

Доц. Д. Е. ГОЛЬДШТЕЙН и доц. Н. Е. СИДОРОВ

## Рентгеновский метод исследования гнойных свищей женской половой сферы<sup>1)</sup>

Из кафедры рентгенологии (зав. проф. Э. Ф. Ротермель) и акушерско-гинекологической клиники (директор засл. деят. науки ТАССР проф. И. Ф. Козлов) Государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани

Рентгенологическое исследование с применением контрастных веществ нашло свое признание в гинекологической практике, как вполне оправдавшее себя по простоте техники и ценности получаемых при этом диагностических данных. Богатая литература, отечественная и иностранная, с полной очевидностью говорит о целесообразности применения контрастных рентгеновских методов исследования. Наши данные<sup>2)</sup> на сравнительно большом материале наглядно подтверждают большую ценность метросальпингографии в диагностике опухолей женской половой сферы, проходимости фаллопиевых труб, в определении ряда моментов анатомии и физиологии женской половой сферы.

В настоящей статье, в развитие предыдущих, мы останавливаемся на значении и ценности рентгенологического метода исследования путем применения контрастных препаратов при наличии свищей, этиологически связанных с заболеваниями женской половой сферы. На фоне богатой литературы о метросальпингографии, разбираемый нами вопрос о контрастном рентгеновском исследовании свищей с упомянутой этиологией весьма слабо освещен как в русской, так и в иностранной прессе, что и дало нам повод остановиться на нем. Оценку этого метода мы находим в работе Кунина, Пипко и Раевского<sup>3)</sup>.

В качестве контрастного вещества для заполнения свищевых ходов нами применялся иодипин 40% или советский препарат иодолипол 30%, который давал прекрасную тень — по интенсивности своей, пожалуй, превосходящую тень от иодипина; для заполнения полости матки мы применяли эти же препараты. Хотя обычно, при метросальпингографии мы пользовались иодипином 20% с хорошим, в смысле контрастности, результатом, — мы предпочли для исследования свищей иодипин 40%, т. к. контрастность последнего в этой большей концентрации давала возможность точно выявлять весьма, иногда, тонкие ходы свища, связывающие, подчас, более обширные свищевые полости.

Применение как иодипина, так и иодолипола на нашем материале не дало ни одного случая осложнения.

Всего нами исследовано этим методом 7 женщин со свищами, этиологически связанными с заболеваниями женской половой сферы.

<sup>1)</sup> Доложено на заседании Казанского Общества рентгенологов и радиологов 15.II.40 г. и Казанского об-ва акушеров-гинекологов 15.IVI.40 г.

<sup>2)</sup> Дм. Гольдштейн и С. В. Лейбов. „Значение метросальпингографии в гинекологии“. „Казан. мед. журнал“, № 6, 1931 г. Д. Е. Гольдштейн и Н. Е. Сидоров. „Метросальпингография в диагностике опухолей женской половой сферы“. „Казан. мед. журнал“ № 3—4, 1935 г.

<sup>3)</sup> Кунин, Пипко и Раевский. „Диагностическая ценность рентгеновского исследования свищей искусственным контрастированием“. Вестн. рентг. и рад., т. XV, вып. 6, 1935.

## Приводим истории болезни.

1. Б-ная Б., 25 лет (ист. бол. № 235, 6/III 33 г.).

Первые менструации на 15-м году; приходили через 4 недели, продолжительность по 5—6 дней, без болей. 19-ти лет б-ная вышла замуж. За 6 лет замужества больная не имела ни одной беременности. Б-ной себя считает с момента выхода замуж. Болезнь проявила себя резью при мочеиспускании и белыми; затем появились сильные боли в левом паху. Лечащие врачи диагностировали восходящую гонорею, от которой больная и лечилась несколько лет. Год тому назад в левой паховой области появилась небольшая красноватая флюктуирующая опухоль, вскоре же вскрытая врачом. В первые дни из разреза выходило много гноя. Со временем количество гноя уменьшилось, но отверстие не зарастало. Это и заставило б-ную обратиться в клинику.

Объективно: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания; органы дыхания, кровообращения и пищеварения в пределах нормы. При бимануальном исследовании найдено: матка в *anteflexio-versio et retropositio*. В правом своде никаких изменений не определялось, в левом — увеличенные, резко-болезненные малоподвижные придатки. Выделения слизистые. На передней стенке живота, в левой паховой области имеется свищ, легко проходимый для зонда. Края свища покрыты грануляционной тканью; при легком надавливании из него выделяется гной. Направление свища трудно определить, т. к. зонд глубже 5—6 см не проходит.

Во время пребывания в клинике лечение ограничивалось обычными перевязками. Однажды больная отметила, что после поставленной очистительной клизмы часть воды показалась через свищевое отверстие.

С целью выявления связи свища с маткой и его точного хода больной было произведено рентгенологическое исследование путем заполнения свища контрастным веществом, комбинированное с метросальпингографией. Рентгенологическое исследование показало наличие нескольких сравнительно объемистых грушеподобных слепых мешков, заполнившихся контрастным веществом; один из этих мешков расположен на уровне верхнего края правой половины крестца, второй — на уровне контура крыла левой подвздошной кости, ближе к крестцу и третий — меньших размеров — на уровне средней трети левого крестцово-подвздошного сочленения. Полости эти связаны между собой рядом извилистых ходов. Полость матки — небольших размеров, резко наклонена кпереди и смещена влево; правая фаллопиева труба не контурируется, левая контурируется на небольшом протяжении. Связи между маткой и свищевыми ходами — нет. Имеется связь с кишечником, в чем мы могли объективно убедиться при заполнении кишечника контрастной клизмой с *barium sulfuricum*; весьма небольшое количество контрастного вещества белого цвета выделилось через наружное отверстие свищевых ходов.

Б-ная была переведена в хирургическую клинику, где ей было произведено рассечение рубцовой ткани. Клемм на операции направлялся в гестит и через него очутился в заднем проходе. Вставлена турунда. После операции ежедневные перевязки; состояние больной удовлетворительное. При незаконченном лечении она была выпущена по ее личному желанию.

2. Б-ная И., 33 лет (ист. бол. № 1233 от 30/XI 1934 г.) Первые крови — с 14 лет, через 4 недели, по 3 дня — без болей. Последний раз были 23/XI 34 г. Вышла замуж на 16-м году. Беременна была 2 раза; имела одни срочные роды и внематочную беременность. После перенесенной 10/XII 33 г. операции по поводу прервавшейся внематочной беременности в рубце брюшной раны образовался свищ, который, несмотря на длительное лечение, не закрывался.

Объективно: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. По белой линии, ниже пупка, в рубце имеется свищ с омосоделыми краями, проходимый для толстого зонда на глубину 6—8 см. (рис. 1). Выделения обильно-гнойные. Бимануально: матка в *retroversio*, плохо контурируется, ограниченно-подвижна; в сводах ничего не определяется.

Для выяснения размера и топографии свища было предпринято рентгенологическое исследование. Снимки были сделаны в двух про-

екциях, передне-задней и боковой. Через наружное отверстие свища был введен 40% иодипин; этот же препарат введен в матку. На рентгенограммах (рис. 2) выявилась точная топография свищевого хода, размеры и форма ходов, а также состояние матки. Свищ представлял собой три небольших мешкообразных расширения, два из которых расположены были вертикально один под другим, соединялись между собой тонким ходом, причем нижний — был слепым; от верхнего мешкообразного расширения в сторону направлялся короткий тонкий ход, заканчивавшийся слепым мешкообразным расширением. Матка расположена левее свищевых ходов и значительно смещена влево. Фаллопиевы трубы не контурируются.

За время пребывания в клинике больную лечили расширением свища, промыванием 20% раствором протаргола, 1% — риванола, 30% — Arg. nitricum. 1/XII больная была выписана из клиники с почти закрывшимся свищом.

3. Б-ная X., 26 лет (ист. бол. № 367 от 29/III 35 г.). Первые крови с 16 лет, через 28 дней, по 3—4 дня. Последний раз крови были 17/II 35 г. Вышла замуж на 16-м году, беременна не была. 26/II 35 г. перенесла операцию удаления кисты яичника. 20/III 35 г. заметила покраснение в нижнем углу операционного рубца; в этом месте вскоре образовалась рана с обильным выделением серозно-гнойной жидкости. При осмотре живота найдено: по средней линии, на три пальца выше лобка — по рубцу имеется гнойная рана, в глубину проникающая до апоневроза. При легком надавливании из глубины выделяется гной. При внутреннем исследовании — матка в пределах нормы, несколько притянута вправо, ограниченно-подвижна; в правом своде определяется небольшой инфильтрат, слева — норма.

Произведенное рентгенологическое исследование (рис. 3) показало (снимки в двух проекциях), что тонкий дугообразный, выпуклостью обращенный кверху, свищевой ход направляется поверх матки и расширяется мешкообразно позади матки и несколько правее ее. Матка малых размеров; фаллопиевы трубы не контурируются. Со свищевым ходом и небольшим мешкообразным расширением последнего — матка не сообщается.

Лечение выражалось в ежедневных перевязках с гипертоническим раствором поваренной соли. Больная выписалась из клиники в удовлетворительном состоянии при хорошо гранулирующем свище.

4. Б-ная Н., 33 лет (ист. бол. № 1124 от 31/X 35 г.). Замужем вторично. С первым мужем жила 6 лет, со вторым — 3 года; беременна не была ни от первого мужа, ни от второго. Первые крови — с 13 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, без каких-либо расстройств. В декабре 1934 г. перенесла операцию удаления кисты, после которой у нее в области рубца на передней брюшной стенке остался свищ. Из свища выделяется гной.

Объективно: б-ная правильного сложения, хорошо упитана. На 3 пальца выше лобка по средней линии, в области послеоперационного рубца имеется свищевое отверстие, пропускающее зонд на глубину 3—5 см. Бимануально: матка слегка увеличена, подвижна, выделения гнойные. Левый свод сужен. В правом определяется опухоль величиной с куриное яйцо, болезненная, плотноватая, интимно спаянная с маткой. Неоднократное исследование гноя из свища не дало гонококков.

Рентгенологическое исследование (снимки в двух проекциях) дало точную картину хорошо видимого на снимке в боковой проекции (рис. 4) свищевого хода — длиной приблизительно в 8—6 см, представляющего собой дугообразную изогнутость, несколько расширяющуюся кзади, выпуклостью обращенную кверху и огибающую сверху матку. Матка — небольших размеров, резко оттянута влево, отклонена кпереди и несколько повернута вокруг оси; фаллопиевы трубы не контурируются. Сообщения свищевого хода с маткой не обнаружено.

Лечение выражалось в инъекции в свищ протаргола 20%, Arg. nitricum 1:1000, риванола 1%.

21/XI из свища выделилась шелковая лигатура. Постепенно выделение из свища уменьшилось, он становился менее глубоким; 9/XII больную выписали для домашнего лечения при еще не вполне закрывавшемся свище. Одновременно с улучшением состояния свища отмечено было уменьшение инфильтрата в правом влагалищном своде.

5. Б-ная К., 32 лет (ист. бол. № 209 от 26/1 39 г.). Первые крови пришли на 17-м году, приходили через 4 недели, по 5 дней — без каких-либо расстройств. На 17-м году вышла замуж; имела 7 беременностей, закончившиеся все срочными родами. Первые роды на 18-м году, последние — 3 месяца тому назад. Послеродовой период при последних родах осложнился воспалением придатков. Поступила в клинику с жалобами на боли в нижней части живота и опухоль на передней брюшной стенке в области правого паха.

У 6-ной кожные покровы бледно-желтые; питание удовлетворительное, телосложение правильное. Наружные половые органы в пределах нормы. Бимануально: матка в *tetropositio*, неподвижна, несколько увеличена; передний свод резко выпячен, нависает и занимает почти верхнюю треть влагалища; правый свод выполнен инфильтратом — немного мягковатым. На передней брюшной стенке, справа — вдоль подвздошной кости имеется выпячивание слегка красноватое, флюктуирующее. Температура у больной колеблется в пределах 36,2° утром и 38,6° — вечером. 27/1 произведен разрез в указанной области; удалено много гноя. Дальнейшее лечение выражалось в ежедневных перевязках, ваннах, назначении стрептоцида, в двукратном переливании крови по 100 см<sup>3</sup>, в промывании свища 2% перекисью водорода, риванолом 1:1000, гипертоническим раствором поваренной соли, в облучении синим светом. Состояние свища осталось прежним, гной выделялся временами обильно, временами в незначительном количестве. Глубина его варьировала при зондировании; тенденции к закрытию не наблюдалось. Состояние внутренних половых органов 19/III: в правом своде — плотный, бугристый инфильтрат; левый свод — свободен; матка плотная, небольшая, ограничена в подвижности и отодвинута влево и кзади.

23/III с целью определения хода свища и возможности оперирования его со стороны влагалища произведено рентгенологическое исследование. Вначале была заполнена 40% иодипином матка, давшая тень полости ее несколько увеличенных размеров, смещенной влево; обе фаллопиевы трубы хорошо контурируются, однако — непроходимы в конечных отделах. Введенный в свищевой ход зонд (рис. 5) проник на глубину (см. металлическую пометку у свищевого входа) приблизительно в 10—11 см — по правую сторону от матки. По удалении большого количества гноя из свищевого хода туда был введен 40% иодипин. Рентгенологическая картина (рис. № 6 и 7) показала больших размеров, причудливой формы косо-вертикально-расположенный, заполненный иодипином мешок с рядом боковых от него отходящих небольших извилистых, слепо заканчивающихся ходов. Упомянутое мешкообразное расширение расположено целиком на фоне правой подвздошной кости и книзу — на фоне малого таза — несколько более узким извилистым ходом соединяется со вторым мешкообразным расширением, расположенным горизонтально — позади и вблизи матки (боковой снимок и стереоскопия). Снимки указывают на отсутствие связи свищевых ходов с маткой.

На основании данных рентгенологического исследования была сделана попытка создания противоотверстия со стороны влагалища, но она не удалась. В ближайшие 15 дней после снимка при соответствующем консервативном (см. выше) лечении выделение гноя из свища постепенно уменьшалось, и к моменту выписки свищ закрылся. Исследование *per vaginam* в день выписки: матка в *anteflexio*, ограниченно-подвижна, в правом своде имеется плотный небольшой инфильтрат.

6. Больная С., 25 лет (ист. бол. № 334 от 7/II 39 г.).

Первые крови пришли на 14-м году, приходили через 3 недели и продолжались по 4 дня. Последние крови — 6 мес. тому назад. Замуж вышла на 20-м году. Беременная была 2 раза; первая беременность закончилась срочными родами, а последняя была внематочной. Больной себя считает с 25/X 38 г., когда была оперирована по поводу острого прерывания внематочной беременности. На 8-й день после операции внизу живота появилась плотная опухоль; через неделю она размягчилась и была вскрыта разрезом. Вышло много гноя. Лечилась около 3 месяцев, но свищ не закрывался, гной продолжал выделяться.



Рис. 1. Передне-задняя проекция. В свищ введен зонд.



Рис. 3. Боковая проекция. Свищ заполнен иодипином.



Рис. 2. Передне-задняя проекция, та же больная. Свищ заполнен иодипином.

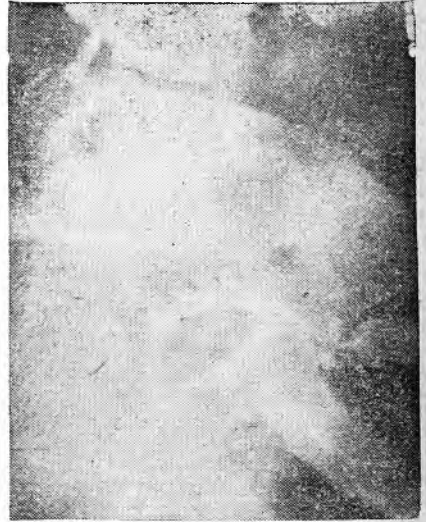


Рис. 4. Боковая проекция. Свищ заполнен иодипином.

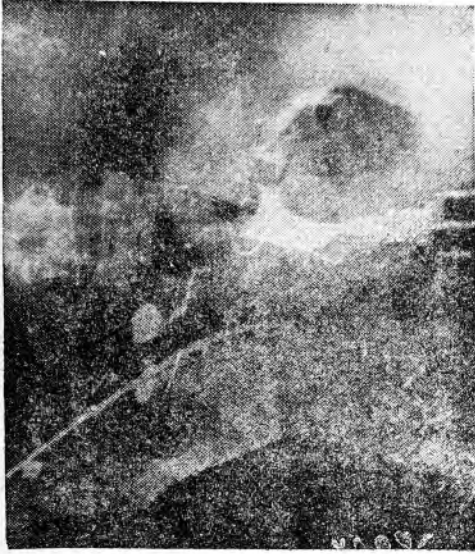


Рис. 5. Передне-задняя проекция.  
В свищ введен зонд.



Рис. 7. Боковая проекция. Та-же боль-  
ная. Свищ заполнен иодинолом.



Рис. 6. Передне-задняя проекция. Та-же  
больная. Свищ заполнен иодином.



Рис. 8. Передне-задняя проекция. Свищ заполнен иодолиполом.

Б-ная правильного телосложения, пониженного питания, бледная, Наружные половые органы — нормальны. Бимануально: шейка цилиндрической формы, тело матки не контурируется; в правом своде — плотный инфильтрат, переходящий в передний свод вплоть до лобковой кости; инфильтрат занимает и часть левого свода. Задний свод уплотнен. На передней стенке живота по белой линии, между лобком и пупком, в операционном рубце имеется свищевое отверстие; к низу от него определяется уплотнение, болезненное при надавливании. Ход свища трудно определить, зонд проходит на глубину 3—4 см. Из свища выделяется обильно гной. Лечение проводилось обычное: ежедневные перевязки с промыванием свища перекисью водорода, риванолом, облечение синим светом, аутогемотерапия.

В конце февраля б-ной была произведена метросальпингография в комбинации с наливкой свища. При введении контрастного вещества в матку определилась тень полости матки малых размеров. Зонд, введенный в свищевое отверстие, проник вглубь приблизительно на расстояние 4—5 см. При введении контрастного вещества в свищ обнаружилась картина сильно-извивающегося тонкого свищевого хода с мешкообразными расширениями на фоне левой подвздошной кости, горизонтально расположенные мешкообразные расширения на фоне малого таза впереди и позади матки (боковая проекция). Так как больная отметила отхождение газов через свищевое отверстие, то ей через некоторое время была введена клизма с контрастным веществом — *Barium sulfuricum*, который в незначительном количестве показался через свищевое отверстие. Этим было объективно установлено наличие связи свищевого хода с кишечником.

11/III б-ная переведена в хирургическую клинику с диагнозом: послеоперационный параметрит и брюшностеночный толстокишечный свищ. В связи с данными рентгенографии хирурги сочли операцию непоказанной, и после длительного консервативного лечения, приведшего к относительному улучшению состояния б-ной, она была выписана для амбулаторного лечения.

7. Б-ная X., 19 лет (ист. бол. № 2886 от 14/XI 39 г.).

Поступила в кл-ку с жалобами на боль в правой паховой области. Сама больная связывала свою болезнь с наличием опухоли в животе, которую она заметила месяца три тому назад. Опухоль была малых размеров, подвижная и не причиняла ей каких-либо расстройств. Менструации протекают нормально. Бимануально: матка малых размеров, в ретроверзии, ограниченно-подвижна; левый свод сужен. В правом своде определяется опухоль величиной с головку новорожденного, малоподвижная, болезненная, плотноватой консистенции. З/XII по поводу предполагаемой перекрученной кисты правого яичника сделана лапаротомия. Операцией диагноз не подтвердился. Состояние внутреннего аппарата оказалось в пределах нормы. Обнаружен хронический аппендицит с явлениями перфорации. Произведена аппендектомия. В виду наличия в брюшной полости небольших очагов гноя, последняя была дренирована тампоном из нижнего угла раны. В первые 15 дней после операции каких-либо серьезных расстройств со стороны общего состояния больной и заживления раны не было. Тампон на 9-й день удален; из раны выделялось обильное количество гноя; ежедневные перевязки раны с перекисью водорода, риванолом и проч., казалось, давали улучшение. Однако, дальнейшее течение показало, что свищ не обнаруживает тенденции к закрытию. Вплоть до 10/II 40 г. выделение гноя из свища не уменьшилось; глубина свища определялась проходимость зонда на 3—5 см. Края свища омосоленные, покрытые слегка кровоточащей грануляционной тканью.

С целью выявления хода и формы свища 11/II 40 г. была произведена метросальпингография в комбинации с наливкой и самого свища (рис. 8). Контрастное вещество (иодолипол 30%), введенное в матку, дает тень полости матки малых размеров, приближающуюся по форме к двурогой; контурируется левая фаллопиева труба, через которую контрастная масса попадает в брюшную полость и из-за наличия, повидимому, слипчивого процесса в области левых придатков, принимает разлитую причудливую форму. Иодолипол, введенный в свищ, дал изображение мешкообразной, вертикально расположенной доволь-

но объемистой слепо заканчивающейся полости в правой подвздошной области.

Исходя из данных рентгенограммы, можно сделать некоторые практические выводы для терапии: 1) свищ находится высоко, почти в области *lin. terminalis*; доступа для оперативного вмешательства со стороны влагалища здесь не может быть; 2) радикальное оперативное лечение вряд ли возможно и со стороны передней брюшной стенки (в виду большой глубины свища); 3) единственно правильным остается консервативное лечение, которому и подвергается в настоящее время больная, находящаяся еще в клинике.

Применявшаяся нами техника подготовки больных к снимку и заполнения контрастным веществом полости матки совершенно аналогична технике, подробно описанной нами в статье, помещенной в № 6 „Казанск. мед. журнала“ за 1931 год. По заполнении матки нами производился первый предварительный — ориентировочный снимок, обычно, с введенным при этом металлическим зондом в свищевой ход для определения его глубины, направления и взаимоотношения его с тенью заполненной полости матки; на входное отверстие свища — с боков его — прикладывались две свинцовых маленьких прямоугольных пластинки, как опознавательные знаки входного отверстия на снимке. Следующий снимок производился непосредственно после заполнения свища контрастным веществом; предварительно удалялся из свища гной. Если входное отверстие было велико, то на зонд надевался специальный наконечник (можно наконечник от шприца Тарновского), позволявший закупорить плотно входное отверстие свища, чем предотвращалась возможность вытекания наружу контрастного вещества. Снимок производился, обычно, в двух проекциях — в положении на спине и в боковой (полукося) проекции, что значительно облегчало выявление взаимоотношений между свищевыми ходами и маткой и между отдельными ходами свища. Для большего уточнения мы, в части случаев, прибегли к стереоскопическим снимкам. Случаев каких-либо осложнений в связи с примененным методом исследования мы не наблюдали.

На основании нашего материала мы полагаем возможным сделать следующие выводы:

1. Контрастный метод исследования уточняет, сравнительно с клиническими данными, ход свища, выявляя точно топографию его, что особенно важно при многокамерности — и дает ясное понятие о размерах и форме ходов.

2. Этот метод является наиболее объективным для определения связи свищевых ходов с маткой или кишечником.

3. Рентгеновская картина определяет возможность и целесообразность оперативного вмешательства, вообще, — и возможность оперативного доступа к свищу со стороны влагалища.

4. Этот метод дает возможность проверить (объективно-графически) правильность клинической оценки состояния свища при выписке и имеет значение для уточнения состояния временной нетрудоспособности или временной инвалидности.

Поступила 25.III. 1940.