

введением в мочево́й пу́зырь 5% раствора новокаина в количестве 100—150 мл. Косым разрезом в подвздошной области рассекается кожа, подкожная клетчатка, апоневроз наружной косой мышцы, внутренняя косая и поперечная мышцы живота. После рассечения поперечной фасции брюшинный листок отодвигается кнутри. Мочеточник обнажается над подвздошными сосудами. Мочеточник мобилизуют до места повреждения и отсекают. В почечный конец мочеточника подводится резиновый дренаж — детский катетер — для отведения мочи. Затем внебрюшинно же подходят к передне-боковой стенке мочевого пузыря и выкраивают лоскут шириной не менее 2 см и длиной соответственно дефекту мочеточника. Основание лоскута расположено у верхушки пузыря (рис. 1). Лоскут откидывается по направлению к мочеточнику.

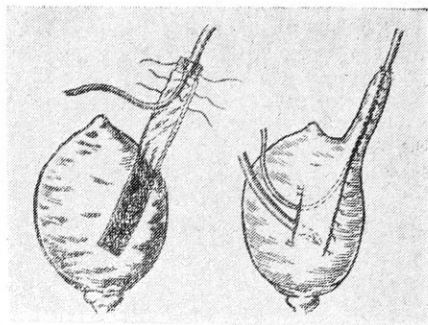


Рис. 1.

С конца пузырного лоскута удаляют слизистую оболочку в пределах 1—1,5 см. Мочеточник с введенным в него детским катетером укладывают на демукозированное ложе лоскута и фиксируют 4 кетгутовыми швами. Затем края пузырного лоскута сшиваются над катетером, как это показано схематично на рис. 1.

Мочевой пузырь дренируется через дополнительный пузырный разрез, откуда выводится наружу и дренаж мочеточника — детский катетер. К месту соединения мочеточника с лоскутом и в нижний угол раны подводят резиновые дренажи (2—3) сроком до 1—2 недель. Рана послойно ушивается до дренажных трубок.

После операции иногда наблюдаются или образование сужений в месте соединения мочеточника с пузырным лоскутом, или мочевые свищи. Согласно литературным данным, сужения наблюдаются сравнительно редко, чаще возникают мочевые свищи.

Образование мочевых свищей, по нашему мнению, зависит от срока дренирования мочеточника. Чем раньше удаляется катетер — дренаж мочеточника, тем больше возможностей для возникновения мочевых свищей. По мнению большинства авторов, наиболее благоприятный срок дренирования мочеточника с целью профилактики мочевых свищей равен 10—12 дням. В целесообразности продолжительного дренирования мочеточника мы также убедились на основании своих 4 наблюдений.

Наши наблюдения, хотя и малочисленны, все же позволяют считать операцию Ван-Гук-Боари методом выбора при указанных заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блатной Х. П. Тр. Республ. конф. урологов. Киев, 1962. — 2. Деревянко И. М. Урология. 1958, 6. — 3. Кан Д. В. Актуальные вопросы урологии. Медгиз, М., 1962. — 4. Погорелко И. П. Тез. докл. IV Всесоюз. конф. урологов. М., 1961. — 5. Пытель Ю. А. Вест. хир. 1959, 11. — 6. Робустов Д. В. Тез. докл. IV конф. урологов. 1961. — 7. Фрумкин А. П. Опыт сов. мед. в Отеч. войне 1941—1945 гг., том 13, М., Медгиз, 1950.

Поступила 26 декабря 1963 г.

УДК 618.15—089.844

НАШ ОПЫТ ОБРАЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

Н. Л. Капелюшник

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос об образовании искусственного влагалища, поднятый проф. П. В. Маненковым на страницах Казанского медицинского журнала (1963, 4), заслуживает внимания.

Многочисленные модификации кольпопоза с использованием отрезка тонкой или толстой кишки по сей день чреваты грозными осложнениями. Смертность остается довольно высокой: по Балдвину от 10 до 28,6%, по Попову-Шуберту — от 5 до 10,7%, по Руге — от 2,3 до 3,4%, по Александрову — 2,3—1,9% (Е. Е. Гиговский, 1963).

Предложенная проф. Е. Е. Гиговским методика сигмоидального кольпопоза снизила процент летальности до 0,6%, а процент осложнений — до 6%, однако даже в руках самого автора не устраняла полностью угрозы смертельных осложнений.

В акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина за последние 10 лет была произведена только одна операция кольпопоза одномоментным трехэтапным способом из сигмовидной кишки у женщины 21 года с агенезией влагалища. Несмотря на широкое применение антибиотиков, на 13-й день после операции больная погибла от общего острого фибринозно-калового перитонита.

Тяжелые психические переживания, которым подвержены женщины с агенезией влагалища, побуждают врачей к дальнейшему совершенствованию кольпопоза.

Успехи химии в производстве новых видов синтетических пластических материалов открыли большие перспективы для восстановительной хирургии в широком аспекте и, в частности, для изыскания нового трансплантата для пластики влагалища при искусственном образовании его.

Для аллопластики хирурги используют монолитные или сетчатые (пористые) протезы из полимеров (Н. З. Монаков, 1958; В. С. Крылов, 1958; Т. Т. Даурова, 1958; В. А. Жмур, 1959; В. М. Буянов, 1959; А. Г. Губанов, 1960, и др.).

Сетчатые протезы вызывают регенерацию тканевых элементов и как бы «вживаются» в организм. При этом вредного влияния, blastоогенного действия аллопластических материалов на организм не отмечено (Н. З. Монаков, 1958; А. Н. Вишневский, 1964).

Применение плодных оболочек подкупало нас простотой техники и безопасностью для здоровья женщины. На протяжении 10 лет кольпопоз с плодными оболочками был произведен у 17 женщин с агенезией влагалища. Однако отдаленные результаты проведенных операций не удовлетворили клинику. У ряда больных отмечалось сужение верхней трети влагалища, затруднявшее половую жизнь. Это заставило нас искать пластические материалы для кольпопоза, которые предотвратили бы заращение вновь образованного канала.

С 1961 г. наша кафедра применяет высокомолекулярные соединения в виде пористых каркасов из капрона и лавсана для пластики искусственного влагалища.

В экспериментах на кроликах мы изучали «вживаемость» тканей влагалища в ряд аллопластиков: поливинил-формаль, поролон, лавсановую и капроновую сетки. Быстрее всего «вживаемость» тканей влагалища отмечалась в сетчатые каркасы из капрона и лавсана. Воспалительная реакция в тканях была незначительной, какого-либо вредного влияния на организм животного не отмечалось. Влагалищная трубка, протезированная капроновой или лавсановой сеткой, была эластичной, рубцового сужения не наблюдалось.

Основываясь на данных экспериментального исследования, мы применили капроновую и лавсановую сетки для образования искусственного влагалища у 9 женщин с атрезией (агенезией) влагалища в возрасте от 20 до 30 лет.

Телосложение у всех было правильное, вторичные половые признаки выражены нормально, половое влечение отсутствовало только у одной. Матка и придатки при ректально-брюшностеночном исследовании не определялись. При пневмоперитонеумграфии, проведенной у двух женщин, тело матки определялось в виде поперечного тяжа. Обратиться за врачебной помощью женщины заставило отсутствие менструации и невозможность половой жизни.

Операции кольпопоза производились под двухсторонней пудендалной и местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина с премедикацией литической смесью (раствора промедола 2% — 2 мл, димедрола 2% — 2 мл, атропина 0,1% — 1 мл), вводимой внутримышечно за 45 минут до операции.

Техника операции. Между мочевым пузырем и прямой кишкой делался поперечный разрез слизистой входа во влагалище. Край слизистой отсепаровывалась в сторону уретры и задней спайки. Острым и тупым путем расслаивалась клетчатка между мочевым пузырем (с введенным катетером) и прямой кишкой до брыжины заднего Дугласова кармана на глубину 10—12 см и диаметром 4—5 см. После тщательного гемостаза в созданный канал вставлялся стерильный, сшитый в виде мешка, протез из капроновой или лавсановой сетки. Последний подшивался несколькими узловатыми кетгутowymi швами к слизистой входа во влагалище.

Для тесного прилегания капроновой или лавсановой сетки к стенкам вагины в образованный канал вставлялся каркас из полистилена длиной 12 см, диаметром 4 см, стерилизованный путем автоклавирования. Каркас из полистилена оставался во влагалище на месяц. С 9—10 дня после операции больная начинала ходить с каркасом.

С целью профилактики инфекции в первые 5—6 дней после операции вводился пенициллин по 600 тысяч ед. внутримышечно в сутки. Влагалище ежедневно промывалось каким-либо дезинфицирующим раствором через отверстия, имевшиеся в полистиленовом каркасе. После удаления каркаса влагалище через 1—2 дня промывалось раствором фурациллина 1:5000 и в него вставлялся тампон с 2% синтомициновой эмульсией.

У всех оперированных женщин послеоперационный период протекал без осложнений. Через месяц после операции отмечалось вживание тканей влагалища в капроновую или лавсановую сетку и эпителизация нижних отделов влагалища. Влагали-

ше было емким, длиной 10—11 см, диаметром 3,5—4 см. Стенки вагины бледно-розового цвета, блестящие, не кровоточащие. Половая жизнь разрешалась с первых же дней после выписки из стационара.

Сроки наблюдения за данными больными от 3 месяцев до 2,5 лет. Все больные нормально живут половой жизнью. Влагалище сохраняет полученные при операции размеры; сужения, рубцевания его не происходит. Микроскопически и при осмотре кольпоскопом отмечается эпителизация стенок нижних двух третей влагалища.

Гистологическое исследование кусочков, взятых из этих отделов влагалища, подтверждает наличие здесь многослойного плоского эпителия. Дальнейшие наблюдения покажут, распространяется ли эпителизация на верхние отделы влагалища.

Благоприятные исходы операций, простота техники, отсутствие послеоперационных осложнений, быстрое восстановление функций влагалища дают основание предложить аллопластику влагалища для более широкой проверки в эксперименте и клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиговский Е. Е. Однорукавный метод образования влагалища у женщины из сигмовидной кишки. Медгиз, М., 1963.
2. Губанов А. Г. Нов. хир. арх. 1960, 3.
3. Даурова Т. Т. Экспер. хир. 1958, 6.
4. Жмур В. А. и Буянов В. М. Вест. хир. им. Грекова, 1959, 4.
5. Крылов В. С. Тез. докл. Всеросс. съезда хирургов, Ленинград, 1958.
6. Монаков Н. З. Там же.

Поступила 13 мая 1964 г.

УДК * 618.346—007.251—616.089.888.15

МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАННЕМ ОТХОЖДЕНИИ ВОД

З. Н. Якубова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Х. Х. Мешеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Раннее излитие околоплодных вод нередко является серьезной акушерской патологией, омрачающей прогноз родов для матери и особенно для плода. По сводной статистике Н. И. Фроловой, частота оперативного родоразрешения при этом явлении колеблется от 6,8% до 26%, мертворождаемость — от 3% до 11,9%, асфиксия плода — от 3,1% до 20,9%, ранняя смертность детей — от 4,7% до 25%, послеродовые заболевания матерей — от 4,6% до 22,6%.

Частота раннего отхождения вод по данным А. И. Петченко наблюдается от 2,1% до 75% у первородящих и от 32,6% до 60% у повторнородящих, по нашим данным — в 18%.

Раннее излитие вод часто сочетается с узким тазом, тазовым предлежанием плода, многоводием, многоплодием, поперечным положением плода, токсикозами беременных и очень часто (А. И. Петров-Маслаков, А. И. Шейнман, Г. Н. Мигаловская, Н. И. Любимов и др.) со слабостью родовой деятельности.

В нашем учреждении наблюдалось 665 родов с ранним отхождением вод, у 200 рожениц излитие вод было на фоне хорошей родовой деятельности, нужды в стимуляции схваток не было. У остальных 465 рожениц раннее отхождение вод сочеталось со слабостью родовой деятельности, в связи с чем применялась стимуляция схваток. Настоящая работа посвящена анализу этих 465 родов.

Первородящих было 283 женщины (60,8%), повторнородящих — 182. В возрасте до 20 лет было 28, от 21 до 30 — 330, от 31 до 40 — 94 и от 41 до 45 лет — 13 женщин. Эти цифры подтверждают литературные данные, что раннее отхождение вод происходит чаще у молодых первородящих женщин.

Излитие вод произошло при открытии шейки матки на 1—2 поперечных пальца у 207 рожениц, на 2—3 — у 146 и 3—3,5 — у 112.

Узкий таз был у 14,9% наших женщин, токсикозы беременных — у 14,5%, многоплодие и крупный плод — у 13,1%, тазовые предлежания плода — у 12,6%, многоводие — у 7,3%, поперечные положения плода — у 2,3%, общая гипотония — у 6,3%, сердечно-сосудистые заболевания — у 6%, нервно-психические заболевания — у 5,4%, общие хронические инфекционные заболевания — у 3,9%. Эти данные также совпадают с литературными (Н. К. Березина, М. П. Гармаш, С. П. Кокунько, Е. Т. Шабал и др.).