

## Редкое позднее осложнение после операции образования искусственного влагалища<sup>1)</sup>.

Д-ра Н. Н. Малиновского.

По убеждению большинства гинекологов операция образования искусственного влагалища в настоящее время вышла уже из периода обсуждения ее приемлемости с точки зрения этики. Правда, и до сих пор некоторые авторы не признают ее целесообразности, но это—значительное меньшинство, и статистика, насчитывающая в настоящее время сотни подобных операций с хорошими, в функциональном отношении, результатами дает этой операции, при специальных показаниях, полное право гражданства.

Многочисленность удачных случаев этой операции не исключает, однако, постановки двух важных вопросов, а именно, 1) какой технической модификацией ее лучше пользоваться? и 2) каковы отдельные результаты этой операции в различных ее видоизменениях?

Ответ на первый вопрос мы как будто находим в статистике, в которой можно констатировать значительное преобладание числа операций образования искусственного влагалища из тонкой кишки (способ Baldwin'a-Häberlin'a-Mori). Но и это, конечно,—не абсолютный довод в пользу данной модификации, так как удачные случаи (правда, опубликованные в значительно меньшем количестве) образования искусственного влагалища из толстой кишки (способ Снегирева-Ионов-а-Schubert'a), не позволяют отказаться от этой операции,—тем более, что авторы приводят в ее пользу доказательные доводы, из которых главнейшим является почти вдвое меньшая смертность, чем при операции Baldwin'a-Häberlin'a-Mori. Таким образом этот вопрос нужно считать находящимся еще в периоде накопления статистических данных.

Что касается теперь последующих функциональных результатов операции, то оценка функции всякого вновь созданного органа, в том числе и влагалища, безусловно не может быть произведена вскоре после операции, даже вполне гладко протекшей: дальнейшие наблюдения зачастую могут констатировать резкие изменения, а иногда и почти полную функциональную непригодность искусственно созданного органа, да и не только непригодность, а в некоторых случаях и осложнения, кроющие в себе смертельную опасность. Так, именно, было в одном, наблюдавшемся нами, случае, где за создание искусственного влагалища больная через полтора года поплатилась жизнью. Случай этот следующий:

<sup>1)</sup> Сообщено (с демонстрацией препарата) в заседании Саратовского Хирургического Об-ва 28/II 1926 г.

15/ХІІ 1926 г. в клинику экстренно, с каретой скорой помощи, была доставлена больная А. Ш., 24 л., сестра-воспитательница детского дома, при опросе назвавшаяся девицей. Больная жаловалась на сильные боли в животе и общую слабость. В день поступления посетила амбулаторию, где у ней был поставлен диагноз аппендицита, и назначены опиум и белладонна и грелка на область живота. Заболела 3 дня тому назад, но особенно сильные боли в области живота открылись за несколько часов до поступления в клинику, причем начало этих болей пациентка связывает с поднятием тяжести, после чего она сразу почувствовала резкие боли в области желудка (!). Постепенно боли распространились по всему животу и достигли такой степени интенсивности, что заставили больную экстренно обратиться в клинику. Осмотр дал следующую картину: общий вид тяжело больного человека, пульс около 100 ударов в минуту, слабого наполнения, язык обложен, суховат, живот при пальпации болезнен, причем особенно резкая болезненность имела место в нижней его части, где ясно определяется резко выраженный *défense musculaire*. Из анамнеза выяснилось, что полгода года тому назад больная перенесла операцию образования искусственного влагалища в одном из гинекологических отделений города (как выяснилось потом, в данном случае была применена модификация *Morgi*). На вопрос о том, был-ли после операции *coitus*, больная категорически отвечала отрицательно. Ей была указана вся важность правильного ответа на данный вопрос, так как это могло дать некоторые опорные пункты для диагноза и повлиять на выбор операции, однако больная категорически заявила, что половых сношений у нее после операции не было. Причиной, побудившей ее решиться на подобную операцию, было, по ее словам, желание выйти замуж за любимого человека, чего, однако, не случилось.

Диагноз колебался между перитонитом на почве перфорации отростка и какой-либо катастрофой в месте бывшей операции без точного определения характера заболевания. Операция под хлороформным наркозом (д-ра Козырева и Малиновский). Разрез справа по наружному краю прямой мышцы живота. В нижнем отделе брюшной полости гной. Червеобразный отросток не изменен. В первый момент разобраться в открывшейся картине было чрезвычайно трудно, так как тонкие кишки представляли из себя конгломерат спянных между собой и с салником петель. С некоторым трудом удалось установить причину катастрофы,—это была изолированная петля тонкой кишки, использованная в свое время для образования искусственного влагалища. Петля эта, деформированная, неправильно-подковообразной формы, оказалась запаянной у входного отверстия и представляющей замкнутую полость, раздутую гноем, с перфорационным отверстием, откуда гной и поступал в свободную брюшную полость. Очевидно, облитерация входа в искусственный рукав со стороны *introitus'a* повела к образованию замкнутой полости и возникновению эмпиемы, с последующей перфорацией. После разделения спаек искусственной вагины с окружающими кишечными петлями был перевязан тяж, шедший к *introitus vaginae*, и наложена лигатура на брыжейку (сморщенную и резко измененную), после чего петля была удалена. Брюшная полость осушена от гноя сухими марлевыми тампонами, протерта эфиром и зашита наглухо. Через день после операции состояние больной начало ухудшаться,—развился парез кишечника, и стало заметным падение пульса. В виду этого 19/ХІІ решено произвести релапаротомию. Распушены швы с брюшкой раны, находившийся в брюшной полости гной удален, и полость дренирована. Слева параректально также вскрыта брюшная полость, и к передней стенке живота подшита для целей энтеростомии петля тонкой кишки, причем через этот же разрез в брюшную полость также введен дренаж. Вскоре после операции прогрессирующее падение сердечной деятельности и к вечеру того же дня смерть. При вскрытии (проз. И. И. Линтварев) были найдены: *peritonitis purulenta, aplasia uteri, hyperplasia pulpaе lienis, degeneratio parenchymatosa cordis, hepatitis et renum, ren lobatum sin.*

Из приведенного случая видно, как тяжело иногда может расплачиваться больная за операцию образования искусственного рукава и как сугубо-внимательным нужно быть во все время последующего наблюдения за больной. Причины, которые повели в данном случае к сужению входа в искусственный рукав и последующему полному его закрытию, можно отчасти установить из описания этого случая, сделанного производившим первичную операцию д-ром Либедевым в *Monatsschr. f. Geb. und. Gynäk.*,

1927, Bd. LXXVI, N. 4—5, S. 294. „Спустя год,—говорит автор в этом описании,—исследование дало следующее: общее состояние хорошее, жалоб нет. Спустя 3—4 месяца после операции вышла замуж. Нормальные половые сношения. Coitus удовлетворял пациентку и мужа. Исследование vaginae: по внешнему виду почти ничего, отличающегося от нормы. Можно ввести свободно два пальца на 6 сант. На этой глубине констатируется сужение, пропускающее № 8 Hegar'a. Выше сужения существует канал еще на 4—5 см., достаточно широкий. При введении во влагалище двух пальцев оно растягивается, без неприятных ощущений со стороны пациентки, на глубину 9—10 см. Выделения из влагалища незначительны и не беспокоят пациентку. Имея в виду сужение влагалища, мы предложили ей инцизию суженного места для удлинения влагалища, но больная отказалась, находя, что coitus удовлетворяет ее и мужа и при настоящем состоянии влагалища. Исходя из этих данных, мы считаем, что вновь образованное искусственное влагалище удовлетворительно в функциональном отношении. Происхождение сужения мы объясняем технической погрешностью. Оно лежит на месте брюшинной щели. Эта последняя не была достаточно широко сделана, а при заживлении отверстие стянулось еще более“.

Из сопоставления приводимой выдержки с нашими анамнестическими данными нетрудно видеть существенное несоответствие: в то время, как д-ру Лебедеву пациентка говорила о нормальном coitus'e, у нас она его категорически отрицала. Кто из нас был введен в заблуждение больной,—сказать трудно, и вопрос этот навсегда, по видимому, останется тайной. Одно только можно сказать с большой долей уверенности,—это то, что в последнее время перед нашей операцией coitus не мог иметь места. Этот факт плюс то сужение, которое было констатировано через год после первичной операции и от расширения которого больная отказалась, и привело в конце концов к полной облитерации кишечного отрезка со всеми вытекающими отсюда последствиями. Может быть, если бы вовремя учесть все могущие быть от сужения искусственного рукава последствия и довести их до сознания больной,—она и согласилась бы на дополнительную операцию расширения.

Проф. В. И. Разумовский, выступавший по поводу сообщения о данном случае в заседании Саратовского Хирургического Общества, объяснил механизм образования здесь эмпиемы таким образом, что в облитерированном отрезке тонкой кишки, в виду продолжающейся секреции его мукозы, образовалось скопление секрета, причем последний превратился под влиянием инфекции в гной. „Таких больных,—заклучил проф. Разумовский,—надо предупреждать о возможной опасности и все время держать под наблюдением“.

Какой же практический вывод можно сделать из нашего наблюдения? Вывод этот напрашивается сам собой: очевидно, операция образования искусственного влагалища является далеко небезопасною для жизни, причем осложнения здесь возможны не только во время ее производства и в послеоперационном периоде, но и в более отдаленные сроки,—в нашем случае, напр., через полтора года. Это накладывает на всякого хирурга обязанность прежде, чем предлагать подобную операцию, изложить пациентке все могущие быть тяжелые и даже смертельные опасности от нее

и не только в послеоперационном периоде, но и в поздние сроки время от времени обследовать оперированных <sup>1)</sup>.

---

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Рабинович. Тр. VI Всес. Съезда Акуш. и Гинекол. Москва. 1924. — 2) Тихонович. Журн. Акуш. и Женск. Бол., 1925, кн. 4, стр. 355. — 3) Шмелев. Там же, стр. 364. — 4) Юдин. Вест. Хир. и Погр. Обл., 1925, кн. 13, стр. 146. — 5) Парсамов. Сар. Вест. Здрав. воохр., 1925, № 1—2, стр. 47. — 6) Волков. Труды I Поволжск. Съезда Врачей. Казань, 1923, стр. 284. — 7) Лебедев. Monatschr. f. Geb. u. Gynäk., 1927, Bd. LXXVI, H. 4—5, S. 294. — 8) Губарев. Операт. Гинекология. — 9) Menge u. Opitz. Руководство по гинекологии. — 10) Малиновский. Клин. Журнал Сар. Ун., т. 4, кн. 1.

---

<sup>1)</sup> Случай этот свидетельствует также, что операция образования искусственного рукава из прямой кишки по Попову-Schubert'у является более безопасною, чем операция образования рукава из тонкой кишки по Baldwin'у или Morigi, не только по своим непосредственным последствиям, но и в дальнейшем. Если бы здесь скопление гноя образовалось в искусственном рукаве, сделанном из гестум, то оно вскрылось бы не в брюшину, а в парапроктальную клетчатку и, вероятно, не имело бы тех печальных последствий, какими оно сопровождалось в данном случае.