

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ИЮНЬ 1894, № 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала.

Проф. Дм. Отта.

Одной изъ наиболѣе неблагоприятныхъ задачъ въ дѣятельности гинеколога является борьба съ такими формами нарушенія цѣлости мочеваго пузыря, которыя осложняются разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала цѣликомъ или въ большей его части. Нерѣдки случаи, когда даже вполнѣ удавшаяся пластика въ области нарушенной пузырно-влагалищной перегородки не приноситъ больнымъ облегченія вслѣдствіе дефектовъ въ области мочеваго канала. Не останавливаясь на причинахъ этихъ неудачъ и на методахъ оперативнаго лѣченія, я укажу только на тотъ общеизвѣстный фактъ, что въ подобныхъ случаяхъ, послѣ многихъ неудачныхъ попытокъ по восстановленію мочеиспускательнаго канала, часто приходится производить полное зарощеніе рукава, создавая оттокъ мочы, а равно и менструальной крови въ прямую кишку при помощи нарочно сдѣланнаго для этого сообщенія между кишкой и влагалищемъ.

Хотя подобнымъ приемомъ (*obliteratio vaginae rectalis*) и достигается періодическое задержаніе мочи за счетъ жомовъ прямой кишки, и тягостное состояніе больныхъ существенно облегчается, тѣмъ не менѣе однако же указанный приемъ яв-

ляется крайне несовершеннымъ: наблюдается болѣзненное ощущеніе въ области кишки, во влагалище и въ пузырь попадаютъ экскременты со всѣми неблагопріятными послѣдствіями и осложненіями, требующими подчасъ возстановленія условій, бывшихъ до операціи. Очевидно, что подобныя результаты не могли считаться удовлетворительными и даютъ поводъ искать другихъ способовъ для облегченія больныхъ.

Всѣ предложенныя, однакожь, способы въ этомъ направленіи и въ частности методы образованія искусственнаго мочеиспускательнаго канала, оказываясь въ лучшихъ случаяхъ мало достигающими цѣли, въ практикѣ распространенія не нашли.

Въ виду такого положенія дѣла вполне естественно стремленіе, не дожидаясь, пока накопится цѣлый рядъ случаевъ, предавать гласности хотя бы и отдѣльныя наблюденія, но въ которыхъ оказанное пособіе, достигая желаемаго результата, составляетъ шагъ впередъ въ оперативной техникѣ данной области. Преслѣдуя эту цѣль, я рѣшился сообщить въ засѣданіи С.-Петербургскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества 8-го апрѣля 1893 года случай, ниже мною излагаемый, гдѣ, при разрушеніи мочеваго канала, примѣненный мною оперативный способъ далъ результатъ, превзошедшій мои ожиданія.

Наблюденіе мною новыхъ аналогичныхъ случаевъ (см. статью д-ра *Драницына*, Ж. А. и Ж. бб., № 6, 1894), а также сообщеніе, сдѣланное *B. S. Schultze* ¹⁾ на послѣднемъ Римскомъ Конгрессѣ, заставляють меня изложить примѣняемый мною методъ и сдѣланныя наблюденія. Относительно сообщенія *Schultze* здѣсь я замѣчу только то, что его методъ, хотя и имѣетъ сходство съ мною сообщеннымъ по виду фигуры освѣженія частей, но представляется совершенно отличнымъ какъ по клиническимъ условіямъ, при которыхъ онъ былъ примѣненъ, и анатомической оцѣнкѣ, которую даетъ авторъ, такъ и по частностямъ оперативной техники.

Главнѣйшія особенности того случая, который впервые послужилъ мнѣ для примѣненія метода, заключались въ слѣдующемъ: у больной, молодой женщины А. Н., при громадномъ, полученномъ послѣ трудныхъ родовъ, дефектѣ въ области *septum vesico-vaginale*, исключаящемъ всякую возможность

¹⁾ Centralblatt f. Gynäkol., № 17, 1894.

restitutio ad integrum, отъ мочеиспускательнаго канала въ области *orif extern.* оставалась лишь часть его въ видѣ перемычки, толщиною не болѣе 3—4 мм.; кромѣ того замѣчались слѣды прежнихъ оперативныхъ попытокъ, такъ какъ большая находилась уже въ нѣсколькихъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ. Очевидно, что при подобныхъ условіяхъ оставался только одинъ исходъ—сплошь зашить весь входъ во влагалище и создать искусственный оттокъ для мочи, накапливающейся въ образованной клоакѣ, проложеніемъ фистулы въ прямую кишку, какъ это рекомендуютъ авторы и мною самимъ было примѣнено уже въ нѣсколькихъ случаяхъ. Но прежде чѣмъ произвести *obliteratio vulvae rectalis*, я рѣшился сдѣлать попытку, закрывъ входъ во влагалище, создать сращиваніемъ малыхъ губъ вплоть до клитора нѣчто въ родѣ искусственнаго мочеиспускательнаго канала, который можно было-бы слегка придавливать къ симфизѣ посредствомъ мягкаго пелота, прикрѣпленнаго къ поясу на подобіе грыжеваго бандажа. Этимъ путемъ предполагалось искусственно достигнуть задержанія мочи на извѣстные промежутки времени.

Для меня такимъ образомъ предстояла задача образовать каналъ, представляющій какъ бы удлиненіе уретры вверхъ и впередъ, по передней сторонѣ симфизы; причемъ необходимо было позаботиться, чтобы просвѣтъ подобнаго искусственно-созданнаго канала былъ выстланъ эпителиемъ во избѣжаніе заращенія съ теченіемъ времени. Съ этой цѣлью, произведя по обычнымъ правиламъ освѣженіе задней половины входа во влагалище, какъ это дѣлается при *colpoplekisis*, я, не соединяя разрѣзовъ до образованія колцевиднаго лоскута, продлил ихъ впередъ и вверхъ по внутренней поверхности малыхъ губъ вплоть до *glans clitoridis*, гдѣ каждый лоскутъ и оканчивался на соотвѣтственной малой губѣ, небудучи соединенъ съ противоположнымъ. Такимъ образомъ вся фигура освѣженія (см. рис. 1) представляла подковообразную форму, причемъ средняя часть подковы приходилась въ области задней спайки влагалища, а рога подковы образовались по боковымъ частямъ входа и малымъ губамъ до клитора. Участокъ кожи между боковыми частями фигуры отъ мѣста наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала вплоть до *glans clitorid.*

остался неудаленнымъ и равнялся приблизительно 1 см. Этотъ-то участокъ кожи и былъ предназначенъ, чтобы составить изъ себя внутреннюю поверхность новаго мочеиспускательнаго канала. Соединивъ между собой швами, проложенными симметрично справа на лѣво, обѣ половины освѣженнаго участка (colpoepisiokleisis), мы получили въ верхней половинѣ каналъ, ведущій во влагалище, resp. клоаку; просвѣтъ его свободно пропускалъ тонкій номеръ маточнаго зонда.

Для того, чтобы получить наилучшее прилаживаніе краевъ и заживленіе, я накладываю въ подобныхъ случаяхъ два ряда швовъ, какъ это и было мною рекомендовано для зашиванія кишки при полныхъ разрывахъ промежности ²⁾. Глубокіе (погружные) швы изъ очень тонкаго шелка вкалываются и выкалываются со стороны освѣженныхъ поверхностей, отступя на 1—2 мм. отъ краевъ; эти швы, захватывая очень мало ткани, въ просвѣтъ образующагося канала не проникаютъ, находясь въ толщѣ образуемой стѣнки его. Второй—наружный рядъ швовъ накладывается, по общимъ правиламъ, не заходя въ полость канала.

Произведенная операція дала слѣдующій результатъ: заживленіе произошло первымъ натяженіемъ и *больная получила возможность произвольно задерживать мочу по нѣсколькимъ часамъ*. Она могла иногда провести цѣлую ночь, не испытывая потребности въ выведеніи мочи; днемъ, во время работы, (больная осталась въ клиникѣ въ качествѣ сидѣлки), должна была мочиться приблизительно часа черезъ три, не испытывая при этомъ никакихъ непріятныхъ ощущеній.

Если въ описанномъ случаѣ, *съ полнымъ* разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала, удалось достигнуть продолжительнаго задержанія мочи, то, конечно, еще съ большей вѣроятностью нужно допустить возможность примѣненія указаннаго способа возстановленія произвольнаго держанія мочи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уцѣлѣла большая или меньшая часть мочеиспускательнаго канала, при явленіяхъ непроизвольнаго мочеотдѣленія. Случай врожденнаго дефекта мочеиспускательнаго канала ³⁾, оперированнаго также по указанному принципу, под-

²⁾ Arch. f. Gynäk., Bd. XXXIX, N. I. Журналъ Акуш. и Ж. бол., 1890, № 1.

³⁾ l. c.

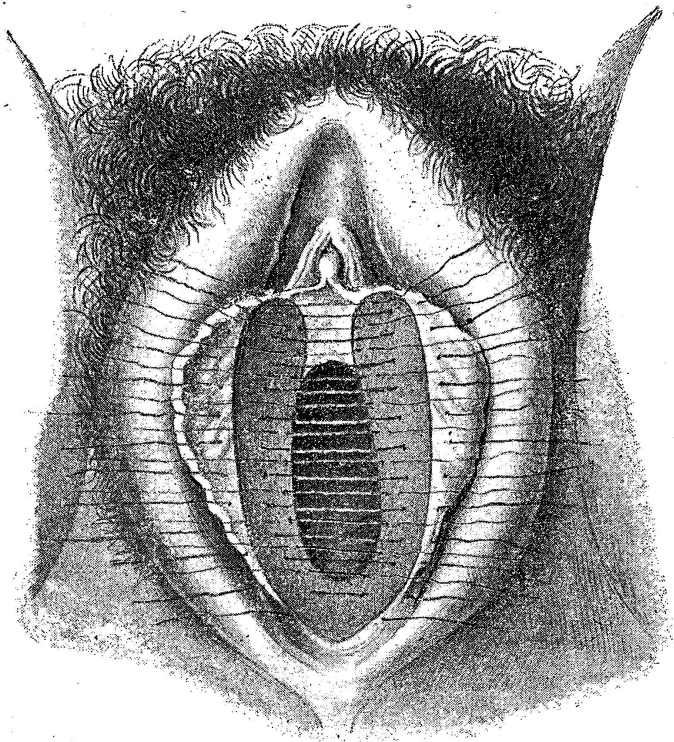
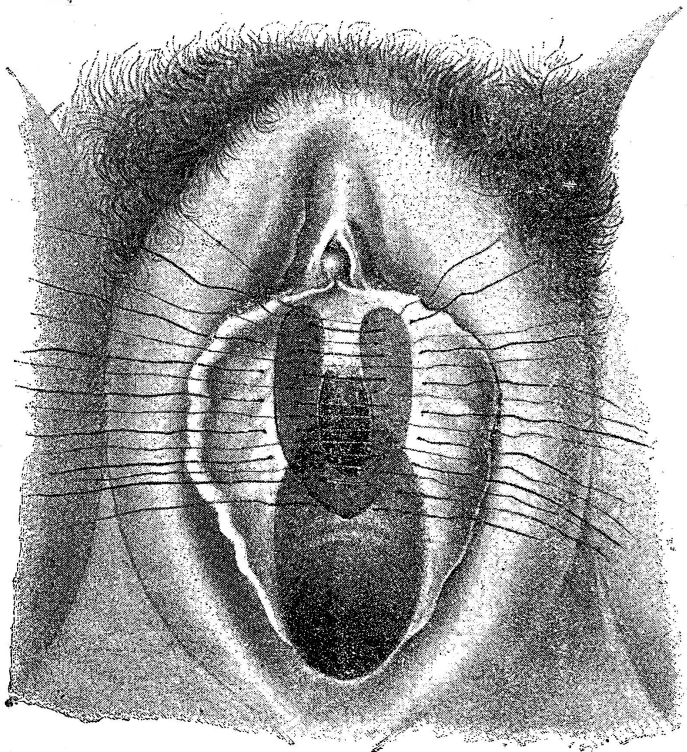


Рис. № 1.



твердилъ высказанное предположеніе. По оперативной техникѣ этотъ случай отличается отъ только-что описаннаго тѣмъ, что вся фигура освѣженія приплась лишь въ области мочеиспускательнаго канала, (какъ это изображено на рис. № 2) съ сохраненіемъ нормальнаго просвѣта влагалища.

Какого рода условія содѣйствовали самопроизвольному задержанію мочи въ нашемъ случаѣ, можно установить только съ нѣкоторою вѣроятностью.

Въ подобныхъ случаяхъ, конечно, главную причину возстановленія способности задерживать мочу слѣдуетъ искать въ сращеніи оставшейся мускулатуры разорванныхъ сфинктеровъ. Въ этомъ отношеніи предлагаемая операція преслѣдуетъ тотъ раціональный принципъ, который нашелъ широкое примѣненіе при пластикѣ въ области прямой кишки въ случаяхъ такъ называемыхъ полныхъ разрывовъ промежности. Остается удивляться, почему этотъ принципъ, основанный на строгихъ анатомическихъ данныхъ, не нашелъ столь-же широкаго распространенія при нарушеніи цѣлости также трубчатого органа, каковымъ является уретра. Нельзя исключить и другое обстоятельство, могущее содѣйствовать задержанію мочи и заключающееся въ удлиненіи и соотвѣтственномъ топографическомъ положеніи узкаго, вновь образованнаго, мочеиспускательнаго канала. Такъ какъ вновь образованный каналъ представляется удлинненнымъ и изогнутымъ, а передне-нижняя его стѣнка нѣсколько длиннѣе противоположной, то мыслимо себѣ представить, что умѣренное наполненіе пузыря (resp. клоаки), нарушая параллелизмъ стѣнокъ, поведетъ къ болѣе тѣсному придавливанію ихъ другъ къ другу, и пока напоръ накопляющейся мочи не превзойдетъ этой силы, больная въ состояніи удерживать мочу.

Какъ-бы то ни было, достигнутый результатъ позволяетъ рассчитывать на возможность ограничить показаніе къ производству сообщенія влагалища съ прямой кишкой и *coloprocteis'a*, лишаящую женщину нормальной половой жизни.

Фигура освѣженія, изображенная на рис. № 2, примѣненная при пузырько-влагалищныхъ фистулахъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала, даетъ возможность достигнуть возстановленія ранѣе бывшаго нормальнаго мочеотдѣленія.