

К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря.

Л. Цапкина (г. Бузулук, Самарской губ.).

Мне пришлось в 4 случаях произвести двустороннюю пересадку мочеточников в прямую кишку. Две из этих больных имели мочеполовые свищи на почве обширных разрушений пузырно-влагалищной перегородки после родового акта, две другие страдали запущенною формою рака с переходом процесса на мочевой пузырь. Одна из больных первой группы прослежена мной на протяжении десяти месяцев, по истечении какового срока она погибла от брюшного тифа, вторая жива до сего времени (6 месяцев). Обе больные второй группы погибли на третьи сутки после операции при явлениях сердечной слабости.

Воздерживаясь от приведения подробных историй болезни, отмечу лишь отдельные моменты применявшейся мною операции: 1) на мочеточники накладывались мною эластические зажимы немного выше бифуркации *art. iliacaе communis*; 2) пересадка их производилась во всех случаях сочетанным способом, по Тихову-Миротворцеву-Witzelю; 3) в целях бескровного оперирования перевязывались *art. hypogastricae* и *venae hypogastricae*, дабы гарантировать больную от ретроградного венозного кровотечения; после этого удалялись матка и мочевой пузырь.

Операция пересадки мочеточников в кишку — действительно необходимая операция, без которой в некоторых случаях обойтись совершенно нельзя; однако операции этой присущи и свои слабые стороны, и нужно еще много поработать над нею, дабы устранить эти слабые стороны: в частности, надо создать такой искусственный мочевой пузырь, который бы по возможности исключал опасность восходящей инфекции (пиелит, пионефроз). По вопросу об образовании такого искусственного мочевого пузыря я и хотел бы здесь высказать некоторые соображения.

В этом направлении различными авторами было предпринято много попыток; укажу здесь наиболее интересные.

1. Модлинский, вшивая мочеточники в прямую кишку, изолировал последнюю от *S. romanum*, а эту последнюю вшивал в кожу. Таким образом операция образования искусственного мочевого пузыря покупалась здесь слишком дорогой ценой, — приобретением *anus praeter-naturalis*.

2. Borelius делал анастомоз у корня сигмовидной кишки между обоими ее коленами и в изолированную таким путем кишку вшивал мочеточники.

3. Приблизительно так же поступал Müller, вшивая мочеточники в односторонне выключенную сигмовидную кишку.

4. Verhoogen вшивал мочеточники в изолированную слепую кишку, а червеобразный отросток выводил в кожу.

5. Bodri на некотором расстоянии от соесит перерезал тонкую кишку, вшивал ее на 10 сант. выше баугиниевой заслонки, а в остав-

шийся в соединении с соесит отрезок тонкой кишки вшивал мочеточники. Таким образом моча должна была пройти все толстые кишки. Эта операция была произведена только на животных.

6. Goldenberg прибавил к этому методу лишь то, что совсем закрыл место впадения тонкой кишки в соесит и вывел другой конец в кожу. Эта операция тоже была произведена только на животных.

7. Tizzoni и Poggi на собаке, оперируя двухмоментно, заменили вырезанный мочевого пузыря двусторонне выключенной петлей тонкой кишки, подшитой одним из концов к шейке пузыря. Мочеточники были вшиты в эту изолированную кишку.

8. Charut, оперируя двухмоментно, сначала изолировал участок тонкой кишки, а в дальнейшем вшивал в него мочеточники и делал анастомоз с S romanum. Эта операция была произведена тоже только на животных.

9. Спасокукоцкий оперировал очень схоже с Müller'ом.

10. Gersuny пересаживал мочеточники в rectum, изолировал rectum от сигмовидной кишки и периферический конец последней вшивал в rectum немного выше anus'a.

Таковы наиболее крупные достижения в деле образования изолированного мочевого пузыря. Все эти операции можно разделить на две группы: одна группа имеет в виду создание изолированного мочевого пузыря со сфинктером (Модлинский) или без него (Goldenberg); но покупается это ценою образования anus praeternaturalis или выведения мочи на поверхность кожи; другая группа имеет в виду образование мочевого пузыря, соединенного с кишечным трактом. Это последнее обстоятельство совершенно обесценивает достижения данной группы.

Проф. Парин говорит, что такое одностороннее выключение кишки не гарантирует от восходящей инфекции, а по Березнеговскому при этом даже создаются наиболее благоприятные условия для развития микробов.

Перечисленные попытки образования искусственного мочевого пузыря невольно заставляют подумать о другой, не менее творческой работе, направленной на создание другого органа—влагалища. В тех и других работах есть много общего, и хочется думать, что путем комбинации их можно создать искусственный мочевого пузырь, снабженный самостоятельным сфинктером,—пузырь, при котором не будет места восходящей инфекции, следующей, как говорит проф. Миротворцев, за больным со вшитыми в кишку мочеточниками, „как за человеком следует его тень“. В каком же, спрашивается теперь, направлении надо вести эту работу?

Мне кажется, для образования мочевого пузыря может быть использована всем хорошо известная операция проф. Снегирева (colporoësis)—с тем лишь добавлением, что rectum придется перерезать много выше, и излишек будет рассеечение anus'a, что делал Снегирев в целях получения искусственного влагалища; в обособленную часть recti и надо пересадить мочеточники. Хорошо пойдут сюда и операция Schoemaker'a и Schituda, которые устроили прекрасно функционировавший сфинктер заднего прохода из ягодичных мышц.

Далее, операцию Gersuny, о которой проф. Миротворцев говорит, что она мало теперь применяется и имеет почти историческое

значение, можно было-бы также модифицировать таким образом, чтобы она служила для данной цели, а именно, вместо вшивания конца сигмовидной кишки в rectum, вывести его в anus, параллельно стенке прямой кишки. При таком расположении кишек мы имели-бы в anus'e прямую кишку, выбрасывающую мочу, и сигмовидную, опорожняющую кал.

Что подобная перестановка полых органов таза вполне возможна, в этом нас убеждают такие операции, как предложенная в свое время проф. Груздевым операция образования искусственного мочеиспускательного протока из rectum, а также операция образования из прямой кишки рукава, принадлежащая Попову-Schubert'y-Strassman'y. В частности, что касается первой из этих операций, то она разрешает в положительном смысле вопрос о возможности открытия мочевого и кишечного тракта в один anus.

Операцию Goldenberg'a можно было-бы сочетать с операцией Baldwin'a, но вместо того, чтобы выводить конец кишки на поверхность кожи, как то предлагает Goldenberg, или влагалища, как предлагает Baldwin, вывести этот отрезок в anus, что и было с успехом сделано год тому назад Harmsen'ом.

Некоторый прообраз такой операции мы находим также в одном случае, описанном проф. Марковым в журнале „Хирургия“ за 1914 г. Во время удаления матки и придатков в этом случае была поранена прямая кишка, причем дефекта закрыть не удалось. Тогда автор отделил сигмовидную кишку от rectum и протянул ее периферический отрезок через просвет recti до anus'a, где фиксировал швами; правда, швы эти не удержали кишку, да и не могли удержать, так как немислимо, чтобы serosa сигмовидной кишки приросла к слизистой recti. Но все же этот случай, с нашей точки зрения, заслуживает большого внимания потому, что здесь в один anus открывались и сигмовидная кишка, и rectum.

Вообще в этом вопросе, повидимому, позволено делать очень смелые предположения, так как органы малого таза позволяют проделывать над собою, как показывает опыт, всевозможные операции.

При этом, если-бы явилась нужда усилить, или, вернее, разграничить на два отдела anus, то это можно было-бы сделать за счет использования волокон m. levatoris ani, именно ruborectal'ной его части. Sellheim в свое время широко воспользовался мускулатурой тазового дна в целях закрытия, в одном случае, пузырно-влагалищного свища. Операция образования искусственного сфинктера мочевого пузыря из m. pyramidalis и апоневроза прямых мышц по Hebel-Frangenheim'y-Stöckel'y; а равно операция образования такого сфинктера из волокон levator'a ani, как это было предложено Franz'em и недавно выполнено у нас проф. Бржозовским,—являются лучшим доказательством того, как широко может быть использована не только мускулатура тазового дна, но даже и мускулатура передней брюшной стенки.

Надо думать, что во многих случаях при столь длительной и сложной операции будет целесообразно оперировать двухмоментно. В особенности должны мы будем прибегнуть к двухмоментной операции в тех случаях, когда после обычной операции пересадки мочеточников в rectum больному будет грозить гибель от восходящей инфекции. Тогда мы приуждены будем произвести повторную лапаротомию, отделить rectum от

S romanum и вшить эту последнюю по Снегиреву, Schoemaker'y, Schituda, или обособленно вывести в anus.

Целесообразность во многих случаях такого двухмоментного способа оперирования едва ли можно отрицать. В свое время проф. Федоров, когда ему предстояло удалить раково-пораженный мочевой пузырь, сделал эту операцию в два приема: при первой лапаротомии была произведена пересадка мочеточников в rectum, при второй, через 4 недели, удален мочевой пузырь. Такой же двухмоментный способ предлагает Albarran.

Примеру проф. Федорова надлежит последовать и при операциях по поводу тяжелых мочеполовых фистул, а также в случаях удаления матки и мочевого пузыря. При первой лапаротомии можно, напр., вывести S romanum по Снегиреву, Schoemaker'y, Schituda, или непосредственно в anus, с последующей обработкой изолированной прямой кишки по H a r m s e n'у, как это было выполнено им при создании искусственного мочевого пузыря из тонкой кишки. В случаях рака к этому можно, пожалуй, прибавить перевязку подчревных сосудов и другие мероприятия, имеющие целью задержать быстрый рост раковой опухоли. Через 4 недели после того предпринимается вторая лапаротомия, во время которой производится пересадка мочеточников в изолированную прямую кишку, а при раке—еще удаление матки и мочевого пузыря.

D-r L. Zapkine (Bouzoulouk, gouv. de Samara). Sur la question de la formation artificielle de la vessie urinaire.

L'implantation des urètères dans l'intestin dans des cas nécessitant une ablation double de l'utérus et de la vessie urinaire (fistules vesico-vaginales larges, cancer de l'uterus diffus) faut-il la pratiquer d'après l'auteur dans une partie isolée de l'intestin qu'on peut tenir en état aseptique. L'auteur conseille pratiquer cette „vessie artificielle“ dans les parties inférieures du rectum.
