

ИЗ ПРАКТИКИ.

К вопросу о лечении послеоперационной задержки мочеиспускания.

Е. Н. Аврова.

(Из хирургич. отдел. Елабужской кантонной больницы).

Послеоперационная задержка мочеиспускания часто представляет собою довольно неприятное и мучительное осложнение. Это осложнение наблюдается чаще при операциях на центральной нервной системе, паховой области, промежности, прямой кишке, области наружных половых органов, а также в большом и особенно малом тазу. Роль возникновения этого осложнения приписывается нескольким факторам. Операционная травма, интоксикация нервной системы от наркоза и анестезии (в особенности спинно-мозговой), выпадение условных рефлексов, связанных с необычным положением больного на спине, и, наконец, повышенная концентрация мочи могут повести к возникновению дисфункции в иннервации мочевого пузыря.

Нередко и самая операция в силу своих анатомо-физиологических особенностей, а также болевые ощущения, связанные с нею, могут сыграть первенствующую роль и рефлекторно вызвать задержку мочеиспускания.

С целью борьбы с задержкой мочеиспускания предложены многие мероприятия: приучать больных пред операцией производить акт мочеиспускания в лежачем положении; отделять больного, лежащего в общей палате, в отдельную, т. е. многие и здоровые не могут мочиться на глазах у других; придавать больному полусидячее положение или перекаладывать его на бок в случае, конечно, возможности этого; класть на область пузыря и промежности грелку; освобождать прямую кишку горячей клизмой, давать внутрь уксусно-кислый калий, впрыскивать через уретру 10—15 куб. сан. стерильного глицерина в наполненный мочью пузырь и проч.

Но ни одно из названных средств не является вполне верным и надежным и поэтому, скрепя сердце, всетаки приходится прибегать к катетеру, применение которого, несмотря на все асептические предосторожности, все-таки иногда подвергает больного риску получения цистита и пиелонефрита.

Вот почему я и задаясь целью сделать попытку оценить на своем материале действие разных средств при задержке мочеиспускания.

В 50 сл. мной испробована была серно-кислая магнезия. Пользовался я введением под кожу 20% раствора в количестве 5 куб. сан. Из 50 случаев желательного эффекта не получено в 10 случаях. Там же, где мочеиспускание наступало, оно появлялось спустя несколько часов после впрыскивания; в 8 случаях впрыскивание пришлось повторять.

Более верно действует предложенный Vogt'ом уротропин; но все же и при нем приходилось отмечать неудачи. Уротропин мною был применен в 60 случаях. Я пользовался введением в вену от 5—10 куб. сан. 40% раствора. Результаты применения его оказались далеко неблестящи; так, он не дал эффекта из 60 в 9 случаях, а в тех случаях, когда результат был получен, его пришлось ждать несколько часов—от 3 до 7.

Неудовлетворившись вполне вышеуказанными средствами, я с 1926 г. стал применять пилокарпин (по предложению Ламперта). Наблюдение над применением пилокарпина у меня произведено было в 110 случаях послеоперационной задержки мочеиспускания. Я применял инъекции одного куб. сан. 1% раствора пилокарпина вначале внутривенно; потом, благодаря большей простоте (можно поручить сестре,) перешел к подкожной инъекции. Мочеиспускание наступало через 5—15 минут после вспрыскивания. К повторным инъекциям мне прибегать не при-

ходилось. На всем своем материале я ни разу не испытал неудач, так, что не было надобности прибегать к катетеру. Каких-либо резких расстройств со стороны кровообращения и дыхания я не отмечал. Наблюдавшиеся обычно повышенное потоотделение, слюнотечение, иногда боли в животе, вследствие повышенной перистальтики кишечника, особенных неприятностей больным не причиняли.

На основании своего опыта я позволю себе сделать следующие выводы: из всех предложенных до сего времени фармакологических средств для лечения послеоперационной задержки мочеиспускания наилучшим, согласно моему опыту, является пилокарпин.—по скорости действия, простоте применения, безболезненности и абсолютной безопасности. Он вполне может быть рекомендован, как средство, заменяющее катетеризацию с ее, иногда, пагубными последствиями. Противопоказано его применение лишь в случае, где по самому характеру операции требуется после операции покой кишечника.

Случай одновременной вне- и внутриматочной беременности с перекрутившейся ножкой беременной трубы.

А. А. Благодаров.

(Из Красноярского городского родильного дома).

Сочетание комбинированной беременности с перекручиванием ножки беременной трубы едва ли кем наблюдалось, и потому подобные случаи нужно считать исключительной редкостью. Это и позволяет нам опубликовать наше наблюдение.

Б-ая Е. 28 л., доставлена в тяжелом состоянии 9/VII 26 г. с жалобами на внезапно возникшие две недели назад резкие боли в полости живота, вздутие кишечника, непрерывную рвоту, задержание мочи и запоры. Первые менструации имела на 15 году по 3—4 дня. Замужем с 21 года, имела 3 родов. Начало заболевания связывает с задержкой месячных в октябре и ноябре месяце 1925 г., после которой у нее было в продолжении 3 недель кровотечение и с января месяца наступила новая задержка менструаций, продолжающаяся до поступления теперь в больницу. Движение плода не ощущала. До начала заболевания в полости живота никакой опухоли не замечала, а перед повторной задержкой наблюдала внизу живота какуую-то подвижную опухоль.

Больная среднего роста, астеничка, резко истощена и обезвожена, № 374, пульс частый и слабого наполнения, дыхание частое и поверхностное. Объем живота соответствует 8 мес. беременности, стенки, при ощупывании, равномерно по всей поверхности резко болезненны. На уровне пупка поперечной бороздой опухоль ясно разделяется на две половины, причем у левого края эта граница исчезла. Пробой Нос-Пне с внутривенным введением адреналина и бимануальным исследованием установлено наличие 6-месячной маточной беременности, а верхняя половина опухоли была принята за яичниковую кисту с перекрутившейся ножкой. Реакция осадения эритроцитов—15 мин.

В виду тяжелого состояния больной и неясности диагноза, сначала произведено при помощи метрейриза прерывание беременности; рождение 6-месячного ребенка и выделение последа без осложнений, послеродовой период нормальный, имевшие место в животе боли совершенно стихли. В левой подвздошной области оставалась малоподвижная, безболезненная, ровной округлой формы плотно-эластическая опухоль.

Чревосечение 5/VIII. Из левой подвздошной области извлечена, по разделении рыхлых спаек с сальником и кишечником, овальной формы опухоль, величиной с две головки новорожденного, покрытая серозной оболочкой, темно-багрового цвета, связанная довольно длинной ножкой, перекрутившейся более, чем на 360° с левым углом матки. По отделении опухоли культи перитонизирована. Послеоперационный период протекал гладко и через 12 дней б-я выписана здоровой.

Макроскопически опухоль представляла из себя растянутую излившейся в ее полость кровью левую трубу со значительно гипертрофированными и утолщенными мышечными стенками. Следов остатка фимбрий и яичника не обнару-