

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. 16/VI-58 г. выписан в удовлетворительном состоянии, без жалоб.

Данный случай интересен потому, что водянка червеобразного отростка встречается крайне редко.

Поступила 25 июня 1959 г.

## ПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ПРИ ЭКТОПИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Орд. Э. Н. Ситдыков

Из факультетской хирургической клиники им. А. В. Вишневского (зав.— проф. С. М. Алексеев) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Эктопия мочевого пузыря — сравнительно редкое врожденное уродство. По Б. Н. Хольцову, один случай эктопии встречается на 40 000 населения. При врожденной расщелине мочевого пузыря имеется, как известно, постоянное истечение мочи, то есть полное ее недержание.

В монографии «Оперативное лечение недержания мочи на почве врожденных аномалий мочевой системы» А. И. Михельсон приводит следующее интересное наблюдение.

«Б-ная Т. с двусторонней атонией мочеточников и гидронефрозом, наряду с постоянным истечением мочи из устьев мочеточников эктопированного мочевого пузыря, временами оставалась сухой в течение часа и более, после чего при натуживании мочилась длительно струей из обоих мочеточников».

В 1958 г. мы наблюдали больную, которая имела произвольный акт мочеиспускания из мочеточниковых устьев эктопированного мочевого пузыря.

Б-ная Б., 21 года, поступила 19/V-58 г. с диагнозом — эктопия мочевого пузыря.

Жалуется на тупые боли в поясничной области и наличие опухолеподобного образования в низу живота.

До 16—17-летнего возраста больная постоянно была мокрой, с 17 лет стала удерживать мочу, мочилась 10—12 раз в сутки. За 2 года до поступления в клинику позывы на мочеиспускание появлялись 5—6 раз в сутки с последующим выделением мочи в количестве 250—350 мл. По ночам больная оставалась сухой.

Общее физическое развитие удовлетворительное, кожа обычной окраски, температура нормальна, пульс — 80, удовлетворительного наполнения и напряжения. Органы дыхания и кровообращения без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Почки не пальпируются.

В области лонного сочленения имеется опухолеподобное образование размером с женский кулак — эктопированный мочевой пузырь. Слизистая эктопированного мочевого пузыря рубцово-изменена, местами эрозирована. В нижнем отделе этого аномального мочевого пузыря определяется два отверстия — устья мочеточников, которые не перистальтируют, мочу не выбрасывают. По периферии эктопированного пузыря кожа покрыта волосами. Пупок отсутствует. Мочеиспускательного канала нет. Расщепление клитора, отсутствие больших половых губ. Входное отверстие влагалища пропускает два пальца, рукав свободный, шейка коническо-цилиндрической формы. Зев закрыт, матка в ante flexio-versio, не увеличена, смещена вперед. С обеих сторон слегка увеличенные болезненные яичники. Выделения обычного цвета.

Кровь: Нв.— 57%, Л.— 8200, п.— 2%, с.— 74%, э.— 2%, л.— 21%, м.— 1%, РОЭ — 10 мм/час. Остаточный азот крови — 40,7 мг%.

Уд. вес мочи — 1005, мутная, реакция кислая, реакция на белок положительная, лейкоцитов 50—60 в поле зрения, эритроциты единичные.

### Проба по Зимницкому

6 час.	520 мл	1005	18 час.	420 мл	1006
9 час.	350 "	1002	21 час.	300 "	1006
12 час.	305 "	1005	24 час.	420 "	1004
15 час.	420 "	1014	3 час.	360 "	1007
1595 мл			1500 мл		

Внутривенная урография не дала каких-либо результатов. Контрастное вещество не выделяется почками. Индиго-кармин 0,4% в количестве 8 мл, введенный внутримышечно, выделился с первой (30 мин) порцией мочи — слабой окраской, со второй (60 мин) — более интенсивной окраской.

Ретроградная урография. На урограмме отмечается резкое расширение мочеточников, чашечек и лоханок с обеих сторон, расхождение лонного сочленения на 8—10 см.

Нами поставлен диагноз: эктопия мочевого пузыря, полная эписпадия, двусторонний гидроуретеронефроз, двустороннее хроническое воспаление яичников.

При исследовании установлено, что больная действительно удерживает мочу, ночью остается сухой. Во время мочеиспускания многократно прерывала этот акт по нашей просьбе, а затем вновь восстанавливала прерванное мочеиспускание.

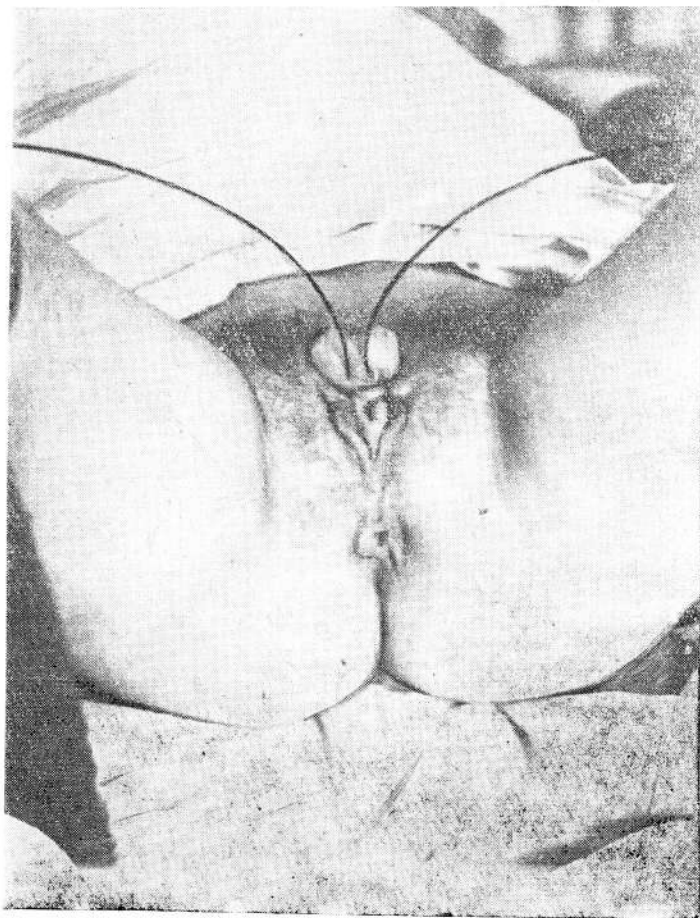


Рис. 1

Данный случай представляет значительный интерес. Мы полагаем, что у нашей больной на протяжении многих лет выработался условный рефлекс на удержание мочи в верхних расширенных мочевыводящих путях. Таким образом, произошла компенсация отсутствующей функции аномального мочевого пузыря.

От оперативного вмешательства в этом случае воздержались.

Подобных наблюдений в доступной нам литературе мы не нашли.

Поступила 28 марта 1959 г.