

механической некротизации пересаженной жировой ткани, что и было в нашем случае.

В отношении применения парафиновой пломбы—последняя имеет много преимуществ, из которых два являются основными, это во-первых, доступность абсолютной стерильности парафина и, во-вторых, хорошая сопротивляемость материала, берущая перевес над сопротивляемостью плевральной и легочно-кавернозной ткани. Застывание парафина и его уплотнение создают благоприятные условия для облитерации каверны при достаточном сжатии ее стенок. Отрицательным свойством этого материала является также его свойство механически травмировать ткани и вести их к некрозу, что также дает последующее нагноение и отхождение парафина. Один такой случай нам пришлось наблюдать после наложения парафиновой пломбы доктором Л. С. Кишем у больной, страдавшей кавернозным туберкулезом верхушки легкого. Пломба нагноилась, получилась гнойная полость, которая заживала вторичным натяжением. Может быть, в этом процессе вторичного нагноения и последующей облитерации полости есть свой смысл и какая-то биологическая целесообразность, мы не беремся судить. Получающийся вторичный воспалительный инфильтрат в конце концов ведет пораженную и оперированную зону к хорошему рубцеванию, но каковы пределы полезности этого процесса и хорошо или плохо они отражаются на организме—для решения этого вопроса необходимы большие клинические и экспериментальные исследования и наблюдение над ближайшими и отдаленными результатами этого метода лечения.

Во всяком случае, в заключение, мы должны отдать предпочтение методу парафиновой пломбы для лечения каверн при туберкулезе легких, а метод жировой трансплантации считать неподходящим в настоящих неблагоприятных условиях операционного поля.

Из Акушерско-гинекологич. отд. Коростенской городской больницы.
(Зав.—прив.-доц. А. П. Николаев).

К вопросу о родовых повреждениях мочевого путей женщины.

Пр.-доц. А. П. Николаева.

(С 2-мя рисунками).

Недержание мочи после родов имеет за незначительными исключениями травматическое происхождение. Оно может явиться следствием двух различных причин, а именно—следствием долгого стояния головки плода в полости или чаще во входе малого таза и связанного с этим длительного прижатия подлежащих тканей, из которых наиболее страдает передняя стенка вагины с задней стенкой пузыря и уретрой—или результатом оперативных вмешательств, предпринятых с целью родоразрешения без наличия необходимых условий, чаще при неопорожденном мочевом пузыре и при неподготовленных родовых путях.

Нас в данном случае будут интересовать лишь повреждения первого рода. Нужно заметить еще, что они могут не проявляться видимыми

анатомическими нарушениями; последние иногда остаются неопределимыми, скрытыми, и лишь функциональные расстройства свидетельствуют о повреждении. Гораздо чаще, однако, мы имеем дело с видимыми и легко обнаруживаемыми повреждениями мочевых путей в виде различного рода свищей или фистул. Наличие последних нередко сопровождается и другими повреждениями мягких тканей родового канала, каковы, напр., обширные разрывы шейки матки, влагалища, промежности, представляющие целые поля рубцовой ткани.

Наша страна до сих пор еще занимает одно из первых мест по количеству свищей, делающих женщину полным инвалидом и выводящих ее из строя социально-полезных единиц. В гинекологических стационарах больные с родовыми повреждениями мочевых путей еще и сейчас составляют внушительную цифру в 4—5% общего числа больных (Попандуполо).

Чаще всего встречаются пузырно-влагалищные свищи, далее уретро-влагалищные, уретро-пузырно-влагалищные и, наконец, мочеточниково-влагалищные.

Естественно, что все эти повреждения сопровождаются абсолютным недержанием мочи, и только чистые уретро-вагинальные свищи нижней части уретры при целости сфинктера пузыря сопровождаются лишь периодическим вытеканием мочи через вагину (при акте мочеиспускания).

Однако наблюдения показывают, а многочисленные исследования подтверждают, что и при чистых уретро-вагинальных свищах, но расположенных в верхней, ближайшей к пузырю части уретры (длина же женской уретры всего 3—5 см.), имеет место настоящее, абсолютное недержание мочи, несмотря на то, что, казалось бы, пузырь и его сфинктер не вовлечены в повреждение.

Дело заключается, по видимому, в том, что сфинктер пузыря вовсе не представляет собою, как полагали раньше, кольцевидного мышечного образования на подобие сфинктера прямой кишки. Согласно исследованиям Kalischer'a, Zangemeister'a, сфинктер пузыря состоит из двух частей: верхней, второстепенной по значению, более слабой части, образованной мышцами пузыря, и нижней, — более мощной, — мышцами уретры. Последние приобретают свою замыкающую силу, гл. обр., за счет одной из мышц *diaphragmatis urogenitalis*, а именно — глубокой поперечной мышцы промежности (*m. transversus perinei profundus*). Одна часть волокон этой мышцы, в виде *m. sphincter vagino-urethralis*, входит в состав передней стенки мочеиспускательного канала, а другая — в виде *m. sphincter urethrae* — охватывает заднюю половину мочеиспускательного канала и шейку мочевого пузыря, будучи наиболее мощной в *задней стенке уретры*. На том основании, что эти мышечные волокна, идущие по задней стенке уретры, вплетаются в мышцы дна мочевого пузыря, именно в области вершины *trigoni Lieutauidii*, называют этот замыкающий пузырь мышечный аппарат — *m. uretro-trigonalis*. Сокращение этой мускулатуры влечет за собой резкое сокращение просвета уретры, как за счет поднимания задней стенки мочеиспускательного канала, так и за счет вытягивания и прижатия уретры кверху, к *lig. arcuatum*. Этому способствует еще богатство уретральной мукозы поперечными и продольными складками, косое направление уретры в месте впадения в мочевой пузырь и общий тонус мышц тазового дна.

Осуществляемое благодаря этому анатомическому устройству сближение стенок верхней части уретры и прижатие ее к нижнему краю симфиза может выдерживать до известного предела напор содержимого пузыря. Кроме того, хотя верхний сфинктер пузыря иннервируется ветвями п. hypogastrici (sympaticus), а мышцы уретры—ветвями п. pudendi, Губарев считает возможным их содружественное, рефлекторно друг друга вызывающее действие в смысле сокращения.

Естественно, что родовая травма передней влагалищной стенки и, следовательно, задней стенки уретры весьма нередко и легко нарушает весь этот механизм. Разможжение давящей головкой верхней части задней стенки уретры, кровоизлияния здесь, расхождение мышечных волокон, атрофия их и замена соединительной тканью, а тем более видимое нарушение целостности задней стенки уретры в верхней ее части, в виде уретро-вагинального свища, выключает функцию описанного выше мышечного аппарата и имеет естественным следствием недержание мочи.

Никакое иное оперативное вмешательство в случае успеха не дает, пожалуй, такого глубокого нравственного удовлетворения врачу, как устранение анатомического дефекта и восстановление, так. обр., нормальной функции мышечного мочевого аппарата женщины. Сама же женщина после подобной удавшейся операции чувствует себя вторично родившейся.

Позволю себе привести вкратце подобный случай, имеющий к тому же некоторые интересные в практическом отношении особенности.

Б-ая П. 21 года, батрачка, явилась в поликлинику Коростенского единого диспансера в первых числах ноября 1930 г. с жалобами на недержание мочи, наступившее на другой день после родов, происшедших год тому назад. Роды (первые) были долгие (несколько суток) и трудные; принимала бабка. Б-ая распространяет вокруг себя тяжелый запах мочи. При осмотре: вульва багрово-красного цвета, кожа ее и окружающих частей—бедр и ягодиц—резко покрасневшая, разъеденная мочей, местами кровотоцит; кое-где беловатые массы солевых отложений. Из вагины почти непрерывно вытекает моча. Обширный беловатый рубец на месте бывшего почти полного разрыва промежности. Попытка к исследованию пальцем и зеркалом безрезультатна, т. к. имеется весьма значительное рубцовое сужение влагалища, с трудом пропускающего одну фалангу мизинца. Б-ой предложено лечь в свою районную б-цу для соответствующей подготовки к операции, на каковую приехать через месяц.

6/ХП 1930 г. б-ная поступила для операции. Осмотр: состояние наружных гениталий и кожи окружающих частей значительно лучше, раздражение меньше, кровоточившие изъявления зажили, отложений соли не замечается. Наружное отверстие мочеиспускательного канала несколько расширено, интенсивно красного цвета. Сейчас же выше его, т. е. на границе первых $\frac{2}{4}$ вагины имеется сужение, образуемое подковообразным мощным рубцом, занимающим боковые и заднюю стенки вагины, и пропускающее лишь первую фалангу мизинца. Задняя стенка вагины представляет собою сплошной плотный рубец. Задней спайки нет, вследствие старого почти полного разрыва промежности. В виде подготовки к операции назначено ежедневное многократное мытье горячими растворами соды и марганцево-кислым калием, а также спринцевание последним. Т. к. анализ мочи показал щелочную реакцию и богатство бактериальной флоры, назначено внутрь Acid. muriat. dilut. по 5 кап. 3 раза в день и Urotropin по $0,5 \times 3$.

7/1 приступлено к подготовительной операции иссечения рубцов, чтобы открыть доступ к свищу. Вагина расширена дилататорами Hegar'a до № 18. По задней стенке ее на границе с боковыми сделано два радиарных глубоких разреза длиной в 4 см. каждый. Введено зеркало и осмотрена передняя стенка вагины. На 3 см. выше наружного отверстия мочеиспускательного канала, позади небольшой поперечной складки рубцово измененной слизистой обнаруживается отверстие свища круглой формы, величиною в $\frac{3}{4}$ сант. в поперечнике. Катетер, введенный в наружное отверстие уретры, при продвижении показывается

в вагине; введенный в свищевое отверстие и продвинутый на 1—2 см. попадает в пузырь, судя по вытеканию мочи через катетер. Так. обр. свищевое отверстие располагается, очевидно в, задней трети задней стенки уретры.

Радиарные разрезы задней стенки шиты в поперечном направлении таким образом, что между отрезками рубца вставлялись участки здоровой ткани (см. рис. 1). В мочевой пузырь на время до снятия швов введен катетер à demeure. На 7-й день сняты швы, заживление хорошее. Вагина свободно пропускает указательный палец и небольшое зеркало. 27/1 предполагалось приступить к операции зашивания свища, но предварительное исследование мочи показало щелочную реакцию. Снова назначена внутрь соляная кислота.

12/II. Операция. Вследствие невозможности ввести большое зеркало и достаточно обнажить операционное поле сделан левосторонний разрез влагалища на подобие Schuchard'tовского. Введено зеркало Sim's'a. Передняя стенка вагины захвачена пулевыми щипцами выше свищевое отверстие (ближе к шейке матки) и подтянута, насколько возможно, кнаружи. Овальный разрез стенки влагалища в поперечном направлении вокруг свищевое отверстие (складчатость допускает довольно свободное натяжение тканей в поперечном направлении). Лоскут влагалища в виде каски, окружающей свищевое отверстие, снят (см. рис. 2). Погружные кетгутовые швы в поперечном направлении на стенку уретры. Частые шелковые швы круглой тонкой иглой на влагалище в поперечном направлении. Все швы накладываются под контролем мягкого катетера, введенного в уретру. Швы на боковой вспомогательный разрез влагалища. Катетер à demeure. На 3-й день катетер удален. Б-ая мочится самопроизвольно, удерживая по желанию мочу, моча в вагину не подтекает. На 6 день сняты швы с бокового разреза влагалища, заживление хорошее. На 7-ой день замечено незначительное просачивание мочи в вагину во время мочеиспускания. Функция пузыря в норме, моча самопроизвольно удерживается. На 10-ый день сняты швы верхнего этажа со свищеотверстия. На следующий же день подтекание мочи прекратилось совершенно и более не возобновлялось. Функция пузыря нормальна. Мочеиспускание нормально, вполне подчинено воле б-ой, неболезненно. Б-ая чувствует себя бесконечно счастливой. На 20-й день после второй операции пациентка выписалась, чувствуя себя совершенно здоровой. Сужение вагины все же осталось, хотя последняя вполне проходима для указательного пальца, небольшого зеркала и несколько растяжима, так что несомненно пригодна для coitus'a. Большой объяснено, что в случае беременности необходимо находиться под наблюдением врача и перед родами поступить в б-цу для операции кесарского сечения.

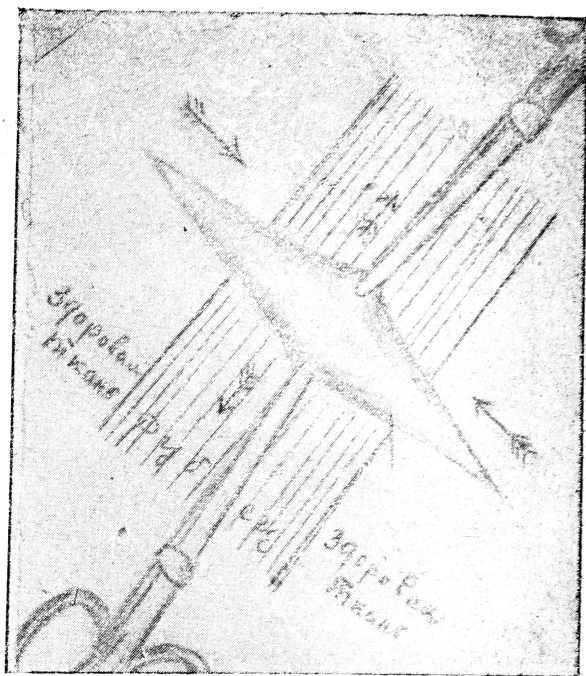


Рис. 1. Рисунок показывает один из боковых разрезов для рассечения рубца. Короткие стрелки указывают направление для растягивания разреза; длинные стрелки указывают в каком направлении нужно шить разрез.

В данном случае мы имели травматическое повреждение сфинктера мочевого пузыря и разрушение на некотором пространстве мышечного аппарата уретры, который, как мы видели, играет главную замыкательную роль в отношении пузыря. Восстановив уретру, мы получили не только восстановление ее канала на всем ее протяжении и добились вы-

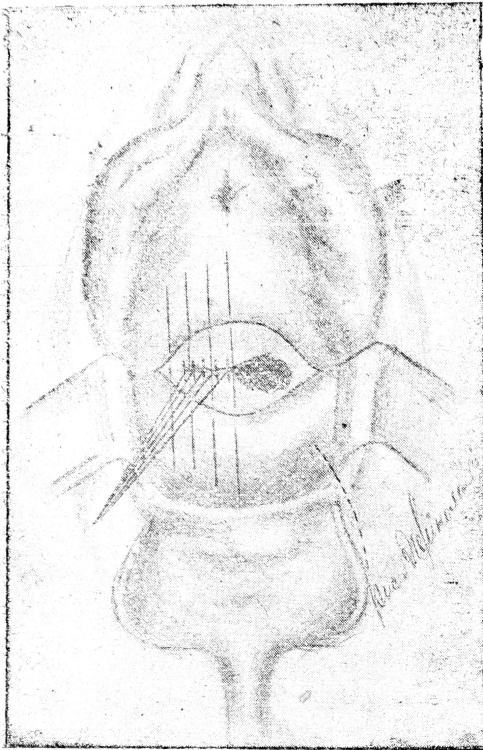


Рис. 2. Зашивание уретро-вагинального свища. Свищевое отверстие и снятый влагалищный лоскут изображены для ясности значительно увеличенными.

теkania мочи нормальным путем, но также достигли и другого, более важного эффекта, — полного восстановления функции мочевого пузыря и устранения наиболее тягостного для больной симптома — недержания мочи. Последний эффект с несомненностью практически подтверждает справедливость анатомических исследований Kalisher'a и Zangemeister'a о наличии двух сфинктеров мочевого пузыря, из коих главное значение и более мощное действие принадлежит как раз не собственному сфинктеру пузыря, а тому мышечному аппарату, который заложен в задней части уретры и гл. обр. в задней ее стенке.

Временное недержание мочи у родильниц зависит также, вероятно, от сдавлений, ушибов, разможжений этого же аппарата во время родов, что приводит к временному ослаблению или выпадению функции последнего.

Из глазной клиники Киевского государственного клинического института для усовершенствования врачей. (Директор клиники — профессор А. Г. Васютинский).

К вопросу лечения трахомы и бленорреи гонококковым антивирусом¹⁾.

Врача И. Е. Наймарка.

В журнале „Архив Офтальмологии“, т. V ч. I от 1928 г. появилась статья проф. Беляева „О современном состоянии вопроса лечения трахомы“. В этой статье автор останавливается на методах лечения последнего времени и в конце делится своими клиническими наблюдениями над влиянием на трахоматозный процесс гонококкового антивируса по Безредко. Ознакомившись с сообщением Abadie, когда последний прикладывал в одном случае трахомы с паннусом гной, который он взял у ребенка с blenog. neonatorum, с хорошим результатом, автор, исходя из тех соображений, что на трахомный возбудитель имеются указания, как на инволюционную форму гонококка (Herzog), не рискнул

¹⁾ Доклад на заседании глазной секции Киевского единого научного мед. о-ва 24/XII 1929 г.