

Вероятно, здесь имелось, в виду малой емкости брюшной полости, большое давление на диафрагму со стороны введенных в полость живота кишек и печени. К этому следует присоединить и хлороформный наркоз.

Вообще у ослабленных детей спустя 1 сутки и при большом выпадении внутренних органов операция является опасной.

Однако, само состояние ребенка является тяжелым и выжидательное лечение дает большую смертность, чем оперативное вмешательство, особенно, если оно предпринято в первые сутки. Наш первый случай это подтверждает. Даже по истечении суток можно получить благоприятный результат от операции.

Из Семипалатинской акушерско-гинекологической больницы.

Два случая образования искусственного влагалища.

Д-р Л. Н. Соболев.

Образование искусственного влагалища при отсутствии его, как врожденном, так и приобретенном,—является операцией сравнительно молодой и все методы оперирования не получили еще должной оценки, но все же, даже и в русской литературе, операция эта насчитывается десятками. Если же к этому числу добавить еще случаи неудачные, которые, несомненно, часто не опубликовываются, то получается довольно значительное число. Большинство операторов склоняется больше к методу оперирования по Baldwin-Mori, который приобретает все больше прав на первенство. Встретившись недавно с двумя случаями отсутствия влагалища, я решаюсь опубликовать их не для того, чтобы сделать оценку методов, а для того, чтобы поделиться теми впечатлениями, которые я пережил. оперируя оба случая один за другим по разным методам: один по Baldwin-Mori, другой по Шуберту-Попову.

Перехожу к историям болезни:

1) Б. В. (ист. 6. № 1816), 18 лет, поступила в заведываемую мною больницу 14/VII-1930 г. с диагнозом *atresia vaginae congenita et hypoplasia uteri*. Больная — крестьянка, недавно развелась с мужем из-за невозможности половой жизни. В анамнезе — ничего особенного, *menses* нет, с 14 лет стали расти груди и появились волосы на половых частях. Развита вполне нормально, наружные половые части нормальные, но за гименом хода в вагину нет. *Per rectum*: хорошо развитые яичники, вместо матки небольшой тяж, идущий поперечно. До операции назначена молочная диета, салол, висмут.

19/VII операция по Baldwin-Mori-Costantini. Первая часть операции шла под спинномозговой анестезией (3 к. с. 5% новокаина), полостная часть — под хлороформом (40,0). Длительность — 1 ч. 40 минут. Разрез вертикальный между краями гимена, длиной 4 см., заходящий немного на промежность. Тупым путем проделан ход в клетчатке до брюшины толщиной в палец и загампонирован марлей. Затем лапаротомия. От слепой кишки, отступя сантиметров 35, иссечен отрезок тонкой кишки, величиною в 30 сантиметров. Оба конца иссеченного отрезка закрыты швами (сначала простым, потом кететным). Непрерывность кишечника восстановлена швом бок в бок, так что получилось нечто вроде двухствольного ружья, концами обращенного вперед. Тщательно следилось, чтобы брыжейка не рассеклась, и ни один сосуд не был бы поврежден. Затем от рудимента матки, который имел вид валика, была отпрепарована брюшина пузыря и частью тупо, частью острым путем удалось дойти до образованного канала. Выделенная петля была захвачена посередине (проколов брыжейку) марлевой полоской и за нее корнцангом, введенным со стороны половой щели, протаски надо входа во влагалище. Отпрепарованная брюшина была слабо зашита вокруг низведенной петли, в брюшную полость влит эфир и она закрыта наглухо. Немедленно после этого петля кишки была вскрыта и края ее пришиты к краям входа в вагину. Марлевая полоска, чтобы петля не ушла вверх, завязана туго над валиком, приложенным у входа в ва-

гину. В просвет кишки были вставлены тонкие резиновые дренажи, в пузырь катетер à demeure. На другой день оба колена вагины промыты через Боземановский катетер солевым раствором, тоже и на другой день, когда из вагины вышло со столовую ложку желтоватой тягучей слизи. 22/VIII после глицериновой клизмы—газы и стул; идет очень много выделений из вагины, больная мокрая. 23/VIII вынута марлевая полоска, низводившая петлю. 28/VIII сняты швы с живота и вагины. Рrima. Начато бужирование: сразу входит буж Негара № 17. 7/IX выписана; температура ни разу не поднималась. Выделения стали незначительны: к утру комок беловатой студенистой слизи. В вагину свободно идут 2 пальца. В глубине, на вершок от входа, прощупывается перегородка, правое колено шире левого (в левое идет палец). Дальнейших сведений о больной не получено.

Просматривая весь ход операции, можно остановиться на следующих моментах.

1) Наибольшую трудность представляло именно пробуравливание канала в клетчатке. Все время была опасность, что прорвется пузырь или rectum, хотя в пузыре был катетер, а в rectum толстый буж. Казалось, что канал продран до брюшины, но по вскрытии брюшной полости пришлось рассекать еще толстый слой тканей.

2) Чрезвычайно страшным казалось натяжение брыжейки. Повидимому, расsection брыжейки не имеет смысла, т. к. только грозит нарушением питания петли, длину же петли увеличивает (по некоторым авторам) всего на $1\frac{1}{2}$ —1 см. Хотя в начале петля и была примерена (снаружи), но, по стягивании ее, все же брыжейка оказалась сильно растянутой. Во всяком случае, необходимо выбирать петлю с наилучше развитыми сосудами и наблюдать, пульсируют ли они после натяжения брыжейки.

3) Сшивать выделенную петлю кишки „бубликом“ мало имеет смысла. Опасаются, что перистальтика в отводящей петле погонит содержимое к зашитому концу, а затем, по прорезании швов, в брюшную полость, но вряд ли это возможно.

4) Некоторые авторы советуют вскрывать петлю через несколько дней, когда образуются сращения, опасаясь, что содержимое кишки вызовет восходящую инфекцию клетчатки и перитонит, но это опять таки едва ли возможно, если есть хороший сток. Наоборот, если имеется закрытое пространство с микробами (каким например является невскрытая петля), то швы на концах отрезка могут скорее разойтись.

5) Катетер à demeure необходим для того, чтобы моча, орошая швы, не вызвала их прорезывания.

6) Слишком рано не следует вынимать марлевую полоску, которой низведена кишка, т. к. от натяжения сверху пришитые края могут оторваться и сместиться вверх.

В общем вся операция нетрудна, проста и изящна, чего нельзя сказать про операцию Шуберта-Попова.

2) К. А. (ист. бол. № 1879), 19 лет, поступила в больницу 23/VIII для оперативного создания влагалища. Больная—крестьянка, замужем 6 недель. Жалобы: coitus невозможен, боль при нем. Наследственность—благополучна. С 16 лет стала развиваться и с тех пор периодически раз в месяц появляются боли в животе. Физически развита хорошо, склонна к ожирению. Уретра расширена (пропускает до сфинктера мизинец). Ниже уретры на месте входа в вагину—ямка. Per rectum: матка не прощупывается; с боков—нормальной величины яичники. Libido—очень сильное. Подготовка к операции велась в течение 3-х дней: молочная диета, клизмы из ac borici, benzonaphtol.

26/VIII-30 г. операция Шуберта-Попова. Длительность операции 2 ч. 5 минут. Спинномозговая анестезия 5% новокаином (5 к.с.). Затем rectum протерта лизолом и в нее вставлен тампон с ниткой, пропитанный лизолом. На палец ниже уретры вырезан овальный лоскут из слизистой преддверия и продран неглубокий ход (3—4 см.) в клетчатку, затем растянут пальцами сфинктер recti и слизистая отпрепарована на 3 см. в глубину. Отверстие api зашито и швы оставлены не обрезанными. Уже при этом акте из прямой кишки вытекали жидкие испражнения. Больная положена на бок. Через разрез от верхушки крестца до сфинктера резецирован копчик. Очень трудна была отпрепаровка recti без

повреждения мочевого пузыря и брюшины. Это самая трудная часть операции. В конце концов кишку все же удалось частью тупо, частью ножом обнажить, и вытянуть в рану, сантиметров на 10. Наложены 2 жома и кишка рассечена. Во время зашивания наглухо верхнего конца нижнего отрезка, верхний жом соскочил в рану вылилось со стакан жидкого кала, который перепачкал и руки и рану. Конец кишки вновь зажат, зашит узловатыми швами и вся рана промыта соевым раствором. Далее, нижний конец нижнего отрезка за необрезанные нити перемещен во вновь образованный ход в клетчатке для вагины, для чего пришлось тупо пробуривать клетчатку между rectum и раной вагины, затем швы расшиты и окружность слизистой recti подшита у преддверия. За необрезанные нити вытянут в сфинктер верхний отрезок recti и здесь подшит узловатыми швами. Тампон из прямой кишки удален. Рана у крестца рыхло затампонирована иodoформной марлей. Дренаж—во вновь образованную вагину и гес. ит. Послеоперационное течение длительное и интересное. 27/VIII. Головная боль. Пульс учащен. Молочная диэта, опий. 28/VIII идут газы. 29/VIII живот вздут, жар, бред, из крестца вынута турунда; выделяется сукровичная, вонючая жидкость, вагина длиною $1\frac{1}{2}$ верш. 30/VIII непроизвольно идут жидкие испражнения, гестум приживает. 31/VIII испражнения не держатся; задние швы у вагины прорезались и есть ход к rectum. 2/IX оба отрезка приросли. Из раны крестца вонючие гнойные выделения, частые поносы, испражнения не держатся. При промывании влагалища вода идет через отверстие в крестце: видимо у верхнего конца вагины, швы разошлись. Из раны много гноя. К 20/IX вода через рану уже не идет, гноя меньше, сфинктер хорошо сокращается при раздражении. Все время понос, хотя испражнения и стали держаться. Рана у крестца очистилась, мелка, гранулирует. Свищ в клетчатку у влагалища закрылся. 25/IX рана почти закрылась. Сфинктер хорошо функционирует, хотя часты поносы. Влагалище вершка $1\frac{1}{2}$ —2 глубины, шириной $1\frac{1}{2}$ пальца, но у входа—рубцовое кольцо, точно из проволоки. Начато расширение. Сама вагина очень широка и объемиста; гнойные выделения. 1/X больная выписана. Status: испражнения держатся, вагина пропускает свободно указательный палец, не глубока, но обширна. Рана у крестца зажила, частые поносы. Через месяц больная с мужем приехала показаться: поносы прекратились. Saitus сначала вызывал боль, особенно в глубине, влагалище—не особенно глубоко, но вход пропускает 2 пальца свободно, и муж и пациентка очень довольны.

Последняя операция несомненно труднее, чем операции Baldwin'a: работать приходится глубоко в узкой ране крестца; асептика нарушается, возможно повреждение сфинктера. Главное ее достоинство—это, видимо, безопасность для жизни: несмотря на сильное загрязнение раны, все же больная выздоровела и с хорошим результатом. Наибольшие трудности представляет выделение recti: при этом с одной стороны легко прорвать пузырь, с другой стороны, вытягивая кишку, легко повредить брюшину. Смещение кишки, видимо, может вызвать длительный проктит (поносы в нашем случае). В общем же эта операция подкупает безопасностью, а также и тем, что вагина получается очень широкая. Также нет и отделения кишечного сока, хотя в нашем первом случае оно было нетягостным. Вопрос, который надо выяснить,—это подготовка прямой кишки. Очищение клизмами не достигает цели, т. к. остатки жидкого кала могут вытечь в рану. Лучше, повидимому, просто, после основательной дачи слабительных перед операцией, перейти на малообъемистую пищу с обильным назначением опия. Очень осторожно нужно рассекать фасции и мышечные тяжи возле rectum, т. к. легко пройти мимо в мочевой пузырь. Выгоднее идти не тупо, т. к., в случае поранения пузыря, резанную рану легче зашить. К прямой кишке подходит из крестцовой раны лучше не по средней линии, а, как советует Шуберт, отступая на 2 см. в сторону. Тогда легче открывается fascia visceralis recti, от которой можно тупым путем отделить rectum. Операция эта еще более затруднительна потому, что подробное описание ее в русской литературе почти нельзя найти. Даже в руководстве Döderlein-Krönig'a (5 изд.) это описание слишком схематично.

Сравнивая оба способа создания влагалища, можно сказать про первый: легко, изящно, но опасно; про второй—необычайно трудно, но безопасно, а результат, пожалуй, лучше.

Лично, в дальнейшем, я стал бы оперировать по Шуберту и не вполне понятно, почему метод Baldwin'a все же предпочитается операции Шуберта-Попова.