

К образованию искусственного влагалища по способу Попова.

Д-ра М. И. Конухеса.

Наблюдающееся в последнее время учащение оперативных пособий при полных атрезиях влагалища объясняется, конечно, сравнительно благополучными исходами вмешательств подобного рода. Благодаря этому, гинеколог, ранее сомневавшийся в успехе операции, теперь смелее решается на нее. В моей статье по этому вопросу, появившейся в печати в 1925 году ¹⁾, я привожу 64 случая, оперированных по Попову и Schubert'y, и 107 случаев, оперированных по Baldwin'y и Mori. В настоящее же время мы располагаем материалом в 97 случаев, оперированных по Schubert'y, 22—по Попову и 169—по Baldwin'y-Mori.

Отсутствие строгого объективизма в сравнительной оценке этих методов дают нам основание еще раз затронуть указанный вопрос. Сначала, однако, позволю себе привести краткую историю больной, оперированной ассистентом клиники, пр.-доц Б. А. Козинским, в ноябре 1924 г.

Больная А. М., 23 лет, поступила в клинику вследствие отсутствия менструаций и невозможности жить половой жизнью. В раннем детстве заболеваний не отмечает. 8-ми лет болела корью и 2 года тому назад перенесла сыпной тиф. Какая-либо патологическая наследственность отсутствует; кроме нее, у родителей было 4 ребенка, все мальчики. Больная замужем 7 месяцев, с какого времени появились у нее периодические боли в пояснице и внизу живота. Половое влечение больная испытывает, но первые же попытки к половым сношениям, сопровождавшиеся сильными болями и кровотечением, оказались безуспешны и в дальнейшем были оставлены. Больная стала тяготиться своим дефектом, муж хотел ее оставить; все это и заставило ее обратиться за оперативным пособием.

Пациентка нижесреднего роста, мышечный тонус вял, отмечается незначительный сколиоз в области грудных позвонков. Слизистые оболочки бледны. Рост 60 см., длина ног 74 см., размеры таза—27, 25, 23, 18; форма грудной клетки готическая. По конституциональному типу М. приближается к астено-гинопластичкам. Сердце и легкие без изменений. Волосистость развита достаточно, по женскому типу. Грудные железы выражены плохо. Большие губы бедны жировой клетчаткой, малые губы, клитор и отверстие уретры без особенностей. При раздвигании малых губ обнаруживается гимен кольцевидной формы. Пальцем, введенным чрез кольцо гимена, удается установить на месте рукава небольшое углубление с рубцовым дном. При исследовании чрез прямую кишку в тазу, по средней линии, определяются тяжи, идущие к l. innotinata, где они заканчиваются небольшими миндалевидными образованиями (рудиментарные яичники). Рентгеноскопия: щитовидная железа и thymus без изменений, снимок с гипофиза обнаруживает расширенный infundibulum. Цистоскопия: пузырь несколько расширен, слизистая

¹⁾ Конухес. К вопросу об образовании искусственного влагалища. Журн. Ак. и Ж. Б., 1925, № 3.

его шейки складчата, оба отверстия мочеточников обнаруживаются явственно, что подтверждается и хромоцистоскопией. Исследование мочи, счет форменных элементов крови, лейкоцитарная формула, реакция оседания—ничего патологического не обнаружили.

Больная за 5 дней до операции получала исключительно простоквашу, несколько раз давалось ей легкое слабительное, а непосредственно перед операцией прямая кишка была обильно проспринцована раствором перекиси водорода.

Операция образования искусственного влагалища по способу Попова была сделана 11/XI, под общим хлороформно-эфирным наркозом, причем техника ее представлялась в следующем виде:

1) Иссечен гимен, сделан циркулярный разрез в области слизистой входа в рукав, клетчатка туго раздвинута вглубь на 3—4 см., и проделанный ход рыхло затампонирован.

2) При умеренном растяжении сфинктера сделан циркулярный надрез на границе слизистой и кожи, после чего кишка отсепахована от подлежащих тканей циркулярно на глубину 3 см. и закрыта Кошеровскими пинцетами; далее отсепаховка кишки велась лишь по задней полукружности ее, всего на глубину около 10 см. (проф. Кипарский советует отсепаховывать ее невысоко (до 9 даже до 8 см.), так как в дальнейшем кишка, т. е. новое влагалище, растягивается под влиянием половых сношений); на этой высоте, при введении ложкообразных зеркал в параректальное пространство, прямая кишка вскрыта между пинцетами по задней стороне; далее слизистая с *muscularis* передней стенки *recti* захвачена изнутри (через отверстие, которое вело в полость только что вскрытой кишки) Кошеровскими пинцетами, наложенными в 2 ряда, несколько выше и ниже предполагаемого разреза, и перерезана циркулярно; верхний край нижнего отрезка,—свод будущей вагины,—зашит двумя рядами катгутовых швов.

3. Пальцем со стороны входа во влагалище выше *m. levator ani* проделан ход к кишке, и нижний, анальный (отсепарованный уже раньше) отрезок ее втянут в образованный *introitus*, где и фиксирован к слизистой и коже шелковыми швами.

4. Нижний край верхнего отрезка *recti* освобожден от подлежащих тканей—во избежание чрезмерного натяжения, втянут в просвет сфинктера и фиксирован шелковыми швами к коже *anus'a*; после того в параректальное пространство введены турунды, в новообразованную вагину—смазанный вазелином кондом, рыхло выполненный марлей, в *rectum*—газоотводная трубка, обернутая марлей и смазанная вазелином, а в пузырь—катетер *à demeure*. Продолжительность операции 1 ч. 30 мин.

Послеоперационный период сначала протекал с повышением температуры до 39°, с 14-го же дня температура стала держаться в пределах нормы. На третий день удалена газоотводная трубка, и снят катетер, а также извлечены турунды, причем показались гноевидные выделения в умеренном количестве; кондом был вынут на шестой день. На 7-ой день был стул после дачи слабительного, на 9-й день сняты швы с *introitus vaginae* и прямой кишки, причем обнаружилось незначительное отхождение последней от кожи, в дальнейшем зарубцевавшееся. Во влагалище оказались в небольшом количестве фекальные массы, и исследование пальцем установило наличие фистулы позади входа во влагалище; фистула эта вела в кишку и пропускала кончик пальца. Твердые каловые массы больная стала удерживать с 15-го дня, а жидкие—с 24-го дня. Больная была задержана в клинике в виду общей ее слабости и выписана лишь в феврале 1925 г. с тем, чтобы в дальнейшем, в случае нужды, подвергнуться зашиванию фистулы. Больная, однако, показала в клинику лишь в мае 1926 г. причем заявила, что половой жизнью она живет, *coitus* совершается без болей, давая удовлетворение и ей, и мужу. Жалоб нет. При осмотре оказалось, что вход в рукав пропускает свободно 2 пальца, глубина рукава 8 см., фистула закрылась самостоятельно.

При изучении литературы данного вопроса обращает на себя внимание оценка оперативных методов на основании ‰ смертельных исходов. По последним данным Рабинович определяет смертность для операции Baldwin'a в 12,2‰, для методов Попова и Schubert'a—в 9,6‰. Наиболее подробная статистика, приводимая им, однако, грешит значительными пробелами и неточностями. Привожу наиболее бросающие-

ся в глаза из них, основываясь на статье Рабиновича, помещенной в Zentralblatt f. Gynaekologie, 1926.

На стр. 1852 находим ссылку на Albrecht'a, яко-бы оперировавшего по Baldwin'y-Mori, между тем как на самом деле этот автор устроил искусственный рукав не из тонкой кишки, а из сигмовидной, причем последняя была выделена не путем лапаротомии, но по методу Schubert'a, с иссечением копчика. Далее подлежит исключению случай Fohr'a, описавшего случай операции искусственного влагалища, произведенной Kupferberg'ом по Baldwin'y-Mori с летальным исходом, ибо случай Kupferberg'a приводится в статистике отдельно. На следующей странице мы находим упоминание о двух случаях операции по Mori, приписываемых Hугамо, а ниже два случая, приписанные самому Mori; между тем это—одни и те же случаи, ибо в действительности Mori лишь описал два случая, оперированных по его методу японским хирургом Hугамо. Там же приводится случай Juвaгa, а на стр. 1854— случай Suвaгa; на самом же деле эти яко-бы два разных автора представляют одно и то же лицо, и речь здесь идет об одном и том же случае. Подлежит исключению из статистики Рабиновича и случай Schubert'a и Rosenstein'a, коим ошибочно приписано по одной операции устройства рукава из тонкой кишки. Далее следует исключить один летальный исход из двух операций, сделанных Wagner'ом, ибо смерть последовала лишь в одном случае. Рабиновичем не использована, далее, работа O. Steuding'a, где приводятся два случая Rüb-sa men'a, оперированных по Baldwin'y-Mori с летальным исходом в обоих случаях. Если внести в статистику Рабиновича эти поправки, то окажется, что на 169 случаев операции, произведенной по Baldwin'y-Mori, имели смертельный исход 27, т. е. почти 16%.

Перейдя к обзору той части статистики д-ра Рабиновича, которая касается операции устройства рукава из толстой кишки, надо отметить крайнюю неполноту ее. Здесь опущен целый ряд авторов, как Trapl, Kahl, Schefzeck, Holdstein, Schubert, хотя их сообщения появились в печати до опубликования статьи д-ра Рабиновича.

Последний редуцирует, затем, смертельные случаи после операций по Baldwin'y-Mori, где смерть последовала не непосредственно в зависимости от операции, и таким образом получает смертность от нее всего 9,5%. Сравнивая эту цифру с общей смертностью операции Попова-Schubert'a, исчисляемую им в 9,6%, он удивляется, где же разница в проценте смертности, а между тем, если-бы Рабинович соблюдал полную объективность, он должен был-бы исключить из смертельных исходов после операции Попова-Schubert'a случаи Haima и Schubert'a, где вмешательство было предпринято при мэнструлирующей матке, аналогично случаям Pitha, в которых операция была сделана по Baldwin'y-Mori, и которые были исключены д-ром Рабиновичем из числа смертей. Равным образом подлежит исключению и случай Döderlein'a, приводимый Benthin'ом. В итоге разница в проценте смертности окажется все же в пользу метода Попова-Schubert'a.

Небезинтересно привести мнения хирургов, оперировавших по тому и другому методу. Stoeckel, Wagner, Scipiades и некоторые

другие по разным соображениям предпочитают операцию из rectum. Frank также считает ее предпочтительнее quoad vitam. Ссылка д-ра Рабиновича на Brossman'a не точна, ибо второй случай его прошел гладко, и лишь трудности при третьей операции по Schubert'y заставили его сказать, что в дальнейшем он предпочитает иной метод. Все же он отмечает, что недостатки техники и анатомические особенности случая усложнили в этом случае операцию.

Изучая причины летальных исходов операции образования искусственного влагалища по Baldwin'y-Mori, мы в 13 случаях из 27 находим перитонит, развившийся вследствие омертвения кишки, втянутой для образования вагины, благодаря натяжению ее брыжжейки; в 4 случаях, далее, причиной смерти послужил ileus, в остальных же случаях причины смерти не находились в связи с самой операцией, или же не могли быть выяснены вследствие краткости сообщения. Таким образом в 7,5% всех случаев операция образования влагалища из тонкой кишки закончилась смертью при явлениях перитонита. Быть может, врожденная короткость брыжжейки у инфантильных особ, — а инфантильность ведь часто сочетается с пороками развития, — послужила здесь причиной сравнительно-большого процента неудачных исходов. Раз это так, то для подобных случаев, конечно, предпочтительнее устраивать рукав из rectum.

Редуцируя смертность при операции colporrhösis на основании последних данных литературы, мы должны определить ее в 11,8%¹⁾ для операции Baldwin'a-Mori и в 1% — для операции Schubert'a (вычисления процента смертности для операции Попова мы не считаем возможным делать, в виду ограниченного числа подобных операций — 22 с 2 смертями, причем обе неудачи были у одного и того же хирурга).

Не придавая абсолютного значения этим данным, мы считаем, что лишь накопление материала поможет нам совершенно точно разобраться в превосходстве того или иного метода. На основании же материала клиники проф. Кипарского, обнимающего 7 случаев²⁾, оперированных по Попову с 0% смертельных исходов, мы должны признать, сопоставляя проценты смертности при других методах операции, операцию образования рукава из толстой кишки по Попову или модификацию этого способа, принадлежащую Schubert'y, — операцией выбора у женщин с отсутствием рукава. Отметим еще в пользу этой операции, что во всех случаях ее, произведенных в нашей клинике, жом заднепроходного отверстия восстанавливался прекрасно.

¹⁾ Мы редуцируем, кроме случаев д-ра Рабиновича, случаи из клиники проф. Скробанского (№ 3), последовавшие вследствие ileus'a, и случай Родзевича, где смерть зависела от наркоза.

²⁾ Два из них описаны мною в «Журн. Ак. и Ж. Бол.» за 1925 г.; дальнейшие два случая, оперированные прив.-доц. А. Э. Мандельштамом, будут опубликованы отдельно, два случая, недостаточно еще прослеженные, будут также опубликованы в дальнейшем, и седьмой случай описывается в настоящей статье.