

Из хирургической клиники им. проф. В. Л. Боголюбова Гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор Ю. А. Ратнер).

Случай менструирующего свища брюшной стенки.

Н. Н. Сульдин.

Случай менструирующих маточно-брюшностеночных свищей в хирургической практике представляют большую редкость. По данным Малиновского и Козлова (цит. по Батюшеву), в Казанской акушерско-гинекологической клинике за 23½ года на 599 случаев свищей полового канала аналогичных случаев не было. Заслуженный деятель науки проф. В. С. Груздев, к которому я обратился по поводу встретившегося случая, заявил, что в его личной многолетней практике таких наблюдений не было. По Пономареву на 1010 случаев кесарского сечения подобное осложнение наблюдалось два раза. В русской литературе мне удалось найти лишь один аналогичный случай, описанный Батюшевым из акушерско-гинекологической клиники Омского мед. ин-та (Акушерство и гинекология № 5—6, 1929 г.). Больная подверглась консервативной операции ушивания свища, давшей на некоторое время заживление, но с наступлением *menses* свищ открылся вновь.

Свищи женского полового аппарата вызываются, большей частью, травмой.

Помимо травмы, необходимым условием для образования менструирующего свища брюшной стенки является наличие сращений матки с брюшной стенкой. Такие сращения наблюдаются после абдоминального кесарского сечения по данным Haven и Jung в 30%.

В происхождении свищей имеет большое значение также и шовный материал. Не следует класть на матку нерассасывающихся швов, что было в случае, описанном Батюшевым, где при операции свища были извлечены лигатуры. Они, повидимому, вызвали абсцесс стенки матки, дали плотные спайки с передней брюшной стенкой и в последующем — маточный свищ.

В хирургической клинике им. проф. Боголюбова нами наблюдался случай менструирующего маточнобрюшностеночного свища, историю болезни которого мы вкратце приводим.

Больная О. А. Ершова, колхозница, 26 лет, поступила 26/I 1936 г. в хирургическую клинику ГИДУВ с жалобами на наличие послеоперационного свища брюшной стенки.

Из расспросов выясняется: замужем с 17 лет, имела пять беременностей, из которых первые три, протекавшие нормально, закончились срочными родами. Четвертые роды, наступившие также в срок, были закончены искусственным родоразрешением 9/XI 1934 г. в г. Чебоксарах АЧССР, путем абдоминального кесарского сечения. Операция была произведена под местным обезболиванием, после 16-дневных мучительных схваток и при раскрытии зева всего лишь на два пальца.

Послеоперационный период прошел благополучно, и на 12-е сутки больная была выписана с новорожденной девочкой, умершей спустя 1 г. 3 мес. от воспаления легких. Через месяц после смерти этого ребенка, больная, будучи снова уже на последнем месяце беременности (5-й по счету), поступает для родоразрешения в участковую больницу (Большой Сундырь АЧССР), где 25/III 1935 г. производится вновь операция кесарского сечения под общим наркозом.

Послеоперационный период протекает с осложнением. Первые десять дней было повышение температуры до 39—40°, вздутие и сильные боли в животе. Мучительная рвота. Стул только с клизмой. Вечером, на десятый день после операции, когда

эти явления стихли, были сняты швы. Заживление, по словам больной, первичное. Через 2 дня по снятии швов вновь повышение температуры и сильные боли в животе. Больная не может лежать в постели и в течение 3 суток сидит, согнувшись на кровати, с опущенными на пол ногами. Боли продолжались пять суток. Внезапно во время кашля больная почувствовала, что в ране что-то лопнуло, повязка промокла, появился неприятный запах. При экстренной перевязке оказалось, что рана живота разошлась по середине и из нее выделяется, явно калового запаха, содержимое с примесью пищи.

Больная отмечает, что пища была почти непереваренной, выделялась вскоре после приема, особенно при кашле. Отделяемое разъедало кожу в окружности. Образовалась язвенная поверхность. Выделение пищи и кала продолжалось около 3 недель, потом прекратилось, осталась только гнойный свищ, и 25/V больная была выписана.

8/IX, т. е. через 6 месяцев после перенесенной операции, больная заметила, что повязка, которую она делала ежедневно дома, промокла кровью. Больная обратилась в Чебоксарскую больницу, была госпитализирована, кровотечение из свища не останавливалось, несмотря на ряд лечебных мероприятий в течение 3 дней. Одновременно наблюдалось выделение крови из влагалища. Отделение крови через свищ брюшной стенки, постепенно ослабевая, прекратилось через одиннадцать дней. Из-за слабости больной в операции было отказано.

26/XII, т. е. через 2 1/2 месяца, снова аналогичное явление. Выделение крови продолжалось пять дней. 26/I с. г. больная легла к нам в клинику, где менструальный цикл был прослежен нами. Кровотечение продолжалось с 4/II по 9/II включительно, кровь выделяется больше через свищ, нежели *per vias naturales*.

St. praesens. Больная ниже среднего роста, астенического телосложения, с несколько пониженным питанием, бледной кожей и слизистыми оболочками. Костно-мышечная система развита удовлетворительно. Лимфатическая система без особых изменений. Легкие в пределах нормы. Сердце: тоны глуховаты, границы—норма, пульс учащен. Внутренние органы: живот асимметричен за счет выпячивания справа от средней линии. Послеоперационный рубец расположен между мечевидным отростком и лобком. Пупок отсутствует. На его месте звездчатое втяжение рубца с свищевым ходом, окруженным грануляциями. Из свища выделяется густой молочно-желтоватого цвета гной. Пальпаторно живот слева и под ложечкой мягкий. Справа, соответственно видимой припухлости, определяется плотное болезненное тело, округло-продолговатое, напоминающее по форме и консистенции метритическую матку. Печень, селезенка не прощупываются. Пастернацкий справа—положительный.

Анализ крови 27/I 36 г.: лейкоцитов—11000, палочкоядерных 20,5%, сегм. 47,5%, эозиноф. 4%, мон. 9%, лимф. 19,5%, РОЭ—27 мм в час.

Анализ мочи 27/I 36 г. Цвет соло.-желтый, прозрачная, уд. вес 1010, реакция—кислая, лейкоциты единичные, плоско-эпителиальные клетки до 3-х в поле зрения.

Консультация акушера-гинеколога (А. П. Чигарин). Наружные половые органы, как у рожавшей. Влагалище узкое, *portio vaginalis* цилиндрической формы, элевирована и находится больше справа, своды свободны. Тело матки элевировано, увеличено, соответственно 2 1/2-месячной беременности. Матка плотная, неподвижная, припаянная к передней стенке живота, длинник матки лежит косо, отклоняясь в правую сторону, причем дно находится на уровне фистулезного отверстия брюшной стенки.

Размеры таза. d. sp.—27 см, d. cr.—28, 5, d. troch.—28, conjug. ext.—16,5. Таз относится к категории узких.

Для выяснения связи брюшностеночного свища с маткой, нами были произведены некоторые пробы, а именно: 1) слабый раствор марганцовокислого калия, введенный под небольшим давлением в свищ брюшной стенки, задержавшись некоторое время, выделился из влагалища; 2) раствор метиленовой синьки, введенный в количестве 5 см³ шприцем Брауна через шейку матки, показался тотчас через брюшной свищ.

Ретгенография с контрастной жидкостью (20% бромистый натр), введенной через свищ брюшной стенки, дала округлую тень, которую мы рассматриваем как полость абсцесса среди конгломерата спаянных органов, имеющую сообщение с полостью матки. Введение жидкости через свищ брюшной стенки вызывало позывы на мочеиспускание.

Таким образом, на основании данных анамнеза и объективных исследований, описываемый случай рассматривается нами как истинный мен-

струирующий маточно-брюшностеночный свищ, развившийся в результате осложнения после вторично перенесенной операции кесарского сечения. Повидимому, в послеоперационном периоде развился ограниченный гнойный перитонит, вовлекший в процесс, наряду с маткой, желудок и кишки. Свищ желудка и кишечника зажил самостоятельно, маточный же свищ остался.

Рассматривая данный случай как менструирующий маточно-брюшностеночный свищ, мы назвали его „истинным“, так как в дифференциально-диагностическом отношении надо иметь в виду (Батюшев) так наз. эндометриодные гетеротомии (эндометриозы немецких и эндометриомы—американских авторов), характеризующиеся менструальноподобным кровоотделением из рубцов после операций на матке и даже аппендиксе. Решающее значение для диагноза приобретает микроскопическое исследование. Отсутствие эндометриодных разрастаний, при наличии менструальных выделений, говорит за истинный маточно-брюшностеночный свищ.

Линия поведения хирурга в подобных случаях различна. Возможно консервативное лечение—произвести попытку зашивания свища брюшной стенки после освежения его краев и радикальная лапаротомия с последующим ушиванием матки и брюшностеночного свища, или полной экстирпации конгломерата заинтересованных органов.

Простое зашивание свища брюшной стенки, имея в виду обширную гноящуюся полость, с большей склонностью к выделению гноя через наружный свищ, дает рецидив, как было в случае Батюшева.

В нашем случае мы предполагали произвести радикальную операцию, от которой больная отказалась.

Из госпитальной хирургической клиники Казанского гос. медицинского института (директор проф. Н. В. Соколов).

Случай множественной перфорации язв на оставшейся после резекции части желудка.

А. С. Муромцев.

В обширной литературе, касающейся вопроса осложнений после резекции желудка, рядом авторов отмечается: кровотечение, атония желудка, недостаточность и расхождение швов и, реже всего, перфорация язв на оставшейся части желудка, не распознанных как до, так и во время операции, или же остро развившихся в послеоперационном периоде.

Множественная язва желудка встречается не так уж часто. Так, Рейнберг на 82 случая язв желудка встретился с множественными 2 раза. Райз на 111 случаев обнаружил множественные в 4 случаях. Соколов на 143 случая отмечает 13 множественных язв. Родоевич на 600 перфоративных язв нашел множественные перфоративные язвы в 3 случаях.

В нашей клинике в 1929 г. д-ром Гулевичем обнаружено в одном случае 2 перфоративных язвы.