

Из Факультетской хирургической клиники Днепропетровского мед. института.
(Директор проф. А. А. Абражанов).

К вопросу об инородных телах мочевого пузыря.

Д-ра С. З. Медведовского.

Инородные тела в мочевом пузыре встречаются и у мужчин, и у женщин, чаще у последних. Проникают они двумя путями: I-й через уретру, II-й через стенку пузыря (огнестрельное ранение пузыря, оперативные вмешательства на пузыре и на соседних органах с последующим прониканием инородного тела в мочевой пузырь). Оставляя в стороне вопрос о проникании инородного тела через стенку пузыря, остановлюсь на возможности проникновения инородных тел через уретру.

Просматривая литературу по этому вопросу, можно установить, что инородные тела проникают через уретру в пузырь в 50% всех случаев инородных тел последнего. Такой большой процент объясняется многими причинами. Психическое состояние больного, качество применяемых инструментов (катетеры, бужи и т. д.), квалификация медицинского персонала, производящего манипуляцию, вот те основные моменты, которые играют не малую роль в механизме проникания инородных тел в мочевой пузырь. Насколько необходимо хорошее качество употребляемых инструментов и не менее хорошая подготовка медицинского персонала, легко удостоверяет приводимый ниже, наблюдавшийся нами случай.

Больной Д. В. П-ков, 49 лет. Рабочий. Переведен из кожно-венерической клиники мед. ин-та в Факультетск. хирургическую клинику с жалобами на резкую боль при мочеиспускании, на присутствие крови и гноя в моче и на высокую температуру.

5/XI—30 г. больной был принят в Инфекционную больницу по поводу рожни лица. 6/XI вечером 6-ной был катетеризован по поводу задержки мочи. По словам 6-ного сестра вводила катетер винтообразными движениями. Попытки к выведению мочи продолжались минут 15—20, моча не отходила, после чего катетер был удален, причем в руках сестры осталась небольшая часть его. В последующие дни моча выводилась катетером, причем больной все время ощущал боль в области пузыря. В моче примесь крови. 8/XI была дважды попытка удалить оставшуюся часть катетера инструментальным путем (литотриптор). Попытки не увенчались успехом. 11/XI 6-ной перевезен в Кожно-венерич. клинику Д. М. И., где была произведена цистоскопия с попыткой удалить катетер из пузыря, но без успеха. 21/XI 6-ной переведен в Фак. хир. клинику. Общее состояние больного тяжелое. Температура 40°. 6-ной мочится кровью с гноем. Промывание пузыря раствором *kalii burretii*. Исследование мочи: удельный вес 1025. Реакция на кровь и белок положительна. В осадке неизменные и выщелоченные эритроциты и лейкоциты в большом количестве. Много клеток мочевых путей.

22/XI операция (I момент) под местной анестезией 1½% *sol. novocain*. Типичный разрез кожи при *sectio alta*. Передняя стенка пузыря подшита к ране (мышцам и апоневрозу). В последнюю введен тампон. С 23/XI по 28/XI общее состояние 6-ного значительно лучше. Температура 37,1—37,5. Ежедневное промывание пузыря раствором *kalii burretii*. Боли при мочеиспускании уменьшились.

28/XI. Операция (II момент). Под кожу введено 1,5 1% *sol. morph. mig.* Вскрыт пузырь, из которого удалены 3 отдельных куска резинового катетера. Общее протяжение удаленных кусков 22 см. В полость пузыря введена дренажная трубка. Постоянный катетер.

С 29/XI до 7/XII общее состояние больного хорошее. Моча выводится через дренажную трубку и катетер в достаточном количестве. Примеси крови и гноя не отмечается. 8/XII. Дренажная трубка удалена. При исследовании мочи: реакция на белок—слабо-положительна. Кровь—отрицательна. В осадке: 30—40 лейкоци-

тов в каждом поле зрения. Много клеток мочевых путей. 11/XII. Удален катетер. 22/XII. Больной выписан с зажившей раной. Мочеиспускание свободно и безболезненно.

Особенности этого случая заключаются в слабой медицинской подготовке сестры, вводящей катетер винтообразными движениями, и плохое состояние катетера.

Другая группа случаев инородных тел пузыря не менее многочисленна и разнообразна, в ней главную роль играет психика больного: пьяные, душевно-больные, истерики, в пузыре которых находили различные предметы (камешки, гвозди и т. д.). Больные с задержкой мочи, выпускавшие последнюю с помощью травяного стебля (случай Кнеплера). И, наконец, группа мастурбантов с эротической целью вводящих в мочевой пузырь различные предметы (карандаши, булавки, свечи и т. д.). Ниже приводимый случай ярко рисует изощренность мастурбантов, достойную удивления.

А. Ф. Б-к, 30 лет. Сапожник. Поступил в Фак. хир. клинику Д. М. И. 5/IX—1928 г. с жалобами на затрудненное мочеиспускание. По словам больного 2 месяца тому назад он вставил себе в мочеиспускательный канал детскую соску (с целью онанизма) и продвинул ее далеко. Вынуть соску обратно больному не удалось. Со стороны внутренних органов—N. Макроскопически моча чиста. Per rectum в области простаты прощупывается какое-то продолговатое тело.

20/IX. Операция (1 момент) под местной анестезией $\frac{1}{2}\%$ sol. novocain. Разрез кожи 8—10 см. длиной над лобком по средней линии живота. Передняя стенка мочевого пузыря подшита к краям операционной раны. В последнюю введен тампон. С 21/IX по 26/IX общее состояние удовлетворительное. 27/IX операция (II момент) под местной анестезией $\frac{1}{2}\%$ sol. novocain. Вскрыт пузырь. Пещлость пузыря небольшая. В передне-нижнем отделе с трудом удается выделить инородное тело, покрытое мочевыми солями и оказавшееся детской соской. Наложены съемные швы по Разумовскому. Послеоперационное течение осложнилось расхождением швов, наложенных на пузырь. Введена дренажная трубка и постоянный катетер. 13/XII больной выписан для амбулаторного лечения с небольшой грануляционной поверхностью. Мочеиспускание свободно и безболезненно.

Интерес данного случая заключается в том, что больному удалось продвинуть объемистое тело через уретру, растянув последнюю довольно сильно.

Симптоматология инородного тела мочевого пузыря по картине своей напоминает камни пузыря. Кровотечение, затруднение мочеиспускания, явления цистита, повышенная температура, пиурия и боль—компоненты клинической картины инородного тела пузыря. Присоединившаяся инфекция значительно осложняет клиническое течение. Диагностика инородного тела пузыря базируется, кроме анамнестических данных, на исследовании через прямую кишку и влагалище. Часто применяются и рентг. лучи, не всегда дающие положительный ответ. Наилучшим и наиболее верным диагностическим методом является цистоскопия, переходящая одновременно в подходящих случаях в метод лечебный.

Переходя к лечению следует установить два метода удаления инородных тел из мочевого пузыря. Первый заключается в некровавом, второй в кровавом способе. Некровавый или инструментальный способ заключается в удалении инородного тела из мочевого пузыря через уретру приборами Kocher'a, Collin'a, Mercieur, литотриптором и т. д. Теневая сторона инструментального способа—это манипуляция в темную, без контроля глаз. Лишь изобретение операционного цистоскопа устранило неудобство и дало возможность свободно манипулировать в полости мочевого пузыря. Противопоказанием к применению инструментов, несомненно, служат случаи инфицированные (возможность

ранения стенки пузыря не совсем безразлична для больного, порой сильно истощенного). В приводимом нами случае была применена несколько раз попытка извлечь инородное тело (катетер) инструментами. Попытки не увенчались успехом, но состояние больного, несомненно, от этих попыток ухудшилось. Б-ной указывал, что хуже себя почувствовал после применения инструментов. Кровотечение усилилось, появилась ясная примесь гноя в моче. Таким образом и наши наблюдения подтверждает мнение, что инфицированные случаи не следует пытаться лечить инструментальным способом.

Другой путь лечения инородного тела мочевого пузыря—это кровавый. Промежностный способ оставлен вследствие недоступности осмотра мочевого пузыря, и это неудобство устранено высоким сечением пузыря, когда вскрытый пузырь может быть легко осмотрен. Последний метод был применен для лечения приводимых нами случаев. Высокое сечение пузыря производилось нами двухмоментно. Первый момент состоял в подшивании 4-мя швами передней стенки пузыря к краям операционной раны. Второй момент производился через 6—8 дней и состоял во вскрытии пузыря и удалении инородного тела. В промежутке между I и II моментом передняя стенка пузыря успевала спаиваться с окружающими тканями и тем самым устранялась возможность инфекции предпузырной клетчатки при производстве II момента операции. При одномоментном высоком сечении пузыря тяжелое состояние больного может еще более ухудшиться благодаря затеканию инфицированной мочи в предпузырное пространство. Кроме того, промежуток между двумя моментами операции нами использовывался для промываний пузыря, что также приносило облегчение больному (падение температуры, уменьшение болей) и улучшался качественный состав выводимой мочи. Таким образом, двухмоментный метод оперирования мы считаем наиболее выгодным, несмотря на несколько отдаленный момент удаления инородного тела из мочевого пузыря.

В заключение на основании литературных данных и наших наблюдений следует указать на следующее:

1. Свежие (не инфицированные) случаи инородного тела мочевого пузыря могут быть лечимы инструментальным способом, причем идеальным из них будет применение операционного цистоскопа.
2. Инфицированные случаи должны подвергаться исключительно оперативному лечению—sectio alta.
3. Оперировать наиболее выгодно двухмоментным способом.

Литература: 1) Белкин Л. М. Днепр. медицинский журнал, № 11—12, 1926 г.—2) Кнеплер А. Т. Врачебная газета, № 4, 1927 г.—3) Захаров Е. М. Врачебная газета, № 7, 1927 г.—4) Готлиб Я. Г. Урология № 4, 1924 г.—5) Самсонова Ф. Б. Русский вест. дермат., № 5, 1927 г.—6) Гельфер П. И. Урология, 1927 г., № 2.—7) Akira Fakahashi. Journal d'Urologie, 1927 г. по реф. в Рус. вест. дермат., № 1, 1929 г.—8) Проф. Тим.—Заболевания от несчастных случаев. Том II, часть II, 1915 г.—9) F. Legueu et E. Michon. Maladies de la vessie et du penis. Nouveau traité de chirurgie. Paris, 1912.