

К учению о женской гипоспадии *).

Профессора В. С. Груздева.

Между тем, как под названием эписпадии известно уродство, суть которого заключается в расщеплении или отсутствии, — полном или частичном, — передней стенки тех органов, которые развиваются, в зародышевой жизни, из allantois, т. е. главным образом уретры и мочевого пузыря, название женской гипоспадии со времен Meyerhofera присваивается тому пороку развития женских половых частей, при котором преддверие влагалища у взрослой женщины сохраняет эмбриологические особенности мочеполовой пазухи, имея вид глубокого воронкообразного канала; вместе с тем уретра отщипывается обычно ниже нормы, бывает аномально широка и коротка насчет расщепления или недоразвития задней (нижней) стенки, — отсюда и название „гипоспадия“, — а внутренние половые органы часто представляют признаки тех или других уродств.

Как и эписпадия, гипоспадия у женщин встречается нечасто, причем анатомически может проявляться в различных формах, или, точнее, может представлять несколько степеней. За 26 лет заведывания Казанскую Акушерско-Гинекологическую клинику мне пришлось иметь дело лишь с 5 случаями уродства мочеполовой сферы, которое может быть рассматриваемо, как гипоспадия

В первом из этих случаев уродство имело место у 14-летней девочки, русской, еще не начавшей менструировать, с самого рождения страдавшей недержанием мочи; на 8-м году жизни у нее была сделана какая-то операция, но без успеха; уретра в этом случае была очень коротка, имела вид воронки в $\frac{1}{2}$ сантиметра шириною.

Во втором нашем случае, где имела место комбинация эписпадии с гипоспадией, больная 20 лет, по национальности чувашка, девица, правильно менструировавшая с 14 лет, явилась в клинику с жалобами на недержание мочи, существовавшее у нее также от рождения; объективное исследование показало, что у пациентки имеется общеравномерносуженный таз; на месте клитора существует бороздчатое возвышение с серебряный полтинник величиною, разделенное на 2 половины продольной бороздкой, которая различается и ниже клитора, представляясь, однако, здесь менее выраженной, как-бы зарощенной; в рукаве продолжением этой бороздки является продольная перегородка, делящая влагалище надвое; у переднего края этой перегородки, в глубине воронкообразного introitus vaginae, имеется узкое, едва пропускающее тонкий зонд, отверстие, ведущее, — при полном отсутствии уретры, — прямо в мочевой пузырь; матка, — как тело ее, так и шейка, — раздвоена, причем обе матки развиты почти одинаково (длина полости правой матки, по зонду, — $7\frac{3}{4}$ сантиметра, левой — $8\frac{1}{4}$ сантиметра).

В третьем случае дело шло также о девушке 20 лет, русской, правильно менструировавшей с 14-летнего возраста, которая обратилась в клинику с жало-

*). Сообщено в Акушерско-Гинекологической секции Общества Врачей при Казанском Университете 14—XII 1926.

бам на недержание мочи, развившееся лишь за последние 5 лет; при собирании анамнеза у ней никаких указаний на бывшие ранее заболевания и травматические повреждения половой сферы получить не удалось; объективное исследование пациентки обнаружило, что со стороны внутренних половых частей ничего ненормального, кроме *lateropositio uteri dextra*, нет, наружные половые части развиты правильно, и лишь задняя стенка уретры представляется расщепленной, а *orificium externum urethrae*—зияющим и расположенным глубже обычного.

Некоторые сведения о четвертом случае я, к сожалению, могу привести только по памяти, так как все попытки разыскать относящуюся к этому случаю запись в амбулаторных журналах клиники оказались пока безуспешными. Это и понятно,—я не помню ни фамилии больной, ни вполне точно времени, когда она была в клинической амбулатории. Я помню только, что это была тагарка средних лет, уже более 10 лет бывшая замужем, жалобы которой сводились исключительно к отсутствию *menses* и бесплодию; никаких расстройств мочеиспускания и никаких жалоб на *coitus* у нее не было. Введя указательный палец в половые пути пациентки для исследования, я без малейших затруднений проник им в полость, которая оказалась полостью мочевого пузыря. Дальнейшее исследование больной убеждало меня, что у нее нет ни рукава, ни матки (оказались-ли ялицо яичники,—не помню), уретра коротка, лежит глубже обычного, сильно расширена. Не подлежало, сомнению, что больная все время имела половые сношения *per urethram*, причем ни она сама, ни муж ее не подозревали о ненормальности их половой жизни. Самое, однако, интересное было в этом случае то, что, несмотря на бывшее здесь значительное расширение уретры,—отчасти врожденного, отчасти приобретенного характера,—мочеиспускание у пациентки продолжало оставаться совершенно нормальным.

Наконец, пятая больная с эписпадией посейчас находится в заведываемой мною клинике. Это—20-летняя крестьянская девица, никогда не носившая месячных, а равно не имевшая ничего похожего на *molimina menstrualia* и *libido sexualis*. Около 8½ мес. тому назад больная эта подверглась, по ее словам, насилию, причем попытки к *coitus* у сопровождались сильною болезненностью и значительным кровотечением (больная потеряла около стакана крови). Непосредственно после этого у пострадавшей развилось недержание мочи; еще в лежачем или сидячем положении и бодрственном состоянии она сохранила возможность задерживать небольшое количество мочи, но в стоячем положении, особенно при ходьбе и работе, а равно во сне и при скопленном более значительного количества мочи в пузыре она стала терять мочу произвольно. При исследовании оказалось, что пациентка—довольно хорошо сложенная девушка, с почти нормальным тазом, слабою растительностью на лобке; внутренние поверхности бедер и округлость половой щели экзематозны; на месте рукава—неглубокая ямка, отверстие которой окружено образованиями, похожими на *sarunculae myrtiformes*; на 1—1½ мм. кади от них расположено зияющее наружное отверстие уретры, вытянутое в передне-заднем направлении, из которого произвольно вытекает моча; отверстие это легко пропускает в полость пузыря указательный палец, причем выясняется, что уретральный канал сильно укорочен; ректальной пальпацией определить ни матки, ни придатков не удается.

Как видно из этих случаев, гипоспадия, подобно эписпадии, в некоторых случаях не дает решительно никаких расстройств, иногда же сопровождается недержанием мочи. Кроме того, иногда существующая у женщин с этим пороком развития узкость *introitus vaginae* или сопутствующее гипоспадии полное отсутствие влагалища делают затруднительными половые сношения, которые здесь сравнительно нередко совершаются *per urethram*, иногда сопровождаясь расстройствами мочеиспускания, а иногда,—как то было в нашем случае № 4,—нет.

Диагноз гипоспадии в большинстве случаев может быть поставлен без труда на основании таких признаков, как короткость уретры, глубокое положение ее наружного отверстия, своеобразная форма преддверия влагалища и пр.

Лечения требуют лишь те случаи гипоспадии, где последняя сопровождается недержанием мочи. При этом устранения недержания иногда

можно бывает добиться и неоперативным путем. Лебедев¹⁾, напр., в одном случае гипоспадии достиг этого посредством электризации. Обычно, однако, для устранения недержания мочи при женской гипоспадии приходится прибегать к тем или другим видам оперативного вмешательства.

Из наших случаев в первом мною была применена операция Gersuny, но без большого успеха. Правда, сначала больная после нее получила возможность задерживать мочу, но этот эффект был временным,—затем недержание возобновилось, и операцию пришлось несколько раз повторить, причем с каждым разом эффект ее был все слабее.

Во втором случае я решил, с согласия больной, устранить недержание мочи при помощи операции episiocleisis rectalis: расширив сначала узкое выходное отверстие мочевого пузыря дилляторами, я вырезал переднюю часть влагалищной перегородки и на месте ее проделал свищ в прямую кишку, а потом, когда операционные раны поджили, зашил *rimam pudendi*. Однако после этого у пациентки почему-то развились такие боли в переднем и заднем проходе, что пришлось опять раскрыть вход в половой канал и зашить ректальный свищ. Есть основания думать, что пациентка симулировала эти боли, будучи недовольна тем, что после операции coitus для нее сделался невозможным.

У третьей больной, где имелось расщепление задней стенки мочеиспускательного канала, я расслоил *septum urethro-vaginale* в окружности расщепления, затем сшил отдельно сначала стенку уретры, затем рукавную стенку, сузив и удлинив таким образом уретральный канал. Как анатомический, так и функциональный результат операции не оставил желать ничего лучшего, и пациентка оставила клинику вполне здоровою.

В четвертом случае, в виду отсутствия каких-либо расстройств, никакого лечения применено не было.

Наконец, у пятой больной я применил операцию Goebel-Stöckel'я. Последняя была начата, в положении больной для влагалищных операций, разрезом, окружавшим *orificium externum urethrae* и затем шедшим продольно до *fossa navicularis*. Через этот разрез я высепаровал из окружающей ткани уретру,—окававшуюся крайне короткой,—и, отсепаровав стенку преддверия справа и влево от разреза, открыл переднюю стенку пузыря, после чего наложил два ряда узловатых швов из тонкого шелка на субмукозу как уретры, так и пузырную. Этим путем уретра была удлинена и сужена, а также, возможно, сшиты мышечные пучки, составляющие сфинктер пузыря (операция Stöckel'я). После этого справа и слева от уретры я тупо провел позади лонных костей два замкнутых изогнутых жома так, что их концы слегка выступали из малого таза (заслуживает упоминания, что кровотечение при протыкании этими жомами околопузырной ткани было очень небольшое). Оставив жомы в этом положении, я перевел больную в положение для лапаротомии (горизонтальное), разрезал по *l. alba* кожу и подкожную клетчатку передней брюшной стенки от пупка до лобка и выкроил на этом протяжении из апоневроза прямых мышц ленту около $2\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$ сант. шириною, которую сначала отсепаровал от подлежащих тканей, потом разрезал ножницами вдоль на 2 ленты, каждая из которых была соединена с *m. pyramidalis* соответственной стороны. Когда это было сделано, ассистент продвинул зажимы по направлению вверх настолько, что концы их оказались в брюшной ране, захватил каждым зажимом апоневротическую ленту и вывел концы обеих лент в *introitus vaginae*, а я наложил непрерывный катгутовый шов сначала на внутренние края прямых мышц, потом на апоневроз и в заключение зашил наглухо рану брюшной стенки. После этого я вновь перевел больную в положение, которое обычно приходится женщинам при влагалищных операциях и подшил левую апоневротическую ленту (правая оборвалась во время вытягивания) поперек к нижней (зашитой) стенке уретры, фиксировав конец ленты к надкостнице правой лонной кости. В заключение была зашита наглухо слизистая оболочка преддверия. Послеоперационный период протек без осложнений. Первые 3 дня больная лежала с постоянным катетером, затем последний был удален, и больной предложено мочиться самопроизвольно раза по 3 в день. Как брюшная рана, так и рана преддверия зажили *per primam* (последняя

¹⁾ Лебедев. Гипоспадия у женщин. Сборник в честь Глебова, 1881.

впрочем неполне). Больная получила полную возможность задерживать большие количества мочи, причем эта возможность осталась у ней и после того, как она встала с постели и начала ходить. Осмотр наружного отверстия уретры обнаружил, что оно хорошо закрыто и не представляет того зияния, какое было до операции. В дальнейшем у больной предполагается произвести операцию образования искусственного влагалища из тонкой кишки (по Baldwin-Stöckelю).

Описанные случаи свидетельствуют, что недержание мочи на почве женской гипоспадии может быть устраняемо при помощи различных видов оперативного вмешательства, из которых, однако, операция Goebel-Stöckel'я может, по своему эффекту, быть поставлена на первом месте.
