

А. А. НАЗАРЯН

ОПЕРАЦИЯ ДИТТЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ  
МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ У ЖЕНЩИН

Приведены результаты операций 6 больных с практически иноперабельными свищами трансабдоминальным способом по Диттелю, из коих у 5 имелись хорошие результаты. Как свидетельствуют наши наблюдения, показанием к операции мочеполовых свищей у женщин трансабдоминальным способом являются: пузырно-маточные, пузырно-шеечные и пузырно-влагалищные свищи при наличии обширных и плотных внутрибрюшных спаек между мочевым пузырем, маткой, влагалищными сводами и окружающими их органами и тканями. Обширные плотные рубцы и спайки влагалища, а также выраженные циркулярные сужения последнего также являются показанием для этой операции.

Оперативное лечение мочеполовых свищей у женщин трансабдоминальным доступом по Диттелю [12] пока еще не нашло достаточно широкого распространения. Некоторые авторы приводят по одному наблюдению [8, 13, 15, 17, 18], и лишь немногие описывают по несколько случаев [1, 3, 6, 11, 14].

Противники трансабдоминальной операции, считая ее очень сложной, высказывали, кроме того, опасение, что вскрытие инфицированного пузыря со стороны брюшной полости грозит попаданием в последнюю инфицированной мочи, неминуемым перитонитом и высокой смертностью [2, 4, 5, 7, 9, 10, 16].

Мы пользовались следующей методикой трансабдоминальной операции. Общее обезболивание. Положение Тренделенбурга. Разрез Пфанненштиля или срединный (последний необходим, если, кроме всего, имеется еще травматическая грыжа передней брюшной стенки или свищ). После лапаротомии—отделение внутрибрюшных спаек, выделение мочевого пузыря, матки (или культы влагалища, если матка раньше удалена), затем разрез висцерального листка брюшины на 0,5 см выше места перехода с матки на пузырь, отделение матки и ее шейки от пузыря до самого свища. Чтобы иметь ориентир о местонахождении свища, мы ввели свою небольшую модификацию, а именно: предварительно через уретру вводим в пузырь катетер, а клюв катетера выводим во влагалище или в шейку матки через свищ. Этот клюв и является ориентиром. Расщепляя, добираемся до свища, освобождаем его края, а затем и окружающие части стенки пузыря на 2—2,5 см вокруг. После этого, не освежая края свища, зашиваем его в 2 этажа, не захватывая края. Если пузырь очень инфицирован или не удалось его идеально герметизировать, то рекомендуется через небольшой разрез в переднем своде вывести конец дренажа (резиновую полоску, пучок кет-

гутовых нитей или марлевою турунду), подведенного к зашитому свищу, во влагалище. На свищ в шейке матки достаточно наложить несколько кетгутовых швов в I этаж. После этого восстанавливается целость брюшинного покрова переднего свода, перевязываются обе трубы, брюшная полость зашивается наглухо. Дренаж, подведенный к зашитому пузырному свищу, рекомендуется удалить из влагалища через 24—48 часов.

Показанием к этой операции мы считаем наличие пузырно-маточного свища, высокое и позадилобковое расположение мочеполювого свища, расположение свища в глубине переднего свода и особенно в глубине боковых влагалищных сводов при наличии спаек, при рубцовых деформациях и сужениях влагалища, недоступную локализацию свища в шейке матки, т. е. все те свищи, доступ к которым со стороны влагалища невозможен, которые очень часто не видны глазом и, следовательно, практически иноперабельны, могут быть оперированы трансабдоминальным доступом. Наши 6 больных, из коих 5 полностью выздоровели после операции, имели свищи из группы иноперабельных (из них пузырно-шеечных было 4) не только вследствие совершенной их недоступности со стороны влагалища, но и вследствие наличия тяжелых и обширных рубцовых деформаций пузыря, фиксированности и неподвижности как пузыря, так и шейки матки и влагалища в плотных и обширных рубцах и спайках, что исключало возможность мобилизации и закрытия свища любым доступом, кроме трансабдоминального. Данные об этих больных приводим в табл. 1 и 2.

Локализация, диаметр и давность свищей

Таблица 1

Локализация свища в пузыре	Число больных	Локализация свища в половом канале			Диаметр свища		Давность свища	
		шейка мат- ки	шейка мат- ки—перед- не-боковой свод	купол культи вла- галища	1 см	2 см	2—2,5 мес.	3—16 лет
Ретротригональная область	5	4	—	1	4	1	2	3
Ретротригонально-боковая область	1	—	1	—	—	1	1	—
Итого . . . . .	6	4	1	1	4	2	3	3

Согласно нашим наблюдениям, при трансабдоминальном закрытии недоступных высоких мочеполювых свищей послеоперационный период обычно проходит без особых осложнений. Даже наличие гнойного цистита и вагинита до операции не ведет к осложнениям в послеоперационном периоде. Все наши 6 больных до операции страдали тяжелым циститом и вагинитом, причем у большинства из них даже продолжитель-

Таблица 2

Состояние мочевого пузыря и влагалища у больных до операции

Локализация свища в половом канале	Число больных	Выраженная руб- цовая деформа- ция пузыря	Состояние влагалища		Неоднократные неудачные опера- ции в прошлом
			обширная рубцовая деформация	резкое рубцовое сужение	
Шейка матки	4	4	4	1	1
Шейка матки—передне-боковой свод	1	1	1	1	—
Купол культи влагалища	1	—	1	1	1
Итого	6	5	6	3	2

ное лечение цистита и вагинита до операции ощутимых результатов не дало.

Для иллюстрации приводим историю болезни.

Больная М., 47 лет, поступила в клинику по поводу пузырно-влагалищного свища. Болеет 16 лет после тяжелых и продолжительных родов, законченных кесаревым сечением (мертвый плод). Объективно: общее состояние удовлетворительное. По средней линии передней брюшной стенки рубец после кесарева сечения с послеоперационной большой грыжей. Мочевой дерматит, вагинит. Резкое циркулярное рубцовое сужение верхней трети влагалища. Шейка матки плотными рубцами деформирована, притянута кпереди, влево и вверх, фиксирована плотно позади лона; при неоднократных тщательных осмотрах не удается рассмотреть шейку матки и свищевое отверстие. Лишь кончиком введенного указательного пальца удается нащупать свищевое отверстие диаметром в 1 см в передней стенке шейки матки. Хромоцистоскопия при непрерывном введении жидкости: катарально-геморрагический цистит, рубцовая деформация пузыря, особенно треугольника и ретротригональной области, где имеется воронкообразное углубление со свищем в центре. Внутривенно введенный индигокармин выделился из устья правого мочеточника через 4 мин хорошей струей, а из сильно смещенного рубцами влево устья левого мочеточника—через 7 мин едва окрашенной и вялой струей. При экскреторной урографии определяется левосторонняя пиелouretero-эктазия с перегибами мочеточника и понижением функции левой почки, деформация и смещение мочевого пузыря. Остаточный азот в крови и слюне в пределах нормы, в желудочном соке—75 мг%. Гинекологическое исследование: остатки перипараметрита. Операция: срединная лапаротомия. Обнаружены обширные спайки между мочевым пузырем, маткой и органами брюшной полости. Матка оказалась сильно подтянутой вверх и спаянной мощными рубцами с передней брюшной стенкой. Вследствие перерастяжения сращениями шейка матки сильно удлиненной формы. С трудом освобождены мочевой пузырь и матка от склеивающих их сращений, выделен и зашит свищ в стенке пузыря (по вышеприведенной методике), наложены швы на свищевое отверстие в шейке матки. Восстановление целостности брюшины, покрывающей шейку матки и мочевого пузыря. После мобилизации и удаления грыжевого мешка передняя брюшная стенка зашита послойно наглухо. В первые дни моча выпускалась катетером через каждые 3—4 часа, затем восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Послеоперационный период без осложнений. Заживление свища. Выписана с нормальным, самостоятельным мочеиспусканием. Явилась на осмотр через 7 лет—здоровая.

Больная А., 40 лет, поступила в клинику по поводу пузырно-влагалищного свища. Болеет 2 года (после операции—кесарево сечение). Жалуется также на наличие после-

операционной грыжи и гнойного свища передней брюшной стенки в области послеоперационного рубца, из которого постоянно вытекает гной, а во время менструаций—кровь. Объективно: по средней линии живота широкий послеоперационный рубец. Большая послеоперационная грыжа в верхней половине рубца выше пупка. В центре рубца на 4 поперечных пальца ниже пупка имеется губовидный свищ со скудным гнойным отделяемым, кровянистым во время менструаций. В брюшной полости сейчас же позади указанного свища ясно пальпируется болезненное и плотное образование величиной с кулак, тесно спаянное с брюшной стенкой. Анемия. Гепатоспленомегалия. Осмотр влагалища: шейка матки подтянута плотными рубцами и интимными спайками кверху и впереди за лонные кости, фиксирована к последним, не выводится, поэтому свищевое отверстие глазом осмотреть невозможно. Пальцем, введенным во влагалище, удается ощупать обширные рубцовые изменения шейки матки и влагалищных сводов, несколько зияющий наружный зев и свищевое отверстие диаметром в 1 см в передней стенке шейки матки (пузырно-цервикальный свищ). Хромоцистоскопия при непрерывном введении жидкости: катарально-гнойный цистит, рубцовая деформация пузыря, особенно его ретротригональной области, где среди рубцов вертикально расположено воронкообразное свищевое отверстие. Функция почек—норма. Моча кислая, белок до 20%, много измененных и неизмененных эритроцитов, соли.

Операция: срединная лапаротомия от меча до лобка с иссечением и удалением послеоперационного рубца. Оказалось, что свищевое отверстие в этом рубце ведет в просвет левой трубы, сросшейся своим концом с передней брюшной стенкой. С париетальной брюшиной позади рубца выше лобка интимно сращено тело матки. Выше с рубцом и грыжевым мешком по плоскости спаяны петли кишок, сальник. Мобилизация и удаление левой трубы. Перевязка и пересечение правой трубы. Тело матки выделено из спаек и отделено от передней брюшной стенки, затем выделен из сращений мочевого пузырь. После этого—операция по тому же принципу, что и у предыдущей больной. Отделение и удаление грыжевого мешка, глухое послышное зашивание раны брюшной стенки. Через несколько часов больная начала самостоятельно мочиться. В первые 6—7 дней мочеиспускание несколько учащенное, болезненное, моча кровянистая, а из влагалища скудные, сукровичные выделения; затем мочеиспускание установилось—4—5 раз в сутки, безболезненное, свободное. В остальном послеоперационное течение без осложнений. Заживление свища. Выписана через 1,5 месяца с нормальным мочеиспусканием. Показывалась через 5 лет, здорова, жалоб нет.

Приведенные наблюдения разрешают утверждать, что у определенной группы женщин с мочеполювыми свищами лишь операцией, произведенной трансабдоминальным доступом, можно добиться успеха. В самом деле, у всех 6 оперированных этим способом больных лапаротомия во время операции обнаружила обширные внутрибрюшные спайки между маткой, пузырем, органами брюшной полости и передней брюшной стенкой, а также наличие очень плотных рубцов, что придавало матке, ее шейке и влагалищу слишком высокое позадилобковое и надлобковое расположение и абсолютную неподвижность. Вследствие этого не было никакой возможности вытянуть во влагалище хоть немного участок свища с места фиксации, чтобы мобилизовать и зашить его. Опыт показывает, что это возможно лишь через брюшную полость после полной мобилизации от спаек мочевого пузыря, матки, сводов влагалища.

Безусловно, операция мочеполювых свищей у женщин трансабдоминальным доступом имеет свои, приведенные выше, показания и является незаменимой в показанных случаях. В послеоперационном периоде

моченспускание довольно быстро восстанавливается. Осложнения перитонитом мы не наблюдали, не взирая на гнойную мочу и тяжелые циститы. Так как трансабдоминальный способ операции применялся, как правило, в случаях тяжелых иноперабельных свищей, результаты его можно считать хорошими и рекомендовать к более широкому внедрению в практику хирургического лечения мочеполовых свищей у женщин.

### В ы в о д ы

1. Показанием к операции мочеполовых свищей у женщин трансабдоминальным доступом являются: пузырно-маточные, пузырно-шеечные и пузырно-влагалищные свищи, при наличии обширных и плотных внутрибрюшных спаек между мочевым пузырем, маткой, влагалищными сводами и окружающими их органами и тканями. Вследствие этих спаек мочевой пузырь и половые органы фиксируются высоко в тазу, чаще позади и выше лобка, поэтому их низведение во влагалище, освобождение и зашивание свища со стороны влагалища не представляется возможным. Лишь после лапаротомии и ликвидации внутрибрюшных спаек это становится выполнимым через брюшную полость.

2. Обширные плотные рубцы и спайки влагалища, а также выраженные циркулярные сужения последнего, делающие иноперабельными мочеполовые свищи, также являются показанием для операции трансабдоминальным доступом.

3. Осложнения перитонитом мы не наблюдали даже при тяжелых циститах и гнойной моче. Послеоперационный период у всех больных протекал в общем гладко с довольно быстрым восстановлением самостоятельного нормального моченспускания.

Госпитальная хирургическая  
клиника Азербайджанского  
медицинского института

Поступила 23/IX 1974 г.

У. У. НАЗАРОВА

ԴԻՏԵԼԻ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄԸ ԿԱՆԱՆՑ ՄԻՋԱՍԵՆՈՒԿԱՆ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐԻ ՄԻ ՔԱՆԻ  
ՁԵՎԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ու մ

Որովայնի միջով ըստ Դիտելի մուտքի բացելու եղանակով կատարվել է վեց կանանց միզա-սեռական խողովակների բուժում վիրահատամամբ:

Չնայած, որ հիվանդները ունեցել են գործնականորեն անվիրահատելի միզա-սեռական խողովակներ, բոլորի մոտ էլ հետվիրահատման շրջանը ընդհանուր առմամբ հարթ է ընթացել:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александров Е. К. Сборн. научн. работ Ярославского мед. ин-та за 1956 г., в. 14. Ярославль, 1957, стр. 203.
2. Атабеков Д. Н. Поврежден. и функцион. расстройства мочевых путей у женщин и оперативное их лечение. М., 1928.
3. Добротин С. С. Сборн. научн. раб. каф. акуш. и гинек. Горьковского мед. ин-та, в. 2, Горький, 1960, стр. 112.
4. Земацкий И. Ф. Врач, 1897, 30, стр. 825.
5. Лисовская С. Н. Сборн. научн. трудов, посвящен. 40-летию научно-врачебной деятельности проф. Б. Н. Хольцова. Л., 1929, стр. 151.
6. Минеева А. М. Вопросы охраны здор. женщины, матери и новорожденного. Сборн. научн. работ Горьковск. мед. ин-та, в. 1. Горький, 1960, стр. 233.
7. Окинчиц Л. Л. Оперативная гинекология, 1938, 2, стр. 209.
8. Руднев Н. М. Вестник хирургии и погран. обл., 1926, 8, 22, стр. 125.
9. Савинов Н. Н. Хирургия, 1901, 54, т. 9, стр. 671.
10. Чайка А. А. Урология, 1935, 2, стр. 74.
11. Aldridge A. H. J. Obstetr. a gynaecol., 1953, 60, 1, 1.
12. Dittel. Wiener Klin. Wochenschr., 1893, 6, 449.
13. Dzieszko W. Ginecol. Polska, 1952, 23, 4, 277.
14. Dorsey G. W. J. Urol., 1960, 83, 4, 404.
15. Hastings T. J. of obstetr. a. gynecol., Brit. emp., 1911, 13, 120.
16. Mackenrodt A. Lbl. f. Gynäcol., 1894, 18, 30, 180.
17. Tellinde R. W. Am. J. Obstetr. a. gynecol., 1942, 44, 885.
18. Vogt E. Lbl. f. Gynäkol., 1952, 18, 1105.