны было у двух больных. У отдельных больных в первые сутки наблюдалась задержка мочи. Все больные занимались лечебной гимнастикой.

Результаты оперативного лечения оценивались в основном по самочувствию больных. При этом учитывались не только ближайшие, но и отдаленные результаты. Обычно в течение года после операции больные находились под наблюдением клиники, а затем они периодически вызывались для осмотра.

Из 33 больных только у одной, страдавшей абсолютным недержанием мочи в течение 10 лет, непосредственно после операции был получен отрицательный результат. До операции Атабекова, произведенной в 1953 г., эта больная 2 раза находилась на стационарном лечении в клинике. В 1948 г. она без успеха перенесла операцию передней пластики с наложением швов на сфинктер. У двух больных с абсолютным недержанием мочи, выписанных из клиники со значительным улучшением, окончательное выздоровление наступило через 2 и 3 месяца после операции. Рецидивы недержания на отдельных сроках (на 3 и 5 году) наступили у двух больных. Больные оперированы повторно в 1963 г. с благоприятным исходом.

Таким образом, из 33 больных, оперированных по Атабекову при функциональном недержании мочи, у 3 был получен отрицательный результат: у одной — непосредственно после операции, у двух недержание мочи появилось в отдаленные сроки; у 30 при сроках наблюдения свыше 3 лет был получен положительный результат, моча в полной мере удерживалась, мочеиспускание нормализовалось.

Для профилактики рецидивов, начиная с 1963 г., при операции Атабекова мы стали применять полимеры с целью дополнительного укрепления стенки мочевого пузыря. Основанием для этого послужил как опыт нашей клиники, так и имеющиеся в литературе сообщения отечественных и иностранных авторов о благоприятных результатах применения аллопластических материалов при некоторых урологических

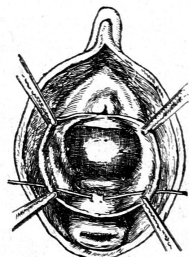


Рис. 1.

и гинекологических операциях. В частности, Cernoch A. (1957) описал метод оперативного лечения недержания мочи у женщин усилением уретро-везико-вагинальной перегородки силоновой сеткой; Zaduron (1961) для устранения цистоцеле применил тонкую нейлоновую ткань.

Из 33 наших больных 6 было оперировано в 1963 г. по методу Атабекова одновременно с пластикой стенки мочевого пузыря аллопластическими материалами. У 5 больных, оперированных первично, была применена капроновая сетка № 25, у шестой с рецидивом недержания мочи через 3 года после операции Атабекова была

использована лавсановая сетка. Синтетическая сетка прикладывалась после наложения сагиттальных швов, закреплялась по боковым отделам сверху и снизу отдельными узловатыми швами. Затем зашивалась стенка влагалища (рис. 1).

У всех больных послеоперационный период протекал гладко, мочеиспускание стало нормальным. Одна больная через шесть месяцев после операции лечилась в клинике по поводу цистита, выписалась после исчезновения воспалительных явлений.

В заключение мы позволим себе дополнить следующими указаниями методику операции. Влагалищные лоскуты целесообразно зашивать узловыми кетгутowymi швами с захватыванием частично и мышечной ткани передней стенки шейки матки (рис. 1). Этим устраняется возникновение гематомы под стенкой влагалища в первые часы после операции и предупреждается рецидив недержания мочи. Из 33 больных, оперированных в нашей клинике, у 17 автор данной статьи применил указанную методику зашивания передней стенки влагалища и у всех больных получил положительные результаты на ближайших и отдаленных сроках после операции.

ВЫВОДЫ

1. Операция транспозиции дна мочевого пузыря по Д. Н. Атабекову физиологически достаточно обоснована, проста по технике и практически дает хорошие результаты.

2. Для профилактики рецидива болезни считаем целесообразным операцию транспозиции дна мочевого пузыря дополнить:

а) пластикой стенки пузыря аллопластическими материалами, б) частичным укреплением передней стенки влагалища к обнаженному участку передней стенки шейки матки.

3. Для улучшения ближайших и отдаленных результатов операции вполне показанным является применение в пред- и послеоперационном периодах лечебной гимнастики, направленной на укрепление мышц брюшного пресса и тазового дна.

4. Больные, перенесшие операцию по поводу функционального недержания мочи, должны находиться под диспансерным наблюдением женской консультации в первые 3 года после операции. Восстановление трудоспособности наступает через 3 месяца после операции, а при физическом труде — через год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атабеков Д. Н. Недержание мочи у женщин и его лечение. М., 1927. Очерки по урогинекологии. Медгиз, М., 1963.
2. Бакрадзе А. Т. Гинек. и акуш. 1934, 6.
3. Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, М., 1952.
4. Гехман Б. С. Урология. 1961, 5.
5. Дунчик В. Н. Там же.
6. Левин Э. Г. Там же. 1963, 2.
7. Мажниц А. М. Руководство по акушерству и гинекологии. Медгиз, М., 1961, том VI.
8. Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Медгиз, М., 1959.
9. Фигурнов К. М. Акуш. и гинек., 1948, 6.
10. Чухриенко Д. П. Акуш. и гинек., 1960, 2.
11. Cernoch A. Gynaecologia. 1957, 143, 6. Мед. реф. ж., 1958, 7.
12. Zaduron. Bull. Soc. roy belge Gynec. Obstet. 1961, 31, 6. Медицинский рефер. журн. Разд. X, 1962, 8.

Поступила 27 марта 1964 г.

УДК 618.14—005.1

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А. А. Радионченко и О. Э. Конищева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Б. С. Пойзнер)
Томского медицинского института

Функциональными маточными кровотечениями страдает значительная часть женщин. Заболевание встречается во все периоды жизни. В настоящее время ряд вопросов этиологии и патогенеза, профилактики и лечения этих заболеваний не может считаться окончательно выясненным.

Среди этиологических факторов большое значение имеют нейро-гуморальные нарушения, гипо- и авитаминозы, инфекция, интоксикация и т. д.

Проведенными исследованиями (А. А. Радионченко) установлено значение в механизме возникновения таких кровотечений нарушений резистентности сосудов и свертывающей и фибринолитической систем крови.

Под нашим наблюдением находилось 260 больных функциональными маточными кровотечениями. При назначении лечения мы руководствовались возрастом больной, анамнезом, клиникой и течением заболевания, а также результатами исследования резистентности капилляров, свертывающей системы крови, эстрогенности влагалищного секрета, гистологического исследования эндометрия.

Больным климактерическими кровотечениями назначалось консервативное и хирургическое лечение. Эстрогенные гормоны назначались осторожно, при этом учитывался гормональный фон (исследование влагалищных мазков на степень эстрогенности и