

А. А. НАЗАРЯН

СОСТОЯНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ МОЧЕПОЛОВЫХ
СВИЩАХ У ЖЕНЩИН

В работе даны рациональные рекомендации по методике подготовки больных с мочеполовыми свищами к оперативному лечению.

Статья содержит интересные клинические наблюдения. Значительное число наблюдений повышает практическую значимость сообщения.

Наличие мочеполовых свищей у женщин ведет к целому ряду патологических изменений в мочевом пузыре. Из 145 женщин с мочеполовыми свищами, находящихся под нашим наблюдением, циститы обнаружены у 130 (86,6%), отложения солей на воспаленной слизистой пузыря у 27 (18,6%), большие камни пузыря у 4 (2,8%), выраженная деформация пузыря у 39 (26,9%), сморщивание пузыря у 6 (4,1%), частичное или полное выпадение стенок пузыря через дефект во влагалище у 53 (36,5%) и, наконец, рубцовое сужение или облитерация уретры у 13 (9%) (таблица).

Наиболее частое осложнение — это цистит катаральный, геморрагический, гнойный, некротический (чаще всего комбинации их). У подавляющего большинства женщин с мочеполовыми свищами цистит не всегда поддается консервативной терапии в периоде подготовки к операции. Наши наблюдения показали, что катаральный, а иногда и геморрагический циститы вообще не препятствуют операции закрытия свища, тем более что после операции довольно быстро ликвидируются. Более длительного дооперационного лечения требуют гнойный и гнойно-некротический циститы, особенно при наличии солевых отложений, но даже некоторое улучшение в течении этих заболеваний играет большую роль в исходе операции закрытия свища.

Нередко на воспаленной, утолщенной и деформированной рубцами слизистой пузыря откладываются мочевые соли, образующие иногда целые пласты и сковывающие слизистую пузыря. Чаще такая солевая инкрустация наблюдается при гнойно-некротическом цистите, когда продолжительное и тщательное лечение не приводит к успеху, что затрудняет возможность операции для восстановления целостности пузыря. Приводим наблюдение.

М. С. Д., 33 лет, история болезни № 5892. Имеется большой послеродовой дефект пузырно-влагалищной перегородки с разрушением части треугольника, шейки мочевого пузыря и уретры, резко выраженный гнойно-некротический тотальный цистит и вульвагинит с отложением солей, которые образуют толстые пленки, тесно связанные с под-

лежащей воспаленной стенкой пузыря. При насильственном их удалении образуются обширные раневые кровоточащие поверхности, которые через 1—2 дня снова покрываются толстой солевой пленкой и островками некротической ткани. Длительное лечение цистита и вагинита привело лишь к незначительному и непродолжительному успеху.

Таблица

Изменения пузыря при мочеполовых свищах

Диаметр свища или дефекта, количество больных	Цистит			Прочие изменения пузыря						
	катарально-геморрагический	гнойно-геморрагический	гнойно-некротический	отложение солей в мочевом пузыре	камни мочевого пузыря	деформация мочевого пузыря	сморщивание мочевого пузыря	частичное выпадение мочевого пузыря	полное выпадение мочевого пузыря	сужение или облитерация уретры
1—3 мм — 16 чел.	4	6	1	1	2	1	—	2	—	—
4—9 мм — 14 чел.	7	4	1	1	1	4	—	1	—	1
1—2 см — 66 чел.	28	22	9	14	1	19	2	14	—	5
2,5—4,5 см — 23 чел.	11	9	3	2	—	10	1	13	3	3
5—6 см — 18 чел.	3	9	6	7	—	5	2	8	8	4
Разрушение уретры — 7 чел.	3	2	1	2	—	—	1	4	—	—
Мочеточниково-влагалищный свищ — 1 чел.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего — 145	56	53	21	27	4	39	6	42	11	13

Рубцовая деформация мочевого пузыря, которую мы наблюдали у 39 больных, описанная в литературе [8, 9, 10], является следствием травмы при осложненных родах и последующего длительного воспаления (цистит, парацистит, параметрит) с образованием рубцов и спаек. Выражается она в изменении размеров, формы, положения мочевого пузыря. В некоторых случаях деформация бывает выражена настолько резко, что определяется даже при цистоскопии, а цистография подтверждает ее (рис. 1).

В некоторых случаях следствием родовой травмы и тяжелого продолжительного воспалительного процесса (цистита, перипарацистита) с частичным некрозом слизистой мочевого пузыря является сморщивание мочевого пузыря [5, 10]. Эта патология очень затрудняет хирургическое лечение мочеполовых свищей и нередко является причиной рецидива свища. Под нашим наблюдением было 6 таких больных.

Одним из осложнений является выпадение (пролабирование) мочевого пузыря через свищ или дефект во влагалище [1—4, 6, 7, 11]. При этом нередко выпадает как слизистая мочевого пузыря, так и все слои его стенки. Такое выпадение наблюдается не только при средних и больших свищах, но иногда при очень маленьких свищах и при разрушениях уретры. Пролабирует часть стенки пузыря или, гораздо реже, почти вся сохранившаяся часть мочевого пузыря, причем размеры ее варьиру-



Рис. 1. Деформированный мочевой пузырь.

ют от совсем незначительных до кулака взрослого человека (полное выпадение). Как правило, выпавшую часть невозможно вправить вследствие уплотнения и утолщения ее (особенно по краям) и скованности в этом положении в результате рубцов и спаек; вправленная с трудом стенка пузыря тотчас вновь выпадает.

Слизистая выпавшей части стенки пузыря обычно находится в состоянии гнойно-геморрагического воспаления, нередко с участками некроза, изъязвления, с солевыми инкрустациями, отличается хрупкостью и кровоточивостью. Вправить пролабированную часть стенки пузыря удастся лишь во время операции после полного освобождения краев свища и всей выпавшей части стенки пузыря от спаек и рубцов. Однако, согласно нашим наблюдениям, подобные свищи и дефекты чаще остальных дают рецидивы. При большом выпадении иногда у края выпавшей стенки пузыря ясно бывают видны устья мочеточников и перистальтика их с выбросом мочи, а также индигокармина, введенного внутривенно.

Причины пролабирования мочевого пузыря через свищ во влагалище в литературе объясняются по-разному. Н. О. Марков [7] и Б. Л. Гуртовой [3] видят причину в расслаблении связок мочевого пузыря, повышении внутрибрюшинного давления, расслаблении тазового дна, атонии мочевого пузыря при свищах. Я. В. Куколев [4] называет мочеполовые свищи с пролабированием через них мочевого пузыря губовидными свищами и объясняет выпадение стенок пузыря их большей мягкостью и податливостью по сравнению с плотными толстыми стенками влагалища и матки.

Мы считаем причиной выпадения стенок мочевого пузыря через свищ чрезвычайную плотность, грубость и фиксированность краев свища, скованность стенок пузыря в зоне свища плотными стягивающими

спайками, причем больше вовлекается в этот процесс именно мышечный и серозный слой стенки пузыря, а избыточная слизистая, выпячиваясь через свищ, тянет за собой остальные части стенки пузыря. Атония пузыря и расслабление его связок, нередко наблюдающиеся у этих больных, способствуют выпадению его стенок через свищ. Из 145 наблюдаемых нами больных полное выпадение пузыря через большой пузырно-влагалищный свищ во влагалище наблюдалось у 11 больных, а частичное — у 42 больных.

У некоторых больных в мочевом пузыре образуются камни, достигающие иногда больших размеров (рис. 2). Как правило, это бывает

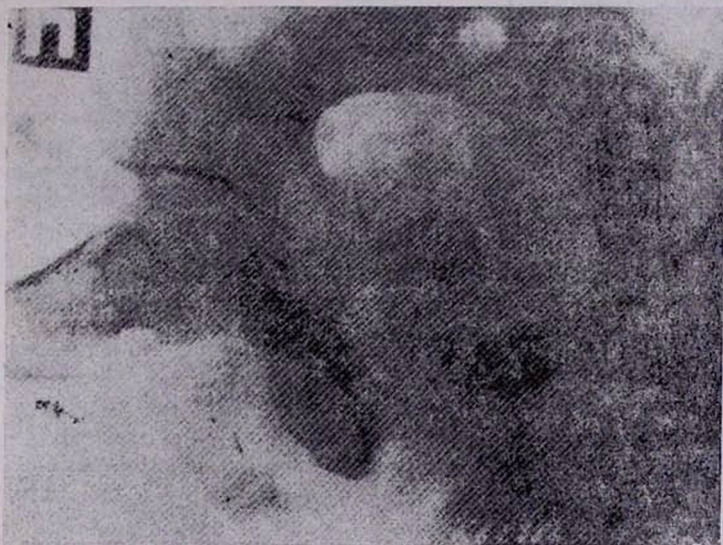


Рис. 2. Камень мочевого пузыря, размеры $6,0 \times 4,0$ см.

после неудачной операции, закончившейся рецидивом свища, если последний зашивался шелком, явившимся впоследствии ядром для образования камня. Под нашим наблюдением было 4 таких больных, безуспешно оперированных до поступления к нам по поводу пузырно-влагалищного свища, причем в одном случае камень был величиной с куриное яйцо. Приводим историю болезни.

Больная М. Н., 22 лет, история болезни 8375. Поступила по поводу пузырно-влагалищного свища. Болеет несколько лет. Около двух лет назад оперирована дважды безуспешно. При объективном исследовании обнаружен пузырно-влагалищный свищ диаметром в 0,8 см. Имеется двусторонняя пиелуретероэктазия с перегибами мочеточников и хроническим гнойным пиелонефритом, а также камень мочевого пузыря размером $6,0 \times 4,0$ см. Sectio alta—удален камень из мочевого пузыря, с трудом, кускованием, так как был интимно спаян со слизистой мочевого пузыря, с лигатурой в области неудачно зашитого в прошлом свища.

В то время как солевая инкрустация на слизистой мочевого пузыря отмечалась в основном при свищах среднего диаметра и при больших дефектах, камни наблюдались у больных с маленькими свищами.

Сужение или облитерация внутреннего отверстия или проксимального отрезка уретры почти во всех случаях граничило с краем свища или дефекта. Это осложнение очень затрудняло и удлиняло подготовку к операции закрытия свища, так как необходимо было сначала хирургическим путем восстановить просвет уретры и затем длительным бу-
жированием подготовить к операции закрытия свища.

Таким образом, приведенные нами данные показывают, что моче-половые свищи у женщин являются тяжелым и сложным заболеванием, отягощенным различными осложнениями со стороны мочевого пузыря, почек и мочеточников, гениталий и др.

Кафедра госпитальной хирургии
I Азербайджанского государственного
медицинского института

Поступила 23/XI 1976 г.

Ա. Ա. ՆԱԶԱՐՅԱՆ

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ՎԻՃԱԿԸ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ ՄԻԶԱՍԵՌՈՒԱԿԱՆ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Ուսումնասիրվել է 145 հիվանդ կին միզասեռական խողովակներով, որոնց միզապարկում հայտնաբերվել է մի շարք բորբոքային և սպիացման փոփոխություններ. միզապարկի բորբոքում 130 (89,6%), միզապարկի արտամզում դեպի հեշտոց խողակի միջոցով 53 (36,5%), միզապարկի ձևափոխություն սպիացման հետևանքով 39 (26,9%), միզապարկի լորձաթաղանթի վրա աղային նստվածքներ 27 (18,6%), միզածորանի խցանում 13 (9%), միզապարկի կնձռոտում և կծկում 6 (4,1%) և միզապարկի քարեր 4 (2,8%) հիվանդի մոտ:

Աշխատանքում տրված են միզասեռական խողովակներով հիվանդներին վիրահատական բուժման նախապատրաստման մեթոդիկայի գծով ռացիոնալ հանձնարարականներ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александров Е. К. Акушерство и гинекология, 1956, 5, стр. 49.
2. Груздев В. С. Русский врач, 1907, 6, 4, стр. 109.
3. Гуртовой Б. Л. Акушерство и гинекология, 1952, 6, стр. 55.
4. Куколев Я. В. Генитальные свищи. Киев, 1961.
5. Лидервальд А. К. Диссерт. на степ. докт. мед. наук. СПб, 1894.
6. Мандельштам А. Э. Полное выпадение мочевого пузыря М. 1931.
7. Марков Н. О. Акушерство и женские болезни, 1930, 3, стр. 36.
8. Полушко К. И. Акушерство и гинекология, 1961, 4, стр. 92.
9. Савостицкий Г. О лечении мочевых свищей у женщин. М., 1863.
10. Сеферова Н. И. Сб. труд. каф. рентген. и радиол. ЦИУ. М., 1959.
11. Moir Y. C. Lancet, 1954, 1, 57.