

1943, 1.— 38. Резолюция VI сессии нейрохир. совета. *Вопр. нейрохир.*, 1944, 2.— 39. С а м о т о к и н Б. А. Хирургия поврежд. нервной системы. Медгиз, М., 1959; В кн.: Частная хирургия. Медгиз, М., 1962.— 40. Т э р и а н К. Г. *Вопр. нейрохир.*, 1943, 5; *Тр. АМН СССР*, 1951, т. XIV, 182—203.— 41. У г р ю м о в В. М., В а с к и н И. С., А б р а к о в Л. В. Оперативная нейрохирургия. Медгиз, М., 1959.— 42. Ф и л е н к о Е. М. Хирургия, 1956, 7.— 43. Х а н д р и к о в а Т. Г. *Хир. леч. последствий огнестр. ранен. боков. желу- дочков головн. мозга.* Медгиз, М., 1953.— 44. Ч а п л и н с к и й В. В. Хирургия, 1959, 12.— 45. Ч и к о в а н и К. П. *Тр. II научн. конф. врачей эвакогоспиталей НКЗ Груз. ССР.* Тбилиси, 1944.— 46. Ш а м о в В. Н. Военно-санитарное дело, 1942, 4—5.— 47. Ш е ф е р Д. Г. В кн.: Опыт сов. мед. в Вел. Отеч. войне 1941—1945 гг., Медгиз, М., 1950, т. 4, 256—258.— 48. Ш л ы к о в А. А. *Вопр. нейрохир.*, 1943, 6.— 49. Э м д и н П. И. *Вопр. нейрохир.*, 1943, 1; В кн.: Военная медицина глубокой тыла в Отеч. войну. Ташкент, 1949.— 50. G u l e k e N. *Dtsch. med. Wschr.* 1943, 1, 319—323.— 51. H a b e r e r H. *Münch. med. Wschr.*, 1942, 1, 437—442.— 52. J e n t z e r A. *Schweiz. med. Wschr.*, 1940, 27, 648—652.— 53. K e n n e d y R. *Annals of surgery*, 1941, 113, 6, 942—954.— 54. K r o l l F.-W., K u h l e n d a h l H. *Münch. med. Wschr.*, 1943, 1, 277—279.— 55. P i q u e t M., D e r e u x N. *Acad. Mem. Acad. Chir.*, 1941, 67, 57—60.— 56. R i e c h e r t T. *Arch. klin. Chir.*, 1944, Bd. 205, H. 4, 603—635.— 57. T ö n n i s W., S c h ü r m a n n K. *Die Erkrankungen des Schädels und Gehirns. Lehrbuch die Chirurgie.* Jena, 1956, 1, 253—363.— 58. V i n c e n t C. *Mem. Acad. Chir.*, 1939, 65, 1034—1042.

УДК 618.15—616—089.844

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О КОЛЬПОПОЭЗЕ

Доц. Л. А. Козлов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, научный консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Историю развития методов создания искусственного влагалища принято делить на два периода: первый — доантисептический, от древних времен до внедрения в практику медицины антисептики и асептики, которые привели к бурному расцвету хирургии, и второй — современный, антисептический и асептический период, начало которого приурочивают к 1872 г. [1, 34, 39].

Первый период характеризовался тем, что все манипуляции сводились к созданию хода для выведения скопившейся в матке крови. Ход создавали проколом тканей промежности или через прямую кишку. Результаты таких операций были настолько плачевными, что врачи предпочитали «сидеть сложа руки и предоставлять таких несчастных женщин своей судьбе, чем подвергать их операции» (К. Н. Рабинович, 1939). Наивысшим достижением этого периода было предложенное Дюпоитреном в 1817 г. создание канала в пузырно-прямокишечной клетчатке расслоением тканей. В дальнейшем для предупреждения последующего зарастания этого канала многие хирурги применяли длительную тампонаду, дилатацию его или ношение протезов.

Успехи хирургии с внедрением антисептики и асептики позволили прийти к принципиально новым методам создания искусственного влагалища; стало возможным пересаживать в создаваемый канал различные ткани и тем самым предупреждать его зарастание.

Русские врачи первыми предложили ряд оригинальных методик, которые затем получили развитие в работах как отечественных, так и зарубежных авторов.

Все применявшиеся когда-либо методы создания искусственного влагалища можно разделить на 4 группы.

I. А у т о п л а с т и ч е с к и е с п о с о б ы. В эту группу входят способы создания искусственного влагалища из кожи, отрезков кишечника, брюшины, мочевого пузыря, расширенной уретры и рудиментов матки.

Первым подобную операцию выполнил в 1872 г. К. Ф. Гепнер, пересадив на ножке кожные лоскуты с больших половых губ и внутренних поверхностей бедер. С этой операции собственно и начинается новый этап в развитии оперативного кольпопоза. В 1888 г. С. Г. Шалита рекомендовал создавать влагалище из свободно пересаживаемых лоскутов кожи. В 1891 г. В. Ф. Снегирев применил для образования искусственного влагалища отрезок прямой кишки. Эта операция положила начало использованию толстого кишечника для кольпопоза. В 1893 г. Кюстнер (Дерпт) пересадил в канал будущего влагалища слизистую оболочку малых половых губ. В 1897 г. Д. О. Отт впервые создал влагалище из брюшины. В 1904 г. американец Балдвин предложил использовать отрезок тонкой кишки. Ему же принадлежит идея создания влагалища из сигмовидной кишки. В 1927 г. Н. В. Марков сделал влагалище из стенки мочевого

пузыря, в 1930 г. К. Ф. Богуш — из рудиментов матки, в 1937 г. Кнаус — из расширенной уретры. Эти три способа не нашли применения.

II. Гомопластические способы. Кюстнер (1888), Макенрод (1896), Шеффер (1906), Шварц (1912), Бояджиев (1950) предлагали использовать для кольпопоза слизистую оболочку влагалища, взятую от других женщин во время пластических операций, Кремер (1912) — отрезок кишки, резецированной у другой женщины, Дрейфус (1912) — грибевой мешок мужчины, Бриндо (1934) — околоплодные оболочки, В. И. Сазонтов (1940) — стенку серозной кисты, М. В. Дубнов и А. А. Раков (1964) — консервированный перикард.

III. Гетеропластические способы. Эту группу составляют безуспешные попытки выстлать канал будущего влагалища тканями, взятыми от животных, и предложение Н. Л. Капелюшник использовать синтетические материалы (капроновую сетку и т. п.).

IV. Предложения образовывать искусственное влагалище путем постоянного давления и растяжения различными способами тканей преддверия влагалища (Амюса, Франк, Б. Ф. Шерстнев).

Ни один из этих методов не смог удовлетворить практического врача, и вопрос о выборе способа кольпопоза остается дискуссионным.

Если проследить хронологически развитие операции кольпопоза, то выявится следующая картина.

Хотя первые пластические операции, выполненные с применением кожных лоскутов, и были одобрены таким известным гинекологом, как Г. Е. Рейн, они довольно скоро отошли на второй план. Этому способствовало предложение К. Ф. Снегирева использовать для создания влагалища отрезок прямой кишки. Метод получил дальнейшее развитие в работах Д. Д. Попова, Шуберта, А. Э. Мандельштама. Параллельно Балдвин стал применять отрезок тонкой кишки. Мори, Константины, А. В. Тихонович, К. Н. Рабинович, В. С. Груздев поддержали его идею и усовершенствовали методику.

До 1940 г. хирурги всех стран спорили, какому из этих двух кишечных способов отдать предпочтение. И тот, и другой были сложны и опасны. По данным В. И. Копилевича за 1928 г., смертность при тонкокишечном кольпопозе колебалась от 9,3 до 21,8%, а при прямокишечном — от 6,6 до 9,6%. Частым осложнением этих операций является недержание кала и газов, каловые свищи, кишечная непроходимость. Однако сторонники кишечного кольпопоза, разрабатывающие сигмоидальный способ, совершенствуют методику от операции к операции и сообщают о значительном снижении осложнений и смертельных исходов. По М. С. Александрову из 275 оперированных умерло 6 (2,18%), по Е. Е. Гиговскому из 200—1 (0,5%).

А. Э. Мандельштам, оперировавший с 1922 по 1947 г. по прямокишечному способу в собственной модификации, в дальнейшем отдал предпочтение сигмоидальному кольпопозу.

В последние годы вновь заговорили о других способах, так как убедились в трудности кишечного кольпопоза и в невозможности полностью избежать всех тех осложнений, которые неизменно возникают при работе с кишечником даже у хирургов-виртуозов. По сообщению И. Н. Рембеза (1961), из 4 женщин, оперированных по сигмоидальному методу, умерла 1, а по А. Э. Мандельштаму (1966) из 78 умерли 2 (2,56%) и у 4 (5%) образовались кишечные свищи.

Эпоху пластического образования искусственного влагалища открыл К. Ф. Гелнер в 1872 г., пересадив в канал кожные лоскуты на ножке.

Более перспективным оказалось предложение С. Г. Шалита использовать свободную пересадку кожных лоскутов, взятых по Тиршу. Лоскуты кожи, взятые с различных участков тела (бедро, живот, плечо, ягодицы, половые губы), укреплялись на стенках канала с помощью различной формы протезов, что способствовало их приживлению.

Усиленное и успешное развитие этого способа началось с сообщения в 1930 г. Киршнером и Вагнером о свободной пересадке большого кожного лоскута на губчатом протезе [4, 35].

Горячими сторонниками свободной кожной пересадки в нашей стране являются А. Ф. Покровский и особенно И. И. Грищенко и З. И. Замятина, которые вот уже более 30 лет пропагандируют этот способ как наиболее эффективный. Они располагают данными о результатах более 100 операций не только без летальных исходов, но и с полным отсутствием тяжелых осложнений. Доклад И. И. Грищенко получил одобрение на III Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов, состоявшемся в Вене в 1961 г.

По сообщениям чешских и американских ученых, за последние 10 лет кожный кольпопоз вытесняет кишечный [51, 53, 61, 63], а в Англии сигмоидальный кольпопоз не применяется вовсе [56]. Этот факт подкрепляет установки отечественных акушеров [27] о необходимости разработки операции кожного кольпопоза.

За последние годы неоднократно делались попытки возобновить способ кольпопоза из брюшины. Эта операция, впервые выполненная Д. О. Оттом в 1897 г., была повторена К. Ф. Богушем в 1930 г., М. И. Ксидо в 1933 г., Гловински в 1937 г., Жененом в 1957 г. В 60-х годах эта операция получила развитие в работах отечественных ученых [9, 16, 23]. Примечательно, что длительное время применявшийся к акушерско-гинекологической клинике Ленинградского ГИДУВа кишечный кольпопоз (прямокишечный, а затем сигмоидальный) в настоящее время оставлен вовсе и заменен брюшинным [16, 26].

Известно также из устных сообщений, что во ВНИИАГе (Москва) отказались от травматичного сигмоидального кольпопоза и применяют брюшинный метод.

Еще более заманчивым казалось предложение Бридо и Бюргера использовать для выстилки стенок канала околоплодных оболочек. Отечественными акушерами выполнено 85 таких операций с различным эффектом [3, 17, 21, 24, 45].

Попытка Казанской акушерско-гинекологической клиники им. проф. В. С. Груздева (проф. П. В. Маненков) создать искусственное влагалище путем применения брюшины, околоплодных оболочек и первородной смазки не увенчалась успехом.

Предложение Н. Л. Капелюшник применить капроновую сетку для удержания канала от зарращения является попыткой усовершенствовать кольпопоз путем расслоения тканей пузырно-прямокишечного пространства и длительным поддержанием длины и диаметра раневого канала протезом, не прибегая к пересадке тканей. Это предложение нуждается в тщательном изучении.

В 1966 г. Б. Ф. Шерстнев возродил идею бескровного кольпопоза. Впервые эту мысль высказал и реализовал Амюса в 1832 г., в 1938 г. к ней вернулся Франк. Сущность метода заключается в постепенном растяжении вдавливанием различными способами тканей преддверия вглубь и образовании углубления, выполняющего функцию влагалища. Такая возможность имеется, ибо Л. Н. Соболевой описан случай сожительства супругов в течение 16 лет при отсутствии влагалища. Автор пишет: «...под влиянием половой жизни задняя часть fossae navicularis и передняя стенка gesti растянулись, втянулись в прямую кишку и образовали род влагалища, вполне пригодного для coitus'a» [41]. Наблюдение это интересно в том отношении, что невольно возникает вопрос: имеет ли смысл подвергать подобных больных всякого рода операциям, если имеется возможность создать искусственное влагалище бескровным путем?

Амюса производил давление пальцами, Франк — специальным протезом, Б. Ф. Шерстнев сконструировал специальный аппарат, который назвал «кольпоэлонгатор». Если результаты подтверждаются в руках других авторов и получают признание на практике, то проблема бережного создания влагалища будет успешно решена.

Находящийся в тени кожный кольпопоз обретает в последние годы все больше и больше приверженцев. Особенно это заметно в США, где он почти полностью вытеснил кишечный кольпопоз. Следует обратить внимание также на хорошие результаты, полученные отечественными авторами, применяющими свободную пластичку тонким кожным лоскутом, и шире применять этот безопасный способ на практике, совершенствуя методику операции.

Кольпопоз расщеплением тканей с последующей самопроизвольной эпителизацией уже почти не находит приверженцев. Теоретически предполагается и практически наблюдается длительная эпителизация раневой поверхности длинного канала, чего не бывает при покрытии его кожей. Можно лишь указать на работы Зикарда и соавт., в которых приводятся успешные результаты операций, выполненных по данному способу [64, 65].

Однако Д. С. Дин (Am. J. Obstet. Gynec., 1969, 103, 7, 930—934), испробовав безрезультатно способ Франка, расщепил ткани и в канале будущего влагалища держал 6 месяцев полиэтиленовый протез. Наступила эпителизация нижних двух третей канала. После извлечения протеза верхняя непокрытая эпителием треть влагалища атрезировалась. Автору пришлось прибегнуть к третьей операции: восстановив проходимость канала, он покрыл стенки свободным кожным лоскутом и получил хороший эффект. В следующей раз автор использовал только кожнопластический метод и также получил хороший результат.

Кольпопоз из брюшины и околоплодных оболочек еще недостаточно разработан. Кроме того, первый, связанный с вскрытием брюшной полости, представляет известную опасность.

С нашей точки зрения особенно перспективным выглядит кольпопоз из тонкого кожного лоскута, взятого дерматомом, по типу свободной аутопластики. Дерматом позволяет снять кожный лоскут, во-первых, желаемой толщины и, во-вторых, обладающий равномерной толщиной на всем протяжении. Эти два момента весьма существенны для достижения хорошего приживления кожного лоскута. В этом убеждают как успехи современной пластической хирургии [5, 8, 13, 30], так и весьма ободряющий положительный опыт в этом способе кольпопоза некоторых авторов [14, 19, 51]. Однако этот метод кольпопоза еще окончательно не доработан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М. С. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки. Медгиз, М., 1955; Акуш. и гинек., 1961, 4; Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1961, 10.—2. Алферов М. В. Журн. акуш. и ж. б., 1934, 4.—3. Арист И. Д. Акуш. и гинек., 1956, 4; 1963, 2.—4. Астраханский В. А. Сов. хир., 1936, 9.—5. Блохин Н. Н. Кожная пластика. Медгиз, М., 1955.—6. Богуш К. Ф. Журн. совр. хир., 1930, 4.—7. Брауде И. Л. Руководство по акуш. и гинек., 1961, т. 6.—8. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии. Прага, 1967.—9. Вербенко А. А. Материалы годичн. научно-практ. конф. 6-й клин. больницы. Москва, 1967.—10. Витебский Я. Д. Акуш. и гинек., 1959, 2; 1966, 5.—11. Гелпнер К. Ф. St. Petersburg Medizin Zeitschrift, 1872, т. 3, кн. 1, 522.—12. Гиговский Е. Е. Однорукавный метод образования влагалища у женщины

из сигмовидной кишки Медгиз, М., 1963; Акуш. и гинек., 1949, 1; 1955, 5; 1966, 5.—
13. Гнилорыбов Т. Е. Пластика свободным кожным лоскутом. Минск, 1968.—
14. Грищенко И. И. Образование искусственного влагалища по методу кожно-эпидер-
мальной аутотрансплантации. Докт. дисс., Харьков, 1940; Separatum aus den Berichten-
Proceedings-Rapports III. Weltkongress für Gynäkologie und Geburtshilfe. Wien, 1961.—
15. Груздев В. С. Тр. I Поволжского съезда врачей в Казани, 1923; Казанский мед. ж.,
1926, 2; 1928, 8; 1933, 7.—16. Давыдов С. Н. Акуш. и гинек., 1969, 12.—17. Д о б р о т-
тин С. С. Сб. научн. работ каф. акуш. и гинек. Горьковского мед. ин-та, 1960, в. 2.—
18. Дубнов М. В., Раков А. А. Тез. докл. к XVI научн. сессии ин-та акуш. и гинек.
АМН СССР, 1964.—19. Замятина З. И. Акуш. и гинек., 1955, 5; 1964, 3.—20. И о с е-
лиани Г. Д. Тр. ин-та экспер. и клин. хир. и гемат. Груз. ССР, Тбилиси, 1956, т. 6.—21.
Капелюшник Н. Л. Акуш. и гинек., 1964; 6; Казанский мед. ж., 1965, 3.—22. К о п и-
левич В. И. Юб. хир. сб. проф. Н. А. Богораза. Ростов-на-Дону, 1928.—23. Кочер-
гинский А. З. Тез. докл. 8-й научн. сесс. Кишиневского мед. ин-та, 1960; Здравоохра-
нение (Кишинев), 1960, 6.—24. Кривицкий Я. Е., Завершинская Л. И.
Казанский мед. ж., 1963, 3.—25. Ксидо М. И. Гинек. и акуш., 1933, 4.—26. М а н-
дельштам А. Э. Образование искусственного влагалища по прямокишечному методу.
Л., 1938; Сб. тр. каф. акуш. и гинек. Ленинградского ГИДУВа им. С. М. Кирова, 1966,
в. 47.—27. Маненков П. В. Руководство по акуш. и гинек., 1961, т. 6 (примечание
титального редактора); Казанский мед. ж., 1963, 4; Итоги клинического опыта. Казань,
1968.—28. Марков Н. Врач. газета, 1926, 14; Журн. акуш. и ж. б., 1929, 1.—
29. Отт Д. О. Врач, 1898, 10.—30. Парин Б. В. Хир., 1943, 5—6.—31. Петербург-
ский Ф. Е. Тр. 20-й годичн. научн. сессии ин-та. Свердловск, 1957; Вопр. сов. хир.
(Киевский ин-т усоверш. вр.). Киев, 1967, в. 4.—32. Покровский А. Ф. Акуш.
и гинек., 1940, 9.—33. Попов Д. Д. Русский врач, 1909, 43; Операция образования
искусственного влагалища из прямой кишки. СПб., 1910.—34. Рабинович К. Н.
Операция образования искусственного влагалища. Л., Медгиз, 1939.—35. Рафикова.
Акуш. и гинек., 1936, 12.—36. Рембез И. Н. Докл. и сообщ. Ужгородск. гос. ун-та.
Ужгород, 1961.—37. Рейн Г. Е. 25-летие ученой деят. проф. Г. Е. Рейна. Сб. работ.
Киев, 1900.—38. Сазонтов В. И. Акуш. и гинек., 1940, 9.—39. Сицинский А. А.
Журн. акуш. и ж. б., 1899, т. 13.—40. Снегирев В. Ф. Новый способ образования
искусственного влагалища. М., 1892.—41. Соболева Л. Н. Казанский мед. ж., 1926,
2; Мед. ж. Казахстана, 1933, 1.—42. Тихонович А. В. Журн. акуш. и ж. б., 1925,
4; 1927, 3.—43. Шалита С. Г. Врач, 1888, 36.—44. Шерстнев Б. Ф. Акуш. и гинек.,
1967, 11.—45. Шуб Р. Л. Сб. научн. работ Рижского мед. ин-та,
1961, т. 2.—46. Юдин С. С. Вест. хир. и погран. обл., 1925, 13;
Гинек. и акуш., 1926, 4—5; 1934, 2.—47. Янкелевич Я. Е. Тез. докл.
дорожн. научн.-практ. конф. врачей. Киев, 1963; Акуш. и гинек., 1964, 6; 1968, 8.—48.
Baldwin J. F. Surg. Gynec. Obstet, 1927, 4, 569—570.—49. Brineau A.
Zbl. f. Gyn., 1935, 20, 1196.—50. Burger K. Ibid., 1937, 42, 2437—2440.—
51. Cali R. W., Pratt J. H. Am. J. Obstet. Gynec., 1968, 100, 6, 752—763.—52.
Constantini H. Bull. et mem. de la Soc. de chir. de Paris, 1923, 49, 1219, 1926, 52,
571—673.—53. Demjen S., Hudkovic A., Pontuch A. Acta chir. plast., 1966,
8, 3, 211—213.—54. Gilmer L. Zbl. Gynäk., 1932, 38, 2328—2329.—55.
Glowinski M. Ginek. pol., 1937, 16, 683—687; Zbl. Gynäk., 1937, 42, 2440.—
56. Jacson I. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwllth. 1965, 72, 3, 336—341.—57. Kirsch-
ner M., Wagner G. Zbl. Gynäk., 1930, 43, 2690—2696.—58. Knaus H. Ibid., 1937,
B. 61, 2540—2545.—59. Küstner O. Ibid., 1893, 23, 533—534.—60. Langer H. Ibid.,
1960, 10, 374—386.—61. Leduc B., Campenhou J., Simard R. Am. J. Obstet. Gynec.,
1968, 100, 4, 512—520.—62. Mori M. Zbl. Gynäk., 1909, 33, 5, 172—174; 1910, 34, 1,
11—12.—63. Page E. W., Owsley J. Q. Am. J. Obstet. Gynec., 1969, 105, 5,
774—785.—64. Sicard A., Bardou G. La Presse Medicale, 1954, 78, 1625—1627.—
65. Sicard A., Marsan C. Ibid., 1966, 74, 39, 5—9.—66. Schubert G. Die
Künstliche Scheidenbildung aus dem Mastdarm nach Schubert. Stuttgart, 1936.—67. War-
nece K. Zbl. Gynäk., 1932, 7, 416—418.—68. Westman A. Zbl. Gynäk., 1934, 48,
2843—2845.