

ATLAS
ZÁKLADNÝCH GYNEKOLOGICKÝCH
VAGINÁLNYCH OPERÁCIÍ

JIRÍ HAVAS

VYDAVATELSTVO SLOVENSKEJ AKADEMIE VIED

ATLAS ZÁKLADNÝCH GYNEKOLOGICKÝCH VAGINÁLNÝCH OPERÁCIÍ
АТЛАС ОСНОВНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ
ATLAS DER GRUNDLEGENDEN GYNÄKOLOGISCHEN VAGINALEN OPERATIONEN

JIRÍ HAVAŠ

VSAV

ÖBSAÑ

СОДЕРЖАНИЕ

INHALT

akusher-lib.ru

Predhovor (prof. MUDr. J. Lukáš, DrSc.)	13
Úvod	17
Indikácie, podmienky a hlavné zásady pri vykonávaní pošvových operácií (prof. MUDr. E. Dlhoš, DrSc.)	23
Vulva	41
Vybratie Bartholinskej cysty	
Exstirpatio cystis glandulae Bartholini	42
Exstirpácia vonkajších rodidiel	
Vulvectomy — exstirpatio vulvae	47
Operácia podľa Horna — denervácia vulvy	
Operatio sec. Horn — denervatio vulvae	55
Vagina	59
Plastika prednej pošvovej steny so zriadením močového mechúra	
Colporrhaphia anterior cum vesicoplicatione	60
Plastika zvierачa močovej trubice pri inkontinencii podľa Stoeckela	
Plastica m. sphincteris urethrae sec. Stoeckel	75
Plastika zadnej pošvovej steny a hrádze so satúrou levátorov	
Colpoperineoplastica cum sutura musc. levatorum	81
Operácia zle zahojenej trhliny hrádze III. stupňa	
Plastica perinei post rupturam gradus III. male sanata	96
Portio, collum uteri	105
Plastika trhliny čapíka podľa Emmeta	
Tracheloplastica portionis vaginalis uteri sec. Emmet	106
Odstránenie čapíka — plastika vonkajšieho ústia krčka maternice podľa Sturmdorfa a Palmricha	
Amputatio colli uteri — plastica orificii externi cervicis uteri sec. Sturmdorf et Palmrich	113

Uterus	125
Vezikofixácia maternice podľa Halbana	
Vesicofixatio uteri sec. Halban	126
Operácia zostupu pošvy a maternice pri predĺžení krčka podľa Halbana	
Operatio descensus vaginae et uteri cum elongatione colli sec. Halban	139
Operácia zostupu alebo predpadnutia pošvy a maternice podľa Fothergilla (Manchesterská operácia)	
Operatio descensus seu prolapsus vaginae et uteri sec. Fothergill — Manchester	158
Operácia predpadnutia maternice podľa Neugebauera—Le Forta	
Colporrhaphia mediana — colpocleisis mediana sec. Neugebauer—Le Fort	167
Čiastočné uzavretie pošvy podľa Kahra	
Colpoperineocleisis subtotalis sec. Kahr	180
Odstránenie maternice pošvou	
Hysterectomia vaginalis	188
Odstránenie maternice pošvou I — Hysterectomia vaginalis I	190
Odstránenie maternice pošvou II — Hysterectomia vaginalis II	224
Odstránenie maternice pošvou III — Hysterectomia vaginalis III	242
Rozpoltenie prednej steny krčka maternice	
Hysterotomia vaginalis anterior	253
Sterilizácia podľa Madlenera pošvovou cestou	
Sterilisatio sec. Madlener per colpocoeliotomiam anteriorem	265
Предисловие (проф. Й. Лукаш, доктор медицинских наук)	13
Введение	17
Указания, условия и главные принципы при проведении операций влагалищ (проф. Э. Дягош, доктор медицинских наук)	23
Вульва	41
Экстирпация кисты Бартолиновой железы	
Exstirpatio cystis glandulae Bartholini	42

Удаление вульвы	
Vulvectomy — exstirpatio vulvae	47
Операция по Горну — денервация вульвы	
Operatio sec. Horn — denervatio vulvae	55
Влагалище	59
Передняя кольпорафия с наложением складок на мочевой пузырь	
Colporrhaphia anterior cum vesicoplicatione	60
Пластика сфинктера мочеиспускательного канала при недержании мочи (операция Штекеля)	
Plastica m. sphincteris urethrae sec. Stoeckel	75
Пластика задней стенки влагалища и промежности со сближением леваторов	
Colpoperineoplastica cum sutura musc. levatorum	81
Пластика промежности после плохо излеченного разрыва третьей степени	
Plastica perinei post rupturam gradus III. male sanata	96
Шейка матки	105
Пластика разрыва влагалищной части шейки матки по Эммету	
Tracheloplastica portiois vaginalis uteri sec. Emmet	106
Ампутация шейки матки — пластика маточного зева по Штурмдорфу и Палмриху	
Amputatio colli uteri — plastica orificii externi cervicis uteri sec. Sturmdorf et Palmrich	113
Матка	125
Везикофиксация матки по Гальбану	
Vesicofixatio uteri sec. Halban	126
Операция при опущении влагалища и матки с удлинением шейки матки по Гальбану	
Operatio descensus vaginae et uteri cum elongatione colli sec. Halban	139
Операция опущения или выпадения влагалища и матки по Фодергилию (Манчестер)	

Operatio descensus seu prolapsus vaginae et uteri sec. Fothergill — Manchester	158
Операция выпадения матки по Нейгебауеру—Ле Форту	
Colporrhaphia mediana — colpocleisis mediana sec. Neugebauer — Le Fort	167
Частичное замыкание влагалища по Кару	
Colporrhineocleisis subtotalis sec. Kahr	180
Влагалищная экстирпация матки	
Hysterectomy vaginalis	188
Влагалищная экстирпация матки I	
Hysterectomy vaginalis I	190
Влагалищная экстирпация матки II	
Hysterectomy vaginalis II	221
Влагалищная экстирпация матки III	
Hysterectomy vaginalis III	242
Рассечение передней стенки шейки матки	
Hysterotomy vaginalis anterior	253
Стерилизация по Мадленеру влагалищным путем	
Sterilisatio sec. Madlener per colpocoelectomy anteriorem	265
Vorwort (Prof. Dr. med. J. Lukáš, DrSc.)	13
Zum Geleit	17
Indikationen, Bedingungen und Grundlagen bei der Ausführung der vaginalen Operationen (Prof. Dr. med. E. Dllhoš, DrSc.)	23
Vulva	41
Die Exstirpation der Bartholinischen Zyste	
Exstirpatio cystis glandulae Bartholini	42
Die Vulvectomie — Vulvaexstirpation	
Vulvectomia — exstirpatio vulvae	47
Die Horn'sche Operation — Vulvadenervation	
Operatio sec. Horn — denervatio vulvae	55

Vagina	59
Die vordere Scheidenwandplastik mit Harnblasenraffung	
Colporrhaphia anterior cum vesicoplicatione	60
Die Sphinkterplastik bei Harninkontinenz — Stoeckelsche Harnröhrenplastik	
Plastica m. sphincteris urethrae sec. Stoeckel	75
Die hintere Scheidenwand- und Dammplastik mit Levatorennäht	
Colpoperineoplastica cum sutura muse. levatorum	81
Die Scheidendammplastik nach schlecht verheiltem Dammriss III. Grades	
Plastica perinei post rupturam gradus III. male sanata	96
 Portio, collum uteri	 105
Die Tracheloraphie — Emmet'sche Portioplastik	
Tracheloplastica portionis vaginalis uteri sec. Emmet	106
Die Portioamputation — Plastik des äusseren Muttermundes nach Sturmdorf und Palmrich	
Amputatio colli uteri — plastica orificii externi cervicis uteri sec. Sturmdorf et Palmrich	113
 Uterus	 125
Die vaginale Vesicofixation des Uterus nach Halban	
Vesicofixatio uteri sec. Halban	126
Die vaginale Operation der Scheiden- und Uterussenkung bei elongierter Zervix nach Halban	
Operatio descensus vaginae et uteri cum elongatione colli sec. Halban	139
Die vaginale Operation der Senkung oder des Vorfalles von Scheide und Uterus nach Fothergill (Manchester)	
Operatio descensus seu prolapsus vaginae et uteri sec. Fothergill — Manchester	158
Die Operation des Gebärmuttervorfalles nach Neugebauer—Le Fort	
Colporrhaphia mediana — colpocleisis mediana sec. Neugebauer—Le Fort	167
Die Dammplastik nach Kahr	
Colpoperineocleisis subtotalis sec. Kahr	180

Die vaginale Hysterektomie	
Hysterectomia vaginalis	
Die vaginale Hysterektomie I	
Hysterectomia vaginalis I	
Die vaginale Hysterektomie II	
Hysterectomia vaginalis II	
Die vaginale Hysterektomie III	
Hysterectomia vaginalis III	
Die Spaltung der vorderen Zervixwand	
Hysterotomia vaginalis anterior	
Die vaginale Sterilisationsoperation nach Madlener	
Sterilisatio sec. Madlener per colpocoeliotomiam anteriorem	

akusher-lib.ru

.	188
.	190
.	221
.	242
.	253
.	265

akusher-lib.ru

Р E D H O V O R

П Р E Д И С Л О В И E

V O R W O R T

akusher-lib.ru

Při výchově studujících lékařství a mladých lékařů, budoucích gynekologů, uvědomil jsem si, že ačkoliv v oboru operativní gynekologie jsou ve světové literatuře vynikající díla, chybí v nich většinou dostatečný názorný materiál, který by umožnil rychlé, snadné a důkladné pochopení a zvládnutí tohoto oboru. Je všeobecně prokázáno, že sebelepší písemný výklad složité operace není a ani nemůže poskytnout dostatečně jasný obraz o jejím průběhu a je pravděpodobné, že několik zkušených lékařů, provádějících operaci podle písemného návodu, postupovalo by v detailech různě. Často jsou zdánlivě nedůležité maličkosti, na nichž závisí hladký průběh operace.

Protože lékař musí přistupovat k operacím co nejlépe připraven, uvítal jsem návrh svého asistenta dr. J. Havaše, aby sepsal tuto knihu a dokumentoval početnými fotografiemi sledy vaginálních operací.

Děkuji autorovi za pečlivou práci a jeho knize přeji vřelý úspěch u čtenářů. Jsem přesvědčen, že bude v jejich rukách k užítku a prospěchu našim ženám.

Prof. MUDr. Josef L u k á š, DrSc.,
přednosta II. porodnicko-gynekologické
kliniky fakulty všeobecného lékařství
UK v Praze

При обучении студентов медицины и молодых врачей, будущих гинекологов, я пришел к заключению, что хотя в области оперативной гинекологии в мировой литературе имеются выдающиеся произведения, все же, в большинстве случаев, в них отсутствует достаточный наглядный материал, который мог бы обеспечивать быстрое, легкое и основательное понимание и овладение этой специальностью. Общеизвестно, что и наилучшее письменное изложение сложной операции не даст и не может дать достаточно ясного представления о ее ходе и поэтому более вероятно, что несколько опытных врачей, производящих операцию по письменному руководству, поступало бы в отдельных подробностях различно. Часто и кажущиеся маловажными мелочи определяют гладкий ход операции.

Ввиду того, что врач должен приступать к операции как можно лучше подготовленным, я приветствую предложение своего ассистента доктора медицины И. Гаваша написать эту книгу, документированную большим количеством фотографий, показывающих отдельные фазы влагалищных операций.

Я приношу автору благодарность за тщательную работу и желаю его книге быть благосклонно принятой

Während meiner Tätigkeit als Lehrer von Studierenden der Medizin und jungen Ärzten (d. h. zukünftigen Gynäkologen), kam mir häufig die Tatsache zum Bewusstsein, dass von einigen hervorragenden Werken der Weltliteratur der operativen Gynäkologie anschauliche Abbildungen vermissen lassen, die in schneller, einfacher und gründlicher Weise zum Verständnis und zur Beherrschung dieses Fachgebietes beitragen würden. Es erscheint müßig zu betonen, dass auch die beste schriftliche Beschreibung einer komplizierten Operation niemals ein genügend klares Bild ihres Verlaufes wiedergeben kann und ich nehme an, dass auch erfahrene, nach schriftlichen Anweisungen operierende Ärzte, in verschiedenen Detail-Phasen verschiedene Wege einschlagen werden. Oft sind es scheinbar unwichtige Kleinigkeiten, von denen der glatte Operationsverlauf abhängt. Da der operierende Arzt nur nach gründlicher Vorbereitung eine Operation durchführen kann, begrüßte ich den Vorschlag meines Assistenten Dr. J. Havaš, dieses Buch zu verfassen und den Verlauf vaginaler Operationen in zahlreichen Fotografien festzuhalten.

Ich danke dem Autor für seine sorgfältige Arbeit, wünsche dem Werk eine günstige Aufnahme bei seiner Leser

читателями. Я убежден, что она в их руках будет служить для блага и пользы наших женщин.

Проф. доктор медицины
Йозеф Лукаш, доктор меди-
цинских наук, заведующий II
Акушерско-гинекологической
клиники Факультета общей
медицины Карлова универси-
тета в Праге

schaft und bin überzeugt, dass es in ihren Händen dem Wohl und Nutzen unserer Frauen dienen wird.

Prof. Dr. med. Josef L u k á š, DrSc.,
Direktor der II. Geburtshilflich-gynäkologischen Klinik, Fakultät der allgemeinen Medizin der Karlsuniversität
in Prag

ÚVOD

ВВЕДЕНИЕ

ZUM GELEIT

akusher-lib.ru

Moderné dokumentačné a oznamovacie technické metódy, ako fotografia, film a televízia, umožňujú s pripojeným hovoreným alebo písaným výkladom názorne vysvetliť aj komplikované deje, k akým patria tiež chirurgické operácie. Film a televízia sa už udomácnili v prednáškových sieňach našich fakúlt. Fotografia je zase názorným materiálom v odbornej literatúre. Som presvedčený, že fotografické snímky musia zaujať dôležité miesto aj vo výuke a školení lekárov, samozrejme i budúcich gynekológov. V našom odbore je, pravda, nevyhnutným predpokladom úzka spolupráca skúseného fotografa a operátora, alebo spojenie operátora a fotografa v jednej osobe, obzvlášť pri zhotovovaní snímkov v sériách. Len takto môžeme zhotoviť cenné, názorné a technicky dokonale snímky, ktoré budú dôležitou pomocou výuky práce v operačnom sále.

Považoval by som za dobrý výsledok dlhotrvajúcej práce, ak táto kniha pomôže lepšie znázorniť deje pri operáciách a uľahčí osvojiť si operačnú techniku. Táto publikácia má znázorniť základné gynekologické vaginálne operácie podľa osvedčených spôsobov, užívaných už mnoho rokov na gynekologickej klinike prof. MUDr. Lukáša v Prahe. Sú to metódy, používané ním a jeho žiakmi, ktorými sa dosiahlo dobrých vý-

Современные технические методы документации и связи, какими являются фотография, фильм и телевидение, в соединении с устным или же письменным изложением дают возможность наглядно осветить и сложные явления, к которым относятся также и хирургическая операция. В аудиториях наших факультетов прочное место завоевали фильм и телевидение. В специальной литературе наглядным материалом является фотография. Я убежден, что фотографические снимки должны занять важное место также и при обучении врачей, и конечно и будущих гинекологов. В нашей специальности необходимым условием для этого является тесное сотрудничество между опытным фотографом и хирургом, или же требуется совмещение оператора и фотографа в одном лице, в особенности при изготовлении серий снимков. Только таким образом можно получить ценные, наглядные и технически совершенные снимки, которые становятся важным учебным пособием для работы в операционном зале.

Я считал бы хорошим результатом своей длительной работы, если бы эта книга послужила лучшему изображению операционного процесса и облегчила освоение знаний опера-

Die moderne Vermittlungs und Dokumentationstechnik, wie z. B. die Photographie, der Film und das Fernsehen ermöglicht in Verbindung mit einer gesprochenen oder schriftlich festgehaltenen Beschreibung eine einleuchtende Erklärung komplizierter Handlungen, zu denen auch die chirurgische Operation zu zählen ist. In den Hörsälen unserer Fakultäten hat sich der Film und das Fernsehen einen festen Platz erobert. Das gegebene Anschauungsmaterial der Fachliteratur ist die Photographie. Wie ich mich während meiner langjährigen Unterrichtstätigkeit überzeugen konnte, spielt das photographische Bild sowohl im Unterricht, wie auch in der ärztlich-gynäkologischen Schulung eine wichtige Rolle. Eine für unser Gebiet unerlässliche Voraussetzung ist allerdings die enge Zusammenarbeit zwischen dem Operateur und einem erfahrenen Photographen, oder — besonders bei Serienbildern — die Verbindung beider Eigenschaften in einer Person. Nur so kann man wertvolle, anschauliche und technisch einwandfreie Aufnahmen erzielen, die als wichtige Unterrichtsbeihilfe die Arbeit im Operationsaal wiedergeben.

Ich würde es als ein günstiges Ergebnis meiner langjährigen Arbeit betrachten, wenn dieses Buch durch eine gute Darstellung des Operationsgeschehens zur leichteren Aneignung und Kenntnis-

sledkov. Radikálna vaginálna hysterektómia a vulvektómia s exstirpáciou lymfatických uzlín nie sú zaradené úmyselne. Operácie vykonané pri maligných procesoch, či už vaginálne alebo abdominálne, majú byť obsahom samostatnej publikácie.

Publikácia je zostavená z pôvodných fotografií. Každá operácia je zachytená v celom svojom priebehu radom fotografií, tvoriacich súvislú sériu. K nej je pripojený opis postupu a technických detailov. Fotografie a text umožňujú mladým lekárom porozumieť a osvojiť si operačnú techniku a starším chirurgicky školeným lekárom robiť operácie bez zvláštnej prípravy. Možno povedať, že atlas má slúžiť lekárom, ktorí už majú základné operačné znalosti a prehľad o topograficko-anatomických pomeroch, ale nie su natoľko rutinovani chirurgovia, aby nepotrebovali určité názorné vodítko. Vzhľadom na lepší prehľad sú niektoré kapitoly doplnené schematickými obrázkami. Opisy sú stručné a zamerané hlavne na ľahké porozumenie jednotlivých zákrokov pri operáciách.

Pretože ide o určitý druh makrofotografie, pričom je veľmi dôležité, aby táto znázorňovala určenú fázu operácie, nemožno sa niekedy vyhnúť skresleniu obrazu. Tento fotografický nedostatok

ционной техники. Цель данной публикации — показать процесс производства основных гинекологических влагалищных операций по испытанным методам так, как они в течение многих лет практиковались в гинекологической клинике проф. доктора медицины Лукаша в Праге. Здесь показаны методы, применяемые им и его учениками, благодаря которым были достигнуты хорошие результаты. Радикальная влагалищная экстирпация матки и удаление вульвы с экстирпацией лимфатических узлов здесь умышленно не приведены. Операции, производимые при злокачественных процессах влагалищным или абдоминальным путем, должны стать предметом самостоятельной публикации. Публикация составлена из подлинных фотографий. Весь ход каждой операции показан на ряде фотографий, представляющих законченную серию. К ней приложено описание метода операции и технических подробностей. Фотографии и текст дают молодым врачам возможность понять и освоить операционную технику, а старшим врачам, прошедшим хирургическую практику — производить операции без особой подготовки. Можно сказать, что атлас предназначен для врачей, имеющих уже основные знания по операц-

nahme verschiedener Operationstechniken beitragen könnte. Das Ziel der vorliegenden Publikation war, die grundlegenden gynäkologischen Vaginaloperationen darzustellen, wie sie durch eine Reihe von Jahren an der Universitätsfrauenklinik von Prof. Dr. Lakás aus Prag durchgeführt werden. Es sind dies alles bewährte Methoden, mit denen von ihm und seinen Schülern gute Ergebnisse erzielt wurden. Die vaginale Radikaloperation und die erweiterte Vulvektomie wurden vorsätzlich nicht einbezogen, da sie das Thema einer selbständigen Publikation über die Operation maligner Tumoren sein sollen. Die Publikation enthält Originalphotographien. Jeder Operationsverlauf wurde in einer Bilderreihe festgehalten, die eine in sich geschlossene Serie darstellt, und diese durch die Beschreibung der einzelnen Phasen und technischen Details ergänzt. Die Bilder und der Text sollen jüngeren Ärzten das Verständnis und die Kenntnis der Operationstechnik vermitteln und älteren, chirurgisch vorgebildeten Ärzten die Durchführung der Eingriffe ohne besondere Vorbereitung ermöglichen. Der Atlas soll demnach Ärzten dienen, die bereits gewisse grundsätzliche Operationskenntnisse und einen Überblick über topographisch-anatomische Verhältnisse besitzen, jedoch noch nicht so routiniert sind, um einen

však iba nepatrne znižuje názornosť fotografických snímkov.

Väčšinu snímkov som zhotovil za svojho pôsobenia na gynekologickej klinike prof. MUDr. Lukáša v Prahe. Som zviazaný zvláštnou vdakou prednostovi kliniky prof. MUDr. Jozefovi Lukášovi, DrSe., doc. MUDr. R. Tachezemu a celému tamojšiemu lekárskeму kolektívu za mnohé rady a pochopenie pre moju prácu.

Ďalej patrí moja úprimná vďaka primárom doc. MUDr. Šebkovi z gynekologického oddelenia nemocnice v Motole a doc. MUDr. V. Chmelíkovi z gynekologického oddelenia nemocnice na Kladne a ich spolupracovníkom, ktorí mi umožnili zhotoviť niektoré snímky v uvedených nemocniciach.

Ďakujem prof. MUDr. A. Hudcovičovi, prednostovi gynekologicko-pôrodníckej kliniky v Bratislave, za vedeckú redakciu a Vydavateľstvu SAV za vzácnu pozornosť pri spracovaní mojej knihy a za jej vzornú úpravu.

Taktiež som vdakou zviazaný prof. MUDr. E. Dlhošovi, DrSe., prednostovi gynekologicko-pôrodníckej katedry Ústavu pre ďalšie vzdelávanie lekárov za záujem, ktorý prejavil tým, že napísal kapitolu o indikáciách, podmienkach a hlavných zásadách pri vykonávaní prvotných operácií.

A u t o r

ной технике и топографической анатомии малого таза, которые, однако, не являются столь опытными операторами, не нуждающимися в определенном научном руководстве. В целях большей наглядности некоторые главы дополнены схематическими рисунками. Описания изложены кратко и имеют целью главным образом легкое понимание отдельных этапов при операциях.

Ввиду того, что дело касается определенного вида макрофотографии, причем очень важным является охватывание определенных операционных этапов, нельзя в некоторых случаях избежать искажения снимка. Этот фотографический недостаток, однако, лишь незначительно понижает достоверность снимков.

Большинство операций и снимков произведено мною во время моего пребывания в гинекологической клинике проф. доктора медицины Иозефа Лукаша, доктора медицинских наук, в Праге, которому я обязан чувством особой благодарности. Затем я выражаю признательность также и доценту доктору медицины Р. Тахеци и всему коллективу врачей за ценные советы и благожелательное отношение к моей работе.

Затем я приношу искреннюю благодарность ординаторам доценту док-

anschaulichen Wegweiser für ihre Arbeit vermissen zu können. Zum besseren Verständnis sind einigen Kapiteln schematische Zeichnungen beigelegt. Die Beschreibungen habe ich besonders im Hinblick auf eine leichtere Verständlichkeit der einzelnen Operationseingriffe so knapp wie möglich gefasst.

Da es sich um eine ganz besondere Art von Makrophotographie mit dem Schwerpunkt auf Festhaltung gewisser Operationsphasen handelt, konnte gelegentlich eine gewisse Bildverzerrung nicht vermieden werden. Diese photographische Unzulänglichkeit dürfte jedoch die Beweiskraft der Abbildungen nicht allzusehr beeinträchtigen.

Die Mehrzahl der Operationen und Aufnahmen habe ich während meiner Tätigkeit an der II. Universitätsfrauenklinik in Prag durchgeführt. Ich möchte deshalb an erster Stelle dem Direktor dieser Klinik, Herrn Prof. Dr. med. Josef Lukáš, DrSe., Doz. Dr. R. Tachezy und dem ganzen Ärztekollektiv für die zahlreichen Ratschläge, wertvollen Anregungen und ihr Verständnis für meine Arbeit herzlichst danken.

Mein Dank gebührt auch den Primarii: Herrn Doz. Dr. V. Šebek, dem Direktor der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses Prag-Motol und Herrn Doz. Dr. V. Chmelík, dem Leiter der gynäkologischen Abteilung des Kran-

тору медицины В. Шебеку из гинекологического отделения больницы в Мотоле и доценту доктору медицины В. Хмелику из гинекологического отделения больницы в Кладне и их сотрудникам, которые дали мне возможность дополнительно изготовить некоторые снимки в приведенных больницах.

Выражаю благодарность также проф. доктору медицины А. Гудцовичу, заведующему Акушерско-гинекологической клиникой в Братиславе за научную редакцию, а также и Издательству Словацкой Академии Наук за исключительное внимание, проявленное при издании моей книги и за ее образцовое оформление.

Считаю своей обязанностью выразить благодарность также и профессору доктору медицины Э. Длгошу, доктору медицинских наук, заведующему акушерско-гинекологической кафедрой Института усовершенствования врачей за интерес, который он проявил при обработке материала тем, что написал главу об индикациях, условиях и главных принципах при производстве влагалищных операций.

А в т о р

kenhauses Kladno, sowie ihren Mitarbeitern, die mir die Anfertigung einiger zusätzlicher Aufnahmen in den erwähnten Krankenhäusern ermöglichten.

Schliesslich bin ich auch Herrn Prof. Dr. A. Hudcovič, dem Direktor der II. Universitätsfrauenklinik in Bratislava für die wissenschaftliche Redaktion und dem Verlag der Slowakischen Akademie der Wissenschaften für ihr weitgehendes Verständnis bei der Drucklegung meines Buches und seiner sorgfältigen Ausstattung zu tiefem Dank verpflichtet.

Ebenfalls bin ich Herrn Prof. Dr. med. E. Dlhoš, DrSc., Vorstand des geburtshilflich-gynäkologischen Lehrstuhls des Instituts für Fortbildung der Ärzte, zu Dank verpflichtet für das freundliche Interesse, das er mit der Abfassung des Kapitels über Indikationen, Bedingungen und Grundlagen bei der Ausführung der vaginalen Operationen bewies.

Der Autor

INDIKÁCIE, PODMIENKY A HLAVNÉ ZÁSADY

PRI VYKONÁVANÍ
POŠVOVÝCH OPERÁCIÍ

ERNEST DLHOŠ

akusher-lib.ru

Vari ani netreba pripomenúť, že umeniu operovať sa nemožno naučiť ani z najlepšie napísanej učebnice. Je na to vždy potrebné praktické zvládnutie operácií, ktoré je možné iba praxou. Prax je však nemysliteľná bez teoretických znalostí, ktoré dáva kniha. Mnoho ráz však badať medzeru medzi teóriou — knihou a praxou — vykonávaním samotných operácií. Ide hlavne o vernosť a realnosť opisu sledu niektorých operácií. Tu napomáha inštruktívny obrázok, ktorý mnoho ráz povie viac ako akokoľvek dobrý dlhý text. Preto sa asi v lekárskej verejnosti tešia zvláštnej obľube učebnice chirurgie, ktoré sú doplnené čo najväčším počtom inštruktívnych obrázkov. Môžu to byť schematické náčrty, fotografie a niekedy i viac umelecké a menej anatomicky verné maľby. Musím však hneď poznamenať, že nemusí ísť vždy na úkor ilustrácie, ak aj nie je anatomicky verná. Naopak, niekedy to môže byť jej klad. Napríklad v takých prípadoch, kde je výstižne, ilustratívne podaná niektorá časť — povedzme, operačného postupu — na úkor vernosti. Aj inštruktážne fotografie prispôsobujeme tak, že partie, ktoré nemajú čo študujúcemu povedať, retušujú sa, aby vynikla práve tá dôležitá časť obrázku, ktorú chceme znázorniť.

Atlas vaginálnych operácií je niečo medzi knihou a operáciou. Podáva ilustratívny sled operačného postupu pri typických vaginálnych operáciách. Nerobí si a ani si nemôže preto robiť nároky na vyčerpávajúci obrázkový referát všetkých gynekologických operácií. Koniec-koncov by to ani nebolo možné. Veď napr. iba operácií, ktorých účelom je chirurgicky upraviť močovú inkontinenciu u ženy, je opísaných viac ako 80.

Atlas nechce a ani nemôže nahradiť učebnicu. Učebnica textom poučá a obrázkami zvýrazňuje, podtrhuje povedané. Atlas stručne komentuje sled operácie a ilustruje ju autentickými fotografickými zábermi. Obrázky sa snažia nahradiť videnu operáciu, text nahrádza cicero, vysvetľujúci priebeh zákroku. Možno to povedať i takto: učebnica poučí o operovaní, atlas dá návod, ako operovať, operovať však naučí iba prax. Pred uplatnením teoretických vedomostí pri praktickom operovaní dá atlas možnosť pochopiť metodiku, oboznámiť sa s prístupom a postupom operácie.

Atlas dáva teda iba základné, zásadné smernice, pričom oboznamuje iba s typickými operáciami. Ich poznanie umožní ľahko pochopiť všetky modifikácie, vychádzajúce z princípu klasických zákrokov, ktoré sú opísané a ilustrované.

Až do zhodnotenia všetkých výhod a možností, ktoré dávala pošvová celiotómia so zameraním na operatívnu intervenciu na vnútorných rodidlách, vykonávali sa všetky gynecologické operácie laparotomickou cestou, a to cez prednú brušnú stenu. Celiotómia, či nž po preťatí prednej pošvovej steny a vezikouterinnej pliky, alebo po zadnej kolpotómii a preťatí peritonea Douglasovho priestoru ukázala nové možnosti gynecologického operovania vaginálnou cestou.

Aj predtým sa sčee robili pošvové operácie, ale išlo vždy o operácie na vonkajších rodidlách, pošve, prípadne na pošvovej časti hrdla matrice. Tieto okrem zriedkavej extirpácie cysty Bartholinio žľazy alebo cysty pošvovej steny mali charakter rekonštrukčný a poväčšinou upravovali zostup pošvových stien alebo zle zahojené trhliny hrádze.

V širšom zmysle slova rozumieme pod vaginálnymi operáciami všetky zákroky, vykonané na vonkajších rodidlách, na pošve a na vnútorných rodidlách pošvovou cestou. V užšom zmysle slova hovoríme o vaginálnych operáciách, resp. o vaginálnej ceste operovania tam, kde si získavame prístup k operácii vnútorných rodidiel cez pošvu. V gynecológii teda zásadne možno operovať dvojakou cestou, a to abdominálne a vaginálne.

Pochopiteľne, brušná i pošvová cesta má svoje klady a nedostatky, svoje podmienky, indikácie i kontraindikácie.

Pri rozhodovaní pre abdominálnu alebo vaginálnu cestu je prvý predpoklad, že chirurg ovláda obidva spôsoby operovania.

Ak sú totiž dané možnosti voľby medzi oboma cestami a pošvová cesta by znamenala menšie zaťaženie pre pacienta, bola by ľahšou iba v tom prípade, keď chirurg ovláda vaginálne operovanie a vykoná zákrok technicky hladko, bez komplikácií. Pri operácii, ktorá je spojená s technickými ťažkosťami preparácie, ako krvácaním, ťažkosťami pri vyluxovaní zväčšenej matrice alebo nádoru, predĺžovaním času operácie, môže vaginálna operácia znamenať pre pacientku väčšie zaťaženie ako brušná. Najmä v takých prípadoch, keď je chirurg nútený pri neúspechu pošvového operovania laparotomovať a takto dokončiť operáciu.

Okrem požiadavky ovládania pošvovej cesty je tu ešte mnoho činiteľov, ktoré spolurozkladujú, ako zákrok vykonať. Vždy je potrebná presná anatomická, topografická diagnóza, dokonalá informácia aj o uložení orgánov a stave tkaniva v okolí operovaného terénu. Ide hlavne o zachovanie topiky mechúra, ureteru a rekta. Topika rodidiel i okolitých orgánov sa značne mení či už pri dislokácii tumorom,

pri retroflexii, retroverzii maternice, jej descenze, prolapse, elongácii hrdla maternice a pod. Je samozrejme, že chirurg musí ovládať všetky tieto eventuality.

Treba sa ešte zmieniť o operáciách, ktoré sú vykonávané simultánne oboma spôsobmi — cestou pošvovou i abdominálnou. Tak to býva napríklad pri prolapsoch, ktoré sa korigujú ventrosuspenziou, prípadne ventrofixáciou a okrem toho je potrebná plastická úprava predpadnutých pošvových stien, alebo pošvové plastiky spojené s enukleáciou myómu, prípadne operáciou na adnexách. V podobných prípadoch je pochopiteľné, že operačné zaťaženie je veľké, nie iba čo do trvania operácie, ale aj čo do krvácania, mliaždenia tkanív, možnosti infekcie atď. Najlepšie by bolo podobné operácie nespájať, ale nahradiť ich len jednou operáciou, a to buď cestou abdominálnou, alebo cestou pošvovou. Vždy to však nie je možné. Podľa stavu pacientky a hlavne podľa veku musíme pri operačnom zákroku rešpektovať aj možnosť ďalších kohabitácií, u mladších i ďalšiu možnosť oplodenia a nehatený priebeh gestácie. To znamená, že niekedy so zreteľom na reprodukciu nemôžeme vykonať zákrok, ktorý by bol najviac anatomicky indikovaný, ale vylučoval by rast tehotnej maternice a pôrod. Tu, rešpektujúc podmienku ďalšej reprodukcie, treba vykonať zákrok umožňujúci tehotnosť a pôrod, a to aj za cenu toho, že operujeme vaginálne i abdominálne.

Ďalšou nevýhodou simultánneho operovania cez brucho i cez pošvu je, že topograficko-anatomicky treba, aby sme najprv operovali poševne a potom abdominálne, lebo v opačnom prípade by sme ľahom za porcie príliš zaťažovali závesný aparát maternice a mohli by sme mechanicky narušiť operované partie. So zreteľom na zachovanie asepsie a non infekcie by bol však opačný postup vítanejší: operovať najprv abdominálne a iba potom poševne, lebo pri vaginálnej ceste aj pri najdokonalejšej dezinfekcii nemôžeme zaručiť také aseptické, sterilné prostredie ako pri operácii abdominálnej. Výnimku tvoria malé úpravy zle zahojenej trhliny hrádze, plastická úprava rektokély a ostatné zákroky, pri ktorých netaháme cervix smerom do pošvového introitu: tieto zákroky môžeme vykonať po laparotómii tým istým inštrumentárium, iba čo si vymenujeme rukavice. Ináč obvyklý postup je tento: najprv operácia pošvová a potom operácia brušná. Takto sa snažíme vyhovieť požiadavkám asepsy aspoň tým, že sa po ukončení pošvovej operácie premyváme, preobliekame a operujeme novou súpravou inštrumentov.

Má ale ostať pravidlom, že treba vždy zvážiť nevýhody simultánneho operovania cez brušné steny i cez pošvu. Pretože je nemožné úplne opustiť tento druh

operácií, treba sa aspoň snažiť redukovať ich počet na najmenšiu možnú mieru.

Z operačno-tematického hľadiska možno vaginálne operácie — podobne ako abdominálne — rozdeliť do dvoch skupín: v prvej sú operácie, pri ktorých sa snažíme upraviť chorobné zmeny rekonštrukciou, plasticou úpravou, či už ide o statické poruchy spôsobené poranením, pôrodnou traumou alebo starobnými degeneratívnymi pochodmi, alebo o vrodené chyby. V druhej skupine sú operácie, pri ktorých odstraňujeme chorobne zmenené tkanivá, nádory alebo celé orgány.

Prv, ako sa rozhodneme či už pre abdominálnu alebo vaginálnu cestu, musíme s istotou vedieť, či je operácia *vôbec* indikovaná. Indikáciu dáva zhruba zlyhanie všetkých možností konzervatívnej liečby, resp. jej nevhodnosť, na druhej strane operácia musí dávať ak nie záruku, tak aspoň dobré perspektívy zlepšenia zdravotného stavu pacientky a likvidovania choroby.

Vždy sa musíme vžiť do situácie pacientky, ako to požadoval Pavlasek, a operáciu indikovať tak, ako by išlo o nás, prípadne o niekoho z našich najbližších. Je to jedna zo základných požiadaviek etiky operovania.

Nikdy nesmieme operačným zákrokom vystaviť chorú väčšiemu nebezpečeniu, než akú pre ňu znamená choroba, ktorú chceme operačným zákrokom vyliečiť.

Úspech operácie závisí od mnohých činiteľov, z nich najmä: od správnej indikácie, zdravých ťvah o relatívnych kontraindikáciách, výberu vhodného druhu operácie, t. j. od operačnej techniky výkonu, dobrej predoperačnej prípravy chorej, včasnej a primeranej náhrady krvnej straty, ako aj od správneho pooperačného doliečovania, čo sú všetko nedeliteľné súčasti dokonalej operačno-liečebnej taktiky, ktorej strategickým cieľom je čo najdokonalejšia úprava zdravotného stavu. Treba vždy rátať s eventualitou operačných ťažkostí, ako aj s dosiahnutím liečebného efektu.

Čo sa týka voľby spôsobu operácie pri stavoch, kde je možné operovať vaginálne i abdominálne, sú rôzne školy, rôzne smery. Extrémisti sú v oboch skupinách operovania a vari najviac je umiernených, ktorí indikujú tú alebo onú cestu selektívne. Netreba vari hovoriť o tom, že nie je správny ani jeden extrémistický smer, veď sa nájdú určite prípady, ktoré budú — sit venia verbo — absolútne jednoznačne indikovať cestu pošvovú alebo cestu brušnú.

Nie je však jednota ani medzi umiernenými chirurgmi, ktorí indikujú spôsob operácie selektívne, individuálne, lebo v mnohých partiálnych otázkach sa líšia

ich názory na samotné indikácie, kontraindikácie, ako aj podmienky vaginálneho operovania.

Zásadne sa musí operovať tak, aby sme pacientky čo najmenej zatažili. Ak zvážime, že globálne je pošvová operácia menej zatažujúca pre pacientku, musíme presne rozhodnúť, či sú dané podmienky, aby sme operáciu pošvovou cestou zvládli bez komplikácií.

Abý sme sa mohli správne rozhodnúť pre tú alebo onú operačnú cestu, treba okrem samozrejmej požiadavky technického ovládania oboch spôsobov operovania dokonale zvážiť všetky ich aktuálne klady a nedostatky a najmä zriechnúť sa zaujatosti pre ten alebo onen smer. Iba takto si nebudú rôzne spôsoby operovania konkurovať, ale sa budú navzájom vhodne dopĺňať.

Najčastejšie budeme rozhodovať o vaginálnej alebo abdominálnej ceste pri operatívnej liečbe:

1. myómov,
2. metrorágií v klimaktériu a menopauze, pri ktorých zlyhala konzervatívna liečba,
3. pri léziách porcia, zvlášť pri združení s inou indikáciou,
4. pri malignómoch hrdla a tela maternice,
5. pri descenzoch a prolapsoch maternice,
6. pri vezikovaginálnych fistulách,
7. pri stresovej inkontinencii.

Odhliadnuc od lokálneho nálezu budú sa pri týchto stavoch indikovať pre vaginálnu cestu podľa H a l b a n a:

1. pacientky, u ktorých hrozia komplikácie zo strany kardiovaskulárneho aparátu a od pľúc,
2. pacientky obézne,
3. pacientky staré,
4. pacientky anemické.

Pri týchto však treba lneď podotknúť, že úprava vnútorného prostredia, predovšetkým úprava celulárneho i plazmatického komponentu krvi patrí medzi prvé úlohy správnej predoperačnej prípravy každej, tým viac anemickéj pacientky. Aj tam, kde operácia súri, treba vždy zabezpečiť dostatok kompatibilnej krvi a zaviesť transfúziu prv, než začneme s operáciou.

Vari najrozdielnejšie sú názory na výber operačnej cesty pri myómoch. Okrem apriórneho, zásadne rozdielneho názoru na operačnú cestu chirurgovia rôzne posudzujú veľkosť a konzistenciu nádoru, priestrannosť pošvy a iných činiteľov, podľa ktorých sa rozhodujú pre tú-ktorú cestu.

Podobne niet jednoty, či nádor pri odstraňovaní znižovať alebo nie. U prvých, pochopiteľne, nebude potom rozhodovať veľkosť tumoru ako u druhých, ktorí sú proti morcellement a odstraňujú nádor in toto.

Čo sa týka vaginálnej operácie myómov, myslím, že je správna podmienka, ktorá vyžaduje, že voľný, mobilný uterus nesmie byť väčší ako pri gravidite III. mesiaca a má ísť o operáciu u viacrodičky s priestranou pošvou (Albert — Lee, Aver). Názory v tejto otázke sú však rôzne. Napr. Campbell, Brill a Golden tvrdia, že pri voľbe operačnej cesty nerozhoduje veľkosť nádoru. Amreich operuje myóm vaginálne vtedy, ak sa dá vtiahnuť do malej pošvy. Ak v anamnéze pacientky zisťuje gynekologickú abdominálnu operáciu, tak pošvovú cestu zavrhuje. Waugh, Israel, Falk, Bunklin, Weaver v určitých prípadoch pripúšťajú vaginálnu cestu po týchto operáciách. Campbell, Brill a Golden nie sú proti vaginálnemu operovaniu pri myómoch ani po predchádzajúcej gynekologickej laparotómii.

Pri krvácaniach rozhoduje stav adnex, resp. potreba revízie brušnej dutiny. Ak tu týchto indikácií niet, rozhodujeme sa pre vaginálnu cestu. Tu pravidelne ide o ženy v pokročilejšom veku, u ktorých zlyhala konzervatívna liečba i výškrab. Ako ultimatum refugium ostáva teda operácia alebo aktinoterapia, pri ktorej uprednostňujeme intrauterinnu aplikáciu rádia alebo izotopov. Obvykle však, ak niet závažných dôvodov proti operácii, prípadne proti aktinoterapii (karcinofóbia), necháme rozhodnúť pacientku, ktorý spôsob liečby si zvolí.

Neraz nám rozhodnutie uľahčí nález metritickej maternice, polypózy, adenomyózy a pod.

Ak však ide zároveň aj o tumor na adnexách, zrasty, kde predchádzala laparotómia a najmä, kde sa robila operácia fixujúca maternicu, rozhodneme sa pre abdominálnu intervenciu.

Tak je to aj pri léziách porcia, ktoré považujeme za fakultatívne prekancerózy: ak niet dôvodu zrakom zrevidovať brušné orgány, operujeme vaginálne.

Pri prolapse maternice rozhoduje radikálnosť zákroku, ktorá zase závisí od

veku pacientky. Ak sa rozhodneme pre odstránenie maternice, robíme to vaginálnou cestou.

Pri descenze a prolapse máme veľký výber operačných spôsobov či už výlučne vaginálnych alebo kombinovaných — vaginálnych a abdominálnych.

Zatiaľ čo pri brušných doplníme spravidla pošvové plastiky ventrosuspenziou alebo ventrofixáciou, je paleta pošvových operácií bohatšia: počnúc plastikami cez interpozíciu, vaginovexikofixáciu, kolpokleizu, domyselnú manchesterskú operáciu až po hysterektómiu s rôznymi spôsobmi zosilnenia panvového dna.

Zatiaľ čo pri fistulách rozhodne ich lokalizácia o tom, ktorou cestou budú prístupnejšie, či vaginálnou, alebo abdominálnou, pri inkontinenciách volíme častejšie cestu pošvovú, ale máme najmä pre recidivujúce inkontinencie možnosť operovať simultánne vaginálne i abdominálne, resp. vaginálne a cez brušné steny extraperitoneálne, ako je to pri operácii Perrinovej.

Pri malignómoch maternice druh zákroku závisí od lokalizácie procesu, jeho progresie, t. j. stupňa, ako aj od radikálnosti zákroku. Ak ide o rakovinu tela maternice a sú dané ostatné podmienky pre vaginálne operovanie, odstraňujeme maternicu pošvove aj s adnexami. Ak však chceme implantovať ovárium do brušnej steny, operujeme abdominálne.

Pri rakovine hrdla maternice ide o starý spor operovať abdominálne podľa Wertheima alebo vaginálne podľa Schautu. Pre začiatkové štádiá (ca in situ) niekedy i I^o rakoviny porcia, ako aj pre chirurgov, ktorí neodstraňujú regionálne lymfatické uzliny, stačí — pri splnení ostatných podmienok — vaginálna hysterektómia, ktorá môže byť rozšírená pri I^o o odstránenie parametrií (hysterectomia sec. Schauta). Tam, kde sa rozhodneme operovať radikálnejšie a odstraňujeme parametria aj lymfatické uzliny, treba operovať abdominálne (hysterectomia sec. Wertheim).

Línia, ktorá rozdeľuje vaginálnu cestu od abdominálnej, nebude teda jednotná, ale bude v mnohom závisieť od rôznych kritérií chirurgov. Podiel vaginálnych alebo abdominálnych operácií sa mení pochopiteľne aj v aktuálnej etape danými možnosťami. Tak napr. v dnešnej dobe treba znova preventilovať otázku so zreteľom na zníženie operačného rizika pri laparotómiách, na druhej strane treba zase uvážiť pribúdajúci počet starých žien, u ktorých býva častejšie indikovaná vaginálna cesta.

• • •

Keď máme hodnotiť vaginálnu cestu operácií, treba konfrontovať výhody tohto spôsobu s jej nevýhodami.

Výhody vaginálneho operovania môžeme zhrnúť do nasledovných bodov:

1. Niet tu abdominálnej rany a tým následnej jazvy na bruchu, ktorá okrem málo estetického vzhľadu je i miestom oslabenej rezistencie organizmu. Okrem zriedkavého celkového rozpadu rany, nepríjemnosti sekundárneho hojenia je to miesto, kde aj pri najdokonalejšej peritonealizácii sa môžu vytvoriť zrasty s črevami, omentom. Podobné adhézie môžu byť príčinou rôznych „neurastenických stavov“ — ak operácia namiesto úľavy priniesla bolesť. Môžu byť príčinou aj subileózných a ileózných stavov, ktoré indikujú iteratívnu laparotómiu. Keloidy a pigmentované rebríčky na jazve sú iba menšou nepríjemnosťou — okrem týchto môže v jazve vzniknúť aj hernia, ktorá zase vyžaduje operatívnu intervenciu. Okrem povedaného už aj samotná brušná jazva môže nepriaznivo vplyvať na psyché pacientky, zvlášť mladej.

2. Vaginálna operácia prebieha s menšou manipuláciou s vnútornosťami, rana je menšia a neleží na exponovanom mieste. Môžeme preto opätovne konštatovať, že po operácii sa pacientky vaginálne operované menej a zriedkavejšie ponosujú na bolesť. Táto je menej intenzívna a trvá kratšie, takže vyžaduje menej a kratšie trvajúce liečenie.

3. Málo sa oceňuje výhoda menej náročnej anestézy. Často možno robiť vaginálne operácie v lokálnom znecitlivení, prípadne v barbiturátovom alebo steroidmi navodenom spánku. Takáto anestéza po dobrej premedikácii obvykle stačí, lebo pri vaginálnom operovaní nevyžadujeme čo najdokonalejšiu relaxáciu brušných stien, ktorá je možná iba za cenu prehlbenej anestézy, intubácie a podania relaxancií. Vyhne sa takto éteru, ktorý nie je vhodným anestetikom u žien v pokročilejšom veku.

4. Vaginálne operovanie nevyžaduje ukladať pacientku do Trendelenburgovej polohy, ktorá je čoraz viac oprávnene kritizovaná ako metóda, ktorá nepriaznivo ovplyvňuje dýchacie pohyby a zaťažuje aj krvný obeh.

5. Po vaginálnych operáciách je menší pooperačný šok. Jeho priaznivé ovplyvnenie treba vidieť v komplexnom pôsobení viacerých kladných činiteľov, predovšetkým menšej krvnej straty.

6. V takých prípadoch, kde treba vykonať aj plastickú úpravu pošvových stien,

plastiku zle zahojenej trhliny hrádze, úpravu neudržania moču, môžeme vykonať tieto operácie jednorazove pri tej istej izolácii, oblečení i instrumentácii.

7. Pri vaginálnych operáciách možno exaktnejšie zošit peritoneálny otvor, ktorý je nepomerne menší ako pri laparotómii.

8. Pri vaginálnych operáciách je menšie riziko pooperačnej peritonitídy. Menej sa manipuluje s črevami a otvorené peritoneum sa zošiva na najnižšie položenou mieste brušnej dutiny, takže ak sa aj vytvorí peritonitída, býva lokalizovaná iba na oblasť malej panvy a nezasiahne celú brušnú dutinu ako tam, kde sa vytvorí po laparotómii.

9. Po vaginálnych operáciách sa zriedkavo vytvárajú kýpfové exsudáty, lebo kýpce možno pri toalete rany vhodne extraperitonealizovať.

10. Po vaginálnych operáciách je zriedkavá atónia čriev a ilcózne stavy, čo pripisujeme tomu, že pri vaginálnom operovaní sa chirurg dostáva ihneď po celiotómii k rodidlám bez toho, aby musel zabezpečovať prístup k operačnému poľu odsúvaním čriev, ich odizolovaním vsúvaním rúšky, odtlačaním tampónmi, čo sú všetko manipulácie, ktoré, aj keď sa robia čo najšetrnejšie, nezaobídu sa bez mliaždenia čriev a porušenia ich serózy.

11. V dôsledku menšieho mliaždenia čriev vzniká aj medzi týmito menej zrasťov, ktoré by spôsobovali pooperačné ťažkosti poruchou peristaltiky a vyprázdňovania.

12. Pri vaginálnej ceste býva menšie operačné riziko u obéznych pacientiek, u ktorých je prístup k rodidlám pri laparotomickej ceste viac sťažený, neprehľadný. U týchto pacientiek sa ťažko operuje pri abdominálnej ceste hlavne na dne panvovom, čo môže spôsobovať zvlášť pri hysterektómii a izolácii močovodov neprekonateľné ťažkosti. U obéznych pacientiek je operačný prístup per vaginam k vnútorným rodidlám neporovnateľne ľahší.

13. Po vaginálnych operáciách preferujú skoré vstávanie a rehabilitáciu aj tí chirurgovia, ktorí sú po brušných operáciách opatrní, konzervatívni. Vďaka skoršej mobilizácii je daná možnosť účinne predchádzať tromboembolickej chorobe. Pri takomto režime je skorá a dokonalá rehabilitácia pacientiek bez nepríjemných pooperačných komplikácií skoro pravidlom.

14. Hoci dnes už netrváme tak na rýchlosti operácie, ako kedysi, keď to bol rozhodujúci činiteľ či už pre možnosť infekcie, krvnej straty, dĺžky anestézy a možnosti šoku, predsa treba spomedzi výhod vaginálneho operovania spomenúť

aj tú okolnosť, že pošvová operácia trvá kratšiu dobu. Ak totiž pošvová operácia neprebíha v dobrom tempe a bez technických ťažkostí, považujeme ju za zle indikovanú.

Zásadne vaginálne sa má operovať vtedy, keď je tento spôsob intervencie pre pacientku výhodnejší a je technicky prevediteľný.

Z nevýhod vaginálneho operovania treba predovšetkým spomenúť:

1. Nemožnosť prekontrolovať hmatom a zrakom brušnú dutinu.
2. Odstránenie apendixu je vaginálnou cestou pravidelne spojené s ťažkosťami a niekedy je technicky neuskutočiteľné.
3. Niekedy sa pošvovou cestou nepodarí ani odstránenie adnex.
4. Treba dvojmo opichovať, používať silný materiál a dobre doťahovať uzly, lebo po sklznutí, prípadne nedotiahnutí uzla sa môže opichovaná partia retrahovať a je potom ťažko dostupná na nové podchytenie a ligovanie. Niekedy treba v dôsledku podobného neopatrného postupu laparotomovať, vyhľadať a opichnúť krvácajúcu cievu.

Pochopiteľne, vaginálne operovanie predpokladá i splnenie určitých podmienok. Tak:

1. Uterus musí byť voľný, nesmie ísť o zrasty či už pozápalové alebo arteficiálne (ventrofixácia).
2. Uterus, prípadne tumor nesmie byť príliš veľký. Tu sa však niekedy rozchádzajú niektorí chirurgovia a postupným znižovaním odstraňujú myóm akejkoľvek veľkosti. Pri operácii veľkých tumorov, zápalov, endometriózy, adhézií po predchádzajúcich operáciách na rodidlách, ako napr. po ventrofixácii môžeme naraziť na také technické ťažkosti v priebehu operácie, že treba podobné vaginálne operovanie považovať pre pacientku za viac zaťažujúce ako operovanie laparotómiou. Pri niektorých nevhodne volených prípadoch môžu byť prekážky také veľké, že vyžadujú prechod na abdominálne operovanie, čím záťaž pre pacientku ešte viac stúpane. To znamená, že úspech pošvovej operácie závisí vo veľkej miere okrem operačnej zdatnosti lekára aj od jeho diagnostických schopností.

Tam, kde nie sme presvedčení o celkom hladkom priebehu vaginálneho operovania, operujeme radšej abdominálne.

3. Pošva má byť dostatočne priestraná. Čo sa týka náhľadov na úzku pošvu, názory sa rozchádzajú. Jedni odporúčajú operovať vaginálne iba u žien, ktoré

rodili a majú priestrannú, širokú pošvu. Títo považujú úzku pošvu za kontra-indikáciu vaginálneho operovania, iní si pomáhajú jednostranným alebo obojstranným Schuchardtovým rezom. Sú i takí chirurgovia, ktorí Schuchardtovmu rezu neprpisujú žiaden význam, čo sa týka umožnenia lepšieho prístupu k operačnému poľu. Zdá sa, že je to otázka technického postupu: ak nám má Schuchardtov rez umožniť lepší prístup k operačnému poľu, musí siahať dostatočne vysoko: pri cirkulárnom obrezaní porcia musí siahať až po túto incíziu.

4. K nevýhodám vaginálneho operovania treba prirátat aj možnosť krvácania v pooperačných dňoch. Ak sme operovali konzervatívne, so zachovaním maternice, vne na pochybách, či ide o menses, krvácanie z dutiny maternice alebo o krvácanie z rany. Ak krvácanie z dutiny maternice vylúčime, treba rozhodnúť, či ide o krvácanie z porcia, pošvovej sliznice, alebo hlbších partií. Neraz sa treba presvedčiť zrakovou kontrolou v pošvových zrkadlách, odkiaľ krvácanie pochádza, a v prípade menšieho, prípadne parenchymatózneho krvácania pošvu vydrénovať, keď sme prv pokryli krvácajúce miesto spongostanom alebo zasypali tromboforom. Ak ide o väčšie krvácanie, treba vyhladať krvácajúcu cievu aj za cenu rozpárania rany, vykonať opích krvácajúcej cievy a resutúru rany.

5. Ďalšou nepríjemnou komplikáciou vaginálneho operovania bývajú ťažkosti s močením a reziduálny moč. V prvých 1–2 dňoch po pošvových operáciách pacientky veľmi často nevedia močiť. V prípadoch, že išlo o operatívnu úpravu močovej inkontinencie, považujeme podobný príznak za priaznivý so zreteľom na trvalý výsledok operatívnej korekcie. Najlepšou liečbou týchto stavov ostáva skoré vstávanie a rehabilitácia. Ako prevenciu týchto stavov odporúčame návnik močenia poležiačky pred operáciou.

Pokiaľ ide o samotnú operáciu, obyčajne sa operuje s dvoma asistentmi — prvý stojí po ľavej strane chirurga, t. j. po pravej strane pacientky, druhý po pravej strane chirurga. Postavenie asistentov k operácii je dôležité — musia sa postaviť tak, aby čo najlepšie mohli asistovať, avšak bez toho, aby prekážali chirurgovi. Tam, kde sa operuje bez možnosti naložiť na zadnú pošvovú lyžicu závažie podľa Scherbaka, aby lyžica držala in situ bez pridržiavania rukou, tretí asistent (čo je, pravda, prepych), resp. druhý asistent pridržiava dolnú pošvovú lyžicu rukou. Ak sa operuje s tromi asistentmi, tretí sedí po ľavej strane chirurga na nízkej stoličke.

• • •



1. Dolná poševná lyžica podľa Martina so závažím podľa Scherbaka, dolná poševná lyžica podľa Simona.



2. Postranná lyžica (páka) podľa Breibského.

Z inštrumentária používaného na pošvové operácie treba spomenúť dolné pošvové zrkadlá či už Simonove alebo Martinove, podľa možnosti so závažím podľa Scherbaka alebo Porgesa. Na odtláčenie hornej pošvovej steny a bočných stien je najvhodnejšia páka podľa Breiskyho, ktorá umožňuje, vďaka tomu, že jej držadlo je paralelné s lyžicou, výdatne zatlačiť pošvové steny.

Pochopiteľne sa pošvové zrkadlá a páky zhotovujú v rôznych veľkostiach, aby sa mohli použiť primerané veľkosti podľa priestrannosti a dĺžky pošvy. Pri morcellement myómov sa zvykne používať lanceta podľa Segonda. Pre uľahčenie manipulácie má dlhú rúčku. Na strihanie sa používajú rovné i zahnuté nožničky, vždy s dlhými ramenami, tiež pre uľahčenie manipulácie. Na zastavovanie krvácania slúžia kliešte podľa Péana rôznej veľkosti, na zachytenie pošvových stien dlhé kliešte podľa Kochera. Porcio, prípadne telo maternice zachycujeme do jednozubých klieští podľa Martina (amerikán), myóm zachytávame do dvozubých klieští podľa Museuxa. Na šitie používame vždy ihlec s dlhým násadcom, Bozemannov (gynekologický). Väčšie cievy podchytávame Deschampsovou ihlou s dlhým násadcom.

Tam, kde pred operáciou vykonávame kyretáž, treba prichystať dilatátory, uterínnu sondy a kyretu. Tieto majú byť menšie a ostré. Kde operáciu fixujeme uterus, ako napr. pri vaginofixácii maternice, alebo jej vezikovaginálnej interpozícii, vždy robíme pred operáciou výškrab, aby sme vylúčili malignitu. Pretože po týchto operáciách, fixujúcich maternicu, nie je možný jej rast v gravidite, treba operáciu robiť mimo gravidity, t. j. u žien vo fertílno m období po menses.

Pri samotnej vaginálnej operácii treba zachovať určité pravidlá, ktoré uľahčujú operáciu, či už prístupom k operačnému poľu alebo ľahšou preparáciou.

Tak už pri samom rozhodovaní a pohyblivosti maternice, ktorá rozhoduje o pošvovej alebo brušnej ceste operácie, treba vedieť, že niekedy síce pri stiahnutí maternice do pošvového introitu sa zdá, že uterus je fixovaný, ale po cirkulárnej incízii pošvovej steny, odsunutí močového mechúra, otvorení Douglasovho priestoru a po obojstrannom ligovaní a resekovaní postranných parametrov sa naraz stane uterus dobre mobilným.

Ďalej si vždy musíme uvedomiť, že pri prolapse sa podstatne mení topika



3. Lanceta podľa Segonda.

ureterov v ich relácii k art. uterina — stupňom prolapsu vytvára ureter kolienko, ktoré gradáciou prolapsu postupuje laterálne od maternicovej hrany a kranálne od priebehu art. uteriny.

Ulohou asistentov pri pošvovej operácii je:

1. čo najlepšie umožniť prístup k operačnému poľu, a tým uľahčiť chirurgovi manipuláciu, ktorá spočíva či už v preparácii, resekcií, alebo opichovaní.

2. za každých okolností umožniť viditeľnosť operačného poľa nastavením časti, kde sa operuje, do pošvových zrkadiel, ako aj rýchlym sušením krvácaní, zachytávaním krvácajúceho cievy.

3. dôležité je držať a fixovať stehy tak, aby neprekážali a boli spolu opíchy, ktoré patria k sebe. Nedodržanie tejto zásady môže veľmi sťažiť vyhľadanie a fixáciu ranových kýpfov, ich extraperitonealizáciu, zdrhovanie stehov, ktoré majú predísť prolabovaniu pošvového kýpta, peritonealizáciu i samotné zošitie a fixáciu okrajov pošvovej sliznice.

Tu treba upozorniť na chyby, ktoré často robia mladí asistenti: neraz sa snažia sprístupniť čo najviac operačné pole na svojej strane, hoci sa pracuje na strane operačnej, takže týmto počínaním znižujú prehľad a prístupnosť k tej partii operačného poľa, kde je to v danom okamihu najviac potrebné.

Dlhé osušovanie operačného poľa pridržávaním tampónu, stieraním rany a pod. tiež zdržiava operáciu a neumožňuje dobrý prehľad krvácajúceho miesta. Preto sušiť treba rýchlo: pritlačiť tampón ku krvácajúcejmu miestu a rýchle ho odstrániť. Potom treba vysušiť i nahromadenú krv.

Asistent na strane, kde sa pracuje, nesmie pustiť z ruky páku, steh, kliešte a pod. preto, aby napr. sušil alebo pomohol zauziť steh. Sušiť, prípadne inak byť nápomocný, musí asistent z druhej strany. Na strane, kde sa pracuje, je hlavnou úlohou asistenta sťažiť sa vždy čo najlepšie sprístupniť operačné pole preparácii i zrakovkej kontrole.

Správna asistencia môže uľahčiť, zlá však naopak môže značne sťažiť priebeh operácie. Prvou podmienkou asistencie je staré: nič nocere! Prof. Šeliga zvykol po ťažkej operácii kvitovať zlu asistenciu slovami: „Napriek vašej asistencii sa mi podarilo dokončiť operáciu! Dakujem!“

Preparácia sa riadi podľa topiky: raz je potrebná ostrá, raz tupá. Je dôležité preparovať vždy v správnej vrstve. Nedodržanie tejto zásady zapríčiňuje sťaženú preparáciu, neprehľadnosť, krvácania. Pri preparácii musí byť váživo pri vagi-



4. Zdola hore: dolná pošvová lyžica so závažím podľa Scherbaka, kliešte podľa Peana, kliešte podľa Kochera, rovné preparačné nožnice s dlhými ramenami.

nálnom operovaní vždy napnuté. Dodržiavanie preparácie v správnych vrstvách je dôležité najmä pri plastickej korekcii cystorektokél. Treba pamätať, že predovšetkým správna preparácia napomáha dokonalý úspech operácie. Operácia neraz vytvorí zmenené anatomické pomery, napr. likvidáciu vezikouterínnej exkavácie, vsunutie dna matrice pod hrdlo mechúra, alebo vytvorenie nového dna panvového vypreparovaním a sutúrou levátorov.

Typická operácia musí byť vykonaná podľa vopred vypracovaného plánu, podľa zvyklostí zavedených na každom oddelení, lebo podobný postup veľmi napomôže skrátiť dobu trvania operácie.

Neznamená to však, že vždy bude platiť zabehaná šablóna. Naopak, má byť iba hrubým návodom, pričom prakticky treba vždy individualizovať podľa daných možností. Napríklad nemožno vždy šablónovite postupovať pri exaktnom vypreparovaní ritých zdvíhačov. Neraz sa stretneme, najmä pri väčších rektokéloch sa značnými varikozitami v partiách levátorov. V podobných prípadoch bude správnejšie nepreparovať levátory, čo aj za cenu otvorenia varixov a značného krvácania, ale tieto zbližiť tak, že ich zošíjeme stehom naloženým en masse veľkou okrúhlou ihlou, ktorou sa vyhneme varikóznym cievam. Po takejto úprave je operačný efekt vždy lepší, ako tam, kde síce levátory exaktne vypreparujeme a zbližime sutúrou, ale operačnú ranu nám rozhodí krvácanie.

...

V predoperačnej príprave je potrebná tak isto svedomitá príprava ako pri brušných operáciách. Nikdy sa nesmie zabudnúť na starostlivé vyšetrenie kardiovaskulárneho systému a pľúc. V pokročilom veku často ide o pacientky so sklerotickými zmenami na srdci. Treba pamätať, že tieto zmeny nemusia byť v začiatkoch choroby manifestné ani na elektrokardiograme, preto dávame pacientkám vyše 65-ročným predoperačne niekoľko dní i. v. strofantin v dávke 1/4—1/3 mg s 5% glukózou. Nepovažujeme to za prevenciu pri zdravom srdci, ale za stimuláciu srdca sklerotického. Pľúteny emfyzém a bronchiectázie vyžadujú dôkladnú ventiláciu pľúc už pred operáciou a samozrejme čo najskoršiu ventiláciu po operácii. Je to ďalší dôvod, aby sme sa vyhýbali inhalačnej éterovej narkóze.

Nesmieme nikdy zabudnúť na vyšetrenie moču, ba v pochybných prípadoch vyšetrujeme i glykemickú krivku. Iba takto sa vyhneme nepríjemným kompli-



5. Zahnuté preparačné nožnice s dlhými ramenami (podľa Coopera).



6. Kliešte jednozubé podľa Martina (amerikán), kliešte dvojzubé, podľa Museuxa.



7. Bozemannov ihlec (gynekologický), De schampsova ihla.

káciám v pooperačnom období, ktoré môžu vzniknúť pri nepoznanej — často latentnej cukrovke, ktorá vo vyššom veku nie je zriedkavá.

Pred každou vaginálnou operáciou bezpodmienečne treba vyšetriť mikróbný pošvový obraz, ako aj zhodnotiť pošvový ster. Inisavé, trichomonádové a hubové pošvové infekcie vyžadujú predoperačnú liečbu. Podľa etiologického činiteľa dávame antibiotiká a sulfonamidy, metronidazol alebo fungicídne prostriedky.

Kde funkčnou cytodiagnostikou zistíme krehké, krvácajúce, atrofické endometrium, musíme sa snažiť zlepšiť jeho stav ordinovaním estrogénov, lebo atrofická pošvová sliznica nezaručuje dobré pooperačné zahojenie. Estrogény môžeme dávať injekčne alebo lokálne. Sledovanie steroidov a klinické vyšetrenie nás skoro informuje o zlepšení stavu pošvovej sliznice.

Psychická príprava pacientiek pred pošvovou operáciou je uľahčená v porovnaní s psychickou prípravou pred brušnou operáciou z dvoch dôvodov:

1. Pacientky nemajú pred pošvovými operáciami taký strach, ako pred brušnými operáciami. Lahšie sa zmieria s pošvovou operáciou, hoci ide o odstránenie maternice, ako s brušnou operáciou, aj keď ide len o prostú sterilizáciu.

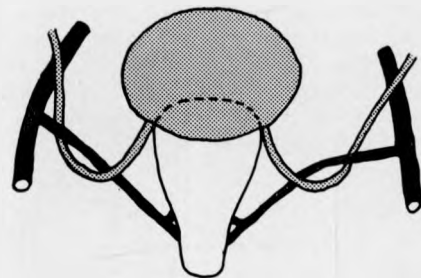
2. Vaginálne operujeme prevažne staršie pacientky, ktoré sú vyrovnané, kludné a sú v každom ohľade prístupnejšie dohovorom ošetrojúceho personálu.

Skorá rehabilitácia pacientiek závisí v nemalej miere aj od toho, v akom stave boli pacientky pred operáciou. Preto treba venovať pozornosť vyšetreniu ich celkového stavu, vyšetreniu životne dôležitých orgánov a stavu výživy. Neraz sa stretáme s podživenými alebo anemickými pacientkami, ktoré v dôsledku nesprávnej životosprávy trpia často hypovitaminózami a hypoproteinémiou. Pred operáciou sa vždy musíme snažiť upraviť stav pacientiek, upraviť anémiu predovšetkým správnu, vydatnou výživou. Pretože často ide zase o staršie pacientky, ktoré trpia zníženou činnosťou žalúdka, achlorhydriou a z toho rezultujúcim nechutenstvom, treba ich stav upraviť transfúziami, infúziami plazmy, prívodom aminokyselín. Kvôli skorej a adekvátnej náhrade má veľkú dôležitosť i starostlivé sledovanie krvnej straty počas operácie. Pokiaľ nemáme možnosť exaktne určovať veľkosť krvnej straty, treba pamätať, že odhad býva spravidla nižší, a preto ordinujeme krvné transfúzie už pri menších stratách, ak ich určujeme iba odhadom.

V pooperačnom ošetrovaní pokračujeme v prípade potreby podávaním strofantínu. V prvých pooperačných dňoch nešetríme liekmi utišujúcimi bolesť. Potreba podávania týchto liekov po vaginálnych operáciách nie je veľká, predsa však nevyčká-



A.



B.

8. Pomer medzi priebehom ureteru a priebehom art. uterina. A. za normálnych okolností, B. pri prolapse.

vame na objavenie sa bolesti, ale bolesť tíšiacie lieky ordinujeme preventívne hlavne v prvých 2–3 pooperačných dňoch. Staráme sa o skorú reanimáciu. Ne nechávame pacientku hladovať, ani trpieť smädом. Staráme sa o dostatočný prívod tekutín, najradšej perorálne. Vhodné sú čaje, minerálne vody. Vo výžive sa zameriavame na dostatok bielkovín a vitamínov. Treba pamätať, že mnoho ráz tzv. diéta je iba synonymom hladovania. Dôležitá je skorá mobilizácia a rehabilitácia. Od prvého pooperačného dňa stavíme pacientky mimo posteľ a kážeme im čoraz viac chodiť. Zároveň začíname s rehabilitačnou gymnastikou, ktorá je zameraná najmä na cviky dýchacie, zlepšujúce kolobeh a cviky, upevňujúce brušné steny a hrádzu. Skoré vstávanie a gymnastika napomôžu rýchlu úpravu črevnej peristaltiky i vyprázdňovanie mechúra. Denné sprchovanie pacientiek vlažnou vodou zvýši ich sebadôverie, pôsobí dobre psychicky i fyzicky a takto účinne napomáha skorú rehabilitáciu.

Pre úspešné vykonanie operácie je potrebné, aby sa indikácia zákroku určila na základe správnej diagnózy a aby bol zákrok technicky dobre zvládnutý. Operácii má však predchádzať starostlivá predoperačná príprava a doplniť ju má komplexná pooperačná starostlivosť.

Iba chirurg, ktorý perfektne ovláda vaginálnu operačnú techniku, môže stanoviť správne indikáciu a voľbu medzi vaginálnou a abdominálnou operáciou.

Chirurg-gynekológ musí ovládať vaginálnu techniku do tej miery, aby ho určité neznalosti a nedostatky v operačnej technike nenútili k abdominálnej operácii v prípadoch, kde by bola výhodnejšia vaginálna cesta.

Treba teda po prvé dokonale zvládnuť techniku vaginálneho operovania. Po druhé nepreferovať apriórne ani vaginálnu ani abdominálnu cestu, ale po stanovení diagnózy a dôkladnom zvážení všetkých indikácií a kontraindikácií určiť ten postup, ktorý bude pre pacientku menej riskantný.

V tejto kapitole sme spomenuli iba problematiku, ktorá rieši vaginálne operácie všeobecne, prípadne v spojitosti s predoperačnou prípravou, anestéziou, pooperačným ošetrovaním, ako i konfrontáciou výhod a nevýhod operatívnej cesty vaginálnej a brušnej.

Špeciálnejší komentár s priamou náväznosťou na reprodukciu jednotlivých operačných spôsobov ponechávame sprievodnému textu, pričlenenému priamo k obrázkovej časti. Považujeme totiž za správnejšie, keď adresný komentár priamo nadväzuje na ilustrácie, ako keď ich predchádza trebárs i v ucelenej kapitole.

VULVA

ВУЛЬВА

VULVA

akusher-lib.ru

УВРАТІЕ ВАРТОЛИНСКЕЈ ЦЫСТЫ EXSTIRPATIO CYSTIS GLANDULAE BARTHOLINI

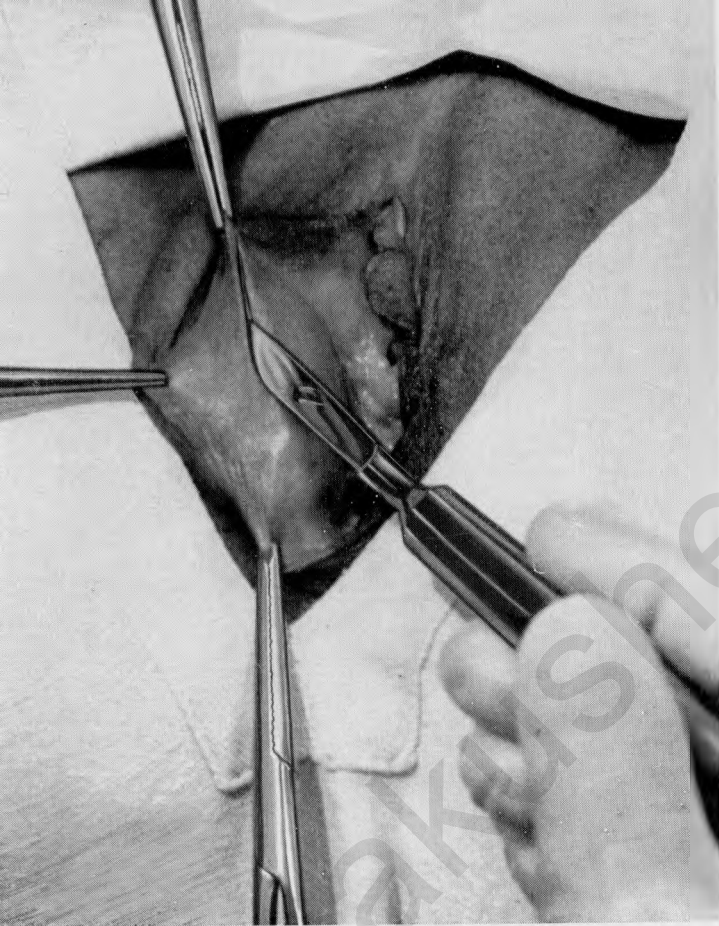
ЭКСТИРПАЦІЯ КИСТЫ ВАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ EXSTIRPATIO CYSTIS GLANDULAE BARTHOLINI

DIE EXSTIRPATION DER BARTHOLINISCHEN ZYSTE EXSTIRPATIO CYSTIS GLANDULAE BARTHOLINI

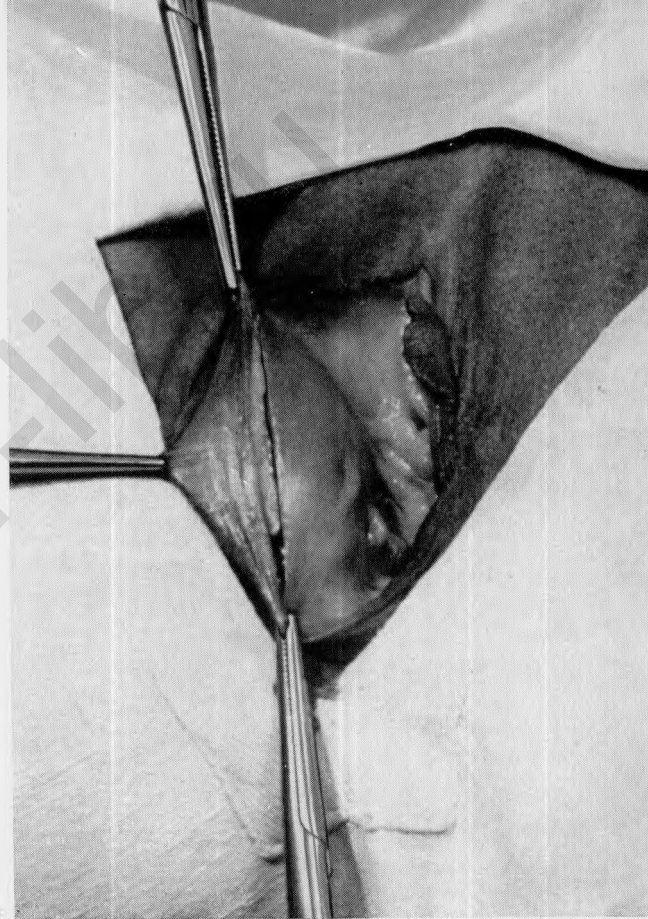
Pri exstirpácii cysty vedieme pozdĺžny kožný rez až na stenu útvaru, alebo na hranici kože a sliznice, alebo na najväčšej konvexite útvaru (obr. 1—2). Cystu neexstirpujeme z vnútornej strany malého pysku preto, aby jazva neprekážala bolestivosťou pri kohabitácii. Okraje kožného rezu rozťahujeme viaczubými hákami alebo malými kliešťami (obr. 3). Striedavo nožom (obr. 4) a nožičkami (obr. 5) pretíname vlákna a takto sa postupne uvoľní cysta v celku. Vyprázdnenie cysty by malo za následok jednak sťaženú ďalšiu preparáciu, jednak prípadne možnú infekciu lôžka obsahom cysty. Krvácanie zastavujeme opíchaním alebo podväzovaním. Preparácia musí byť veľmi starostlivá, najmä na báze, v lôžku, aby sme zabránili väčšiemu krvácaniu. Ak operujeme opatrne, podarí sa nám vyprepa-

При экстирпации кисты мы делаем продольный разрез кожи, доходящий до стенки образования на границе между кожей и слизистой, или же в месте наибольшего выступания образования (рис. 1—2). Разрез ни в коем случае не следует производить на внутренней поверхности малой губы, чтобы рубец своей болезненностью не мешал совокуплению. Края кожного разреза раздвигаются многозубными крючками или же зажимами (рис. 3). Волокна разделяются скальпелем (рис. 4) или ножницами (рис. 5), и киста, таким образом, выщипывается целиком. Удаление содержимого кисты имело бы последствием затруднение дальнейшей сепарации, а также и возможное инфицирование раны содержимым кисты. Кровотечение останавливается обра-

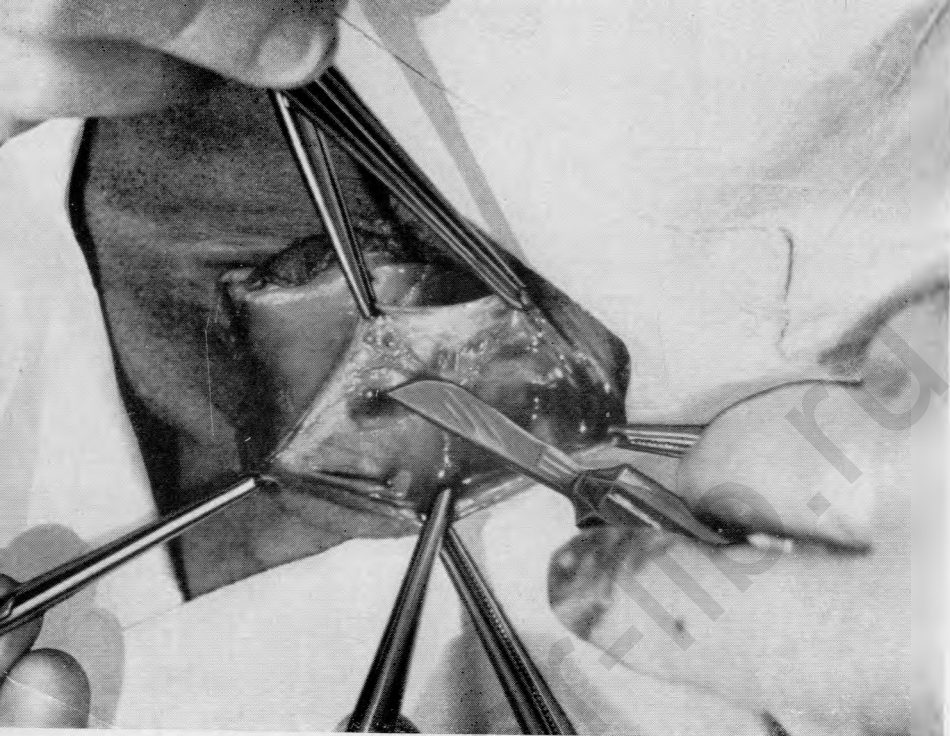
Um die Zyste zu exstirpieren, führt man den längslaufenden Hautschnitt bis auf die Zystenkapself und wählt hierbei entweder die Übergangsstelle zwischen Haut und Schleimhaut, oder den Scheitelpunkt der Zystenkonvexität (Abb. 1 bis 2). Ausserst unzweckmässig ist der Weg über die Innenfläche der kleinen Schamlippen, da hier Operationsnarben später Kohabitations Schmerzen verursachen können. Nach Spreizung der Hautwundränder mit mehrzinkigen Haken oder Klemmen (Abb. 3), wird das Gewebe mit Skalpell (Abb. 4) bzw. Schere (Abb. 5) schrittweise durchtrennt und die Zyste unbeschädigt herausgeschält. Eine Entleerung der Zyste erschwert nämlich die weitere Präparation und kann zu einer Infektion des Zystenbettes durch den Zysteninhalt führen. Blutungen stillt man durch Umstechungen

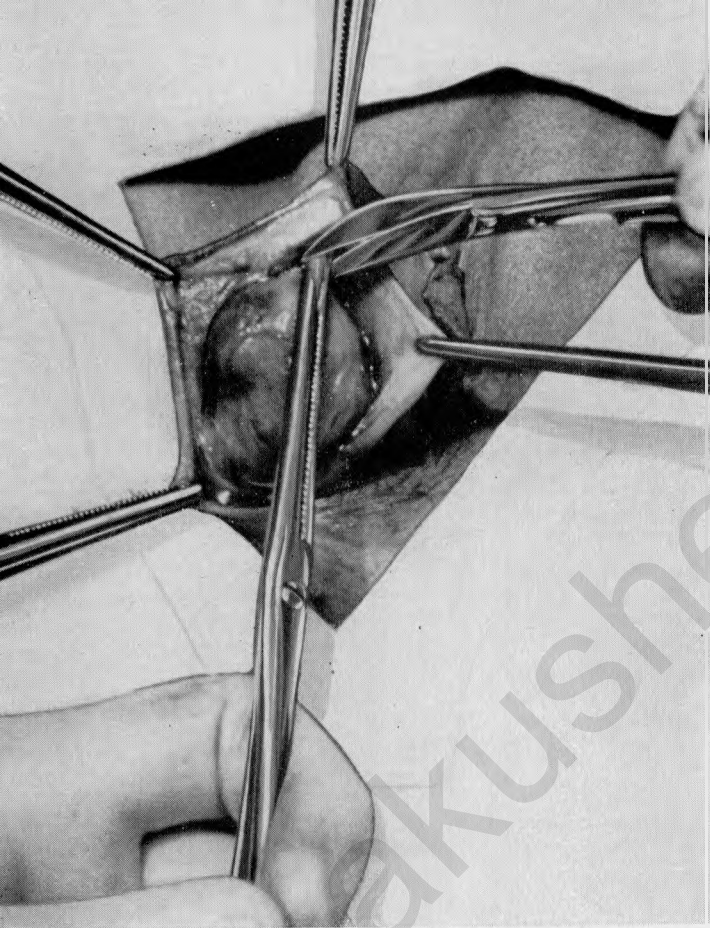


1



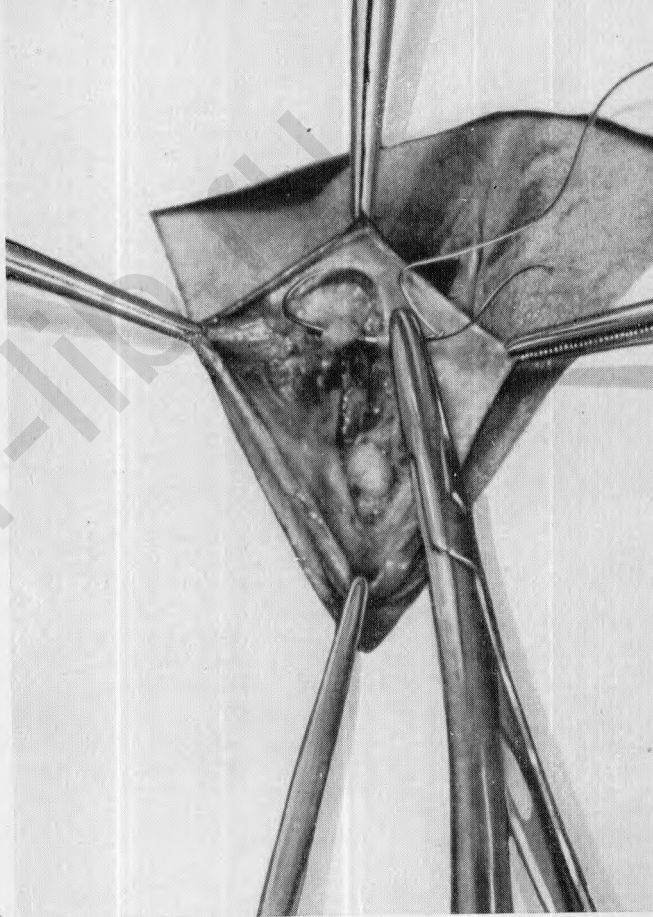
2





5

6



rovať i nezmenenú časť vývodu a neporaníť pošvovú stenu. Lôžko zošijeme hlbokými stehmi (obr. 6), niekedy vo dvoch vrstvách, kožu šijeme obyčajne hodvábnom.

Vzhľadom na to, že nevieme, či nie sú v dutine patogénne mikroby, je účelné dutinu drénovať cez dolný pól rany úzkym prúžkom muľu. Drén ponechávame v rane prvých dní po operácii.

льванием или перевязыванием. Отсепаровка должна производиться тщательно, в особенности в основании ложа, чтобы избежать большего кровотечения. Если мы оперируем осторожно, то нам удастся отсепаровать также и видоизмененную часть протока и не поранить стенку влагалища. Ложе шиваем глубокими швами (рис. 6), иногда применяем шивание в двух слоях. Кожа шивается обыкновенным шелком.

Ввиду того, что мы не знаем, не находятся ли в ране патогенные микроорганизмы, целесообразным является дренирование полости узкой марлевой полоской в нижней половине раны. Полоску оставляем в ране в течение нескольких первых дней после операции.

oder Unterbindungen. Die Präparation muss peinlich genau durchgeführt werden und darf der grösseren Blutungsgefahr wegen, nicht in das gefässreiche Nachbar gewebe führen. Bei vorsichtigem Vorgehen gelingt sogar die Freilegung eines Teiles des unveränderten Ausführungsganges ohne Verletzung der Scheidenwand. Das Zystenbett wird durch versenkte Nähte (Abb. 6), manchmal in zwei Schichten, die Hautwunde meist mit Seidenknopfnähten verschlossen.

Da das Zystenbett pathogene Keime enthalten kann, erscheint es zweckmässig, den unteren Wundhöhlenpol mit einem dünnen Gazestreifen zu drainieren, den man in den ersten Tagen nach der Operation entfernt.

EXSTIRPÁCIA VONKAJŠÍCH RODIDIEL
VULVECTOMIA — EXSTIRPATIO VULVAE

УДАЛЕНИЕ ВУЛЬВЫ
VULVECTOMIA — EXSTIRPATIO VULVAE

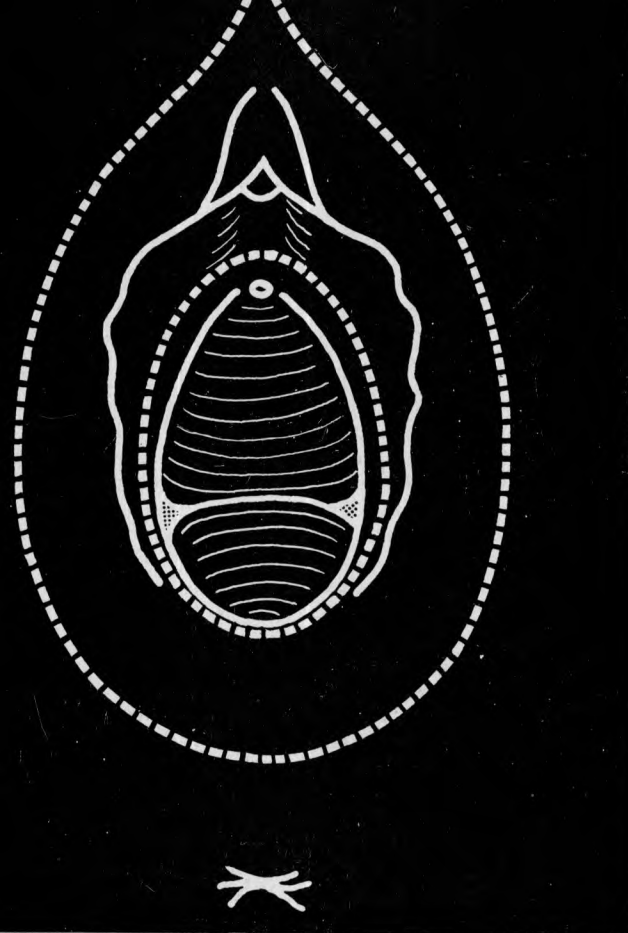
DIE VULVEKTOMIE — VULVAEXSTIRPATION
VULVECTOMIA — EXSTIRPATIO VULVAE

Operáciu začíname dvomi oválnymi rezní (obr. 1). Pysky na oboch stranách približne v prostriedku zachytíme ozubenými malými kliešťami, alebo chirurgickými pinzetami. Asistujúci ich rozťahnu, aby bol pošvový veľod dobre viditeľný. Vnútroň rez prebieha na distálnej hranici pošvovej sliznice, pričom vpredu pod clitoris obkružíme vonkajšie ústie močovej trubice. Vonkajší rez vedieme oblúkom smerom od symfýzy (obr. 2) a potom v tvare obráteného „Y“. Po oboch stranách obkružíme krajinu clitoris (obr. 3). Pokračujeme laterálne od veľkých pyskov a oba rezy spojíme na hrádzi nad konečníkom (obr. 4). Teraz vypreparujeme z vonkajšieho rezu smerom do vnútra tkanivo vulvy, až po diaphragma urogenitale, pričom podchytávame krvácajúce cievy. Začínáme na ľavej strane.

Производя эту операцию при злокачественном процессе, мы должны придерживаться принципа оперировать в пределах здоровой ткани, т. е. на расстоянии минимально 1 см от макроскопической границы опухоли. В латеральных направлениях это представляется возможным. По направлению впереди и назад мы иногда принуждены иссекать часть сфинктера или же мочеиспускательного канала.

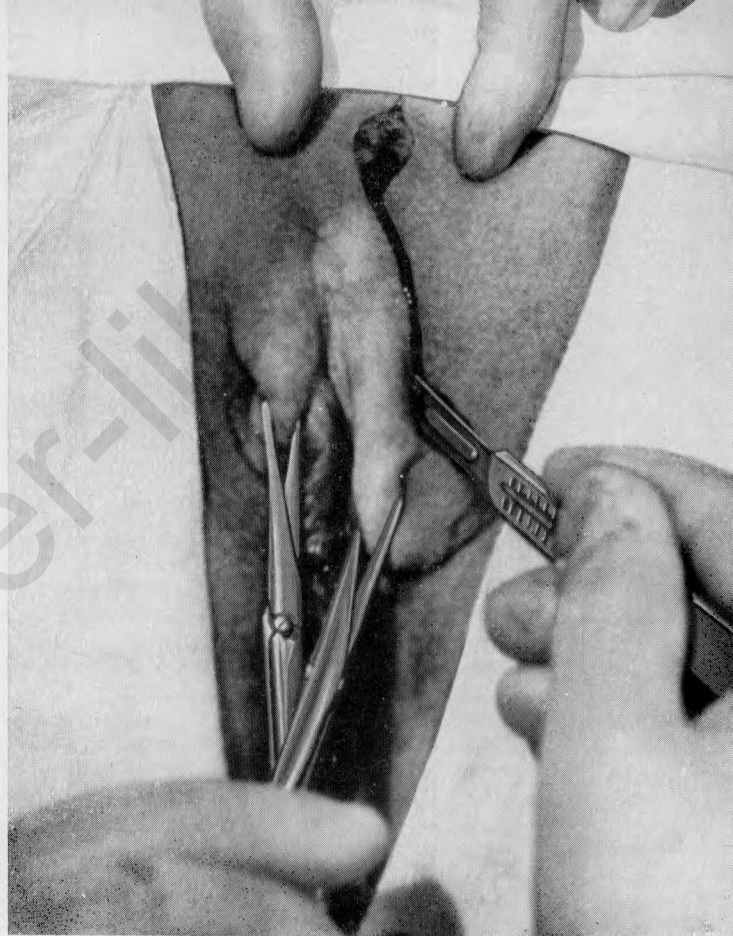
Операцию мы начинаем с двух овальных разрезов (рис. 1). Половые губы захватываются приблизительно посередине кохеровскими зажимами или хирургическими пинцетами. Ассистенты их оттягивают, вследствие чего преддверие влагалища хорошо обнажается. Внутренний разрез производится на дистальной границе

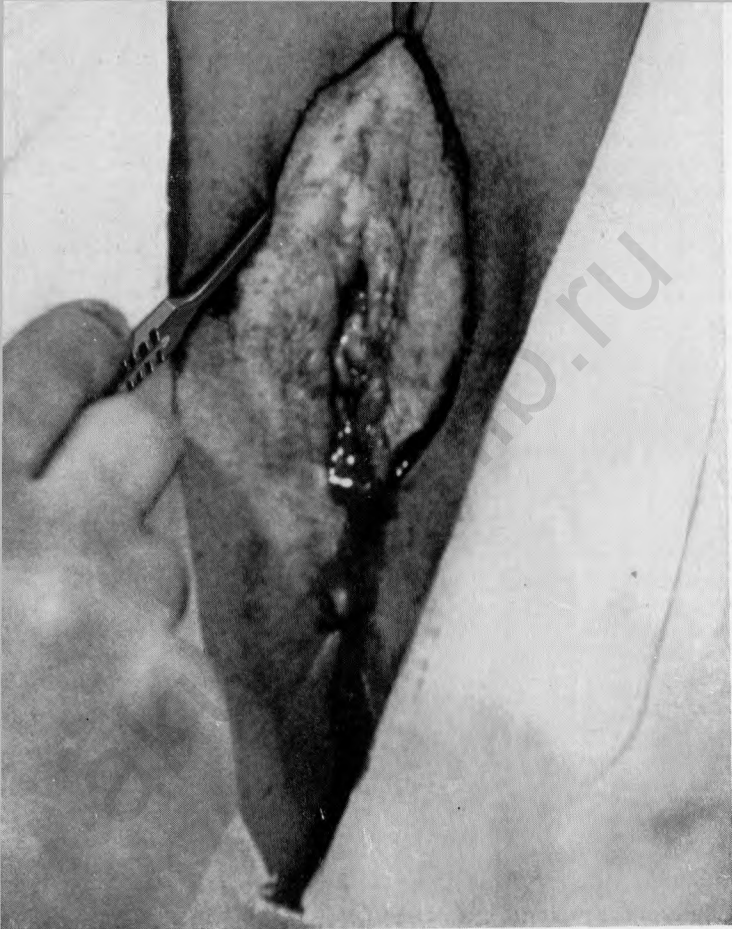
Die Operation wird durch zwei ovale Schnitte eingeleitet (Abb. 1). Zu diesem Zwecke fasst man zunächst mit Kugelzangen oder chirurgischen Pinzetten die Schamlippen im mittleren Abschnitt, lässt sie dann von beiden Assistenten spreizen und legt so den Scheidentritt frei. Der innere Schnitt wird entlang der Scheidenschleimhautgrenze geführt, wobei man unterhalb der Clitoris die Urethramündung umschneidet. Den äusseren Hautschnitt führt man sagittalwärts von der Symphyse bogenförmig nach unten (Abb. 2), dann in Form eines umgekehrten „Y“ die Clitoris beiderseits umgehend (Abb. 3), setzt ihn seitlich der grossen Schamlippen fort und verbindet schliesslich beide Hautschnitte über dem Anus am Damm (Abb. 4). Das Vulvagewebe wird nun bis zum Diaphragma urogenitale



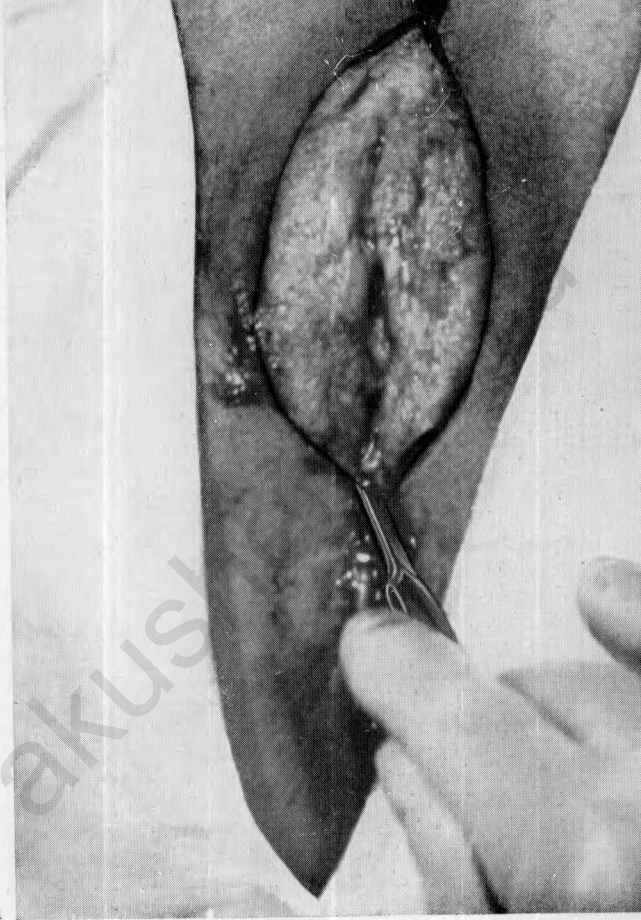
1

2





Atlas gynekologických operací



akus

3

4

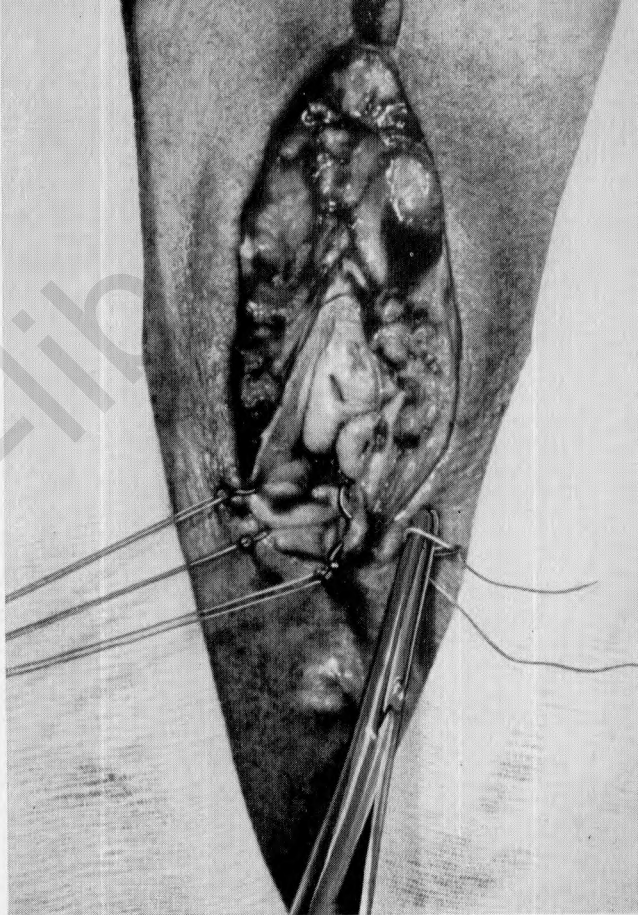
Vnútrotný kruh nás pritom orientuje, kde smeruje exstirpácia, aby sme sa nedostali proximálne od vnútorného kruhu do paravaginálneho väziva. Na pravej strane pokračujeme rovnakým spôsobom, až nakoniec celá exstirpovaná vulva visí na stopke vytvorenej telom clitoris a pars intermedia. Aby sme sa vyhlí väčšiemu krvácaniu, najskôr starostlivo a dôkladne tieto útvary podviažeme a iba potom ich prestrihneme. Takto dosiahneme situáciu, vyobrazenú na obr. 5. Kožné okraje s malou vrstvou podkožného tuku podmiňujeme, mobilizujeme, aby sme mohli bez väčšieho napätia, ktoré by ohrozilo primárne hojenie, spojiť kožu s okrajom sliznice. Mobilizácia kožných okrajov je dôležitá preto, aby pri suture bola koža pritiahnutá k pošvovej sliznici a aby nedošlo pri nepolyblivom kožnom laloku a poddajnejšej pošve k everzii sliznice. Šijeme od zadného okraja hrádze symetricky po obidvoch stranách smerom hore k sponc uzlovými stehmi (obr. 6–7). Ak je veľká ranová plocha otvorená, založíme ako prvú vrstvu vnorené uzlové stehy, ktoré zaberajú jej spodinu. Z väčšieho a dlhšieho vonkajšieho kožného rezu zostane po cirkulárnej suture časť, ktorú spojíme v mediálnej čiare, čím sa zvislé rameno incízie tvaru obráteného „Y“ predĺži (obr. 8).

влагалищной слизистой, причем спереди, под клитором разрез окружает наружное отверстие мочеиспускательного канала. Наружный разрез производится дугообразно, по направлению от симфиза (рис. 2), а потом в форме перевернутой буквы „у“. Область клитора окружается с обеих сторон (рис. 3). Разрезы затем проводятся латерально от больших половых губ и соединяются на промежности над задним проходом (рис. 4). Затем мы продолжаем сепарацию ткани по направлению вглубь вульвы от наружного разреза до мочеполовой диафрагмы, захватывая при этом кровоточащие сосуды. Начинаем с левой стороны. Внутренняя линия разреза при этом служит нам для ориентации куда нужно направлять удаление ткани, чтобы не перейти за пределы внутреннего разреза в около-влагалищную клетчатку. На правой стороне мы поступаем таким же образом, так что вся удаляемая вульва висит, наконец, на ножке, образуемой телом клитора и промежуточной частью. Для избежания излишнего кровотечения эти образования следует сначала перевязать и потом только рассекать. Таким образом мы достигнем положения, показанного на рис. 5. Края кожи с небольшим слоем подкожной жировой клетчатки

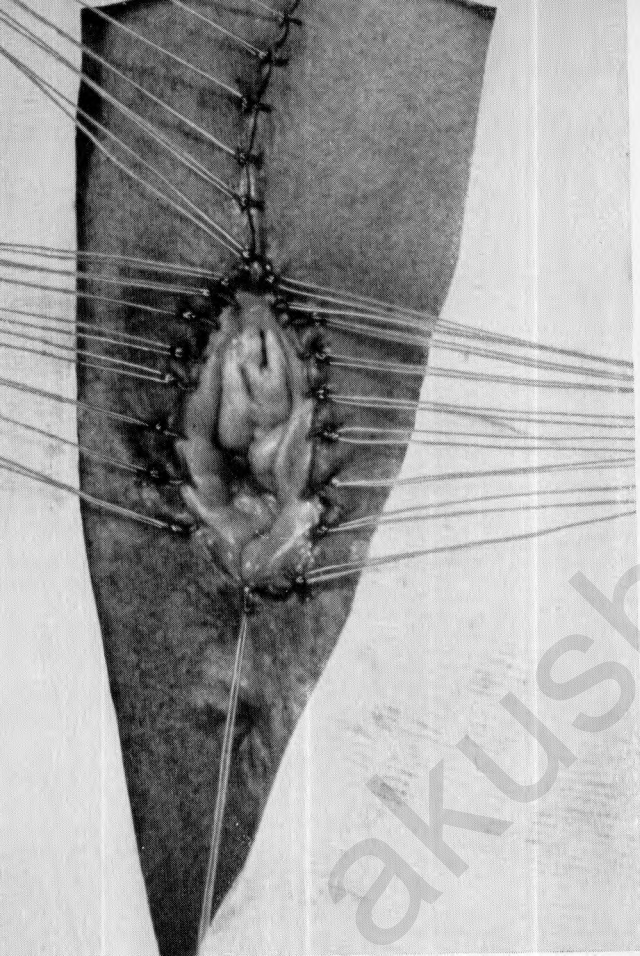
von den Hautschnitten her nach innen freipräpariert und blutende Gefässe unterbunden. Es empfiehlt sich, von links zu beginnen. Der innere Schnitt gibt bei der Exstirpation die Präparationsrichtung an und soll ein Eindringen in das proximal liegende Paravaginalgewebe verhindern. Auf der rechten Seite wird in gleicher Weise vorgegangen, bis schliesslich die ganze exstirpierte Vulva nur noch am Clitoriskörper und der Pars intermedia fixiert bleibt. Um grössere, störende Blutungen zu vermeiden, trennt man diese Gebilde erst nach sorgfältiger Unterbindung ab. Die Operationssituation in diesem Stadium zeigt die Abb. 5. Um die Verbindung der Haut mit der Schleimhaut möglichst ohne grosse Spannungsercheinungen (d. h. ohne Gefährdung der Primärheilung) zu ermöglichen, werden die Hautwundenränder und eine dünne, subkutane Fettschicht unterminiert und mobilisiert; ein Vorgehen, dass die Naht zwischen Haut und Schleimhaut gewährleisten und die Ausstülpung der Scheidenschleimhaut (bei festhaftendem Haut- und elastischem Schleimhautlappen) verhindern soll. Die Operationswunde wird durch Knopfnähte vom unteren Perinealpol beginnend, symmetrisch auf beiden Seiten bis zur Symphyse (Abb. 6 bis 7) verschlossen. Bei klaffenden grossen Operationswunden legt man



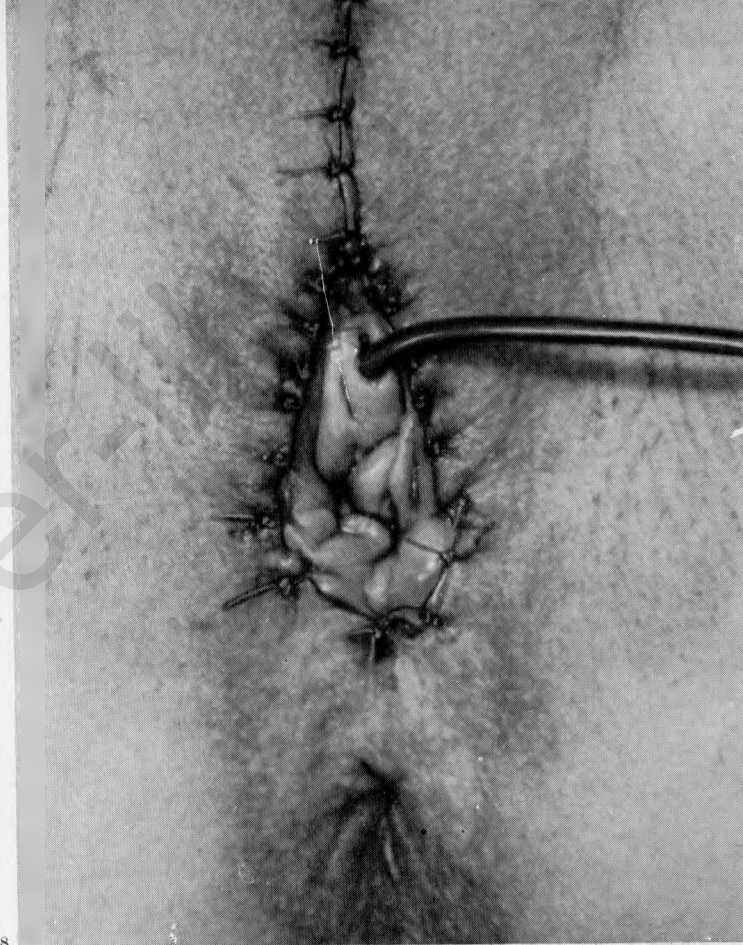
5



6



7



8

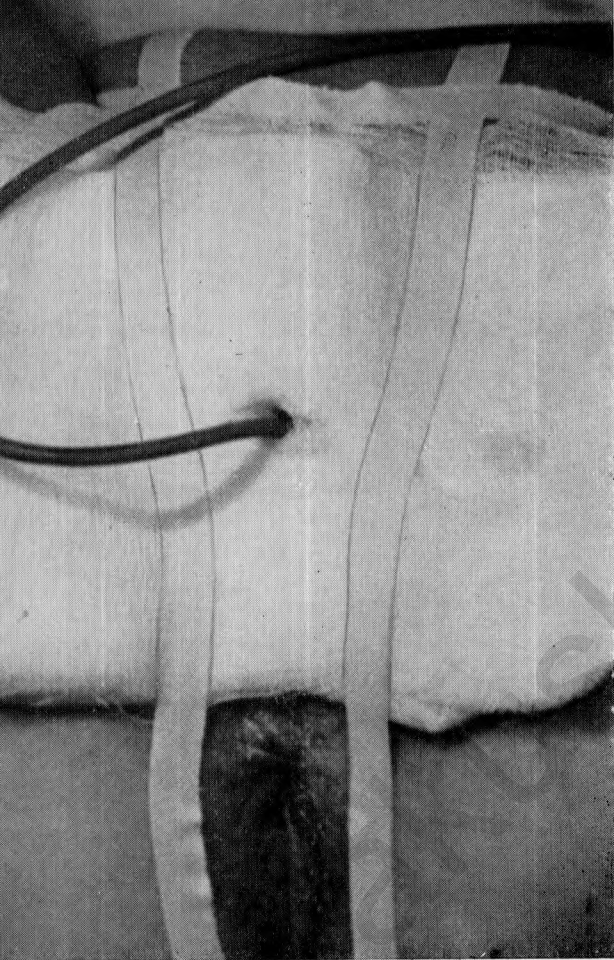
По операції vždy zavedieme permanentnú cievku (obr. 8), aby v prvých pooperačných dňoch moč, stekajúci cez ranu, nerušil postup hojenia. Naš spôsob obvazu ukazuje obr. 9.

отсепаровываются от нижележащих тканей, причем возникает лоскут, необходимый для свободного сближения краев кожи и слизистой без более значительного натяжения, что важно для гладкого протекания заживления. Образование кожных лоскутов важно также и потому, что в случае неподвижного кожного лоскута и более податливой слизистой влагалища может произойти выворачивание слизистой. На промежность начинающая с заднего края и по направлению симметрично с обеих сторон к лону накладывается узловой шов (рис. 6—7). В случае образования большой раны накладываются сначала погружные швы, захватывающие глубокие ткани. От более длинного наружного кожного разреза после циркулярного шва останется соединяемая по срединной линии часть, и таким образом продолжится вертикальная часть разреза формы перевернутой буквы „у“ (рис. 8).

После операции в мочевой пузырь вводится резиновый катетер (рис. 8), чтобы моча, стекающая по операционной ране, в первые дни после операции не затрудняла ход заживления. Наш способ бандажа показан на рис. 9.

zuerst versenkte Knopfnähte an, die den Wundgrund erfassen. Aus dem grösseren und längeren äusseren Hautschnitt entsteht so nach der zirkulären Naht jener Abschnitt, welcher in der Mittellinie vernäht wird. Auf diese Weise verlängert sich der absteigende Schenkel der Schnittwunde (ein umgekehrtes „Y“) (Abb. 8).

Um eine Verzögerung der Wundheilung durch den über die Naht fliessenden Harn zu vermeiden, wird nach der Operation ein Dauerkatheter eingeführt (Abb. 8). Die Anlegung des Verbandes zeigt die Abb. 9.



OPERÁCIA PODĽA HORN — DENERVÁCIA VULVY
OPERATIO SEC. HORN — DENERVATIO VULVAE

ОПЕРАЦИЯ ПО ГОРНУ — ДЕНЕРВАЦИЯ ВУЛЬВЫ
OPERATIO SEC. HORN — DENERVATIO VULVAE

DIE HORN'SCHE OPERATION — VULVADENERVATION
OPERATIO SEC. HORN — DENERVATIO VULVAE

Zárok je veľmi jednoduchý. Okolo pošvového vchodu na oboch stranách podľa rozsahu svrbenia prevedieme niekoľko, asi 2 cm dlhých kožných incízií (obr. 1). Do takto získaných otvorov zavedieme mierne zahnuté nožničky a opakovaným otváraním ich branží a pohybom zavretých nožničiek podmiňujeme kožu natupo do polkruhu (obr. 2).

Menšie hematómy neprekážajú, niekedy podporujú výsledok tým, že až do ich vstrebania je kožný lalok oddelený. Otvory incízie alebo zošijeme uzlovými stehmi alebo len zasypeme.

Pred zákrokom treba presne označiť miesta svrbenia, aby sme poznali potrebný rozsah podmiňovania.

Вмешательство очень простое. Вокруг влагалищного входа с обеих сторон, в зависимости от распространенности зуда, производится несколько разрезов кожи длиной в 2 см (рис. 1). В образованные таким образом отверстия вводятся изогнутые ножницы и повторным открыванием их branшей, равно как и движениями закрытых ножиц по полукругу, т. е. тупым путем, отсепаивается кожа (рис. 2).

Возникновение небольших гематом не оказывает вреда, они иногда содействуют хорошим результатам тем, что пока они не рассосутся, кожный лоскут будет отделенным. Отверстия разрезов зашиваются узловатыми швами, или только припудряются.

Перед оперативным вмешатель-

Die Operation ist sehr einfach. Je nach dem Ausmass der juckenden Stellen, werden in der Umgebung des Scheideneintritts mehrere, zunächst etwa 2 cm lange Hautschnitte angelegt (Abb. 1). Mit einer leicht gekrümmten Schere dringt dann der Operateur durch diese Inzisionen in das Unterhautzellgewebe ein und unterminiert die Haut stumpf durch wiederholtes Öffnen und fächerförmige Bewegungen des geschlossenen Instrumentes (Abb. 2).

Kleinere Hämatome, die hierbei entstehen, sind belanglos und unterstützen sogar bis zu ihrer Resorption (durch Abhebung des Hautlappens von seiner Unterlage) den Operationseffekt. Die Inzisionswunden können entweder durch Knopfnähte verschlossen, oder nach Sulfonamidpuder-Bestäubung offen gelassen werden.

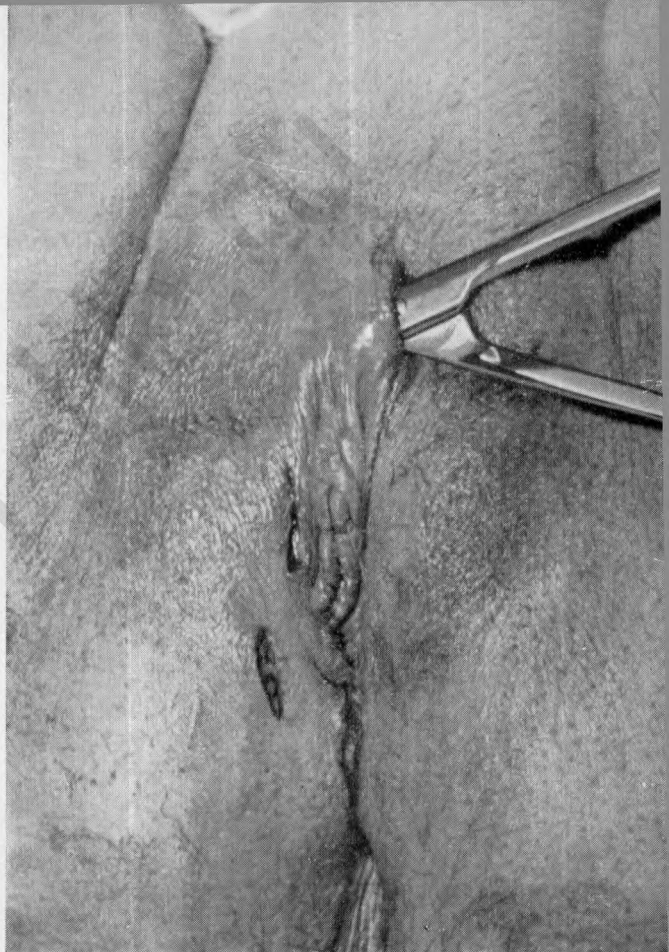
ством следует обозначить зудящие места, чтобы знать необходимый объем отсепаровки кожи.

Um das Ausmass der Unterminierung zu sichern, empfiehlt es sich, die juckenden Stellen vor der Operation genau zu kennzeichnen.

akusher-lib.ru



1



2

VAGINA

ВЛАГАЛИЩЕ

VAGINA

akusher-lib.ru

PLASTIKA PREDNEJ POŠVOVEJ STENY SO ZRIASENÍM MOČOVÉHO MECHÚRA COLPORRHAPHIA ANTERIOR CUM VESICOPPLICATIONE

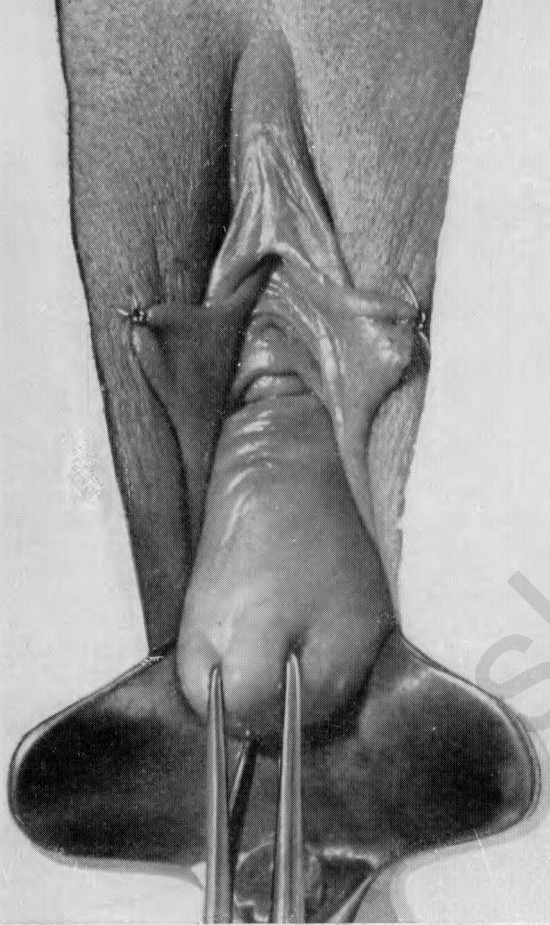
ПЕРЕДНЯЯ КОЛЬЦОРРАФИЯ С НАЛОЖЕНИЕМ СКЛАДОК НА МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ COLPORRHAPHIA ANTERIOR CUM VESICOPPLICATIONE

DIE VORDERE SCHEIDENWANDPLASTIK MIT HARNBLASENRAFFUNG COLPORRHAPHIA ANTERIOR CUM VESICOPPLICATIONE

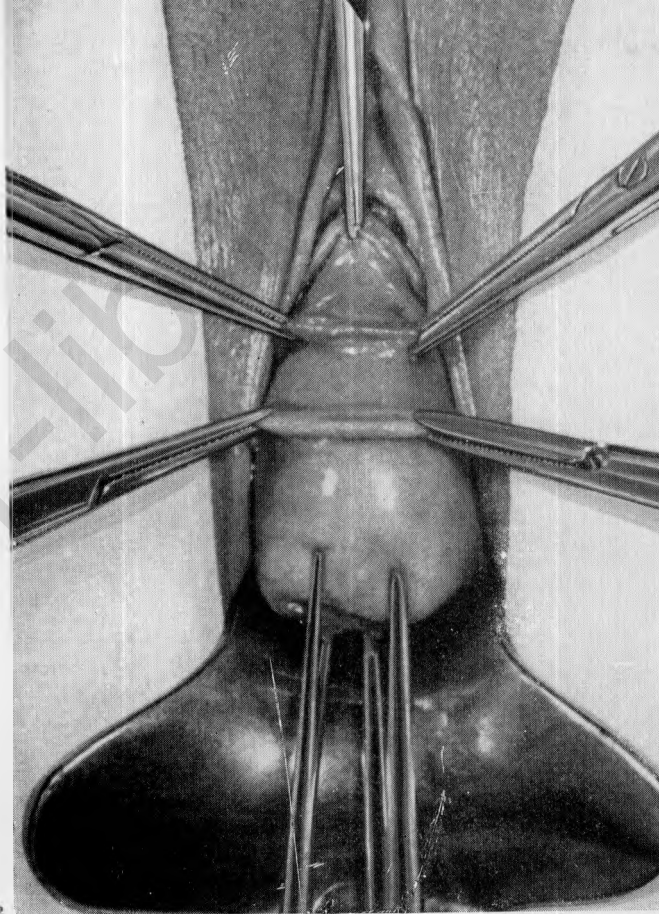
Zadné pošvové zrkadlo s krátkou Martinovou lyžicou stláča hrádzu. Vybíjame čapík, zachytíme ho ozubenými kliešťami a stiahneme do pošvového vehodu. Takto naplníme prednú pošvovú stenu. Ak nám prekážajú malé pysky, príšijeme ich pred zavedením zrkadiel jedným stehom laterálne k susednej koži, ako to ukazuje obr. 1. Takto môžeme postupovať aj pri každej inej vaginálnej operácii. Dĺžku rezu na pošvovej sliznici určíme Kocherovými kliešťami. Rez začína pod ústím močovej trubice a končí nad čapíkom v mieste, kde pošvová sliznica prechádza do nepohyblivej časti na čapíku (obr. 2). Na sliznici vyznačíme väčším alebo menším počtom Kocherových klieští oválny tvar, ktorý neskoršie resekujeme (obr. 3). Touto technickou pomôckou docielime

Заднее влагалищное зеркало вместе с коротким ложкообразным зеркалом Мартина, оттесняют промежность. Влагалищная часть матки захватывается и фиксируется пинцетными щипцами и низводится к влагалищному входу, вследствие чего передняя стенка влагалища натягивается. Если малые срамные губы оказывают препятствие, то до введения зеркала их пришивают одной лигатурой к коже, как это показано на рис. 1. Этот способ можно применять при любой влагалищной операции. Длина разреза на слизистой влагалища намечается щипцами Кохера. Разрез начинается под устьем мочеиспускательного канала и кончается над влагалищной частью матки в том месте, где слизистая влагалища переходит в неподвижную часть на влагалищной

Das hintere, kurze Martin'sche Blatt drückt den Damm nach unten. Die eingestellte Portio wird mit einer Kugelzange gefasst, nach unten in den Scheideneingang gezogen und hierbei die vordere Scheidenwand gespannt. In Fällen, wo die kleinen Labien die Sicht verdecken, ist es angebracht, sie vor der Einführung der Spektula mit je einer Knopfnabt seitlich an die Haut zu fixieren (Abb. 1); ein einfaches Verfahren, das bei jeder vaginalen Operation angewendet werden kann. Mit Kocherklemmen markiert man dann die Länge des Schleimhautschnittes, der unterhalb der Urethramündung beginnend, zur Haftstelle der Vaginalhaut, d. h. zu jener Portiostelle führt, wo die Scheidenschleimhaut gegen ihre Unterlage nicht mehr verschieblich ist (Abb. 2). Die spätere ovale Resektionsstelle wird je



1



2

dostatočné napätie pošvovej steny pri jej rozrezaní.

Ak je medzi napätím stien a tlakom na skalpel dobrá súhra, samovoľne vznikneme do správnej vrstvy. Pošvovú stenu rozrežeme mediálne pozdĺžnym rezom medzi Kocherovými kliešťami (obr. 4), ktoré sme predtým použili na určenie oválneho tvaru a na napnutie sliznice, zachytíme okraje pozdĺžnej rany na korešpondujúcich miestach (obr. 4) a začneme preparovať pošvové laloky. Prvý asistent (po ľavej strane chirurga) napne okraje rany, druhý asistent prípadne pridrža močový mechúr tampónom. Skalpelom ostro vznikneme do vrstvy (obr. 5) medzi sliznicou a fascia vesicovaginalis. Pri preparácii medzi fasciou a mechúrom dosiahneme síce väčšiu pohyblivosť a ďalšie odpreparovanie močového mechúra, avšak nevýhodou je, že pri založení stehov, fixujúcich mechúr, je stena močového mechúra zachytená priamo a chýba väzivová opora (fascia vesicovaginalis).

Je dôležité, aby sme nepreparovali čiastočne nad a čiastočne pod fasciou. Ďalšie preparovanie do strán robíme natupo prstom, omotaným mulom (obr. 6). To isté robíme na druhej strane, iba úlohy asistujúcich sa premenia. Odpreparovanie pošvových stien do strán musí byť dôkladné (obr. 7) ako v okolí močového mechúra, tak aj v okolí mo-

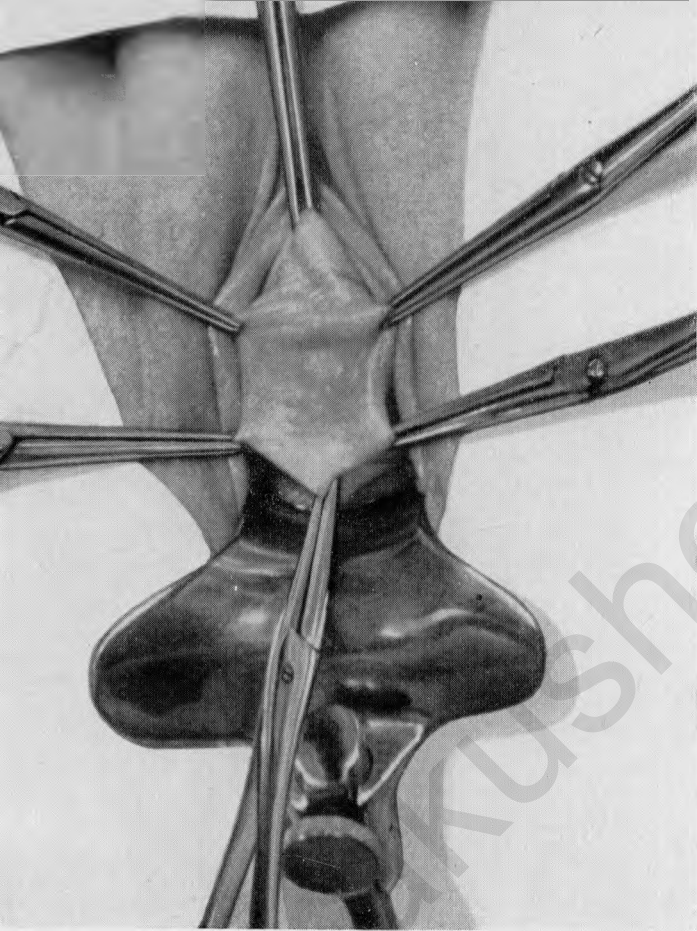
части матки (рис. 2). Овальная форма лоскута слизистой, который впоследствии иссекается, обозначается большим или меньшим количеством зажимов Кохера (рис. 3). Этим техническим приемом мы достигаем того, что стенка влагалища при рассечении достаточно натянута.

При правильном соотношении между натяжением стенок и давлением на скальпель мы произвольно проникаем в надлежащий слой ткани. Стенка влагалища рассекается продольным разрезом по срединной линии между зажимами Кохера (рис. 4). Остальными щипцами, примененными для обозначения формы лоскута и для натяжения слизистой, захватываются в соответствующих местах края продольной раны (рис. 4) и начинается сепарация влагалищных лоскутов. Первый ассистент (с левой стороны хирурга) растягивает края раны, второй ассистент оттягивает мочевого пузыря марлевым шариком. Острым путем при помощи скальпеля мы проникаем в слой (рис. 5) между слизистой и влагалищной фасцией. При сепаровке между фасцией и мочевым пузырем достигнем большей подвижности и лучшей возможности отсепаровки мочевого пузыря, невыгодной, однако, является то, что при наложении швов, фиксирующих мочевой

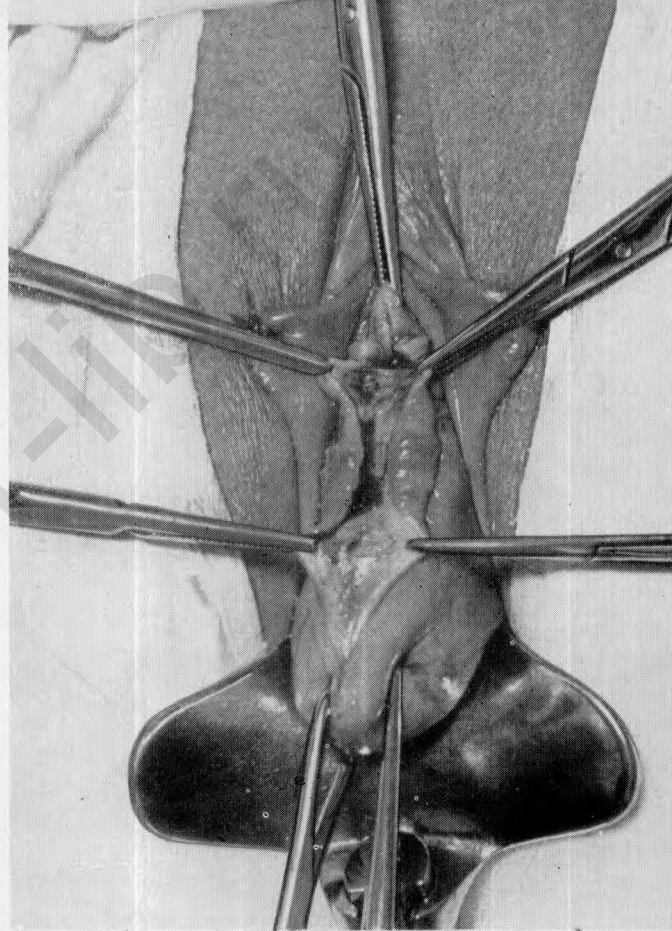
nach ihrem Ausmasse mit einigen Kocherklemmen unrissen (Abb. 3) und so die zur Operation nötige Spannung der Scheidenwand gesichert.

Bei richtiger Kräfteverteilung, d. h. bei richtiger Spannung des Gewebes und richtigem Skalpelldruck gelangt man leicht in die gewünschte Schicht. Die Scheidenwand wird zwischen den Klemmen durch einen mittleren Längsschnitt gespalten (Abb. 4), die Wundränder mit den übrigen, das Oval bestimmenden Klemmen an den korrespondierenden Stellen gefasst (Abb. 4) und nun mit der Präparation des Schleimhautlappens begonnen. Der erste, links neben dem Operateur stehende Assistent spannt hierbei den Wundrand, während der zweite Assistent die Harnblase mit einem Stieltupfer festhält. Dann dringt der Operateur scharf, d. h. mit einem Skalpell präparierend (Abb. 5) in die zwischen der Schleimhaut und Fascia vesicovaginalis liegende Schicht ein. Bei der Präparation zwischen der Fascie und Harnblase macht sich zwar die grössere Beweglichkeit und leichtere Ablösbarkeit der Vesica geltend, ihr Nachteil besteht doch darin, dass bei der Anlage der Harnblasen-Fixationsnäh die Blasenwand unmittelbar erfasst wird und hier die Gewebstütze der Fascia vesicovaginalis fehlt.

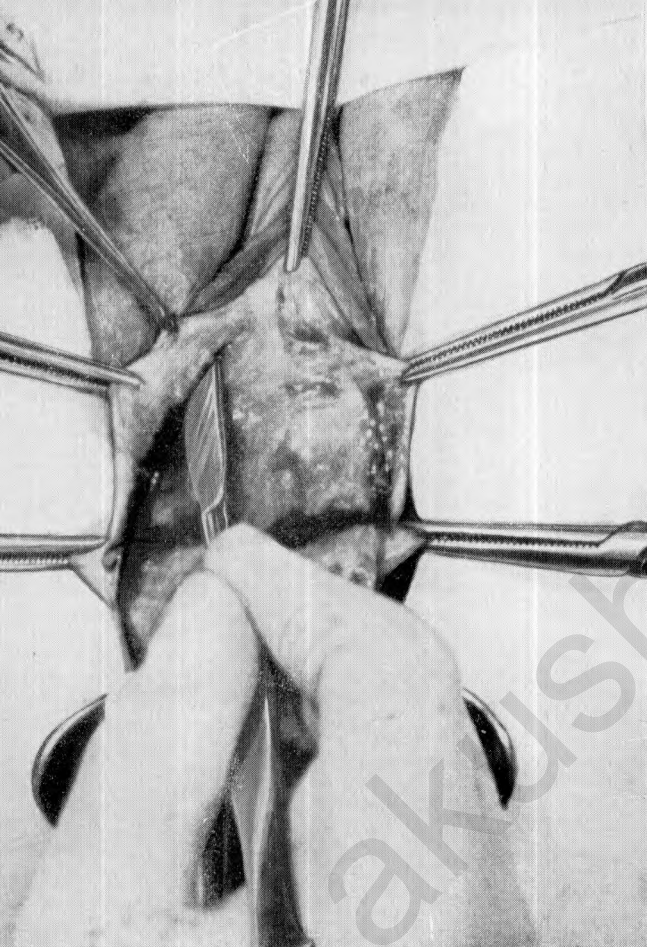
Wichtig ist, in der richtigen Schicht,



3

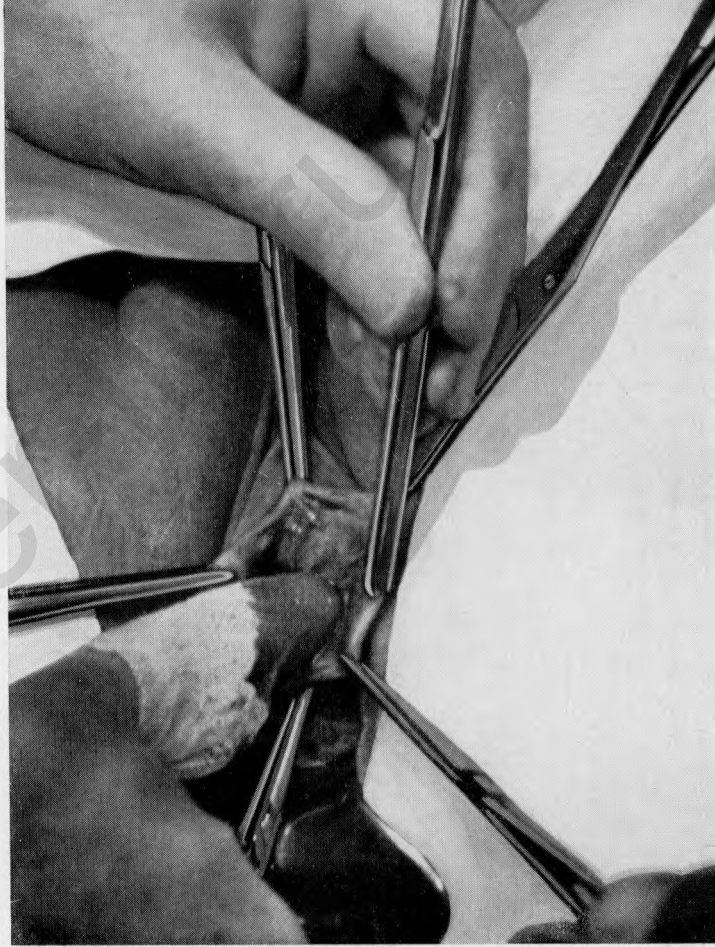


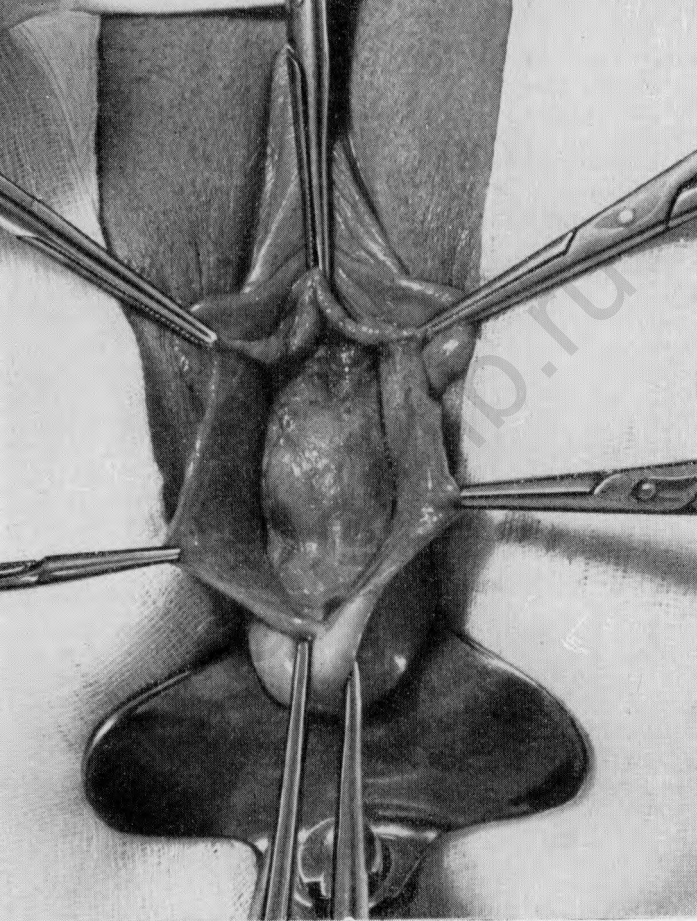
4

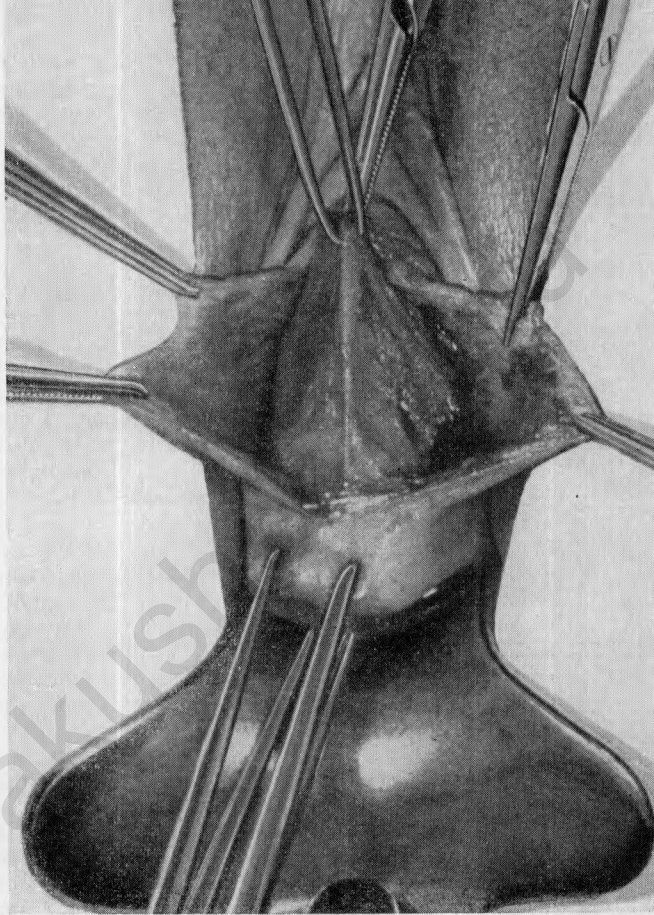


5

6







7

8

čovej trubice. Obidva útvary musia byť voľné, voľne pohyblivé, aby sme si vytvorili lepšie priestorové možnosti pre neskoršie umiestnenie a naloženie stehov, fixujúcich mechúr.

Uvoľnenie močového mechúra robíme spočiatku ostro nožnicami, rozstrihovaním septum supravaginale. Takto vnikneme do spatium vesicocervicale. Septum supravaginale prebieha od dna a zadnej steny močového mechúra k maternicovému krčku. Pri topografickom zistení určíť malú pomoc nám poskytuje tiež zavedenie cievky. Keď si však predstavíme jemnosť vlákien supravaginálneho septa a pohyblivosť močového mechúra, musíme si uvedomiť, že len poznanie anatomických pomerov a správna topografická predstava nám umožní ostro nožnicami prestrihnúť septum vesicouterinum na správnom mieste, aby sme vnikli do spatium vesicocervicale. Ak zachytíme dolný pól močového mechúra pinzetou, pričom asistujúci fahá čapík ozubenými kliešťami nadol, pozorujeme, ako sa septum napína a vytvára sagitálne v strednej čiare prebiehajúci pruh (obr. 8). Tento pruh prestrihneme pod pinzetou nožnicami, smerujúcimi kolmo k maternicovému krčku (obr. 9). Takto otvoríme spatium vesicocervicale (obr. 10) a ďalšie uvoľnenie vo vezikocervikálnom väzive skoro až k plike vezikouterinnej

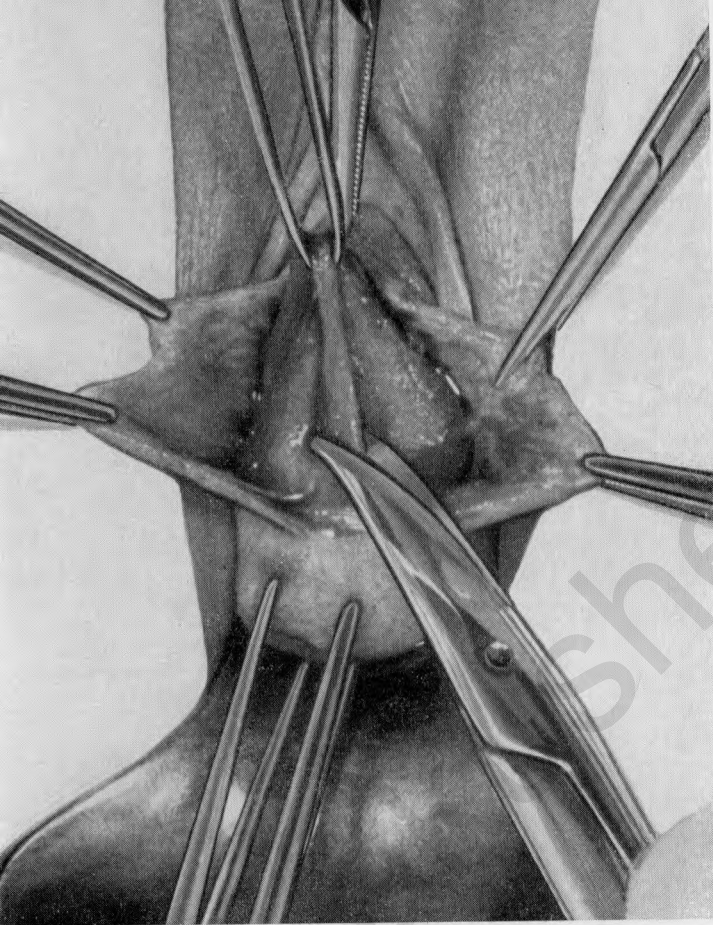
пузырь, непосредственно захватывается в шов стенка пузыря, причем соединительнотканная опора (пузырно-влагалищная фасция) отсутствует.

Важно, чтобы отделение не производилось частично над фасцией и частично под ней. Последующая сепарация в стороны производится тупым путем, при помощи марли, намотанной на палец (рис. 6). То же производится с другой стороны, только задачи ассистентов меняются. Отсепаровка стенок влагалища в стороны должна быть произведена тщательно (рис. 7) как в области мочевого пузыря, так и в области мочеиспускательного канала. Оба образования должны быть свободными, подвижными для лучшей возможности пространственного размещения при позже накладываемых швах, фиксирующих мочевой пузырь.

Отсепаровка мочевого пузыря производится сначала острым путем — разрезанием надвлагалищной перегородки (septum supravaginale) ножницами. Таким образом мы проникаем в пузырно-шеечный промежуток. Надвлагалищная перегородка тянется от дна и задней стенки мочевого пузыря к шейке матки. При топографической ориентировке некоторую небольшую помощь оказывает введение катетера. Представляет себе, однако, тонкость

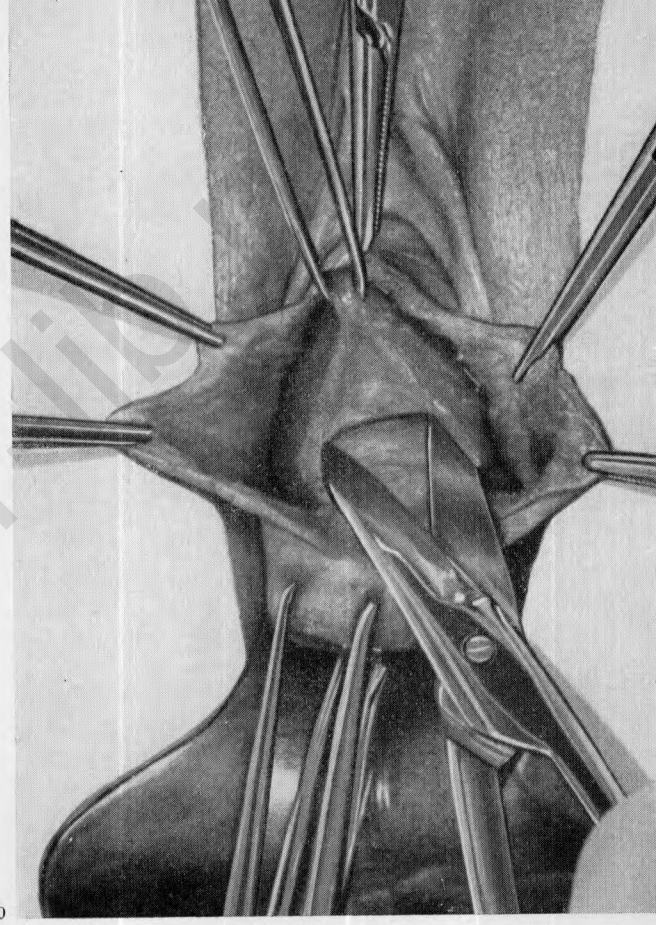
d. h. nicht abwechselnd über oder unter der Faszie und in seitlicher Richtung stumpf, mit einem Mull-umwickelten Finger zu präparieren (Abb. 6). Auf gleiche Weise geht man auch auf der anderen Seite vor, wobei nur die Assistenten ihre Rolle vertauschen. Die Scheidenwand muss in seitlicher Richtung sowohl in der Blasen- als auch in der Harnröhrengegend gründlich freigelegt werden, um beide isolierte und gut bewegliche Organe späteren Eingriffen (Fixationsnähte etc.) anzupassen (Abb. 7).

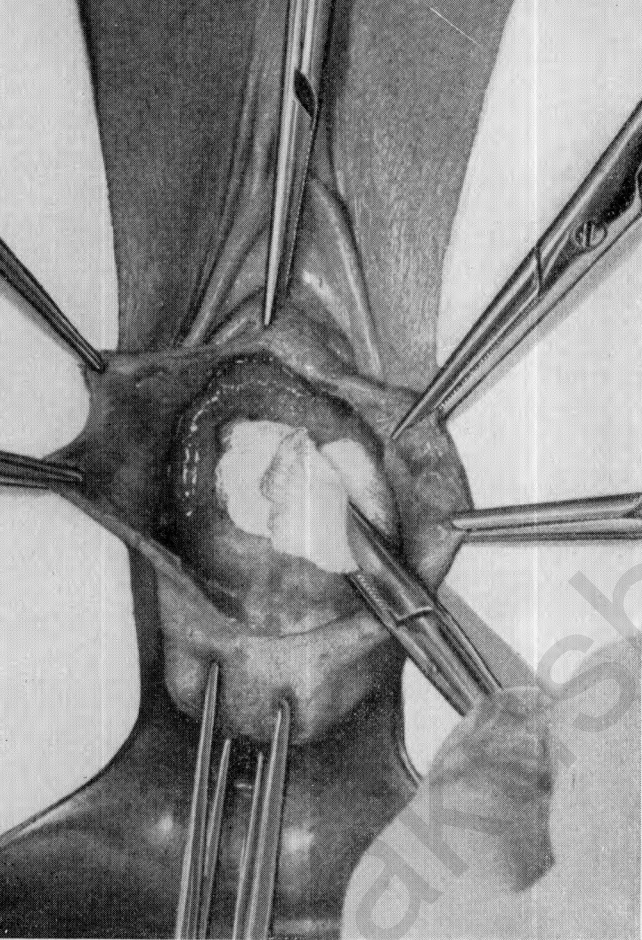
Die Freilegung der Harnblase wird zunächst durch eine scharfe, mit der Schere vorgenommene Durchtrennung des supravaginalen Septums eingeleitet und so der Zutritt zum Spatium vesicocervicale gesichert. Das Septum supravaginale verläuft vom Blasenboden und der Blasenhinterwand zur Portio vaginalis uteri. Zur Erleichterung der topographischen Übersicht kann man einen Katheter in die Blase einführen, muss jedoch hierbei die Zartheit der Septumfasern und die Beweglichkeit der Blase selbst berücksichtigen. Nur eine gründliche Kenntnis der anatomischen Verhältnisse und richtige Vorstellung der topographischen Wechselbeziehungen ermöglicht die scharfe Durchtrennung des Septum vesicouterinum mit einer Schere und ein Eindringen in das Spatium



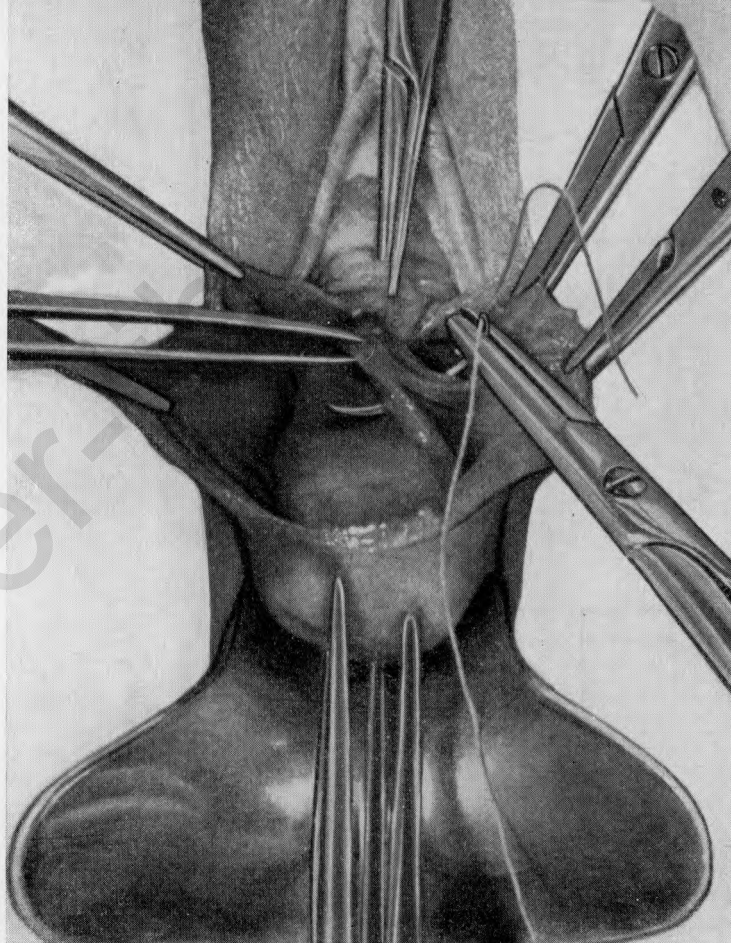
9

10





11 12



robíme ľahko aj natupo pomocou pre-paračného tampónu v kliešťach (obr. 11). Ozubené kliešte zachycujúce čapík držíme ľavou rukou, aby bola opäť súhra oboch rúk dokonalá a aby bol zjavný riaditeľný tlak pri odsúvaní močového mechúra. Pritom sú po stranách viditeľné tiež pilieri močového mechúra, ligamenta vesicouterina, ktoré zostávajú neporušené. Ak je k vysunutiu mechúra potrebná aj ich mobilizácia, prestriháme malý zväzok ich mediálnych vlákien tesne pri maternicovom krčku. Pri dostatočnom uvoľnení močového mechúra vykleňuje sa tento do operačného poľa a vrecúško. Teraz je našou úlohou túto časť močového mechúra vnoriť a fixovať.

Močový mechúr fixujeme uzlovými stehmi, ktoré zachytávajú najskôr ligamenta vesicouterina (obr. 12). Ďalšími stehmi smerom k močovej trubici zachytávame a vnárame vykleňujúci sa močový mechúr (obr. 13–14). Bežnejším spôsobom je veľkípenie vykleňujúcej sa časti močového mechúra kruhovitým, naberaným stehom podľa Gersunyho. Steh začína na ľavej strane niečo pod močovú trubicou. Pokračuje naberaním fascie do kruhu, alebo steny močového mechúra, pravda, iba jej svaloviny v 0,5 až 1 cm medzerách (obr. 15) na najlaterálnejšom okraji uvoľnenej časti. K počiatočnému bodu vpichu

волокон надвлагалищной перегородки и подвижность мочевого пузыря, мы должны отдавать себе отчет в том, что только знание анатомических условий и правильное топографическое представление нам позволят острым путем, ножницами, рассечь пузырно-маточную перегородку на правильном месте, чтобы попасть в пузырно-шеечный промежуток. Когда мы захватываем пинцетом нижний полюс мочевого пузыря, а ассистент низводит влагалищную часть матки пулевыми щипцами, то видим, как перегородка натягивается и образует по средней линии сагитально идущую складку (рис. 8). Эта складка разрезается под пинцетом ножницами, направленными перпендикулярно к шейке матки (рис. 9). Таким образом пузырно-шеечное пространство вскрывается (рис. 10) и последующая сепарация в пузырно-шеечной клетчатке почти до пузырно-маточной складки происходит легко, тупым путем, при помощи марлевого шарика, зажатого в щипцах (рис. 11).евой рукой мы держим пулевые щипцы, захватывающие влагалищную часть матки, чтобы движения обеих рук были согласованы и чтобы отсечение мочевого пузыря происходило под чувствительным, регулируемым давлением. При этом с обеих сторон

vesicocervicale an der richtigen Stelle. Fasst man nun mit einer Pinzette den unteren Blasenpol und lässt den Assistenten die Portio mit einer Kugelzange nach unten ziehen, so kann man in der Mitte des gespannten Septums eine sagittal verlaufende Leiste erkennen (Abb. 8). Diese Leiste durchtrennt man also unterhalb der Pinzette mit einer Schere, die man bei diesem Schlag senkrecht gegen die Portio richtet (Abb. 9). Nach der solcherart durchgeführten Öffnung des Spatium vesicocervicale (Abb. 10), wird das Vesicozervikalgewebe fast bis zur Plica vesicouterina leicht und stumpf mit einem kleinen Stieltupfer beiseite geschoben (Abb. 11). Mit der linken Hand wird nun die, in die Portio gehakte Kugelzange in feinfühligem Zusammenspiel mit der rechten operierenden Hand nach unten gezogen und so der für die Abschiebung der Harnblase nötige Druck gesichert. In dieser Operationsphase stellen sich die Harnblasenpfeiler und Ligg. vesicouterina deutlich dar, die in situ belassen werden. Dort, wo zur Freilegung der Harnblase auch die Mobilisation der erwähnten Gewebstränge notwendig ist, empfiehlt es sich, nur einen ganz kleinen Teil ihres medialen Abschnittes an der Zervix zu durchtrennen. Nach beendeter Mobilisation der Blase, prolabiert diese sack-

sa vraciame pod močovú trubicu na pravej strane. Pred zauzlením vsunieme mechúr anatomickou pinzetou, ktorú pri sťahovaní cirkulárneho stehu hladko vytiahneme. K podpore močového mechúra, najmä pri väčšom rozsahu zníženia, založíme na jeho distálny okraj ešte 2—3 uzlové stehy, zaberajúce septum vesicale a súčasne aj na krčku inzerujúcu časť pilierov.

Resekciu prebytočnej časti pošvovej sliznice, ktorá tvorí pozdĺžne oválny tvar, uskutočníme až teraz, po fixácii močového mechúra (obr. 16). Tak možno najlepšie posúdiť a určiť rozsah a veľkosť exstirpovaného laloka. Prednú plastiku ukončíme pozdĺžnym zošitím okrajov pošvových stien (obr. 17).

видны основы мочевого пузыря, пузырно-маточные связки, которые остаются ненарушенными. В случае надобности, когда для отсечения мочевого пузыря требуется их ослабление, расскается небольшой пучок их медиальных волокон непосредственно у шейки матки. Когда отсепаровка мочевого пузыря закончена, он выбухает в операционную рану как мешок. Нашей задачей является теперь отсеснить эту часть мочевого пузыря и укрепить ее.

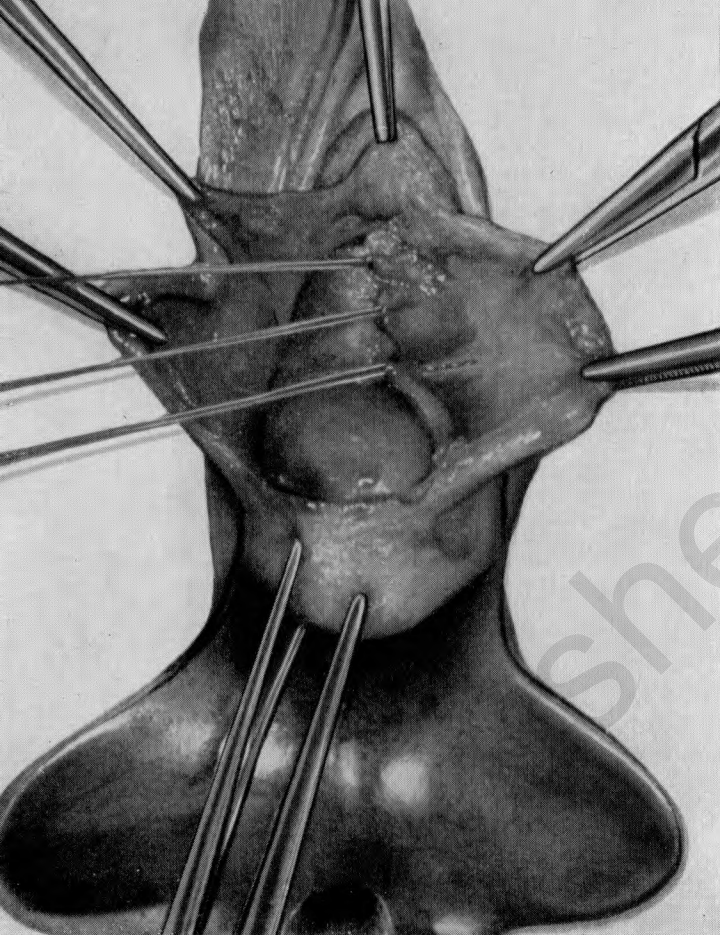
Мочевой пузырь укрепляется узловатым швом, захватывающим сначала пузырно-маточные связки (рис. 12). Следующими швами по направлению к мочеиспускательному каналу захватывается и отсесняется выпадающий мочевой пузырь (рис. 13—14).

Более обычным способом является отсеснение выпадающей части мочевого пузыря циркулярным кистным швом по Герсуну. Шов начинается с левой стороны, под мочеиспускательным каналом. Пгла проводится по кругу. Захватывается фасция или стенка мочевого пузыря, конечно, только мышечный слой без слизистой пузыря, с промежутками в $\frac{1}{2}$ —1 см (рис. 15) в наиболее латерально расположенных частях отсепарованного мочевого пузыря. Обратнo, под мочеиспускательный канал мы возвра-

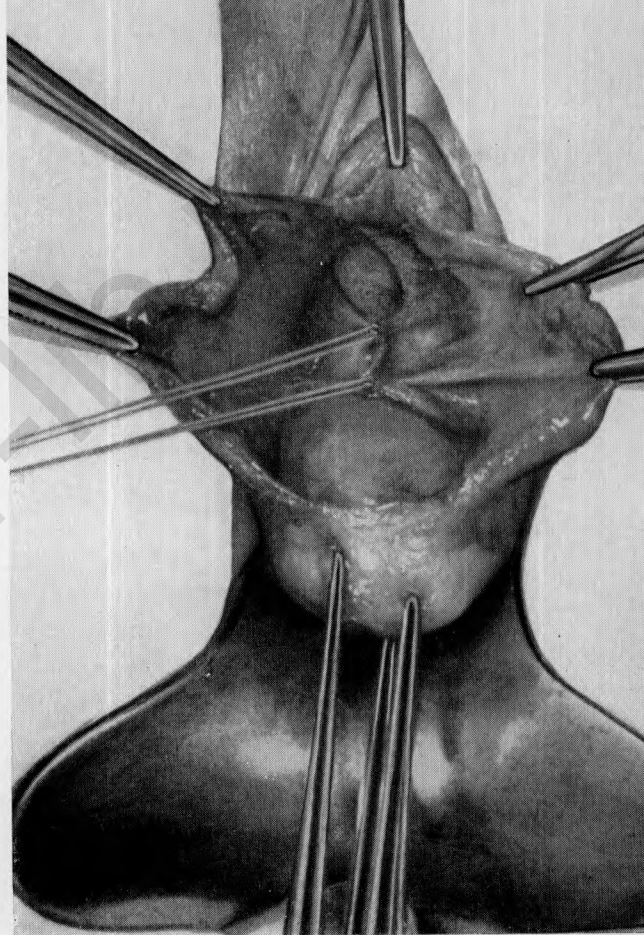
förmig in das Operationsfeld und muss nun versenkt und fixiert werden.

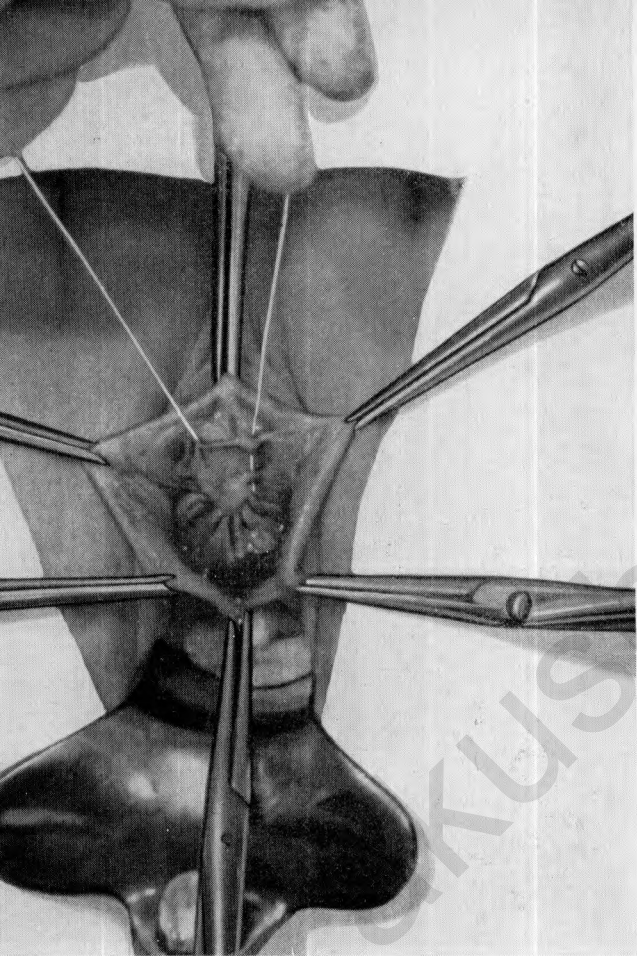
Fixieren kann man die Blase durch Knopfnähte, welche die Ligg. vesicouterina erfassend (Abb. 12), diese in der Richtung gegen die Urethra schrittweise verschliessen und auf diese Weise den prolabierten Abschnitt versenken (Abb. 13—14).

Häufiger als auf die eben beschriebene Weise wird der prolabierte Blasenabschnitt durch eine Tabaksbeutelnaht nach Gersuny versenkt, die links oben — etwas seitlich unterhalb der Urethramündung — angelegt und rings um die Blase fortgesetzt wird. Man erfasst hierbei mit der Nadel die Faszie oder (ohne die Vesikalsehleimhaut zu verletzen) die Blasenwandmuskulatur in halb- bis einzentimetergrossen Abständen (Abb. 15) und beendet die — soweit als möglich am Rande der freigelegten Blase gesetzte — Naht in gleicher Höhe, wie sie begonnen wurde, d. h. rechts, seitlich und unterhalb der Urethra. Bevor die Tabaksbeutelnaht zugezogen wird, versenkt man die Blase mit einer anatomischen Pinzette und entfernt diese vorsichtig vor der Knotung. Zur Stützung der Blase, besonders bei grossen Prolapsen, ist es vorteilhaft, zwei bis drei weitere Knopfnähte anzulegen, die mit dem distalen Blasenabschnitt, zugleich das Septum vesicale und die an

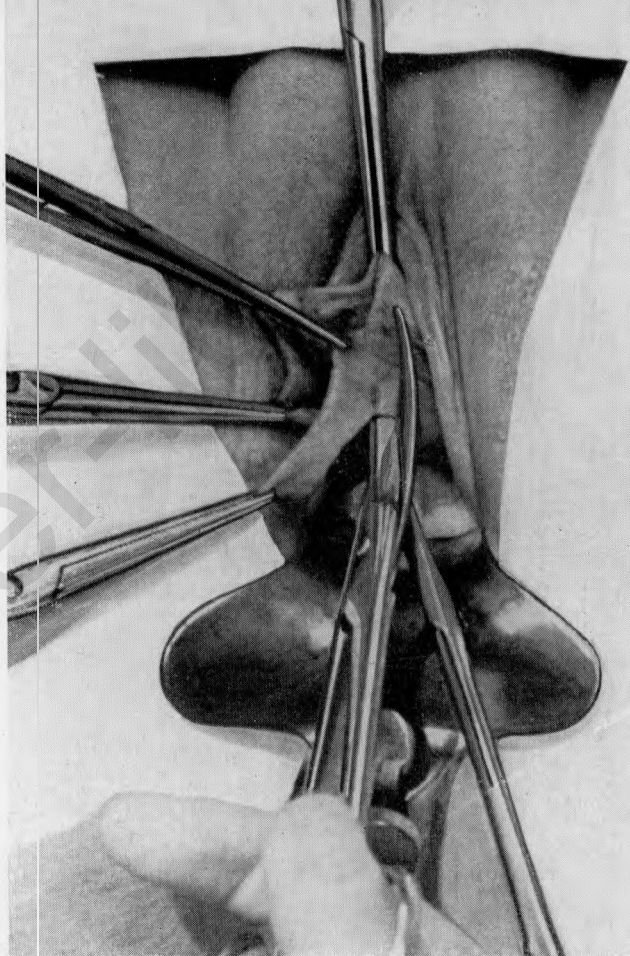


13 14





15 16



akusher



щаемся с правой стороны к исходному пункту вкола. Перед завязыванием узла мочевого пузыря оттягивается анатомическим пинцетом, который после затягивания кисетного шва легко удаляется. Для образования лучшей опоры мочевого пузыря, в особенности когда опущение мочевого пузыря достигает более значительных размеров, мы накладываем еще два-три узловатых шва на его дистальный край, захватывая одновременно пузырно-шеечную перегородку и часть пузырно-маточных связок, прикрепленных к шейке матки.

Исечение излишней части слизистой влагалища, имеющей форму овального продольного лоскута, мы производим только теперь, после укрепления мочевого пузыря (рис. 16), потому что только теперь можно взвесить обстановку и определить объем и величину иссекаемого лоскута.

Продольным зашиванием краев стенки влагалища (рис. 17) передняя пластика заканчивается.

der Zervix inserierenden Gewebspfeilerabschnitte erfassen.

Erst jetzt nach der Blasenfixation, reseziert man den überflüssigen längs-ovalen Vaginalschleimhaut-Lappen (Abb. 16), dessen Grösse und Gestalt nun am besten abgeschätzt werden kann.

Die Längsnaht der Scheidenwundränder (Abb. 17) beschliesst die plastische Operation.

PLASTIKA ZVIERAČA MOČOVEJ TRUBICE PRI INKONTINENCII PODLA STOECKELA
PLASTICA M. SPHINCTERIS URETHRAE SEC. STOECKEL

ПЛАСТИКА СФИНКТЕРА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ
(ОПЕРАЦИЯ ШТЕКЕЛЯ)

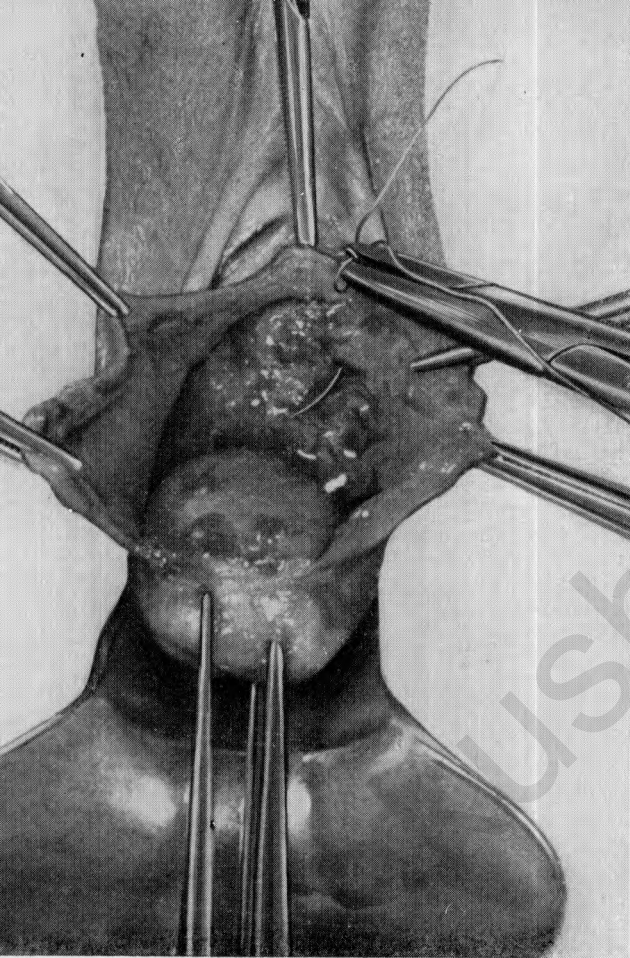
PLASTICA M. SPHINCTERIS URETHRAE SEC. STOECKEL

DIE SPHINKTERPLASTIK BEI HARNINKONTINENZ — STOECKELSCHE HARNRÖHRENPLASTIK
PLASTICA M. SPHINCTERIS URETHRAE SEC. STOECKEL

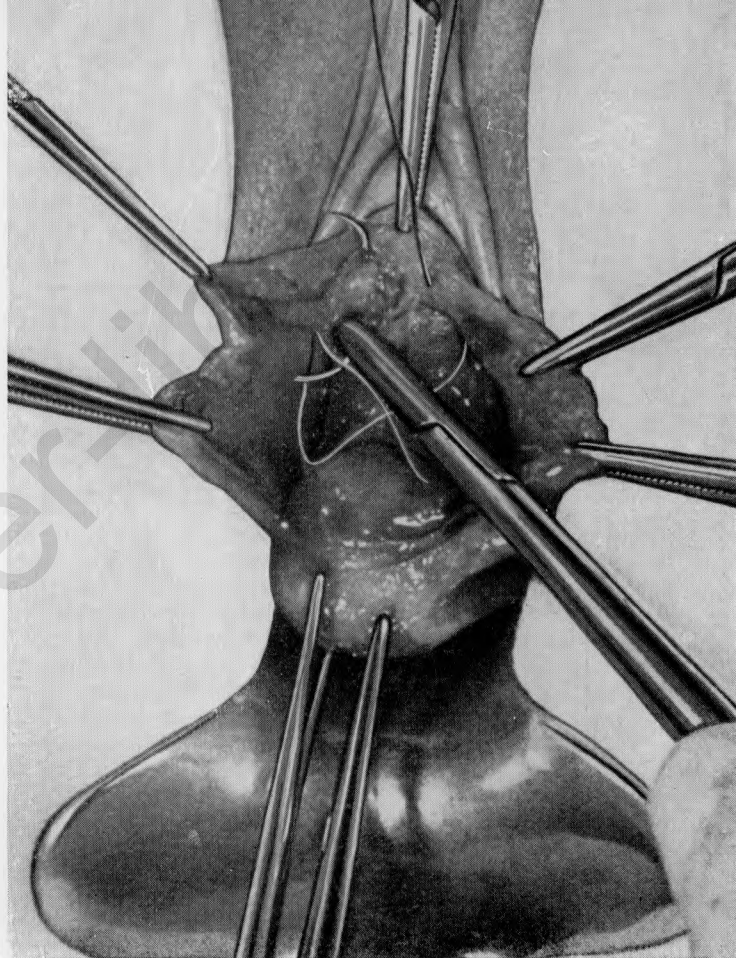
Ak je zúžená aj močová trubica, jej bulbos, alebo ak ide súčasne o čiastočnú inkontinenciu, zriasieme po preparácii aj väzivo v okolí močovej trubice. Jej vnútorného ústia s krčkom močového mechúra. Podmienkou dobrého výsledku operácie je dostatočné uvoľnenie oblasti vnútorného zvierača. Zjazvené tkanivo — aj keď pevne adheeruje k pošvovej stene — treba preťať, lebo ak táto ostatne nepoddajná a neuvoľnená, inkontinenciu neodstrániť. V sagitálnej čiare spojíme a zriasieme periuretrálne väzivo a väzivo krčku močového mechúra, t. j. septum urethrovesicovaginale dvoma až tromi jemnými stehmi (obr. 4—6), čím sú vždy zachytené aj vlákna lissosphincteru (obr. 5), ktoré, pravda, v skutočnosti nevidíme. Takto je močová trubica zúžená a vyzdvihnutá k sponu. Pôvodný

В случае опущения и мочеиспускательного канала, его луковицы, или же тогда, когда мы имеем дело с одновременным частичным недержанием мочи, мы производим сепарацию и наложение складок на соединительную ткань мочеиспускательного канала, на его внутреннее устье и шейку мочевого пузыря. Область внутреннего сфинктера должна быть тщательно отсепарована, рубцовая ткань, — даже если она крепко сращена со стеной влагалища, — рассечена так, чтобы является условием хорошего результата операции. Если останется плотная, рубцовая ткань нерассеченной, то недержание мочи не устраняется. Сшивание производим по срединной линии, причем накладываем складки на периуретральную соединительную ткань и ткань шейки мочевого пу-

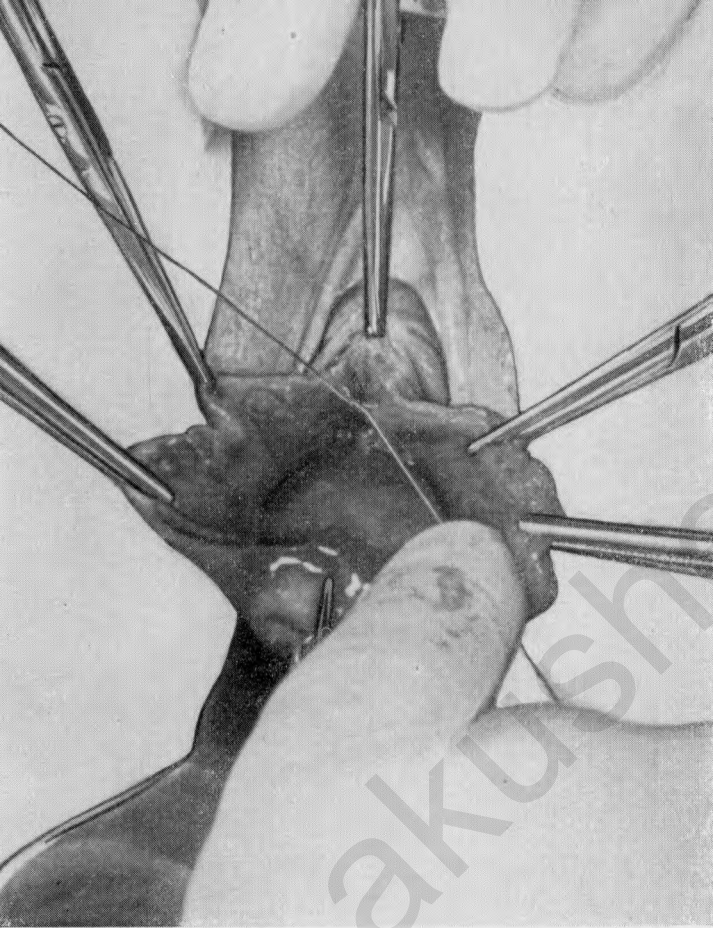
Deszendiert zugleich mit der Blasenwand auch die Harnröhre, der Bulbos oder liegt eine teilweise Harninkontinenz vor, dann wird nach entsprechender Präparation eine Raffung des Harnröhrengewebes, ihrer Mündung in die Blase und des Blasenhalsses durchgeführt. Die Vorbedingung eines guten Operationsresultates ist eine ausgiebige Freilegung des Gebietes um den inneren Schliessmuskel und eine Durchtrennung des Narbengewebes (selbst dort, wo dieses fest an der Scheidenwand haftet). Belässt man nämlich das Narbengewebe in seinem ursprünglichen ungelösten Zustand, dann bleibt auch die Inkontinenz bestehen. Das periurethrale und das den Blasenhalss umgebende Gewebe (d. h. das Septum urethrovesicovaginale) wird nun mit 2 oder 3 feinen Nähten in der Mittellinie ver-



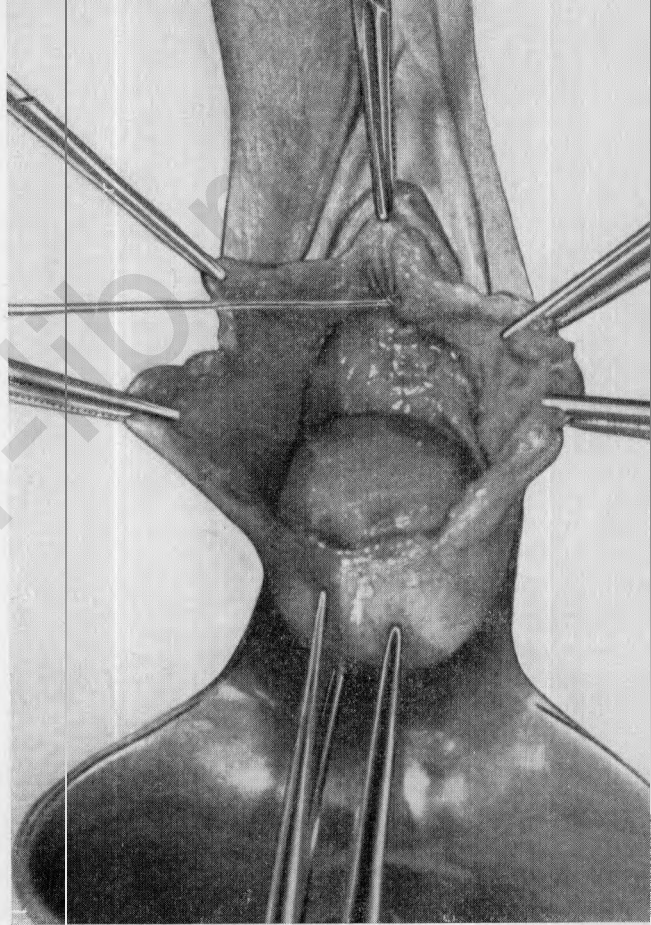
1



2



3



4

uhol, ktorý zvierá močová trubica s dnom močového mechúra, je obnovený. Obrázok 6 a 7 znázorňuje stav pred operáciou a po nej. Až teraz fixujeme mechúr, pričom postupujeme už skôr opísaným spôsobom.

Táto operácia väčšinou stačí na odstránenie čiastočnej inkontinencie.

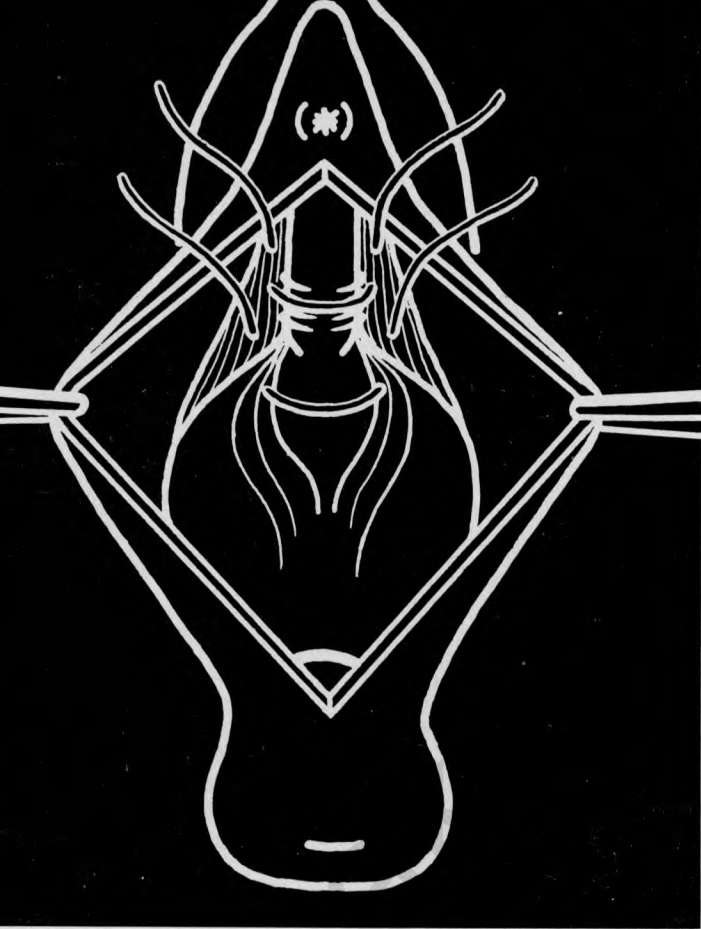
звиря (т. е. на уретропузырно-влагалищную перегородку) при помощи двух-трех тонких швов (рис. 1—4). Этими швами захватываются и волокна внутреннего сфинктера (рис. 5), которых мы, однако, не видим. Мочеиспускательный канал таким образом сужается и поднимается к симфизу и восстанавливается угол, образуемый мочеиспускательным каналом и дном мочевого пузыря, как это показано на рис. 6 и 7 (положение до и после операции).

Только после этого мы фиксируем мочевой пузырь и поступаем описанным уже способом.

Эта операция является в большинстве случаев достаточной для устранения частичного недержания мочи.

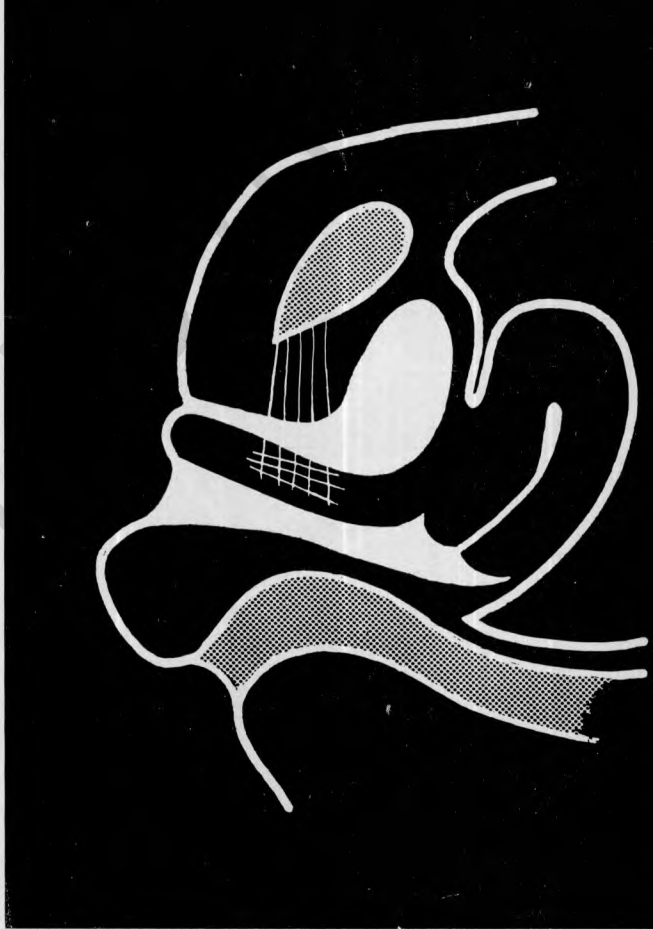
eint (Abb. 1—4), dadurch auch stets Fasern des Lissosphinkter mitgefasst (Abb. 5), die allerdings in Wirklichkeit niemals sichtbar sind. Auf diese Weise wird die Harnröhre verjüngt, zur Symphyse gehoben und der ursprüngliche Winkel wiederhergestellt, den die Urethra und der Blasenboden miteinander bilden (siehe die Abb. 6 vor und Abb. 7 nach der Operation). Erst dann wird die Blase fixiert und in gleicher Weise wie oben beschrieben mit der Operation fortgeführt.

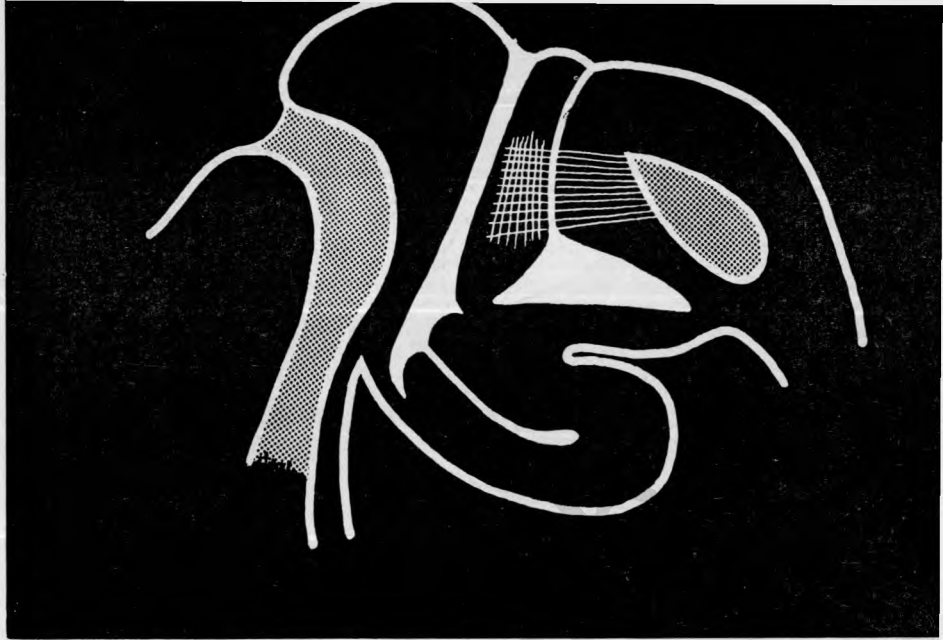
Dieser Eingriff genügt meist zur Beseitigung einer partiellen Harninkontinenz.



5

6





akusher

PLASTIKA ZADNEJ POŠVOVEJ STENY A HRÁDZE SO SUTÚROU LEVÁTOROV
COLPOPERINEOPLASTICA CUM SUTURA MUSC. LEVATORUM

ПЛАСТИКА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ СО СБЛИЖЕНИЕМ ЛЕВАТОРОВ
COLPOPERINEOPLASTICA CUM SUTUR MUSC. LEVATORUM

DIE HINTERE SCHEIDENW AND- UND DAMMPLASTIK MIT LEVATORENNAHT
COLPOPERINEOPLASTICA CUM SUTURA MUSC. LEVATORUM

Resekciou prebytočnej časti sliznice jednak zúžime pošvu, jednak zúžením diaphragma pelvis (hiatus urogenitalis), zblížením levátorov vytvoríme pevné panvové dno. Tvar ranovej plochy nie je rozhodujúci. Autori opisovali rôzne tvary, ale najjednoduchší a dostačujúci je trojuholníkový tvar.

Kocherovými kliešťami zachytíme a určíme miesta približne pri koncoch malých pyskov ohanbia na prechode veľkých pyskov do kože hrádze (obr. 1). V tomto mieste pred vznikom trhlíny bol stred zadnej komisúry. Správne určenie tohto miesta je dôležité pri vytvorení novej komisúry a pri vytvorení hranice pošvy a hrádze (obr. 2). Čím sú tieto miesta od seba vzdialenejšie, tým bude pošvový vchod užší a hrádzka vyššia.

Ďalšími kliešťami zachytíme v stred-

Писечением лишней части слизистой мы должны сузить влагалище, а также и сужением мочеполовой диафрагмы и сближением поднимателей заднего прохода образовать прочное дно таза.

Форма освеженной плоскости не является решающей. Были описаны разные формы, однако самой простой и подходящей формой является треугольник.

Зажимами Кохера захватываются и определяются места приблизительно у основания малых срамных губ, в месте перехода больших срамных губ в кожу промежности (рис. 1). Этими местами являются точки, которые до разрыва находились в середине спайки. Правильное определение этих точек важно для образования новой спайки и границы между влагалищем

Bei dieser Operation muss man einerseits durch Resektion der gedehnten Scheidenwand eine Scheidenverengung erzielen, andererseits durch eine Verlagerung des Diaphragma pelvis (Hiatus urogenitalis) und Annäherung der Levatoren einen festen Beckenboden bilden.

Die Gestalt der Resektionsfigur ist hier nicht entscheidend. Unter zahlreichen diesbezüglichen Vorschlägen scheint die Dreieckform die einfachste und zweckmässigste zu sein.

Mit Kocher'schen Klemmen werden zwei Stellen — die vor der Dammverletzung den Mittelpunkt der hinteren Kommissur bildeten — unterhalb der Labia minora, d. h. an der Übergangsstelle der Labia majora auf den Damm, erfasst und markiert (Abb. 1). Die richtige Wahl dieser beiden Punkte ist für die Rekonstruktion einer neuen Kommissur

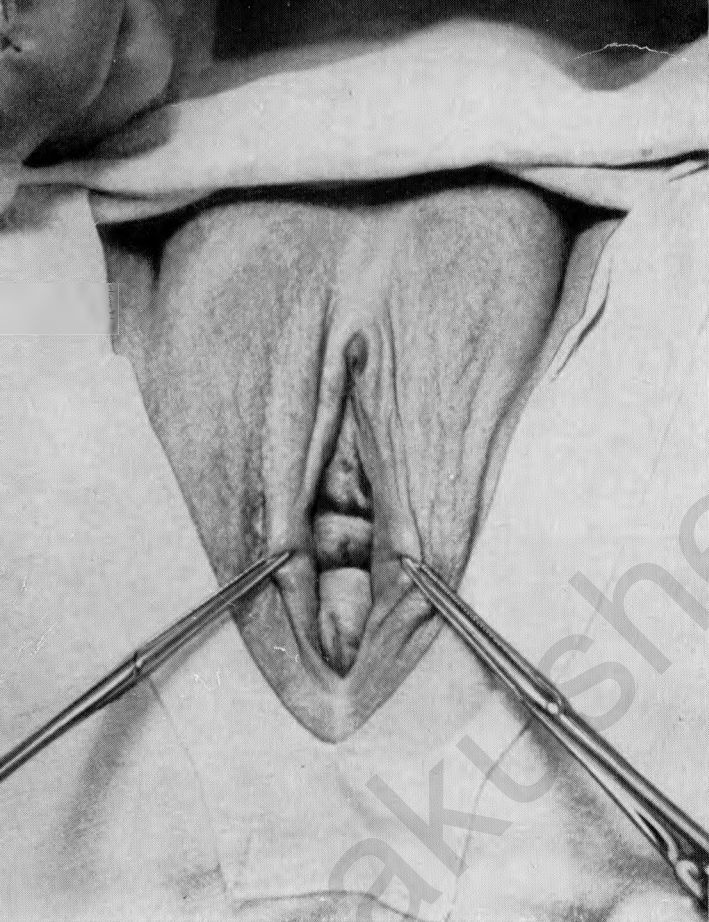
nej čiare zadnej pošvovej steny miesto nad horným okrajom rektokély — hornou hranicou zníženú časťou pošvy (obr. 3). Takto je vyznačený trojuholníkový tvar na excíziu. Odpreparovanie pošvového laloka vykonáme trochu odlišne od obvyklých postupov. Asistujúcim Kocherovým kliešťami a chirurgom rozreže skalpelom tkanivo na hranici kože a sliznice nad dvoma prstami zavedenými do pošvy (obr. 4—5). Ostro preparujeme smerom k pošvovej stene tak ďaleko, až sa dostaneme do správnej vrstvy medzi pošvovú stenu a septum rectovaginale (obr. 6). Do opísaného priestoru vnikneme prstom a tesne pod pošvovou sliznicou sa snažíme vytvoriť tunel až k hornému bodu (obr. 7) — k hornej hranici trojuholníka. Pritom nad rektom ponechávame rektovaginálne väzivo. Ľavou rukou držíme kliešte, zachytávajúce ostro odpreparovaný distálny okraj pošvy a ťaháme ho smerom k sebe (obr. 8). Vytvorený tunel rozšírime do strán buď použitím dvoch prstov, alebo roztváraním väčších Péanových kliešťí, prípadne tupých preparačných nožičiek (obr. 9). Teraz môžeme excidovať mobilizovaný trojuholníkový pošvový lalok. Okraje rany prebiehajú z hornej časti pošvy v ostrejšom uhle a iba distálne sa náhle rozbiehajú smerom ku Kocherovým klieš-

и промежустью (рис. 2). Чем больше расстояние между этими точками, тем уже будет влагалищный вход и тем выше будет промежность.

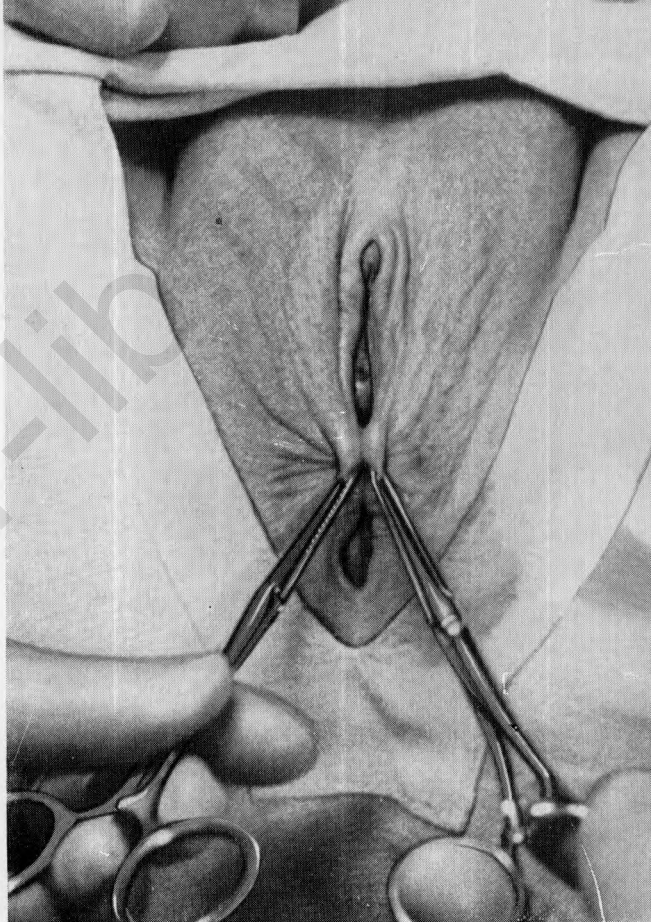
Дальнейшими зажимами мы захва­тываем слизистую влагалища по средней линии над верхним ограниче­нием выпавшей прямой кишки, т. е. верхнюю границу опущенной части влагалища (рис. 3). Этим определяется треугольная форма лоскута слизи­стой, предназначенного для иссечения. Отсепаровка влагалищного лоскута производится несколько иначе, чем это обыкновенно принято. Ассистенты оттягиванием зажимов Кохера сим­метрично натягивают промежность, а оператор рассекает скальпелем ткань на границе кожи и слизистой над двумя пальцами, введенными во влагалище (рис. 4—5). Острым путем он продолжает сепарацию по направ­лению к стенке влагалища до тех пор, пока не попадает в надлежащий слой между стенкой влагалища и прямо­кишечно-влагалищной перегородкой (рис. 6). Затем пальцем он проникает в описанное пространство и старается образовать туннель непосредственно под слизистой влагалища, не отслаивая прямокишечно-влагалищной клетчатки над прямой кишкой до верхней точки (рис. 7), т. е. до верхней границы треугольника. Хирург при

sur und die Grenzziehung zwischen Scheide und Damm von grosser Wichtigkeit (Abb. 2): je grösser der Abstand, desto kleiner der Scheidenintroitus und höher der Damm.

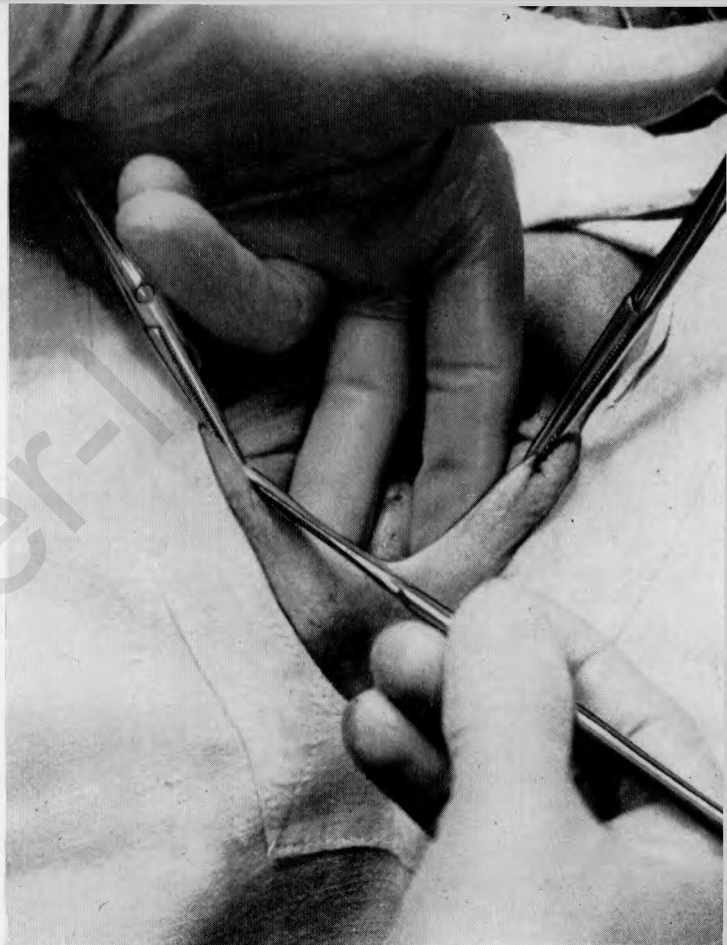
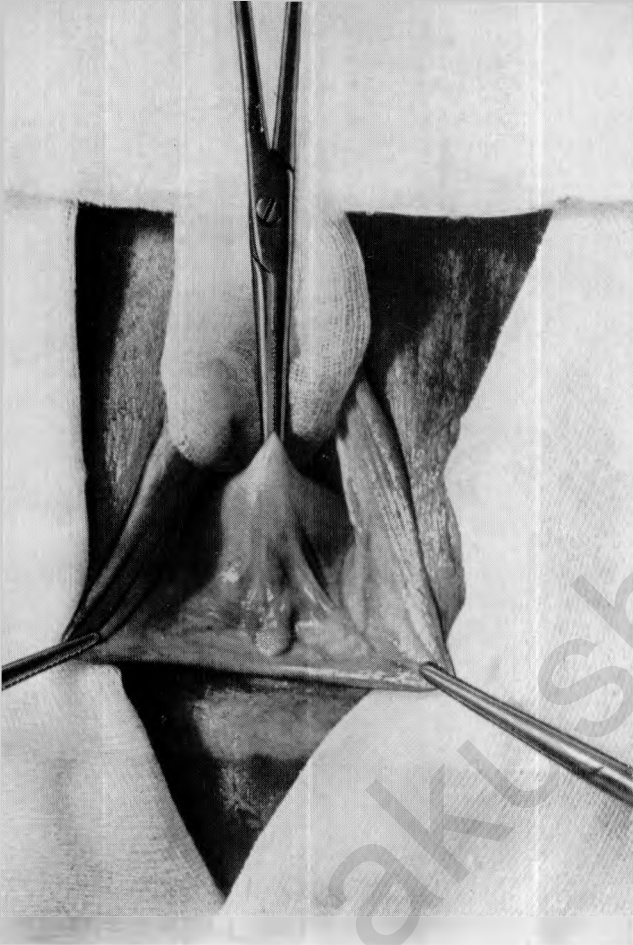
Mit einer weiteren Kocherklemme erfasst man nun die Mitte der hinteren Scheidenwand oberhalb des Rektokelen­randes, d. h. die obere Grenze des gesenkten Scheidentheils (Abb. 3) und bestimmt so die Dreieckform der Resektionsfigur. Die von uns geübte Präparation des Scheidenlappens weicht in gewisser Hinsicht von den üblichen Methoden ab. Während beide Assistenten den Damm durch einen symmetrischen, gleichmässigen Zug an den Klemmen spannen, spaltet der Operateur mit einem Skalpell das Gewebe an der Haut-Schleimhautgrenze über zwei, in die Scheide eingeführten Fingern (Abb. 4—5) und dringt dann scharf präparierend solange gegen die Scheidenwand vor, bis er in die richtige Schicht zwischen diese und das Septum recto­vaginale gelangt (Abb. 6). Sobald dies erreicht ist, wird nun mit der Finger­spitze stumpf weiterpräpariert und die Scheidenwand in der Richtung der Drei­eckspitze, d. h. bis zum oberen Pol tunnelartig unterminiert (Abb. 7), wobei das Rektovaginalgewebe über dem Rektum unverletzt bleiben muss. Die linke Hand hält dabei eine weitere, den dista-

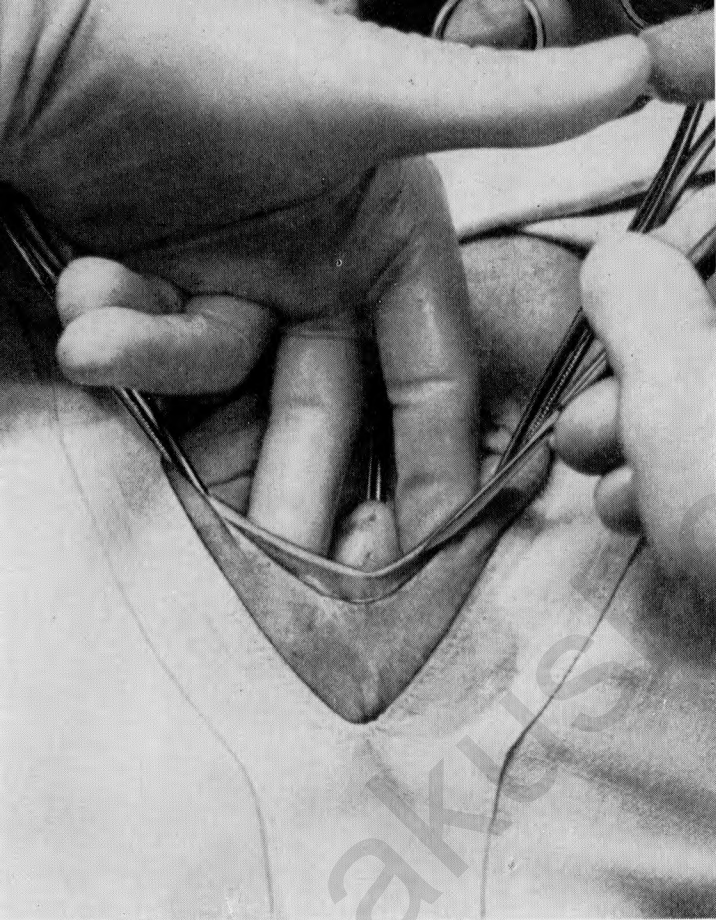


1



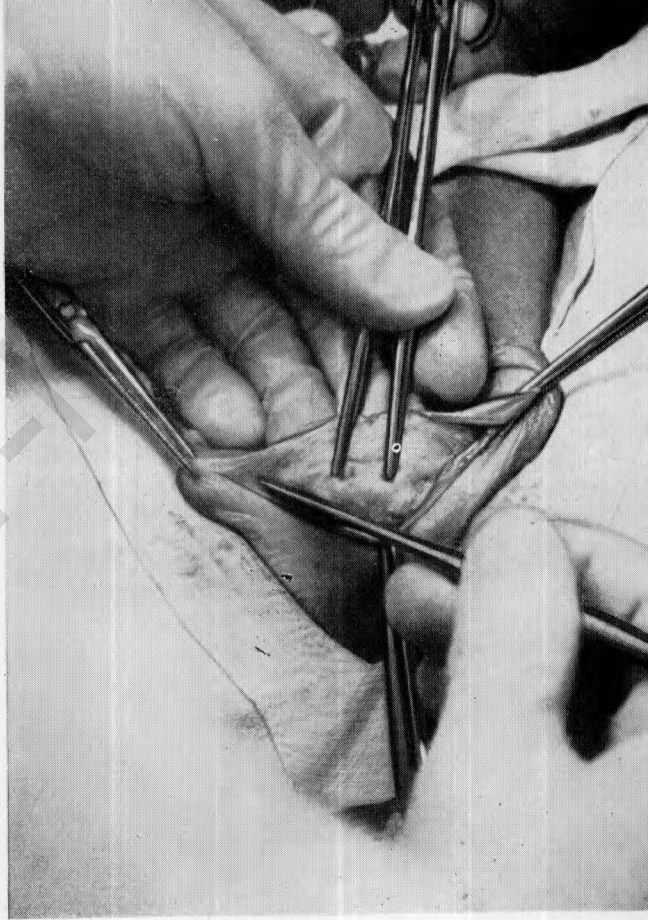
2

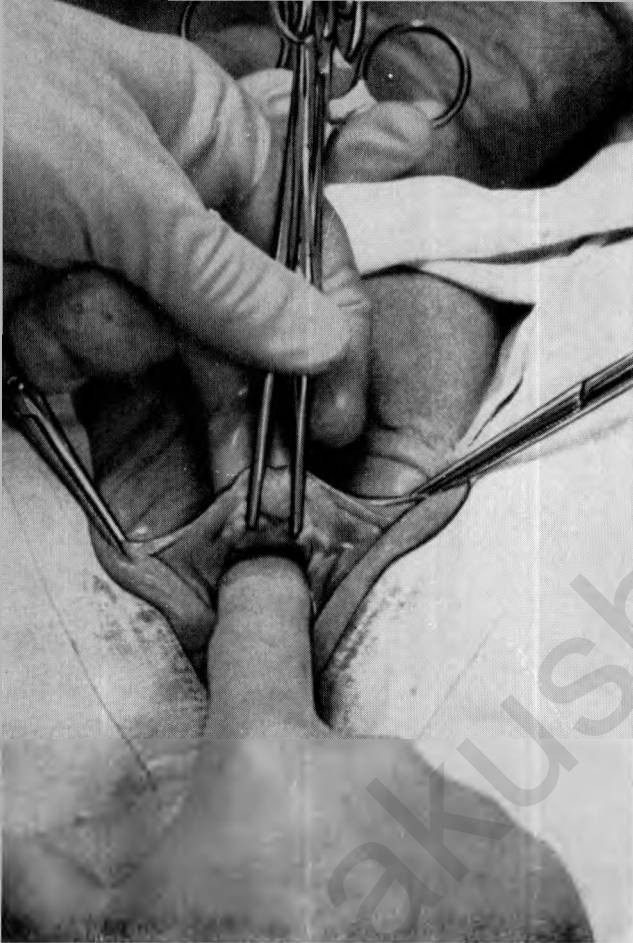




5

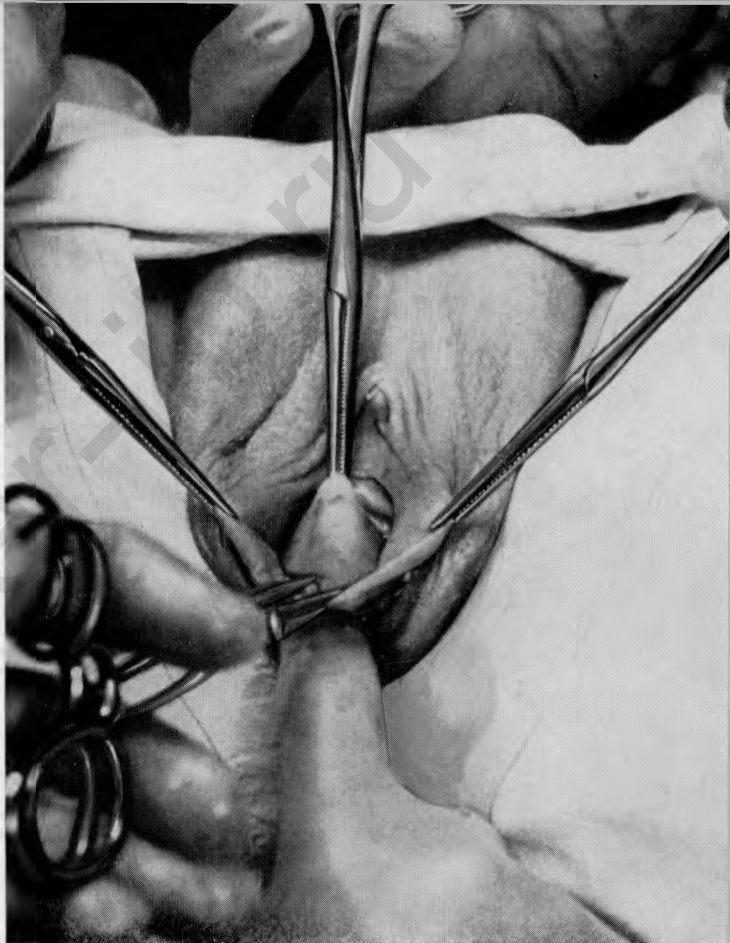
6

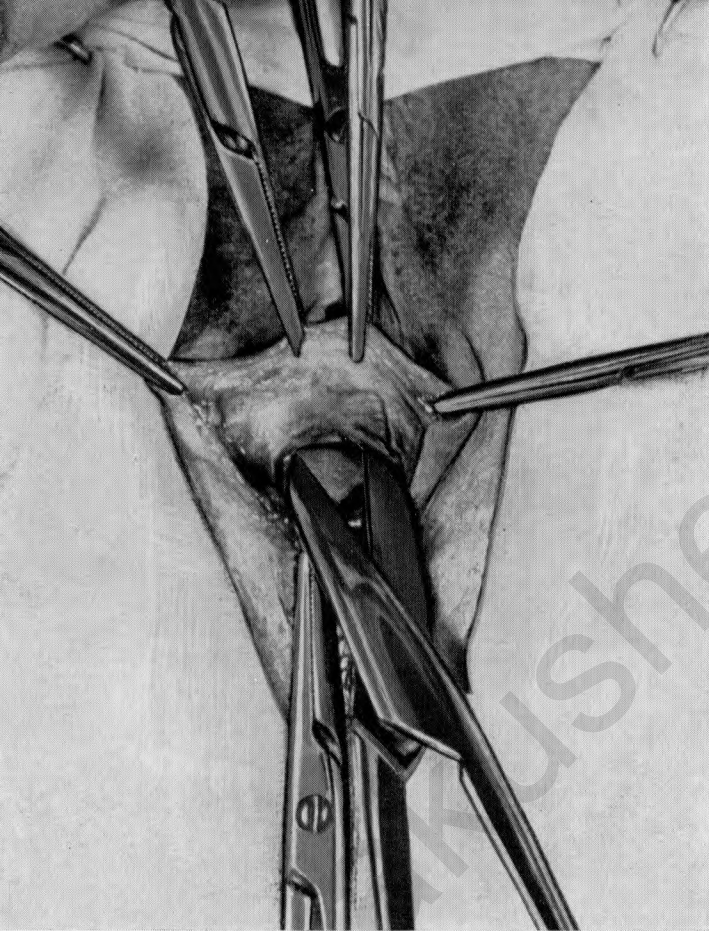




7

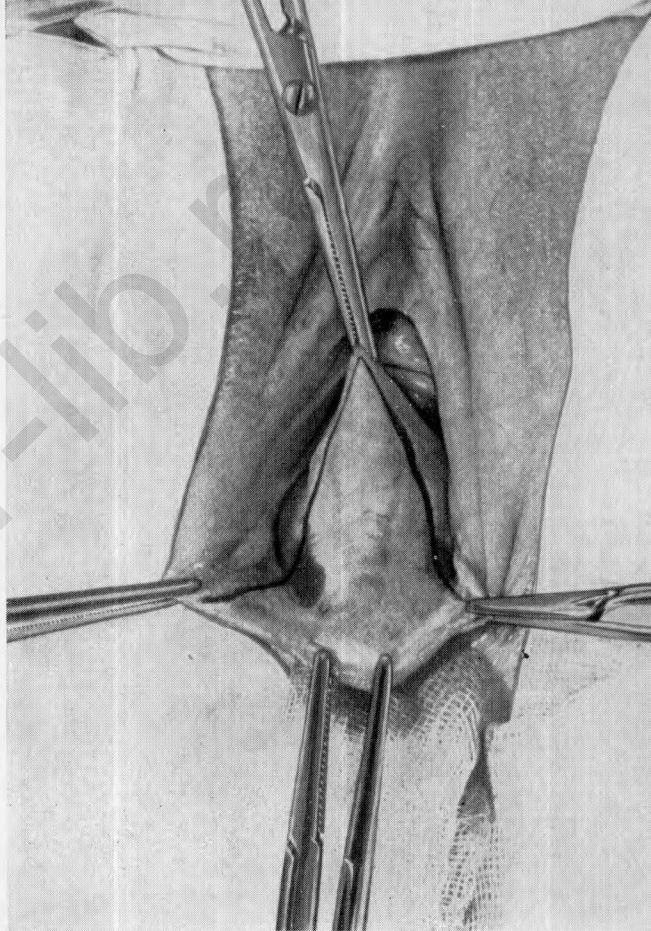
8





9

10



там (обр. 10). Такто поступujeme preto, aby sme pošvu cirkulárne nezúžili viac ako je treba a aby sme vytvorili fossu, komisúru a hrádzu podobne ako za normálnych anatomických pomerov. Obr. 11 ukazuje stav po resekcii pošvového laloka. Horný pól trojuholníka, ako i jeho základňa, sú zachytené Kocherovými kliešťami. Ďalšie dvojce kliešte sú založené iba pre lepší prehľad operačného poľa.

Vyznačený a na odstránenie určený trojuholníkový pošvový lalok môžeme odpreparovať tiež nástro. Najprv prerežeme nožom sliznicu na oboch stranách od proximálneho horného uhla k postranným kliešťam a potom (ako pri prednej plastike) odpreparujeme od horného uhla k hrádzi pošvovú sliznicu pokiaľ možno s ponechaním rektovaginálnej fascie.

Prvá preparačná časť operácie je skončená. Levátory nepreparujeme, síjeme ich s okolitým väzivom.

Najskôr síjeme pošvovú stenu uzlovými stehmi až k miestu, kde sa rozbiehajú okraje rany pošvovej steny (obr. 12). Potom nasleduje sutúra levátorov. Prstom ľavej ruky vyhmataáme mediálny okraj levátorov a za kontroly prsta zachytíme ľavú polovicu. Hľu so silnejším katgutom vedieme zvonka dovnútra, do spatium pararectale (obr. 13), vpravo znútra von (obr. 14), prípadne

этом держит в левой руке щипцы, захватывающие отсепарованный острым путем дистальный край влагалища и оттягивает его к себе (рис. 8). Образовавшийся туннель он расширяет сначала в стороны двумя пальцами, или же раскрыванием больших зажимов Пеана или тупых препарационных ножниц (рис. 9).

Затем иссекается влагалищный лоскут треугольной формы. Края раны в верхней части влагалища образуют острый угол и только дистально они расходятся к зажимам Кохера (рис. 10). Мы поступаем так, чтобы не сужать влагалище циркулярно больше, чем это необходимо, и чтобы образовать ямку, спайку и промежность подобно нормальным анатомическим отношениям. На рис. 11 показано положение после иссечения влагалищного лоскута. Верхний полюс треугольника, а также и его основание захвачены зажимами Кохера. Следующие два зажима наложены только для более хорошего обнажения операционного поля.

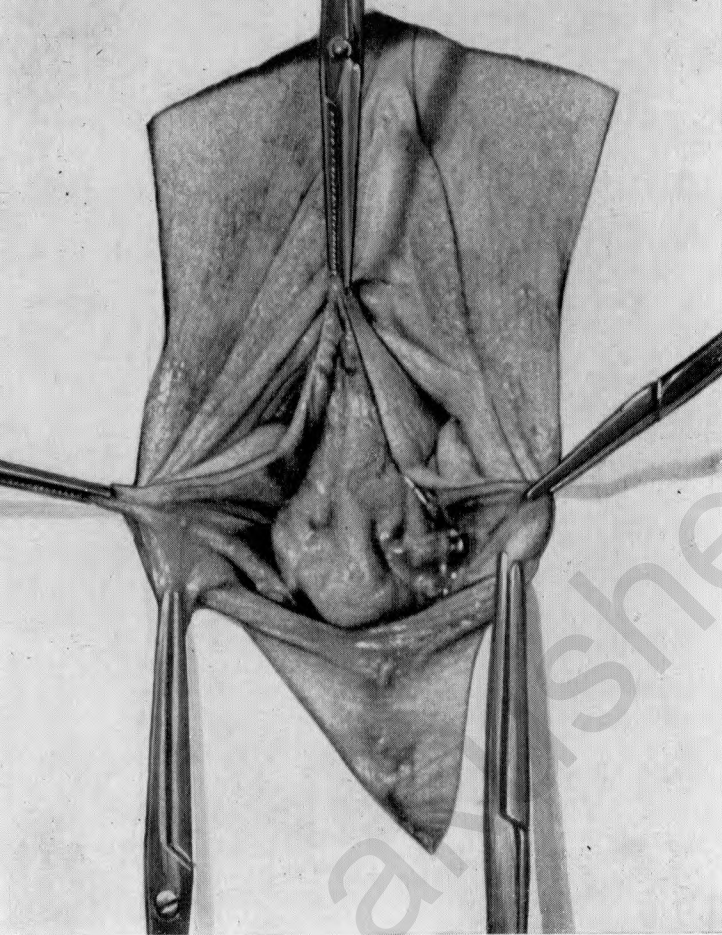
Обозначенный и предназначенный для иссечения треугольный влагалищный лоскут можно отсепаровать острым путем. Сначала мы рассекаем слизистую ножом с обеих сторон от проксимального угла, направляясь к боковым зажимам, а потом (как

ten, scharf freipräparierten Scheidenrand fassende Klemme und zieht diese gegen den vordringenden Finger, in der Richtung zum Operateur (Abb. 8). Den derart gebildeten Hohlraum erweitert man schliesslich in seitlicher Richtung entweder mit Hilfe zweier Finger oder durch Spreizung einer grösseren Péan'schen Klemme bzw. Schere (Abb. 9).

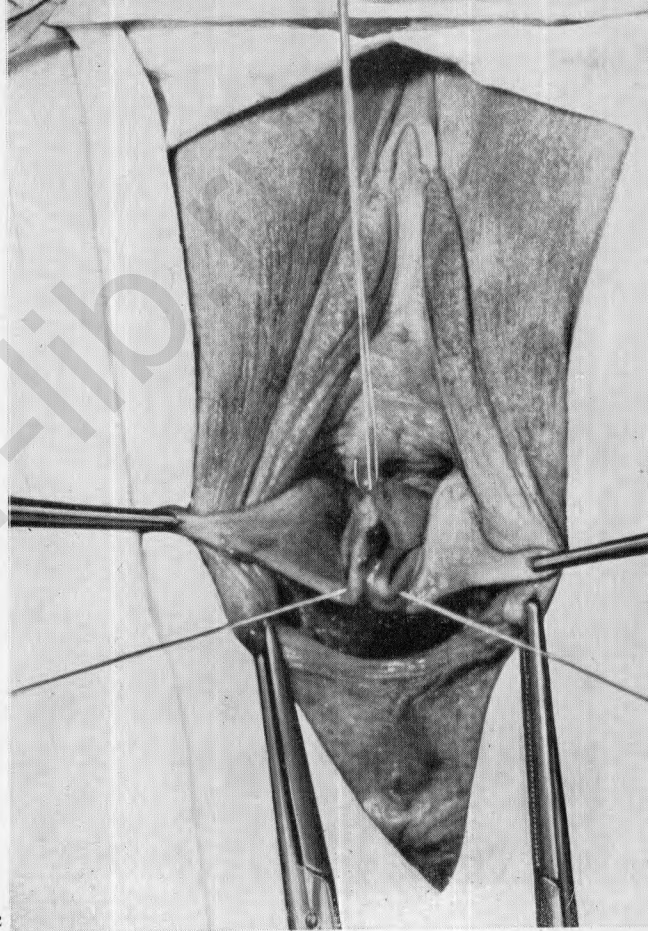
Nach abgeschlossener Präparation kann man nun den mobilisierten, dreieckigen Schleimhautlappen bequem resezieren. Beide Schnitte verlaufen hierbei vom markierten oberen Mittelpunkt in spitzem Winkel nach unten und weichen erst distalwärts in der Richtung zu den äusseren Klemmen stärker auseinander (Abb. 10); ein Vorgehen, das eine allzugrosse, zirkuläre Scheidenverengung vermeiden und die physiologischen Verhältnisse an der Fossa, Commissur und am Damm wiederherstellen soll.

Die Abb. 11 zeigt den Zustand nach der Scheidenlappenresektion. Der obere Pol und die Basis des Dreiecks sind mit Kocherklemmen gefasst. Die weiteren beiden Klemmen wurden nur zur besseren Übersicht des Operationsfeldes angelegt.

Den markierten und zur Resektion bestimmten, dreieckigen Scheidenlappen kann man auch scharf freipräparieren; von der Dreieckspitze ausgehend, wird



11



12

medzi ranenami anatomickej pinzety, ktorou odtláčime a chránime rectum. Po prvom stehu je naša úloha už ľahšia, lebo ľahom za nezauzlený prvý steh stávajú sa levátory viditeľné, ako keby boli vypreparované (obr. 15). Obyčajne vystačíme s dvoma (obr. 16), najviac tromi stehmi a zauzlime ich až potom, keď sú všetky naložené (obr. 17). Spojenie rozostúpených levátorov, pravda, nezodpovedá normálnym pomerom z topograficko-anatomického hľadiska, funkčne však nerobí žiadne ťažkosti.

Po zblížení levátorov pokračujeme v šití pošvových okrajov, pričom zvyšky hymenálneho kruhu nám slúžia ako orientačné body. Spojíme svaly hrádce (obr. 18) (musc. bulbocavernosus), vytvoríme zadnú komisúru (obr. 19), niekoľkými stehmi zošijeme fasciu (obr. 20) a kožu hrádce spojíme po starostlivej adaptácii svorkami alebo hodvábnymi stehmi.

при передней пластике) отсепаровываем слизистую влагалища от верхнего угла к промежности по возможности так, чтобы не нарушать прямокишечно-влагалищной фасции.

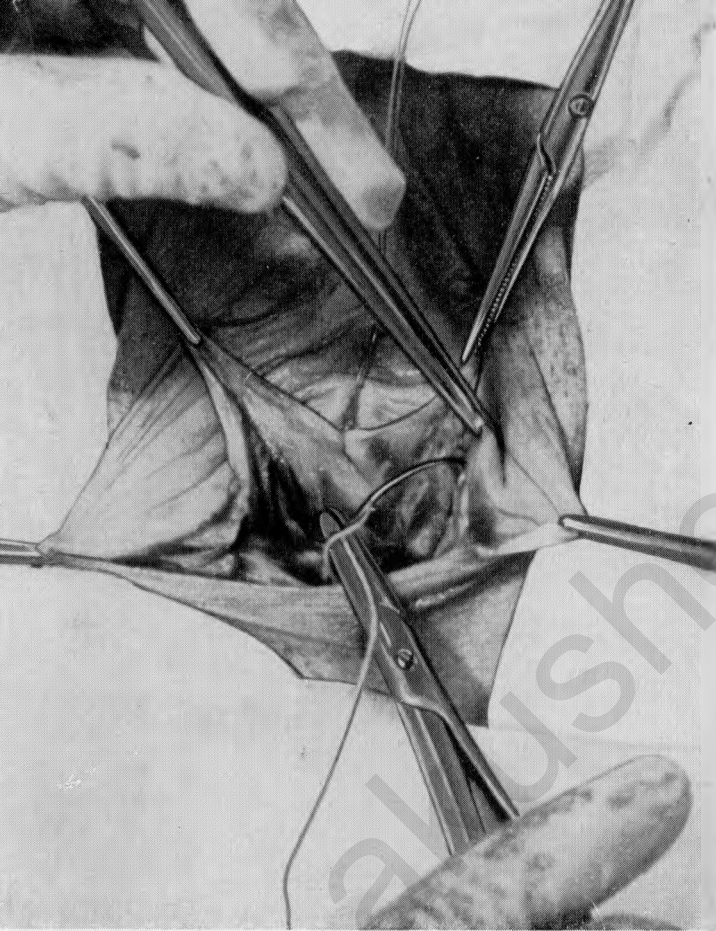
Первый сепарационный этап закончен. Подниматели заднего прохода не отделяются, их зашивают с прилегающей клетчаткой.

Сначала сшивается стенка влагалища узловатым швом до места, где разрезы стенки влагалища сходятся (рис. 12). Затем следует шивание levаторов. Пальцем левой руки, введенным в рану, прощупывается медиальный край поднимателя и при помощи введенного пальца захватывается левая половина. Игла с толстым кетгутом вкалывается снаружи кнутри, в параректальное пространство (рис. 13), вправо изнутри кнаружи (рис. 14), или же между ножками анатомического пинцета, которым мыдвигаем и предохраняем прямую кишку. После наложения первого шва наша задача становится более легкой, так как натягиванием первого, незавязанного шва подниматели заднего прохода видны так, как если бы они были особо отсепарованы (рис. 15). Обыкновенно хватает двух (рис. 16), в крайнем случае трех швов, завязывание которых производится только после наложения по-

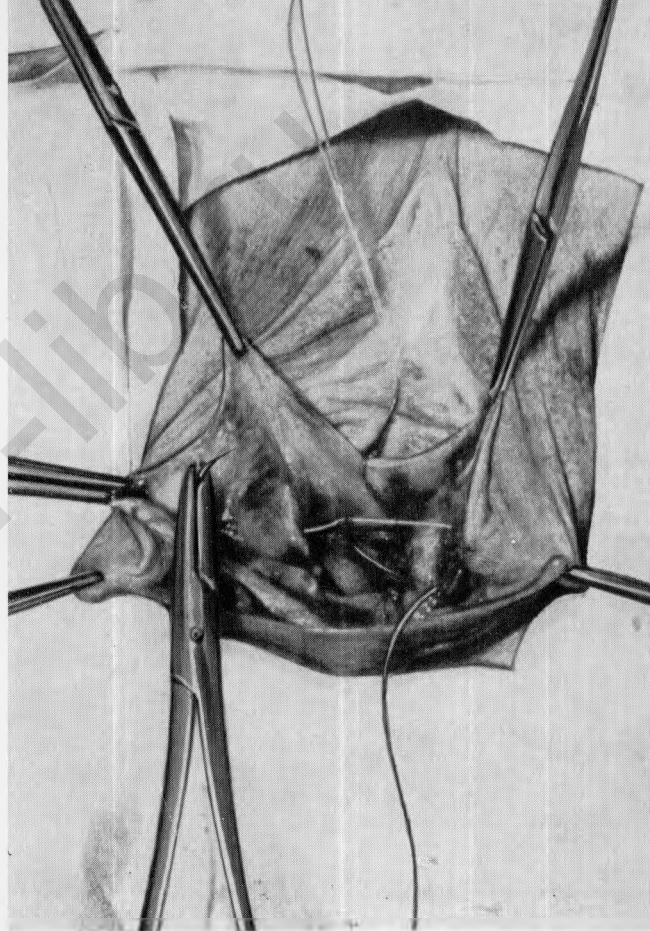
hierbei die Scheidenschleimhaut mit einem Skalpell in der Richtung zu beiden äusseren Klemmen gespalten und dann (ebenso wie bei der vorderen Scheidenplastik) von hinten nach vorn — unter Schonung der Rektovaginalfaszie — freipräpariert.

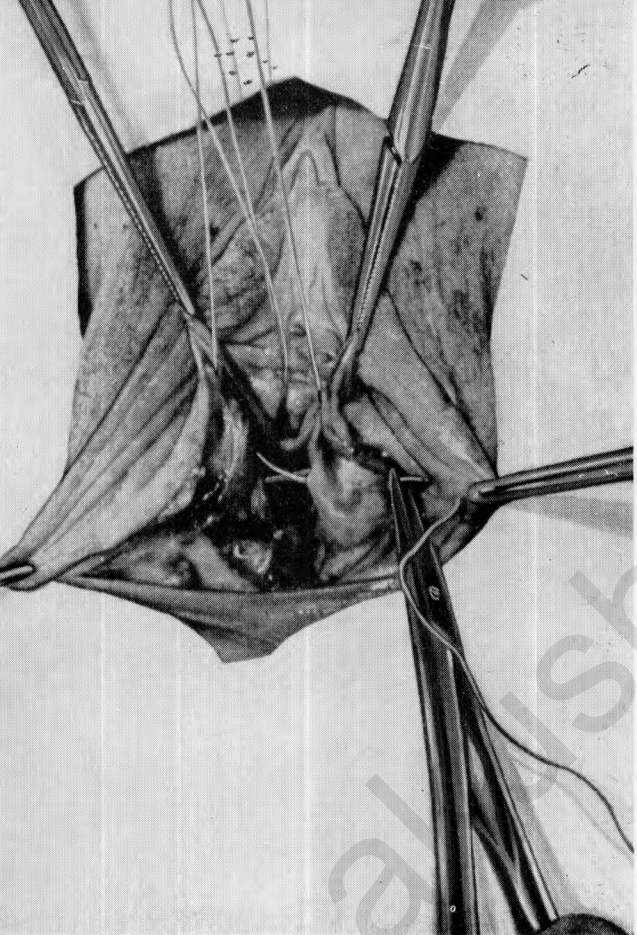
Mit diesem Eingriff ist der erste Abschnitt der Operation beendet. Die Levatoren werden ohne besondere Präparation mit dem Nachbargewebe vernäht.

Die Scheidenwand wird zunächst durch Knopfnähte bis zu jener Stelle verschlossen, an welcher die Wundränder stärker voneinander abweichen (Abb. 12). Dann erst folgt die Levatorennaht: der in die Wunde eingeführte Finger der linken Hand tastet den medialen Levatorrand und fasst zunächst die Muskelmasse des linken Levators. Die mit einem stärkeren Catgutfaden armierte Nadel wird nun links von aussen nach innen, in das Spatium pararectale (Abb. 13), rechts von innen nach aussen (Abb. 14) — gegebenenfalls zwischen zwei Pinzettenbranchen, mit denen man das Rektum beiseiteschiebt und schützt — geführt. Nach dem Anlegen der ersten Naht ist die Aufgabe des Operateurs wesentlich einfacher, da durch die Spannung des ungeknüpften ersten Fadens beide Levatoren (als ob sie freipräpariert worden wären) deutlich hervortreten (Abb. 15). Meist genügen zwei



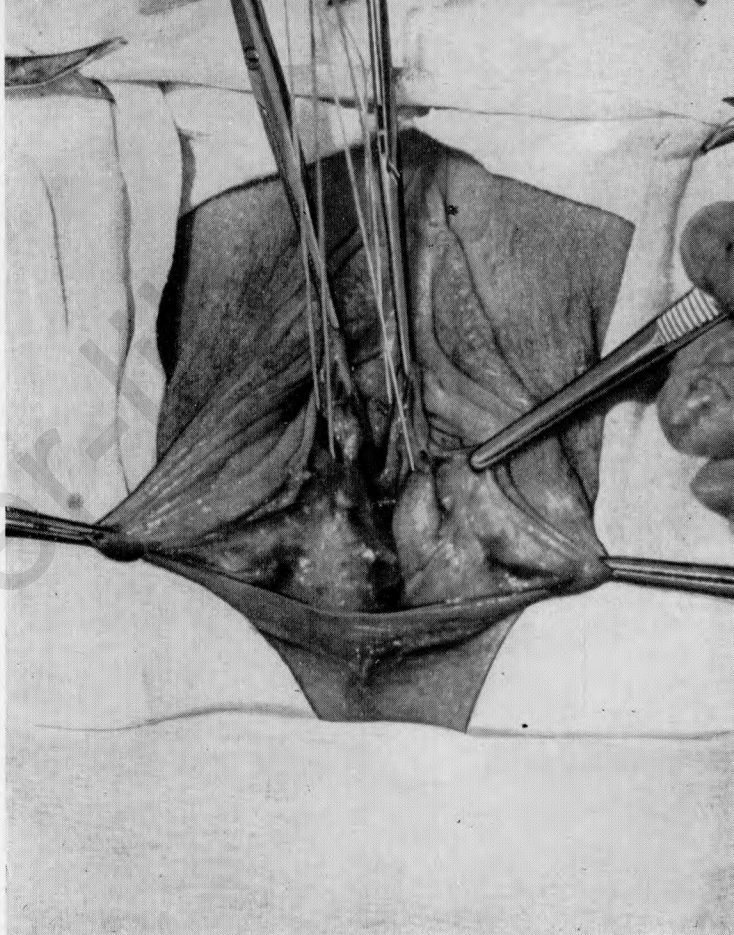
13 14

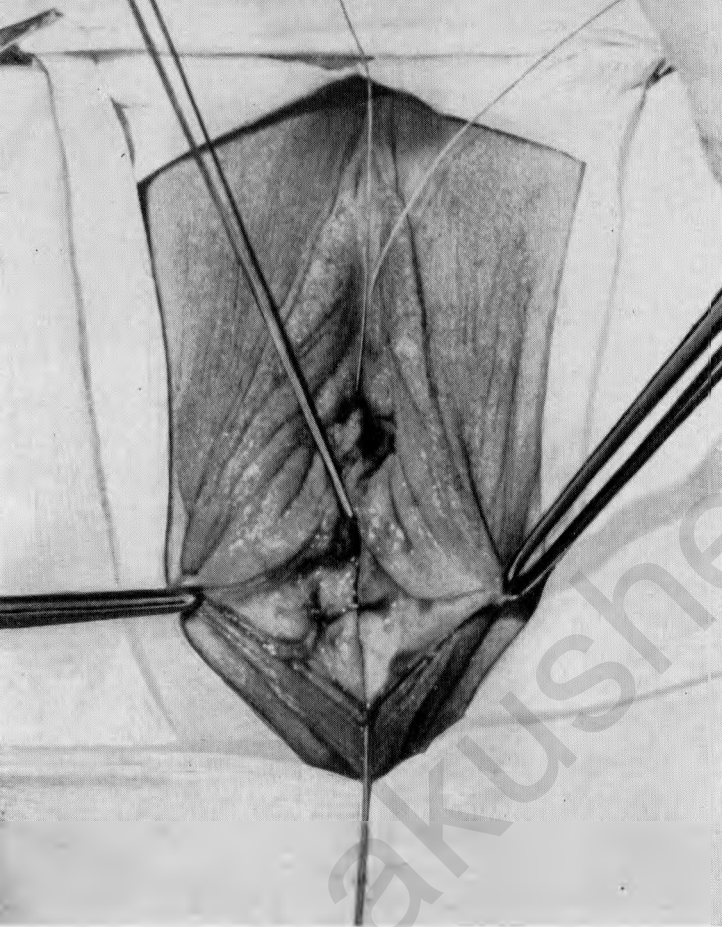




15

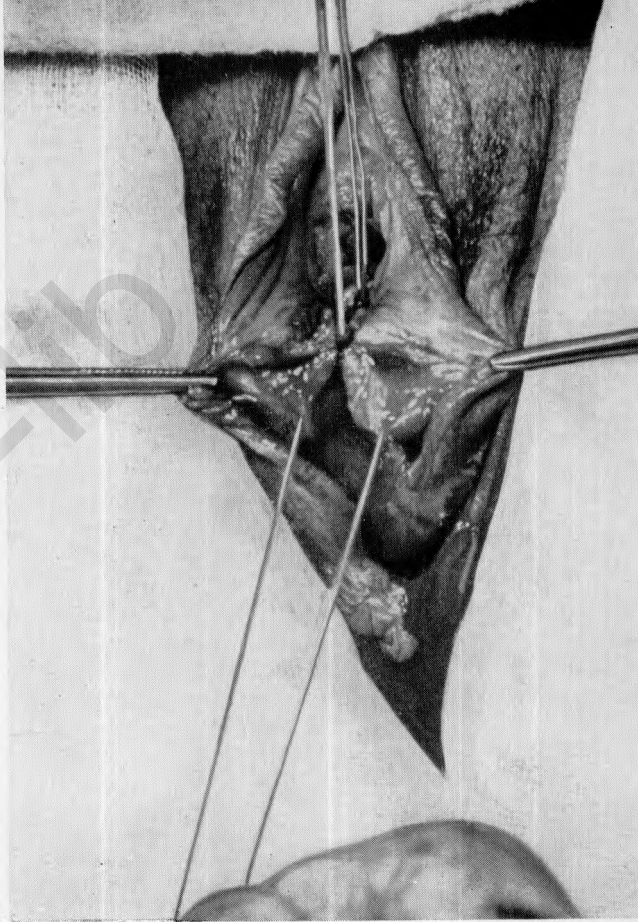
16

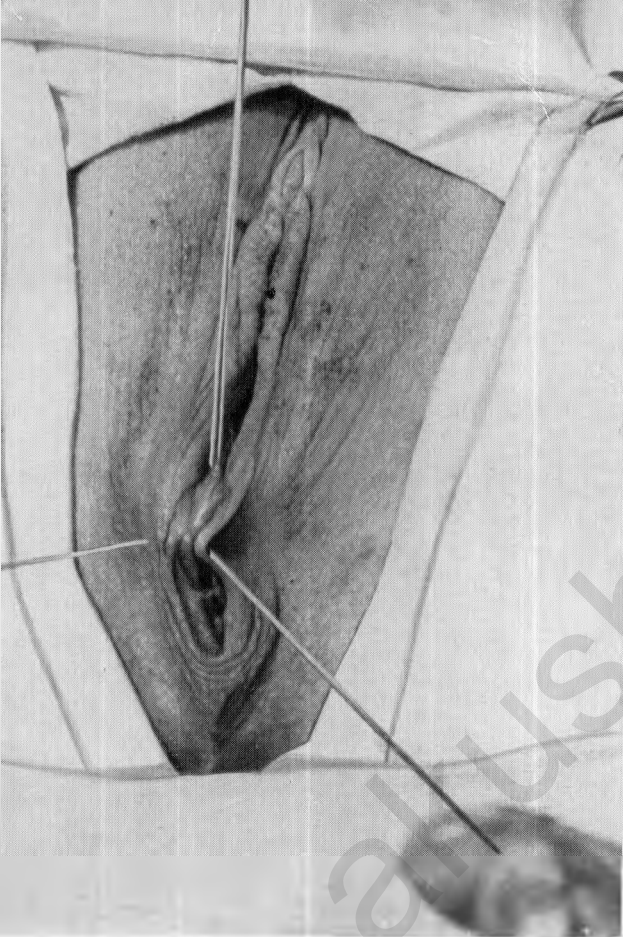




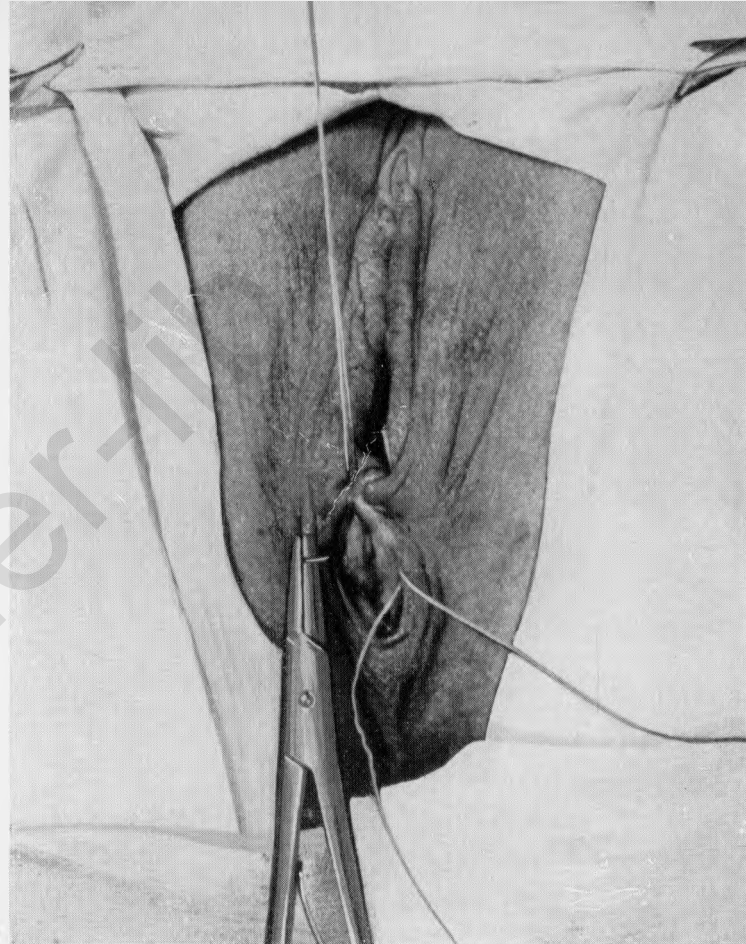
17

18





19 20



следнего из них (рис. 17). Сближение разошедшихся поднимателей не отвечает, конечно, нормальным условиям с топографическо-анатомической точки зрения, функционально, однако, не имеет плохих результатов.

После сближения леваторов мы продолжаем зашивание краев влагалища, причем остатки гименального круга нам служат в качестве ориентировочных точек. Затем соединяем мышцы промежности (рис. 18) (луковичнопещеристая мышца), образуем заднюю спайку (рис. 19), несколькими швами сшиваем фасцию (рис. 20) и после тщательной адаптации кожу промежности соединим скобками или шелковыми лигатурами.

(Abb. 16) oder höchstens drei Nähte, die erst nach ihrem Anlegen geknüpft werden (Abb. 17). Die derart erzielte Verbindung der auseinanderklaffenden Levatoren entspricht in topographisch-anatomischer Hinsicht zwar nicht normalen Verhältnissen, verursacht jedoch keine funktionellen Beschwerden.

Nach der Annäherung der Levatoren wird die Naht der Scheidenränder fortgesetzt, wobei die Reste des Hymenarings als Orientationspunkt dienen. Die letzte Operationsphase ist die Verbindung der Beckenbodenmuskulatur (Abb. 18) (*Musc. bulbocavernosus*), die Bildung der hinteren Kommissur (Abb. 19), die Naht der Faszie (Abb. 20) und die Versorgung des sorgfältig adaptierten Hautschnittes durch Klemmen oder Seidenknopfnähte.

OPERÁCIA ZLE ZAHOJENEJ TRHLINY HRÁDZE III. STUPŇA PLASTICA PERINEI POST RUPTURAM GRADUS III. MALE SANATAM

ПЛАСТИКА ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ ПЛОХО ИЗЛЕЧЕННОГО РАЗРЫВА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ PLASTICA PERINEI POST RUPTURAM GRADUS III. MALE SANATAM

DIE SCHEIDENDAMMPLASTIK NACH SCHLECHT VERHEILTEM DAMMRISS III. GRADES PLASTICA PERINEI POST RUPTURAM GRADUS III. MALE SANATAM

Po trhlinc III. stupňa hrádza väčšinou úplne chýba, radiálne zriadenie, označujúce funkciu zvieräča, je naznačené iba v zadnej časti (obr. 1). Musíme rekonštruovať nielen distálnu časť pošvy, ale aj konečník so zvieräčom (obr. 2).

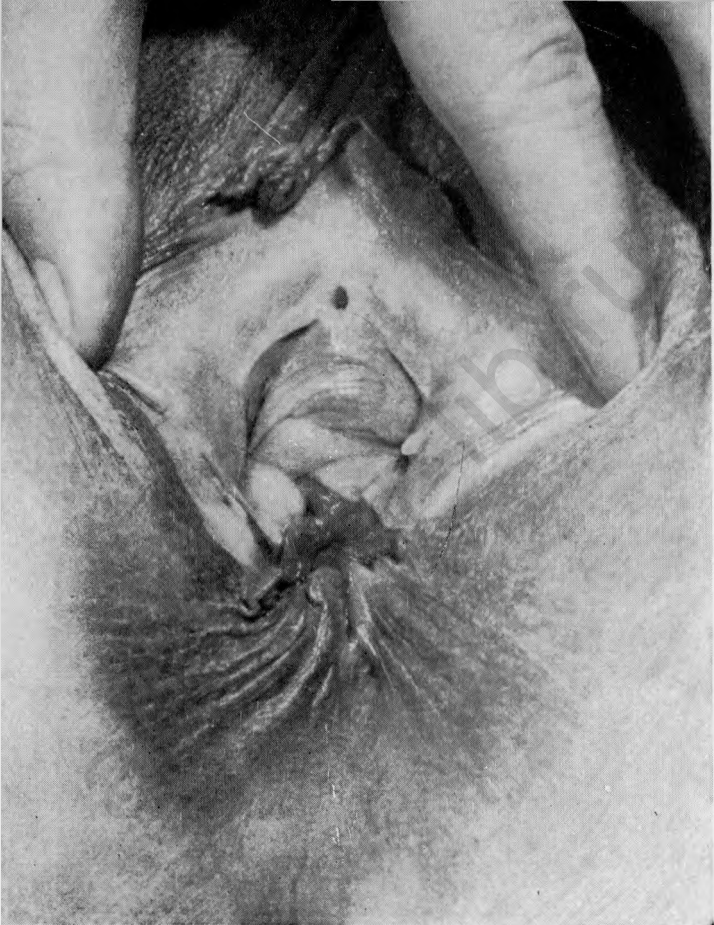
Operáciu začíname incíziou kože v tvare „H“ podľa Lawsona—Taita (obr. 3). Vodorovnú čiaru vedieme na hranici pošvy a konečníka. Po stranách možno obyčajne vidieť kožné jamky, označujúce retrahované konce roztrhnutého ritného zvieräča. Zvislé čiary incízie vedieme až cez tieto miesta. Dolné ramená sú podstatne kratšie ako horné ramená, ktoré prebiehajú na hranici sliznice a kože a slúžia k vytvoreniu vysokej hrádze. Horný ľalok odpreparujeme skalpelom smerom nahor bližšie k pošve ako ku konečníku (obr. 4). Je

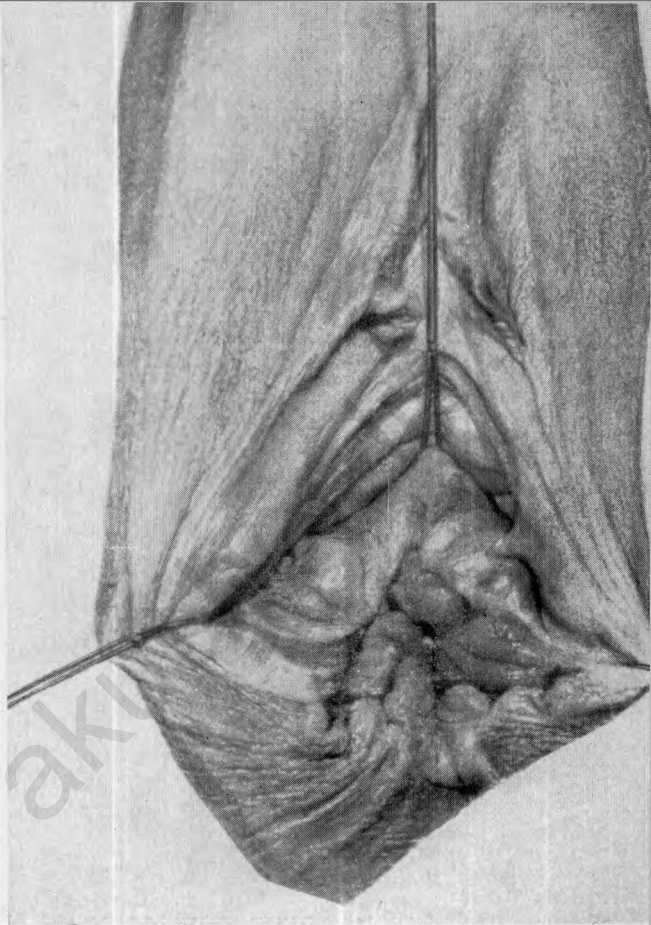
Если дело идет о разрыве промежности третьей степени, то она в большинстве случаев совсем отсутствует, радиальные складки, обозначающие функцию сфинктера, намечаются только в задней части (рис. 1). Мы должны реконструировать не только дистальную часть влагалища, но и прямую кишку со сфинктером (рис. 2).

Операцию мы начинаем разрезом кожи в форме буквы „H“ по Лоусон—Тейту (рис. 3). Горизонтальный разрез производится на границе между влагалищем и прямой кишкой. По сторонам обыкновенно видны кожные ямки, обозначающие концы сокращенного сфинктера заднего прохода. Вертикальные линии разреза производятся как раз через эти места. Они, однако, существенно короче верхних рукавов разреза, проходящих на гра-

Bei schlecht verheilten Dammrissen III. Grades fehlt meist das Perineum und die radiale Anusfältelung — ein Zeichen der Sphinkterfunktion — ist nur im hinteren Abschnitt angedeutet (Abb. 1). Rekonstruieren muss man hier also nicht nur den distalen Scheidenteil, sondern auch das Rektum mit seinem Schliessmuskul (Abb. 2).

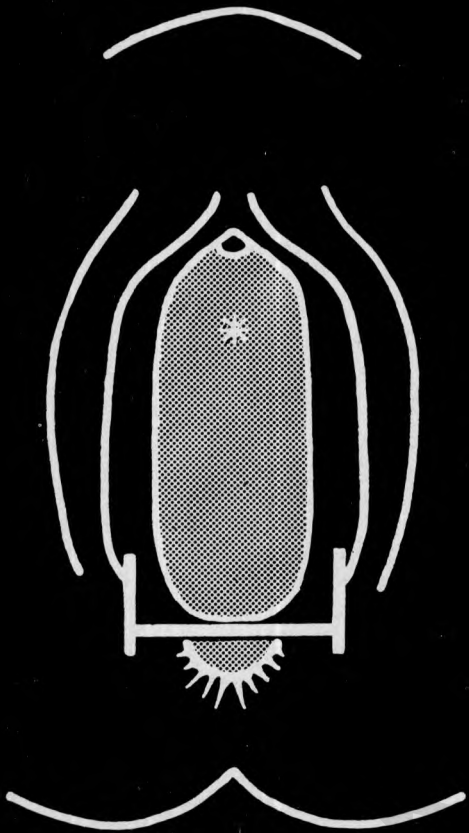
Nach Lawson-Tait beginnt man die Operation mit einer „H“-förmigen Hautinzision (Abb. 3), deren waagrechter Schnitt entlang der Scheiden-Rektumgrenze führt. Zu ihren beiden Seiten kann man im allgemeinen zwei Hautgrübchen feststellen, welche die retrahierten Enden des zerrissenen Rektumsphinkters andeuten. Über diese Stelle werden die unteren, senkrechten Abschnitte der Schnittfigur geführt, die jedoch wesentlich kürzer sind, als die an





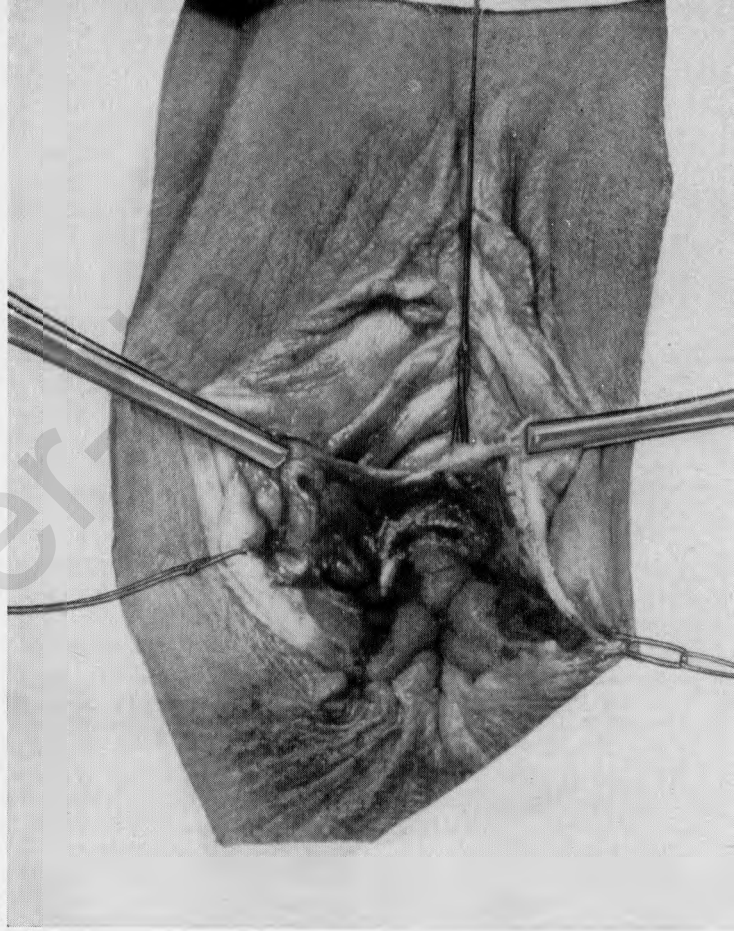
1

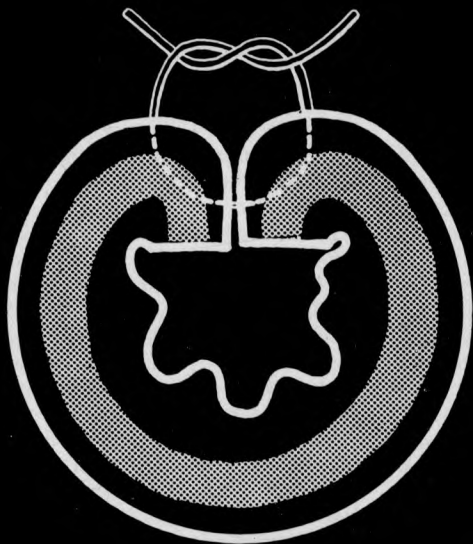
2



3

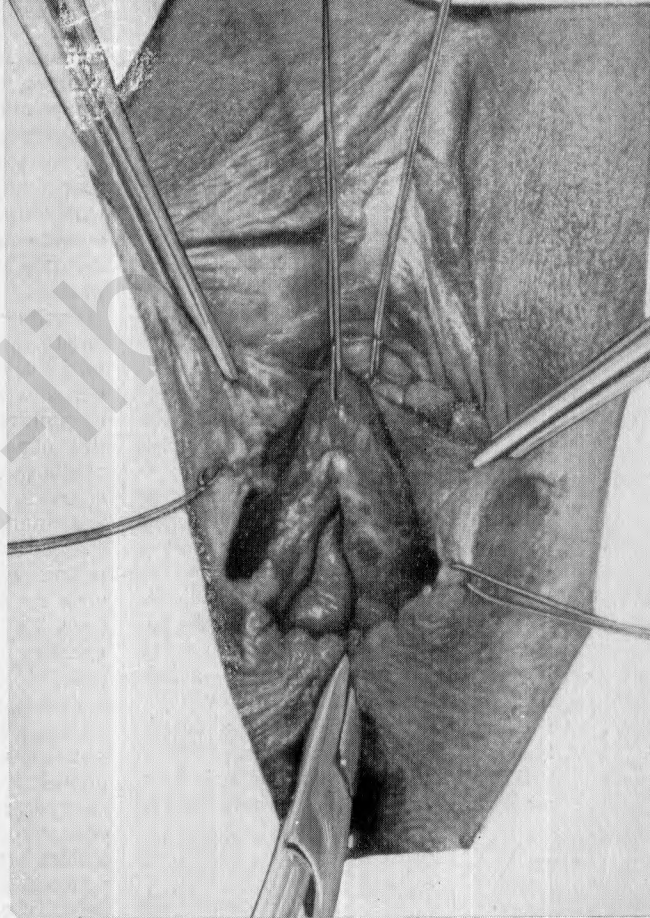
4





5

6



jasné, že zvislé čiary tvaru „H“ tvoria potom hrádzu, pričom horné miesta vyznačujú spojenie komistry, dolné miesta vonkajší okraj konečníka.

Stenu konečníka musíme dostatočne uvoľniť, lebo iba tak je uvoľnené aj postranné väzivo. Spojením svalstva panvového dna vytvoríme solidnú väzivovú oporu a oddelíme pošvu od konečníka. Rectum šijeme uzlovými stehmi. Stehy nezachytávajú sliznicu (obr. 5). Zvláštnu pozornosť venujeme hornému pólu rany (obr. 6), kde je predilekčné miesto pre vznik rektovaginálnej píšťaly. Nakladáme stehy od horného pólu rany až k hranici medzi kožou a sliznicou (obr. 7). Nasleduje zachytenie a spojenie zvieraca dvoma-troma uzlovými stehmi (obr. 8—9). Ak sa nám nepodarí izolovať retrahované svalové vlákna, zošíjeme ich so susedným väzivom na anatomicke správnom mieste, čo tiež zaručuje dobrý výsledok. Je potrebné, aby sme podporili sutúru rekta jednak druhou vrstvou (obr. 10) a jednak správnym zošíťím levátorov (obr. 11). To považujem za jednu z dôležitých zložiek úspechu operácie.

Ďalší postup sa zhoduje so spôsobom predtým opísanej kolpoperineoplastiky.

нипе слизистой и кожи и предназначенных для образования высокой промежности. Этот верхний лоскут отсепаровываем вверх, к влагалищу (рис. 4). Ясно, что вертикальные линии буквы „H“ образуют впоследствии промежность, причем верхние точки обозначают соединение спайки, нижние — внешний край прямой кишки.

Стенку прямой кишки нужно сначала освободить на достаточно длинном участке, так как только таким образом освободятся боковые части соединительнотканной клетчатки. Таким образом после сближения мышц тазового дна мы образуем солидную соединительную опору и отделим влагалище от прямой кишки. Прямая кишка зашивается узловатым швом, причем нужно следить за тем, чтобы швы не проходили через слизистую (рис. 5). Особенное внимание мы уделяем верхнему полюсу раны (рис. 6), который предрасположен к возникновению в нем прямокишечно-влагалищного свища. Швы накладываем вплоть до границы между кожей и слизистой (рис. 7). Затем следует захватывание и соединение сфинктера двумя-тремя узловатыми швами (рис. 8—9). Если нам не удастся изоляция сокращенных мышечных волокон, то мы сшиваем их

der Grenze zwischen Schleimhaut und Haut verlaufenden, den späteren hohen Damm markierenden oberen Schenkel. Dieser obere Lappen wird nun mit einem Skalpell kranialwärts und näher zur Scheide als zum Rektum freipräpariert (Abb. 4). Wie zu erwarten, bilden die beiden senkrechten Abschnitte der „H“-Figur den Damm, wobei ihre oberen Endpunkte die Kommissurverbindung, ihre unteren den äusseren Anusrand bilden.

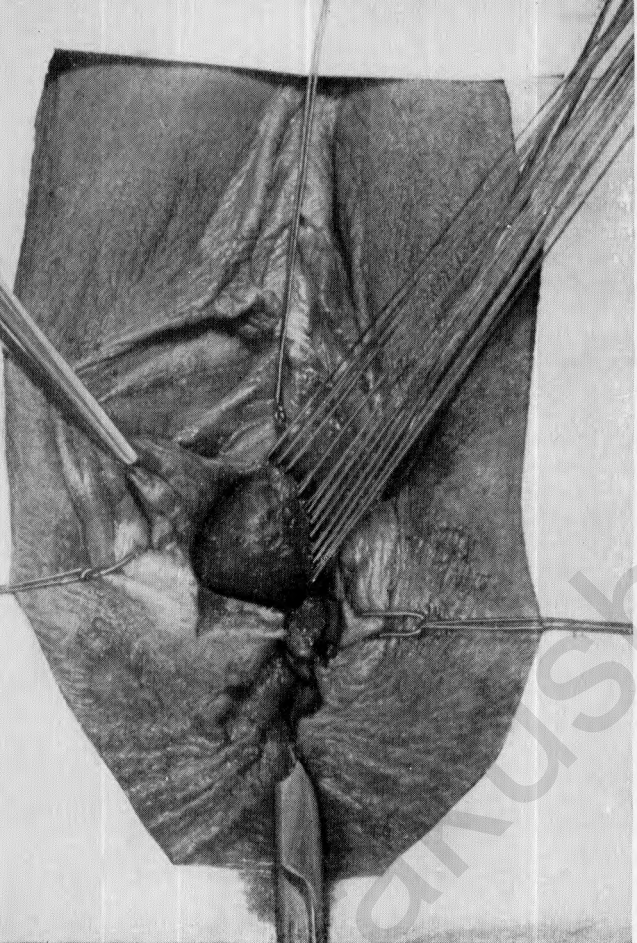
Die Rektumwand muss genügend freigelegt werden um eine ausreichende Mobilisierung der seitlichen Gewebsabschnitte zu gewährleisten. Durch die Vereinigung der Beckenbodenmuskulatur bildet man auf diese Weise eine solide Gewebstütze und trennt die Scheide vom Rektum. Dieses wird mit Knopfnähten versorgt, die nicht durch die Schleimhaut führen dürfen (Abb. 5). Besondere Aufmerksamkeit widmen wir dem oberen Wundpol (Abb. 6), der Prädilektionsstelle für spätere Rektovaginalfisteln und gehen hier bis zur Hautgrenze vor (Abb. 7). Es folgt nun die Verbindung des Schliessmuskels mit zwei bis drei Knopfnähten (Abb. 8—9). Dort, wo die präparative Isolierung der retrahierten Muskelfasern nicht gelingt, vernähen wir sie gemeinsam mit dem Nachbargewebe an der anatomisch richtigen Stelle, ein Verfahren, das ebenfalls

вместе с прилегающей клетчаткой на анатомически надлежащем месте, что тоже обеспечивает хороший результат. Зашитую кишку необходимо подкрепить наложением второго этажа швов (рис. 10), а также и правильным сближением поднимателей заднего прохода (рис. 11), что мы считаем одним из важнейших условий успешной операции.

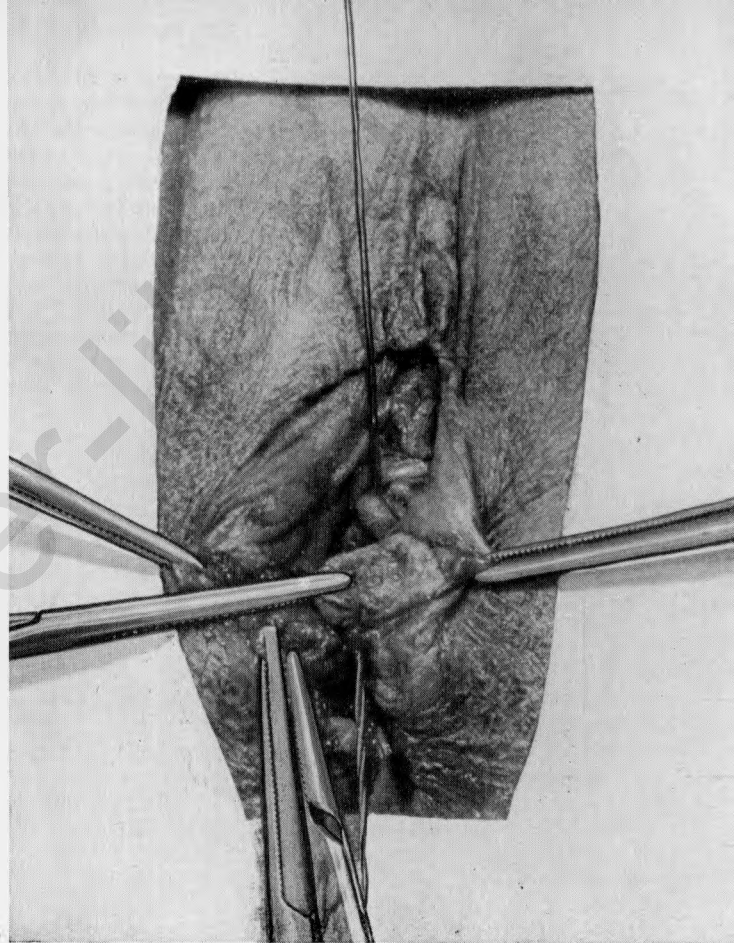
Дальнейший ход операции сходен с ранее описанной кольпоперинеопластикой.

gute Resultate sichert. Es ist nötig, die Rektumnaht nicht nur durch eine zweite Schicht (Abb. 10), sondern auch durch eine Levatorennah (Abb. 11) zu sichern und wir sind der Ansicht, dass diese Eingriffe wesentlich zum Operationserfolge beitragen.

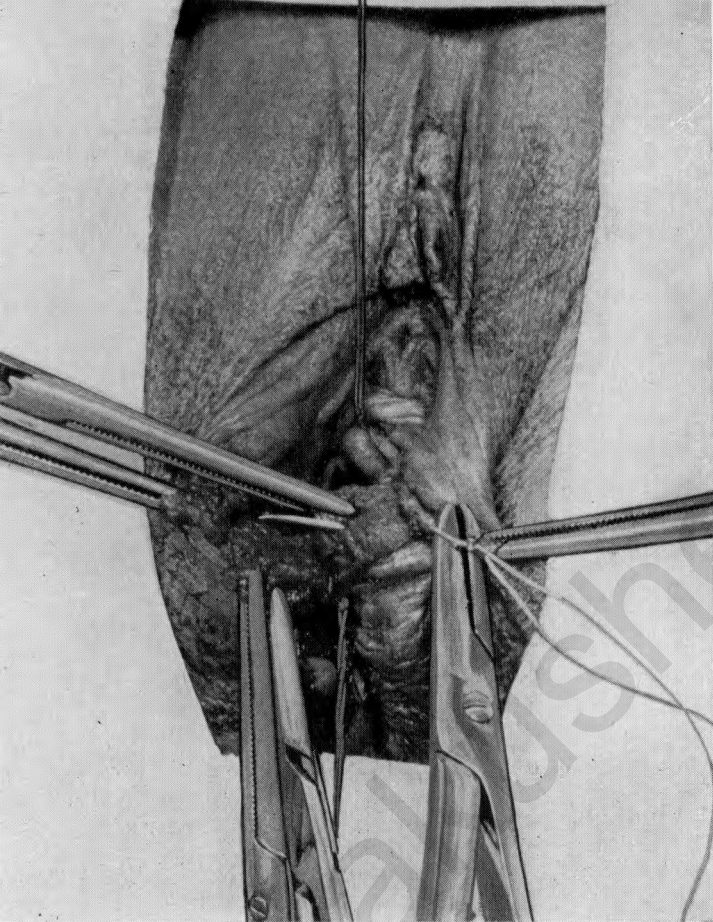
Der weitere Operationsverlauf ist der gleiche, wie bei der — im einschlägigen Kapitel beschriebenen — Kolpoperineoplastik.



7

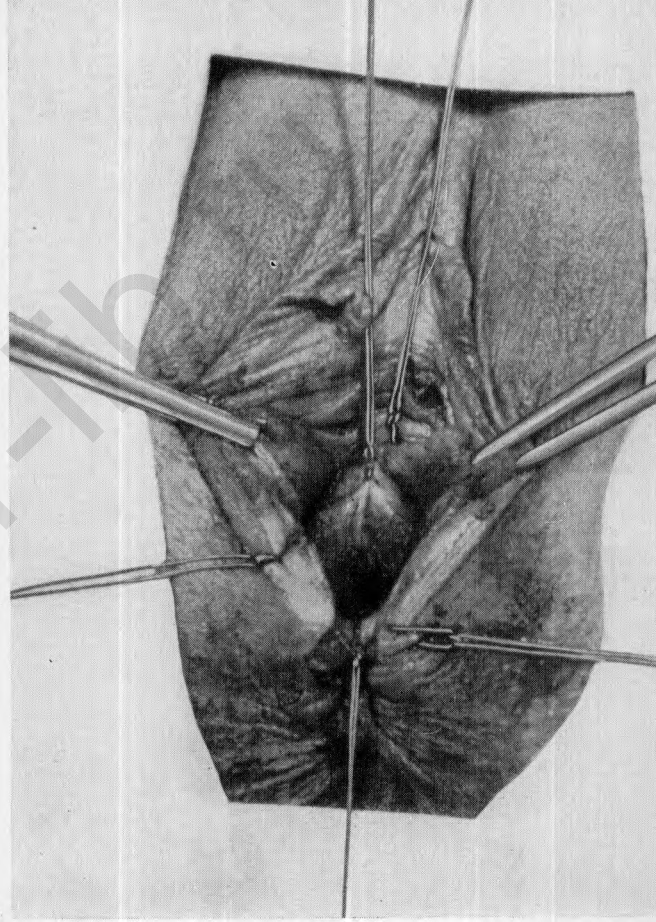


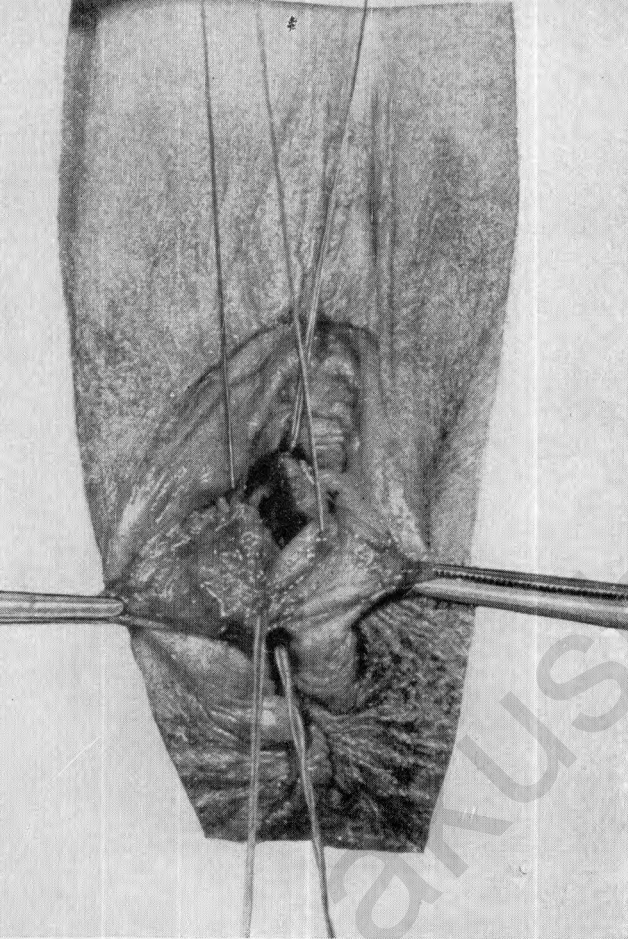
8



9

10





11

PORTIO, COLLUM UTERI

ШЕЙКА МАТКИ

PORTIO, COLLUM UTERI

akusher-lib.ru

PLASTIKA TRHLINY ČAPÍKA PODLA EMMETA

TRACHELOPLASTICA PORTIONIS VAGINALIS UTERI SEC. EMMET

ПЛАСТИКА РАЗРЫВА ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ЭММЕТУ

TRACHELOPLASTICA PORTIONIS VAGINALIS UTERI SEC. EMMET

DIE TRACHELORAPHIE — EMMET'SCHE PORTIOPLASTIK

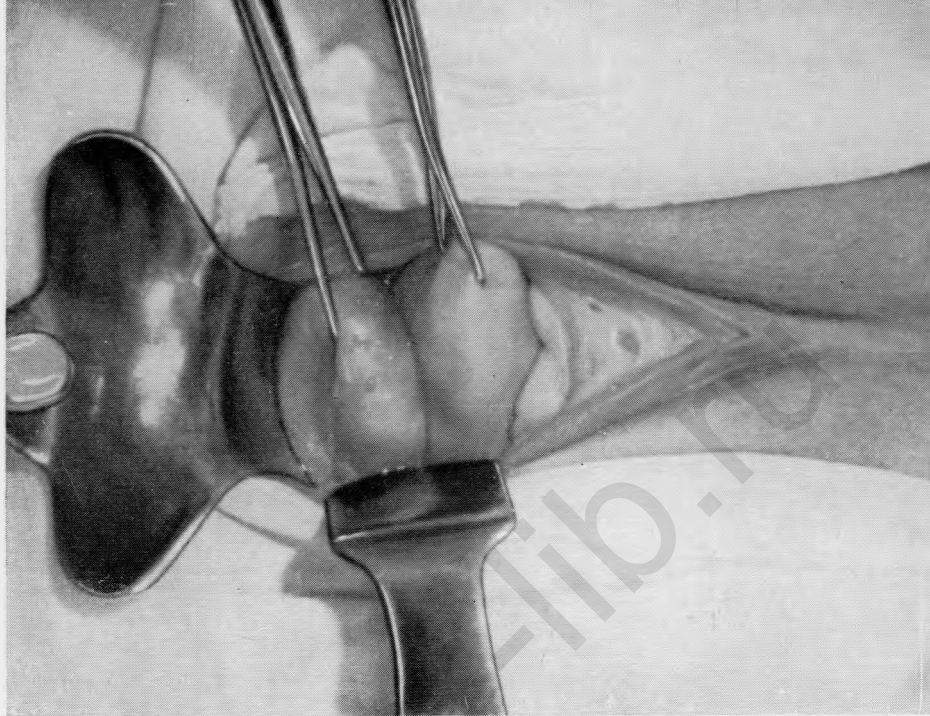
TRACHELOPLASTICA PORTIONIS VAGINALIS UTERI SEC. EMMET

Po vyšetrení čapíka v zrkadlách zachytíme ozubenými kliešťami obidva pysky čapíka v blízkosti trhliny. Asistent ich čiastočne rozliadne a ťahá čapík na opačnú stranu. Druhý asistent odsunie postrannou lyžicou pošvu na strane trhliny (obr. 1). Takto je operačný terén viditeľný. Operujúci zreže pomocou pinzety skalpelom plošne povrchovú jazvovitú vrstvu, čím vytvorí krvácajúcu ranu, odpovedajúcu pôvodnej trhlíne (obr. 2—6). V proximálnom póle obyčajne býva do jazvy vtiahnutý a prirastený eip pošvovej sliznice, ktorý musíme uvoľniť a podmínovať. Nasleduje sutúra uzlovými stehmi. Najprv zošijeme uvoľnený horný okraj pošvovej sliznice, ktorý tvorí horný pól rany a býva väčšinou o niečo vyššie ako horný pól krvácajúcej rany na čapíku. Horný okraj svaloviny čapíka šijeme

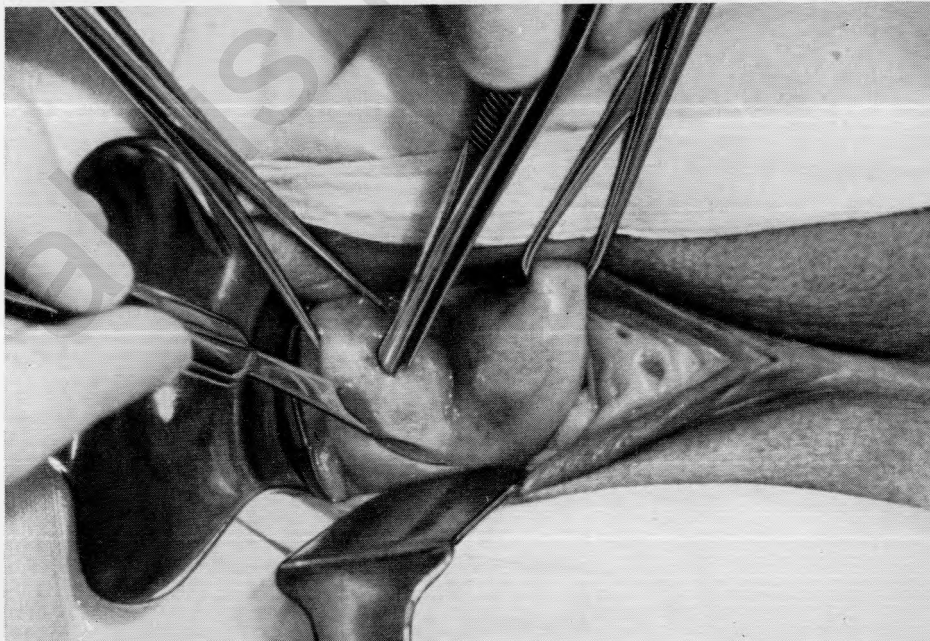
После введения влагалищных зеркала захватываются обе губы маточного зева пупевыми щипцами вблизи краев разрыва. Ассистент их несколько раздвигает, а влагалищную часть матки оттягивает к обратной стороне. Второй ассистент боковым раздвигает влагалище на стороне разрыва (рис. 1). Таким образом операционное поле хорошо обнажается. Хирург, пользуясь пинцетом, срезает скальпелем поверхностный рубчатый слой и образует кровотокающую рану, отвечающую прежде возникшему разрыву (рис. 2—6). В проксимальном полюсе обыкновенно втянут краешек слизистой влагалища, который к этому месту прирастает, поэтому его тоже нужно отсепаровать и освободить. Затем следует зашивание узловатым швом. Сначала сшивается освобож-

Die erwähnte Operation verfolgt den Zweck, eine — meist durch vorhergegangene Geburtsverletzungen — verunstaltete Portio aus prophylaktischen oder therapeutischen Gründen wiederherzustellen.

Nach Einstellung der Portio im Scheidenspekulum wird diese knapp neben den Risswunden mit Kugelzangen gefasst. Während der erste Assistent die Portio auf die dem Riss entgegengesetzte Seite zieht, drängt der zweite die Scheidenseitenwand mit einem seitlichen Spekulumblatt soweit zurück (Abb. 1), bis das Operationsfeld eine gute Übersicht gewährt. Mit Pinzette und Skalpell wird nun die Narbenoberfläche abgetragen und der ehemalige Riss in seiner ganzen Ausdehnung blutig aufgefrischt (Abb. 2—6). Am proximalen Risspol befindet sich meist ein



1

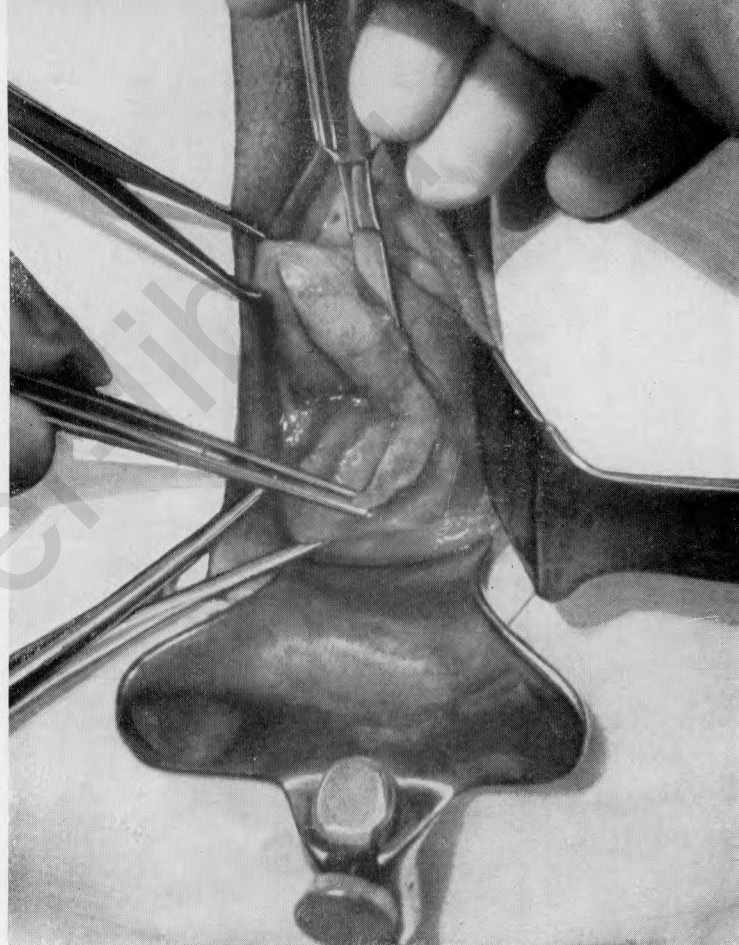


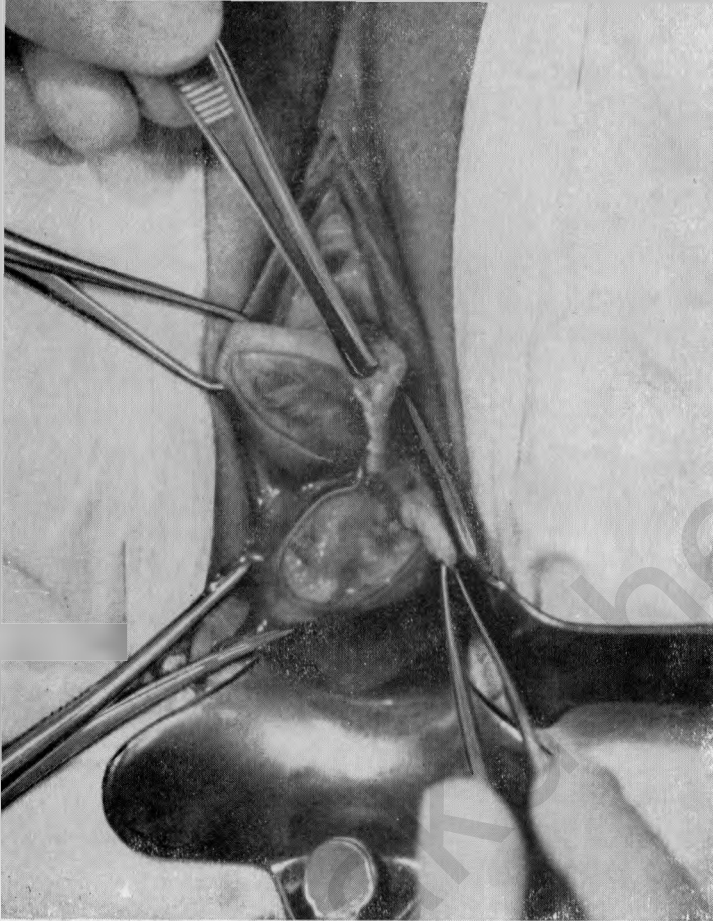
2



3

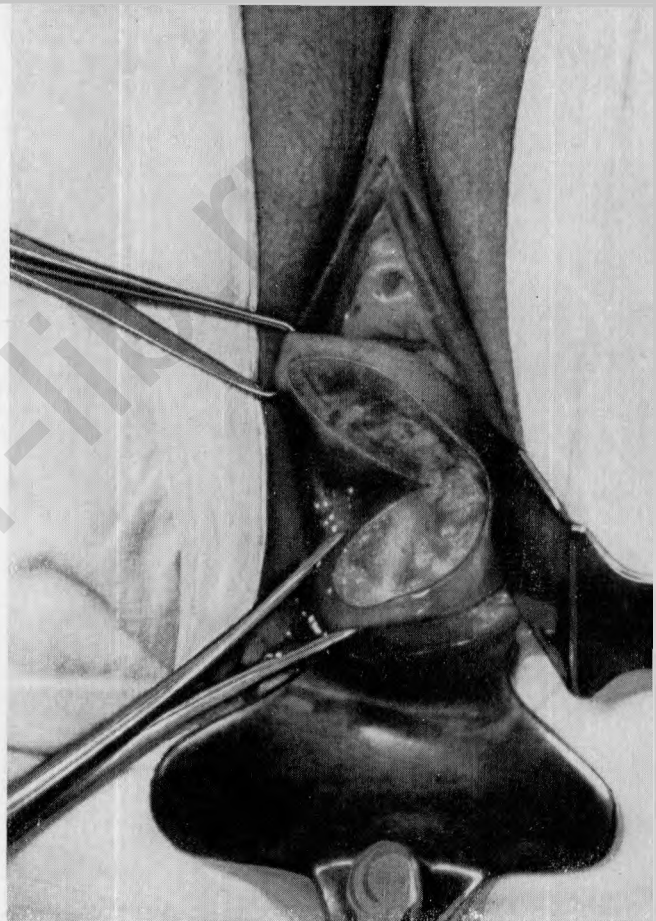
4

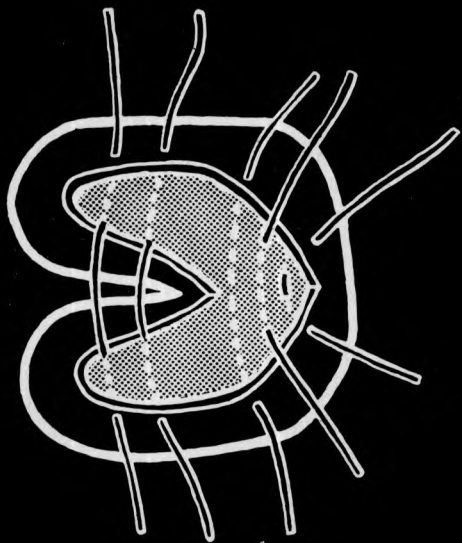




5

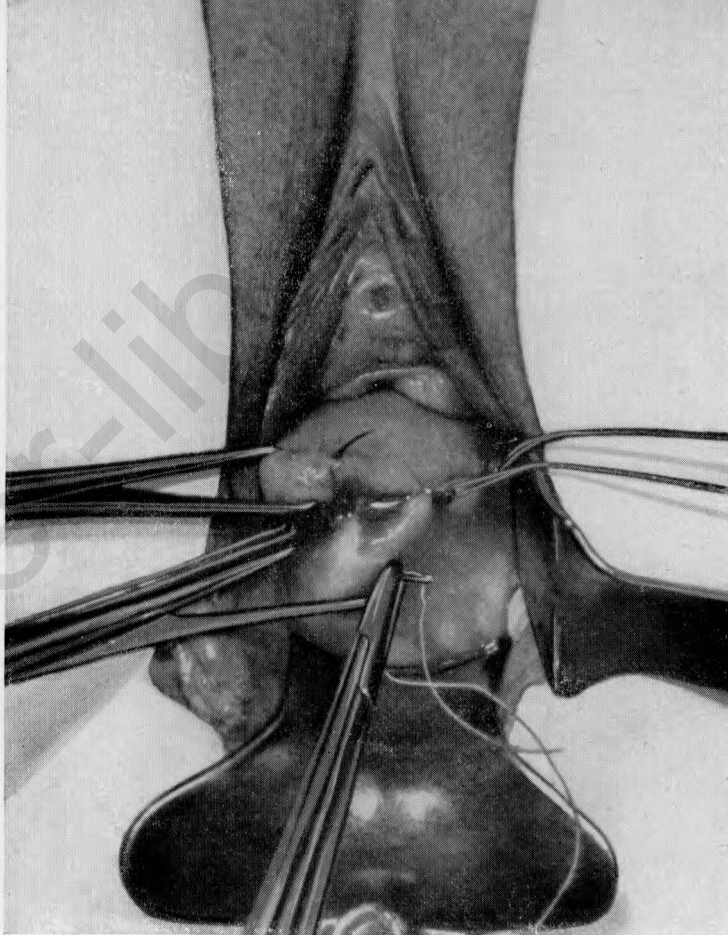
6





7

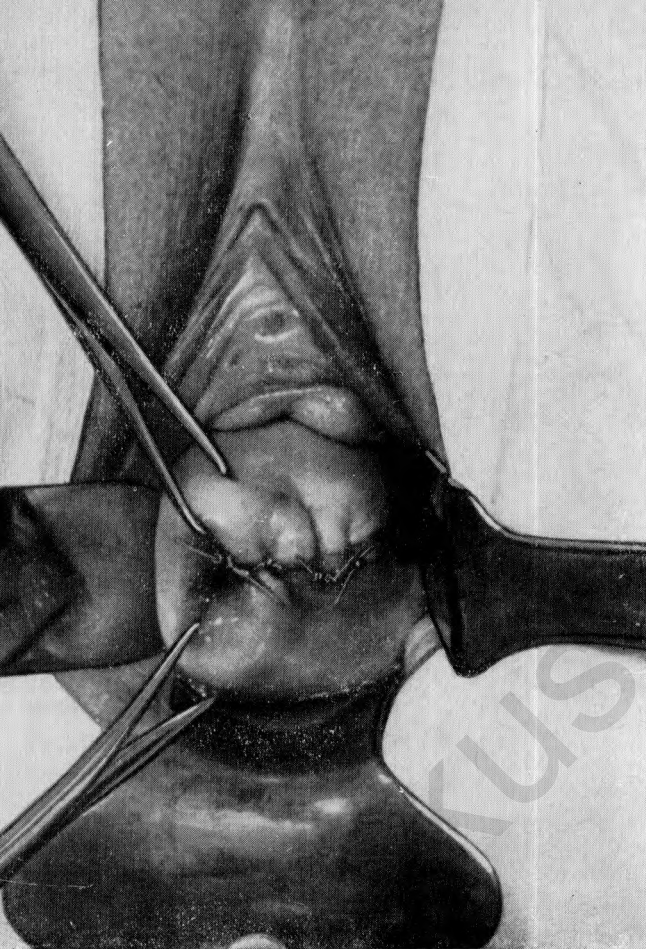
8



oddelene od pošvovej sliznice (obr. 7). Dalej zašívame ranu tromi až piatimi stehmi, zaberajúcimi pošvovú sliznicu a svalovinu krčka (obr. 8—9). Je prehladnejšie uzliť tieto stehy, až keď sú všetky naložené. Do hrdla zavedieme pruh mulu, ktorý tam ponechávame do druhého dňa.

денный верхний красшек слизистой влагалища, образующий верхний полюс раны; он находится обыкновенно немного выше верхнего полюса освеженного края влагалищной части матки. Верхний край мышечного слоя влагалищной части сшивается также отдельно от слизистой влагалища (рис. 7). Затем рана сшивается тремя—пятью швами, захватывающими слизистую влагалища и слизистую шейки матки (рис. 8—9). Для более хорошей ориентации швы зашиваются только после наложения последнего шва. В канал шейки матки вводится марлевая полоска, которая в нем остается до следующего дня.

in die Narbe gezogener und hier eingewachsener Schleimhautzipfel, den man ebenfalls unterminieren und freipräparieren muss. Nach diesen Eingriffen folgt der Verschluss der Operationswunde durch Knopfnähte. Zuerst müssen hierbei die Ränder der Scheidenschleimhaut vernäht werden, die den oberen Wundpol bildend, meist höher liegen, als der obere Pol der Portiowunde. Die oberen Ränder des Portiogewebes sind gesondert zu vernähen, d. h. also noch vor der Schleimhautnaht (Abb. 7). Die Operationswunde wird schliesslich mit drei bis fünf Knopfnähten verschlossen, die sowohl die Scheidenschleimhaut, wie auch das Portiogewebe erfassen (Abb. 8—9). Der besseren Übersicht wegen, empfiehlt es sich, die Fäden erst nach dem Anlegen aller Nähte zu knüpfen. In die Zervix wird ein Mullstreifen eingelegt, und dieser erst am nächsten Tag entfernt.



ODSTRÁNENIE ČAPÍKA — PLASTIKA VONKAJŠIEHO ÚSTIA KRČKA
MATERNICE PODLA ŠTURMDORFA A PALMRICHA

AMPUTATIO COLLI UTERI — PLASTICA ORIFICII EXTERNI CERVICIS UTERI SEC. STURMDORF ET PALMRICH

АМПУТАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ — ПЛАСТИКА МАТОЧНОГО ЗЕВА ПО ШТУРМДОРФУ И ПАЛМРИХУ
AMPUTATIO COLLI UTERI — PLASTICA ORIFICII EXTERNI CERVICIS UTERI SEC. STURMDORF ET PALMRICH

DIE PORTIOAMPUTATION — PLASTIK DES ÄUSSEREN MUTTERMUNDES NACH STURMDORF UND PALMRICH
AMPUTATIO COLLI UTERI — PLASTICA ORIFICII EXTERNI CERVICIS UTERI SEC. STURMDORF ET PALMRICH

Používame malé, ale silne zahnuté ihly s ostrými hranami, ktoré zapichávajú opatrne v smere zakrivenia, aby sa v tvrdom tkanive čapíka nelámali. Použijeme aj silnejší katgut, aby sa predčasne nevstrebával.

Dĺžku amputovanej časti krčka určime maternicovou sondou.

V zrkadlách nastavený čapík zachytíme za predný a zadný pysk ozubenými kliešťami (obr. 1). Cirkulárnu incíziu pošvovej steny na čapíku vedieme asi 1 cm pod dolnou hranicou močového mechuúra, kde sliznica na čapíku prechádza z nepohyblivej časti do pohyblivej časti (obr. 2—3). Pošvovú stenu odpreparujeme na ostro nožnicami alebo na tupo preparačným tampónom smerom nahor, tým vyššie, čím väčšiu časť čapíka chceme amputovať. Pri vysokej amputácii musíme často odsunúť

Мы применяем небольшие, но круглые иглы с острыми гранями, которые проводим осторожно в направлении их закругления, чтобы они не ломались в твердой ткани шейки матки. Применяем также более толстый кетгут, чтобы он преждевременно не рассасывался.

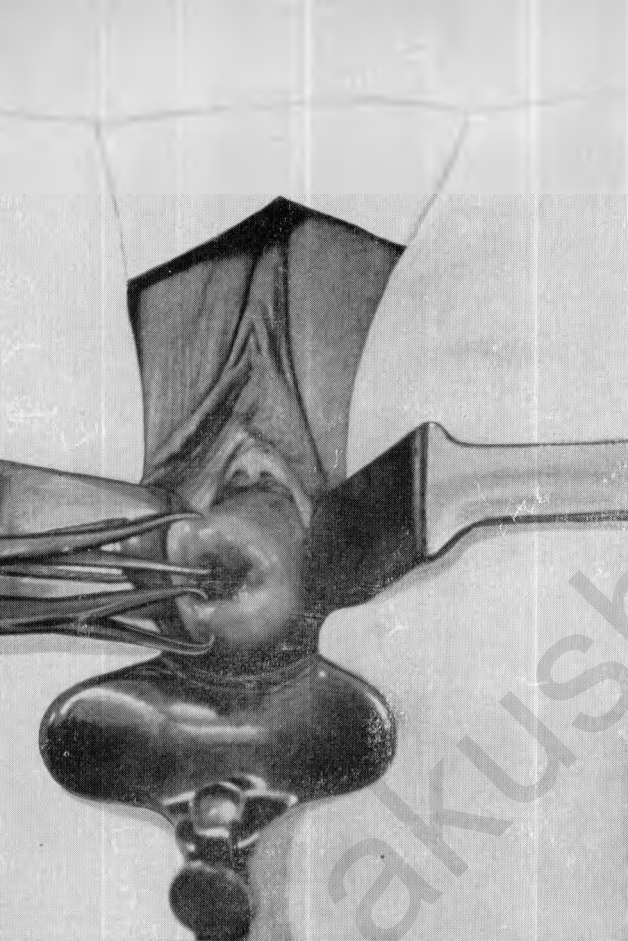
Длину ампутуруемой части шейки матки мы определяем при помощи маточного зонда, измеряющего длину матки.

После обнажения влагалищной части шейки матки зеркала мы захватываем ее за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами (рис. 1). Круговой разрез стенки влагалища на влагалищной части шейки матки производим приблизительно на расстоянии 1 см от нижнего края мочевого пузыря, где слизистая на шейке матки

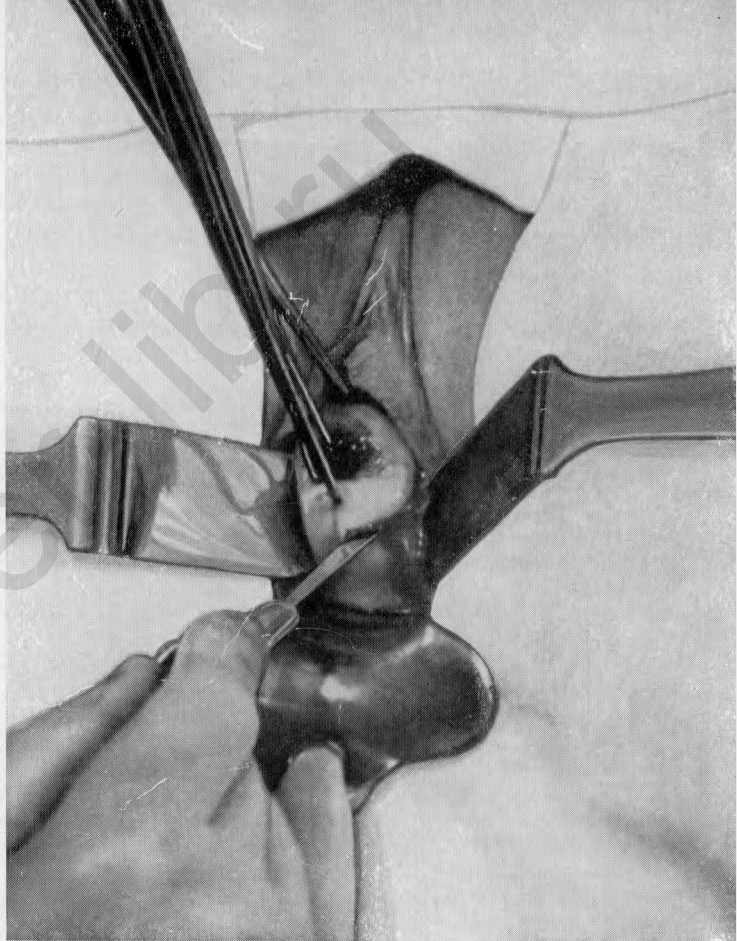
Benützt werden kleine, aber stark gekrümmte, scharfkantige Nadeln, die, um ein Zerbrechen im derben Portiogewebe zu vermeiden, vorsichtig in ihrer Krümmungsrichtung geführt werden. Weiters empfiehlt es sich, starke Katgutfäden zu verwenden, deren Resorption langsamer abläuft.

Die Länge des amputierten Portio-teiles bestimmt man mit einer Uterus-sonde, an welcher die Gebärmutterlänge abgelesen werden kann.

Die eingestellte Portio wird an der vorderen und hinteren Muttermund-lippe mit je einer Kugelzange gefasst (Abb. 1) und die Kreisinzision der Scheidenschleimhaut unterhalb der vorgesehenen Amputationsstelle durchgeführt. Meist genügt es, die Scheidenwand etwa 1 cm unterhalb der Harnblasengrenze zu durchtrennen, d. h. an



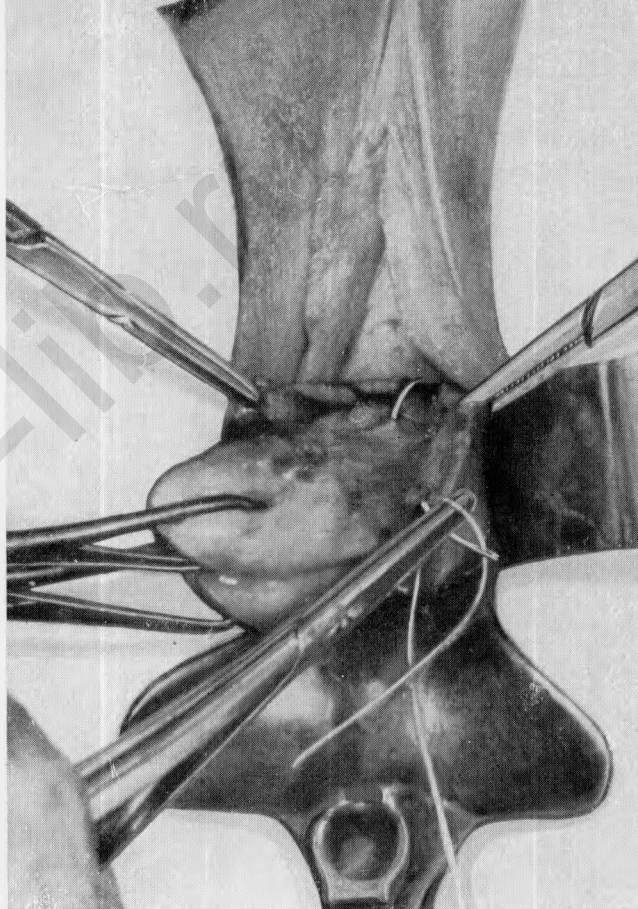
1



2



3



4

po prestrihnutí septum supravaginale aj močovej mechúre spôsobom, opísaným pri prednej plastike. Po stranách prebiehajú descendentné vetvy a. uterinae, ramí cervicovaginales, ktoré musíme pri vysokej amputácii podviazať buď po zachytení Kocherovými kliešťami, alebo priamo opíchno (obr. 4—5), zaberajúcím súčasne tenkú vrstvu vonkajšej steny krčka. Podviazané descendentné vetvy prestriháme nožnicami. Teraz môžeme bez nebezpečia krvácania skalpelom amputovať čapík, samozrejme distálne od podviazaných miest. Amputáciu môžeme previesť aj rovno, kolmo na čapík, na rozdiel od nízkej amputácie, kedy sa snažíme klinovite alebo lievčkovite resekovať tak, aby bol vrchol klinu pri cervikálnom kanáli. Takto vonkajšia dlhšia stena sliznice stačí na prekrytie kýpfa. Po amputácii zachytíme pysky kýpfa ozubenými kliešťami (obr. 6).

Plastickú úpravu kýpfa robíme podľa Sturmgorfa: jej princípom je spojenie sliznice hrdla so sliznicou pošvy tak, aby ranová plocha kýpfa bola krytá pošvovou sliznicou, teda dláždičovým epitelom. Čapík možno upraviť rovnakým spôsobom ako po nízkej tak aj po vysokej amputácii.

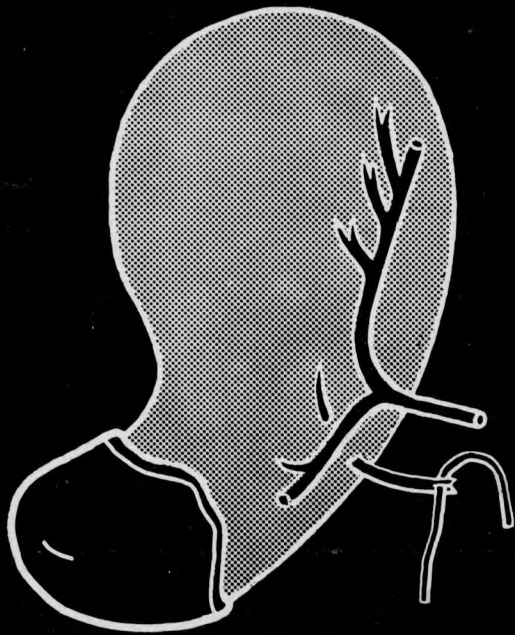
Hľu so silnejším katgutom zapichnete do prednej pošvovej steny asi 2 cm od okraja a 0,5 cm vľavo od strednej

prechodit iz nepodvizhnoj v podvizhnuju čať (рис. 2—3).

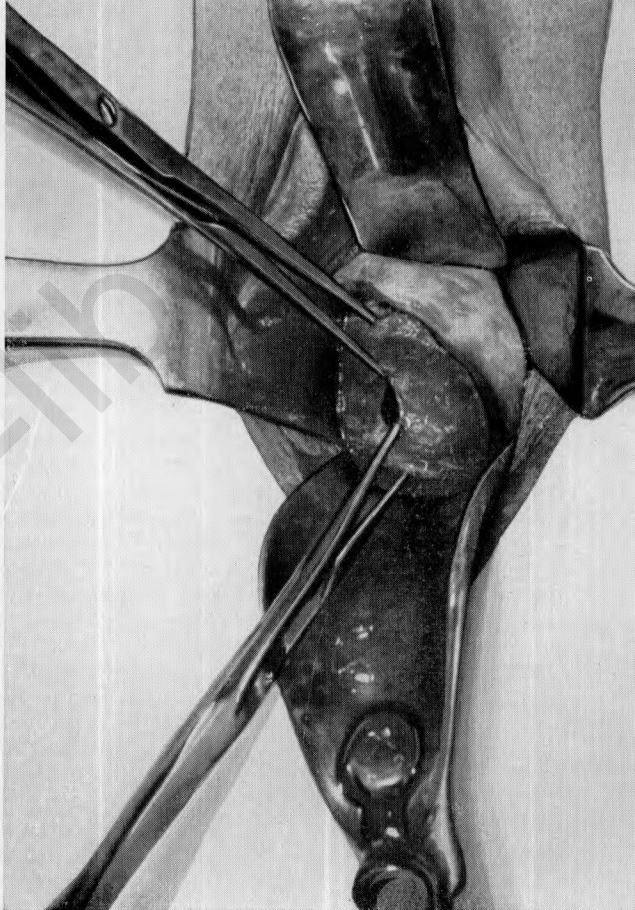
Влагалищную стенку отсепаровываем острым путем, ножницами, или же тупым путем, препарационным марлевым шариком, по направлению кверху, тем выше, чем большую часть влагалищной части матки мы намереваемся ампутировать. При высокой ампутации, после рассечения надвлагалищной перегородки часто приходится отодвигать и мочево́й пузырь способом, описанным на ином месте (см. передняя пластика). По сторонам проходят нисходящие ветви маточной артерии, ramí cervicovaginales, которые приходится при высокой ампутации перевязать после их предварительного захватывания зажимами Кохера или обкалывания (рис. 4—5), захватывающего одновременно тонкий слой внешней стенки шейки матки. Перевязанные нисходящие ветви мы разрезаем ножницами. Теперь мы можем без опасности кровотечения ампутировать скальпелем шейку матки, конечно, дистально от перевязанных мест. Ампутацию можно производить ровно, перпендикулярно к длинной оси шейки, в отличие от низкой ампутации, при которой мы стараемся иссекать ткань клинообразно или воронкообразно, с верхней у канала шейки. Таким обра-

der Unschlagstelle der beweglichen und unbeweglichen Portioschleimhaut (Abb. 2 bis 3).

Dann wird die Scheidenschleimhaut scharf mit einer Schere gelöst oder mit einem Stülpfuff nach oben, d. h. um so höher abgehoben, je länger die zu amputierende Portioabschnitt sein soll. Bei hoher Portioamputation muss häufig auch die Blase verlagert und zu diesem Zwecke das Septum supravaginale durchschnitten werden (siehe vordere Scheidenplastik). An beiden Seiten verlaufen die absteigenden Äste der Arteria uterina — die Ramí cervicovaginales —, die bei hoher Amputation entweder nach ihrer Erfassung mit Kocherklemmen oder durch eine, das Randgewebe der Portiowand erfassende Umstechung (Abb. 4—5) unterbunden werden. Die absteigenden Arterienäste werden nach dieser Versorgung mit einer Schere durchtrennt und man kann dann ohne Blutungsgefahr die Portio distal von der Unterbindungsstelle mit einem Skalpell abtragen. Zum Unterschied von der einfachen Amputation, bei welcher man die Schnittrichtung vorteilhaft keil- oder trichterförmig in der Richtung des Zervikalkanals verlaufen lässt, kann man bei hoher Amputation die Portio senkrecht zu ihrer Achse abtragen. Hier genügt die längere Scheidenschleimhaut zur Deckung des Amputationsstumpfes.



5



6

čiaru. Ihlu vedieme cez prednú stenu hrdla do cervikálneho kanála (obr. 7 až 8). Teraz tou istou ihlou zachytíme pošvovú sliznicu asi $\frac{1}{2}$ cm od okraja (obr. 9). Ďalej vedieme ihlu vpravo od strednej čiaru, ale v opačnom poradí. Najprv z cervikálneho kanála stenou krčka, vypichujú ju 0,5 cm vpravo od strednej čiaru symetricky s vpichom vľavo (obr. 10). Pri zauzlení vťahujeme voľný okraj pošvovej sliznice do cervikálneho kanála (obr. 11) a keď uskutočnime to isté na zadnej stene pošvy a krčka, vytvoríme nový, sliznicou pokrytý čapík (obr. 12). Niekedy zostanú po obidvoch stranách ešte krátke pricene prebichajúce pošvové rany, ktoré potom spojíme jedným alebo dvoma uzlovými stehmi (obr. 13).

Palmarichova modifikácia spočíva v tom, že stehy nezauzlíme, ale spojíme rovnaké konce predného a zadného stehu, vľavo aj vpravo, čím sa súčasne uzavru aj postranné zbytky pošvovej rany (obr. 14—15).

зом, внешняя, более длинная стенка со слизистой сможет прикрыть культю. После ампутации мы захватываем губы культи пулевыми щипцами (рис. 6).

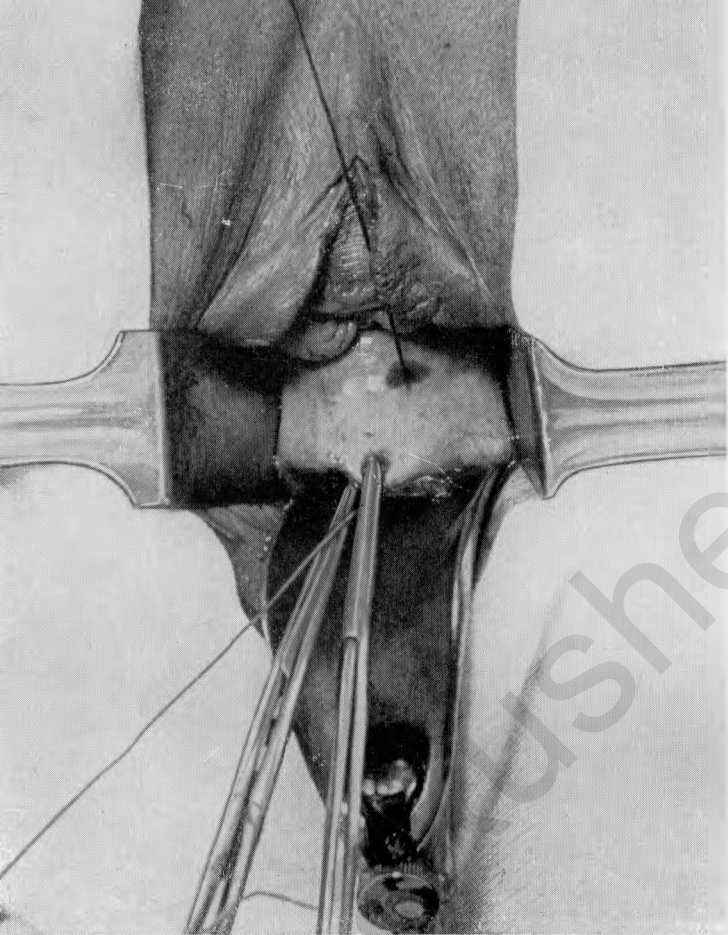
Пластическую обработку оставшейся культи мы производим по Штурмдорфу; принцип этой обработки состоит в соединении слизистой шейки со слизистой влагалища таким образом, чтобы раневая поверхность культи была покрыта слизистой влагалища, т. е. многослойным плоским эпителием. Восстановление губ шейки матки можно производить одинаковым способом как после низкой, так и после высокой ампутации.

Игла с толстым кетгутом вкалывается в переднюю стенку слизистой влагалища на расстоянии 2 см от края и $\frac{1}{2}$ см влево от срединной линии. Игла вкалывается через переднюю стенку шейки в шеечный канал (рис. 7—8). Затем той же иглой мы захватываем слизистую влагалища на расстоянии приблизительно $\frac{1}{2}$ см от края, вкалываем ее вправо от срединной линии, но только в обратном направлении, сначала из шеечного канала через стенку шейки и выкалываем ее на расстоянии $\frac{1}{2}$ см вправо от срединной линии, симметрично со вколом влево (рис. 10). При завязывании мы втягиваем свободный

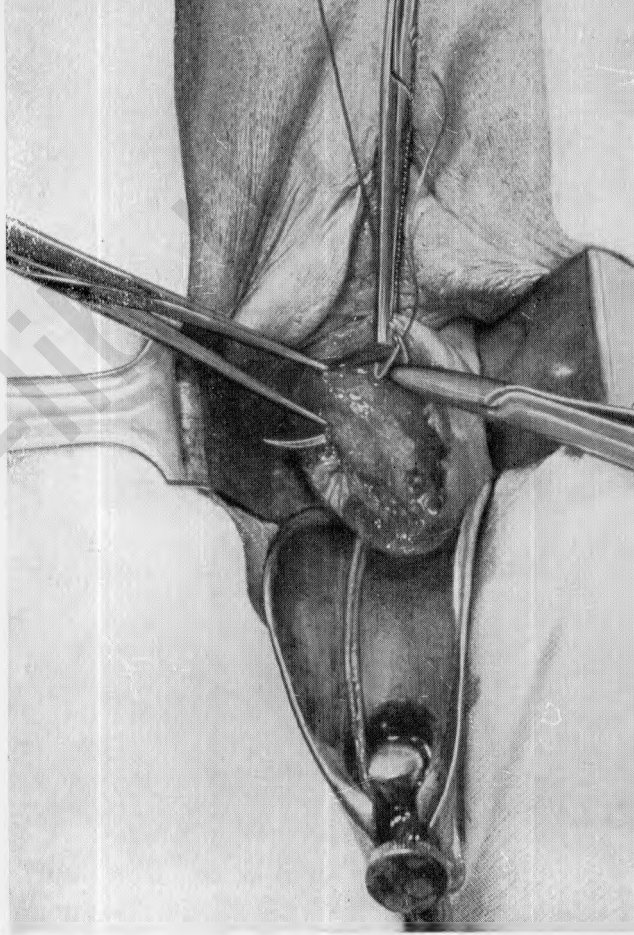
Nach erfolgter Abtragung wird der Stumpf mit Kugelzangen gefasst (Abb. 6).

Die plastische Korrektur des Amputationsstumpfes wird nach Sturmendorf durchgeführt. Das Prinzip dieses Eingriffes besteht darin, dass die Zervix- und Vaginalschleimhaut miteinander verbunden und dass hierbei die Wundfläche durch die letztgenannte, d. h. durch Pflasterepithel gedeckt wird. Auf diese Art kann die Portio sowohl nach einfachen, wie auch nach hohen Amputationen umgewandelt werden.

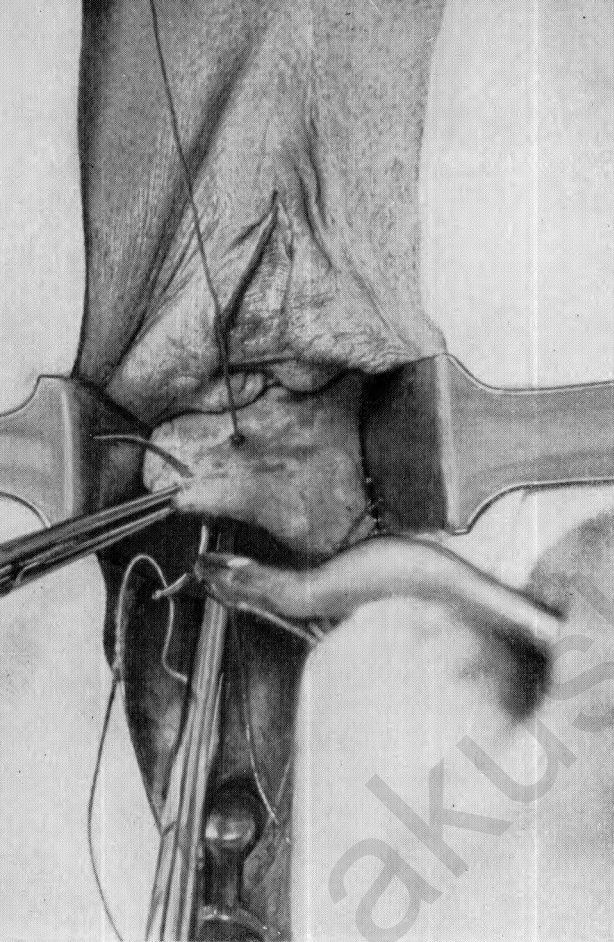
Etwa zwei Zentimeter vom Schleimhautrand und einen halben Zentimeter von der Mittellinie sticht man eine mit einem stärkeren Catgulfaden armierte Nadel durch die Vorderwand der Scheidenschleimhaut, führt diese durch die Uteruswand, d. h. die Vorderwand des Gebärmutterhalses, in den Zervikalkanal (Abb. 7—8). Nun wird die Scheidenschleimhaut ungefähr einen halben Zentimeter vom Rande mit der gleichen Naht erfasst (Abb. 9) und diese auf der anderen Seite in analoger, aber umgekehrter Weise im Zervikalkanal beginnend, durch das Gewebe des Gebärmutterhalses und einen halben Zentimeter rechts von der Mittellinie, d. h. symmetrisch mit dem linken Faden fortgesetzt (Abb. 10). Bei Nahtknüpfung zieht man den freien Rand der Vaginalschleimhaut auf beiden Seiten in den



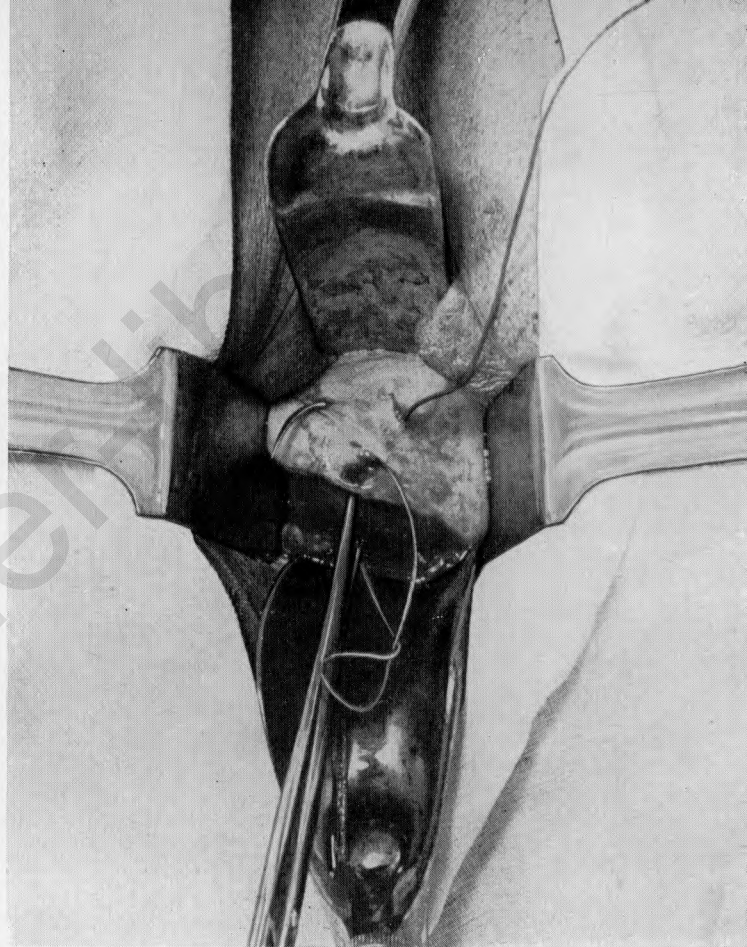
7

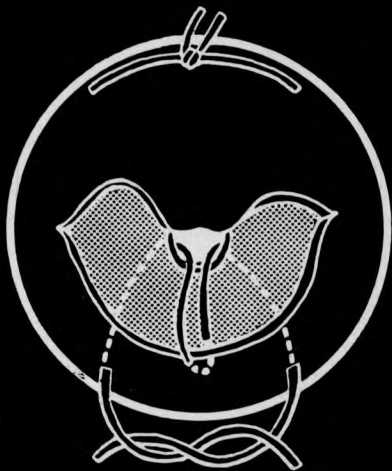


8

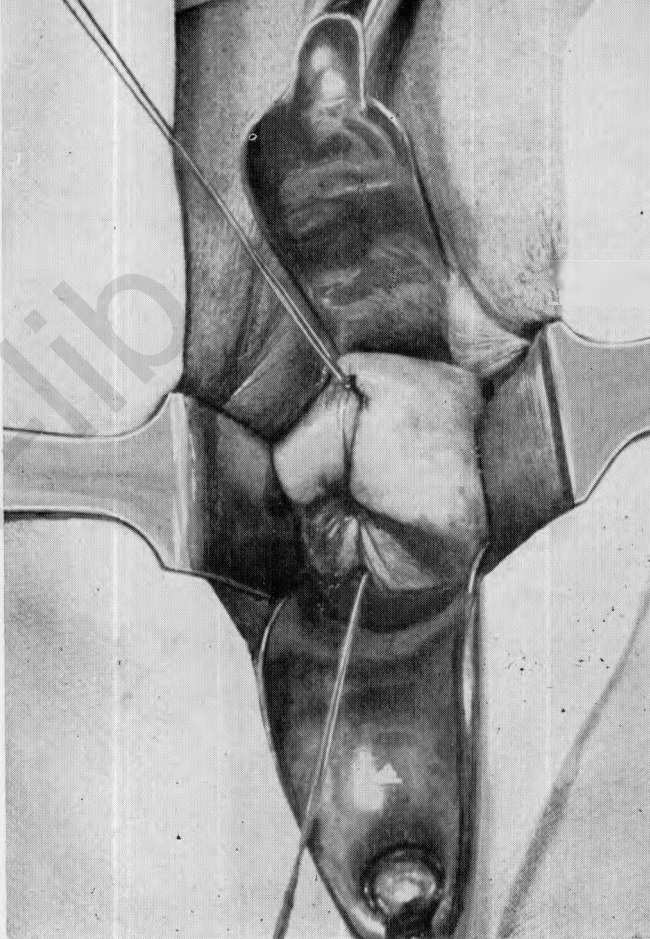


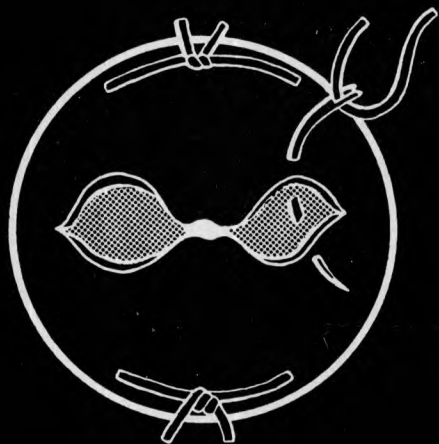
9 10



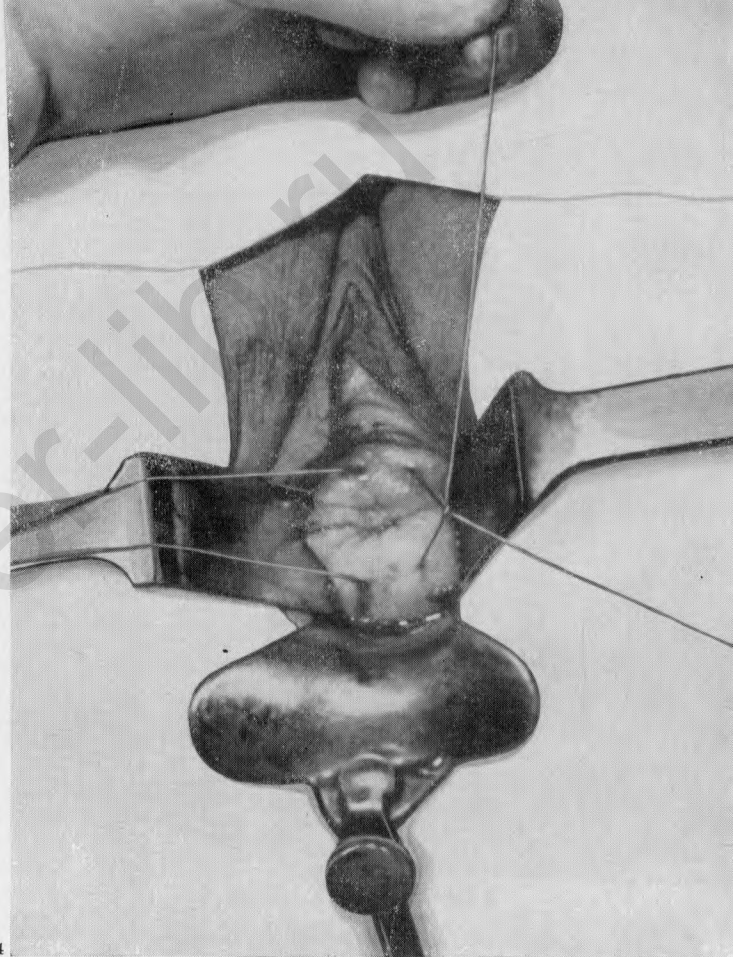


11 12





13 14

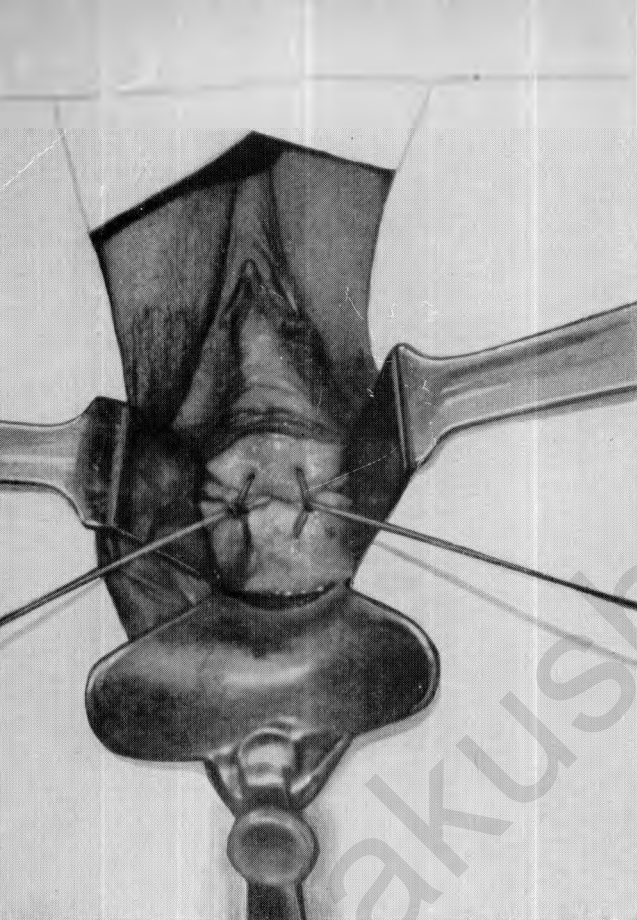


край слизистой влагалища в шейный канал (рис. 11) и, произведя то же самое на задней стенке влагалища, мы образуем новое рыльце, покрытое слизистой (рис. 12). Иногда с обеих сторон остаются еще короткие поперечные разрезы влагалища, которые мы сближаем одним или двумя узловыми швами (рис. 13).

Модификация Палмриха состоит в том, что швы не завязываются, а соответствующие концы переднего и заднего швов соединяются влево и вправо, чем одновременно закрываются уже описанные остаточные поперечные разрезы влагалища (рис. 14—15).

Zervikalkanal (Abb. 11). Eine in gleicher Weise durchgeführte Naht der hinteren Vaginal- und Portiowand ergibt eine neue, mit Schleimhaut gedeckte Portio (Abb. 12). Manchmal bildet die leicht klaffende Vaginalschleimhaut auf beiden Seiten kurze, querverlaufende Wunden, die man mit ein oder zwei Knopfnähten verschliessen muss (Abb. 13).

Bei der Palmrich'schen Modifikation werden die Fäden nicht auf beschriebene Art, sondern die gleichen Enden der vorderen bzw. rückwärtigen Naht, rechts und links miteinander verknüpft, womit auch die oben erwähnten, klaffenden Schleimhautfalten verschlossen werden (Abb. 14—15).



16

UTERUS

MATKA

UTERUS

akusher-lib.ru

VEZIKOFIXÁCIA MATERNICE PODĽA HALBANA
VESICOFIXATIO UTERI SEC. HALBAN

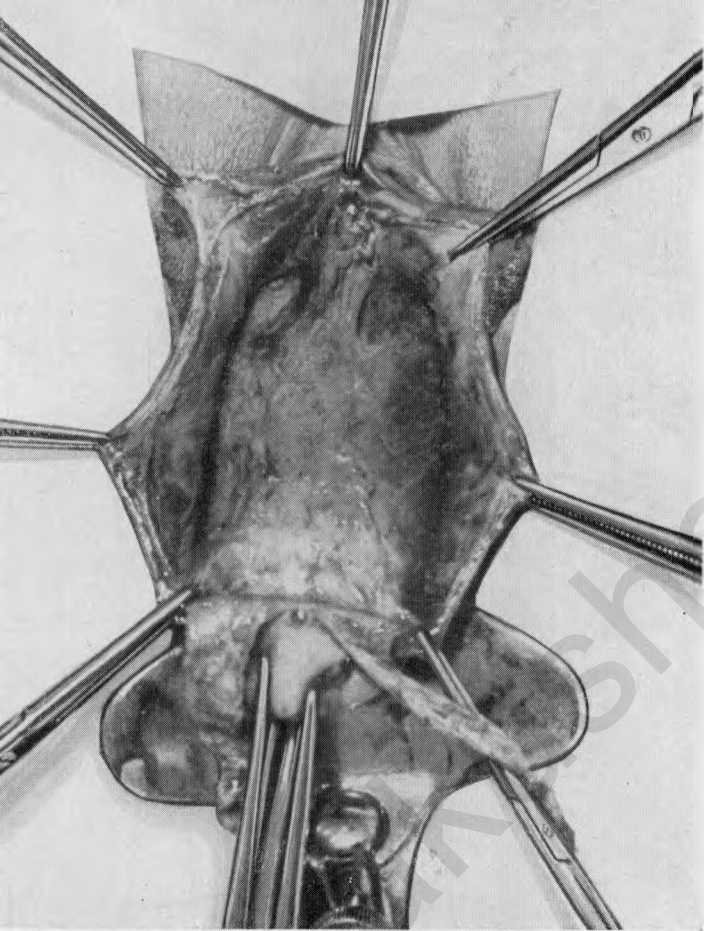
ВЕЗИКОФИКСАЦИЯ МАТКИ ПО ГАЛЬБАНУ
VESICOFIXATIO UTERI SEC. HALBAN

DIE VESIKOFIXATION DES UTERUS NACH HALBAN
VESICOFIXATIO UTERI SEC. HALBAN

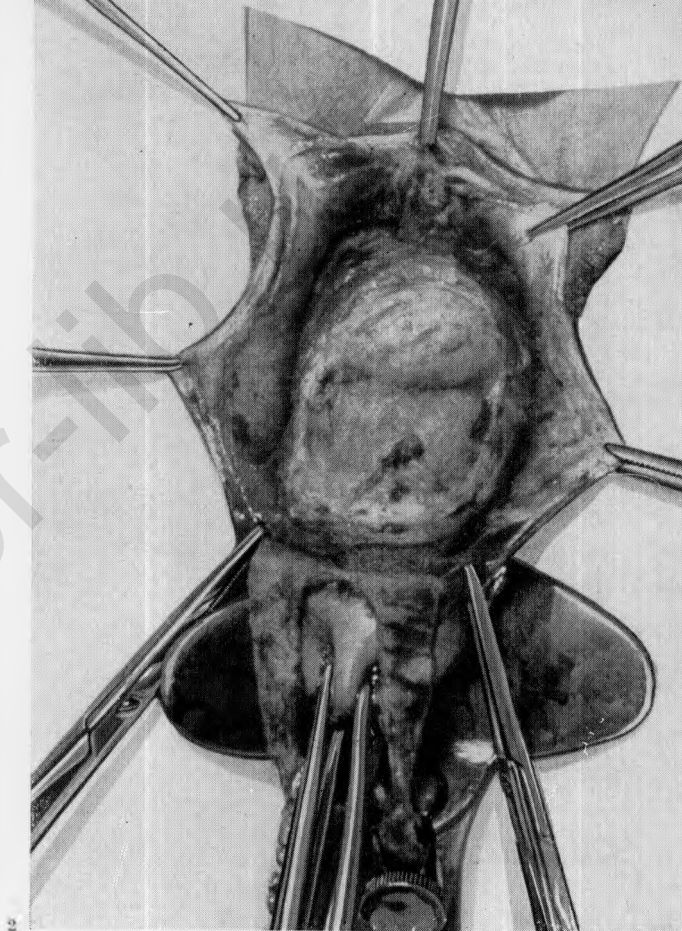
Začíname s prednou kolpoceliotómiou, teda vedieme pozdĺžny rez, alebo ak chceme túto operáciu kombinovať s amputáciou čapíka, trojuholníkový rez na prednej pošvovej stene a okraje rany pošvových stien odpreparujeme do strán ako pri prednej plastike (obr. 1). Uvoľníme močový mechúr, po prestrihnutí septum supravaginale (obr. 2), až k vezikouterínnej riaske (obr. 3). Dbáme o to, aby sme, pokiaľ možno, ponechali ligamenta vesicouterina. Vezikouterinnu plísku priečne otvoríme (obr. 4). Teraz vyvrátíme maternicu pred peritoneálnu ranu. Ak je susedné väzivo poddajné a maternica malá, vyvrátenie sa podari aj prstom. Ak sa nám to prstom nepodarí, použijeme ozubené kliešte (obr. 5), ktorými zachytíme až dno maternicového tela (obr. 6), pričom čapík zatlačíme

Операцию начинаем с переднего влагалищного чревосечения, т. е. ведем продольный разрез, или же, если мы хотим соединить эту операцию с ампутацией шейки матки, то треугольный разрез на передней стенке влагалища, и края раны стенки влагалища отсепаровываем в стороны, как при передней пластике (рис. 1). Освобождаем мочевой пузырь после рассечения надвлагалищной перегородки (рис. 2) вплоть до пузырно-маточной складки (рис. 3), причем стараемся по возможности не нарушить пузырно-маточных связок. Поперечным разрезом вскрываем пузырно-маточную складку (рис. 4), затем вывихиваем матку через разрез во влагалище. В случае податливой окружающей клетчатки и небольших размеров матки это удастся сделать

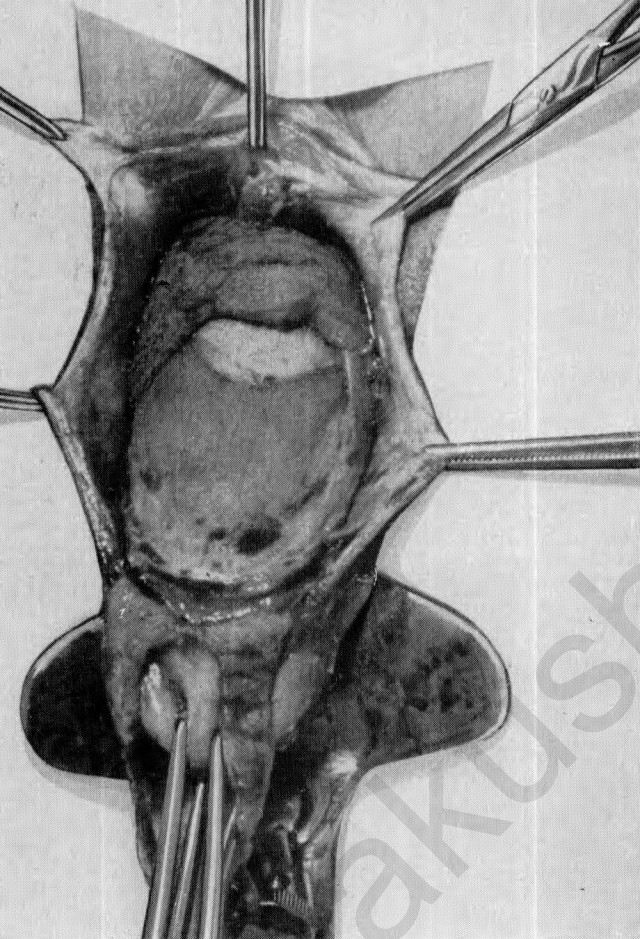
Die Operation beginnt man mit einer vorderen Kolpoceliotomie, d. h. mit einem Längsschnitt der vorderen Scheidenwand (oder bei der Portioamputations-Kombinationsoperation mit einem Dreieckschnitt), die dann ebenso wie bei der vorderen Scheidenplastik in seitlicher Richtung freipräpariert wird (Abb. 1). Nach der Durchtrennung des Septum supravaginale (Abb. 2), schiebt man die Blase bis zur Plica vesicouterina ab (Abb. 3) und lässt die Ligg. vesicouterina nach Möglichkeit unversehrt. Dann wird die Plica in querer Richtung geöffnet (Abb. 4) und der Uterus vor die Peritonealwunde gelagert, ein Eingriff, der bei Nachgiebigkeit des Nachbargewebes und bei einer kleineren Gebärmutter auch mit dem Finger gelingt. Bei schwierigeren Verhältnissen muss der Uterus schrittweise bis zum



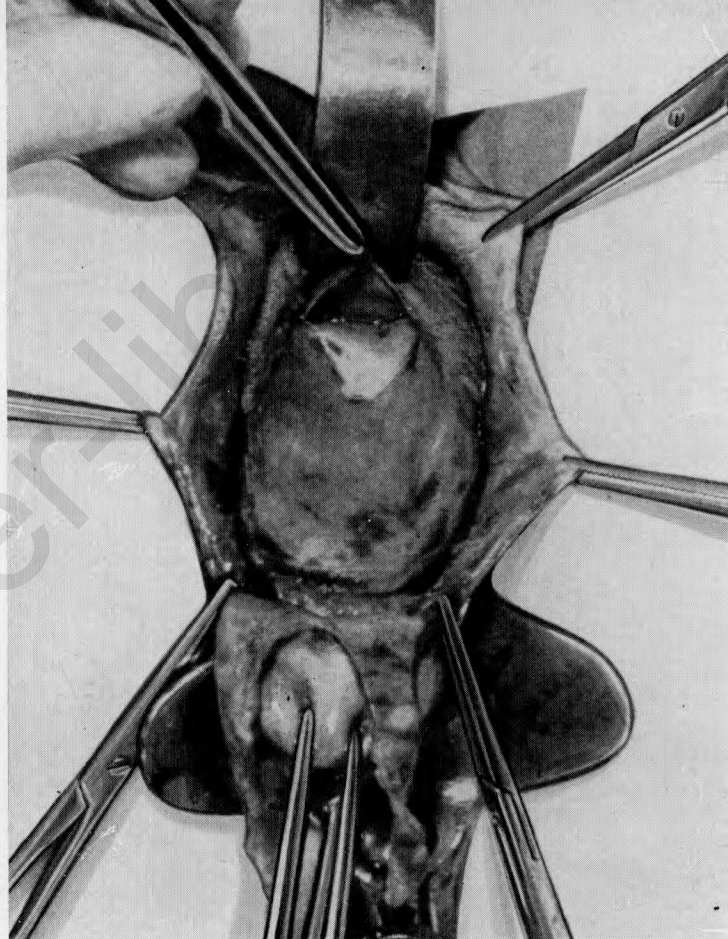
1



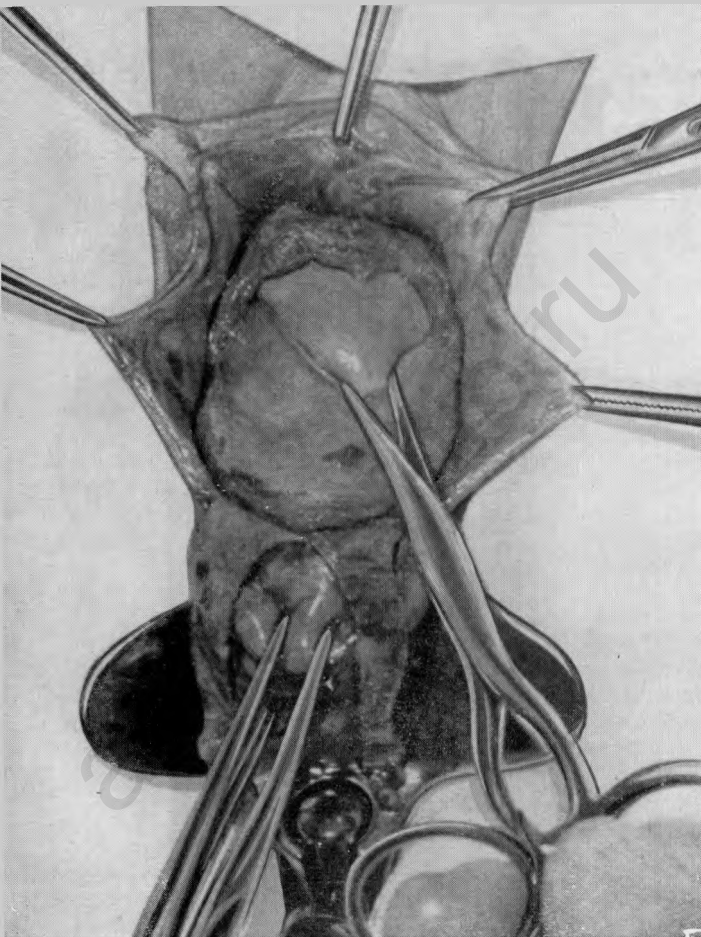
2

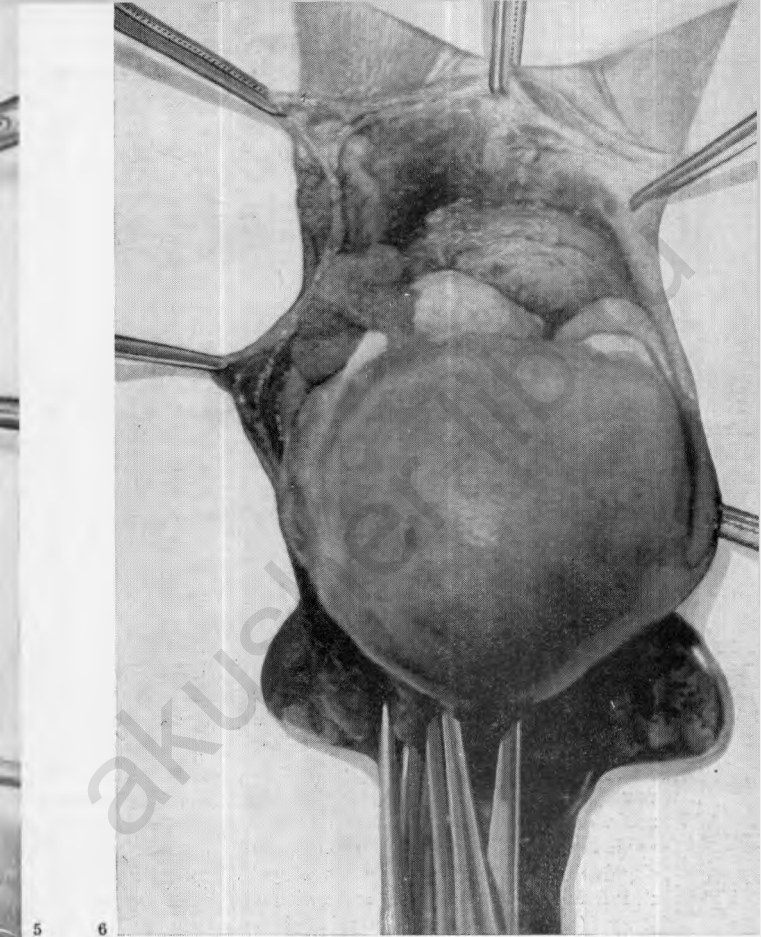


3



4





5

6

do zadnej klenby. Celú maternicu vyvrátame pred močový mechúr.

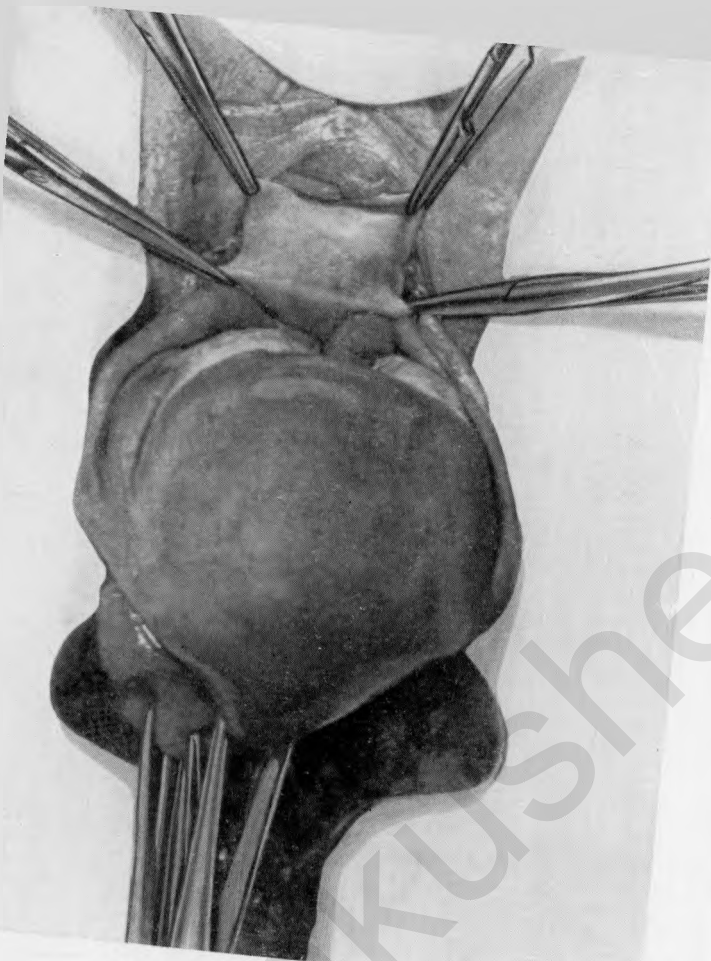
Prezrieme maternicové prívesky a ak sú normálneho vzhľadu, pokračujeme v operácii vyťahnutím močového mechúra, vyhladáme okraj serózy a vyťahujeme ju Péanovými kliešťami vo dvoch sagitálnych radoch. Pobrušnicu zachytávame kliešťami zdola smerom nahor, laterálne od strednej čiary. Obidva rady sú od seba vzdialené 3—4 cm (obr. 7). Pomocou prednej pošvovej rúčky môžeme odtlačiť zadnú stenu maternice k hrádzi, čím si zlepšime prístup k močovému mechúru (obr. 8). Ďalej pokračujeme vo vyťahovaní serózy, až kým nepocítíme zjavný odpor, čo znamená, že sme sa dostali k vertexu mechúra, k fixovanej časti peritonea (obr. 9). Vyťahnutú časť serózy močového mechúra musíme prísť k prednej stene maternice pozdĺž Péanových klieští tiež vo dvoch radoch. Horné dva stehy sú v mieste horných klieští. Peritoneum zachytávame na obidvoch stranách blízko nepohyblivej časti a súčasne aj serózu maternicového dna pri prechode do zadnej steny nad úpnom vajcovodov (obr. 10—13). Pred týmto stelním zakladáme ďalšie stehy v dvoch radoch, vyznačených kliešťami. Tieto stehy zachytávajú časť serózy mechúra a príslušnú časť serózy prednej maternicovej steny (obr. 14). Postupne relaxujeme

palcem. Ináč my производим это вывихивание пулевыми щипцами (рис. 5), перехватывая тело матки все ближе к ее дну (рис. 6), отодвигая одновременно шейку матки к заднему своду. Всю матку вывихиваем вперед.

Просматриваем придатки матки и если они имеют нормальный вид, то продолжаем операцию извлечением мочевого пузыря. Находим край брюшины и выводим ее зажимами Пеана в двух сагитальных рядах. Зажимами мы захватываем брюшину снизу вверх, по бокам от срединной линии. Расстояние между обонми рядами равно 3—4 см (рис. 7). Введенным влажным зеркалом отодвигаем заднюю стенку матки к промежности и таким образом улучшаем доступ к мочевому пузырю (рис. 8). Затем продолжаем дальше вытягивать брюшину до тех пор, пока не почувствуем хорошо осязаемое сопротивление, означающее, что мы дошли до верхушки мочевого пузыря, до прикрепленной части брюшины (рис. 9). Извлеченную часть внутренней брюшины мочевого пузыря мы подшиваем к передней стороне матки вдоль зажимов Пеана, также в двух рядах. Два верхних шва накладываются в месте верхних зажимов. Захватываем брюшину с обеих сторон, возле неподвижной части

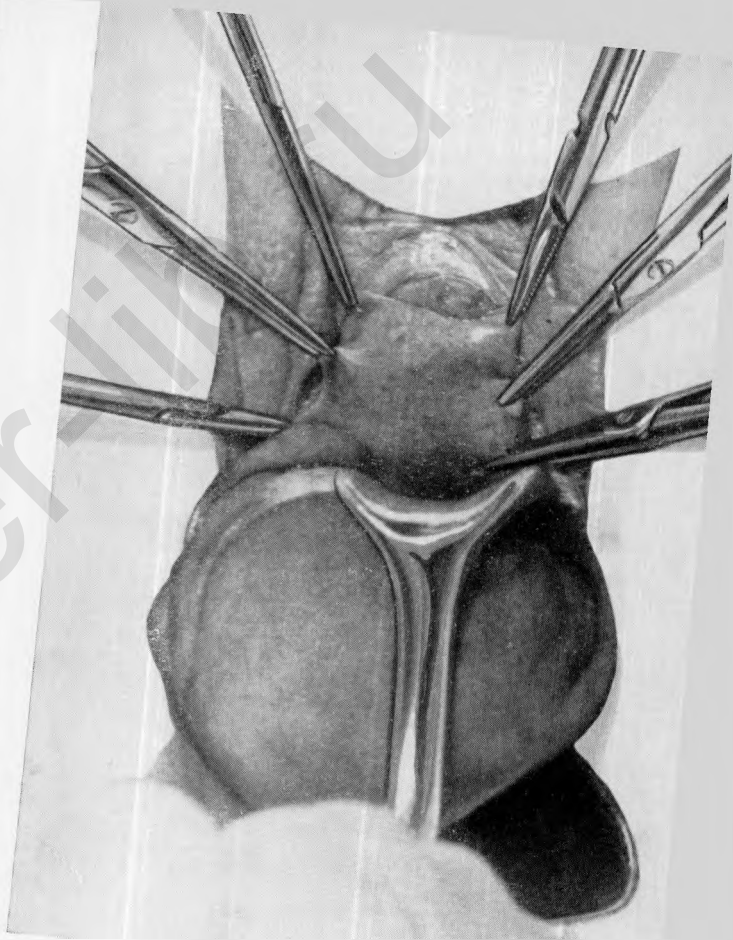
Fundus mit Kugelzangen erfasst (Abb. 5—6), die Portio in das hintere Scheidengewölbe gedrängt und die ganze Gebärmutter schliesslich vor die Blase luxiert werden.

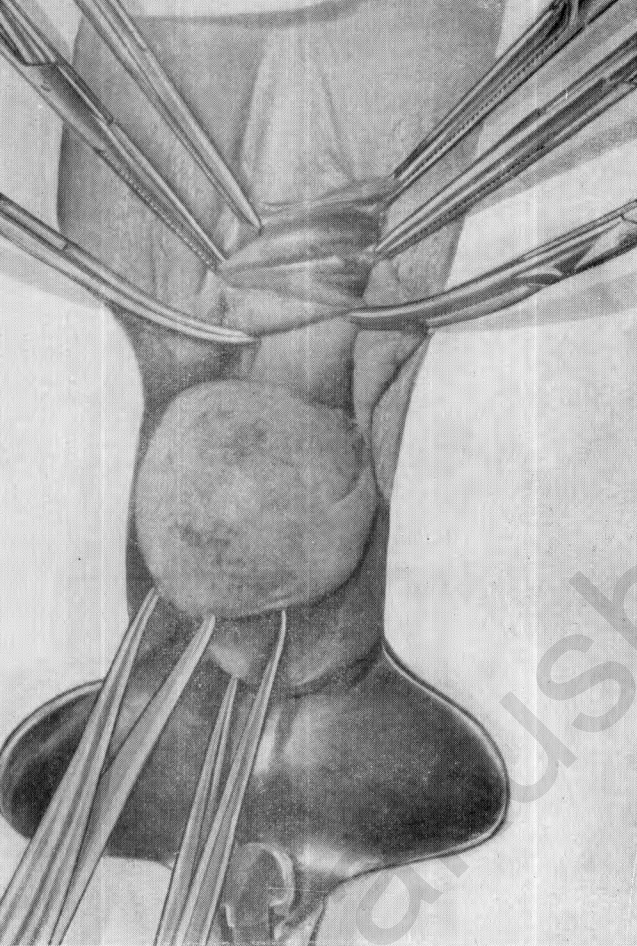
Nach der Inspektion der Adnexe wird — falls diese normal sind — mit der Operation fortgefahren und die Blase hervorgezogen. Vom Serosarand ausgehend, fasst man das Blasenperitoneum mit kleinen Péan'schen Klemmen in zwei parallelen, sagittal verlaufenden Reihen, die seitlich von der Mittellinie von unten nach oben gerichtet, einen 3—4 cm breiten Abstand freilassen (Abb. 7). Durch die Einführung eines vorderen Scheidenspekulums und einen damit durchgeführten, rektalwärts gerichteten Druck auf den Uterus, kann der Zutritt zur Blase wesentlich verbessert werden (Abb. 8). Nun setzt man die schrittweise Luxation der Blase solange fort, bis ein deutlicher Widerstand zu spüren ist. Dieser bedeutet nämlich, dass der durch das Peritoneum fixierte Blasenscheitel erreicht wurde (Abb. 9). Entlang der beiden Klemmenreihen wird nun die luxierte Blasenrososa mit der Uterusvorderwand so vernäht, dass die ersten zwei Nähte an der Stelle der höchsten Klemmen zu liegen kommen. Das Blasenperitoneum wird zu beiden Seiten, in unmittelbarer Nähe der unbeweglichen Abschnitte, die



7

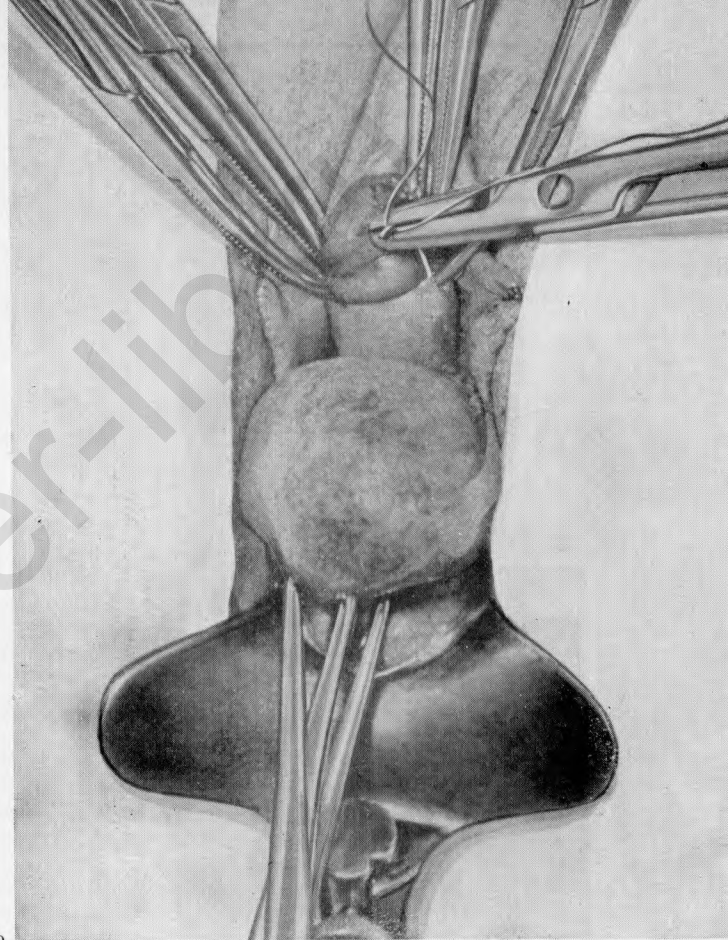
8

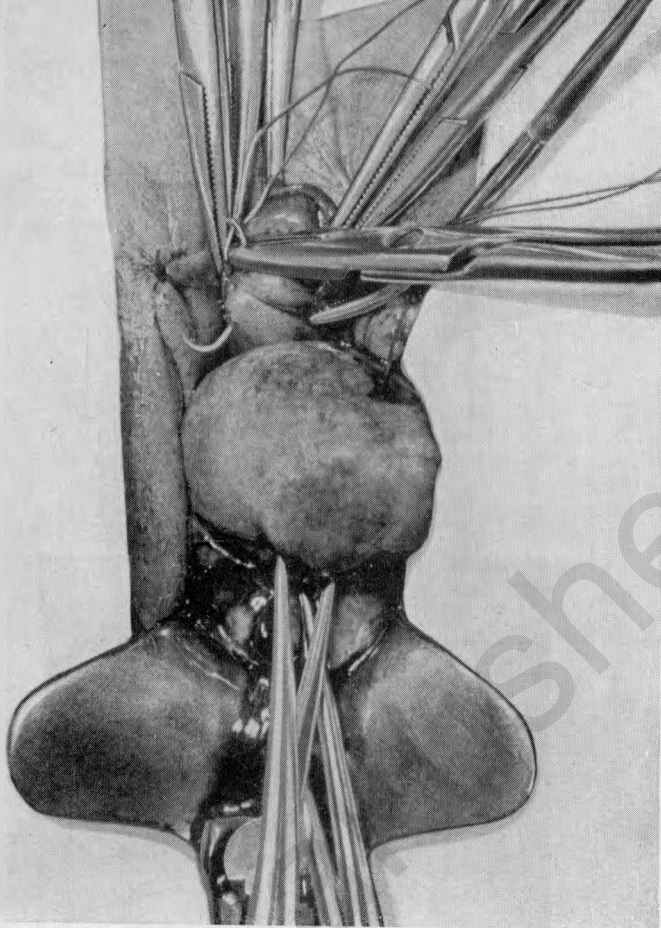




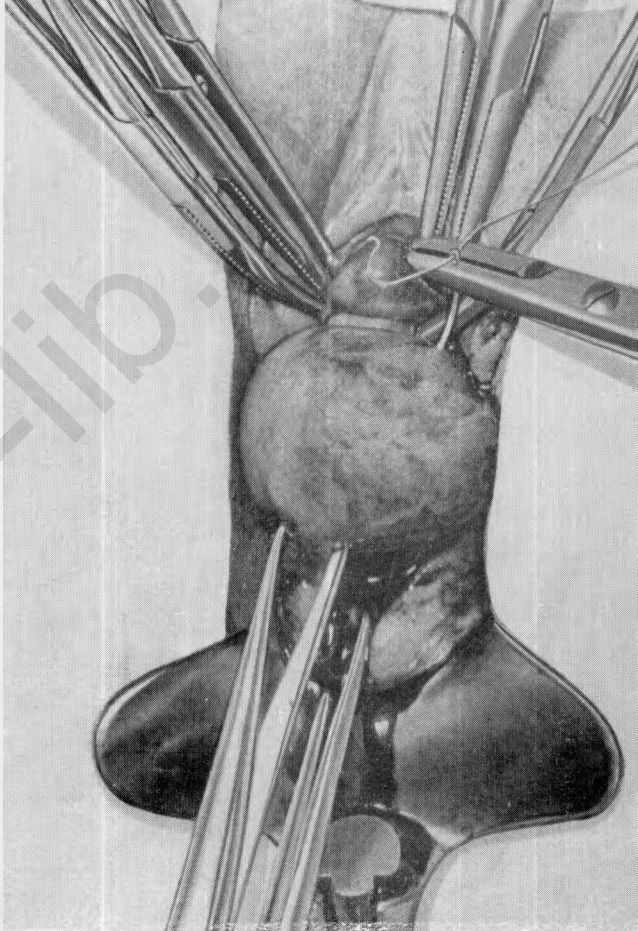
9

10





11



12

maternicu, aby sme priblížili k sebe vzájomne si odpovedajúce časti. Po založení dvoch nových stehov vždy predchádzajúce stehy nakrátko odstriháme. Takto sa uvoľnená časť opäť relaxuje. Nakoniec pliku uzavrieme dvoma stehmi (obr. 15) a pošvové okraje zošíjeme.

Po uzavretí pliky je operačno-topografická situácia zhodná so stavom, ktorý nastáva pri prednej plastike po uvoľnení močového mechúra. Operáciu môžeme dokončiť spôsobom, opísaným v kapitole o prednej plastike.

Cieľom tejto operácie je upraviť polohovú anomáliu, zrušiť cavum vesicouterinum (obr. 16), pritiahnúť maternicu k močovému mechúru, aby na nom ležala v anteverzii (obr. 17). Takto bude vnútrobrušný tlak pôsobiť iba na zadnú stenu maternice, bude ju udržiavať v anteverzii a zabráňovať vzniku retrodeviácie.

и одновременно с этим и внутренностную брюшину матки в месте ее перехода на заднюю стенку выше впадения яйцеводов (рис. 10—13). Ниже этих швов мы накладываем следующие, в двух рядах, обозначаемых зажимами. Эти швы захватывают часть внутренностной брюшины мочевого пузыря и соответствующую часть внутренностной брюшины передней стенки матки (рис. 14). Таким образом, мы постепенно возвращаем матку в исходное положение из вывихнутого, чтобы соответствующие друг другу части пришли в соприкосновение. После наложения пары швов, лигатуры предыдущих коротко обрезаются, вследствие чего происходит вправление освобожденной части. Наконец, двумя швами мы закрываем складку (рис. 15) и спиваем края влагалищного разреза.

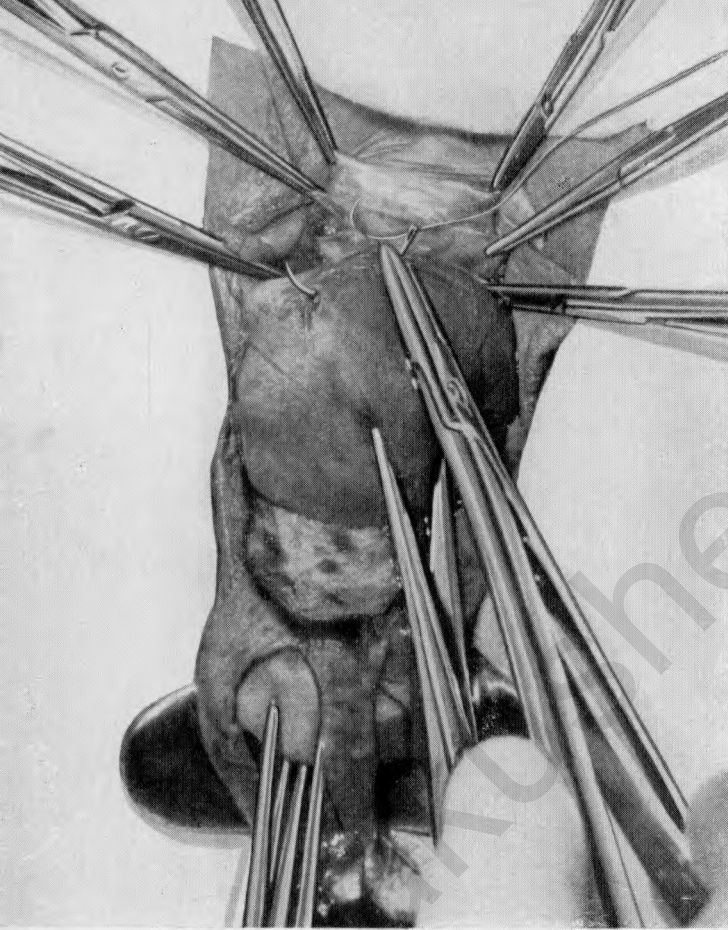
После закрытия складки операцияльно-топографическое положение сходно с положением, которое мы получаем при передней пластике после освобождения мочевого пузыря. Операцию можно закончить способом, описанным в главе о передней пластике.

Целью этой операции является устранение аномального положения, облитерация пузырно-маточной полости (рис. 16), подтягивание матки

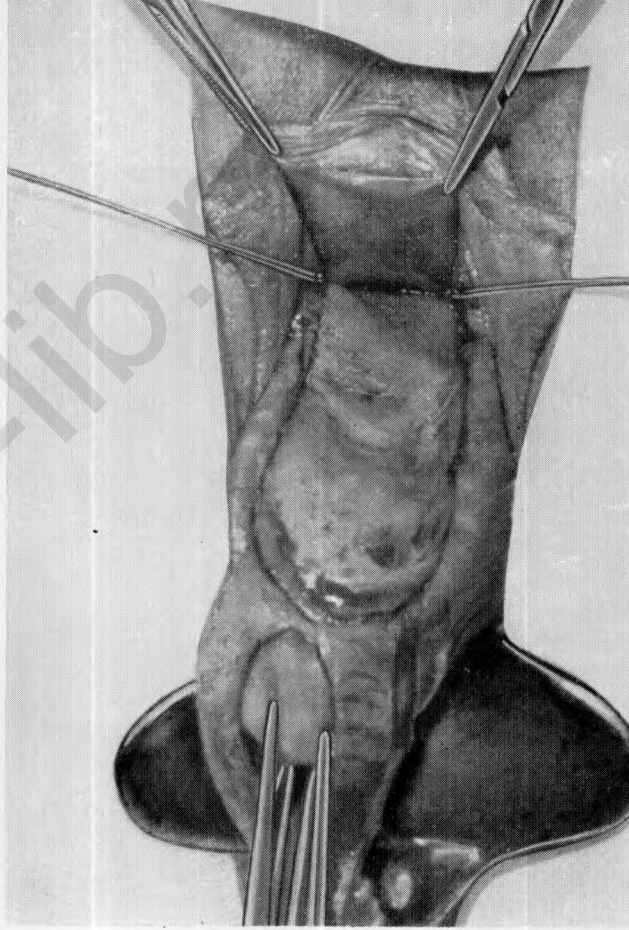
Uterusserosa des Fundus an der Übergangsstelle zur Hinterwand, d. h. an der Tubeninsertionsstelle erfasst (Abb. 10 bis 13). Unterhalb dieser Nähte werden in zwei, durch die Klemmen bestimmten Reihen weitere Nähte angelegt, welche jeweils das Blasenperitoneum mit der entsprechenden Serosastelle der Uterusvorderwand verbinden (Abb. 14). Während dieses Eingriffes schiebt man den Uterus schrittweise in die Bauchhöhle zurück, ein Vorgang, der die Vereinigung zweieinandergehöriger Flächen ermöglicht. Erst nach Anlage der nächsten zwei Nähte werden die geknüpften Fäden der vorherigen Stiche kurz abgeschnitten und dadurch der frei bewegliche Uterusabschnitt in die Bauchhöhle zurückluxiert. Nachdem die Plica durch zwei Knopfnähte verschlossen wurde (Abb. 15), vernäht man schliesslich auch die Scheidenränder.

Nach Verschluss der Plica stimmt die operativ-topographische Situation mit jenem Zustand überein, der nach der Blasenmobilisation bei vorderen Scheidenplastiken erreicht wird. Die Operation kann also nach der — im Kapitel über die vordere Scheidenplastik — erwähnten Weise zu Ende geführt werden.

Das Ziel dieser Operation ist die Beseitigung der Lageanomalie, eine Obliteration des Cavum vesicouterinum (Abb. 16) und eine Fixation der ante-

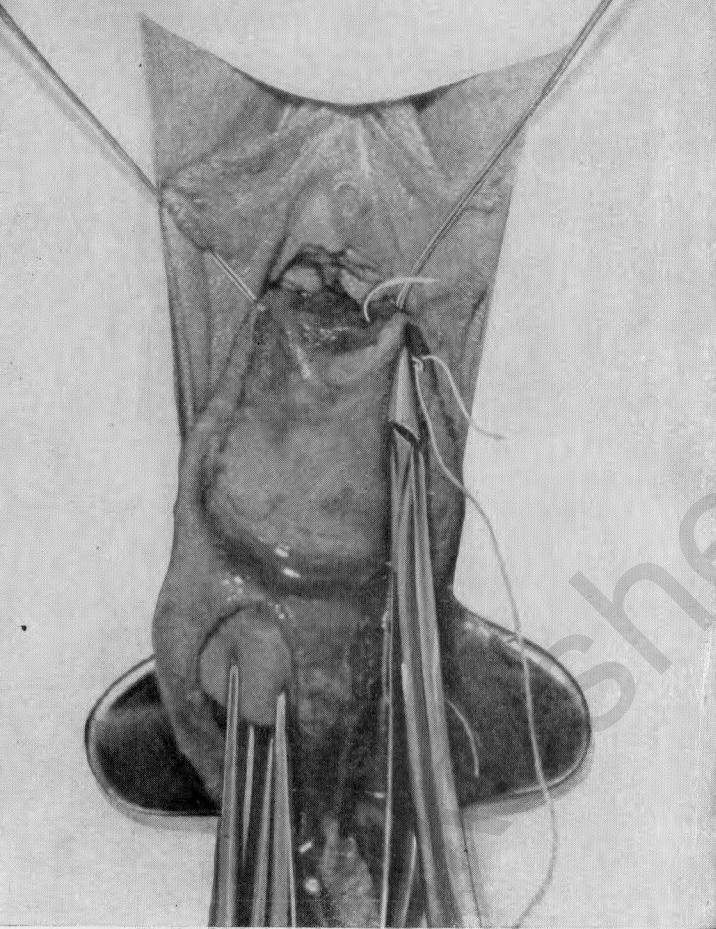


13 14



к мочевому пузырю так, чтобы она лежала на нем с наклоном вперед (рис. 17). Таким образом внутрибрюшное давление будет действовать только на заднюю стенку матки, удерживая ее в наклоне вперед и даже препятствуя возникновению отклонения кзади.

vertierten Gebärmutter an die Blase (Abb. 17). Die Bauchpresse wirkt in diesem Falle ausschliesslich auf die Rückwand des Uterus, hält diesen in der Anteversionsstellung fest und verhindert damit auch ein Zurücksinken, d. h. eine neuerliche Retrodeviation der Gebärmutter.



15 16





er-lib.ru

OPERÁCIA ZOSTUPU POŠVY A MATERNICE PRI PREDLŽENÍ KRČKA PODĽA HALBANA
OPERATIO DESCENSUS VAGINAE ET UTERI CUM ELONGATIONE COLLI SEC. HALBAN

ОПЕРАЦИЯ ПРИ ОПУЩЕНИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ С УДЛИНЕНИЕМ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ГАЛЬБАНАУ
OPERATIO DESCENSUS VAGINAE ET UTERI CUM ELONGATIONE COLLI SEC. HALBAN

DIE VAGINALE OPERATION DER SCHEIDEN- UND UTERUSSENKUNG BEI ELONGIERTER ZERVIX
NACH HALBAN

OPERATIO DESCENSUS VAGINAE ET UTERI CUM ELONGATIONE COLLI SEC. HALBAN

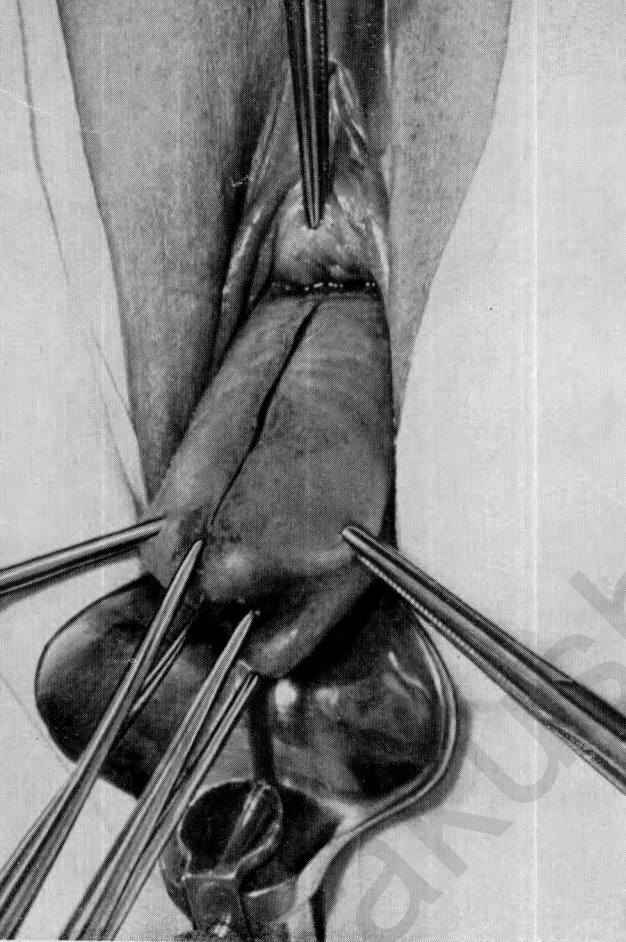
Čapík vyhladáme v zrkadlách, jeho predný a zadný pysk zachytíme ozubenými kliešťami a stiahneme smerom nadol pred pošvový vchod. Malými Kocherovými kliešťami vyznačíme 3 body v tvare trojuholníka: v mediálnej čiare, pod ústím močovej trubice a na oboch stranách nad čapíkom v pohyblivej časti sliznice. Tieto body vyznačíme od strednej čiary tak ďaleko, ako to vyžaduje neskoršia resekcia. Asistujúci napnú pošvovú stenu, chirurg stiahne čapík a v mediálnej čiare rozreže stenu (obr. 1). Potom postupuje od bodu pod ústím močovej trubice v ľahkom oblúku k laterálnym kliešťam (obr. 2). Teraz odovzdáme asistujúcim ozubené kliešte a odpreparujeme strieďavo ostro a tupo tie časti pošvovej sliznice, ktoré boli už označené rezom (obr. 3—4). Ďalej uvoľníme močový

Известно, что опущение половых органов обусловлено взаимодействием разных компонентов. Гальбан говорит, что если мы заставим женщину на гинекологическом кресле после выправления опущенных или выпавших органов повысить внутрибрюшное давление, то на наших глазах произойдет картина возникновения выпадения в отдельных этапах времени.

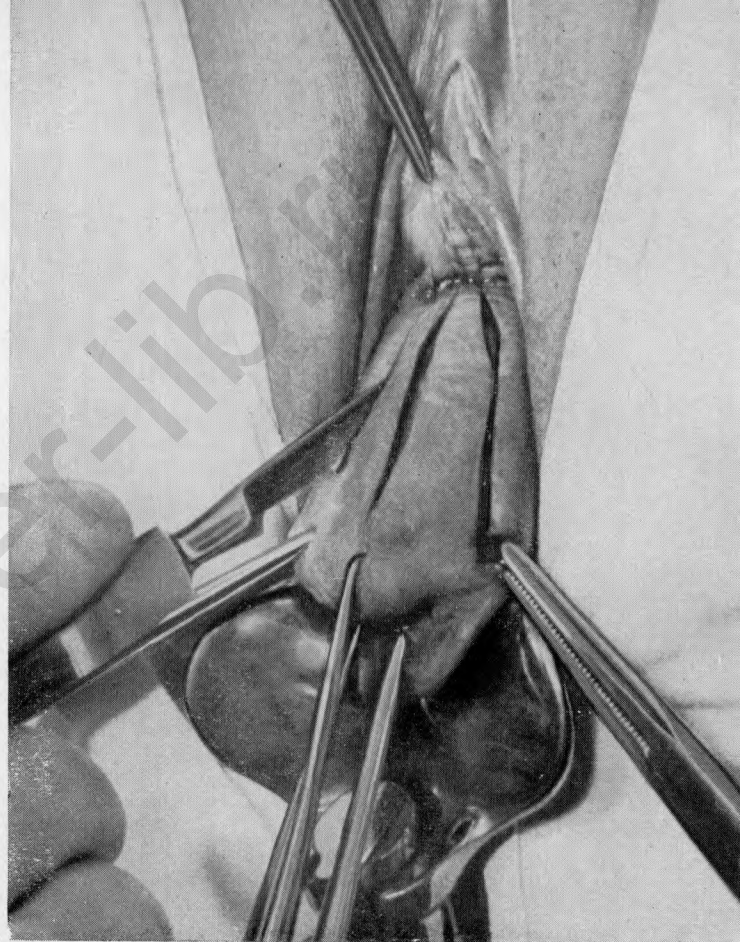
Если нам известны все этиологические факторы со всеми их последствиями, то мы должны выбирать операционный метод именно с учетом этих факторов. Часто применяется оригинальная комбинация Гальбана передней пластики с ампутацией шейки матки или же с везикофиксацией.

Влагалищную часть матки мы обнажаем при помощи влагалищных зер-

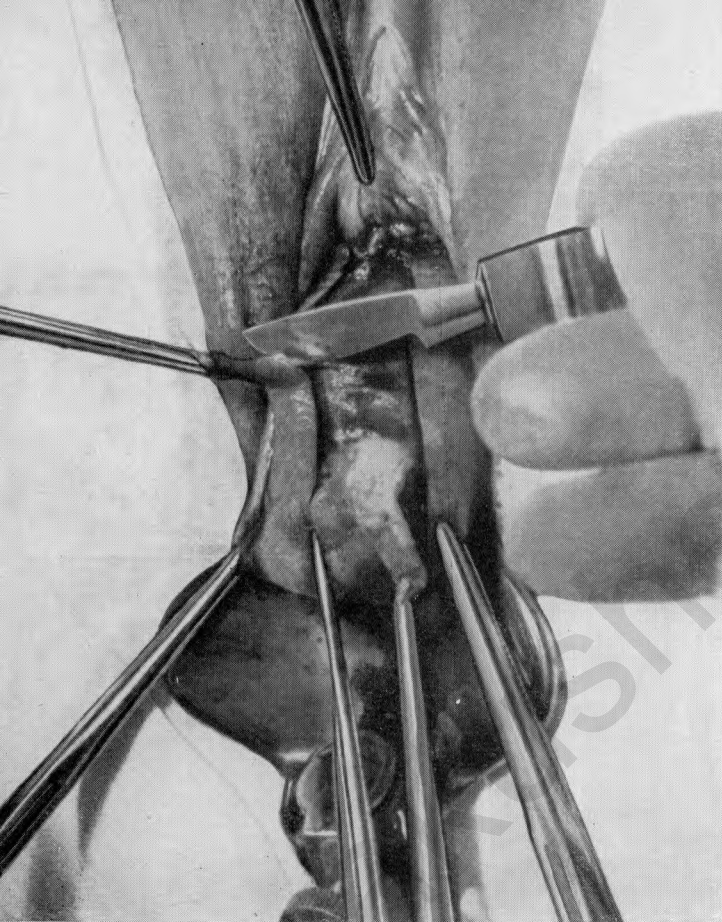
Nach Einstellung der Portio im Scheidenspiegel, wird die vordere und hintere Muttermundlippe mit Kugelzangen gefasst und diese in der Richtung des Scheideneinganges nach unten gezogen. Mit kleinen Kocher'schen Klemmen markiert man nun drei Punkte und zwar: einen in der Mittellinie unterhalb der Urethramündung und zwei weitere an beiden Portioseitenflächen, im beweglichen Schleimhautabschnitt. Der Abstand beider Punkte wird dem Ausmass der späteren Resektion angepasst. Nachdem nun die Assistenten die Scheidenwand gespannt haben, zieht der Operateur die Portio nach unten, durchschneidet zunächst die Scheidenschleimhaut in der Mittellinie (Abb. 1), und dann — vom Punkt unterhalb der Urethramündung ausgehend — in leicht geschwungener Linie an beiden Seiten



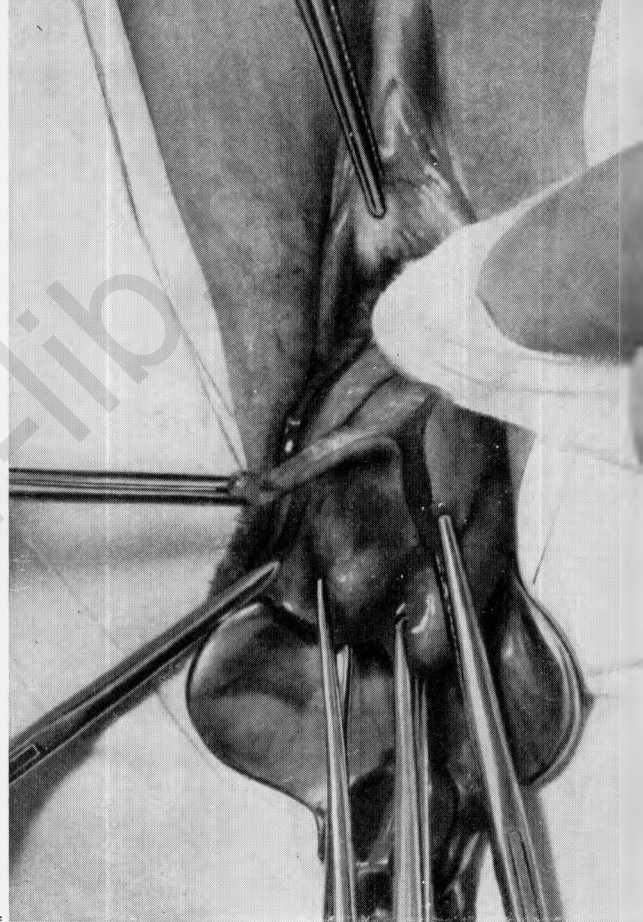
1



2



3



4

mechúr pod pošvovou sliznicou do strán ako pri prednej plastike (obr. 5—6). Potom chirurgickou pinzetou odťahujeme dolný okraj močového mechúra, nožnicami prestrihujeme septum supravaginale (pozri predná plastika) a odpreparujeme močový mechúr, pokračujúce v spatium vesico-uterinale (obr. 7), až k vezikouterinnej riaske.

Ak je našou úlohou upraviť aj retrodeviaciu maternice, môžeme tak urobiť už teraz po otvorení vezikouterinnej riasky, spôsobom opísaným v predehľadzajúcej kapitole. Prípadne pokračujeme ďalej a amputujeme čapík. Dĺžku amputovanej časti určíme tak, že od celkovej dĺžky maternice, zistenej sondou, odpočítame 8 cm.

Čapík obrežeme na zadnej stene tak, že spojíme cirkulárne obidva laterálne konce trojuholníkového rezu medzi Kocherovými kliešťami (obr. 8—9). Pošvovú stenu vzadu i po stranách odsunieme (obr. 10). Tým sa laterálne odkryje tkanivo, v ktorom prebiehajú descendentné vetvy a. uterinae. Opíchni na obidvoch stranách zabránime krvácaniu pri amputácii, ktorú teraz prevedieme vo výške vopred určenej maternicovou sondou (obr. 11). Po amputácii zachytíme ozubenými kliešťami kýpeľ maternicového čapíka tak, ako predtým čapík.

Močový mechúr musíme fixovať známym nabieraným stehom podľa Gersu-

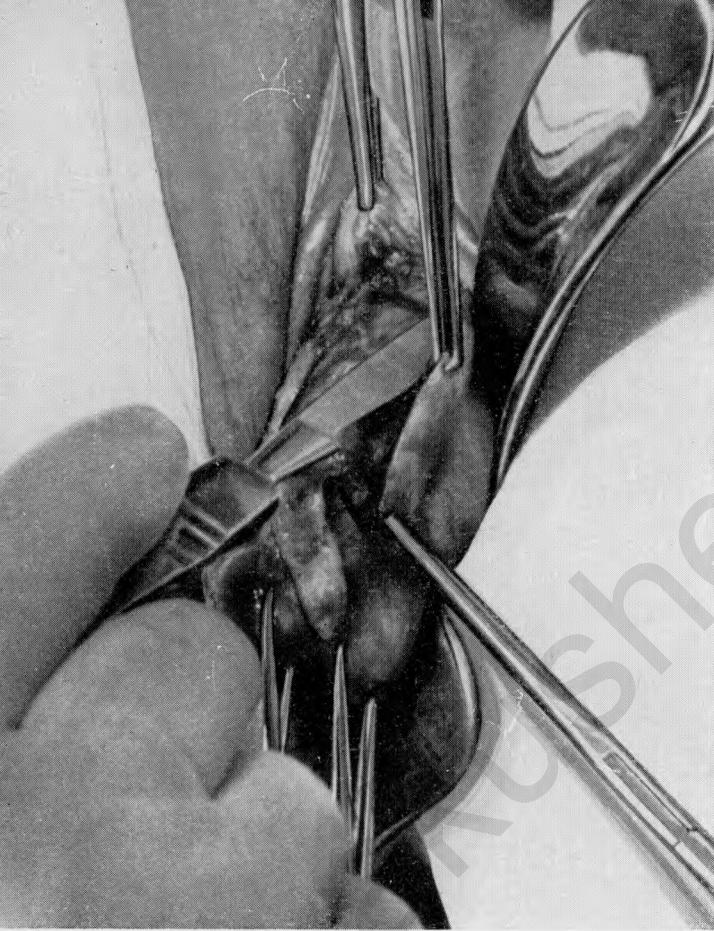
кал, переднюю и заднюю губы маточного зова захватываем нулевыми щипцами и влагаалищную часть матки низводим наружу. Малыми зажимами Кохера мы обозначаем три точки треугольника: в средней линии под устьем мочеиспускательного канала и по обеим сторонам над влагаалищной частью матки в подвизной части слизистой. Расположение этих точек мы выбираем на таком расстоянии от срединной линии, какое требуется при последующем иссечении слизистой. Ассистенты натягивают стенку влагаалища, хирург оттягивает шейку матки книзу и рассекает стенку по срединной линии (рис. 1), после чего удлиняет разрез от устья мочеиспускательного канала с небольшим закруглением к боковым зажимам (рис. 2). Затем он передает ассистентам нулевые щипцы и отсекаровывает поочередно острым и тупым путем те части слизистой влагаалища, которые были уже обозначены разрезом (рис. 3—4). После этого он отделяет под слизистой влагаалища боковые стороны мочевого пузыря, так же, как при передней пластике (рис. 5—6). Затем хирургическим пинцетом отодвигает нижний край мочевого пузыря, ножницами рассекает надвлагаалищную перегородку и отсекаровывает мочевой пузырь, продолжая работу в пузырьно-песочном

bis zu den seitlichen Klemmen (Abb. 2).

Nun übergibt er den Assistenten die Kugelzangen und präpariert die durch den Schnitt gekennzeichneten Schleimhautlappen (Abb. 3—4). Ebenso wie bei der vorderen Scheidenplastik, wird die Blase unter der Schleimhaut nach beiden Seiten gelöst (Abb. 5—6), der untere Blasenrand dann mit einer chirurgischen Pinzette gefasst, das Septum supravaginale mit einer Schere durchgeschnitten (siehe vordere Scheidenwandplastik) und die Blase im Spatium vesico-uterinale (Abb. 7) so weit abgeschnitten, bis die Plica vesico-uterina freiliegt.

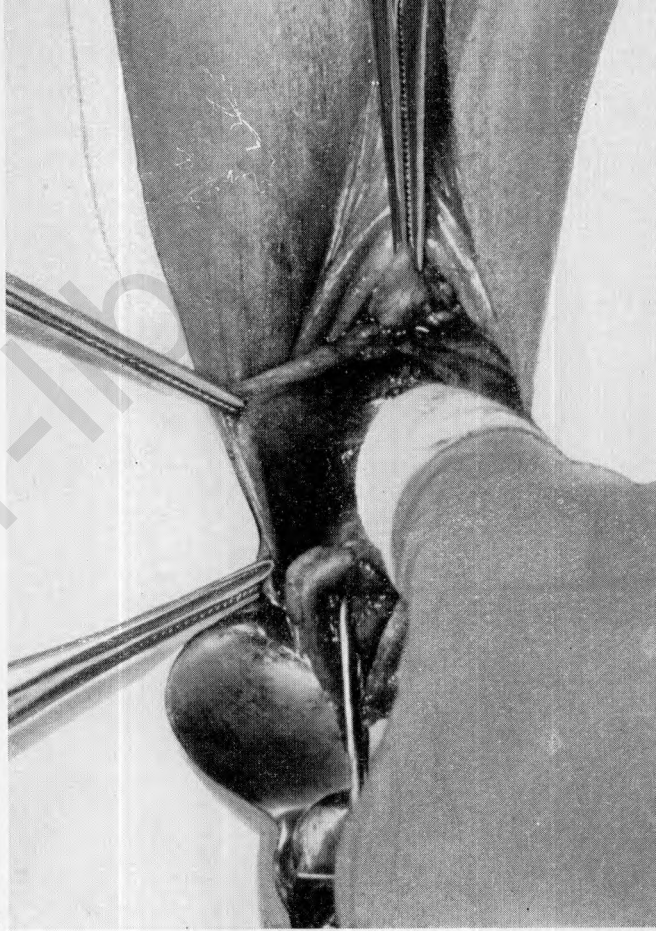
Soll durch die Operation auch eine Uterusdeviation beseitigt werden, so kann man diesen Eingriff — nach der im vorigen Kapitel beschriebenen Weise — unmittelbar anschließen. Ist dies nicht notwendig, beginnt man nun mit der Amputation. Die Länge des abzutragenden Portioendes bestimmt man folgendermaßen: von der durch eine Sonde bestimmten Gesamtlänge des Uterus werden 8 cm abgerechnet. Die Differenz ist der gesuchte Wert.

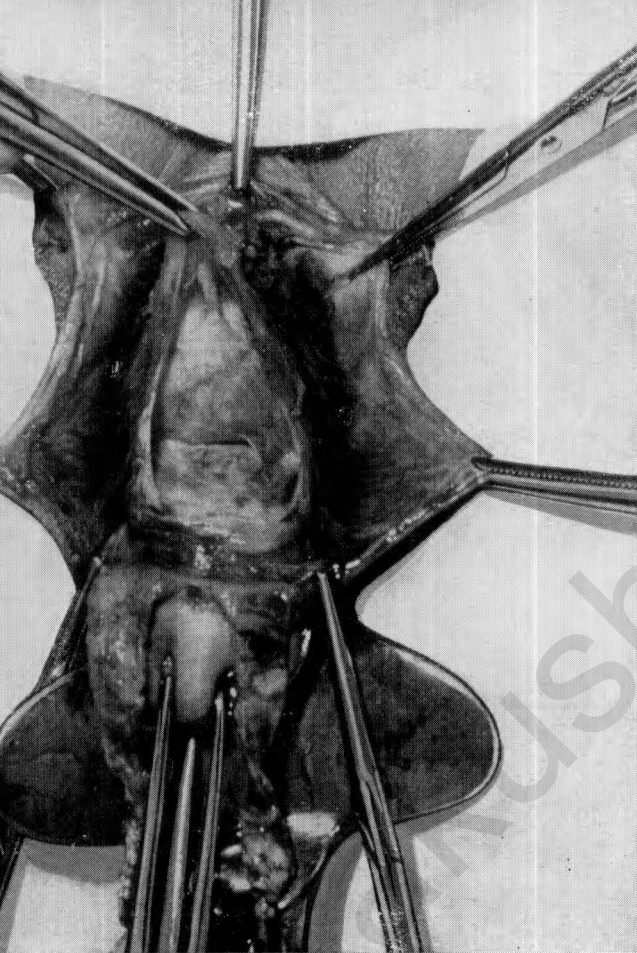
Die Portio wird zunächst an der Hinterwand umschnitten, d. h. die beiden lateralen Enden des Dreieckschnittes zwischen den Kocher'schen Klemmen miteinander verbunden (Abb. 8—9). An der Hinterwand und den beiden Seitenwänden schiebt man nun die



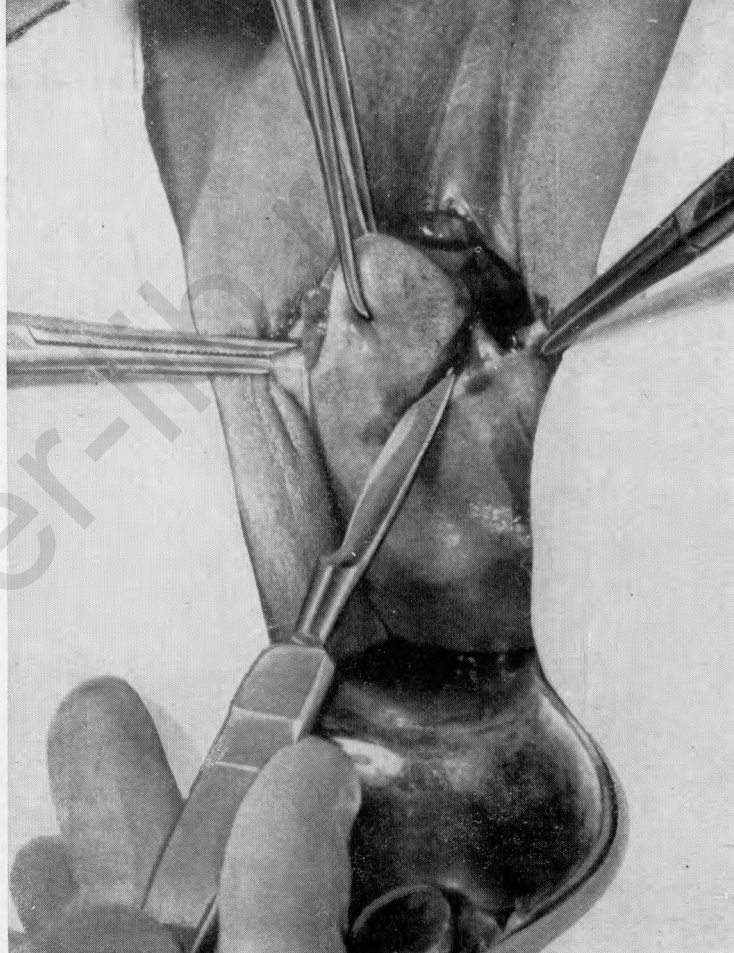
5

6

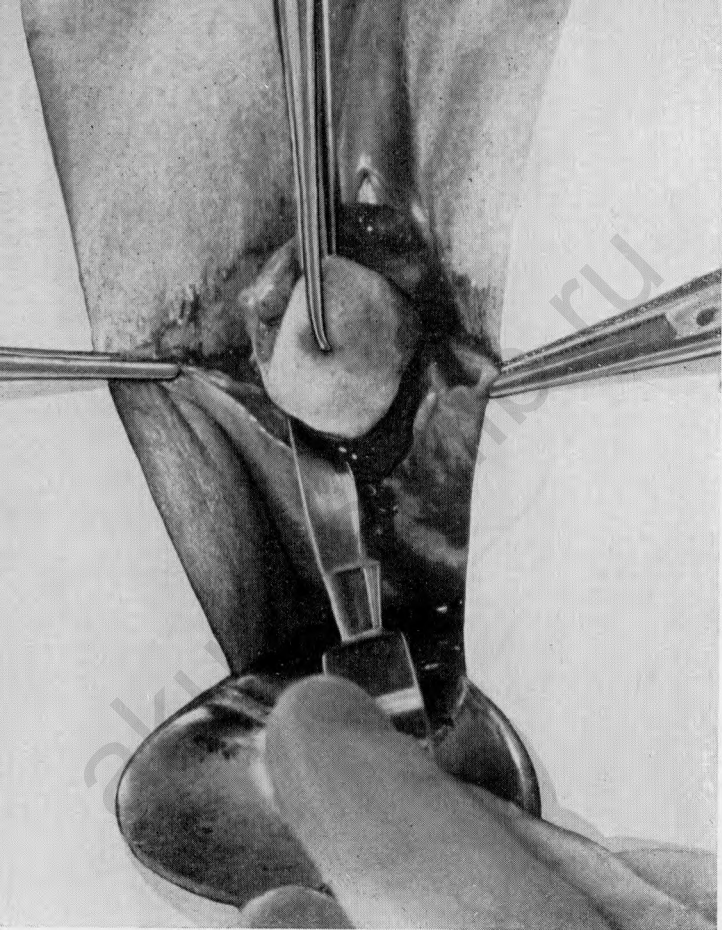


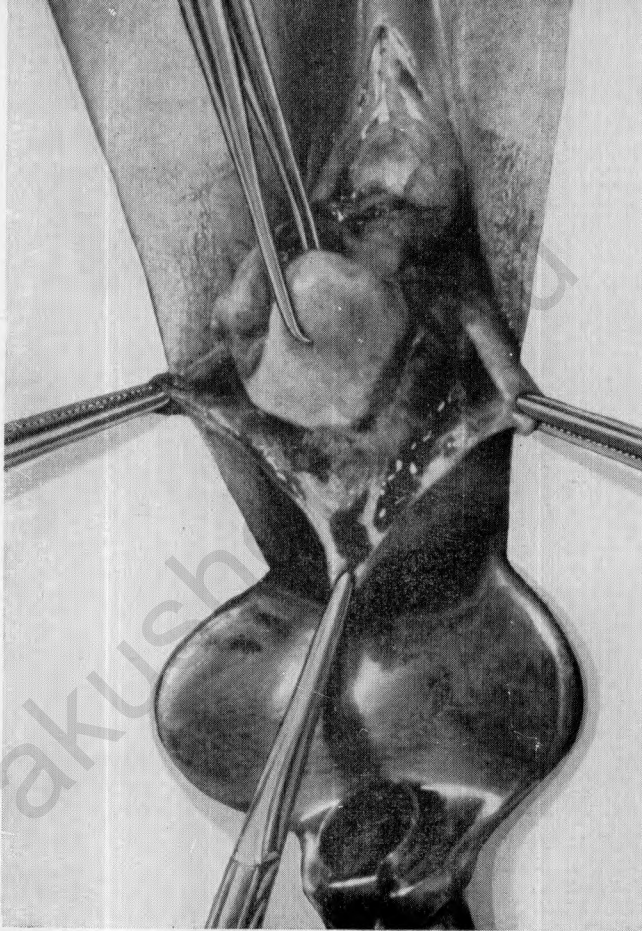


7



8



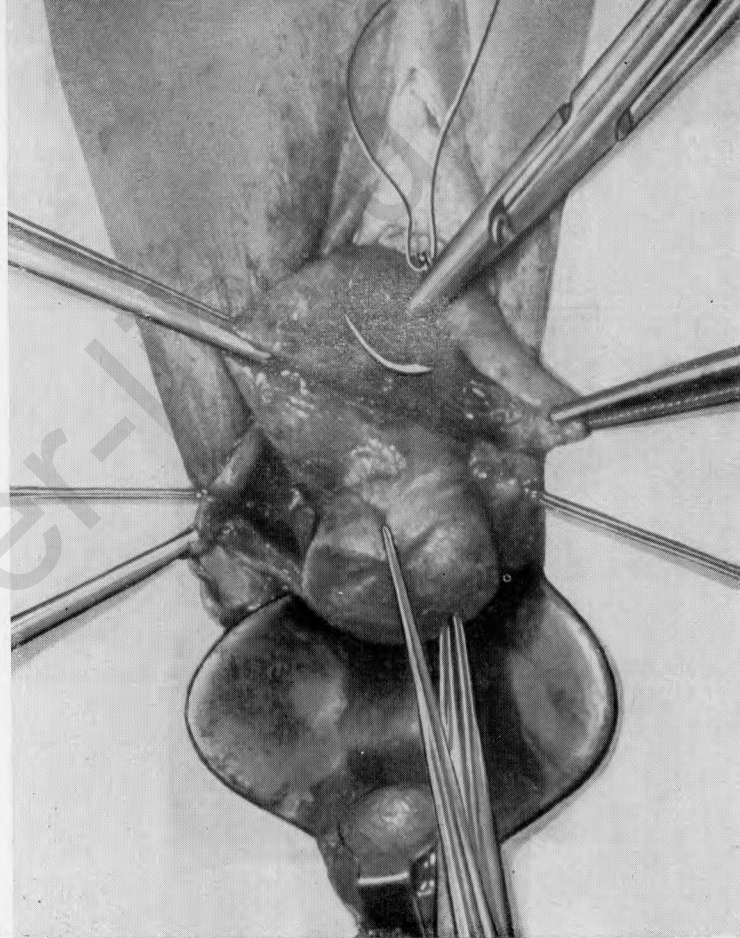


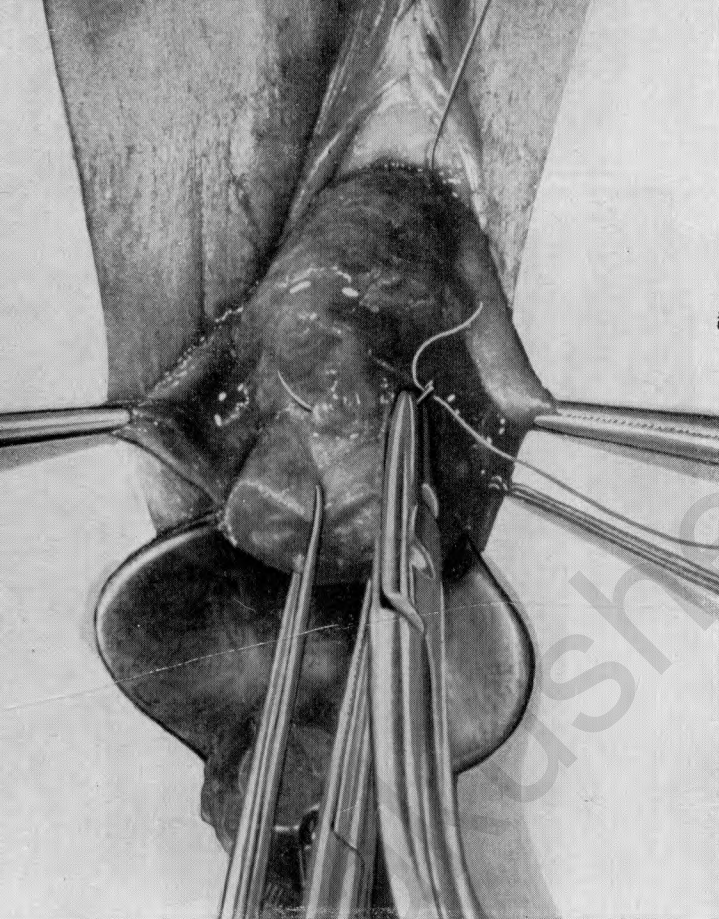
9

10

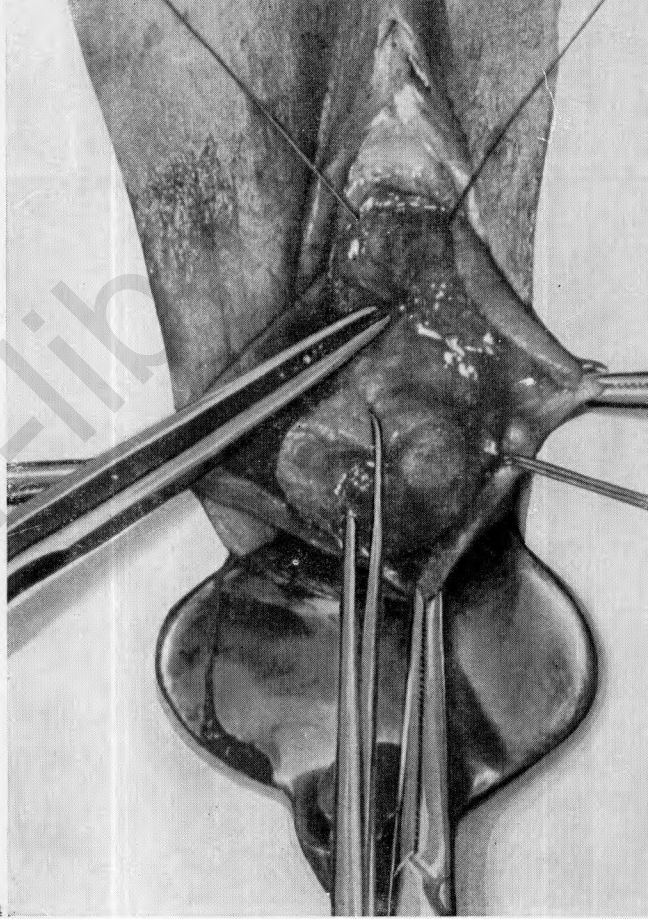


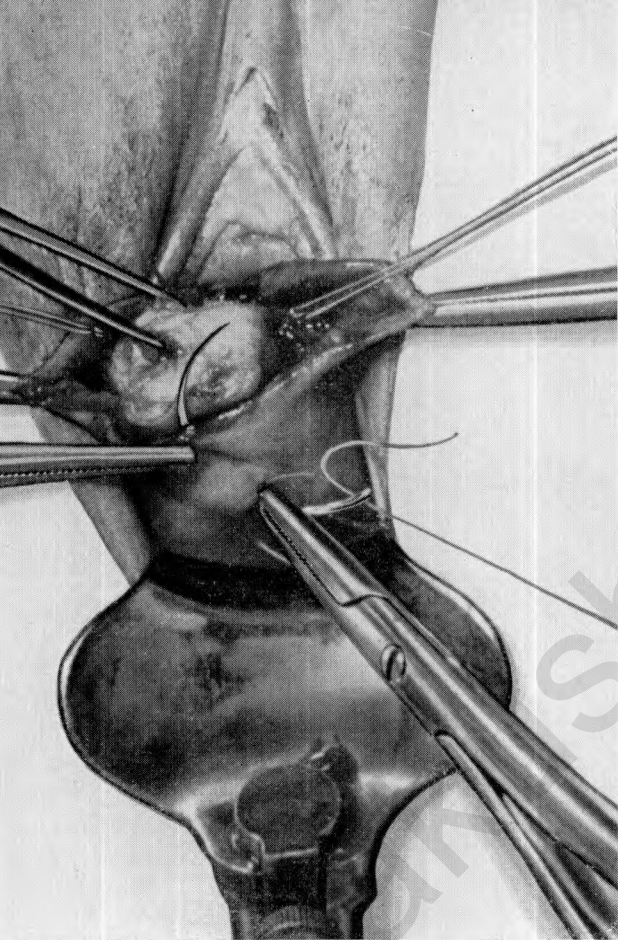
11 12



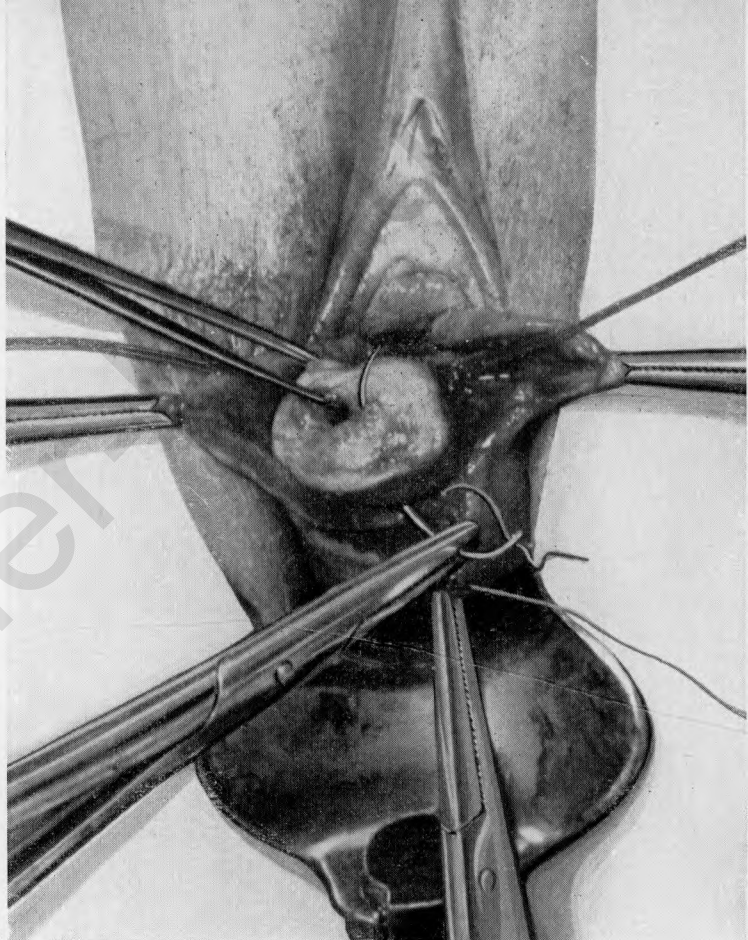


13 14

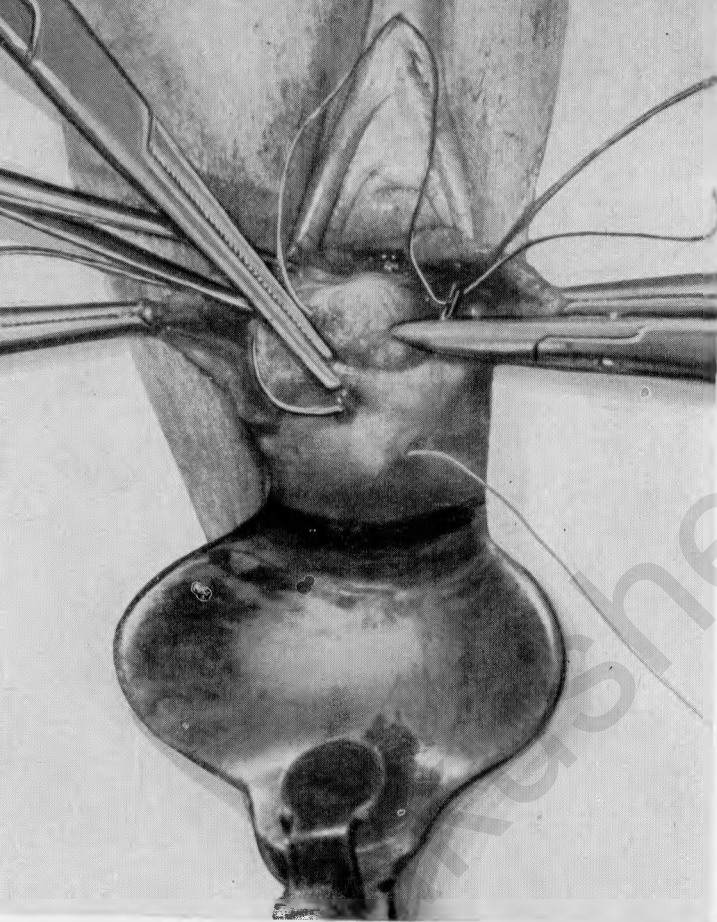




15

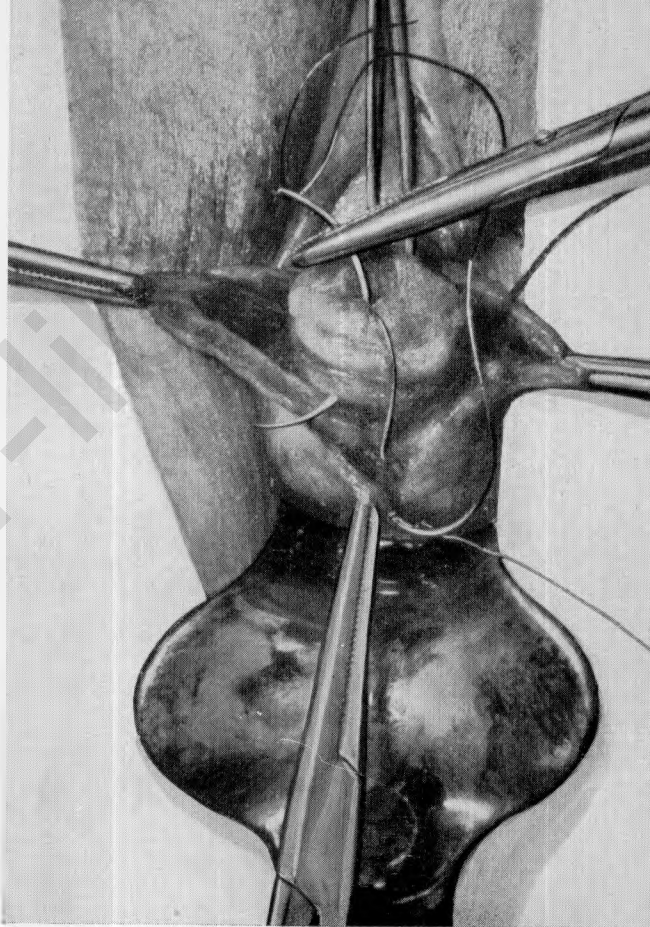


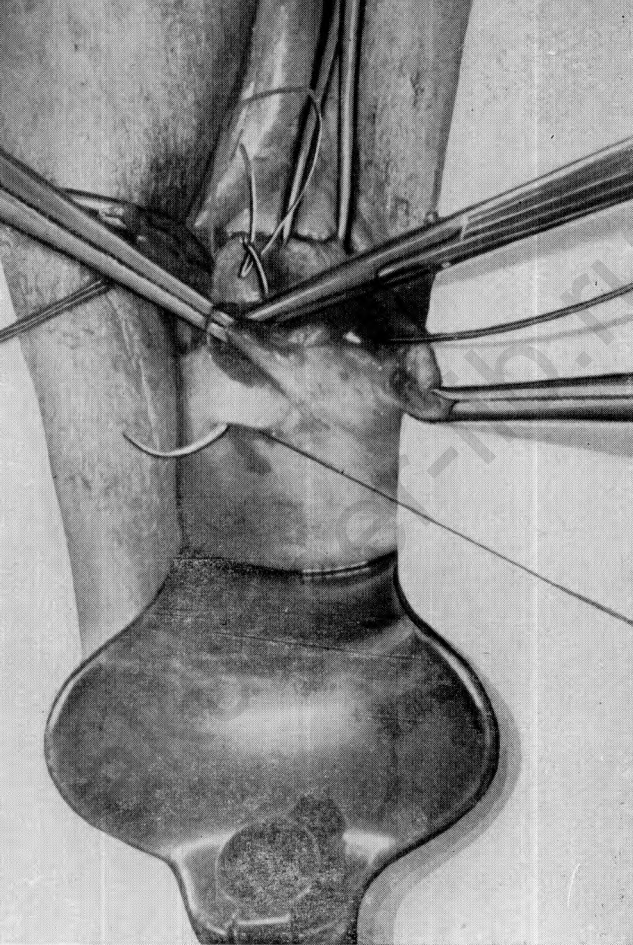
16

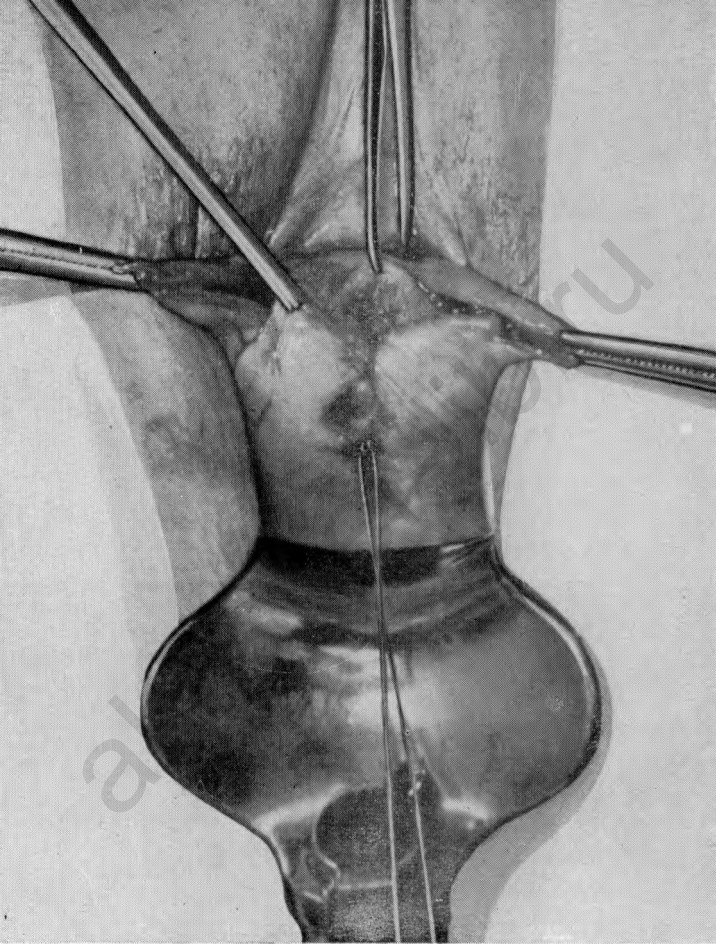


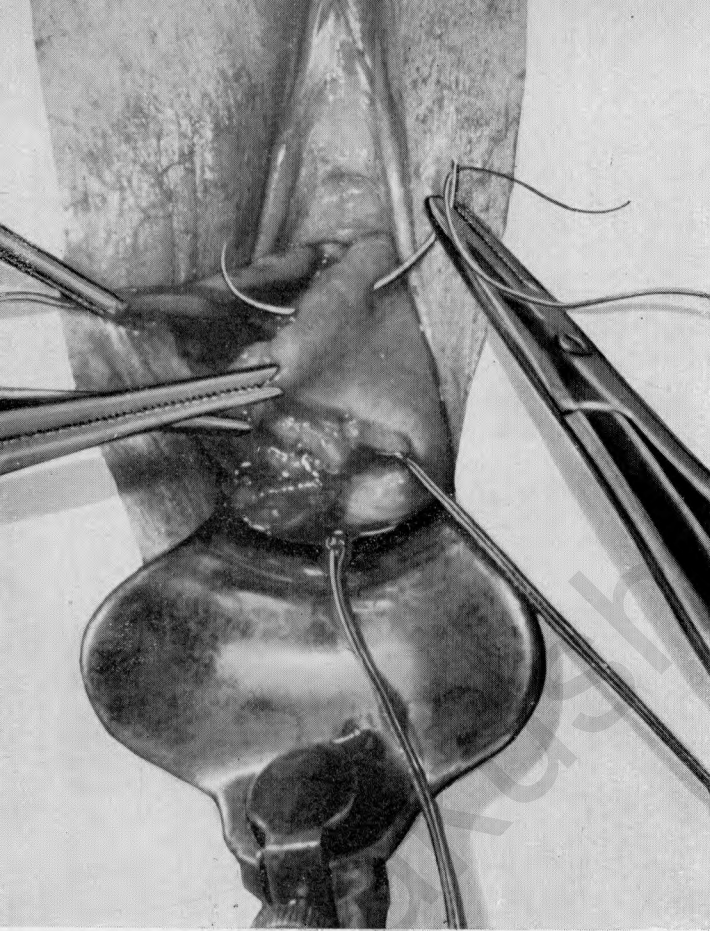
17

18

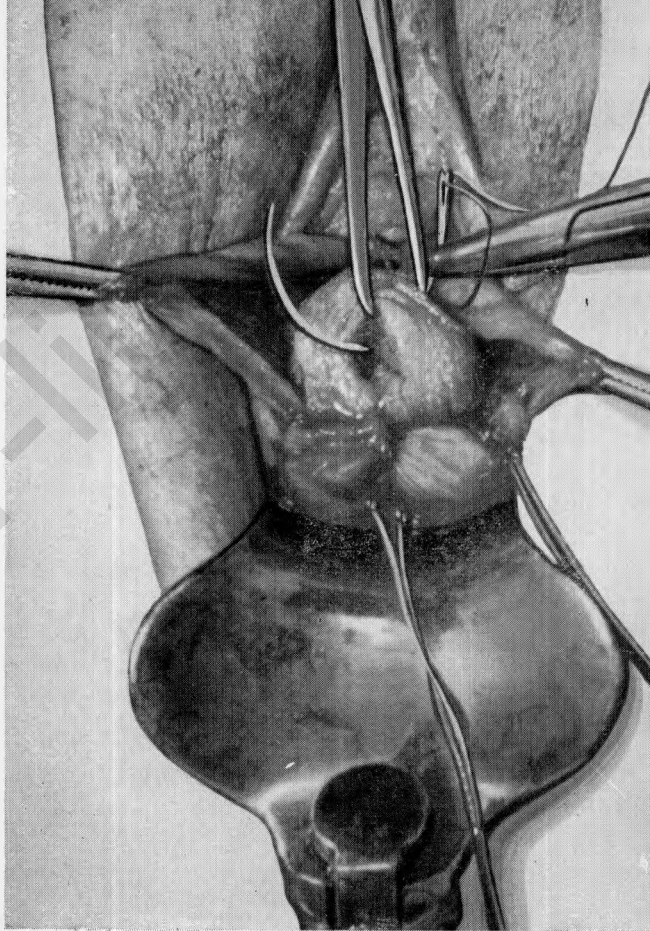








21 22



nyho (obr. 12—14), alebo uzlovými stehmi. Niektorí chirurgovia ošetrta močovú mechu ešte pred amputáciou čapika. Kýpeľ maternicového čapika prekrývame známym spôsobom podľa Sturmendorfa. Najprv vzadu (obr. 15—20) a potom vpredu, kde zachytávame obidva rohy kýpťa pošvovej sliznice vedľa postranných Kocherových klieští, ktoré odopneme. Ak zakladáme Sturmendorfov steh vpredu, začíname vľavo, opäť asi 2 cm od okraja cirkulárneho rezu a 0,5 cm od okraja strednej rany (obr. 21). Ihlu vyvedieme cervikálnym kanálom (obr. 22). Teraz zachytíme ľavý roh pošvovej sliznice, znútra von (obr. 23) a pravý roh opačne, zvonku do vnútra (obr. 24). Potom zapichnete ihlu opäť do cervikálneho kanála (obr. 25) a vypichnete ju pošvovou sliznicou na pravej strane (obr. 26). Zauzlením tohto stehu vytvoríme tiež predný pysk čapika (obr. 27—28). Postranné pošvové rohy zošíjeme uzlovými stehmi (obr. 29). Treba ešte zošíť prednú pošvovú stenu, ako obyčajne, uzlovými stehmi (obr. 30). K tejto operácii vždy pripojíme kolpoperineoplastiku so sutúrou ritných zdvíhačov.

пространстве (рис. 7), вплоть до пузырно-маточной складки.

Если нашей задачей является также и устранение отклонения матки кзади, то мы можем это сделать после вскрытия пузырно-маточной складки описанным способом (см. предыдущую главу), или же продолжаем дальше и ампутируем шейку матки. Длину ампутируемой части определяем, отсчитав 8 см из общей длины матки, установленной при помощи зонда.

На задней стороне мы обрезаем шейку матки, т. е. циркулярным разрезом соединяем оба латеральных конца треугольного разреза между зажимами Кохера (рис. 8—9). Сзади и по сторонам отсеем стенку влагалища (рис. 10). Таким образом латерально вскрывается ткань, в которой проходят нисходящие ветви маточной артерии. Обкалыванием с обеих сторон мы предупреждаем кровотечение при ампутации, которую производим теперь на высоте, предварительно установленной маточным зондом (рис. 11). После ампутации мы захватываем пулевыми щипцами культю шейки матки таким же способом, каким был до этого захвачен маточный зев.

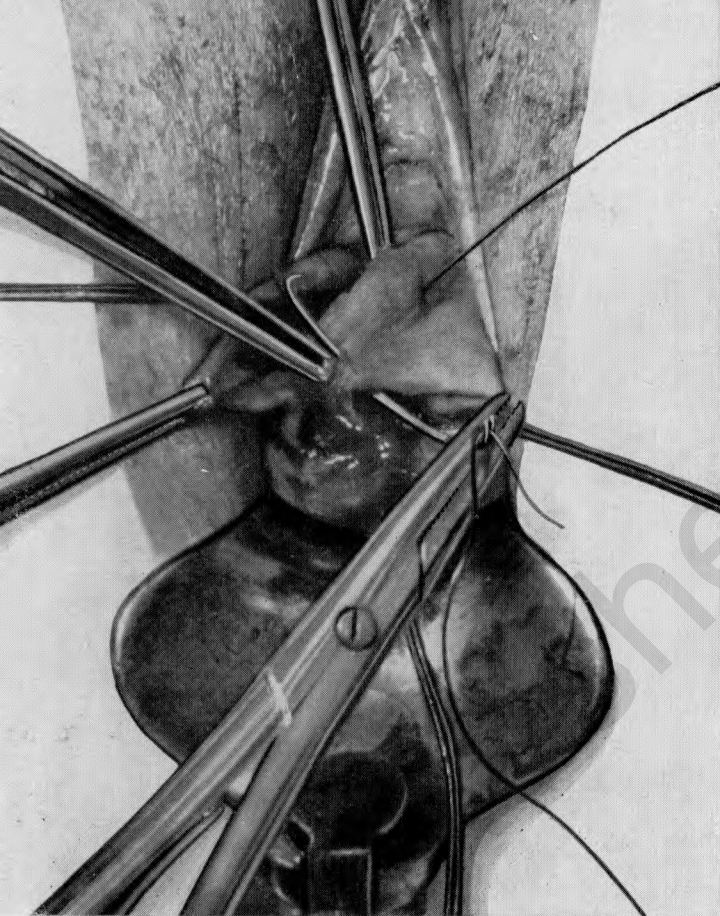
Мочевой пузырь фиксируется известным кистетным швом по Герсуни (рис. 12—14) или узловатым швом.

Scheidenwand ab (Abb. 10) und legt so lateral jenes Gewebe frei, in welchem die absteigenden Äste der Arteria uterina liegen. Eine beiderseitige Umstechung derselben verhütet störende Blutungen während der Amputation, die in dieser Phase an der vorher durch die Sonde bestimmten Stelle vorgenommen wird (Abb. 11).

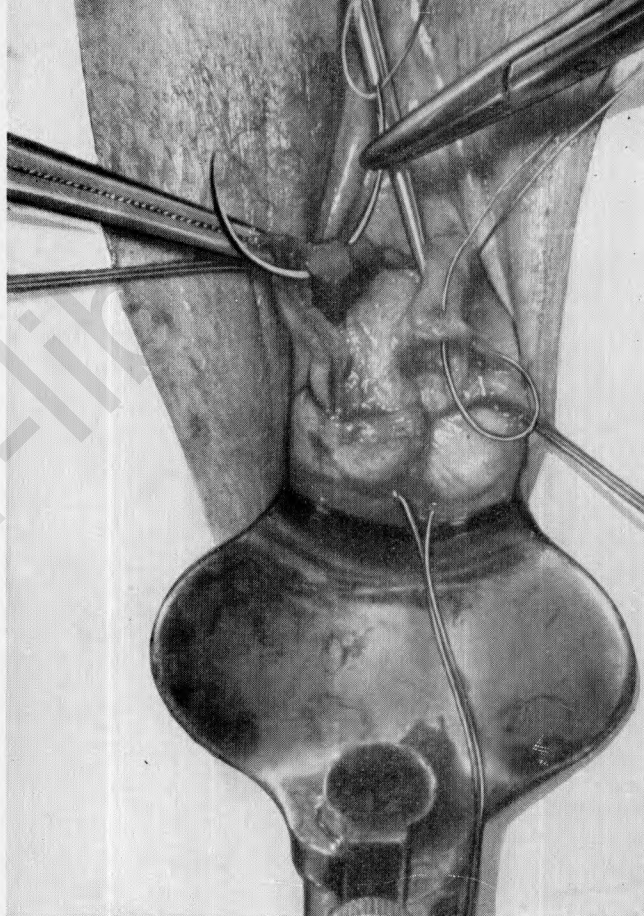
Nach der Amputation fassen wir, ebenso wie vorher die Portio nun den Portiostumpf mit Kugelzangen.

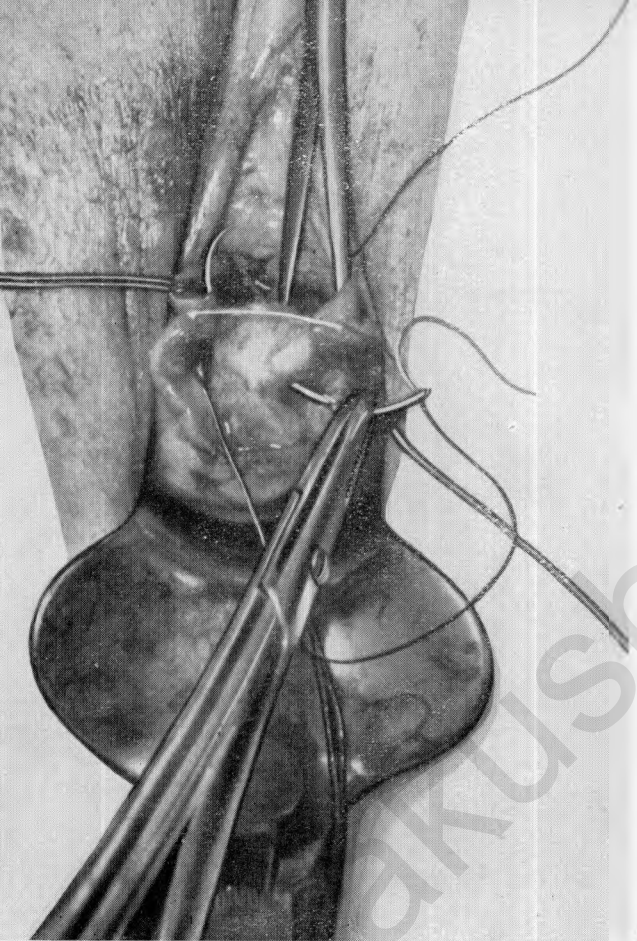
Es folgt die Fixation der Blase durch die bekannte Gersuny'sche Tabakbeutelnaht (Abb. 12—14) oder durch Knopfnähte. Manche Autoren versorgen die Blase noch vor der Portioamputation.

Der Portiostumpf wird nach Sturmendorf in bekannter Weise derart gedeckt, dass man zunächst hinten (Abb. 15 bis 20) und dann vorn beide Ecken des Scheidenschleimhautstumpfes, knapp neben den nun gelösten Kocher'schen Klemmen mit der Naht erfasst. Will man zur vorderen Sturmendorfschen Naht übergehen, so muss man links, wieder etwa 2 cm vom zirkulären Schnitt und 1/2 cm vom Wundrand beginnen (Abb. 21). Hierbei wird die Nadel durch den Zervikalkanal nach aussen geführt (Abb. 22). Nun durchsticht man den linken Scheidenhautwinkel von innen nach aussen (Abb. 23) und den rechten umgekehrt von aussen nach innen (Abb.

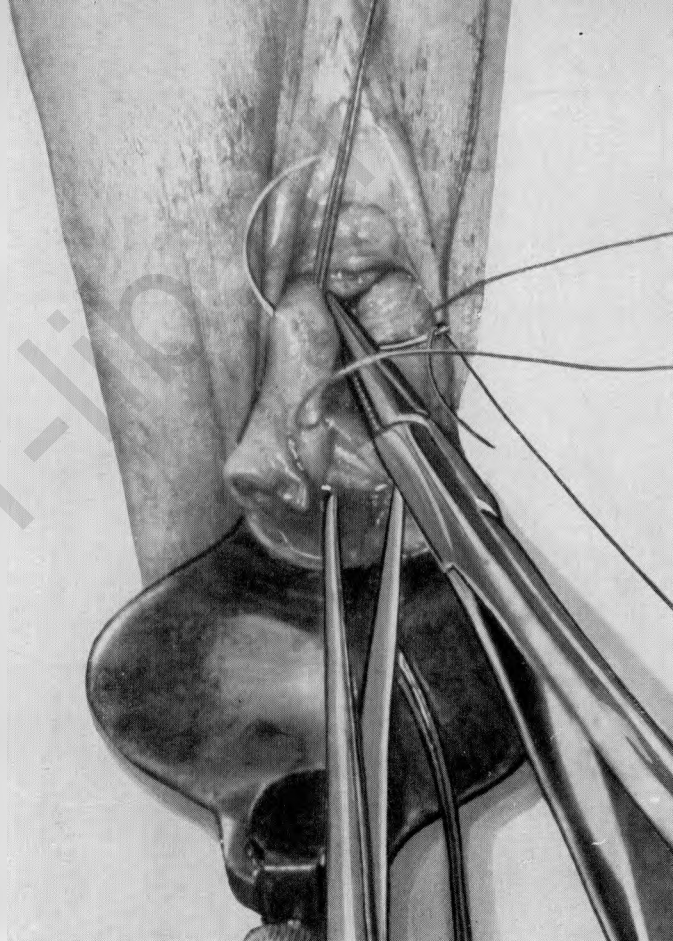


23 24





25 26



Некоторые хирурги фиксируют моче-вой пузырь еще до производства ампутации шейки матки.

Культи шейки матки перекрывается известным способом по Штурмдорфу, а именно сначала сзади (рис. 15—20), потом спереди, причем захватываются оба угла культи слизистой влагалища около заранее снятых боковых зажимов Кохера. Если мы переходим к шву Штурмдорфа спереди, то начинаем его слева, 2 см от края циркулярного разреза и $\frac{1}{2}$ см от края срединного разреза (рис. 21). Игла выводится через шеечный канал (рис. 22). Затем мы захватываем левый угол слизистой влагалища изнутри кнаружи (рис. 23), а правый угол, наоборот, снаружи кнутри (рис. 24). Затем иглу вкалываем опять в шеечный канал (рис. 25) и выкалываем ее через слизистую влагалища с правой стороны (рис. 26). Завязыванием этого шва мы образуем переднюю губу рыльца (рис. 27—28). Боковые разрезы влагалища мы сближаем узловатым швом (рис. 29).

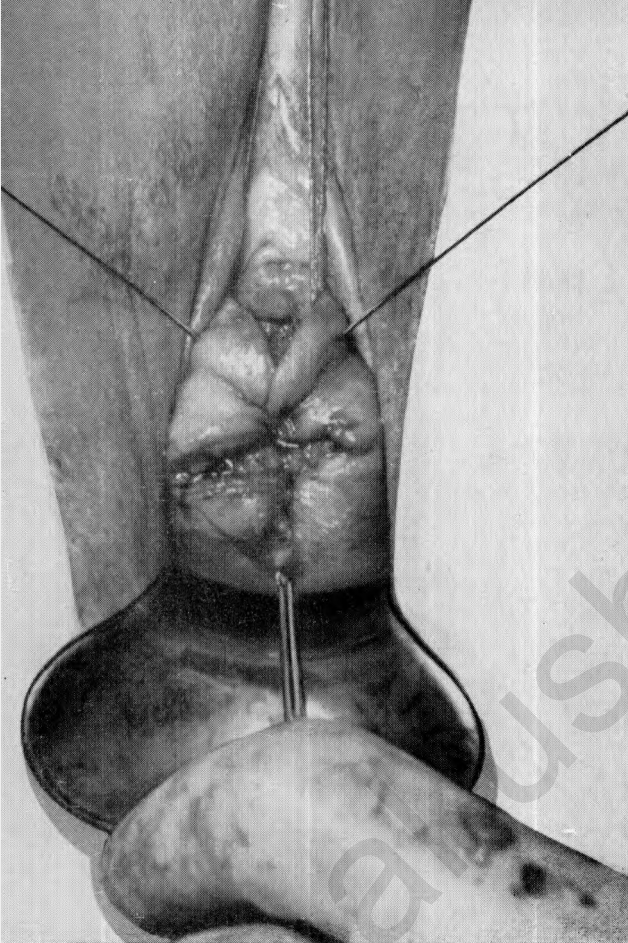
Остается еще зашивание передней стенки влагалища, которое производится обыкновенно узловатым швом (рис. 30).

Эта операция всегда дополняется кольпоперинеопластикой со сближением поднимателей заднего прохода.

24), führt dann erst die Naht in den Zervikalkanal zurück (Abb. 25), fasst an der rechten Seite die Scheidenschleimhaut (Abb. 26), bildet durch Knüpfung der Naht die vordere Muttermundlippe (Abb. 27—28) und vernäht die seitliche Scheidenwunde durch Knopfnähte (Abb. 29).

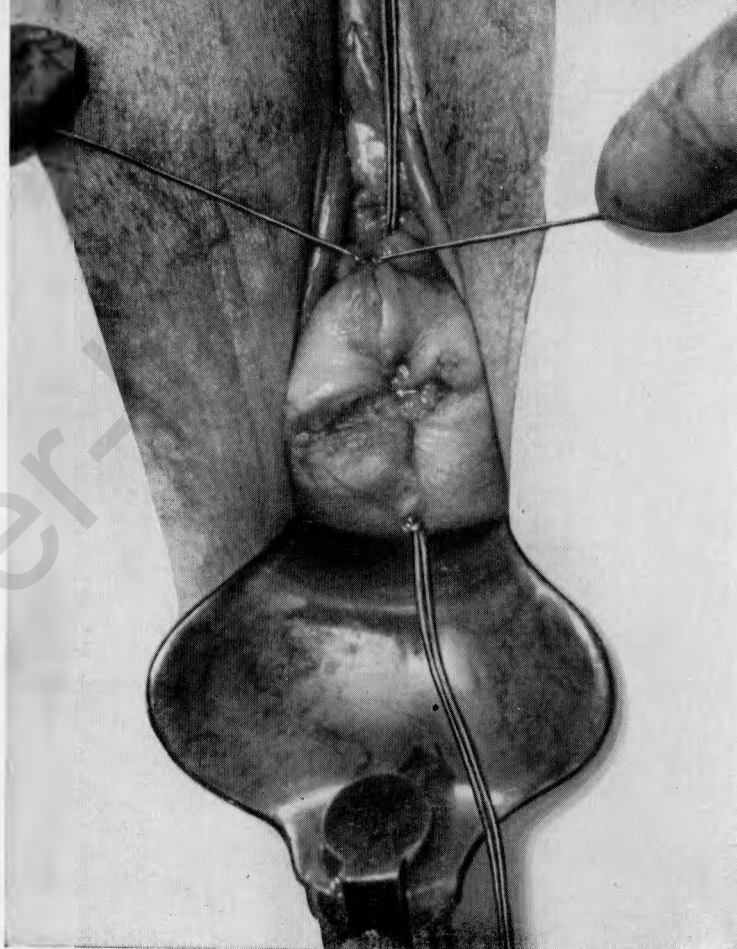
Die abschliessende Naht der vorderen Scheidenwand wird wie üblich mit Knopfnähten durchgeführt (Abb. 30).

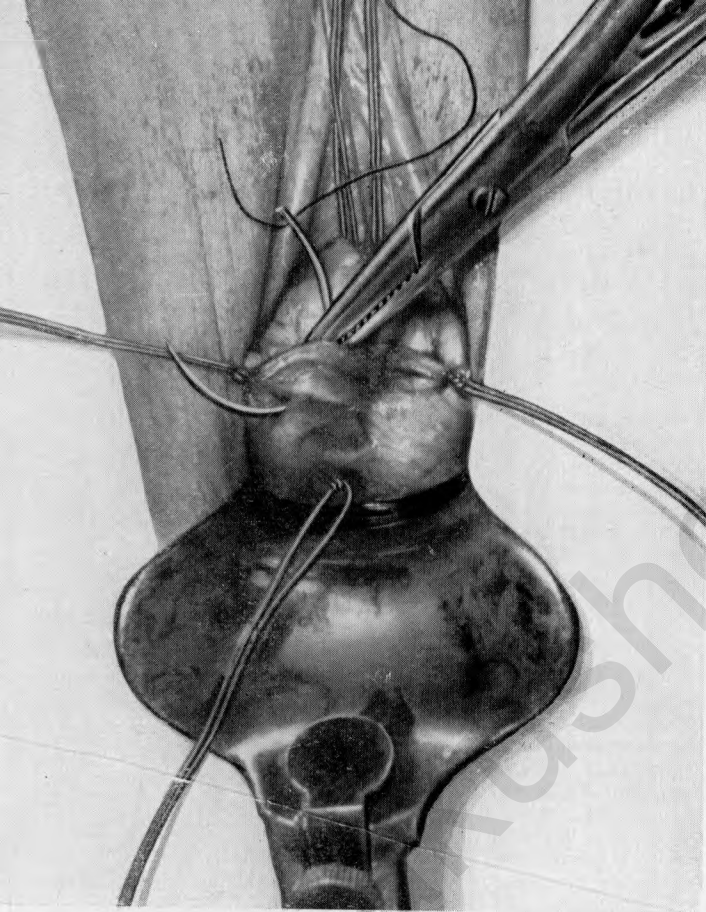
Der eben beschriebenen Operation schliesst man stets eine Scheidendammplastik mit Levatorenaht an.



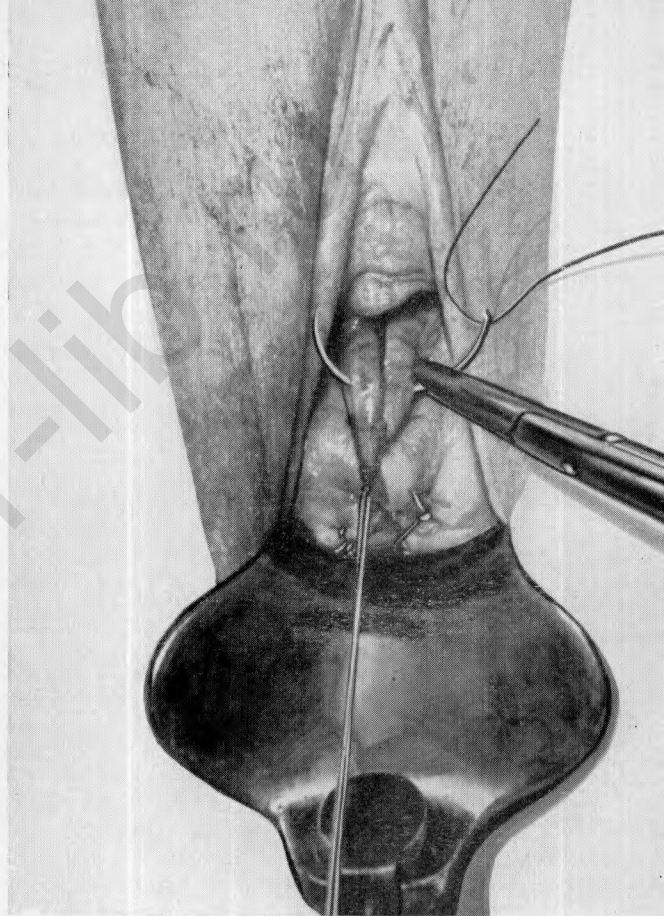
27

28





29 30



157

OPERÁCIA ZOSTUPU ALEBO PREDPADNUTIA POŠVY A MATERNICE PODEA FOTHERGILLA
(MANCHESTERSKÁ OPERÁCIA)

OPERATIO DESCENSUS SEU PROLAPSUS VAGINAE ET UTERI SEC. FOTHERGILL — MANCHESTER

ОПЕРАЦИЯ ОПУЩЕНИЯ ИЛИ ВЫПАДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ ПО ФОДЕРГИЛЛЮ (МАНЧЕСТЕР)

OPERATIO DESCENSUS SEU PROLAPSUS VAGINAE ET UTERI SEC. FOTHERGILL — MANCHESTER

DIE VAGINALE OPERATION DER SENKUNG ODER DES VORFALLES VON SCHEIDE UND UTERUS NACH FOTHERGILL (MANCHESTER)

OPERATIO DESCENSUS SEU PROLAPSUS VAGINAE ET UTERI SEC. FOTHERGILL — MANCHESTER

Manchesterkou zásadou je kondenzácia paracervikálneho väziva, skrátenie a spojenie ligg. cardinalia pred prednou stenou krčka. Operácia je vždy kombinovaná výdatnou prednou a zadnou plastikou, väčšinou s amputáciou hypertrofického elongovaného, patologicky zmeneného čapíka. Manchestereská operácia vypracovaná Fothergillom sa veľmi podobá plastike podľa Halbana. Budeme opisovať preto iba odlišné a charakteristické fázy.

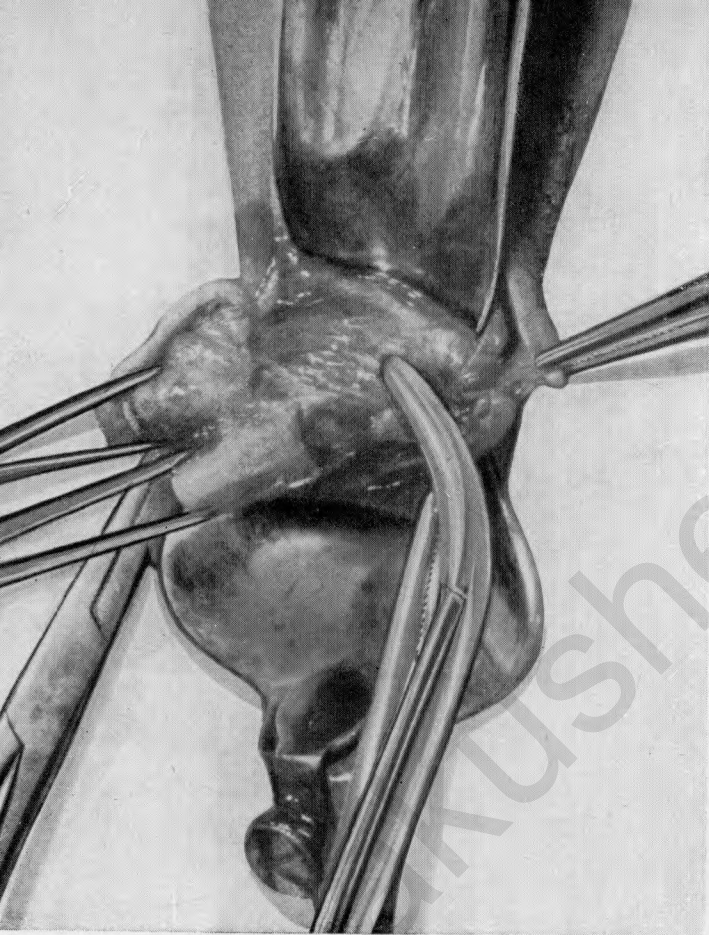
Začiatok a priebeh operácie skoro až po amputácii čapíka je totožný. Na rozdiel od Halbanovej plastiky — pri ktorej podväzujeme descendentné vetvy a. uterinae pred amputáciou čapíka, aby sme zabránili krvácaniu — pri Fothergillovej operácii vyhmätáme v paracervikálnom väzive ligamenta cardina-

Если к недостаточности тазового дна и удлинению шейки матки прибавляется еще и более значительное опущение, то мы можем достигнуть хороших результатов операцией Фодергилля. Преимуществом этой операции является то, что силы, содействующие подниманию внутренних половых органов будут намного выразительнее и эффективнее. Поэтому эта операция служит также и для устранения более значительного опущения.

Manchesterским принципом является уплотнение окологречной соединительнотканной клетчатки, сокращение и соединение кардинальных связок матки перед передней стенкой шейки. Операция всегда сочетается с обширной передней и задней пластикой, в большинстве случаев с ампу- тацией гипертрофической, удлиненной,

Das Grundprinzip der erwähnten Operation besteht in einer Verdichtung des parazervikalen Gewebes und Verkürzung, sowie Verbindung der Ligg. cardinalia vor der vorderen Zervixwand. Der Eingriff wird immer mit einer ausgiebigen Scheidendamplastik und meist mit der Amputation der hypertrophischen, verlängerten und pathologisch veränderten Portio kombiniert. Die von Fothergill ausgearbeitete manchestersche Operation ähnelt sehr der Halbanschen Plastik und wir möchten im weiteren nur unterschiedliche und charakteristische Operationsphasen beschreiben.

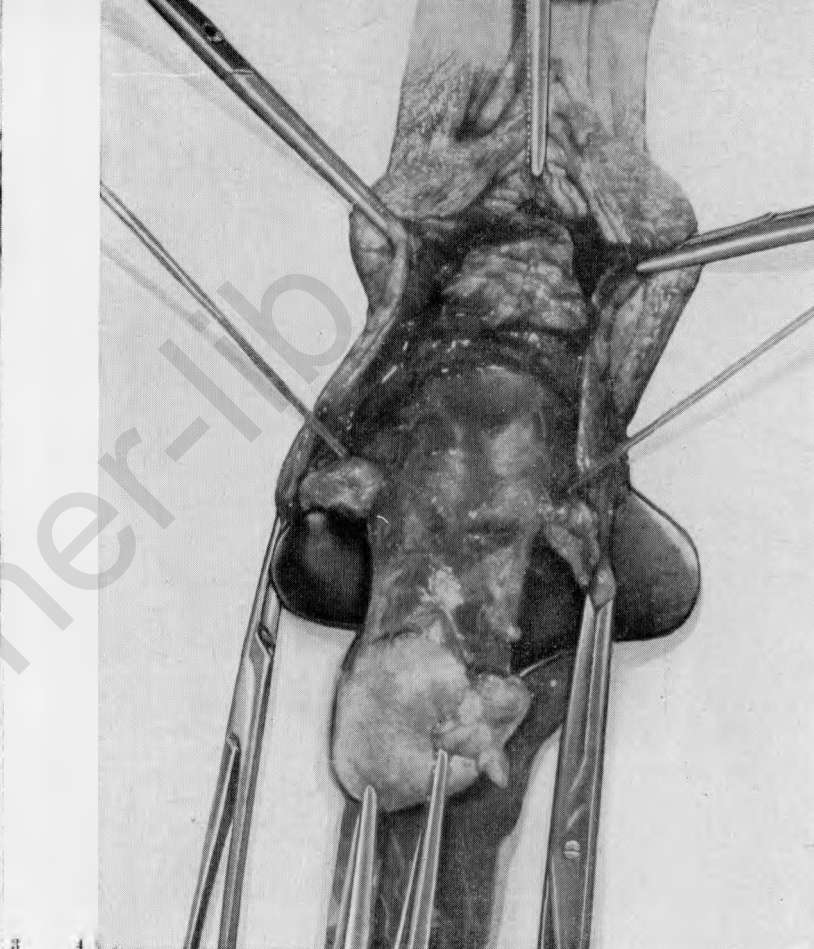
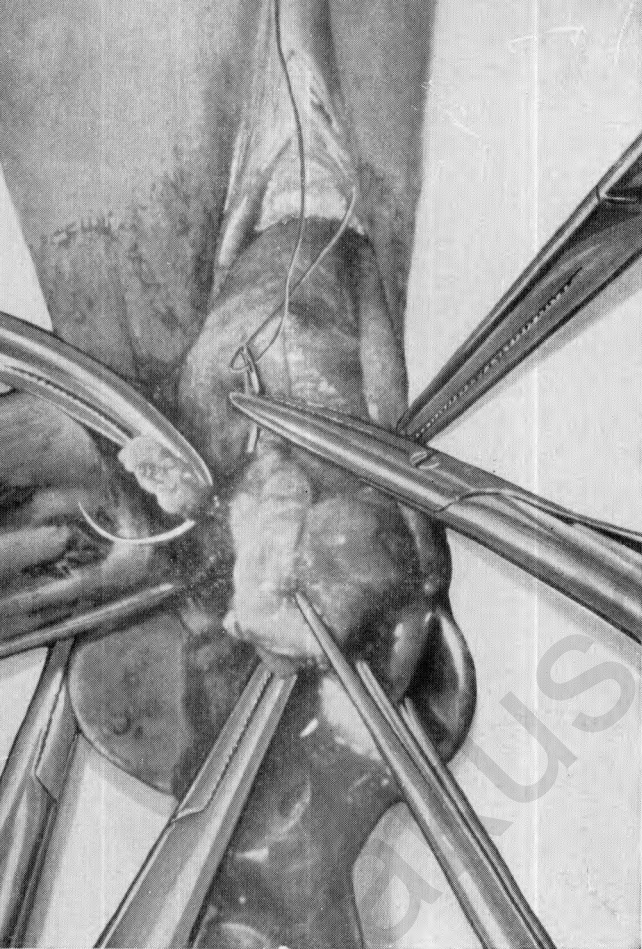
Der Anfang und Verlauf der Operation ist bis zur Portioamputation fast der gleiche. Zum Unterschied von der Halbanschen Plastik, bei welcher vor

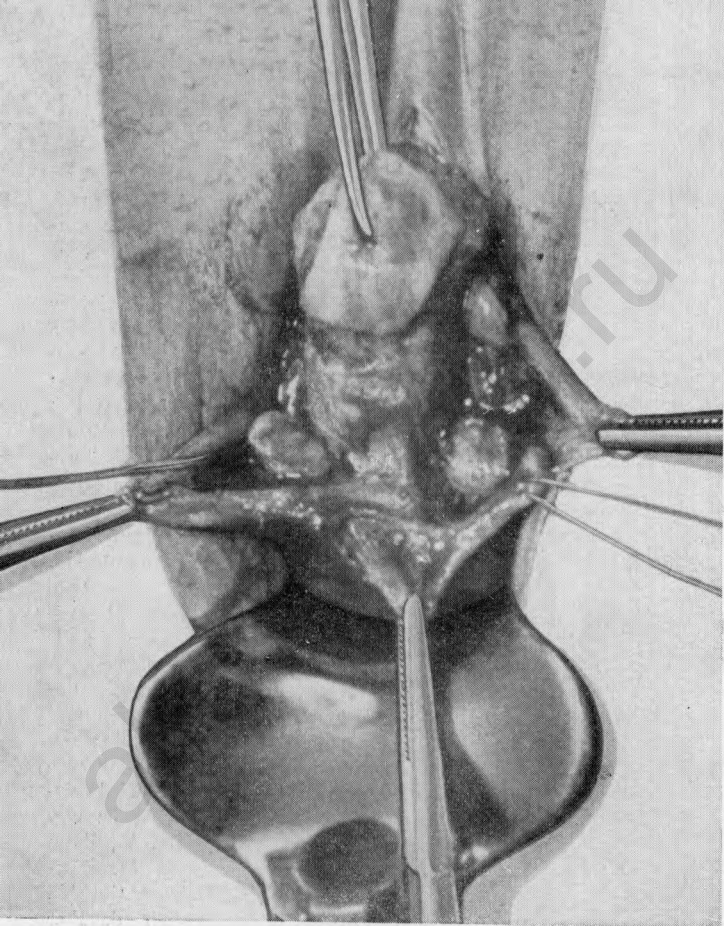


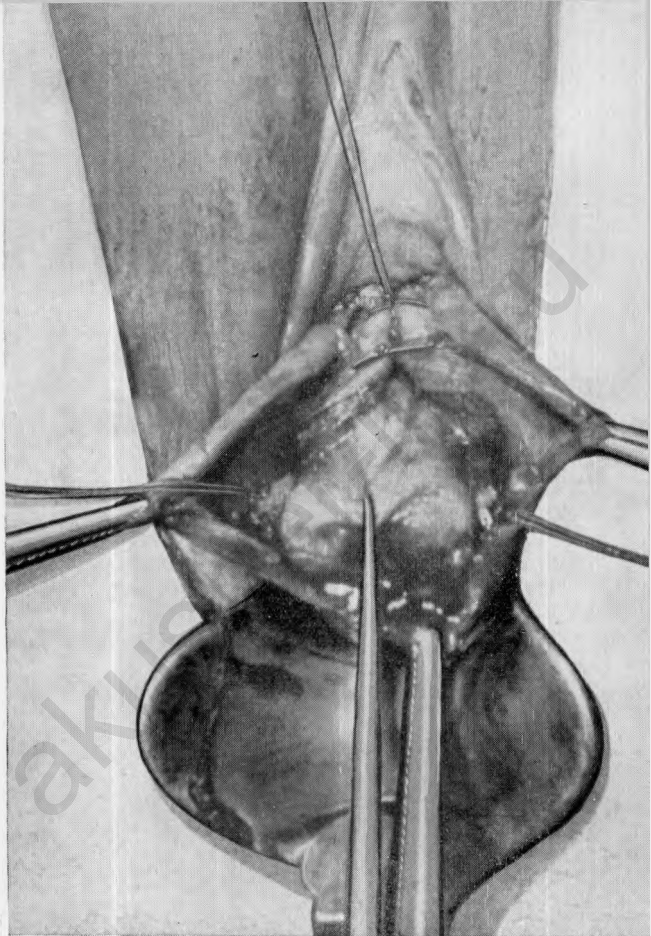
1



2







6

lia, teda strednú časť retinaculum uteri, podechytíme (obr. 1), prestrihneme (obr. 2) a opichujeme (obr. 3) v celej jeho šírke a hrúbke s descendantnou vetvou a. uterinae, ktorá v nej prebieha. Celý zväzok čiastočne odpreparujeme od hrany maternicového krčka (obr. 4). Zauzlené ligatúry ostávajú dlhé (obr. 5). Tieto útvary slúžia k vytvoreniu nosného popuhu močového mechúra, k vytvoreniu umelého septum supravaginale.

Nasleduje amputácia čapika, ako je opísaná v predchádzajúcej kapitole. Po ošetrovaní močového mechúra buď stehom Gersunyho, alebo priečne založenými uzlovými stehmi (obr. 6) prevedieme plastickú úpravu zadnej polovice kýpťa čapika podľa Sturmdorfa a príkročíme k podstate Fothergillovej operácie. Pomerne silným stehom zachytíme kýpeť ľavého snopeca paracervikálneho väziva (obr. 7), potom prednú stenu krčka (obr. 8) a súmerne kýpeť pravého snopeca (obr. 9). Podobne založíme aj druhý steh. Teraz vidíme, že pri tejto operácii nesmieme čapík amputovať príliš vysoko, aby opísané stehy, pôsobiacie na časť maternice ako na kratšiu páku, vedeli previesť maternicu do anteverzie.

Pokračujeme Sturmdorfovým stehom na prednom pysku kýpťa už opísaným spôsobom, pričom ponecháme ligatúry na paracervikálnom väzive zatiaľ dlhé,

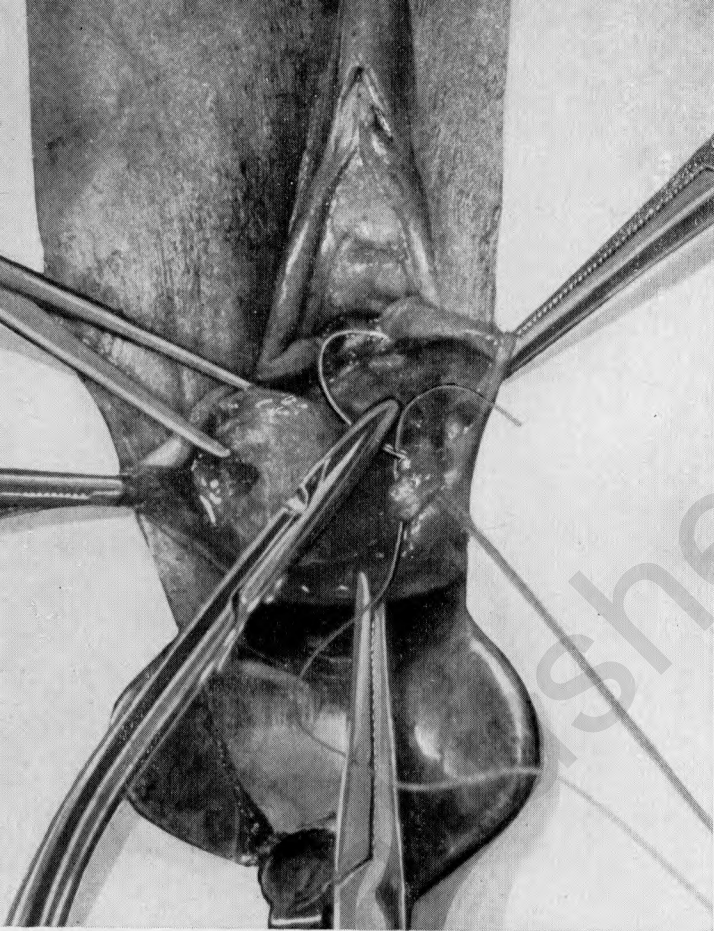
patologически видоизмененной шейкой матки. Манчестерская операция, разработанная Фодергиллем, очень похожа на пластику по Гальбану. Опишем только отличающиеся и характерные фазы.

Начало и ход операции, почти вплоть до ампутации шейки матки сходны. В отличие от пластики Гальбана, при которой перед ампутацией шейки матки перевязывается нисходящая ветвь маточной артерии только для предупреждения кровотечения, — при операции Фодерги́лля мы прощупываем в околотечевой соединительной ткани кардинальные связки матки, т. е. среднюю часть retinaculum uteri, захватываем их (рис. 1), рассекаем (рис. 2) и обкалываем во всей их ширине и толще вместе с нисходящей ветвью маточной артерии, которая проходит через них. Весь пучок мы частично отделяем от ребра тела матки (рис. 4). Завязанные лигатуры остаются длинными (рис. 5). Эти образования служат для воспроизведения несущего моста мочевого пузыря, для воспроизведения искусственной надвлагалищной перегородки.

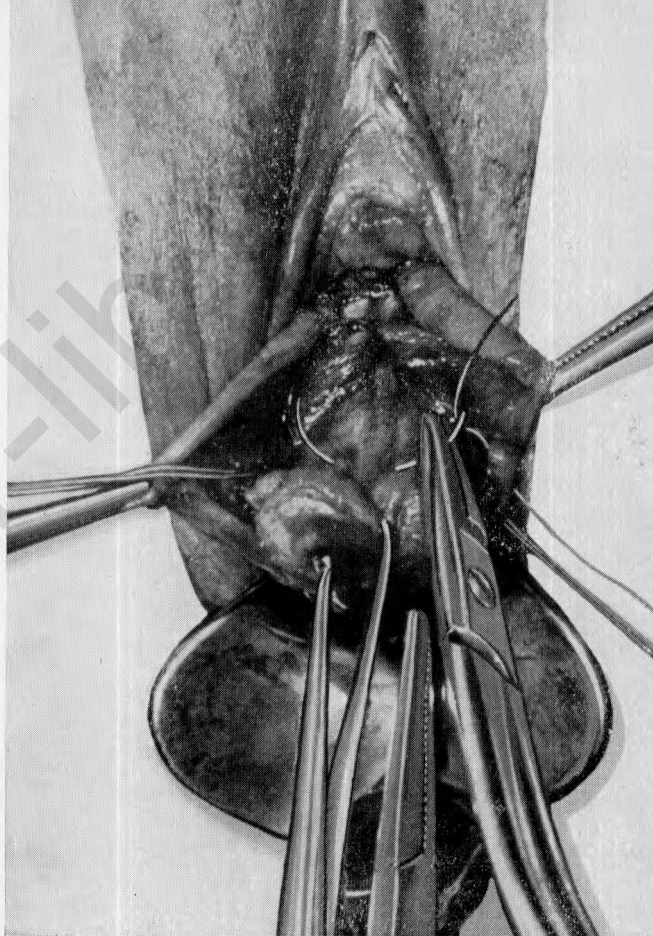
Затем следует ампутация шейки матки так, как она описана в предыдущей главе. После оттеснения мочевого пузыря швом по Герсуни или же поперечными узловыми швами (рис. 6) производим пластическое восстановление задней половины культи шейки матки по Штурмдорфу и приступаем

der Portioamputation der absteigende Uterinaast nur zur Blutstillung unterbunden wird, tastet man beim Fothergill'schen Verfahren im Parazervikalgebilde die Ligg. cardinalia aus, d. h. den Mittelabschnitt des Retinaculum uteri, klemmt diesen ab (Abb. 1), durchtrennt (Abb. 2) und unterbindet ihn (Abb. 3) gemeinsam mit den in ihm verlaufenden absteigenden Uterinaästen in seiner ganzen Breite und Stärke. Das ganze Bündel präpariert man ein wenig von der Uteruskante frei (Abb. 4) und lässt die geknüpften Ligaturen ungekürzt (Abb. 5). Die erwähnten Gewebe dienen zur Bildung eines Harnblasen-Trägergurttes, zur Bildung eines künstlichen Septum supravaginale.

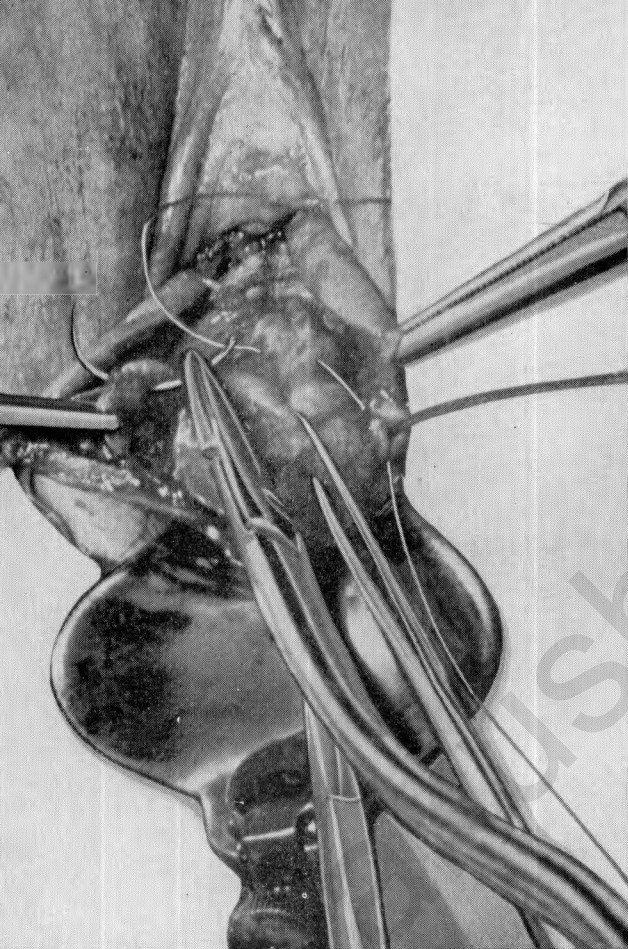
Es folgt nun die — im vorigen Kapitel beschriebene — Portioamputation. Nach Versorgung der Harnblase entweder mit der Gersuny'schen Tabakbeutelnaht oder mit quer verlaufenden Knopfnähten (Abb. 6), führt man eine plastische Korrektur der hinteren Portiostumpfhälfte nach Sturmdorf durch und beginnt die prinzipielle Phase der Fothergill'schen Operation. Mit einer verhältnismässig starken Naht wird zunächst der Stumpf des linken parazervikalischen Gewebsbündels (Abb. 7), dann die Zervixvorderwand (Abb. 8), symmetrisch der rechten Bündelstumpf (Abb. 9) ergriffen und schliesslich darüber



7

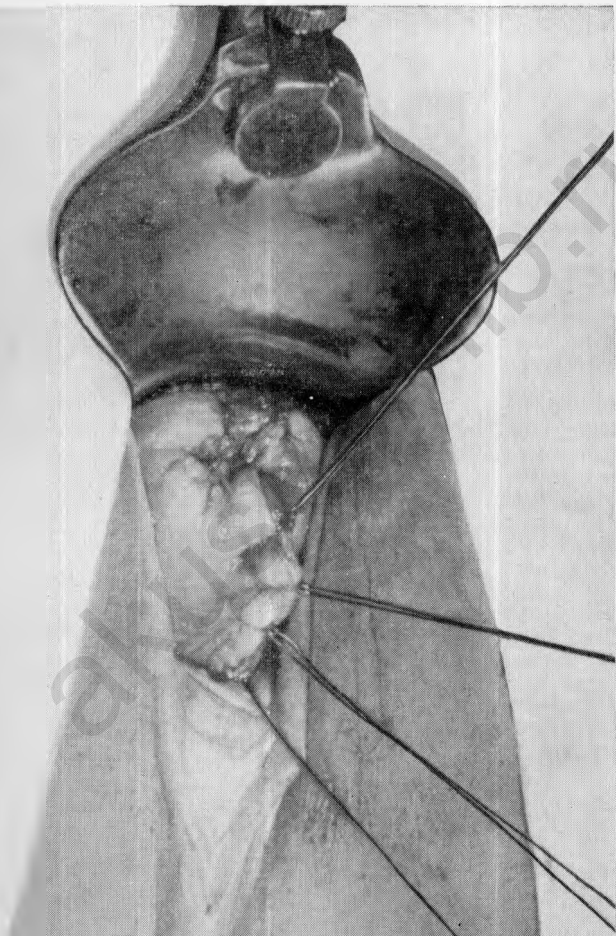


8



9 10







uložené nad Sturmдорфовým stehom (obr. 10). Iba po plastickom vytvorení nového čapíka zauzlíme konce týchto ligatúr v rane nad čapíkom (obr. 11).

Takto priblížime paracervikálne kýpce a podporíme antevertujúci a elevujúci vplyv Fothergillových stehov.

Operáciu dokončíme sutúrou prednej pošvovej steny (obr. 12) a zadnou plastikou.

к собственной операции Фодергилля. Сравнительно крепким швом мы захватываем культю левого пучка околопещечной клетчатки (рис. 7), затем переднюю стенку шейки (рис. 8) и симметрично культю правого пучка (рис. 9). Подобным образом мы накладываем также и второй шов. Теперь мы видим, что при этой операции нельзя производить слишком высокую ампутацию шейки матки, чтобы описанные швы, действующие на часть матки как на короткое плечо рычага, смогли перевести матку в передний наклон.

Продолжаем операцию наложением шва Штурмдорфа на переднюю губу культи описанным уже способом, причем лигатуры на околопещечной соединительной ткани остаются пока длинными и расположены они над швом Штурмдорфа (рис. 10). Только после пластического образования новой влагилицной части шейки матки мы завязываем концы этих швов в ране над влагилицной частью шейки матки (рис. 11). Таким образом мы сближаем околопещечные культю и в то же время оказываем действие швам Фодергилля, производящим наклон матки впереди и ее поднятие.

Операцию заканчиваем зашиванием передней стенки влагилица (рис. 12) и задней пластикой.

eine zweite Naht angelegt. Wie zu sehen, ist es nicht ratsam, die Portio allzuhoch zu amputieren, damit die — auf einen Teil des Uterus hebelartig wirkenden — Nähte die Gebärmutter in eine Anteversionsstellung bringen können.

Auf die vorher beschriebene Art setzt man nun die Operation mit einer Sturmдorfschen Naht am vorderen Stumpf- rand fort — und lässt hierbei die Ligaturen im Parazervikalgewebe einstweilen über der Sturmдorfschen Naht ungekürzt (Abb. 10). Erst nach der plastischen Neuformung der Portio werden die Enden der Ligaturen über der Portiowunde geknotet (Abb. 11), die parazervikalen Stümpfe dadurch genähert und die antevertierende bzw. elevierende Wirkung der Fothergillschen Nähte unterstützt.

Mit der Naht der vorderen Scheidenwand (Abb. 12) und einer hinteren Plastik wird die Operation beschlossen.

OPERÁCIA PREDPADNUTIA MATERNICE PODĽA NEUGEBAUERA—LE FORTA
COLPORRHAPHIA MEDIANA — COLPOCLEISIS MEDIANA SEC. NEUGEBAUER—LE FORT

ОПЕРАЦИЯ ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ ПО НЕЙГЕБАУЭРУ—ЛЕ ФОРТУ
COLPORRHAPHIA MEDIANA — COLPOCLEISIS MEDIANA SEC. NEUGEBAUER—LE FORT

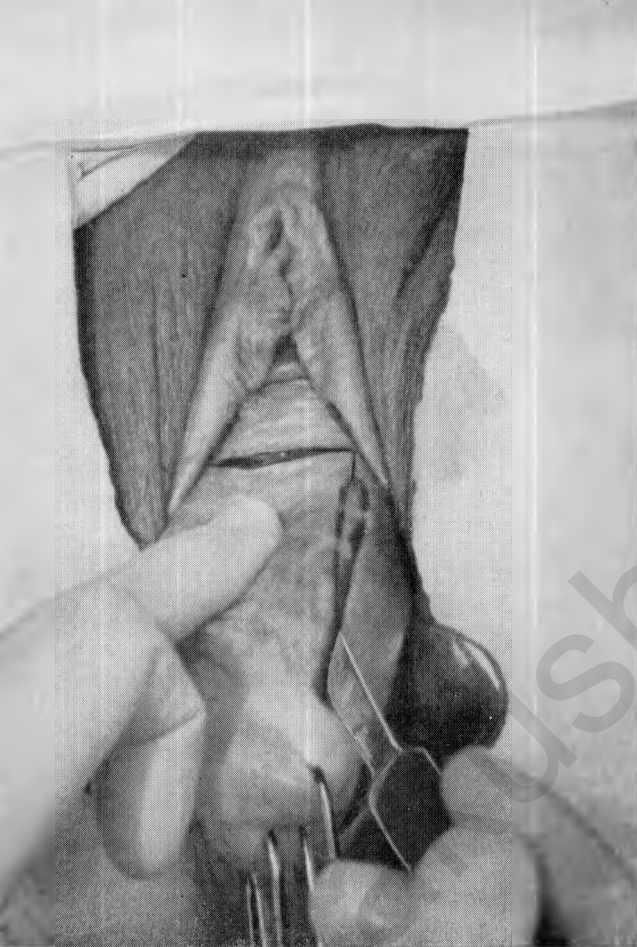
DIE OPERATION DES GEBÄRMUTTERVORFALLES NACH NEUGEBAUER—LE FORT
COLPORRHAPHIA MEDIANA — COLPOCLEISIS MEDIANA SEC. NEUGEBAUER—LE FORT

Čapík zachytíme a stiahneme, pričom v dôsledku prolapsu je celá pošvová stena viditeľná pred pošvovým vchodom. Na prednej pošvovej stene vytne-
me zo sliznice pruh obdĺžnikového tvaru, ktorého užšia báza je vzdialená asi 2 cm od čapíka, druhá je na uretrálnom konci pošvy pod ústím uretry (obr. 1—2). Obdĺžnik je široký 2 až 2½ cm, dlhý 4—5 cm, podľa priestor-
nosti pošvy. Uvoľnený okraj po celej šírke zachytíme menšími Kocherovými kliešťami, slizničný lalok uvoľňujeme ďalej skalpelom. Ostrie smeruje k sliz-
nici, aby sme sa vyhlí poraneniu močového mechúra (obr. 3). Po odprepara-
ovaní slizničného laloka na prednej pošvovej stene (obr. 4) postupujeme podobným spôsobom na zadnej pošvovej stene, ktorú napneme tým, že čapík dvíhame nahor k spone (obr. 5). Exstir-

При значительном выпадении матки у старых женщин, не живущих половой жизнью, все еще находит свое применение операция Нейгебауэра—Ле Форта. Суть этой операции заключается в частичной облитерации влагалища, причем остаются только два боковых канала для отвода маточного и шеечного секретов. Стенки прямой кишки и мочевого пузыря соединяются и, таким образом, препятствуется их опусканию.

Влагалищную часть матки мы захватываем и тягиваем книзу, причем вследствие выпадения вся стенка влагалища оказывается вывернутой и видимой во влагалищном входе. На передней стенке влагалища мы иссекаем часть слизистой в форме прямоугольника, короткая сторона которого находится на расстоянии

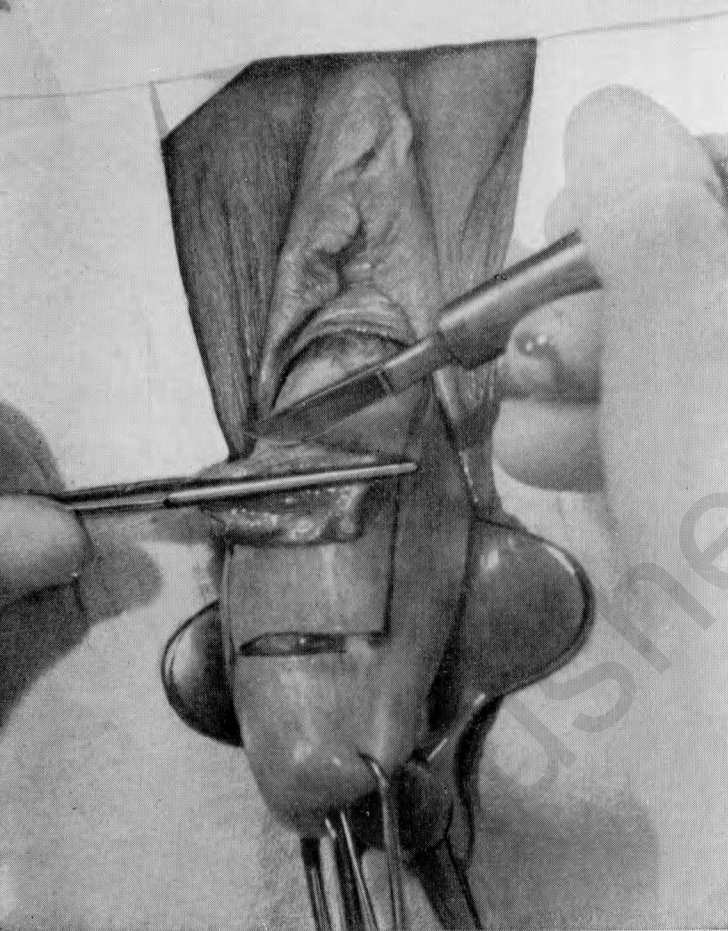
Mit der gefassten und vorgezogenen Portio wird — unterstützt durch die Prolapsverhältnisse — auch die gesamte, umgestülpte Scheidenschleimhaut vor dem Scheideneingang sichtbar. Aus der vorderen Scheidenwand schneidet man zunächst einen schmalen, rechteckigen Schleimhautstreifen, der etwa 2 cm oberhalb des Portioendes beginnend, bis zum urethralen Schleimhautende, d. h. bis unter die Urethramündung reicht (Abb. 1—2). Die Breite des Rechtecks beträgt etwa 2—2½ cm, die Länge je nach den vorliegenden Verhältnissen caa 4—5 cm. Die freien Ränder dieser Exzisionsfigur fasst man in ihrer ganzen Länge mit kleineren Klemmen und löst — um eine Blasenverletzung zu vermeiden — mit der zur Schleimhaut gerichteten Skalpellklinge (Abb. 3) den Schleimhautlappen von seiner Unter-



1

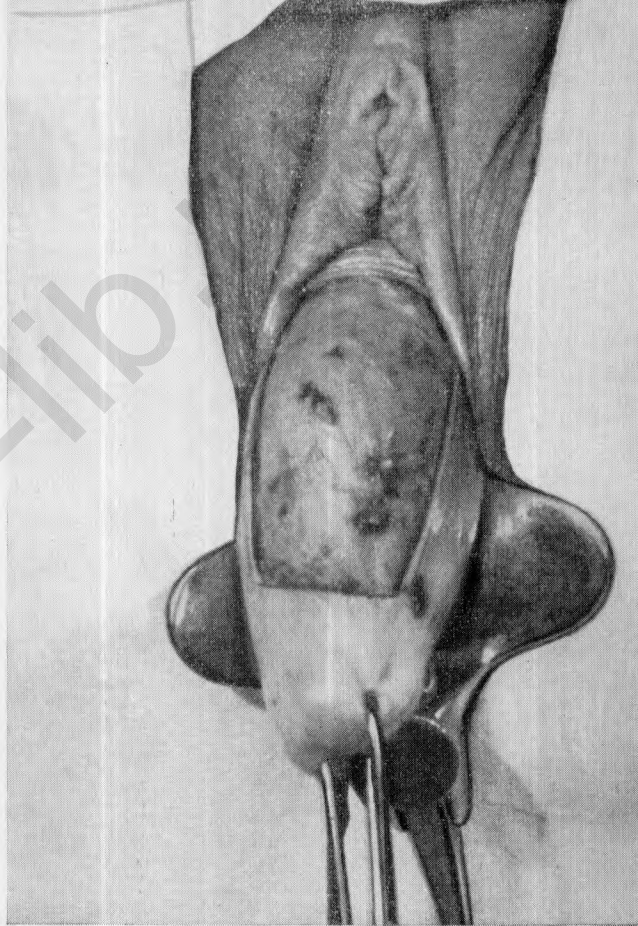


2



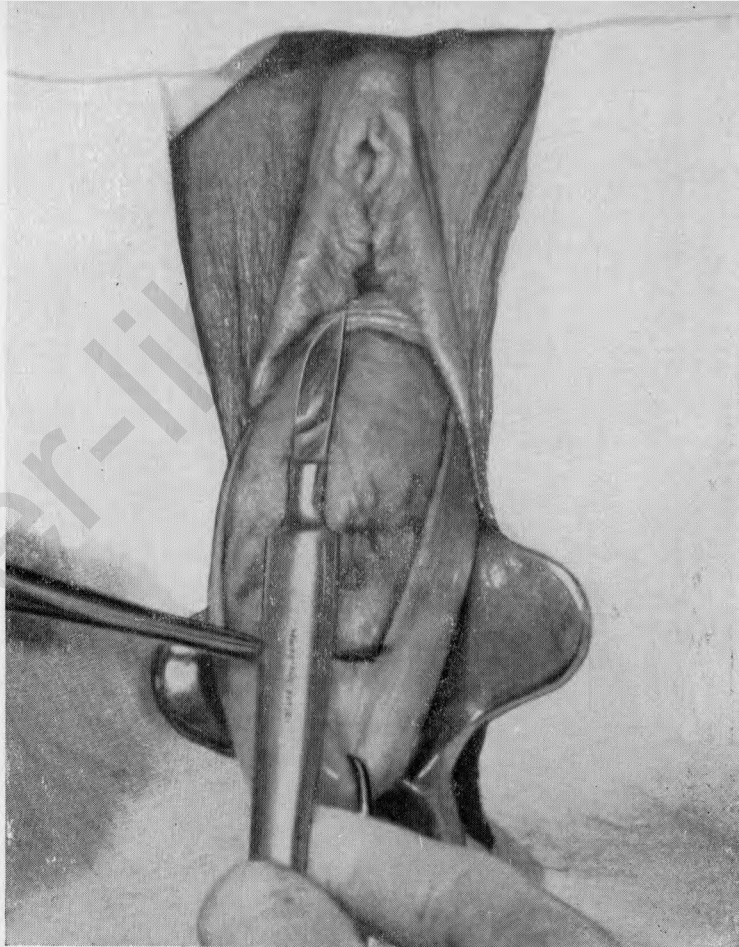
3

4





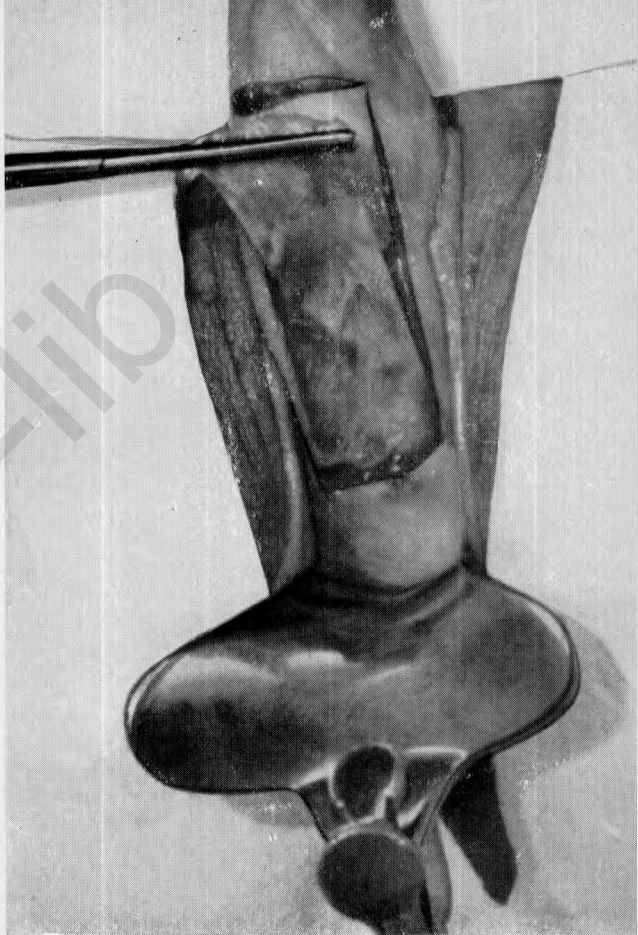
5



6



7



8

povaný lalok musí svojou veľkosťou, tvarom a uložením presne zodpovedať obdĺžniku na prednej pošvovej stene. Dĺžku laloka môžeme určiť nástrojom, ktorý máme práve pri ruke (na obrázku č. 6 skalpelom). Týmto spôsobom si preniesieme rozmery na zadnú pošvovú stenu. Ďalší postup ukazuje obr. 7—9.

Krvácajúce cievy podchytíme a podviažeme jemným katgutom. Potom si jeme najprv priečne prebiehajúce okraje nad čapíkom v prednej a zadnej pošvovej klenbe (obr. 10—12). Tým vytvoríme pred čapíkom priečny kanálik. Šijeme striedavo na oboch pozdĺžnych stranách (obr. 13), pričom čapík postupne vtlačáme a vchlipujeme. Jednotlivými plošne založenými vnorenými stehmi šijeme aj stred ranovej plochy (obr. 14), aby obliterácia pošvy, teda spojenie mechúra a konečníka bolo dokonalé. Operáciu dokončujeme zošitím distálnych priečných okrajov (obr. 15 až 17).

Pred ukončením suture, teda pred zošitím dolných priečných okrajov, môžeme zvýšiť hrádzu spojením levátorov, alebo po kompletnej suture lalokov môžeme pripojiť operáciu podľa Kahra. Osvedčila sa posledná varianta.

Po operácii ostávajú vedľa obliterovaného strediu pošvy pre odtok maternicového a cervikálneho sekrétu dva po-

приблизительно 2 см от влагалищной части шейки матки, другая — на уретральном конце влагалища под устьем мочеиспускательного канала (рис. 1—2). Короткая сторона прямоугольника равна 2—2½ см, длинная 4—5 см, в зависимости от просторности влагалища. Освобожденный край на всем протяжении мы захватываем большими зажимами, затем лоскут слизистой освобождаем скальпелем, причем его острие направляем к слизистой, чтобы избежать ранения мочевого пузыря (рис. 3). После отсепаровки лоскута слизистой (рис. 4) подобным образом поступаем и на задней стенке влагалища, которая натягивается при поднимании влагалищной части шейки матки вверх, к лону (рис. 5). Удаленный лоскут своей величиной, формой и местом нахождения должен точно отвечать прямоугольнику на передней стенке влагалища. Длина лоскута определяется каким-либо инструментом, на рис. 6 — скальпелем. Таким образом мы переносим размеры на заднюю стенку влагалища. Дальнейший ход показан на рис. 7—9. Кровоточащие сосуды мы захватываем и перевязываем тонким кетгутом.

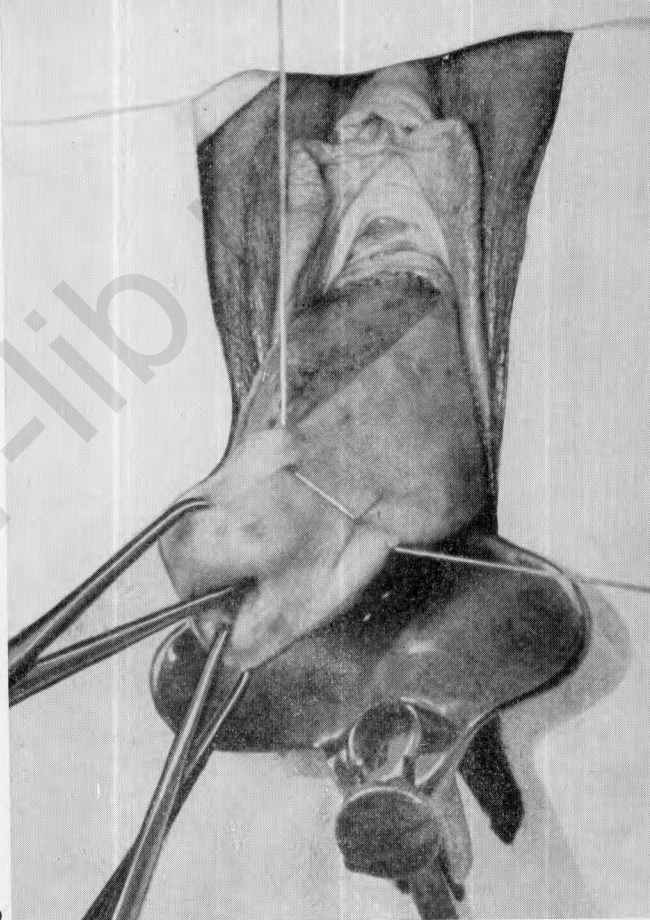
После этого мы шиваем сначала поперечные края над влагалищной частью шейки матки в переднем и

lage. Nach Beendigung dieses Eingriffes (Abb. 4), geht man auf der hinteren Scheidenwand in gleicher Weise vor und spannt diese durch einen symphysewärts gerichteten Zug an der Portio (Abb. 5). Der hier exstirpierte Lappen muss in seiner Grösse, Form und Lage genau dem Rechteck der vorderen Scheidenwand entsprechen. Die Länge des zu exzidierenden Lappens kann man mit jedem eben verfügbaren Instrument (auf Abb. 6 z. B. mit einem Skalpell) bestimmen, und solchermassen auf die Rückwand übertragen. Den weiteren Fortgang zeigen die Abb. 7—9. Blutende Gefässe werden gefasst und mit feinem Catgut unterbunden.

Während der nun folgenden Operationsphase werden zunächst die über der Portio verlaufenden Wundränder der vorderen und hinteren Scheidenwand vernäht (Abb. 10—12) und so ein vor dem Muttermund quer verlaufender Kanal gebildet. Dann näht man abwechselnd auf beiden Längsseiten zurückgedrängt und eingestülpt wird. Um eine weitgehende Obliteration der Scheide, d. h. eine vollkommene Vereinigung der Blase und des Rektums zu erreichen, vernäht man auch die Mitte der Wundfläche durch flach angelegte, versenkte Knopfnähte (Abb. 14). Die Operation wird durch die Naht der

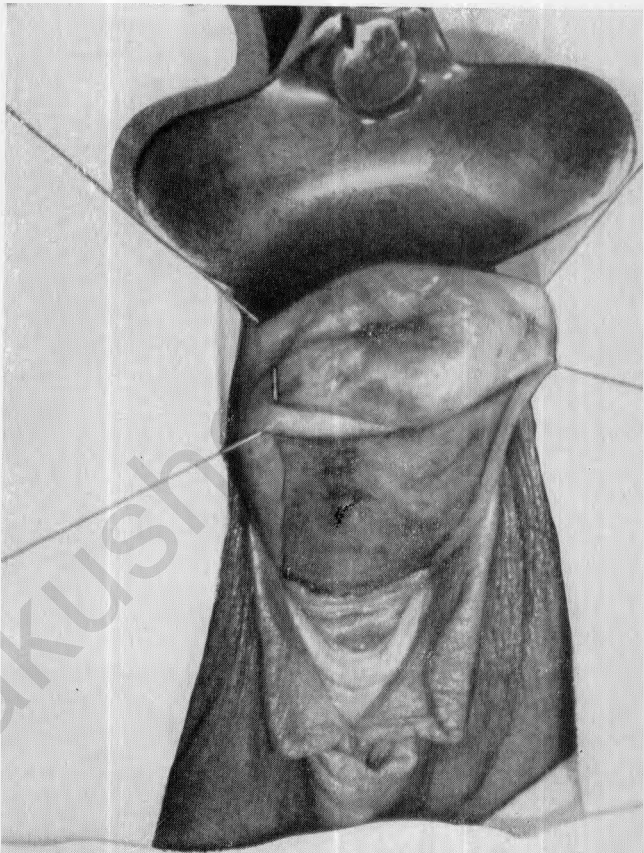


9



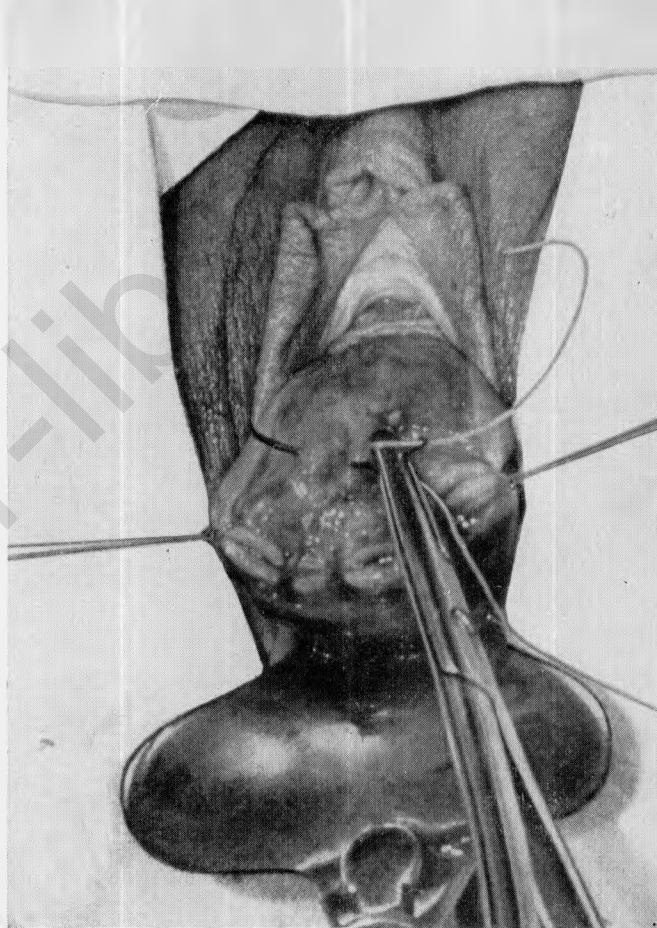
10

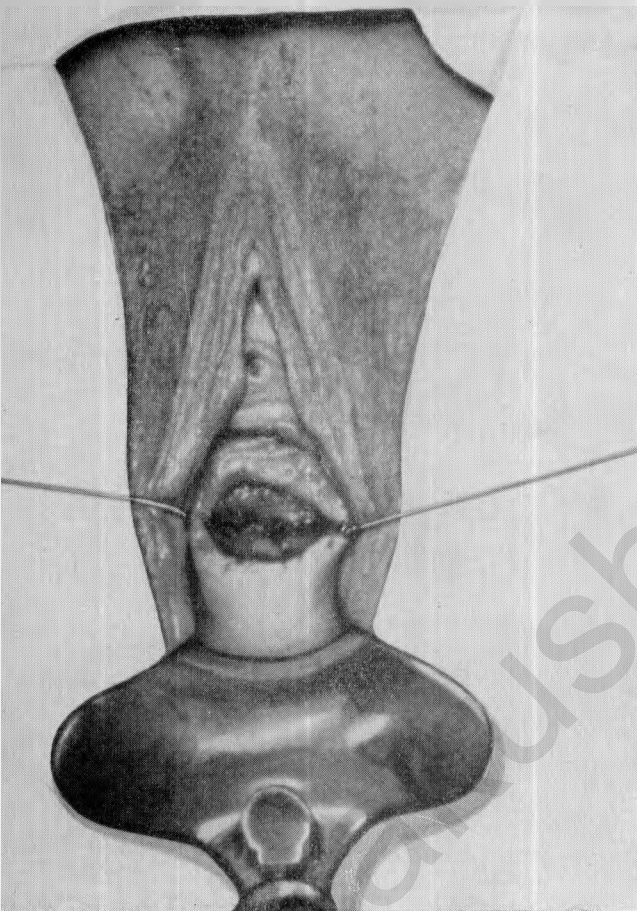






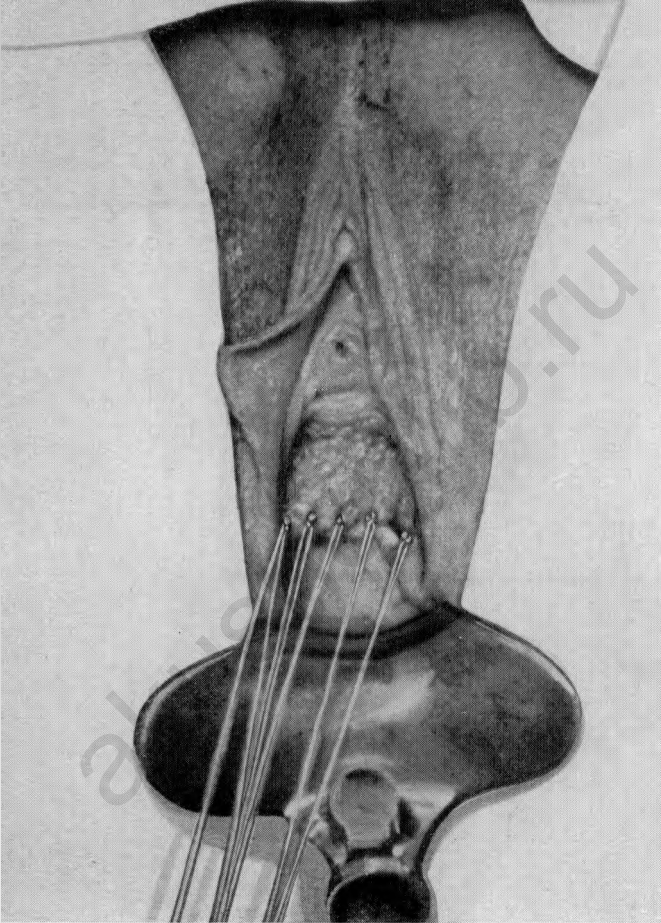
13 14

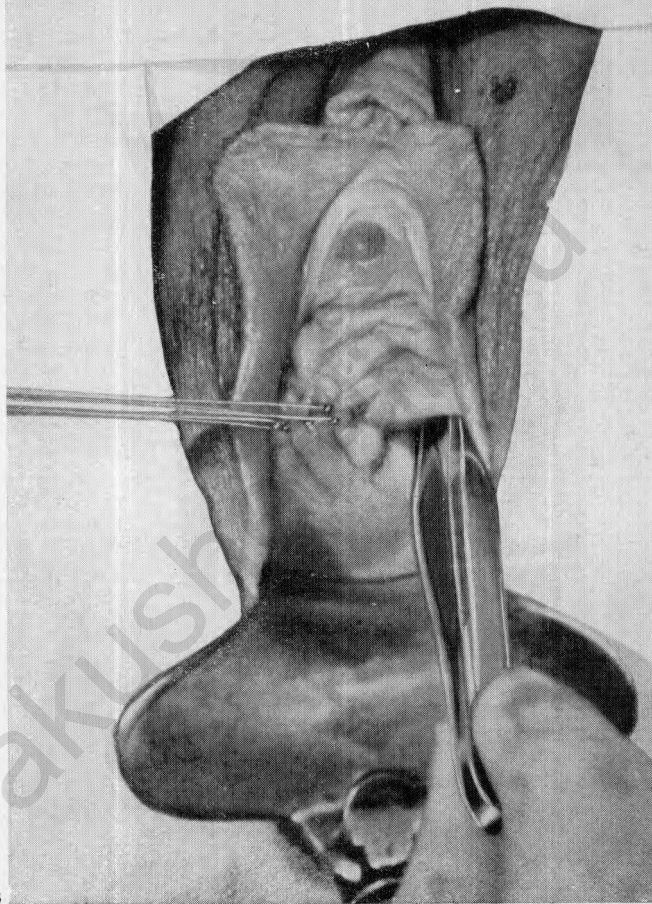




15 16







17 18

stranné kanáliky (obr. 18—19), ktoré sú spojené s kanálikom, prebiehajúcim priečne pred čapíkom.

заднем своде влагалища (рис. 10—12). Таким способом мы образуем перед маточным зевом поперечный канал. Сшивание продолжаем поочередно с обеих продольных сторон (рис. 13), причем влагалищную часть шейки матки постепенно оттесняем и вправляем. Отдельными плоскими погружными швами зашиваем также и середину раневой плоскости (рис. 14), чтобы облитерация влагалища, т. е. соединение мочевого пузыря и прямой кишки было совершенным. Операция заканчивается сшиванием дистальных поперечных краев (рис. 15—17).

До окончания сшивания, т. е. до наложения швов на нижние поперечные края, можно приподнять промежность сближением поднимателей заднего прохода, или же после полного сшивания лоскутов можно совместить эту операцию с операцией по Кару. Оправдал себя этот последний вариант.

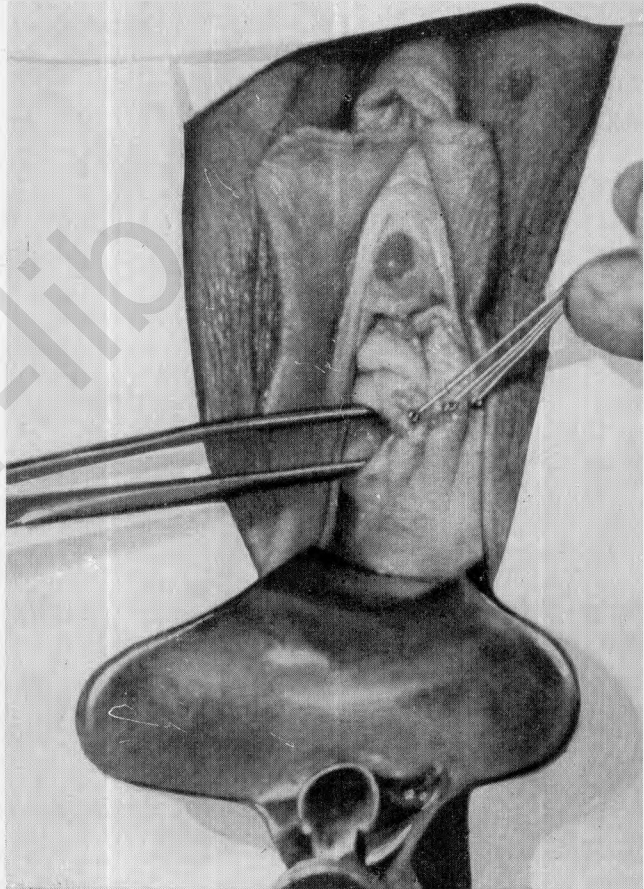
Около облитерированной середины влагалища остаются после операции два боковых канала для отвода секрета, отделяемого маткой и шеечным каналом (рис. 18—19), которые соединены с поперечным каналом, расположенным перед маточным зевом.

distalen, querverlaufenden Wundränder abgeschlossen (Abb. 15—17).

Vor dieser Naht, d. h. vor der Vereinigung der unteren Wundränder, kann man den Damm durch die Verbindung der Levatoren heben oder nach dem kompletten Verschluss die Kahr'sche Operation (siehe dort) anschliessen. Besonders die letztere Massnahme hat sich uns sehr bewährt.

Nach der Operation bleiben für den Abfluss der Sekrete neben dem oblitertierten Scheiden-Mittelabschnitt zwei seitlich verlaufende Kanäle stehen (Abb. 18—19), die mit dem vor der Portio quer verlaufenden Hohlraum kommunizieren.

akusher-lib



ČIASTOČNÉ UZAVRETIE POŠVY PODĽA KAHRA COLPOPERINEOCLEISIS SUBTOTALIS SEC. KAHR

ЧАСТИЧНОЕ ЗАМЫКАНИЕ ВЛАГАЛИЩА ПО КАРУ COLPOPERINEOCLEISIS SUBTOTALIS SEC. KAHR

DIE DAMMPLASTIK NACH KAHR COLPOPERINEOCLEISIS SUBTOTALIS SEC. KAHR

Prolaps je reponovaný (obr. 1). Rez vedieme v tvare „U“ na hranici malých a veľkých pyskov (obr. 2). Horné body ramien rezu sú asi v polovici dĺžky malých pyskov, niečo pod čiarou, vedenou v úrovni ústia močovej trubice (obr. 3). Dolná, smerom ku konečníku konvexná časť rezu, prebieha pozdĺž zadnej komistry. Z toho rezu uvoľníme pošvový kanál smerom kranialne, vzadu (obr. 4) a po stranách (obr. 5). Skalpelom rozrežeme väčšinou jazvovité tkanivo, spájajúce zadnú stenu pošvy s rektovaginálnou prepážkou. Podobným spôsobom uvoľníme aj postranné steny, takže distálna časť pošvy je pohyblivá smerom k sponc. Teraz musíme vypreparovanú časť pošvy zúžiť. Docielime to naberaným stehom, zachytávajúcím pošvovú stenu zvonku bez toho, že by sme ju celú prepichovali.

В преклонном возрасте мы должны ограничивать оперативные вмешательства до возможно меньшей степени. В случае оперативного вмешательства у старых и больных женщин, страдающих большей частью опущением половых органов, мы должны избирать методы, связанные с наименьшими затруднениями и опасностью.

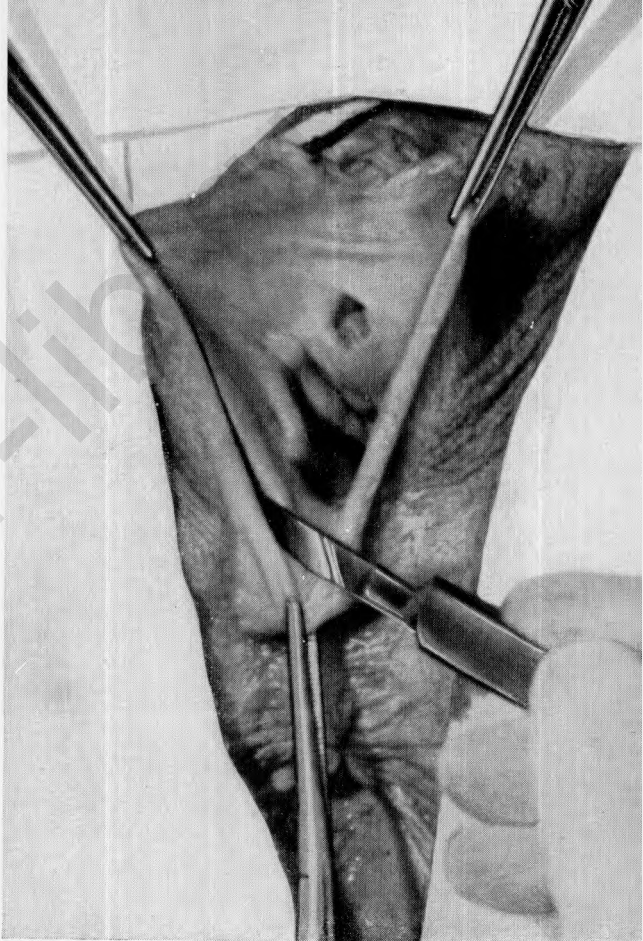
Такой операцией является пластика промежности по Кару, которую можно производить в качестве палиативного вмешательства с целью стойкого удержания, однако не устранения выпадения.

Операция длится максимально 10 до 15 минут. Если мы не хотим произвести ее в местном обезболивании, то ее можно успешно сделать у пожилых больных, без большой на-

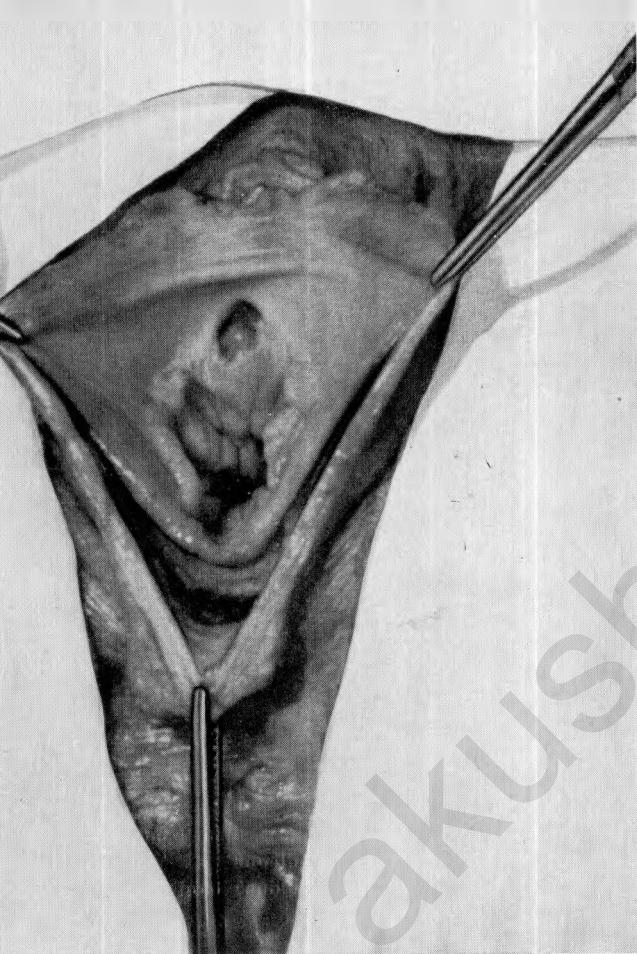
Zunächst wird der Prolaps reponiert (Abb. 1) und dann ein „U“-förmiger Schnitt an der Grenze zwischen den kleinen und grossen Labien geführt (Abb. 2). Die oberen Schnittenden liegen etwa in der Mitte der kleinen Labien, etwas unterhalb einer horizontalen Linie, die in der Höhe der Urethramündung gezogen wird (Abb. 3). Der untere, zum Rektum konvex verlaufende Schnittbogen zieht entlang der hinteren Kommissur. Von diesem Schnitt aus, wird die Scheidenwand kranialwärts hinten (Abb. 4) und zu beiden Seiten (Abb. 5) mobilisiert. Mit einem Skalpell durchtrennt der Operateur hierbei das meist narbige, die hintere Scheidenwand mit dem Septum rectovaginale verbindende Gewebe. Auf ähnliche Weise mobilisiert man dann auch die seitlichen Scheidenwände, so dass schliess-



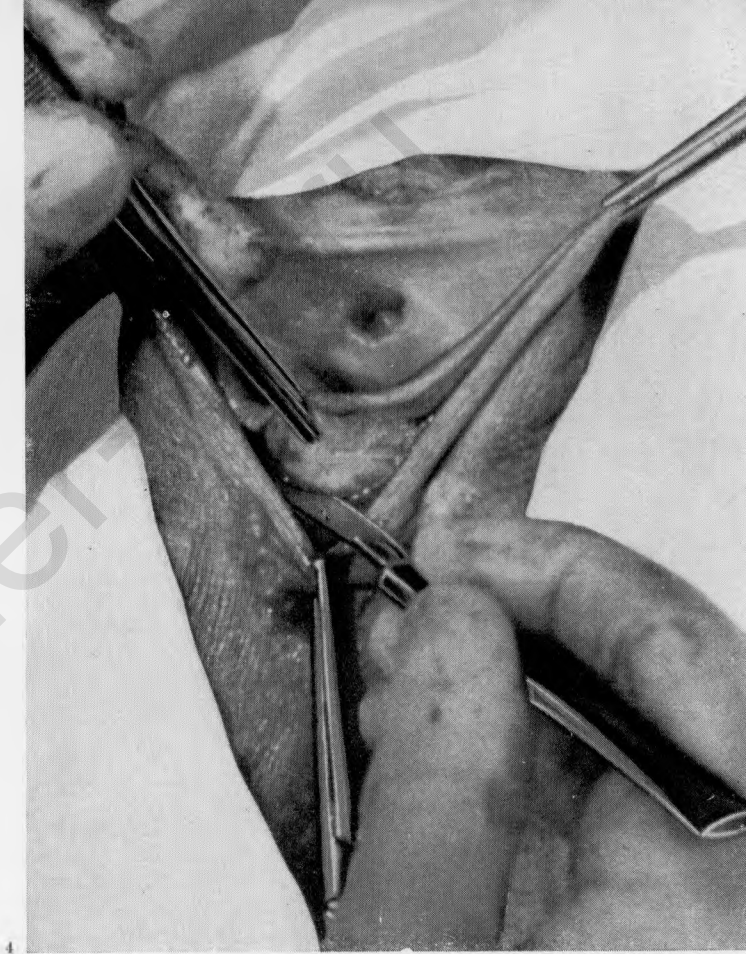
1



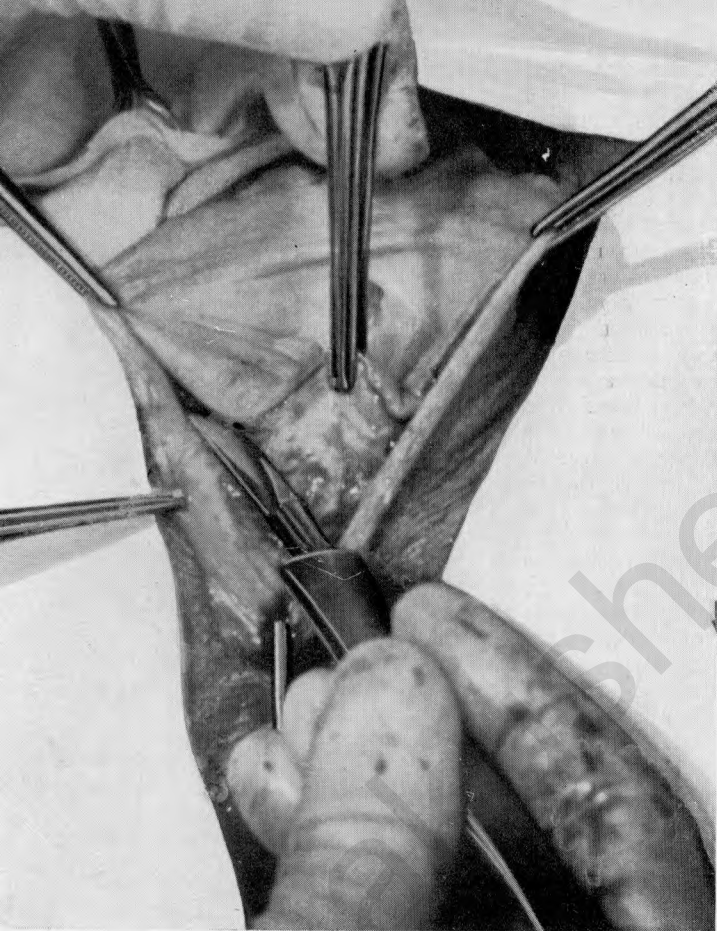
2



3

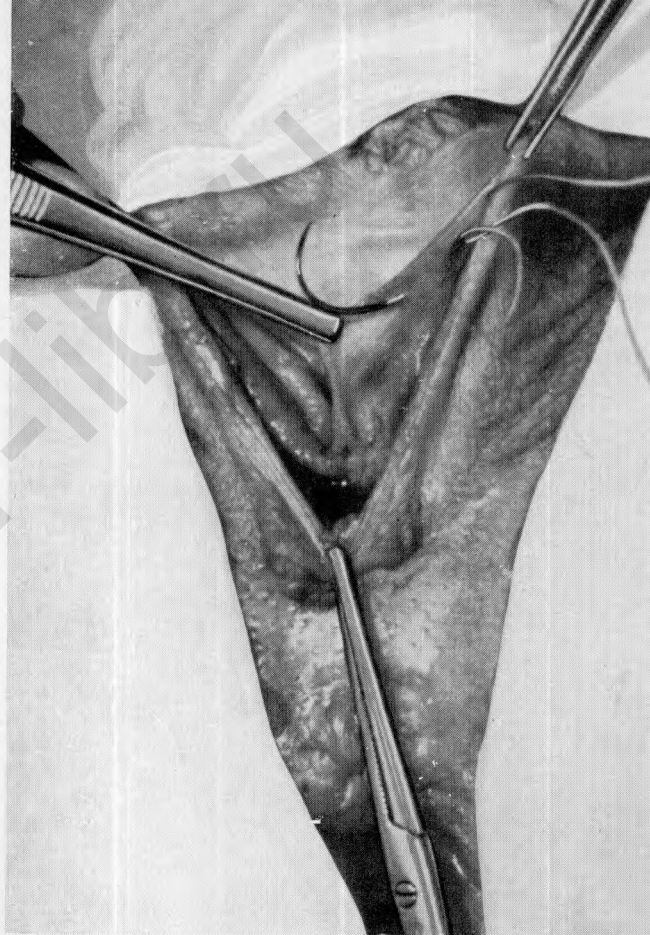


4



5

6



(obr. 6—7). Tým zúžime pošvu (obr. 8). K podpore takto zúženej pošvy zošijeme musculi bulbocavernosi od horného pólu rany až k dolnému (obr. 9—10), pričom posledným stehom zachytíme i m. perinei transversus superficialis. Potom zostáva len sutúra kože budú svojimi alebo stehmi, ktoré skôr umožnia skoršie vstávanie.

Obr. 11 ukazuje vytvorenú vysokú hrádzu a takmer uzavretý vchod pošvový. Vonkajšie ústie močovej trubice je tesne nad horným okrajom sutúry, ako vidíme po zavedení cievky.

U telesne zdatnejších pacientiek môžeme s veľmi dobrým výsledkom pripojiť Kahrovú plastiku k operácii predpadnutia maternice podľa Neugebauer—Le Forta.

грузки организма, в коротком внутреннем наркозе.

Выпадение вправляется (рис. 1). Разрез производится в форме перевернутой буквы „П“ на границе малых и больших срамных губ (рис. 2). Верхние точки разреза расположены на уровне середины малых срамных губ, немного ниже линии, проведенной через уровень устья мочеиспускательного канала (рис. 3). Нижняя, к заднему проходу обращенная выпуклая часть разреза, проходит вдоль задней складки. Стенку влагалища отсепаровываем по направлению вверх, кзади (рис. 4) и в стороны (рис. 5). Скальпелем рассекаем в большинстве случаев рубцовую ткань, соединяющую заднюю стенку влагалища с прямокишечно-влагалищной перегородкой. Подобным образом освобождаем также и боковые стенки, так что дистальная часть влагалища свободно подвижна по направлению к лону.

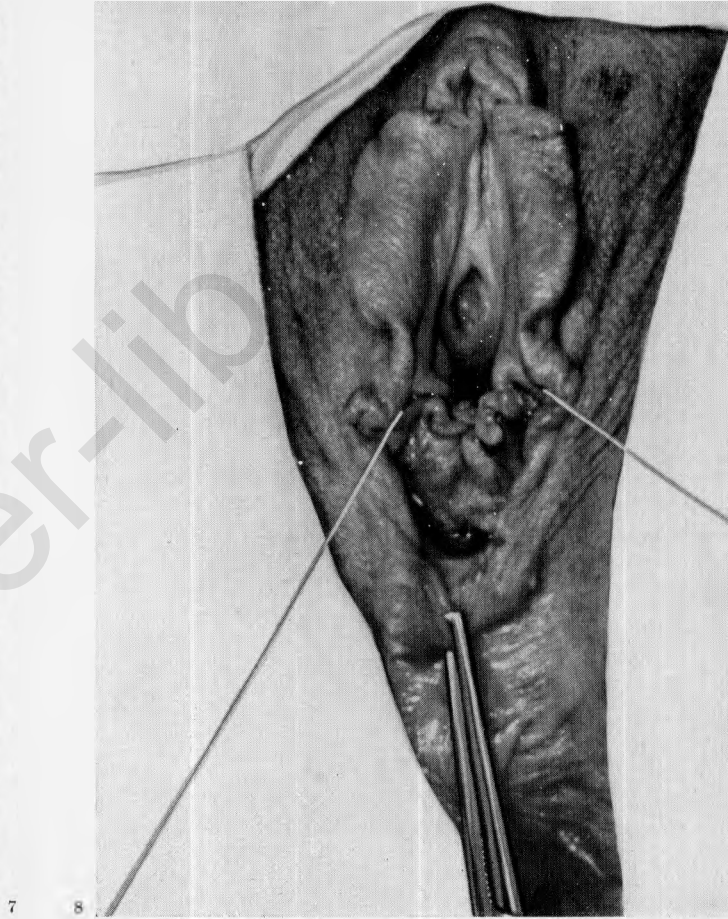
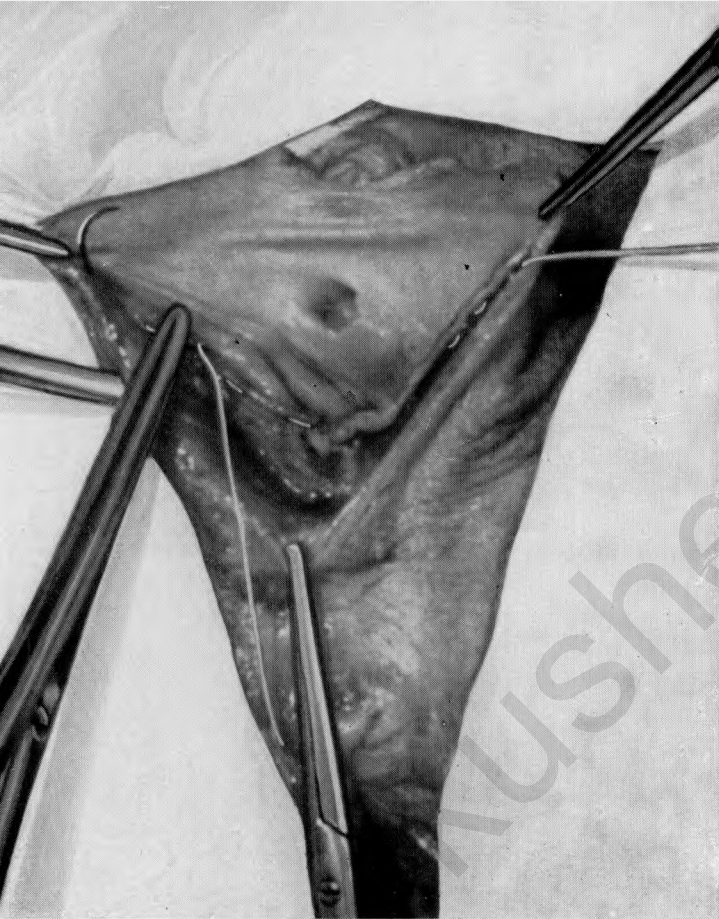
Затем мы должны отсепарованную часть влагалища сузить. Мы достигаем этого кисетным швом, захватывающим стенку влагалища извне, из раны, не прокалывая всю толщу ее стенки (рис. 6—7). Таким образом мы сужаем влагалище (рис. 8). Для поддержки таким образом суженного влагалища мы сшиваем луковично-

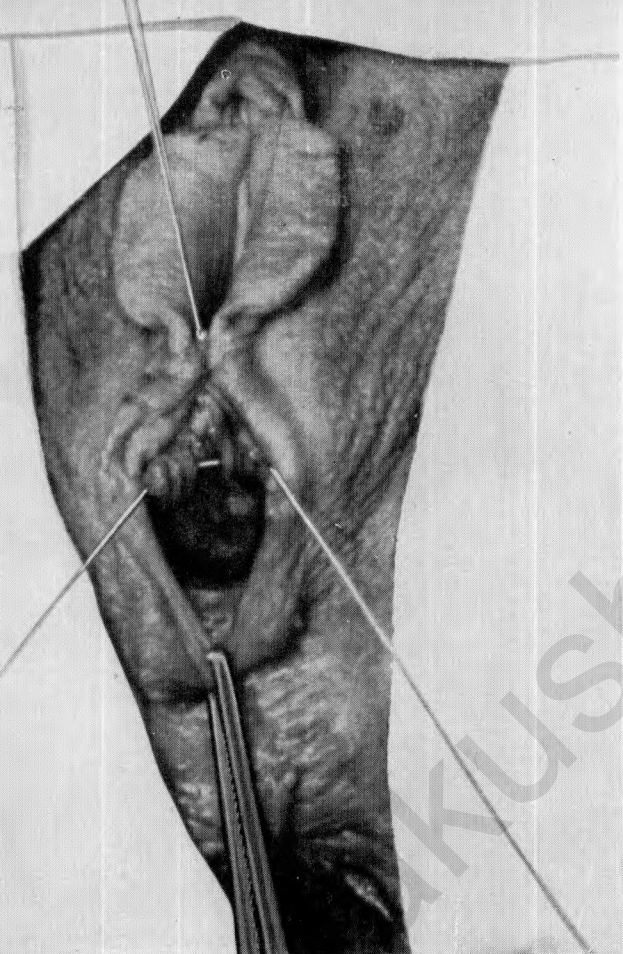
lich der distale Scheidenabschnitt in der Richtung zur Symphyse frei beweglich wird.

Der mobilisierte Vaginaabschnitt muss nun verengt werden. Man erzielt dies durch eine fortlaufende Naht, welche die Scheidenschleimhaut, ohne sie in ihrer ganzen Stärke zu fassen, von aussen, d. h. von der Wundfläche her, zusammenzieht (Abb. 6—7). Durch diesen Eingriff wird die Scheide verengt (Abb. 8). Zur Stützung der derart verkleinerten Scheide vernäht man nun von oben nach unten die Mm. bulbocavernosi (Abb. 9—10) und erfasst mit der letzten Naht auch den Musc. perinei transversus superficialis. Schliesslich wird die Hautwunde mit Klammern oder Seidenknopfnähten (die ein früheres Aufstehen der Patientin zulassen) verschlossen.

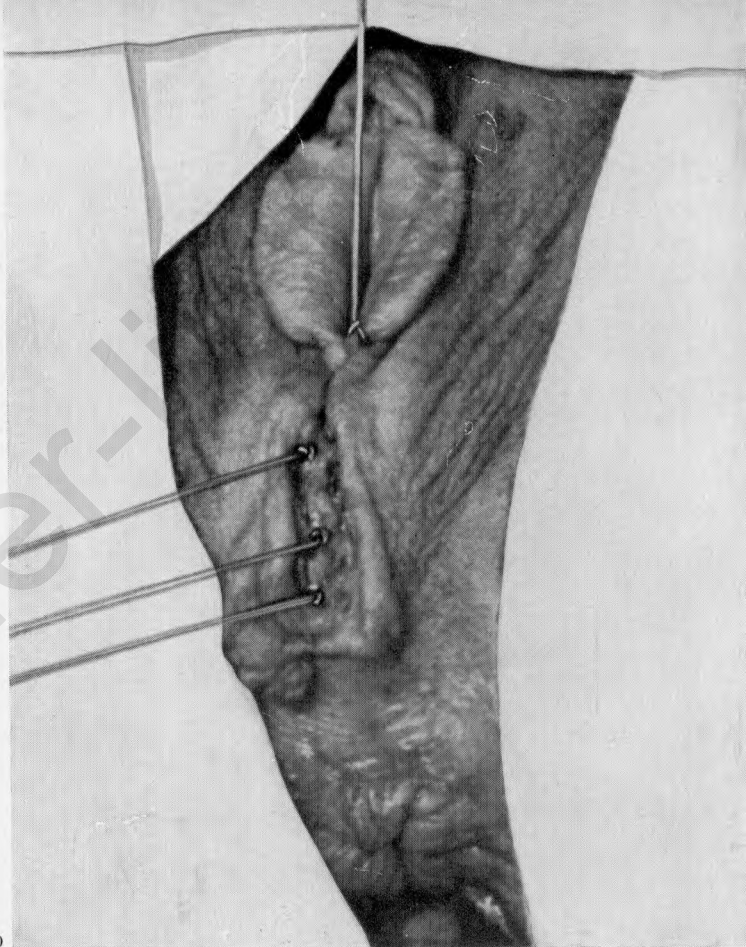
Auf Abb. 11 sieht man den derart gebildeten hohen Damm und den fast völlig verschlossenen Scheideneingang. Der eingeführte Katheter lässt knapp über dem Nahrand die Urethramündung erkennen.

Bei einem besseren Allgemeinzustand der Patientin, kann man die Neugebauer—Le Fort'sche Colporrhaphia mediana mit gutem Erfolg durch die Kahrsche Plastik ergänzen.





9 10





пещеристые мышцы от верхнего полюса раны вплоть до нижнего (рис. 9—10), причем в последний шов захватываем также и поперечную поверхностную мышцу промежности. Затем производим зашивание кожи скобками или же швами, которые ускоряют вставание с постели.

На рис. 11 показана образованная высокая промежность и почти закрытый вход влагалища. Внешнее устье мочеиспускательного канала находится непосредственно над верхним краем шва, как это видно после введения катетера.

У физически более крепких больных можно с очень хорошими результатами совместить пластику Кара со срединной кольпорофией по Нейгебауеру—Ле Форту.

ODSTRÁNENIE MATERNICE POŠVOU HYSTERECTOMIA VAGIALIS

ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ HYSTERECTOMIA VAGINALIS

DIE VAGINALE HYSTERECTOMIE HYSTERECTOMIA VAGINALIS

Z operačno-technického hľadiska rozdeľujeme prípady, vhodné pre exstirpáciu maternice vaginálnou cestou, do nasledujúcich skupín:

I. Pohyblivá maternica u multipar so širokou pošvou, s levátorní oddialenými od seba často s naznačenou alebo už vytvorenou cystorektokéľou, pri descenze alebo prolapse. V týchto prípadoch snažíme sa spojiť túto typickú operáciu s modifikáciou, korigujúcou zníženie panvových orgánov.

II. Maternica menej pohyblivá, prípadne mierne zväčšená, ktorá sa nedá siahnuť pred introitus. V týchto prípadoch môžeme maternicu exstirpovať ešte veľku bez otvorenia materničnej dutiny, obyčajne z cirkulárne vedeného rezu.

III. Maternica málo pohyblivá, podstatne zväčšená, ktorá sa často nedá

С операционно-технической точки зрения мы разделяем случаи, подходящие для удаления матки влагалищным путем, на следующие группы:

I. Подвижная матка у многократно рожавших женщин, с широким влагалищем, с расхождением поднимателей заднего прохода, часто с намечающимся или уже наступившим цисторектоцеле при опущении или же выпадении матки. В таких случаях мы стараемся совместить эту типичную операцию с модификацией, устраняющей опущение тазовых органов.

II. Матка менее подвижна, может быть несколько увеличена, ее невозможно низвести наружу. В таких случаях матку можно удалить целиком, без открывания ее полости, обыкновенно через циркулярно проходящий разрез.

Vom operativ-technischen Standpunkte teilen wir Fälle, die für eine vaginale Uterusexstirpation geeignet sind, in folgende Gruppen ein:

I. Ein beweglicher Uterus bei Mehrgebärenden mit geräumiger Vagina, klaffenden Levatoren und häufig ange deuteter bzw. bereits manifester Zystorektocele bei Uterusdeszensus oder Prolapsen. In diesen Fällen bemühen wir uns, die oben angeführte typische Operation mit Eingriffen zu verbinden, die eine Korrektur der gesenkten Beckenorgane gewährleisten.

II. Ein weniger beweglicher, eventuell leicht vergrößerter Uterus, der nicht vor den Introitus gezogen werden kann. Hier lässt sich der Uterus noch in toto, ohne Öffnung der Gebärmutterhöhle, gewöhnlich nach einem zirkulären Schnitt exstirpieren.

stiahnuť ani do introitu. Maternicu nemôžno exstirpovať veľku buď pre nepohyblivosť, alebo mimoriadnu veľkosť. V týchto prípadoch musíme si vytvoriť vhodné podmienky amputáciou čaríka, alebo rozpolením maternice, hemisekciou, alebo rozkúskovaním maternice, par morcellement.

III. Матка мало подвижна, существенно увеличена, ее часто не удается низвести даже к влагалищному входу. Полностью матку невозможно удалить, вследствие ее малой подвижности или же вследствие ее необыкновенной величины. В таких случаях мы должны образовать подходящие условия ампутацией шейки матки, рассечением матки пополам или же ее кускованием.

III. Ein schlecht beweglicher, erheblich vergrößerter Uterus, der häufig nicht einmal in den Introitus gezogen werden kann. Die Gebärmutter lässt sich ihrer Unbeweglichkeit oder besonderen Grösse wegen, nicht zur Gänze exstirpieren. In solchen Fällen müssen geeignete Bedingungen durch eine Portioamputation, Durchtrennung (Hemisektion) oder Zerstückelung des Uterus (Morcellement) geschaffen werden.

ODSTRÁNENIE MATERNICE POŠVOU I HYSTERECTOMIA VAGINALIS I

ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ I HYSTERECTOMIA VAGINALIS I

DIE VAGINALE HYSTEREKTOMIE I HYSTERECTOMIA VAGINALIS I

Typickú totálnu exstirpáciu maternice vaginálnou cestou začneme prednou a zadnou celotómiou. Najprv urobíme trojuholníkový rez na prednej pošvovej stene ako pri plastike podľa Halbana. Prehľadnosť a prístup k močovému mechúru je dobrý, aj keď túto časť pošvovej sliznice musíme resekovať ako prebytočnú.

V zrkadlách vyhladáme čapík, jeho predný a zadný pysk zachytíme ozubenými kliešťami a stiahneme smerom nadol. Tromi Kocherovými kliešťami zachytíme pošvovú stenu a určíme tvar a veľkosť trojuholníka, ktorý závisí od rozsahu zníženia pohlavných orgánov. Asistenti napnú pošvovú stenu naloženými Kocherovými kliešťami, chirurg ľavou rukou drží ozubené kliešte, stiahne čapík dolu a pravou rukou, v ktorej drží skalpel, rozpolí pošvovú stenu. Najprv v mediálnej čiare od Kocherových

Типичную полную экстирпацию матки влагалищным путем мы начинаем с переднего и заднего чревосечения. К операции приступаем треугольным разрезом, как при пластике по Гальбану. Обнажение операционного поля и доступ к мочевому пузырю хороши, несмотря на то, что эту часть слизистой, как излишнюю, приходится иссекать.

Влагалищная часть шейки матки фиксируется при помощи зеркал, передняя и задная губы захватываются пулевými щипцами и оттягиваются книзу. Тремя зажимами Кохера захватывается стенка влагалища и определяется форма и величина треугольника, которая зависит от объема опущения половых органов. Ассистенты натягивают стенку влагалища наложенными зажимами Кохера, хирург держит в левой руке пулевые щипцы

Die typische vaginale Totalexstirpation des Uterus beginnen wir mit einer vorderen und hinteren Coeliotomie. Ähnlich wie bei der Halban'schen Plastik wird auch hier zunächst ein dreieckiger Schleimhautschnitt durchgeführt. Da dieser Scheidenlappen später obenhin reseziert werden muss, ist eine gute Übersicht und ein bequemer Zugang zur Blase sehr wünschenswert.

Nach Einstellung der Portio im Scheidenspekulum, wird die vordere und hintere Muttermundslippe mit einer Kugelzange gefasst, nach unten gezogen und an der Scheidenwand mit drei Kocherklemmen ein Dreieck bestimmt, dessen Form und Grösse vom Grad der Beckenorgansenkung abhängt. Während die Assistenten die Scheidenwand mit den angelegten Kocherklemmen spannen, zieht der Operateur mit seiner linken Hand die Kugelzangen, d. h. die

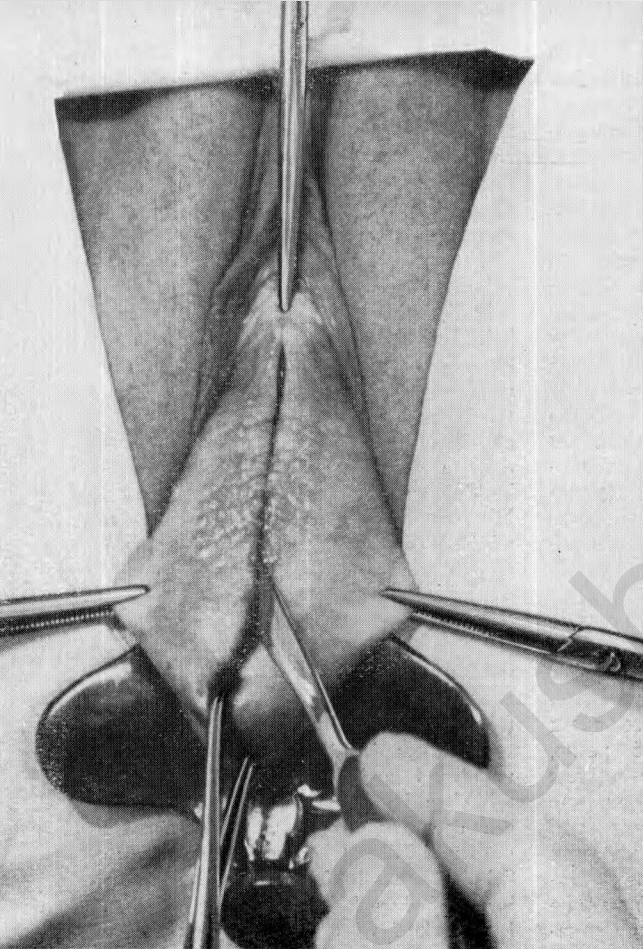
клевши под мочевою трубцоу смером к чэпйку (обр. 1), потом од того истého боду к laterálnым Kocherovým клеищам, назначујícím základнѹ тројуholнйка (обр. 2—3). Тieto два слизничне лaloky одpreparujeme одделене. Заиiname остро скалпелом од horného боду под устѹм мочевој трубице а ак са доста-неме до справнеј врсты, мѹžeme слиз-ницу тактер одлупит (обр. 4). Робимо то тѹм спѹсобоу, же прстом, омотанѹм мулоу, напнеме мехѹр, причѹм фа-лиме клеищами захытенѹ hornѹ, уѹ уволенѹ цѹ пошвоного лaloka. Jednotlivѹ напйнајѹще са спноце остро пр-неме. Odpreparovanie postrannѹch lalakov са робѹ так, же асисент напне hornѹми а постранными клеищами звыш-нуо окрай пошвоной раны, хирург хо пин-зетой увврѹти а ведѹ рез по celej jeho длѹке в ранovej ploche medzi слизничоу а фасциоу. Postup је знѹзороенѹ в капи-толе Пластика подла Halbana обр. 3, 4, 5. Далши preparacia в справнеј врсты са дари натпо прстом. (Обр. ѹ. 5 ука-зује став по уволенѹ мочевоного ме-чура до стрѹн.

Potom хирург лавоу рукоу стйалне чэпйк тахом за озубенѹ клеиште, ука-завѹком правей руки выхмѹтѹва долнѹ пѹл мочевоного мехѹра, ако приehlbinу за jeho долнѹм окрайом, которѹ пре-чѹдѹза до инзерујѹщей вагинальной фас-cie. Мочевоѹ мехѹр мѹžeme уволит аѹ

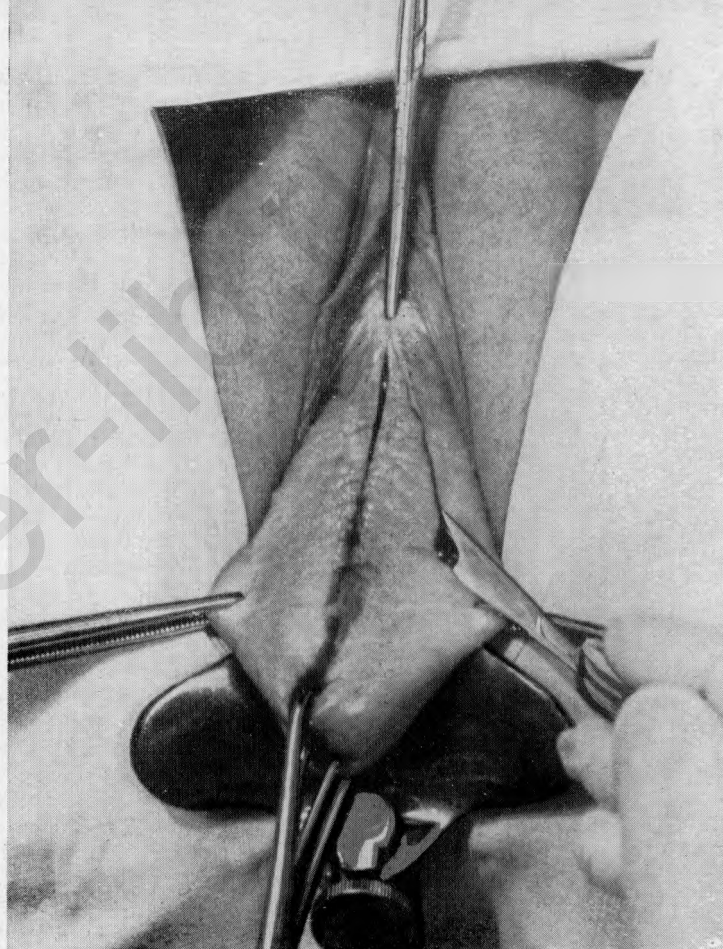
и низводит влагалищную часть шейки матки, правой рукой, в которой держит скальпель, он рассекает стенку влагалища: сначала по срединной линии от зажимов Кохера под мочеиспускательным каналом по направлению к влагалищной части шейки матки (рис. 1), затем от той же точки к боковым зажимам Кохера, обозначающим основание треугольника (рис. 2—3). Эти два лоскута слизистой отсепаиваются отдельно. Начинаем острым путем, скальпелем, от верхней точки под устьем мочеиспускательного канала и когда попадаем в надлежащий слой ткани, то слизистую можем отслоить (рис. 4). Производим это пальцем, обмотанным марлей, отделяем мочевой пузырь, причем оттягиваем зажимом захваченный верхний, уже отсепарованный, угол влагалищного лоскута. Отдельные неотслаивающиеся пучки рассекаем скальпелем. Отсепаивка боковых лоскутов производится так, что ассистент натягивает верхними и боковыми зажимами оставшийся край раны, хирург его выворачивает пинцетом и производит разрез по всей его длине в раневой плоскости между слизистой и фасцией (ход этой части операции изображен в главе Пластика по Гальбану, рис. 3, 4, 5). В надлежащем слое дальнейшая сепарация удачно произ-

Portio nach unten und spaltet mit einem Skalpell in der rechten Hand die Scheidenwand. Durchschnitten wird diese zunћchst in der Mittellinie zwischen der Kocher'schen Klemme unter der Urethramћndung in der Richtung zur Portio (Abb. 1), dann von demselben Punkt ausgehend zu den seitlichen Klemmen, welche die Basis des Dreiecks kennzeichnen (Abb. 2—3). Beide Scheidenlappen werden nun gesondert freiprћpariert. Man beginnt die Ablћsung vom Scheitelpunkt unterhalb der Urethramћndung scharf mit einer Skalpellklinge und kann, falls man in die richtige Schicht gelangt, die Schleimhautlappen fћrmlich abschћlen (Abb. 4). Mit einem Mull-umwickelten Finger wird zu diesem Zwecke die Blase gespannt und gleichzeitig das mit einer Klemme gefasste, freiprћparierte obere Lappenende nach unten gezogen. Haftende und nun gespannte Gewebspfeyler werden scharf durchtrennt. Die Loslћsung der seitlichen Lappen fћhrt man folgendermassen durch:

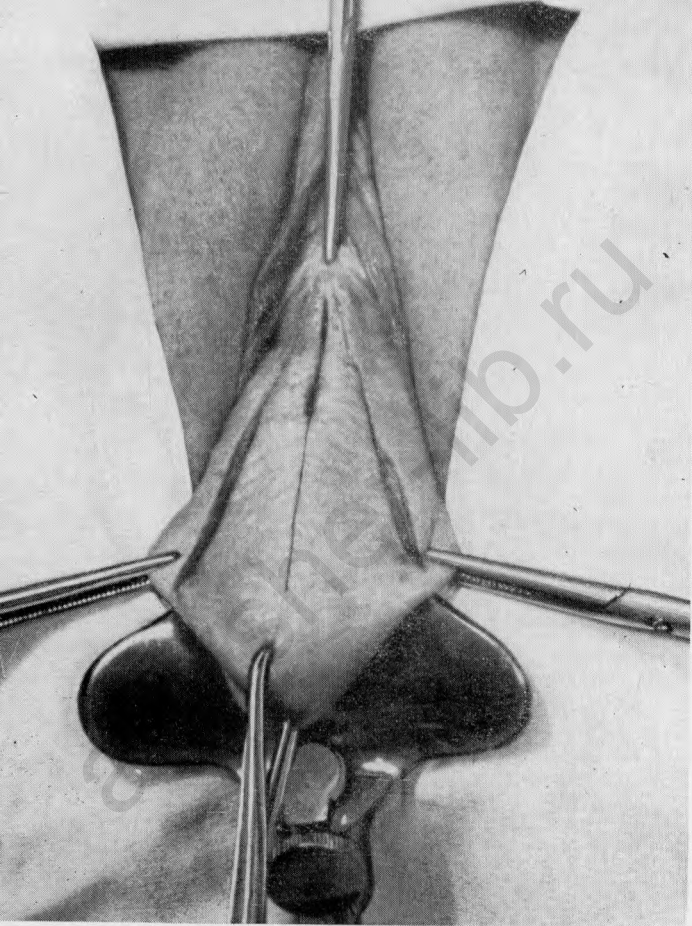
Nachdem der Assistent den Scheidenwundrand zwischen den oberen und seitlichen Klemmen gespannt hat, stћlpt ihn der Operateur mit einer Pinzette um und dringt entlang der ganzen Schnittlћnge scharf, von der Innenkante her, zwischen Schleimhaut und Faszie. Der Verlauf wird in dem Kapitel iber

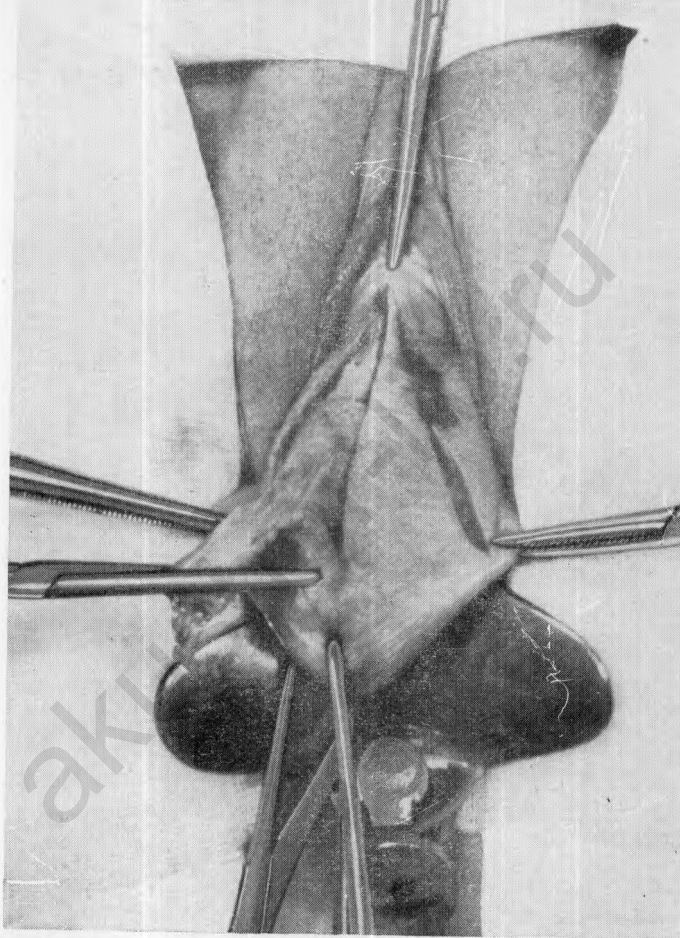


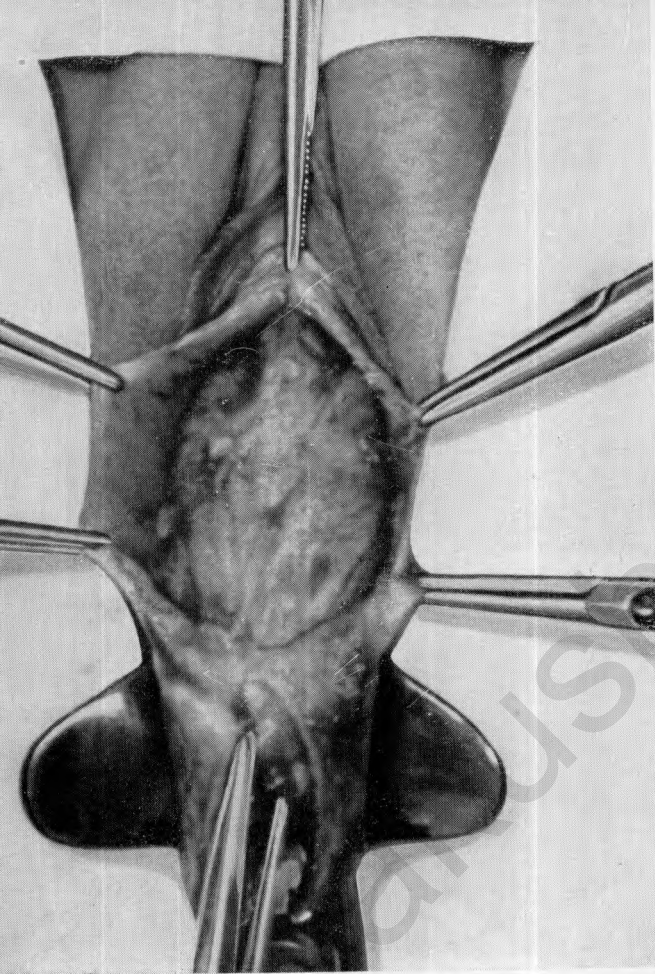
1



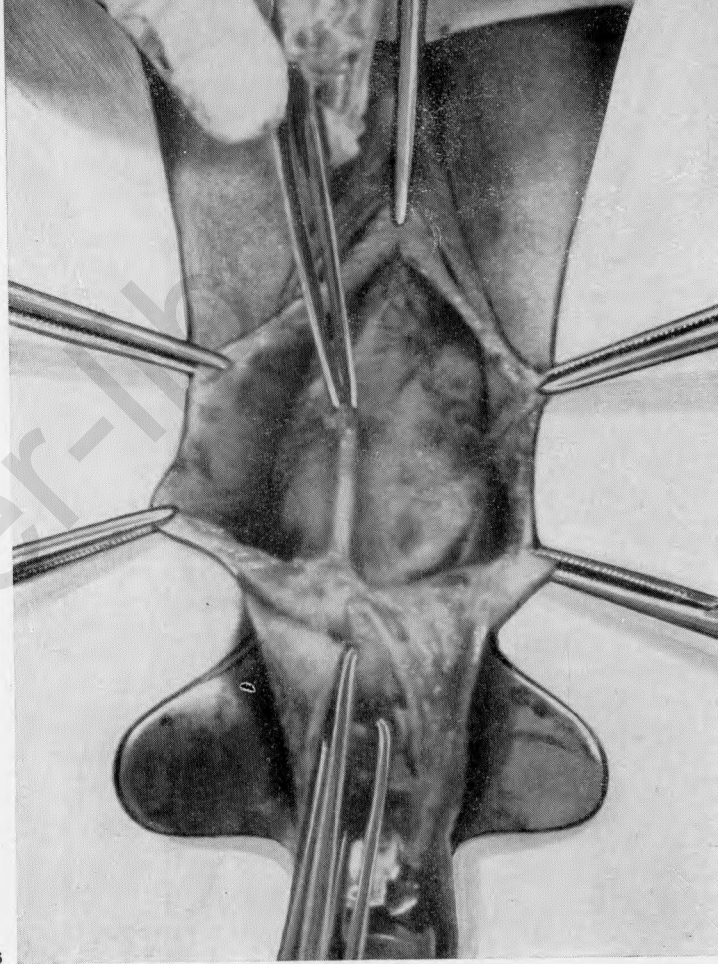
2



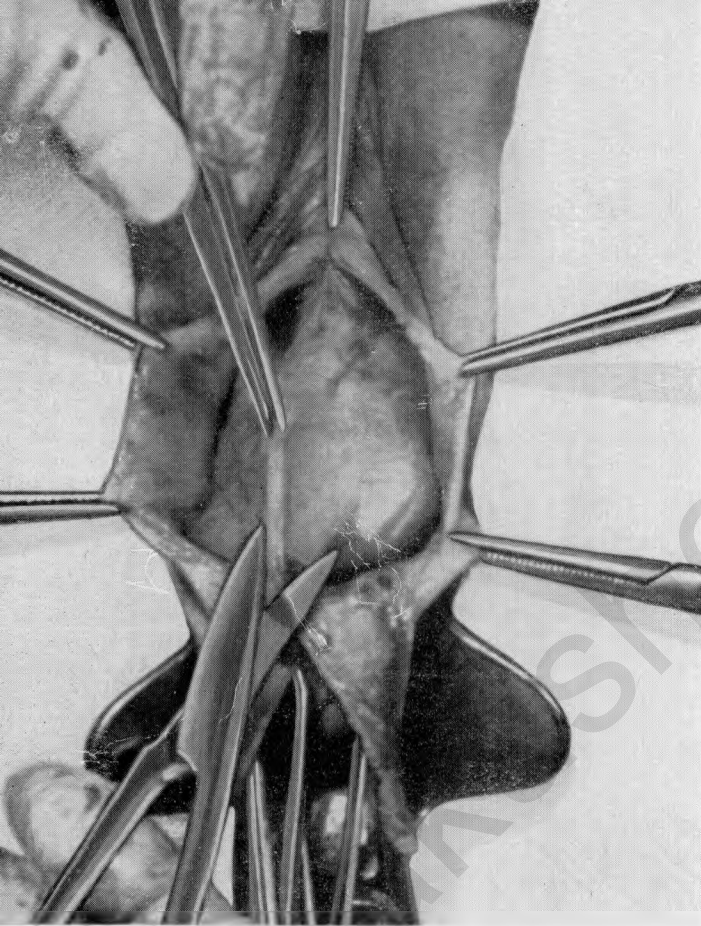




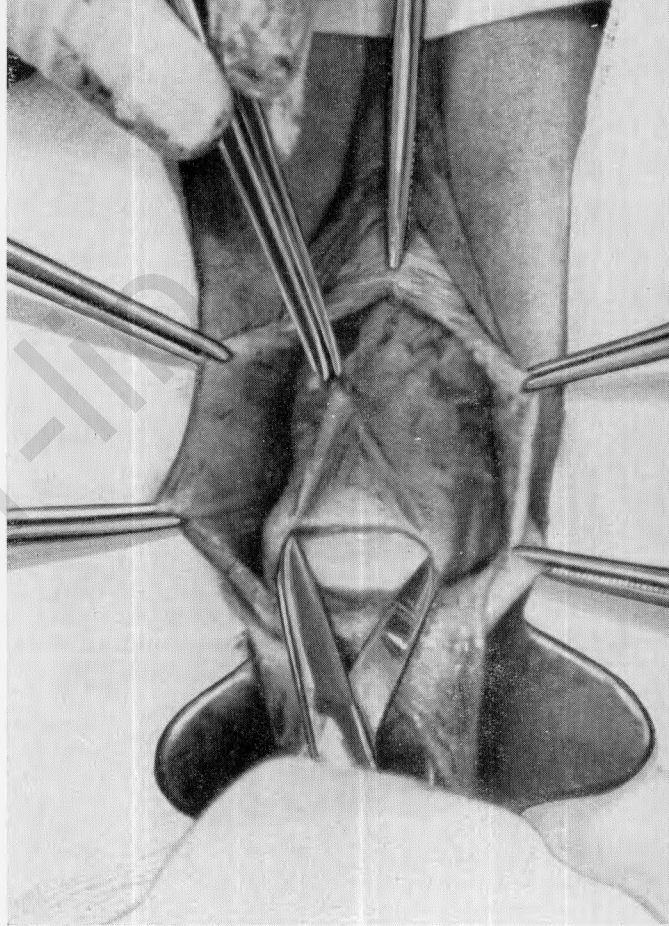
5



6



7



8

vtedy, keď prerežeme septum supravaginale na anatomicky správnom mieste a keď nájdeme exaktne spatium vesicocervicale. Teraz chirurg odovzdá kliešte asistentovi, chirurgickou pinzetou zdvihne dolný okraj močového mechúra (obr. 6), zahnutými nožnicami prestrihne septum supravaginale (obr. 7), tupo rozšíri otvor zavedenými nožnicami (obr. 8). Pokiaľ sa to nevykoná, pevné spojce väziva fixujúceho mechúr bránia tupému odsunutiu a odpreparovaniu močového mechúra. Je veľmi dôležité i ďalej správne sa orientovať a pokračovať v spatium vesicocervicale. Ak nestratíme správnu vrstvu, dostaneme sa ľahko ostro alebo aj takmer výhradne tupo (obr. 9) k vezikouterinnej plíke (obr. 10), ktorú poznáme podľa jazykového, smerom nadol konvexného tvaru a žltkavého, skoro bieleho zafarbenia. Situáciu vidíme na obr. 3 v kapitole Vezikofixácia. Palpačne sa javí ako tenká, na maternici dobre pohyblivá vrstva, hladký peritoneálny list, na rozdiel od močového mechúra, ktorý je oveľa hrubší, menej hladký, menej pohyblivý a skôr červenej farby.

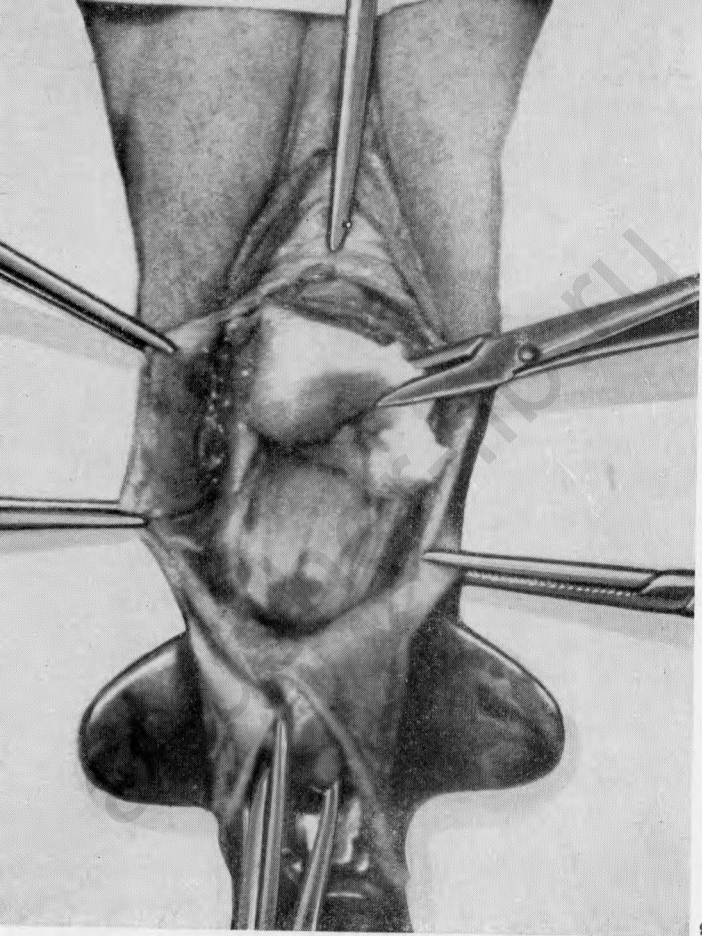
Chirurg nadvihne plíku pinzetou (obr. 10) a prestrihne ju nožnicami. Tým je dutina brušná otvorená (obr. 4 v kapitole Vezikofixácia), prstom sa dostaneme do excavatio vesicouterina, pričom zistíme anatomické event. patolo-

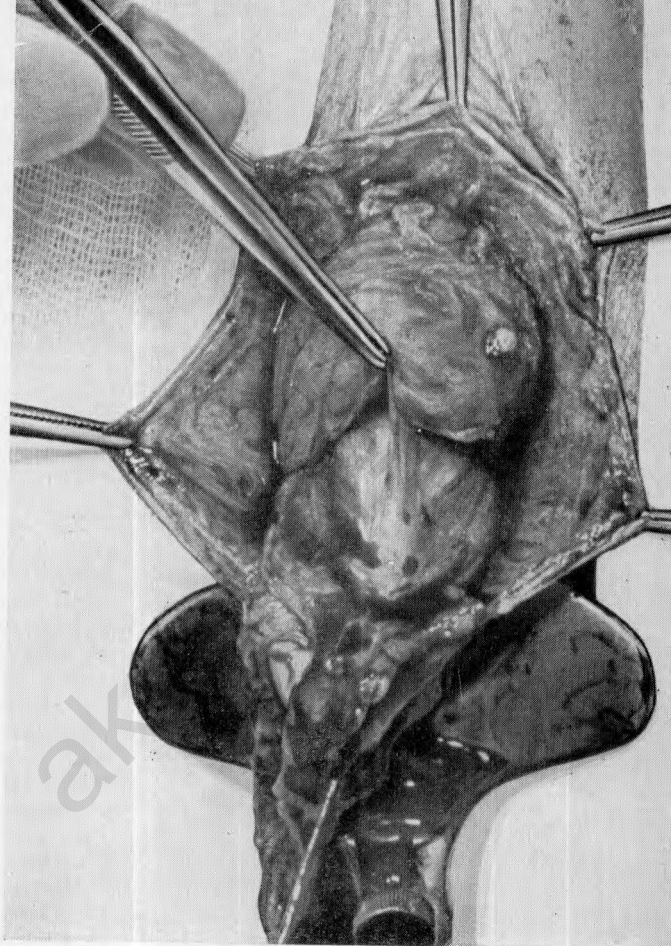
veditja tuším путем, пальцем. На рис. 5 показано положение после освобождения мочевого пузыря по сторонам.

Затем хирург левой рукой при помощи пулевых щипцов низводит влагалищную часть матки, указательным пальцем правой руки прощупывает нижний полюс мочевого пузыря как углубление за его нижним краем, которое переходит в прикрепляющуюся влагалищную фасцию. Мочевой пузырь мы можем освободить лишь тогда, когда мы находимся именно в этом слое и когда рассечем надвлагалищную перегородку на анатомически надлежащем месте и точно найдем влагалищно-шеечное пространство. После этого хирург передает пулевые щипцы ассистенту, хирургическим пинцетом приподнимает край мочевого пузыря (рис. 6), изогнутыми ножницами рассекает надвлагалищную перегородку (рис. 7) и тушим путем расширяет отверстие при помощи введенных в него ножниц (рис. 8). До тех пор, пока эта часть операции не закончена, отсесению и отсепаровке мочевого пузыря препятствуют крепкие пучки соединительной ткани, фиксирующие мочевой пузырь. Очень важно и в дальнейшем ходе не терять ориентации и продолжать сепарацию в пузырьно-шеечном

die Halban'sche Plastik — Abb. 3, 4, 5 veranschaulicht. Wird die richtige Schicht getroffen, dann gelingt die weitere Präparation stumpf mit dem Finger. Die Abb. 5 zeigt den Zustand nach seitlicher Lösung der Blase.

Während die linke Hand des Operateurs die Portio mit Kugelzangen nun nach unten zieht, tastet der rechte Zeigefinger den unteren Blasenpol hinter seinem unteren Rand als eine Aushöhlung, die in die inserierende Vaginalfaszie übergeht. Die Blase kann erst dann gelöst werden, wenn man in diese Schicht gelangt ist, das Septum supravaginale an der anatomisch richtigen Stelle durchtrennt und exakt das Spatium vesicocervicale gefunden hat. Der Operateur übergibt nun die Kugelzangen seinem Assistenten, hebt mit einer Pinzette den unteren Blasenrand (Abb. 6), durchschneidet mit einer gebogenen Schere das Septum supravaginale (Abb. 7) und erweitert durch Spreizen dieses geschlossen eingeführten Instrumentes stumpf die Wundhöhle (Abb. 8). Solange dies nicht geschehen ist, verhindern die die Blase fixierenden straffen Gewebspfäiler ein stumpfes Abschieben und Abpräparieren der Harnblase. Auch jetzt ist eine richtige Orientierung und Fortsetzung der Präparation im Spatium vesicocervicale von grosser Bedeutung: wenn man nämlich in der richtigen





gické pomery. Voľný peritoneálny okraj môžeme zachytiť stehom, ktorý ostáva prichytený v kliešťach po celú dobu operácie a umožňuje po odstránení maternice bez ťažkostí nájsť okraj plíky.

Po uvoľnení močového mechúra a prevedení prednej celiotómie obrežeme ďapík (obr. 11), spojíme postrannú distálnu Kocherovu kliešte cirkulárnym rezom. Po stranách zatiaľ prerežeme len pošvovú stenu bez vaginálnej fascie. Stred okraja zadnej pošvovej rany zachytíme malými Kocherovými kliešťami (obr. 12) a súčasť odpreparujeme od peritonea stieravými pohybní tampónom v kliešťach. Naproti tomu peritoneum na maternici ostáva (obr. 13), ináč by bolo sťažené otvorenie Douglasovho priestoru tým, že sa dostaneme pod serózu povlak maternice. Peritoneum napneme chirurgickou pinzetou a prestrihneme nožnicami. Tým je maternica vpredu a vzadu (obr. 14) uvoľnená. Na okraj peritonea môžeme taktiež založiť steh, ako na okraj vezikouterinnej plíky. Chirurg vyšetří prstom Douglasov priestor a vyhmatať zadnú maternicovú stenu.

Martinovo krátko, široké zrkadlo vymeníme za Doyenovu štíhlejšiu a o niekoľko dlhšiu lyžicu, ktorú zavedieme celiotómičkou ranou priamo do Douglasovho priestoru a v prípade potreby asi pol metra dlhým pruhom mŕľu oríškuje-

пространстве. Если мы не выходим за пределы надлежащего слоя, то легко, продолжая сепарацию острым или же исключительно тупым путем (рис. 9), находим пузырьно-маточную складку, которую можно узнать по языковидной, обращенной выпуклостью вниз, форме и по желтоватой, почти белой окраске. Положение показано на рис. 3 в главе: Везикофиксация. При пальпации она чувствуется как тонкий, на матке легко подвижной гладкий лист брюшины, в отличие от мочевого пузыря, который гораздо толще, менее гладок, менее подвижен и окрашен скорее в красный цвет.

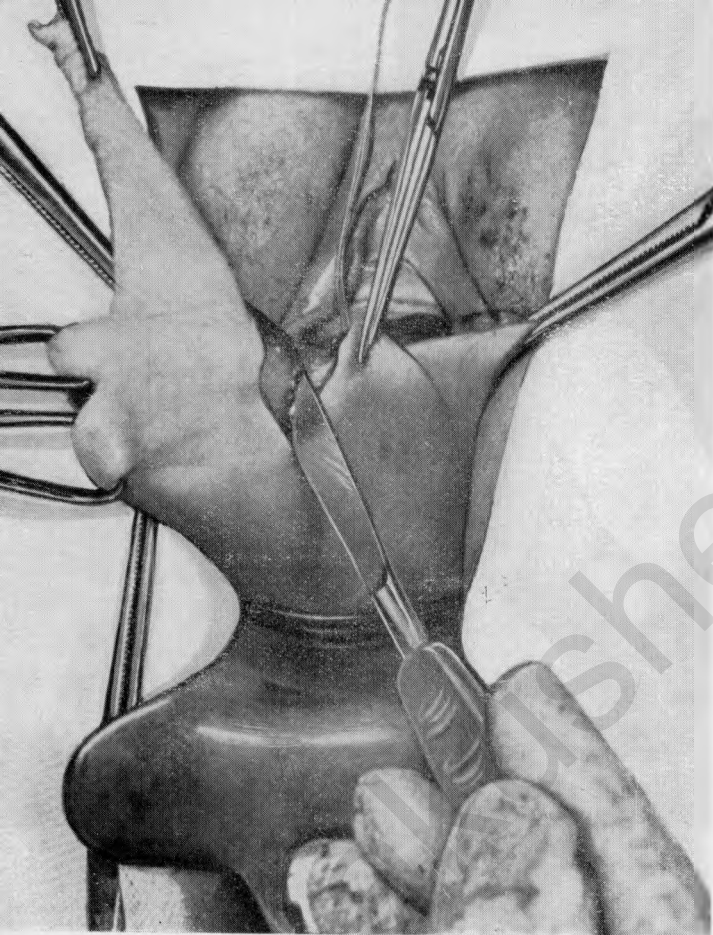
Хирург приподнимает складку пинцетом (рис. 18) и рассекает ее ножницами. Таким образом брюшинная полость оказывается открытой (рис. 4 в главе: Везикофиксация); проникнув пальцем в пузырьно-маточное углубление мы обнаруживаем анатомические или патологические условия. Свободный край брюшины можно захватить пинцем, который за все время операции остается зажатым в зажиме и дает нам возможность после удаления матки найти край складки без большого усилия.

После освобождения мочевого пузыря и производства переднего тревосечения мы обрезаем влагалищную

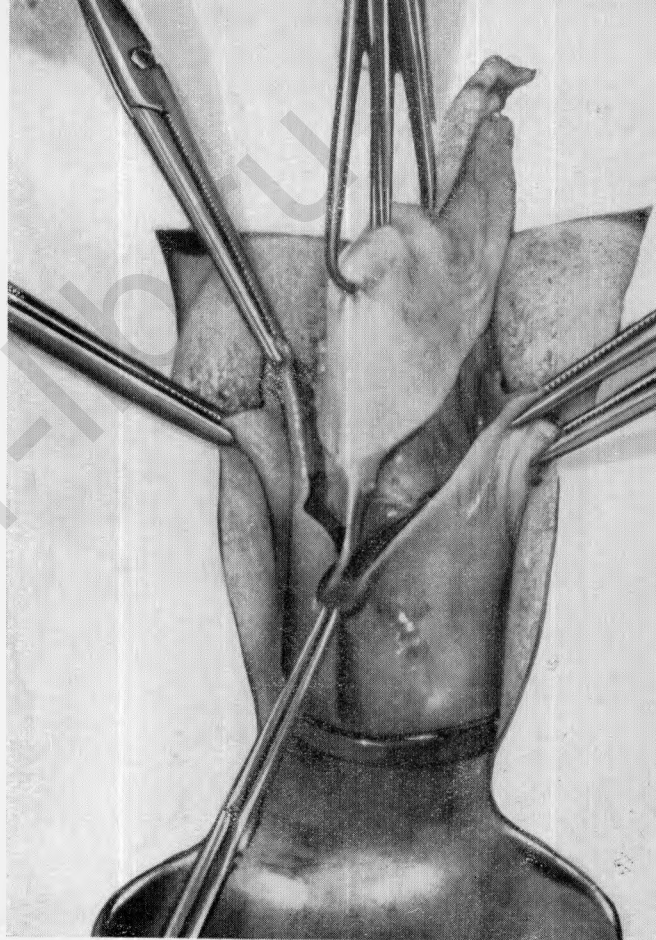
Schicht weiterpräpariert, dann gelangt man leicht, scharf oder fast ausschließlich stumpf (Abb. 9) zur Plica vesico-uterina die durch ihre zungenförmige, nach unten konvexe Form und gelbliche, fast weisse Farbe erkennbar ist. Die Situation ist aus der Abb. 3 des Kapitels über die vaginale Vesicofixation ersichtlich. Charakteristisch erscheint auch der Tastbefund: während sich die Blase wesentlich derber, weniger glatt, schlechter beweglich anfühlt und eine mehr rote Farbe aufweist, lässt sich die Plica vesico-uterina als dünne, glatte Peritonealduplikatur gegen den Uterus leicht verschieben.

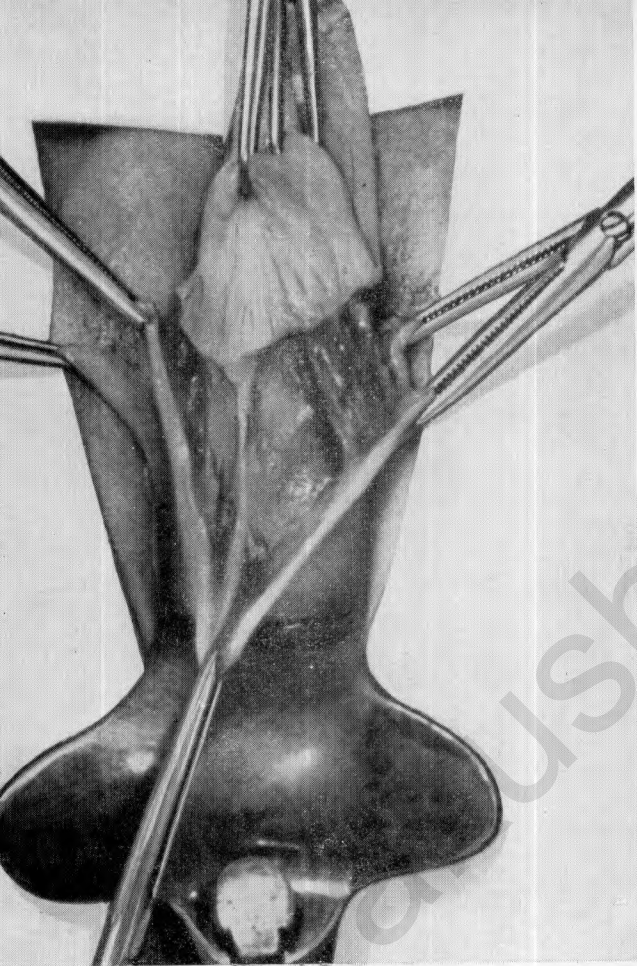
Ist die Plica gefunden, wird sie mit einer Pinzette angehoben (Abb. 10) und mit einer Schere durchschnitten. Dadurch ist die Bauchhöhle geöffnet (siehe die vaginale Vesicofixation (Abb. 4) und man kann nun mit dem, in die Excavatio vesico-uterina eingeführten Finger, die anatomischen bzw. pathologischen Strukturen austasten. Es empfiehlt sich, den freien Peritonealrand mit einer Haltehaft zu versehen, die während der Operation mit einer Klemme gefasst, nach der Uterusexstirpation den unteren Plicarand ohne langes Suchen erkennen lässt.

Nach beendeter Lösung der Harnblase und durchgeführter Coeliotomie, umschneidet man die Portio (Abb. 11) und

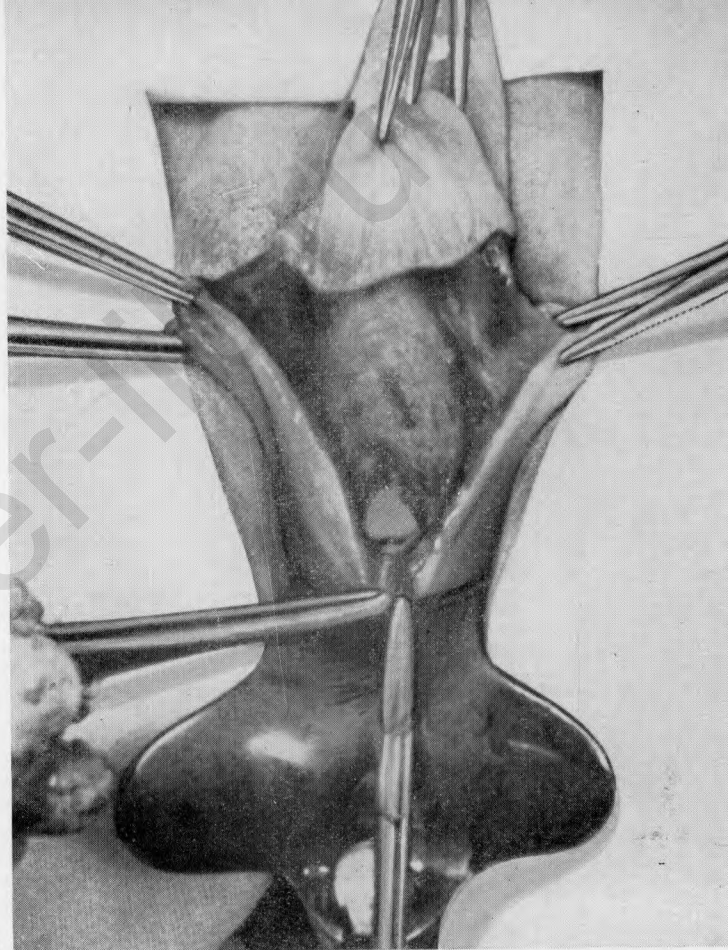


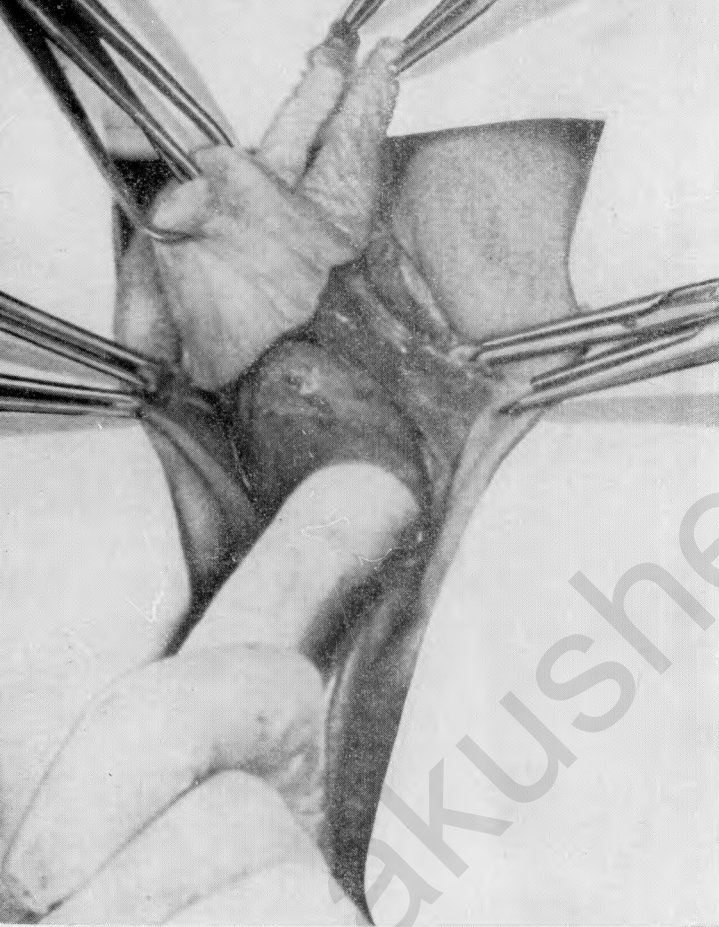
11 12



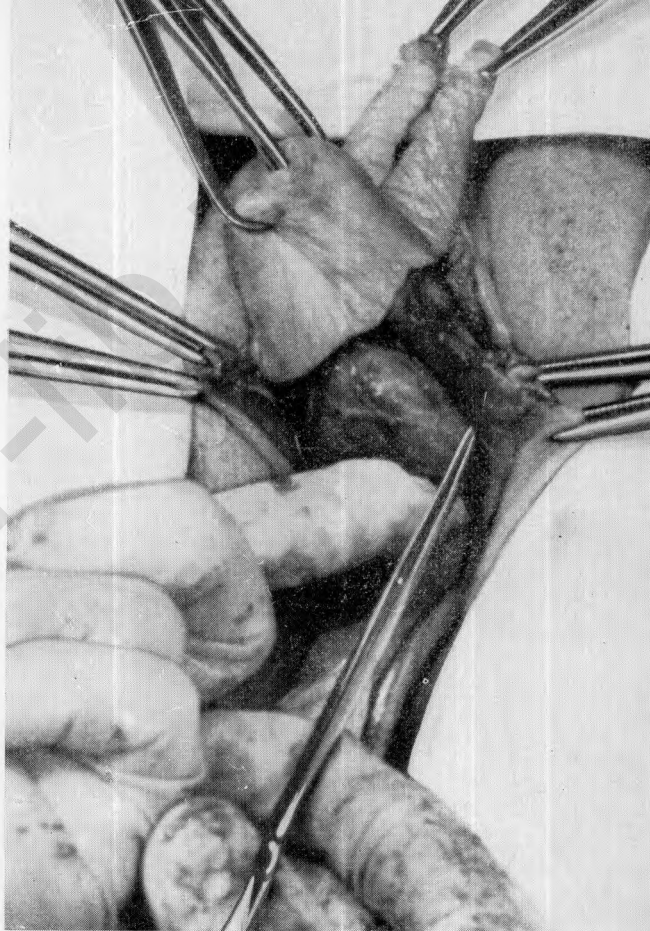


13 14

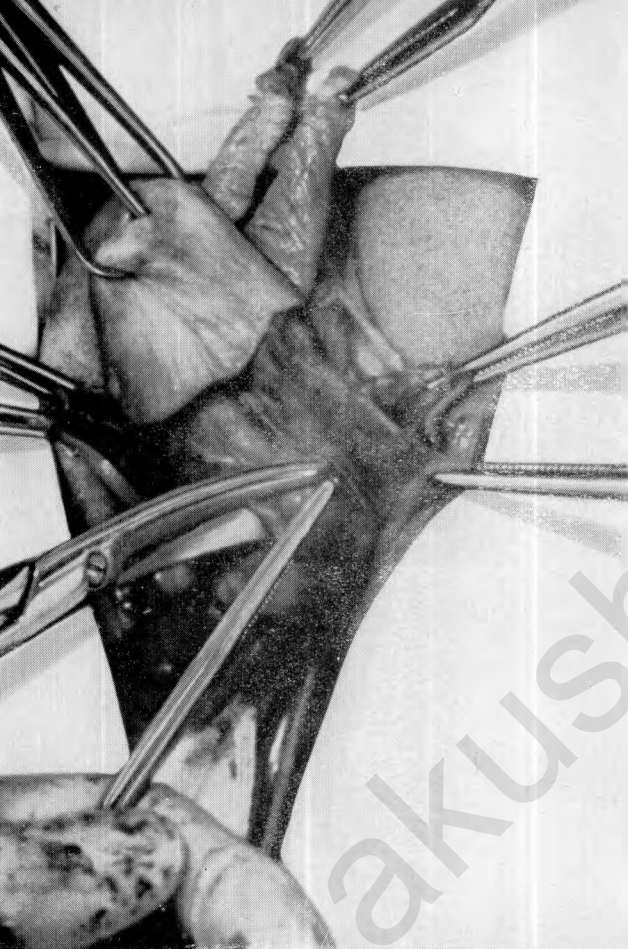




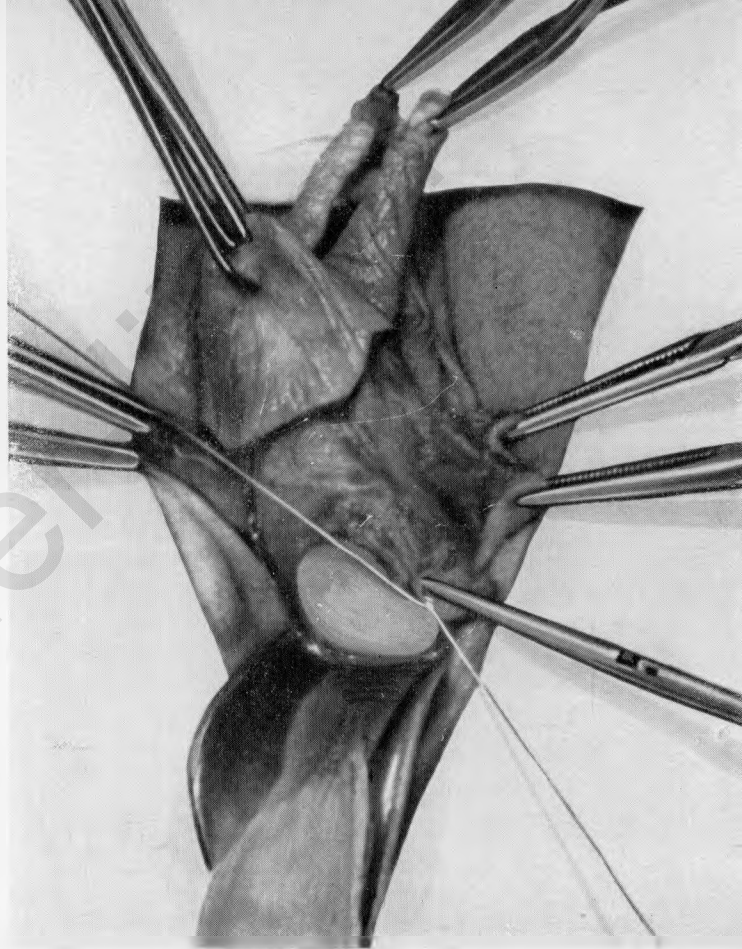
15

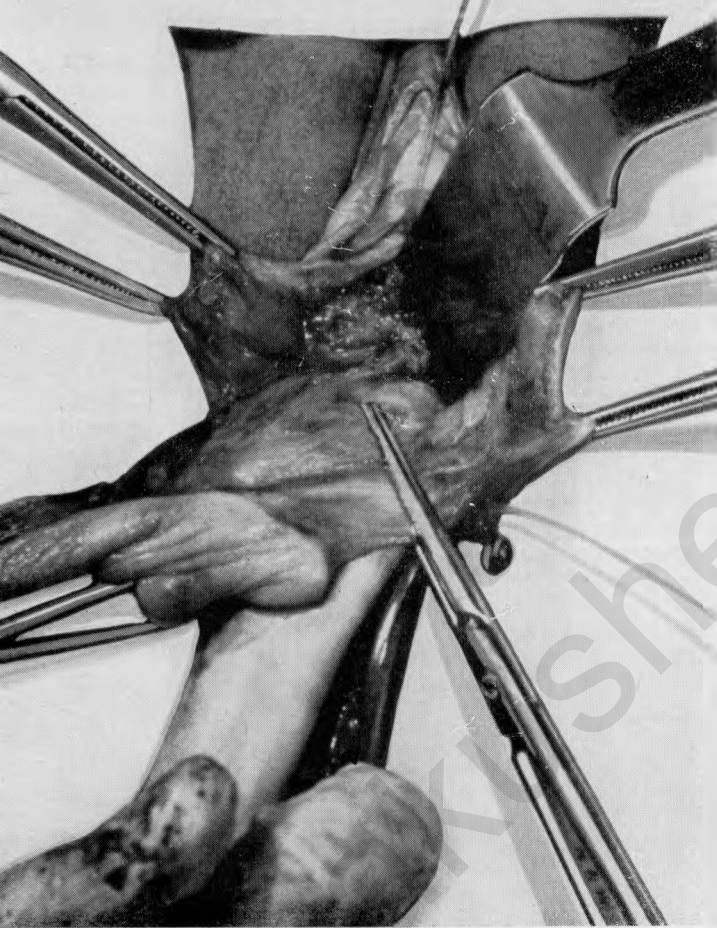


16

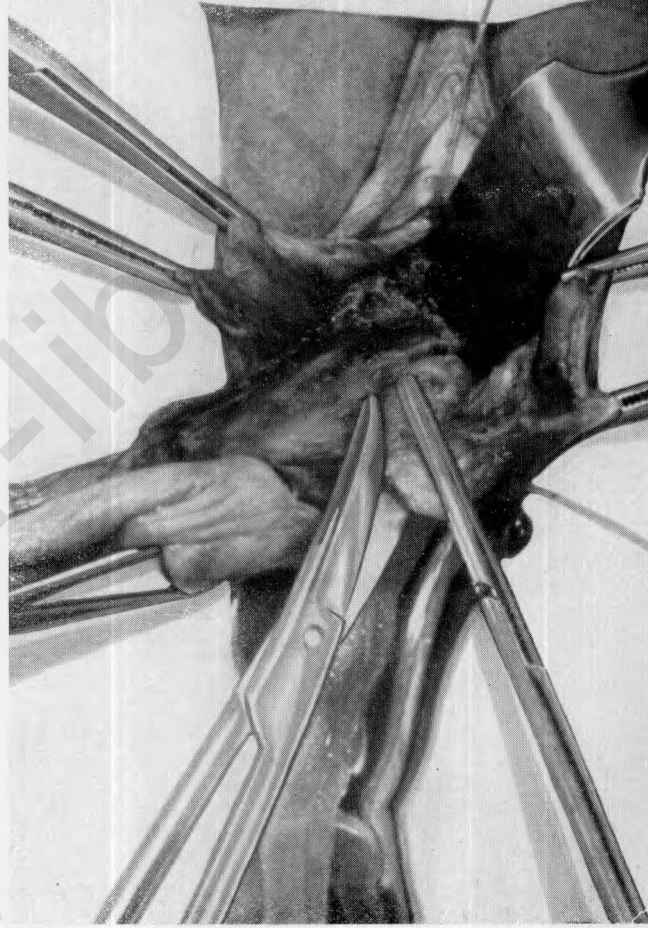


17 18





19 20



me červené kľučky a pripadne von sa tlačiacu predsteru.

Pod kontrolou ukazováka, zavedeného do Douglasovho priestoru (obr. 15) podchytneme Kocherovými kľiešťami ligamentum sacrouterinum so zadným peritoneálnym listom (obr. 16). Považujeme za dôležité, aby v týchto ligatúrach neboli väčšie descendentné vetvy a. uterinae. Pritom, pre sprístupnenie operačného terénu, asistent fahá šapík laterálne von na opačnú stranu, čiastočne nahor a chirurg prestrihne podchytené väzivo (obr. 17). Pri podväzovaní ľavej strany fahá šapík prvý asistent, pri podväzovaní pravej strany druhý asistent, ktorý stojí po ľavej strane operovanej. Počas uzlenia povolíme v fahu za šapík (obr. 18). Všetky ligatúry ostávajú zatiaľ dlhé a sú zdola nahor v príslušnom poradí pripevnené malými Péanovými kľiešťami k operačnej rúške, aby sme ich ľahko našli a rozpoznali pri definitívnom ošetrovaní a toaletе rany.

Druhý opich zachytáva strednú časť retinaculum uteri. Pri prestríhnutí, ak boli podchyťujúce kľiešte naložené na správnom mieste, dostaneme sa do tenšieho väziva, v ktorom prebiehajú uterínne cievy (obr. 19–21).

Tretí opich zachytáva parametrálne väzivo a hlavnú vetvu a. uterinae. Obrazy 22–23 súčasne demonštrujú iný spôsob, a to taký, pri ktorom opichujeme

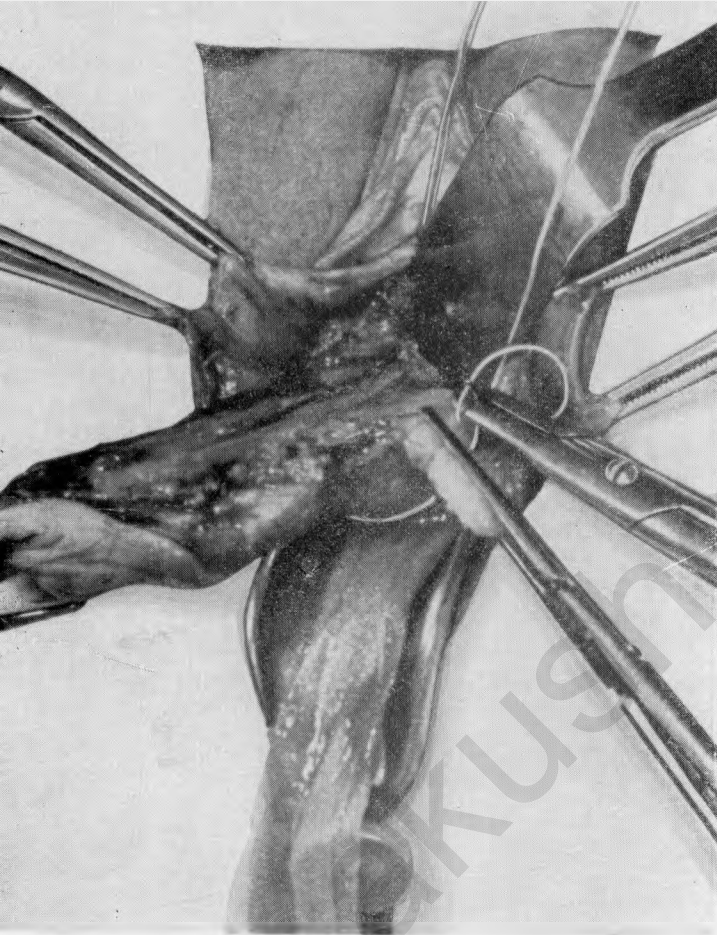
časť шейки матки (рис. 11) и производим между дистальными зажимами Кохера циркулярный разрез. По бокам расскаем пока только стенку влагалища без влагалищной фасции. Середину края задней влагалищной раны захватываем малым зажимом Кохера (рис. 12) и на некотором расстоянии отсепаровываем брюшину марлевым шариком. На матке, однако, брюшину оставляем (рис. 13), потому что в противном случае вскрытие Дугласова пространства было бы затруднено тем, что мы проникнем под внутренностный лист брюшины на матке. Брюшину натягиваем хирургическим пинцетом и расскаем ножницами. Таким образом матка оказывается освобожденной спереди и сзади (рис. 14). На край брюшины тоже можно наложить шов, подобно тому как у пузырно-маточной складки. Хирург исследует пальцем Дугласово пространство и прощупывает заднюю стенку матки.

Короткое зеркало Мартина он переменяет на более узкое и длинное зеркало Дуайена, которое вводится через рану чревосечения прямо в Дугласово пространство, и в случае потребности, марлевой полоской, длиной приблизительно в пол метра, отводит петли кишечника или же сальник.

Под контролем указательного паль-

verbindet die seitlich-distalen Kocherklemmen mit einem zirkulären Schnitt. Auf beiden Seiten wird zunächst nur die Scheidenwand, d. h. also nicht auch die Vaginalfaszie durchtrennt. Mit einer kleinen Klemme fasst man dann die Mitte des rückwärtigen Scheidenwundrandes (Abb. 12) und präpariert diesen mit wischenden Bewegungen eines Stieltupfers ein wenig vom Peritoneum ab. Da nach dem Abschieben des Uterusperitoneums die Öffnung der Plica wesentlich erschwert würde (man gelangt in solchen Fällen unter die Uterusserosa), lässt man es unversehrt in situ (Abb. 13). Nun spannt man das Peritoneum mit einer chirurgischen Pinzette an und durchtrennt es mit einer Schere. Mit diesem Eingriff ist der Uterus vorn und hinten freigelegt (Abb. 14). Der Peritonealrand kann auch hier — ebenso wie die Plica vesicouterina — mit einer Haltenaht versehen und der Douglas'sche Raum sowie die Uterusrückwand ausgetastet werden.

Das kurze, breite Martin'sche Flügelspekulum wird nun gegen ein schmäleres, längeres Doyen'sches Blatt vertauscht, das man durch die Coeliotomiewunde unmittelbar in den Douglas'schen Raum einführt. Darmschlingen und das gelegentlich vordrängende grosse Netz können im Bedarfsfalle durch einen

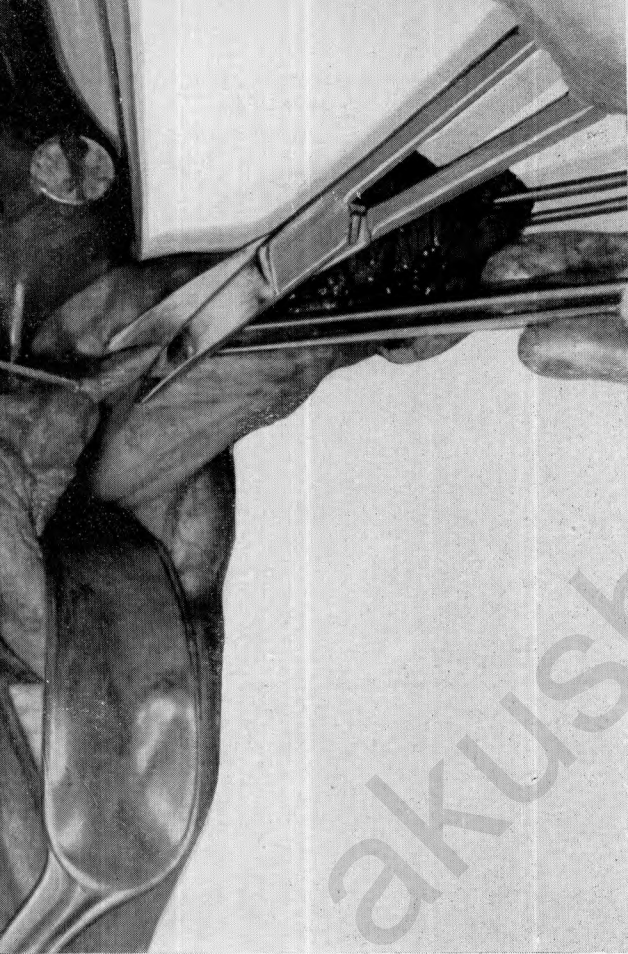


21

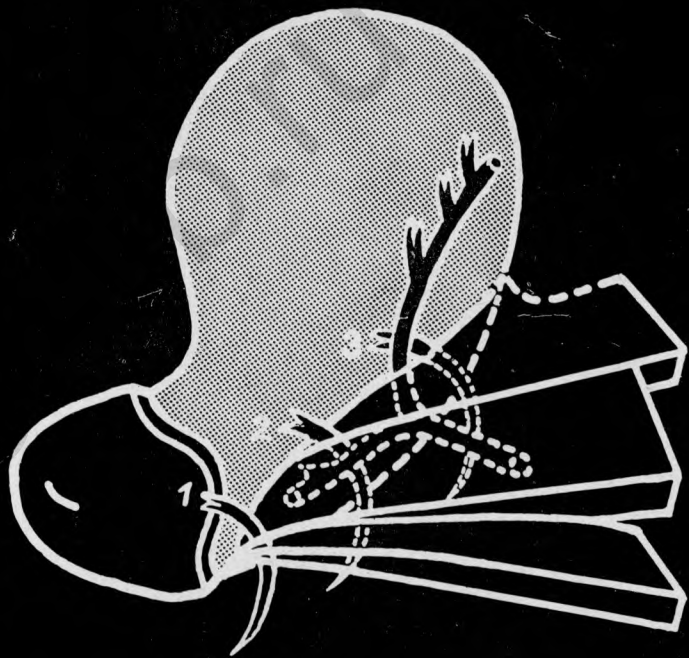
22

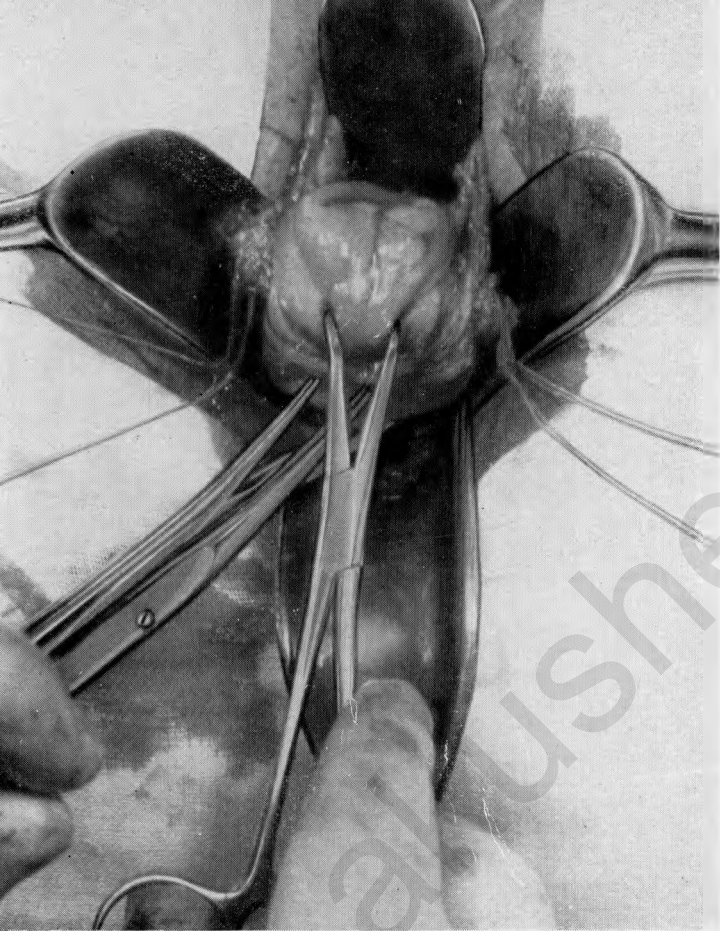


205

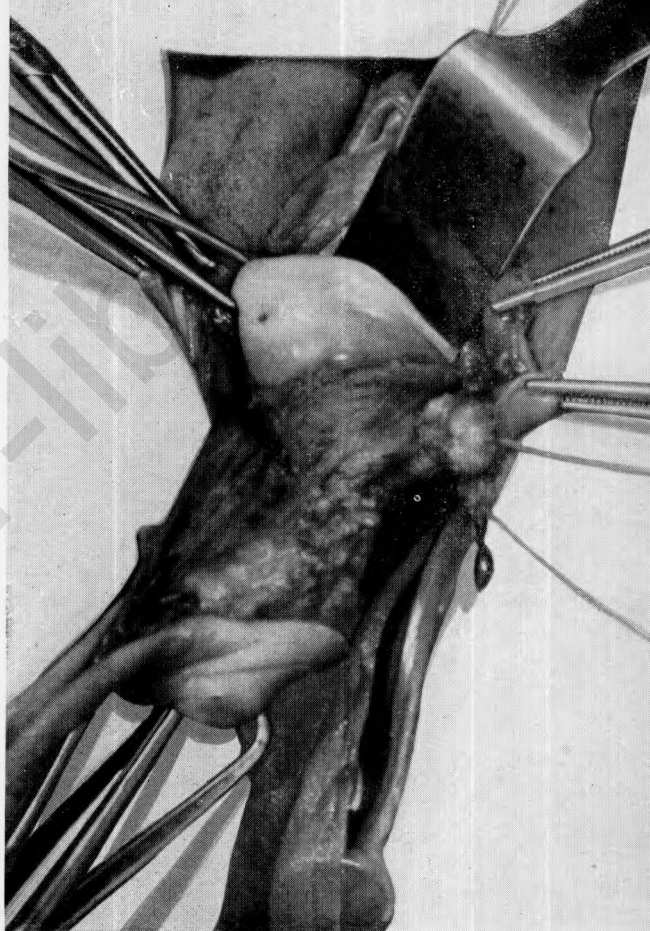


23 24





25 26



za kontroly prsta aj priamo bez podchytenia, alebo ihlov v ihelci, alebo ako na obrázku Déchampsovej ihlove.

Schéma na obr. 24 demonštruje 3 základné opichy na uvoľnenie maternice.

Niekedy vystačíme s dvoma opichmi: druhý a tretí spojíme do jedného. Po urobení týchto opichov na oboch stranách súvisí maternica len s úponmi maternicových prívěskov a chordae uteroinguinales.

Prednú lyžicu opäť zavedieme do peritoneálnej dutiny, pod vezikouterinnou plikou. Postupne zachytávame prednú stenu maternicového tela ozubenými kliešťami smerom k fundu (obr. 25) a za súčasného tlačenja čapíka dozadu ju vyluxujeme. Ak je maternica dostatočne pohyblivá, môžeme pri ďalšom postupe, kvôli lepšej prehľadnosti, vyvrátiť opäť aj čapík a tým celý operačný preparát (obr. 26). Teraz zreteľne vidíme úpony vajcovodov a chordae uteroinguinales. Modifikácia, korigujúca zníženie pošvových stien a zníženie močového mechúra skladá sa z nasledujúcich úkonov: vlastné maternicové prívěsky a chordae uteroinguinales podchyťujeme samostatne. Jednými kliešťami oddelíme iba chorda uteroingualis (ligamentum rotundum) (obr. 27—28), druhými kliešťami vajcovod a chorda uteroovarica (obr. 30—31). Po prestráhnutí uvoľníme chordae uteroinguinales ešte

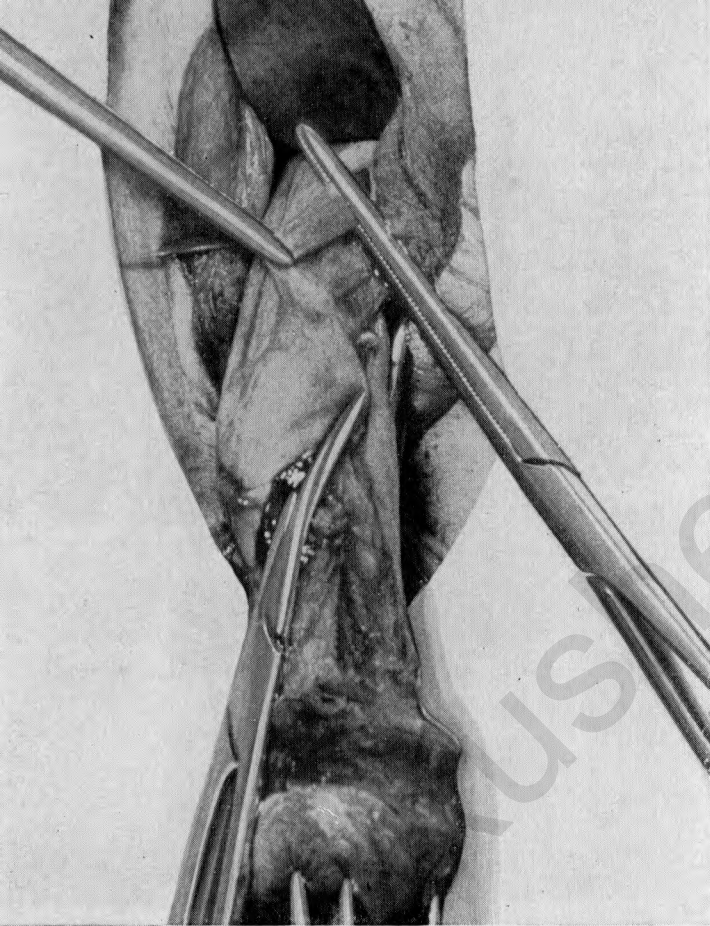
ца, введенного в Дугласово пространство (рис. 15), зажимами Кохера захватывается крестцово-маточная связка вместе с задним листом брюшины (рис. 16). Мы считаем важным, чтобы в этих лигатурах не находились более крупные нисходящие ветви маточной артерии. При этом, для лучшего обозначения операционного поля, ассистент оттягивает влагалищную часть шейки матки вбок в обратную сторону и несколько вверх, а хирург рассекает захваченную ткань (рис. 17). При перевязке левой стороны влагалищную часть матки оттягивает первый ассистент, при перевязке правой стороны — второй ассистент, стоящий с левой стороны от оперированной больной. Во время завязывания лигатуры оттягивание нужно ослабить (рис. 18). После перевязки все лигатуры остаются пока длинными и в надлежащем порядке снизу вверх прикреплены малыми зажимами Писана к операционной салфетке, чтобы их можно было легко найти и отличить при окончательном зашивании и обработке раны.

Второе обкалывание захватывает среднюю часть retinaculum uteri. При рассечении, если зажимы были наложены на правильном месте, мы попадаем в тонкую клетчатку в об-

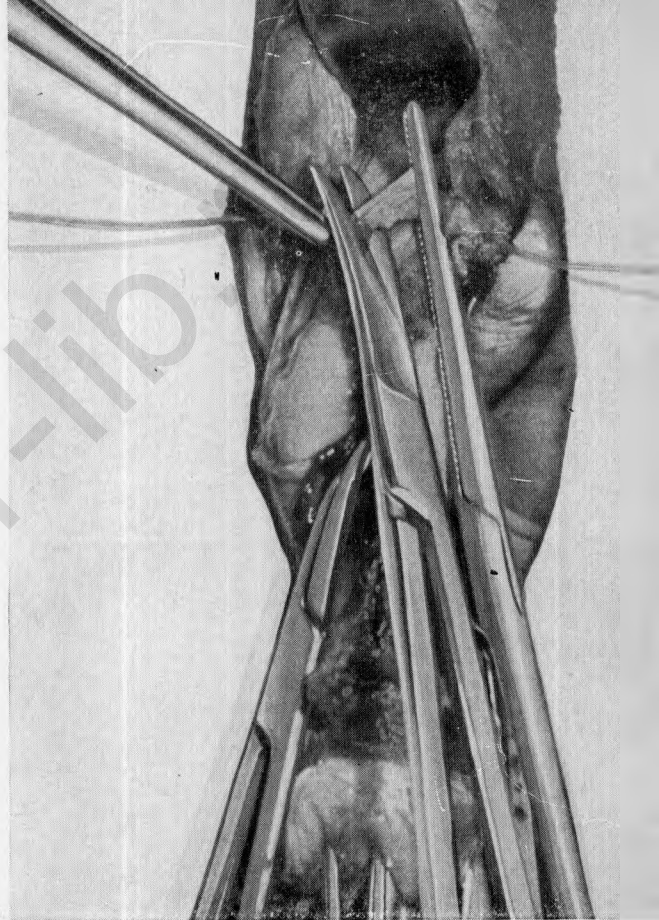
1/2 m langen Mullstreifen zurückgehalten werden.

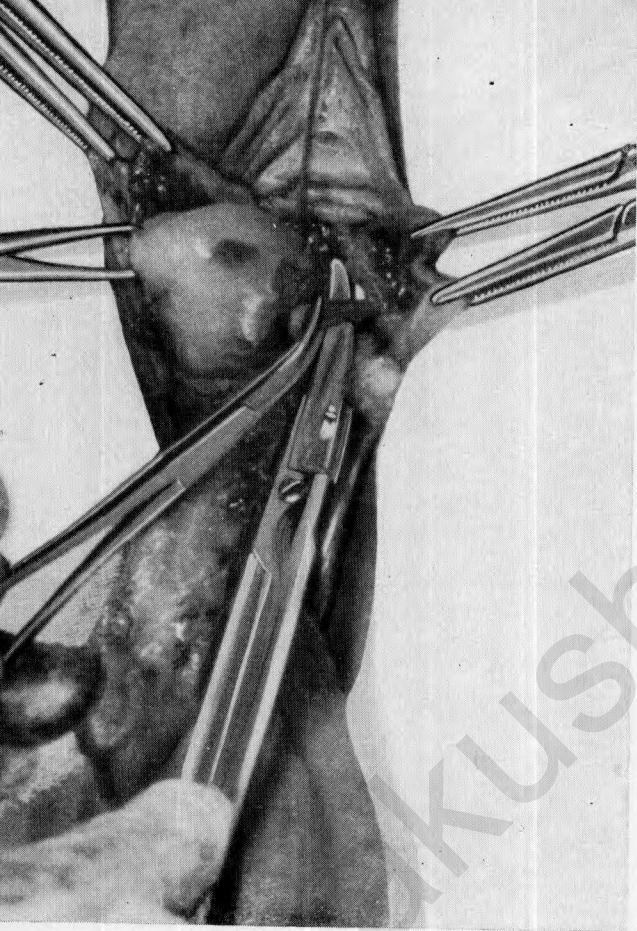
Unter der Kontrolle des in den Douglas'schen Raum eingeführten Zeigefingers (Abb. 15), fasst der Operateur mit Kocherklemmen gleichzeitig das Ligamentum sacrouterinum und das hintere Peritoneumblatt (Abb. 16). Wichtig erscheint uns, dass mit diesen Ligationen nicht grössere, absteigende Äste der Arteria uterina unterbunden werden. Nachdem einer der Assistenten — um den Zugang zum Operationsfeld zu verbessern — die Portio in entgegengesetzter Richtung seitlich nach aussen und oben gezogen hat, durchschneidet der Operateur das erfasste Gewebe (Abb. 17). Bei der Unterbindung der linken Seite wird die Portio vom ersten Assistenten, bei der Unterbindung der rechten Seite vom zweiten, zur linken Hand der Patientin stehenden Assistenten gezogen. Während der Knötung muss die Spannung der Portio nachlassen (Abb. 18). Nach der Unterbindung lässt man alle Ligatorfäden einstweilen ungekürzt und befestigt sie von unten nach oben, in entsprechender Reihenfolge mit kleinen Péan'schen Klemmen an den Abdecktüchern, um sie bei der abschliessenden Wundversorgung und -toilette leicht finden und unterscheiden zu können.

Die zweite Umstechung fasst den Mittelteil des Retinaculum uteri. Waren

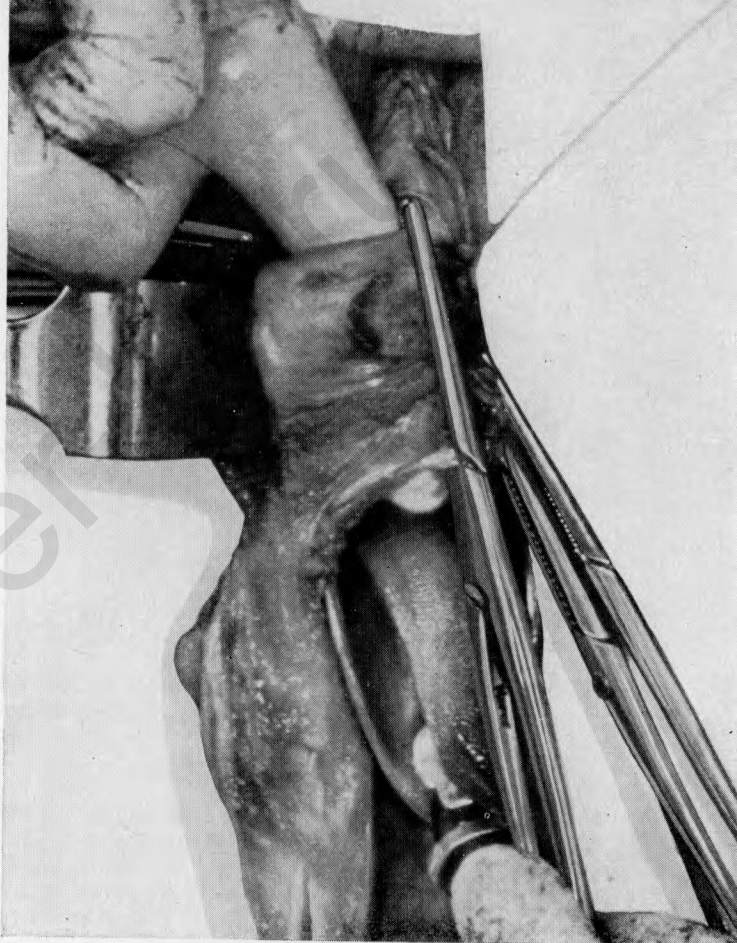


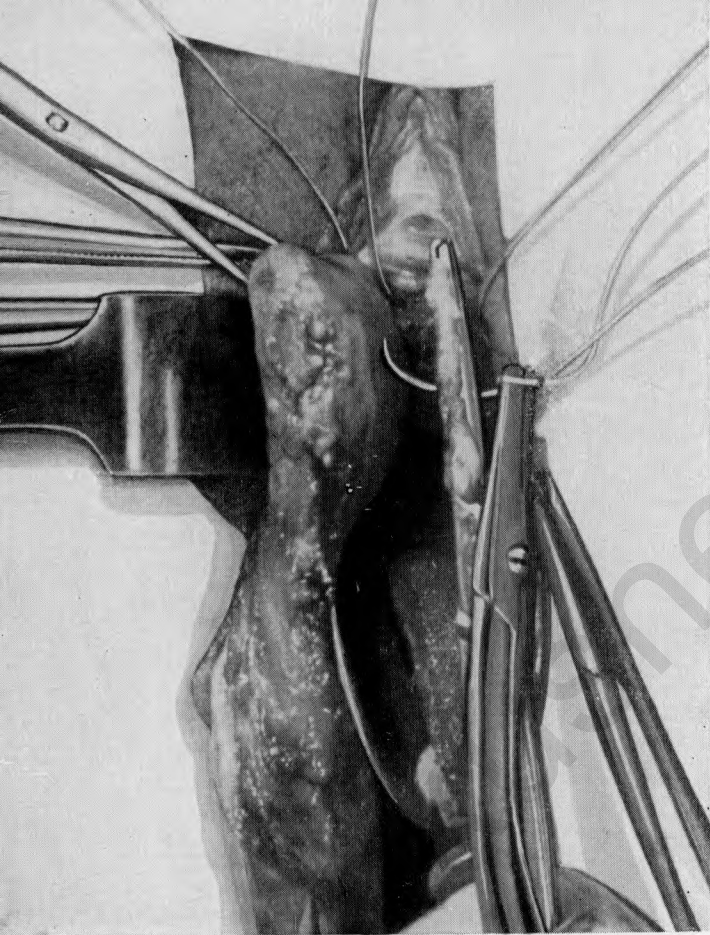
27 28





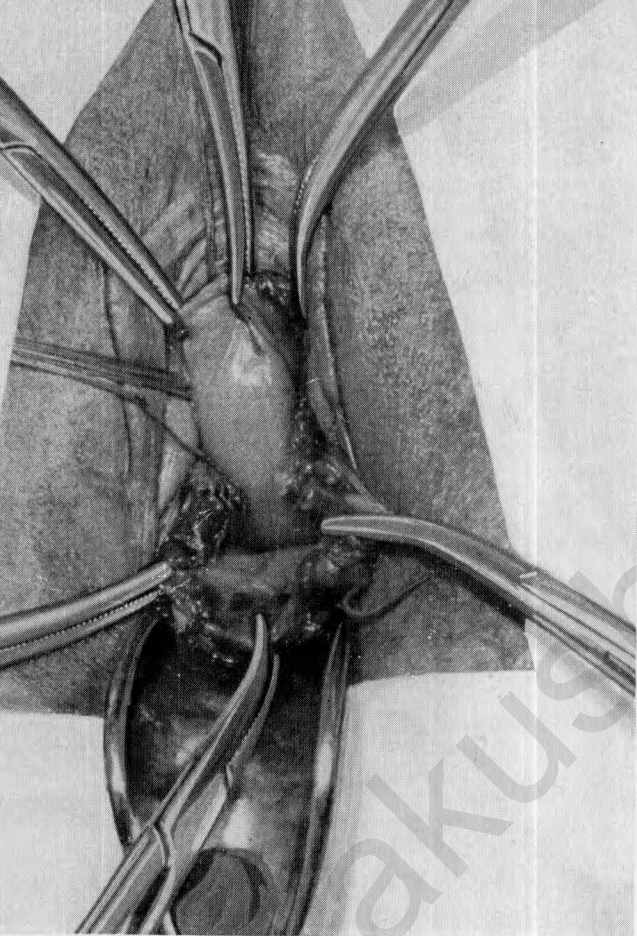
29 30





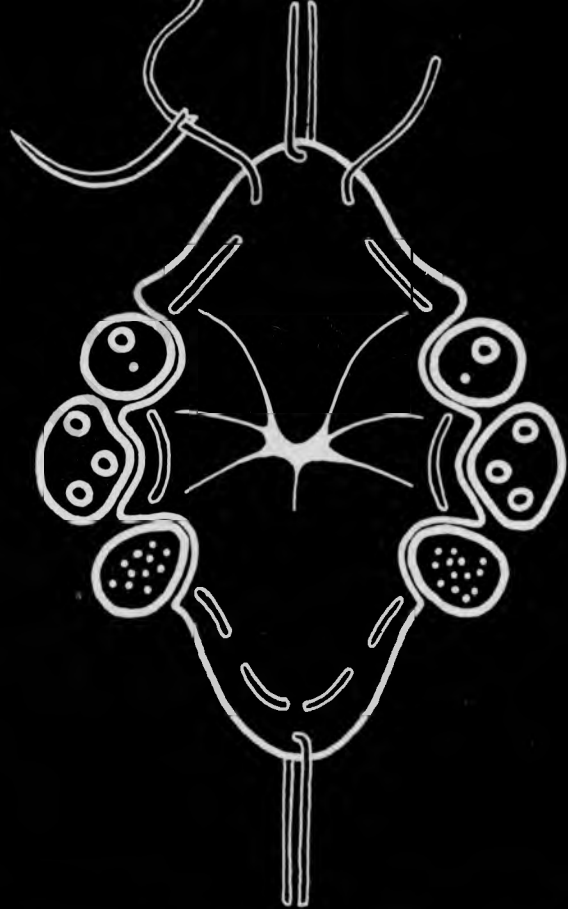
31 32

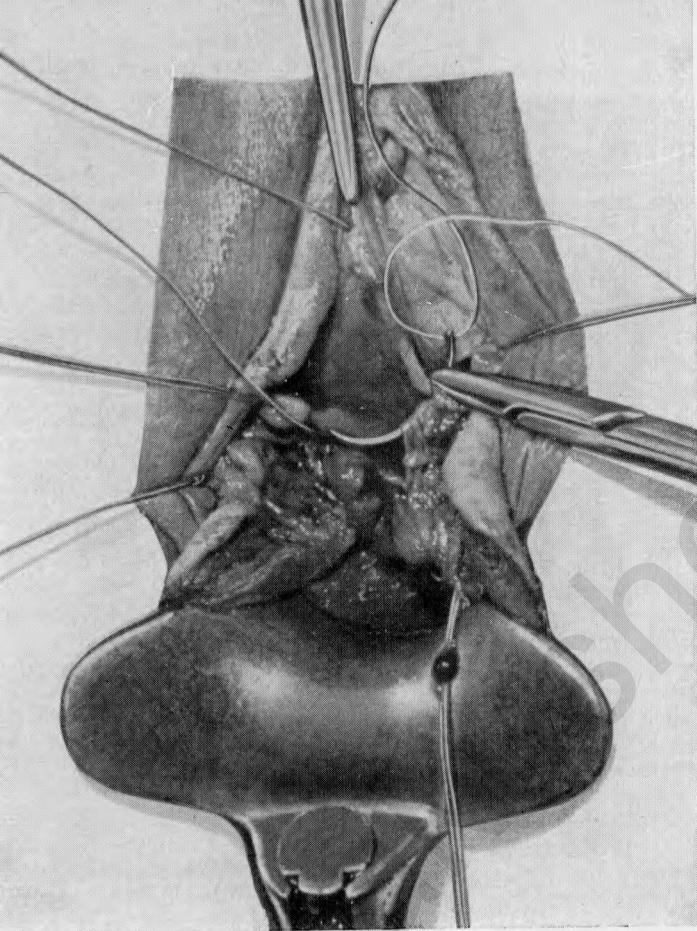




33

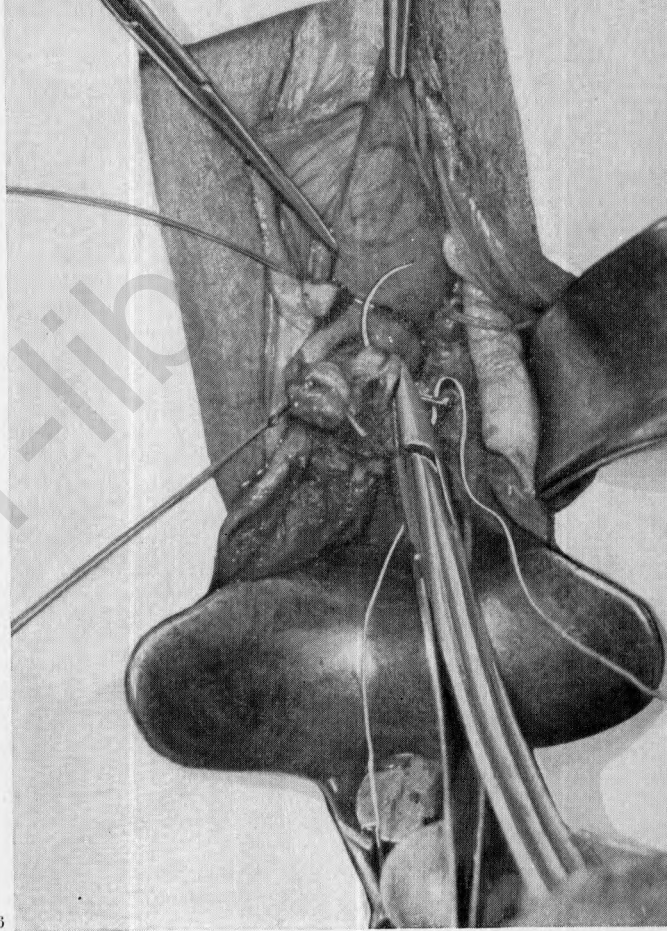
34





35

36



laterálne asi 1—1½ cm (obr. 29) a opichneme ich hodváhom. To isté prevedieme na druhej strane. Preparát je takto odstránený (obr. 32).

Nasleduje uzavretie brušnej dutiny (obr. 33). Pri tejto modifikácii považujeme za najvhodnejší cirkulárne nabebraný steh, ktorý je naložený na vnútornej ploche peritoneálnej dutiny tak, že kýpte maternicových priveskov ostávajú extraperitoneálne. Chordae uteroinguinales obidome, aby sme zachovali ich pohyblivosť (obr. 34—37).

Po ošetrení močového mechúra buď Gersuného stehom, alebo pozdĺžnou súťrou vezikovaginálneho septa navlečieme koniec hodvábného opichu chorda uteroinguinalis do malej ale silnej ihly, zachytenej v Rosemannovom ihleci. Ukazovákom ľavej ruky vyľmatáme ligamentum arcuatum vedľa močovej trubice pod horným okrajom pošvovej sliznice, ktorá bola už na začiatku operácie odpreparovaná a pod kontrolou prsta alebo zraku pretiahneme ihlu pod periosťom (obr. 38). Po zauzlení sme takto pritiahli a prišlii chorda uteroinguinalis k ligamentum arcuatum. To isté spravíme na druhej strane. Ak pozorujeme priebeh chordae uteroinguinales, vidíme, že sa laterálne rozbiehajú a strácajú v peritoneálnej dutine. Ďalšími dvoma stehmi spojíme a zblžime rozbiehajúce sa ramená chordae utero-

lastь маточных сосудов (рис. 19—21).

Третье обкалывание захватывает клетчатку параметрия и главную ветвь маточной артерии (рис. 22—23). Тут одновременно показан иной способ, а именно, что обкалывание можно производить прямо на пальце, без захватывания иглой, зажатой в иглодержателе, или же, как это показано на рисунке, лигатурной иглой Дешана.

На схеме (рис. 24) показаны основные обкалывания, при помощи которых освобождается матка.

В некоторых случаях мы обходимся двумя обкалываниями, соединяя второй и третий водино. После этих обкалываний с обеих сторон матка связана с одними лишь придатками матки и круглыми связками матки.

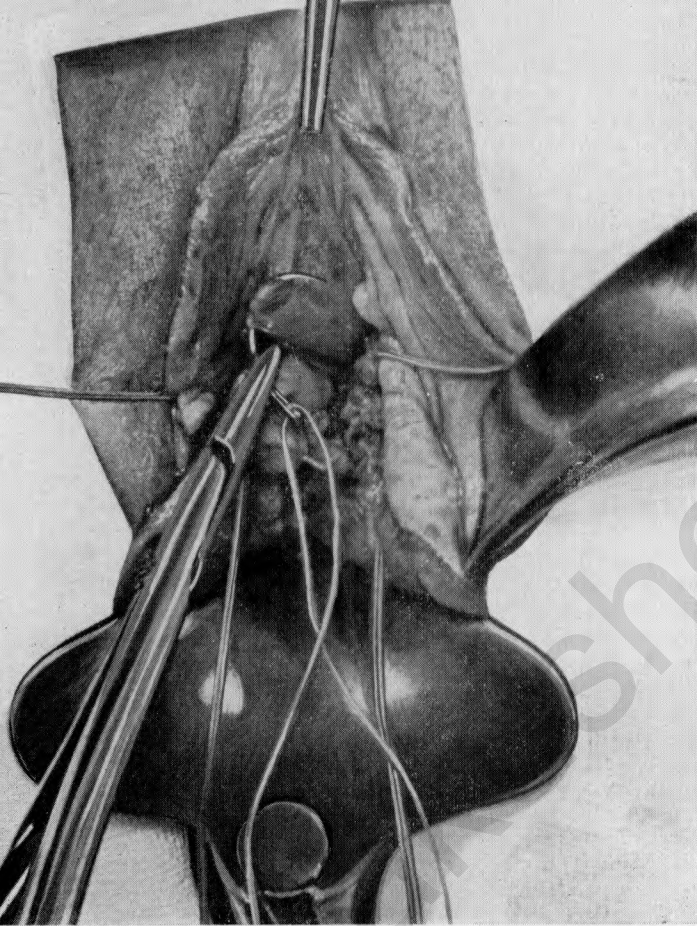
Переднее зеркало снова вводится в брюшную полость под пузырно-маточную складку. Передняя стенка шейки матки постепенно перехватывается пулевыми щипцами по направлению ко дну матки (рис. 25) и вывихивается при одновременном отодвигании влагалищной части шейки матки вглубь влагалища. Если матка достаточно подвижна, то в дальнейшем ходе операции можно для более хорошей ориентации вывихнуть также и влагалищную часть матки, т. е. весь операционный препарат (рис. 26). Те-

hier die Klemmen an der richtigen Stelle angelegt, gelangt man nach der Durchtrennung in ein schütteres, die Uteringefäße bergendes Gewebe (Abb. 19—21).

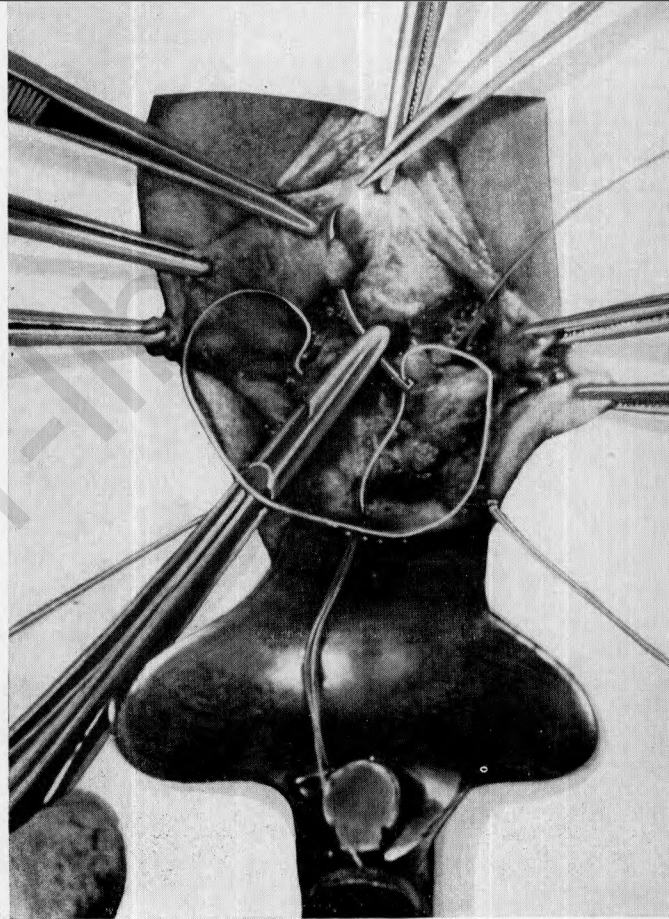
Die dritte Umstechung umfasst das Parametriumgewebe und die Hauptäste der Arteria uterina. Auf Abb. 22—23 wird zugleich eine andere Technik gezeigt: umstechen kann man unmittelbar und ohne vorherige Klemmung unter Fingerkontrolle entweder mit einer Nadel im Nadelhalter, oder — wie auf der Abbildung — mit einer Dechaups'schen Nadel. Die schematische Abb. 24 zeigt die drei grundlegenden Umstechungen zur seitlichen Freilegung der Gebärmutter.

Manchmal genügen zwei Umstechungen und man kann die zweite bzw. dritte miteinander verbinden. Nach der Beendigung dieser Eingriffe auf beiden Seiten, steht der Uterus nur noch mit den Adnexen und beiden Chordae uteroinguinales in Verbindung.

Das vordere Scheidenspekulum wird nun neuerlich unter die Plica vesicouterina in die Bauchhöhle eingeführt, die vordere Uteruswand schrittweise mit Kugelzangen bis zum Fundus gefasst (Abb. 25) und die Gebärmutter durch gleichzeitigen Zug der Portio nach hinten, vor die Wunde luxiert. Ist der Uterus genügend frei beweglich, so kann



37 38



inguinalis (obr. 39), aby sme vytvorili oporu pre prolabujúci močový mechúr. Ku každému z koncov posledného stehu potom priviažeme jednu stranu kýpľa *ligg. sacrouterina*. Takto sme vytvorili z *chordae uteroinguinales a ligg. sacrouterina* platňu, ktorá potom drží vysunutý močový mechúr a zabraňuje jeho ďalšiemu zníženiu.

Operáciu ukončíme suturem resekováných okrajov prednej pošvovej steny, zúžením otvoru pošvového kýpľa (obr. 40). Subperitoneálny priestor drénujeme pruhom mulu.

Iná metóda fixácie pošvy spočíva v tom, že koniec *opichov chordae uteroinguinales* všijeme vo výške jednej tretiny na oboch stranách do pošvového kýpľa asi $1\frac{1}{2}$ —2 cm od okraja pošvovej rany (obr. 41) a *opichy ligg. sacrouterina* fixujeme k zadnej pošvovej stene trochu nad okrajom rany (obr. 42). Opísané stehy uzlíme iba po suture pošvy, čím celý pošvový kýpeľ vytiahneme. Skoro v každom prípade je potrebné pripojiť aj zadnú plastiku so suture levátorov, ktorú sme opísali v príslušnej kapitole.

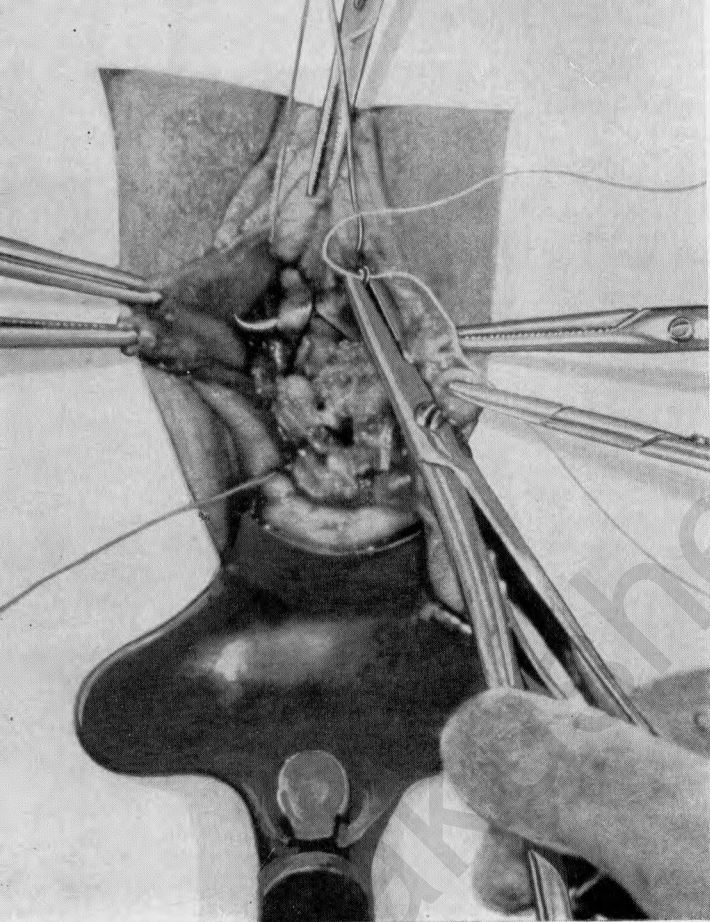
перь мы отчетливо видим место впадения маточных труб и круглые связки матки. Модификация, устраняющая опущение стен влагалища и мочевого пузыря, состоит в следующих мероприятиях: Придатки матки и круглые маточные связки захватываются отдельно. Одним зажимом захватывается только круглая маточная связка (рис. 27—28), вторым — маточная труба и собственная связка яичника (рис. 30—31). Затем выделяются круглые связки на протяжении 1— $1\frac{1}{2}$ см вбок (рис. 29) и обкальваются шелковой лигатурой. То же самое делается с другой стороны, чем заканчивается удаление препарата (рис. 32).

Затем следует зашивание брюшной полости (рис. 33). При этой модификации мы считаем самым подходящим циркулярный кистный шов, наложенный на внутреннюю поверхность брюшной полости таким образом, что культя придатков матки остаются вне брюшины. Круглые связки не захватываются в шов, чтобы они остались подвижными (рис. 34—37).

После закрепления мочевого пузыря швом Гурсуни, или же продольным швом, наложенным на пузырно-влагалищную перегородку, в небольшую, но толстую иглу, зажатую в иглодержатель Боземана, вдевается

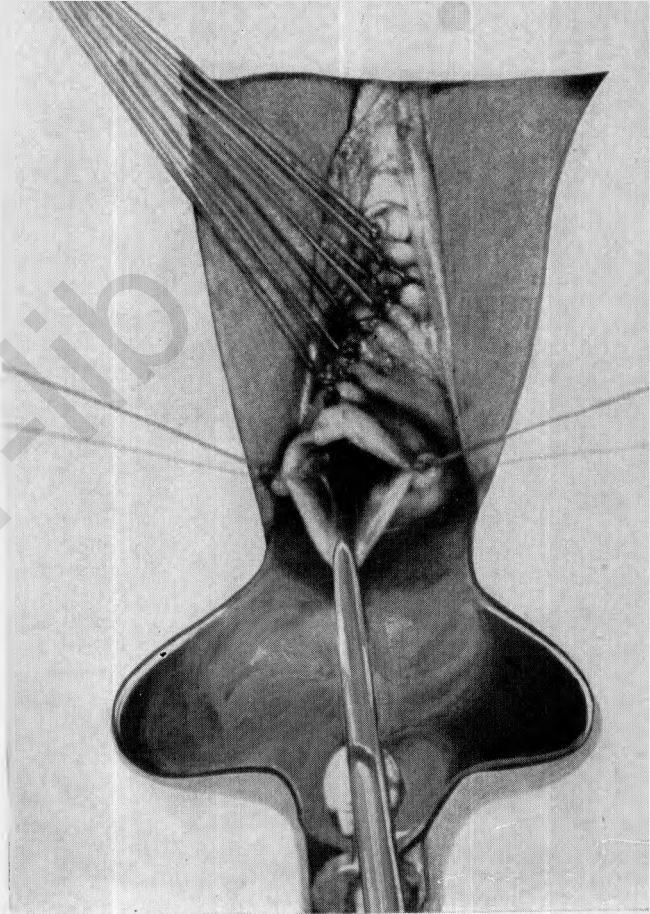
man im Verlauf der Operation — der besseren Übersicht wegen — auch die Portio und damit das ganze Operationspräparat vorziehen (Abb. 26). Nach der oben angeführten Luxation erkennt man deutlich die Insertionsstellen der Tuben und *Chordae uteroinguinales*. Will man durch eine Operationsmodifikation gleichzeitig einen Scheidenwand- oder Blasen-deszensus beseitigen, so empfiehlt sich folgender Eingriff: die Adnexe und *Chordae uteroinguinales* werden gesondert, d. h. mit einer Klemme nur die *Chorda* (Abb. 27—28) und mit einer zweiten nur die Tube und *Chorda uteroovarica* gefasst (Abb. 30—31). Nach ihrer Durchtrennung präpariert man dann die *Chordae uteroinguinales* nach der Seite hin etwa 1 bis $1\frac{1}{2}$ cm frei (Abb. 29) und umsticht sie mit Seide. Auf gleiche Weise wird auf der anderen Seite vorgegangen und schliesslich das Operationspräparat entfernt (Abb. 32).

Es folgt nun der Verschluss der Bauchhöhle (Abb. 33). Bei der von uns beschriebenen Modifikation empfehlen wir eine Tabakbeutelnaht, die an der Innenseite der Peritonealhöhle derart angelegt wird, dass die Adnexstümpfe extraperitoneal zu liegen kommen. Um ihre Beweglichkeit zu gewährleisten, werden die Stümpfe der *Chordae uteroinguinales* hierbei umgangen (Abb. 34 bis 37).



39

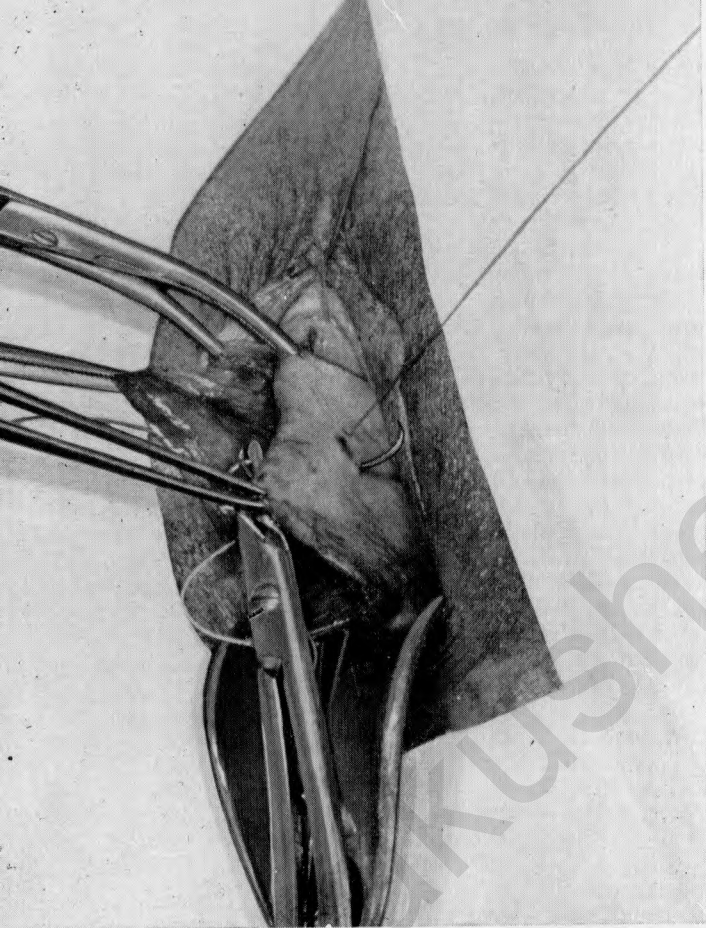
40



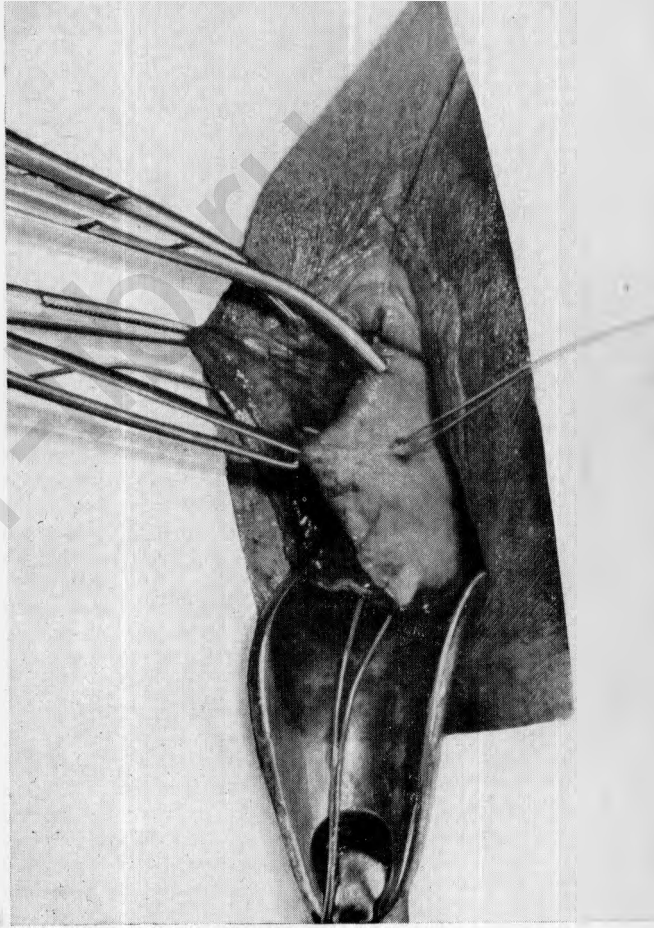
конец шелковой нити, которой было произведено перевязывание круглой связки. Указательным пальцем левой руки мы прощупываем дугообразную лобковую связку вблизи от мочеиспускательного канала под передней стенкой слизистой влагалища, которая была отсепарована уже в начале операции, и при помощи введенного пальца, или под контролем глаза, прокалываем иглой периост (рис. 38). Таким образом подтягивается и пришивается круглая связка матки к дугообразной лобковой связке. То же самое мы производим и на другой стороне. Наблюдая ход круглых связок матки, мы видим, что они расходятся по направлению вбок и теряются в брюшной полости. Следующими двумя швами мы сближаем и соединяем расходящиеся пучки круглых связок (рис. 39), чтобы образовать опору для выпадающего мочевого пузыря. К каждому из концов последнего шва привязываем одну сторону культи крестцово-маточной связки. Таким образом из круглых и крестцово-маточных связок образуется мост, удерживающий оттесненный мочевой пузырь, который препятствует его повторному снижению.

Операция заканчивается сшиванием рассеченных краев передней стенки влагалища, сужением отвер-

Nach der Versorgung der Blase entweder durch eine Tabakbeutelnaht nach Gersuny oder eine Längsnaht des Septum vesicovaginale, fädelt man das Ende des Umstechungsfadens der runden Mutterbänder in eine kleine, aber starke Nadel, die mit einem Bosenmann'schen Nadelhalter armiert wird. Mit dem Zeigefinger der linken Hand tastet man unter dem oberen Rand der — am Beginn der Operation freipräparierten — Scheidenschleimhaut (neben der Urethra) das Ligamentum arcuatum und führt unter Kontrolle dieses Fingers die Nadel durch das Perioest (Abb. 38). Auf diese Weise zieht und fixiert man bei der Nahtknotung die Chorda uteroinguinalis zum Ligamentum arcuatum. In gleicher Weise wird auf der anderen Seite vorgegangen. Betrachtet man nun den Verlauf der Chordae, dann bemerkt man, dass sie lateral divergieren und in der Peritonealhöhle verschwinden. Um eine Stütze für die prolabierende Blase zu schaffen, werden jetzt die auseinanderstrebenden Schenkel der runden Bänder mit zwei Nähten genähert und vereinigt (Abb. 39). Zu jedem der letzten Nähte knüpft man einen Stumpf der Ligg. sacrouterina und bildet so aus den Chordae uteroinguinales und Sacrouterinbändern eine Platte, welche die elevierte Blase stützt und ihre weitere Senkung verhindert.



41 42



ствия культи влагалища (рис. 40). Забрюшинное пространство дренируется при помощи марлевой полоски.

Иной метод фиксации влагалища состоит в том, что конец нитей, которыми были обколоты круглые связки, вшивается на высоте одной трети с обеих сторон во влагалищную культю на расстоянии $1\frac{1}{2}$ —2 см от края разреза на стенке влагалища (рис. 41), а обколотые крестцово-маточные связки прикрепляются к задней стенке влагалища, немного отступя от верхнего края разреза (рис. 42). Описанные швы завязываются лишь после зашивания влагалища, и, таким образом, поднимается вся культя влагалища.

В случае необходимости, что бывает почти всегда, мы присоединяем заднюю пластинку со сближением поднимателей заднего прохода так, как она описана в соответствующем месте.

Die Operation schliesst man mit einer Wundraudsutur der resezierten vorderen Scheidenwand, d. h. mit einer Verengerung der Schleimhautwunde (Abb. 40) und mit einer Mullstreifendrainage des subperitonealen Raumes.

Eine andere Scheidenfixationsmethode besteht darin, dass man die Enden der — zur Unterbindung der runden Mutterbänder angebrachten — Umstechungsfäden in der Höhe eines Drittels zu beiden Seiten mit dem Scheidenstumpf (etwa $1\frac{1}{2}$ bis 2 cm vom Scheidenwundrand) vernäht (Abb. 41) und die Umstechungsfäden der Ligg. sacrouterina etwas oberhalb des Wundrandes an die hintere Scheidenwand fixiert (Abb. 42). Die beschriebene Naht knotet man erst nach der Scheidensutur und eleviert derart den ganzen Scheidenstumpf.

Im Bedarfsfalle (d. h. fast immer) schliesst man eine hintere Scheidendamplastik mit Levatorennäht an, wie diese im entsprechenden Kapitel beschrieben wurde.

ODSTRÁNENIE MATERNICE POŠVOU II HYSTERECTOMIA VAGINALIS II

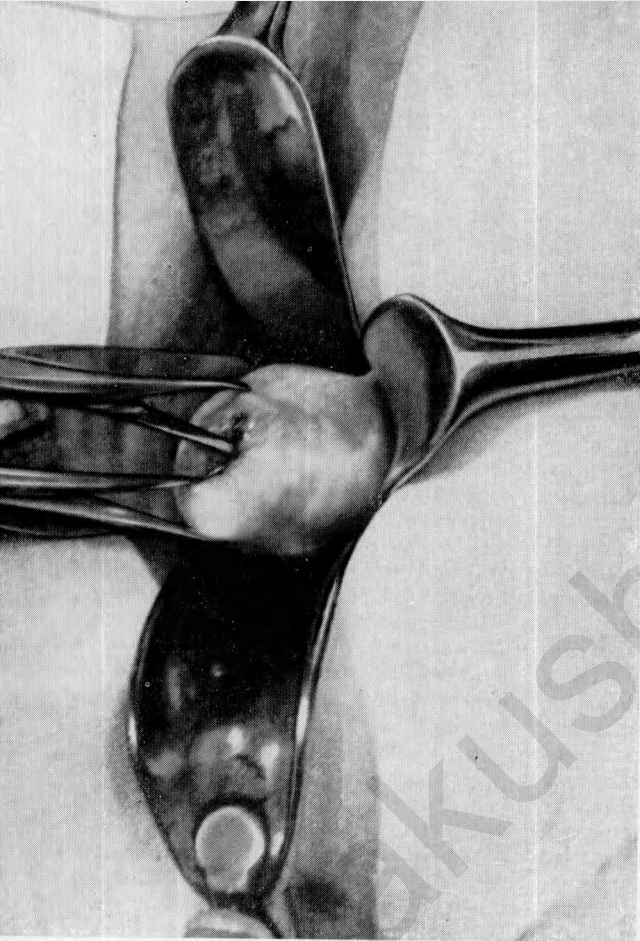
ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ II HYSTERECTOMIA VAGINALIS II

DIE VAGINALE HYSTEREKTOMIE II HYSTERECTOMIA VAGINALIS II

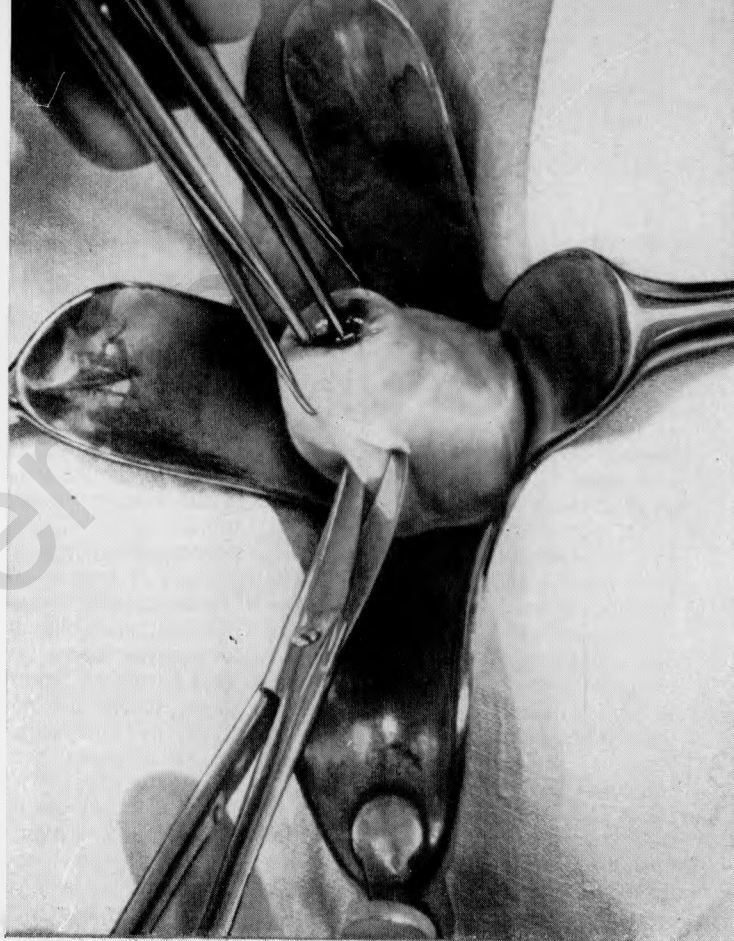
Po vyhľadani čapíka zachytíme jeho predný a zadný pysk v strednej čiare ozubenými kliešťami (obr. 4). Pri tejto operácii používame okrem zadného zrkadla aj pošvové lyžice podľa Breiskyho. Prvý asistent drží ľavou rukou hornú, pravou rukou postrannú lyžicu, zatiaľ čo druhý asistent pravou rukou postrannú a ľavou rukou zadnú lyžicu. Chirurg drží a ťahá čapík ozubenými kliešťami nadol. Ak asistenti držia lyžice správne, tlačiac ich do pošvových klenieb, je pošva dostatočne roztvorená a napnutá. Toto je základnou podmienkou pre správne vykonanie prvého aktu operácie, k obrezaniu čapíka. Správne volené miesto a správne volená hĺbka rezu okolo čapíka uľahčuje ďalší postup a preparáciu močového mechúra, ako aj peritonea Douglasovho priestoru. Cirkulárny rez vedieme blízko nad miestom

После фиксации влагалищной части шейки матки мы захватываем пулевыми щипцами переднюю и заднюю губы маточного зева по срединной линии (рис. 4). При этой операции мы применяем кроме заднего зеркала также и влагалищные зеркала по Брейски. Первый ассистент держит левой рукой верхнее, правой рукой боковое зеркало, в то время как второй ассистент правой рукой держит левое боковое, а левой рукой заднее зеркало. Оператор низводит пулевыми щипцами влагалищную часть шейки матки. Когда ассистенты держат зеркала правильно, оттягивая их к сводам влагалища, то влагалище достаточно раскрыто и натянуто, что является первым условием для правильного производства первого этапа операции, т. е. для обреза-

Nach Einstellung der Portio wird die vordere und hintere Muttermundlippe in der Mittellinie mit Kugelzangen gefasst (Abb. 4). Bei dieser Operation verwenden wir ausser dem hinteren Scheidenblatt auch die Blätter nach Breisky. Während der erste Assistent mit der linken Hand das obere, mit der rechten Hand das seitliche Blatt und der zweite Assistent mit der rechten Hand das linke seitliche und mit der linken das hintere Scheidenblatt hält, erfasst der Operateur die Kugelzangen und zieht damit die Portio nach unten. Wenn die Assistenten die Scheidenblätter richtig halten und in die Scheidengewölbe drücken, so wird durch eine ausreichende Spreizung und Spannung der Vagina die erste Vorbedingung für den Einleitungsakt der Operation, d. h. für die Durchführung eines zirkulären Schnittes



1



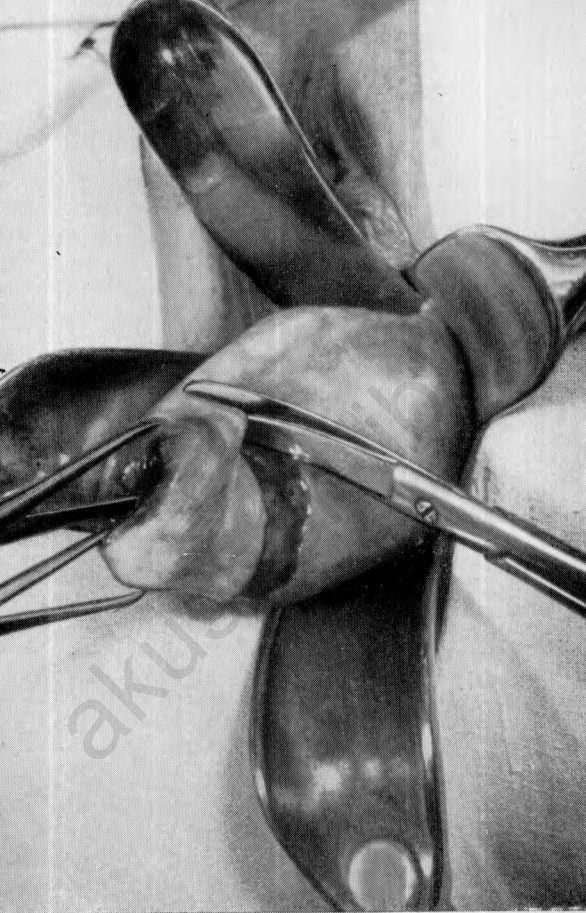
2



3

4





prechodu zriaseanej pošvovej steny do hladkej steny čapika.

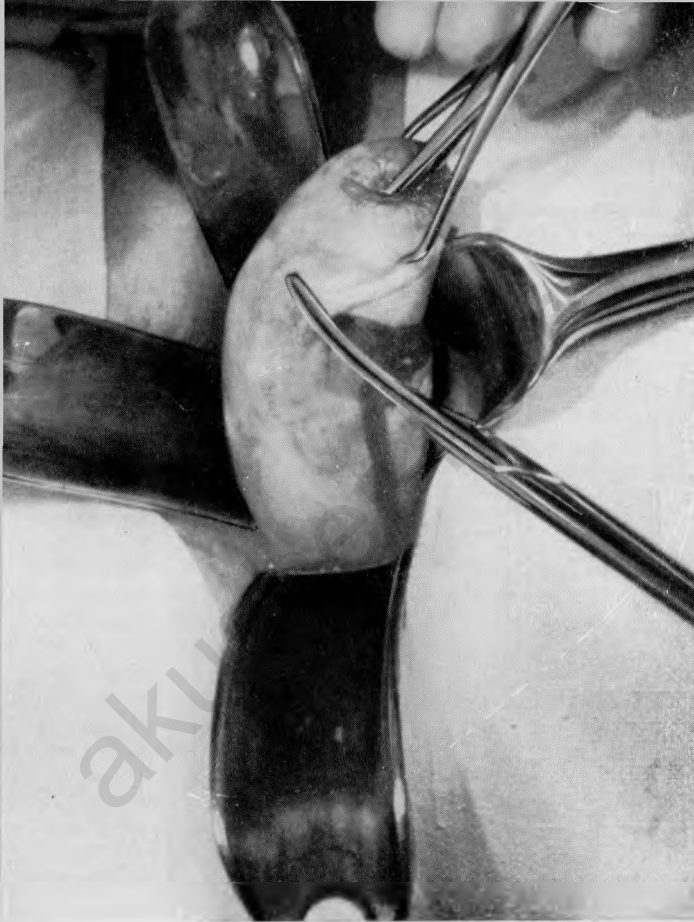
Teraz chirurg táhá čapík smerom nahor k symphyse. Cirkumcíziu čapika urobíme zahnutými silnejšími preparačnými nožnicami. Začínáme v zadnej klenbe preťaťm pošvovej steny (obr. 2). Najprv postupujeme vľavo smerom dopredu. Jednu branžu nožnic vedieme pod slizničnú stenu a prestrihujeme ju v celej jej šírke (obr. 3). Pri tomto výkone dbáme o to, aby bola medzi pošvovými lyžicami a ozubenými kliešťami správna súhra. Pri vhodnom tlaku a ťahu sa zjavne dostaneme do správnej vrstvy. Rozpoznáme to podľa typického vzhľadu prierezu pošvovej steny a rozstupu pošvovej rany. Takto obrežeme celý čapík (obr. 4—5), po stranách iba pošvovú stenu, vpredu a vzadu aj vaginálnu fasciu. Vpredu je otvorené spatium vesicovaginale a v ňom sú už viditeľné sagitálne prebiehajúce snopce supravaginálneho septa, ktoré sú často prestrihnuté súčasne pri obrezaní čapika. Ak sa pritom neuvolní aj močový mechúr, čiastočne popustíme prednú lyžicu. Takto je kaudálne ohraničenie močového mechúra viditeľnejšie. Okraj pošvovej rany spolu s močovým mechúrom zachytíme pinzetou, odľahneme ich od krčka a pozdĺžne vlákna septa priečne prestrihneme (obr. 6), čím otvoríme aj spatium vesicocervicale. Pri

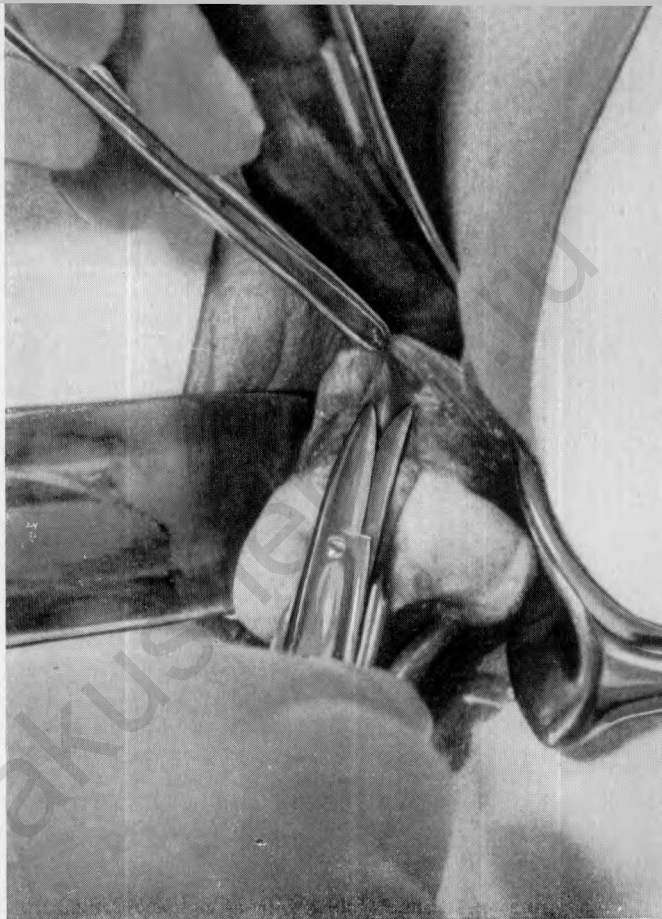
lišной части шейки матки. Правильно выбранные место и глубина разреза вокруг влагалищной части шейки матки облегчают дальнейший ход операции и отсепаровку мочевого пузыря, равно как и брюшины Дугласова пространства. Циркулярный разрез производится немного выше места перехода складчатой стенки влагалища в гладкую стенку влагалищной части шейки матки.

Затем хирург оттягивает влагалищную часть шейки матки кверху, к лону. Обрезание влагалищной части шейки матки мы производим изогнутыми, крепкими препарационными ножницами. Начинаем рассечение стенки влагалища в заднем своде (рис. 2). Разрез удлинняем сначала влево кверху. Одно лезвие ножниц вводим под стенку слизистой и рассекаем ее во всей ее ширине (рис. 3). При этом можно наблюдать насколько важна правильная согласованность работы зеркалами и пулевými щипцами. При правильно действующем давлении и тяге мы видим и чувствуем, что попали в надлежащий слой ткани. Узнаем это по типичному виду разреза стенки влагалища и расхождению краев его разреза. Таким образом мы обрезаем всю влагалищную часть шейки матки (рис. 4—5), по сторонам только стенку влагали-

um die Portio gesichert. Die richtig gewählte Stelle und Tiefe des Portiokreisschnittes erleichtert den weiteren Eingriff, d. h. sowohl die Präparation der Harnblase, wie auch die des Douglasperitoneums. Den Zirkulärschnitt führen wir ein wenig oberhalb der Übergangsstelle zwischen der faltenreichen vaginal- und glatten Portiowand.

Nun zieht der Operateur die Portio nach oben gegen die Symphyse. Die Portiounmschneidung führen wir mit einer gebogenen, stärkeren Präparierschere durch und beginnen im hinteren Scheidengewölbe mit der Durchtrennung der Scheidenwand (Abb. 2). Dann wird zunächst links in der Richtung nach vorne weiterpräpariert, eine Scherenbranche unter die Scheidenschleimhaut eingeführt und diese in ihrer ganzen Breite gespalten (Abb. 3). Hier äussert sich die Bedeutung eines richtigen Zusammenspiels der Scheidenblätter und Kugelzangen: wird nämlich ihr Zug und Druck allen Anforderungen gerecht, dann gelangt der Operateur sicht- und fühlbar in die gewünschte Schicht. Er erkennt dies an dem typischen Querschnittsbild der Scheidenwand und an der Art, wie die Scheidenwunde nun klafft. Auf gleiche Weise wird die ganze Portio umschnitten (Abb. 4—5) und an beiden Seiten nur die Scheidenwand, vorne und hinten jedoch auch die Va-





5

6

ďalšom odsunutí močového mechúra nájdeme vezikouterinnu plíku, ako je to opísané v predchádzajúcej kapitole.

Po stranách vidíme ligamenta vesicouterina a descendentné vetvy a. uterinae. Chirurg, držiac ľavou rukou čapík, odsunie vpredu pošvu a mechúr preparačným chumáčom (obr. 7). Vzadu odsunie opatrne pošvu od peritonea Douglasu (obr. 8). Peritoneum od maternice neodšúva, aby si nestažil otvorenie Douglasovho priestoru. Pri správnej preparácii je zreteľne vidieť plíku Douglasovho priestoru, olemovanú zadnými väzmi tlahnúcimi sa k maternici. Chirurg zachytí plíku Douglasu chirurgickou pinzetou a nad pinzetou ju priečne prestrihne (obr. 9). Takto je Douglasov priestor otvorený (obr. 10). Otvor do strán čiastočne rozšíri (obr. 11 až 12).

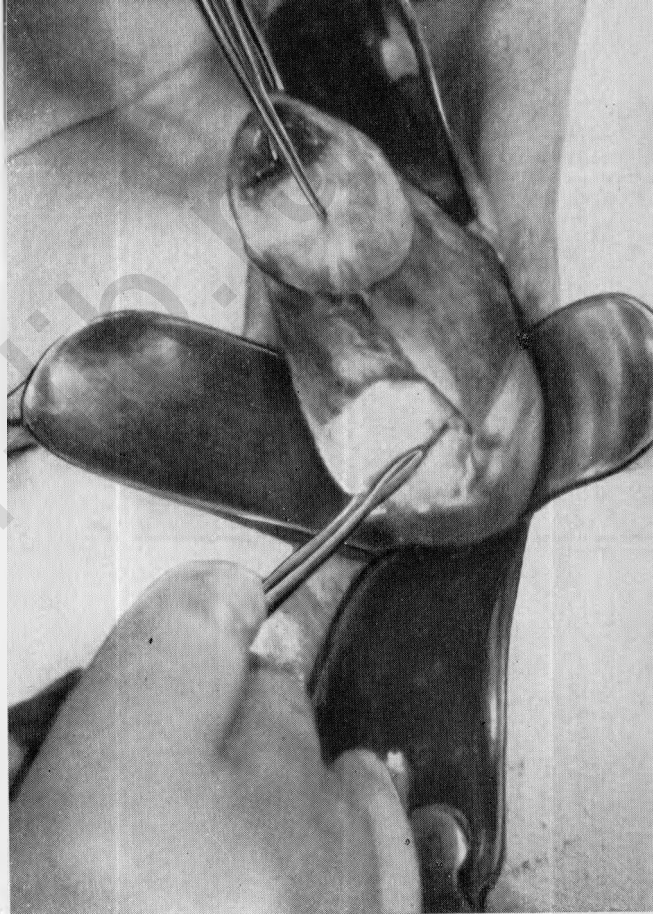
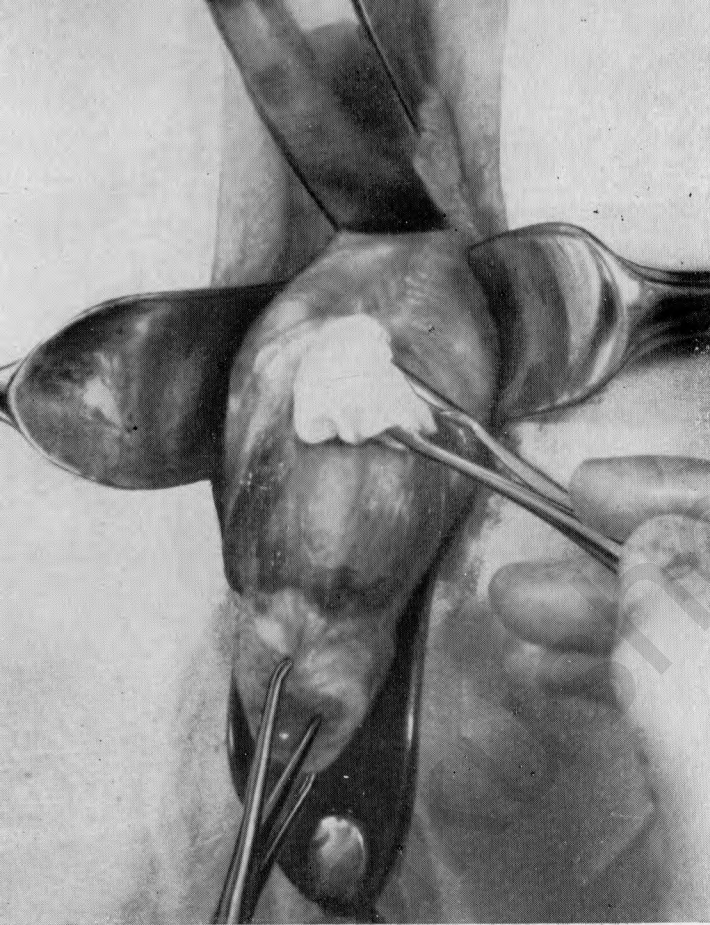
Nasleduje podchytenie a podviazanie parametrálneho väziva. Začíname zadnými väzmi a oddelením maternice od retinaculum uteri. Ak začíname ľavým parametriom, prvý asistent ťahá čapík k sebe a trochu k spine, zatiaľ čo druhý asistent vyhladá zadnou a postrannou lyžicou parametrium. Chirurg pod kontrolou ukazováka, zavedeného do Douglasovho priestoru, podchytil zadnú časť retinaculum (obr. 13), teda ligamentum sacrouterinum a väzivo pod a. uterina prestrihne (obr. 14) a opichne

яца, спереди и сзади — стенку вместе с влагалищной фасцией. Пузырно-влагалищное пространство открыто спереди и в нем видны уже сагиттально идущие пучки надвлагалищной перегородки, которые часто рассекаются уже при обрезании влагалищной части шейки матки. Если не удается одновременно освободить мочевого пузырь, то мы несколько ослабляем давление на подъемник, вследствие чего нижний край мочевого пузыря станет видимым. Хирургическим пинцетом мы захватываем край влагалищного разреза вместе с мочевым пузырем, отодвигаем все это от шейки матки и поперечным разрезом рассекаем продольные волокна перегородки (рис. 6), вследствие чего вскрывается пузырно-шечное пространство. При еще большем отсеснении мочевого пузыря находим пузырно-маточную складку, как это описано в предыдущей главе.

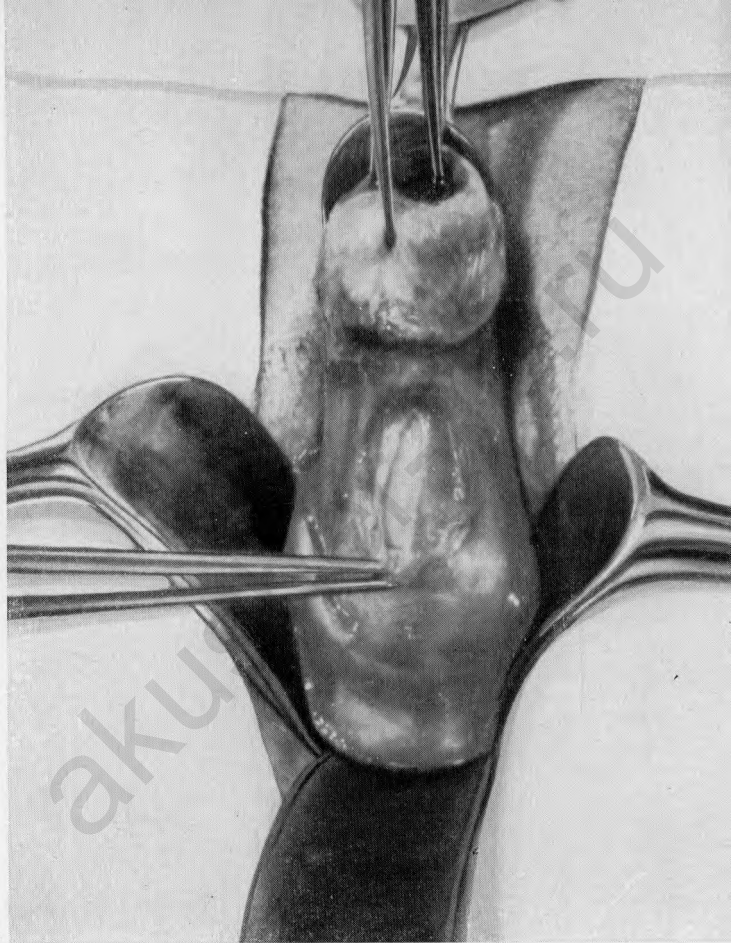
По сторонам виднеются влагалищно-маточные связки и нисходящие ветви маточной артерии. Хирург оттягивает левой рукой влагалищную часть матки, впереди отделяет препаративным марлевым париком влагалище вместе с мочевым пузырем (рис. 7), затем сзади, с особой осторожностью, отсекарует только влагалище от брюшины Дугласова

ginalfaszie durchtrennt. Vorn ist damit das Spatium vesicovaginale eröffnet, in welchem sagittal verlaufende — bei der Portiumschneidung bereits teilweise durchtrennt — Gewebsbündel des Septum supravaginale zutage treten. Dort wo eine gleichzeitige Harnblasenmobilisation misslingt, empfiehlt es sich, mit dem Druck des vorderen Scheidenblattes nachzulassen: auf diese Weise kommt nämlich die kaudale Vesicagrenze gut zur Darstellung. Gemeinsam mit der Harnblase wird nun der untere Scheidenwundrand mit einer chirurgischen Pinzette erfasst, beide von der Zervix abgehoben, die Septumlängsfasern durchschnitten (Abb. 6) und derart das Spatium vesicocervicale geöffnet. Durch ein weiteres Abschieben der Harnblase legt man — wie im vorigen Kapitel beschrieben — die Plica vesicouterina frei.

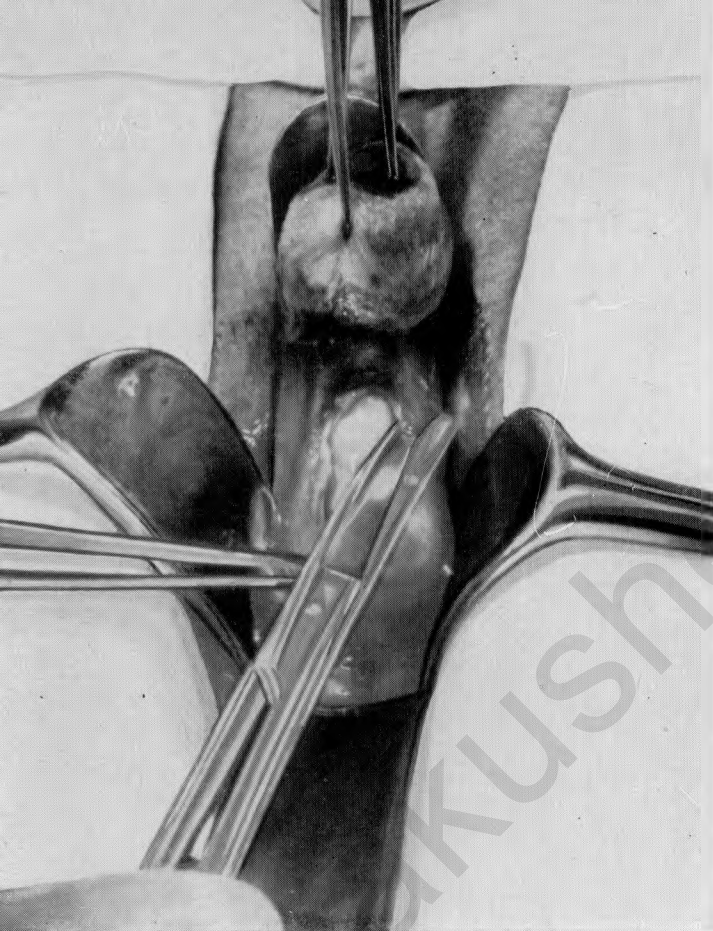
Auf beiden Seiten sehen wir nun die Ligg. vesicouterina und die absteigenden Äste der Arteria uterina. Die Portio mit der linken Hand haltend, schiebt der Operateur mit einem Präparationsstieltpfer vorn die Scheidenwand mit der Blase (Abb. 7), hinten besonders vorsichtig nur die Vagina vom Douglasperitoneum ab (Abb. 8), vermeidet hier jedoch eine Loslösung des Peritoneums vom Uterus, ein Fehler, der die Öffnung des Cavum Douglasi ungemein erschwert. Bei richtiger Präparation sieht





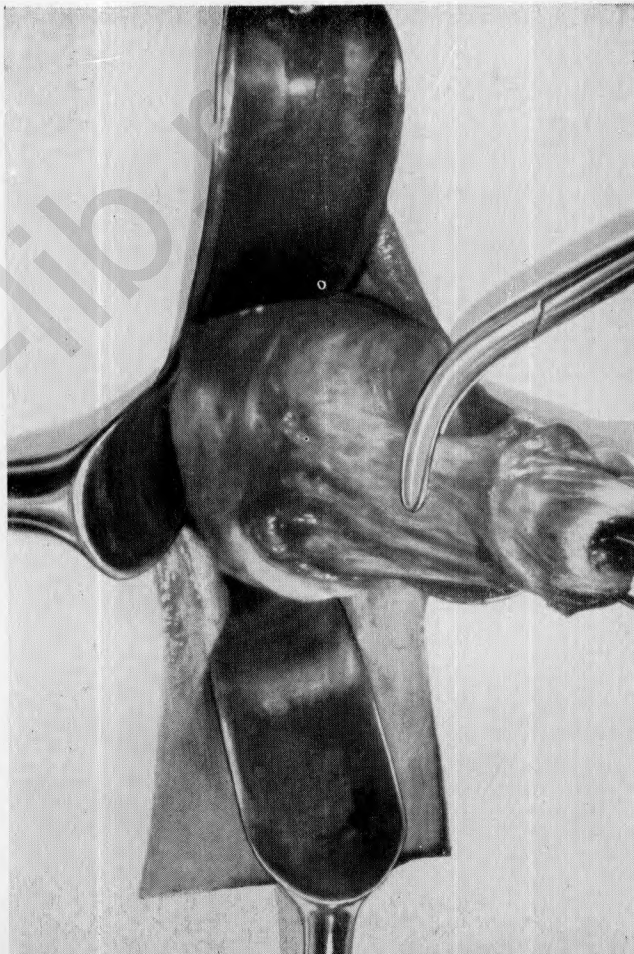


aku

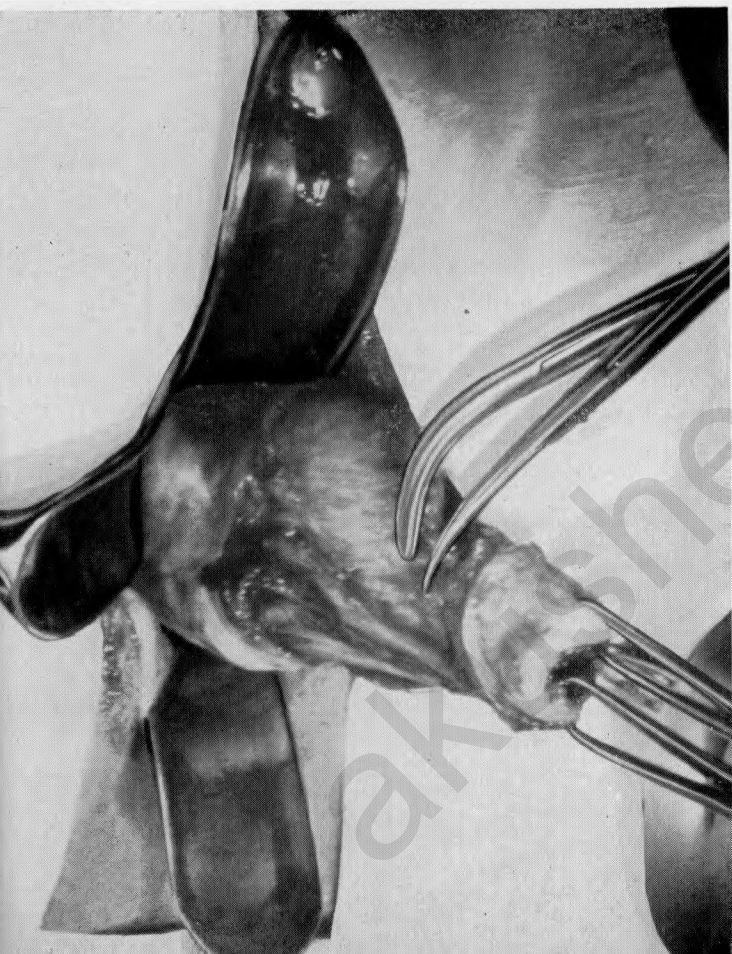


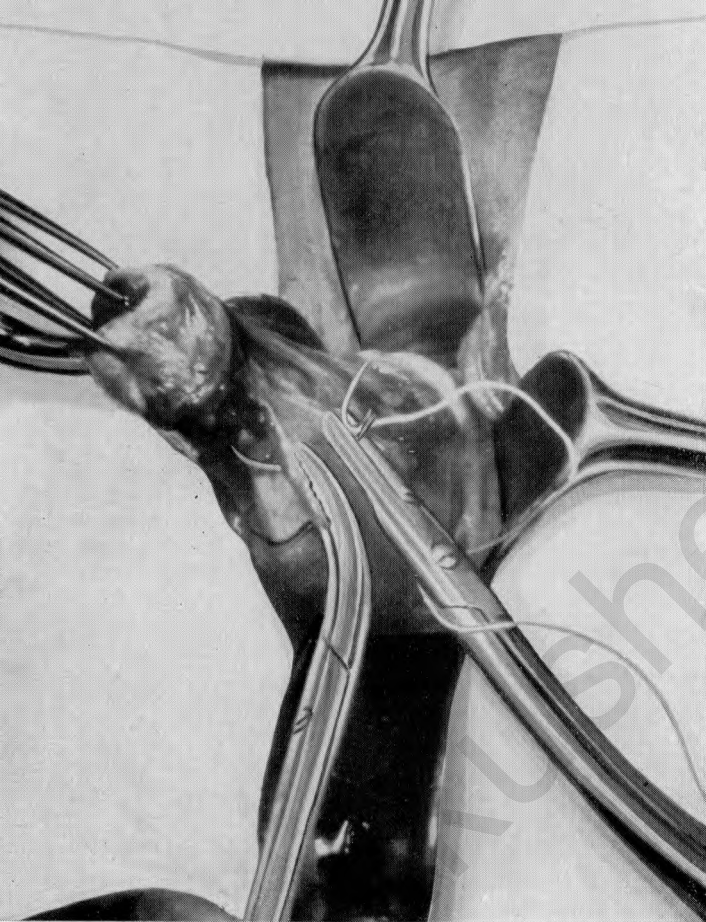
11 12





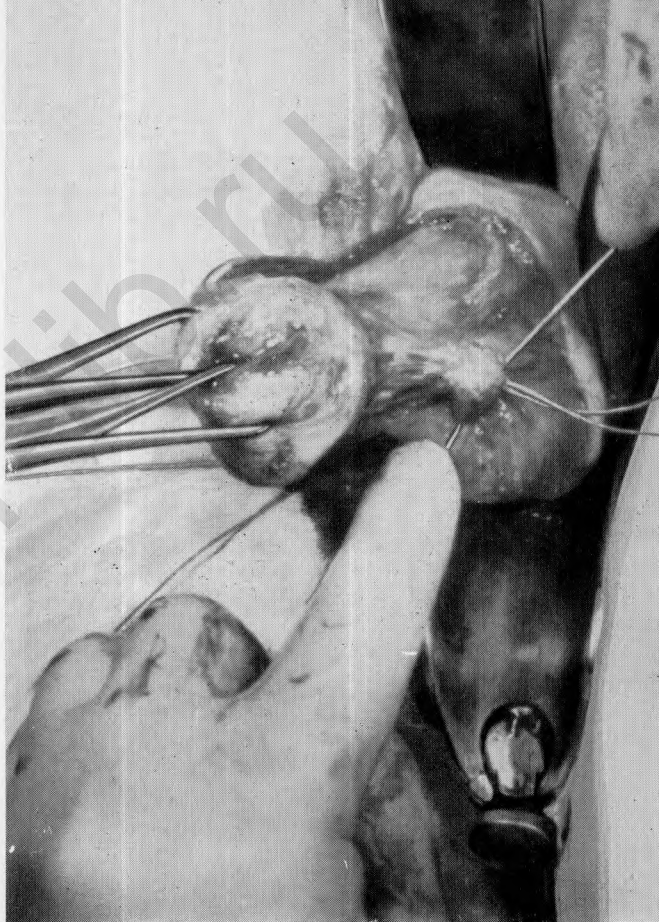
13 14





15

16



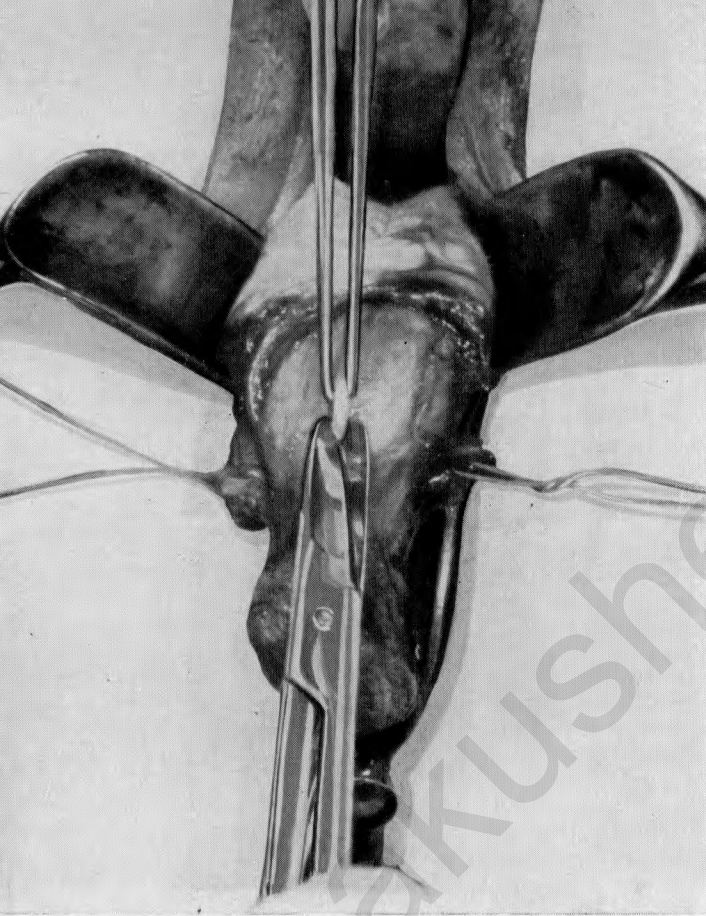
(obr. 15). Pri uzlení ľah za čapík povolíme. Ak sme pri preparácii dostatočne odsunuli postranné časti a cýpy močového mechúra, nemusíme sa obávať poranenia ureterov, ktoré sú už mimo operačného poľa. Druhú ligatúru, ktorá zaberá strednú časť retinaculum uteri (lig. cardinale) a je obyčajne ešte pod hlavnou vetvou a. uterina, založíme podobným spôsobom (obr. 16). Tretí opích zaberá tiež strednú časť retinaculum uteri, ale v jej proximálnejšej časti a podchyťava a. uterina. Pri podchyťávaní používame výlučne krátke zahnuté kliešte, ktoré sú naložené vždy konkavitou k maternici. Držadlá smerujú k opačnej strane, ako je podchytené parametrium. To isté urobíme aj na druhej strane. Potom prikrôčime k otvoreniu strednej plíky (plica vesicouterina) a k oddeleniu maternicových príveskov od maternice. Operačné pole sprístupnime prednou a postrannými lyžicami. Asistujúci ľahá maternicu za čapík dolu a dozadu. Takto je dobre viditeľná predtým vypreparovaná plíka. Chirúrg zachytí a zdvihne plíku pinzetou a prestrihne ju nožnicami priečne medzi pinzetou a maternicou (obr. 17—18). Do peritoneálneho otvoru zavedieme prednú lyžicu. Ozubenými kliešťami alebo jemnými hákmi zachytávame prednú stenu maternice. Takto postupujeme až k fundu a ma-

prostianstva (pic. 8), no ne brušninu ot matky, potom čo tým bolo by zťaždnené vykrytie Duglasova prostianstva. Pri pravylivnoú sepatácii otčetlivo vidna skladka Duglasova prostianstva, okajmlennaja zadnimi svyazkami, idušimi k matke. Chirúrg zachytavaet skladku Duglasova prostianstva chirurgičeskim pinzetom i rassekaet ee poperečno nad pinzetom (pic. 9), vseledstvie čego Duglasovo prostianstvo vykryvaetja (pic. 10). Otvertstie on neskolko paširujeť a storoúny (pic. 11—12).

Затем следует захватывание и перевязывание параметриальной клетчатки, начиная от задних связок и отделения матки от retinaculum uteri. Начиная работу над левым параметрием, первый ассистент оттягивает влагалищную часть шейки матки вправо и немного к лону, а второй фиксирует параметрий задним и боковым зеркалами. Хирург под контролем указательного пальца, введенного в Дугласово пространство, захватывает заднюю часть retinaculum uteri (pic. 13), т. е. крестцово-маточную связку и клетчатку под маточной артерией, рассекает ее (pic. 14) и обкалывает (pic. 15). Во время завязывания узлов ослабляется оттягивание влагалищной части шейки матки. Если мы во время сепарации

man deutlich die — von den zur Gebärmutter ziehenden hinteren Bändern — begrenzte Douglas-Plica. Diese fasst nun der Operateur mit einer chirurgischen Pinzette, durchschneidet sie über dem erwähnten Instrument in querer Richtung (Abb. 9), öffnet so den Douglas'schen Raum (Abb. 10) und erweitert den Zutritt ein wenig nach beiden Seiten (Abb. 11—12).

Es folgt nun die Abklemmung und Unterbindung des parametranen Bindegewebes, ein Eingriff, der von den hinteren Bändern ausgehend, die Loslösung des Uterus vom Retinaculum uteri bezweckt. Will man mit dem linken Parametrium beginnen, so zieht der erste Assistent die Portio nach rechts und etwas symphysenwärts, während der zweite Assistent das Parametrium mit dem hinteren und seitlichen Blatt einstellt. Unter der Kontrolle eines, in den Douglas'schen Raum eingeführten Zeigefingers, erfasst der Operateur den hinteren Retinaculumabschnitt (Abb. 13), d. h. das Ligg. sacrouterinum und das Gewebe unterhalb der Arteria uterina mit einer Klemme, durchtrennt und unsticht ihn (Abb. 14—15). Während der Nahtknotung wird die Spannung der Portio gelockert. Hat man bei der Präparation den seitlichen Blasenabschnitt und seine Zipfel genügend weit abgeschoben, so besteht keine Gefahr



17 18



ternicu vyvrátíme peritoneálnym otvorom (viď hysterectomy vaginalis I, obr. 34). Vyluxovanie matrice podporujeme tým, že kliešťami zachytený čapík tlačíme späť. Maternica visí iba na príveskoch. Chirurg zavedie ukazovák ľavej ruky do Douglasu a na pravú polovicu zadnej steny vyluxovanej matrice. Prvý asistent zavedenou prednou lyžicou drží močový mechúr, druhý asistent ťahá zachytené telo matrice doľava. Chirurg naloží pod kontrolou ukazováka (ak ponecháva adnexy) tesne pri hrane matrice zahnuté kliešte, jednu zhora a v prípade potreby druhú zdola. Kliešťami podchytneme úpon adnex, teda vajcovod, chorda uteroovarica (lig. ovarii proprium), chorda uteroinguinalis (lig. rotundum) a prípadne horný kraniálny zbytok ligamentum latum. Úpon adnex medzi kliešťami a maternicou prestrihneme nožnicami (obr. 19). Obráz 20 ukazuje podviazanie adnexálnych kýpfov. Druhá strana pri uvoľnenej maternici je dobre prístupná a prehľadná (obr. 21) a nerobí nám žiadne ťažkosti (obr. 22).

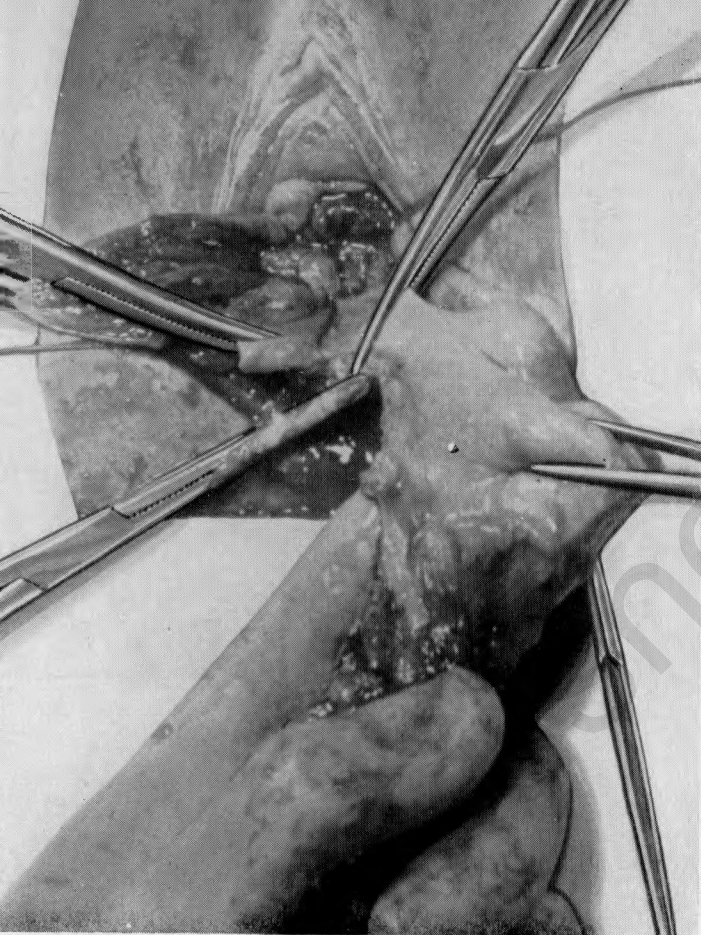
Peritoneálnu dutinu nikdy nedrénujeme. Peritoneum uzavierame vždy úplne. Predný a zadný okraj zachytíme jemnými kliešťami alebo poxyťaháme za naložené stely. Peritoneálnu dutinu uzatvárame postrannými polooblúkovitými stehmi (obr. 23). Vľavo: zabe-

достаточно отселили боковые части и углы мочевого пузыря, то нет опасности ранения мочеточников, которые находятся вне операционного поля. Вторую лигатуру, в которую входит средняя часть retinaculum uteri (кардинальная связка) и которая обыкновенно находится еще под главной ветвью маточной артерии, мы накладываем подобным же образом (рис. 16). Третье обкалывание захватывает также среднюю часть retinaculum uteri, но в ее более проксимальной части и включает также и маточную артерию. Для захватывания мы применяем исключительно изогнутые короткие зажимы, которые накладываются всегда вогнутой стороной к матке. Ручки направлены в обратную сторону захватываемого параметрия. То же самое производится подобным образом и на другой стороне. Затем вскрывается пузырно-маточная складка и отсекаются придатки матки.

Операционное поле обнажается при помощи подъемника и боковиков. Ассистент оттягивает влагалищную часть матки книзу и кзади. Таким образом уже заранее отсепарованная складка становится хорошо видимой. Хирург захватывает и приподнимает складку пинцетом и рассекает ее ножницами поперек между пинцетом

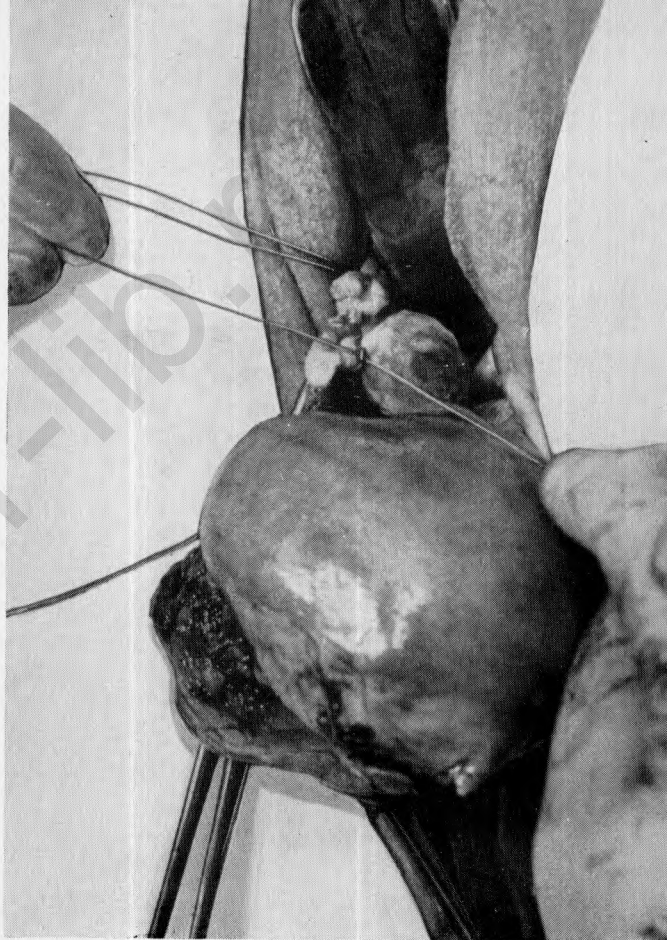
mehr, die nun ausserhalb des Operationsfeldes liegenden Ureteren zu verletzen. Die zweite — den Mittelschnitt des Retinaculum uteri (Lig. cardinale) erfassende und gewöhnlich noch unter dem Hauptast der Arteria uterina geführte — Ligatur wird auf ähnliche Weise angelegt (Abb. 16). Mit der dritten Ligatur unterbindet man auch den proximalen Teil des Retinaculum-Mittelabschnittes und die Arteria uterina. Bei der Abklemmung verwenden wir ausschliesslich gekrümmte, kurze Klemmen, die stets mit ihrer Konkavität zum Uterus und mit ihren Handgriffen in einer — dem gefassten Parametrium entgegengesetzten Richtung angelegt werden. Alle erwähnten Operationsphasen wiederholen wir in gleicher Weise auf der anderen Seite und beginnen nun mit der Öffnung der Plica vesicoouterina und Loslösung der Adnexe vom Uterus.

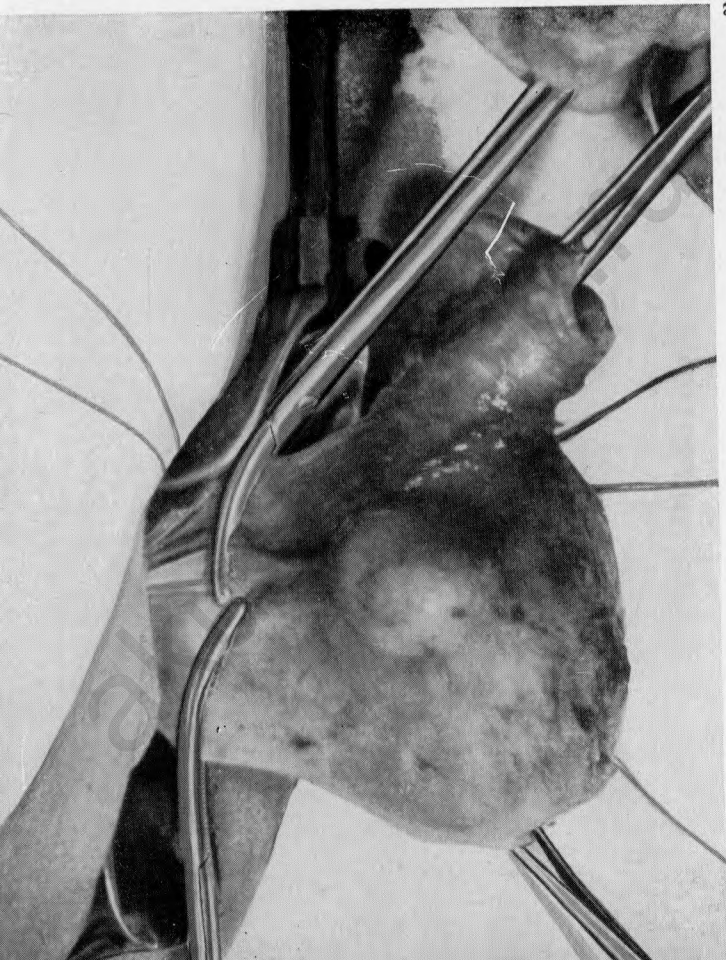
Zu diesem Zwecke wird mit vorderen, bzw. seitlichen Scheidenblättern eine gute Übersicht des Operationsfeldes gesichert, die Portio vom Assistenten nach unten und hinten gezogen und derart die vorher bereits freipräparierte Plica deutlich dargestellt. Diese ergreift der Operateur mit einer Pinzette und durchschneidet sie in querer Richtung zwischen dieser und dem Uterus mit einer Schere (Abb. 17—18). Das vordere Scheidenblatt wird nun in die Peritoneal-



19

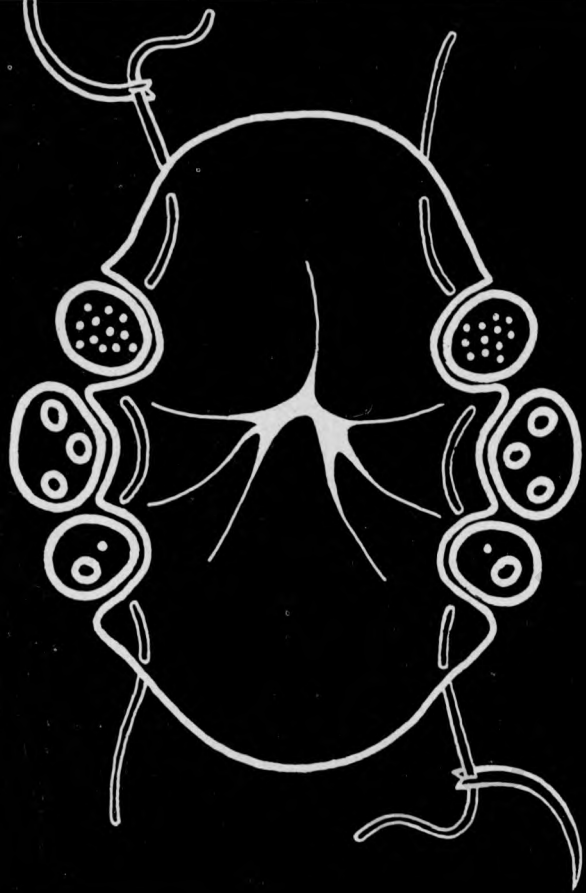
20



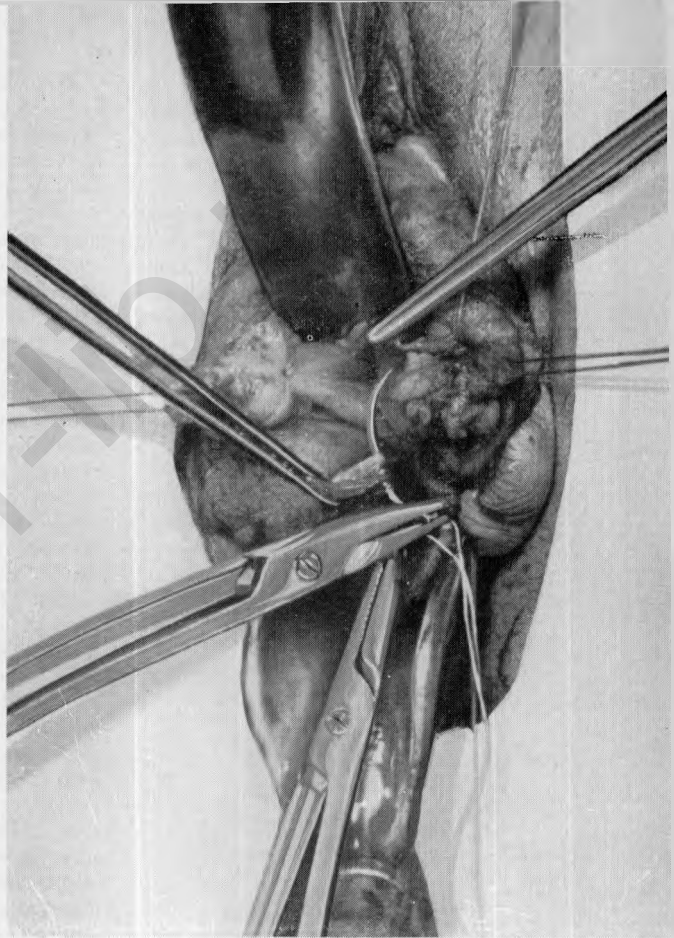




akusis



24



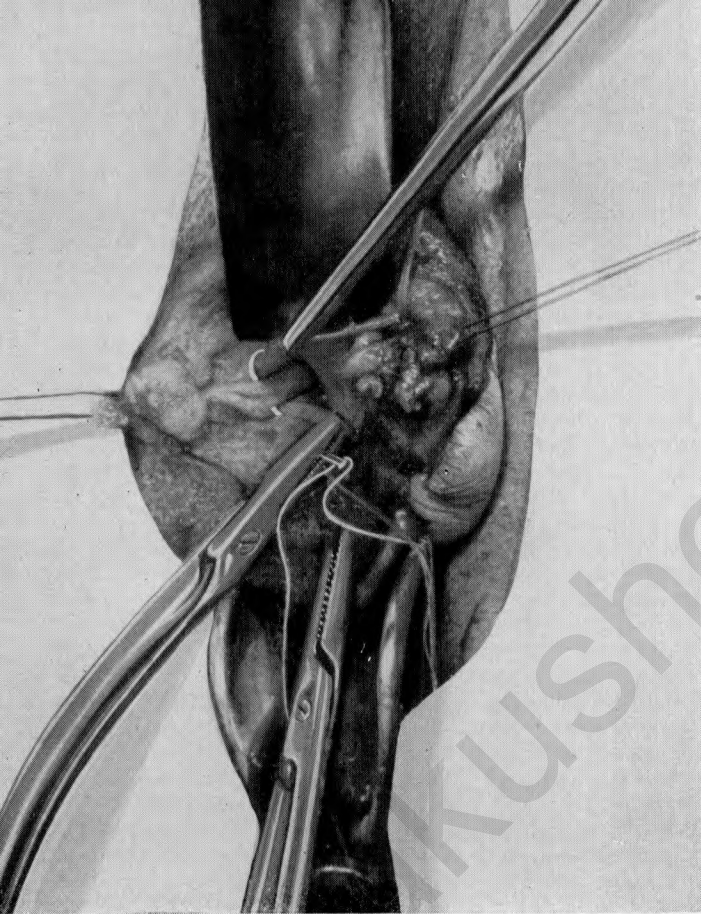
237

ráme do stehu serózu močového mechúra, vaječovod, parametrálny cievny kôpeľ a zadný list alebo serózu Douglasu, vpravo v obrátenom poradí serózu konečníka (obr. 24), kýpte (obr. 25), a nakoniec serózu močového mechúra (obr. 26). Pri správnom založení týchto dvoch stehov ostávajú pri zaužení kýpte extraperitoneálne. Stredný, ostávajúci otvor zošijeme sagitálne založenými uzlovými stehmi.

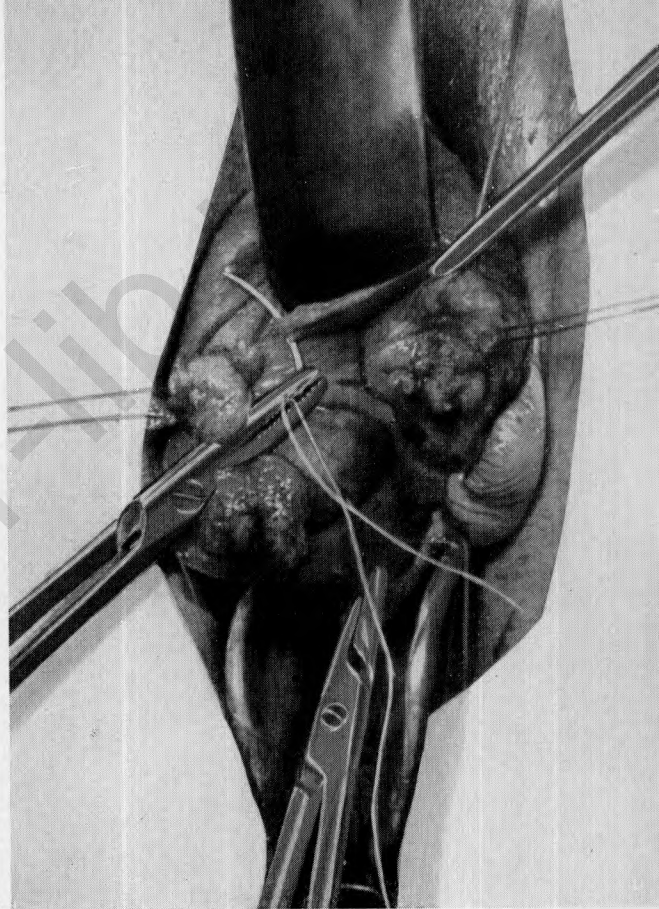
Po opakovanej kontrole a zastavení prípadného krvácania zošijeme okraje pošvovej rany. Do postranných stehov zauzlíme kýpte parametrálneho väziva (obr. 27). Stred pošvovej rany nezošijeme, lebo subperitoneálny priestor pravidelne drenujeme pruhom mulu.

и маткой (рис. 17—18). Переднее зеркало вводится в брюшную полость. Пулевыми щипцами или тонкими крючками мы захватываем переднюю стенку матки. Захватывая все выше расположенные участки, доходим до дна матки и вывихиваем ее через отверстие в брюшине. (Влагалищная экстирпация матки I, рис. 34.) Вывихиванию матки содействует одновременное отодвигание пулевыми щипцами захваченной влагалищной части шейки матки вглубь влагалища. Матка висит только на своих придатках. Хирург вводит указательный палец левой руки в Дугласово пространство к правой стороне вывихнутой матки. Первый ассистент отсоединяет мочевой пузырь передним зеркалом, второй оттягивает захваченное тело влево. Под контролем указательного пальца хирург накладывает (в случае оставления придатков) непосредственно у ребра матки изогнутые зажимы сверху, а в случае надобности, также и снизу. В зажим он берет маточную трубу, собственную связку яичника, круглую связку матки и остаток широкой связки матки. Придатки матки между зажимами и маткой он рассекает ножницами (рис. 19). На рис. 20 показана перевязка культи придатков матки. Другая сторона освобожденной матки

öffnung eingeführt, die vordere Uteruswand schrittweise mit Kugelzangen oder feinen Haken bis zum Uterusfundus gefasst und die Gebärmutter vor die Peritonealöffnung luxiert (siehe die vaginale Hysterektomie I, Abb. 34), ein Manöver, das durch ein Zurückdrängen der Portio mit Kugelzangen unterstützt wird. Jetzt hängt der Uterus nur an seinen Adnexen und der Operateur legt seinen linken, in den Douglas'schen Raum eingeführten Zeigefinger auf die rechte Hälfte der vorluxierten Uterushinterwand. Während der erste Assistent die Harnblase mit dem eingeführten vorderen Scheidenblatt zurückdrängt, zieht der zweite Assistent den gefassten Uteruskörper nach links. Hart an der Uteruskante und unter Kontrolle des Zeigefingers legt nun der Operateur (falls er die Adnexe zu belassen gedenkt) gekrümmte Klemme an, und zwar die erste von oben her und — falls dies noch nötig ist — die zweite in umgekehrter Richtung. Mit Klemmen wird die Adnexabgangsstelle, d. h. der Eileiter, die Chorda uteroovarica (Lig. ovarii proprium), chorda uteroinguinalis (Lig. rotundum) und — wenn nötig — der Rest des Lig. latum (Plica lata) erfasst. Zwischen den Klemmen und dem Uterus durchschneidet man nun die Adnexabgangsstelle mit einer Schere (Abb. 19). Abb. 20 zeigt die Unterbin-



25 23



хорошо доступна и хорошо видима (рис. 21), так что сепарация не представляет обыкновенно никаких затруднений (рис. 22).

Дренаж брюшной полости никогда не производится, брюшина зашивается всегда наглухо, передний и задний край захватывается тонкими щипцами, или же вытягивается за наложенные швы. Зашивание брюшной полости производится боковыми дугообразными швами (рис. 23). Влево: брюшина мочевого пузыря, маточная труба, культя сосуда в параметрии и задний листок или же брюшина Дугласова пространства. Вправо: в обратном порядке — брюшина прямой кишки (рис. 24), культя (рис. 25) и, наконец, брюшина мочевого пузыря (рис. 26). При правильном наложении этих двух швов культя при завязывании остается вне брюшной полости. Среднее оставшееся отверстие сшивается сагиттально наложением узловатых швов.

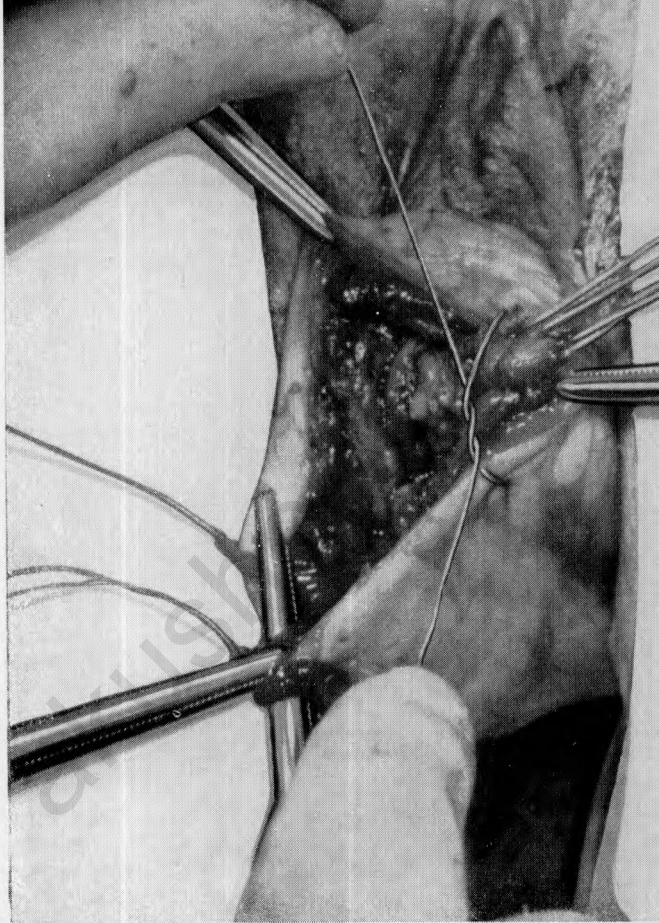
После повторной проверки и остановки возможного кровотечения край влагалищной раны сшиваются. В боковые швы завязываются культя клетчатки параметрии (рис. 27). Середина влагалищной раны не сшивается, потому что в забрюшинное пространство вводится обыкновенно дренажная марлевая полоска.

dung der Adnexstümpfe. Nach Lösung des Uterus ist die andere Seite meist so gut zugänglich und übersichtlich (Abb. 21), dass ihre Unterbindung kaum jemals Schwierigkeiten bereitet (Abb. 22).

Die Bauchhöhle drainieren wir niemals und schliessen das Peritoneum immer vollständig. Zu diesem Zwecke wird der vordere und hintere Rand mit feinen Klemmen gefasst oder an den Haltefäden vorgezogen. Die Peritonealhöhle verschliessen wir durch seitliche, halbkreisförmige Nähte (Abb. 23). Links: Blasenserosa — Eileiter — parametraner Gefäßstumpf — hinteres Peritonealblatt oder Douglasserosa. Rechts in umgekehrter Reihenfolge: Rektumserosa (Abb. 24) — Stümpfe (Abb. 25) — und zuletzt die Blasenserosa (Abb. 26). Bei richtiger Anlage dieser beiden Nähte werden die Stümpfe extraperitonealisiert. Die übrigbleibende, mittlere Öffnung wird mit sagittal angelegten Knopfnähten versorgt.

Nach wiederholter Kontrolle und Stillung vorhandener Blutungen, vernäht man die Ränder der Vaginalwunde. In die seitlichen Nähte werden die parametranen Gewebsstümpfe (Abb. 27) geknüpft, die Mitte der Scheidenwände jedoch unvernäht gelassen und der subperitoneale Raum immer mit einem Mullstreifen drainiert.

akusher-lib.ru



ODSTRÁNENIE MATERNICE POŠVOU III HYSTERECTOMIA VAGINALIS III

ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ III HYSTERECTOMIA VAGINALIS III

DIE VAGINALE HYSTEREKTOMIE III HYSTERECTOMIA VAGINALIS III

Pri elongácii maternicového krčka nám niekedy uľahčí luxáciu maternice amputácia čapíka. Po založení tretej ligatúry, to znamená po podviazaní a. uterina, zachytíme ozubenými kliešťami prednú stenu maternice tesne nad čiarou, kde krček prechádza do tela maternice a čapík jednoduchou skalpelom amputujeme (obr. 1). Další postup operácie sme opisali už predtým.

Ak je aj telo maternice tak zväčšené, že jeho luxácia sa nám nepodarí ľahko, nepoužívame násilie, ale urobíme hemisekciu — rozpoltenie maternice.

Po amputácii čapíka, otvorení plíky, zavedení prednej lyžice do peritoneálnej dutiny, maternicový kýpeľ zachytíme ako čapík dvoma ozubenými kliešťami (obr. 2). Medzi kliešťami rozpoltneme prednú stenu maternice rovnými nožnicami (obr. 3) alebo skalpelom

Pri удлинении шейки матки вывихивание иногда облегчается ампутацией влагалищной части матки. После наложения третьей лигатуры, т. е. после перевязки маточной артерии, мы захватываем пудевыми щипцами переднюю стенку матки непосредственно над линией перехода шейки в тело матки и влагалищную часть матки ампутируем при помощи скальпеля (рис. 1). Дальнейший ход операции мы производим ранее описанным способом.

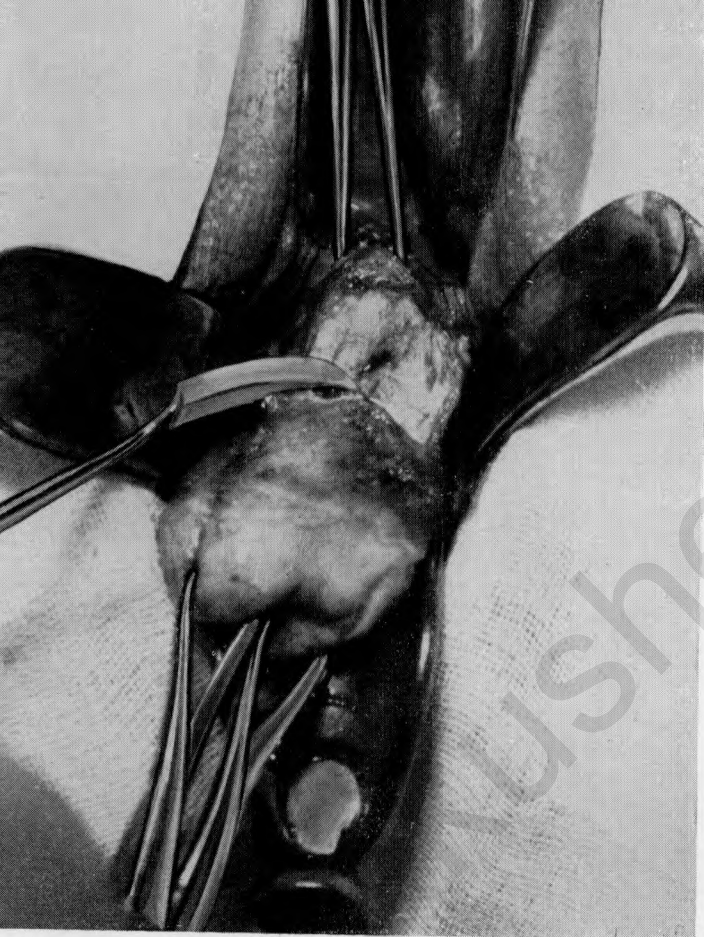
В случае увеличения тела матки до такой степени, что его вывихивание нам не удается, мы не прибегаем к насилью, а производим гемисекцию, т. е. рассечение матки пополам.

После ампутации влагалищной части матки, вскрытия складки и введения переднего зеркала в брюшную

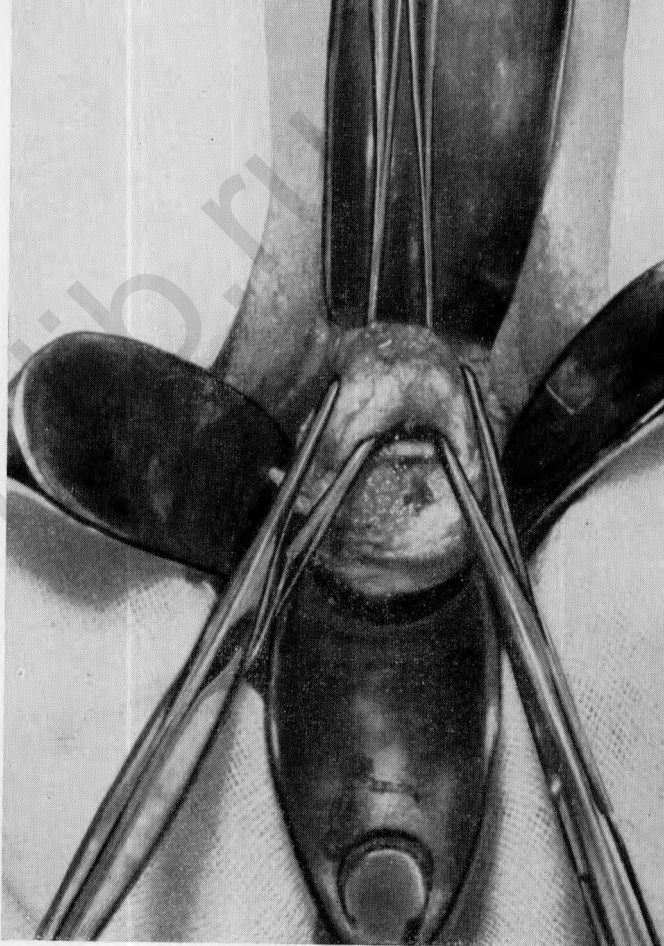
Bei einer Elongation des Gebärmutterhalses wird manchmal die Uterusluxation durch eine Portioamputation erleichtert. Nach Anlegung der dritten Ligatur, d. h. nach der Unterbindung der Arteria uterina, fasst man die vordere Uteruswand knapp oberhalb der Zervix-Korpus-Übergangslinie mit Kugelzangen und amputiert die Portio mit einem Skalpell (Abb. 1). Der weitere Operationsverlauf ist dann der gleiche, wie oben beschrieben.

Ist auch der Uteruskörper so stark vergrößert, dass seine Luxation nicht durchgeführt werden kann, so muss jede Gewaltanwendung vermieden und eine Hemisektion, d. h. eine Spaltung der Gebärmutter vollzogen werden.

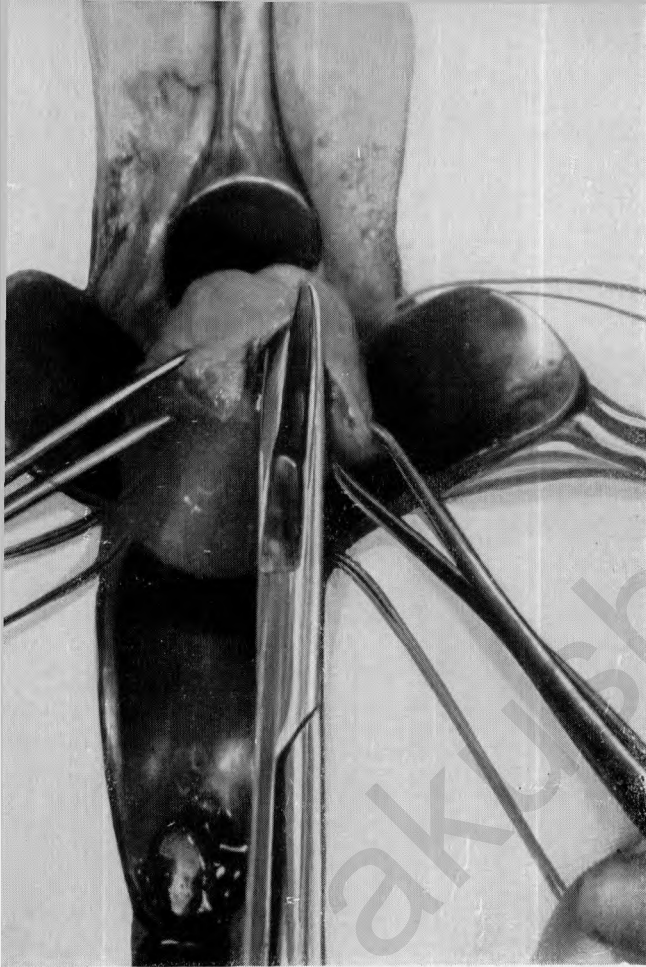
Nach der Portioamputation, Plicaöffnung und Einführung des vorderen Scheidenblattes in die Bauchhöhle fasst



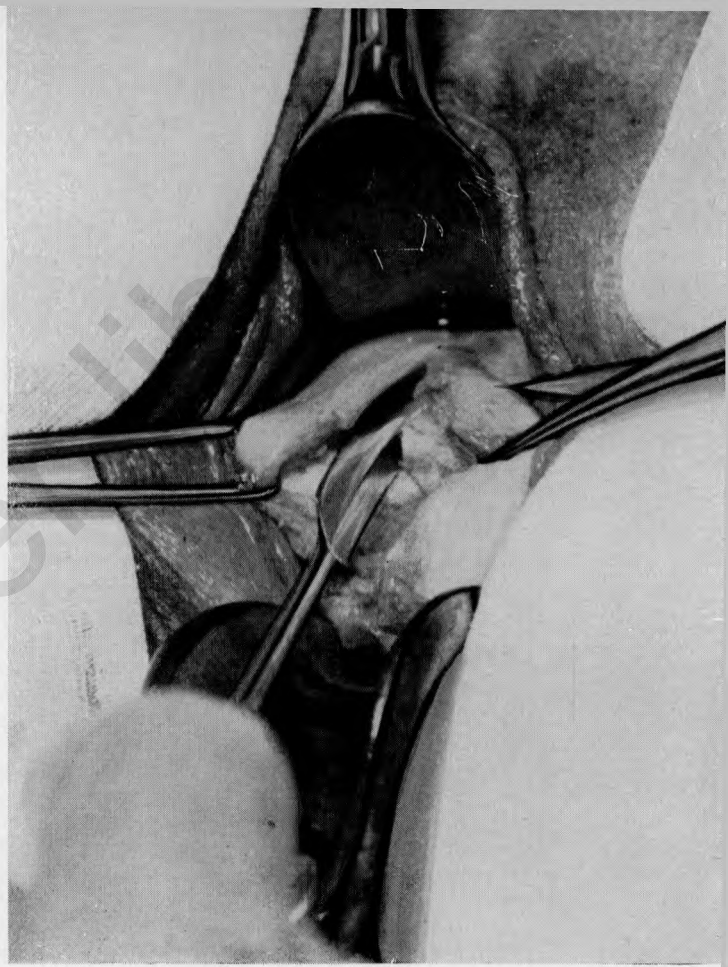
1



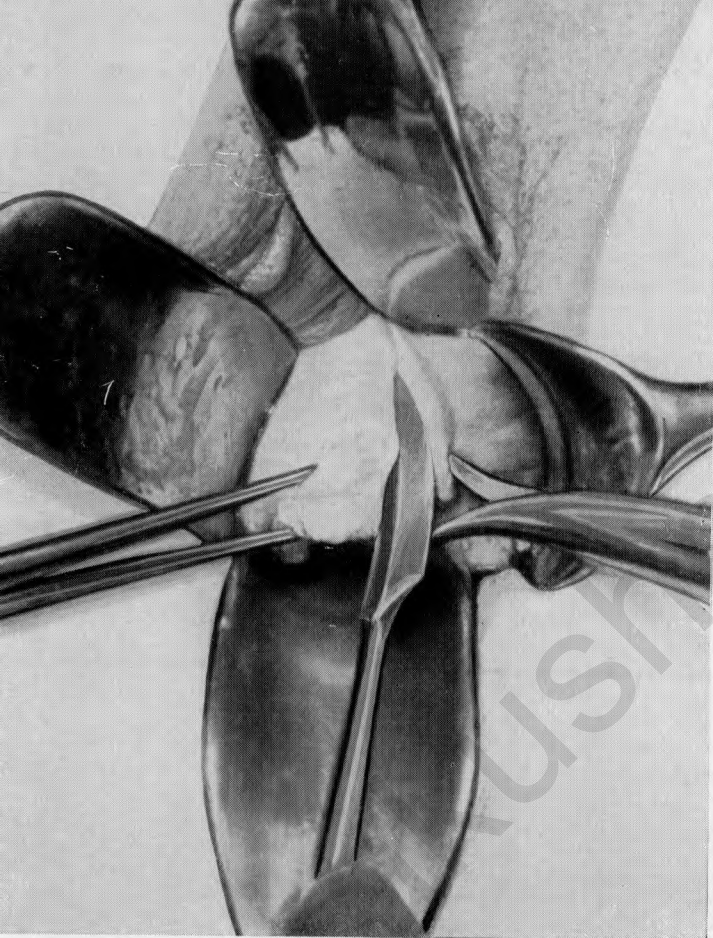
2



3

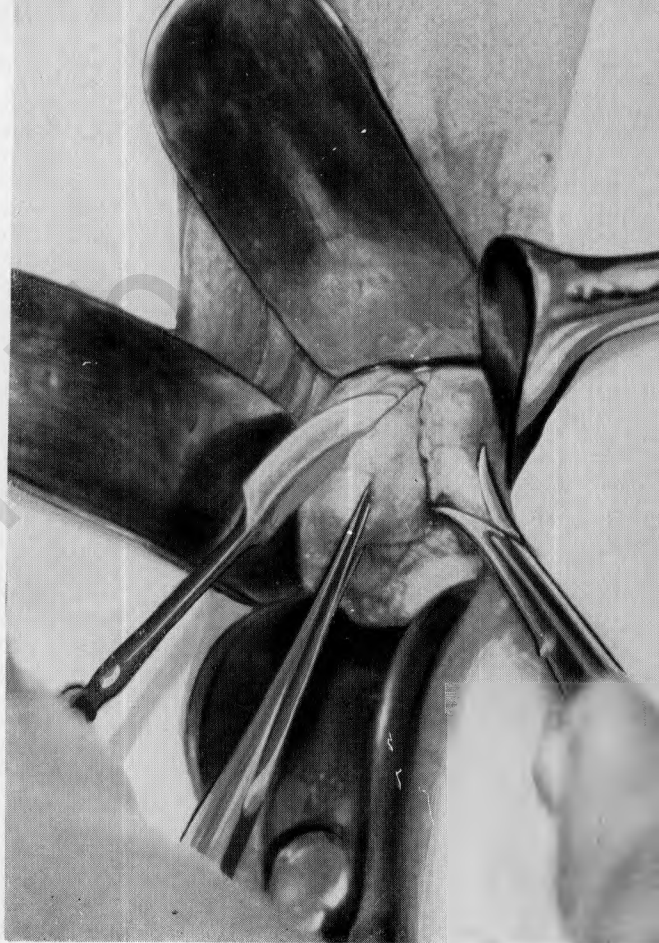


4



5

6



(obr. 4). Postupne smerom k fundu zachytávame obe vzniknuté ranové plochy maternice a pokračujeme v rozpoltení, až sa nám maternicové telo vyluxuje. Môžeme rozrezať aj zadnú stenu a takto rozpoltiť celú maternicu. Jednu polovicu zatiaľ reponujeme do brušnej dutiny, čím získame dost miesta pre luxáciu druhej polovice, ktorú po podviazaní a prestrihnutí úponu adnex extirpujeme. Potom povytiahneme aj druhú polovicu a podobným spôsobom ju tiež extirpujeme. Ak je maternica v dôsledku myómov príliš zväčšená, musíme ju zmenšiť rozkúskovaním — par morcellement.

Až do amputácie čapka, zachytenia maternicového kýtca, je postup rovnaký, ako sme ho už opísali.

Rozpoltnie časť prednej maternicovej steny (obr. 5). Laterálne od ozubených klieští vedieme rez a klinovite excidujeme časť maternice (obr. 6). Pred dokončením rezu zachytíme vždy ozubenými kliešťami proximálny okraj rany (obr. 7), aby maternica neunikla do brušnej dutiny. Ak narazíme na dobre viditeľné ohraničenie myómu, snažíme sa uzol odstrániť enukleáciou, väčší uzol rozkúskujeme. Silnejšími ozubenými kliešťami zachytíme kaudálny pól myomatózneho uzla a ťaháme ho bokom, aby sme ho mohli z druhej strany prstom z jeho lôžka uvoľniť

polosť, my zachytávame kultju matky dvoma pulovými špičkami tak, jak obvykovenno zachytávame vlagalishchnuju časť matky (ris. 2). Medzu nimi priamymi nožnicami (ris. 3) ili skalyepelom (ris. 4) my rassekaem peredniu stenu matky. Postепенно, napravljajasy ko dnu matky, my zachytываем обе образовавшиеся раневые поверхности и продолжаем рассечение матки до тех пор, пока тело матки не вывихивается. Можно рассечь также и заднюю стенку и, таким образом, рассечь пополам всю матку. Одну половину временно вправляем в брюшную полость, вследствие чего останется достаточно места для вывихивания второй половины, которую мы удалим после заранее произведенной перевязки и отсечения придатков матки. Затем мы вывихиваем вторую половину и поступаем таким же образом.

Если матка слишком велика вследствие миомы, то ее нужно уменьшить рассечением на части — кускованием.

Ход операции до ампутации влагалищной части шейки матки и захватывания культи матки сходен с предыдущим описанием.

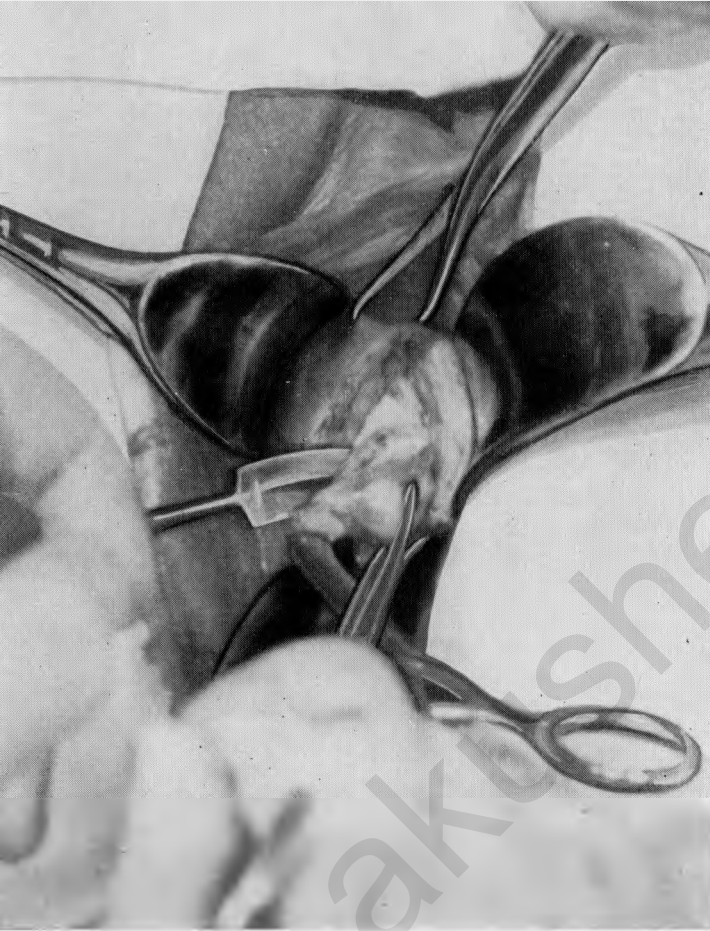
Рассекаем часть передней стенки матки (рис. 5). Латерально от пулевых щипцов производим разрез и иссечение части матки в виде клина (рис. 6).

man den Uterusstumpf — ähnlich wie die Portio — mit zwei Kugelzangen (Abb. 2). Zwischen diesen beiden Instrumenten wird nun die Uterusvorderwand mit einer geraden Schere (Abb. 3) oder einem Skalpell (Abb. 4) gespalten, beide so entstehenden Uteruswundränder funduswärts gefasst und mit der Durchtrennung solange fortgefahren, bis der Uteruskörper vorgewälzt werden kann. Auf ähnliche Weise lässt sich auch die hintere Uteruswand und damit die ganze Gebärmutter spalten. Eine Uterushälfte wird einstweilen in der Bauchhöhle zurückgelassen und so genügend Platz für die Luxation der zweiten Hälfte geschaffen, die man nach Unterbindung und Durchtrennung der Adnexabgangstelle extirpiert. Erst dann ziehen wir die andere Hälfte vor und entfernen sie auf gleiche Weise.

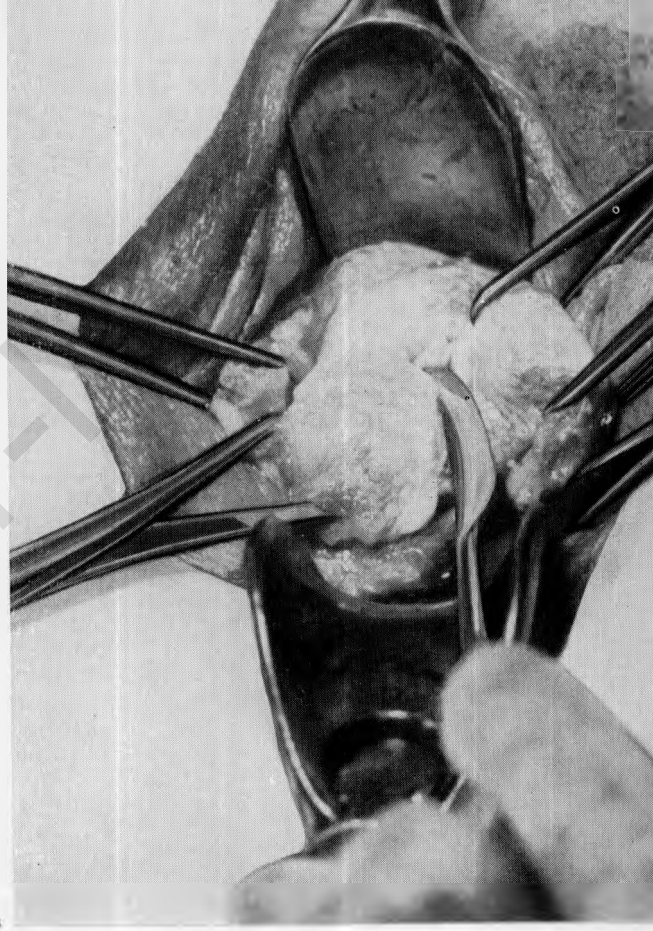
In Fällen, wo die Gebärmutter infolge von myomatösen Veränderungen allzugross ist, muss man sie durch eine Zerstückerlung — par morcellement — entsprechend verkleinern.

Der Verlauf der Operation ist bis zur Portioamputation und Erfassung des Uterusstumpfes der gleiche, wie oben beschrieben wurde.

Ein Teil der vorderen Uteruswand wird gespalten (Abb. 5), seitlich von den Kugelzangen ein weiterer Schnitt geführt und ein Teil der Gebärmutter



7



8

a vytlúpil. Pri väčšom rozsahu uzla vykrojíme z dolného zachyteného pólu klin (obr. 8). Skôr, ako odstránime a úplne oddelíme klin od zvyšného myómu, zachytíme ho ozubenými kliešťami na hranici povrchu a reznú plochu (obr. 9). Takýmto spôsobom rozkúskujeme a vylupujeme myóm ďalej, pokiaľ sa nedá z lôžka vyluxovať.

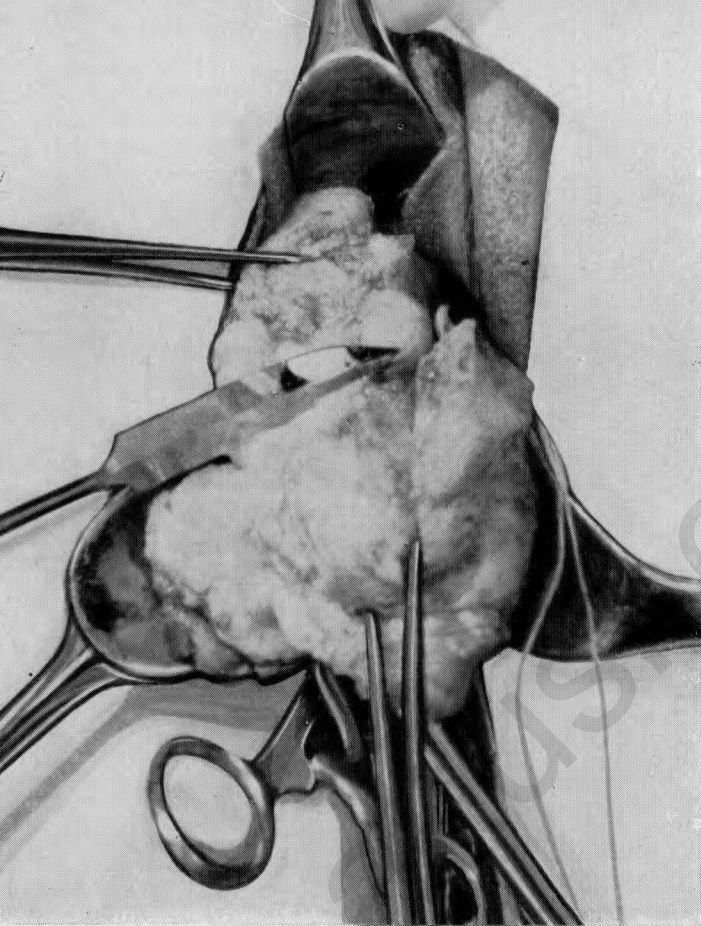
Ak ohraničenie uzla jasne nevidíme, alebo ak sú na maternici viaceré uzle, nezdržujeme sa vyľadávaním jednotlivých myómov, ale rozkúskujeme myomatóznú maternicu vcelku, bez ohľadu na hranicu svaloviny a myómov. Dbáme o to, aby sme sa nedostali do bezprostrednej blízkosti úponu adnex. Ak odstránime väčšie uzly, alebo ak sme maternicu dostatočne zmenšili rozkúskovaním, zvyšok maternice sa nám podarí vytiahnuť celistvú ranou (obr. 10). Podchytenie a podviazanie adnex ukazuje obr. 11—13. Operáciu dokončíme už opísaným spôsobom.

Перед окончанием разреза захватываем пулевými щипцами проксимальный край раны (рис. 7), чтобы матка не ускользала в брюшную полость. Когда мы дойдем до хорошо видимой границы миомы, то стараемся его удалить вылушиванием, а в случае узла больших размеров, — рассечением на части. Крепкими пулевými щипцами захватываем нижний полюс миоматозного узла и оттягиваем его в сторону, чтобы на другой стороне можно было пальцем проникнуть между узлом и его ложем, освободить миом и вылущить его. При более значительных размерах мы иссекаем клин из нижнего полюса (рис. 8). Раньше чем удалить и полностью отделить клин от остального миомы, мы захватываем его пулевými щипцами на границе поверхности и раневой плоскости (рис. 9). Таким образом мы рассекаем и вылучиваем миом до тех пор, пока его не удастся полностью удалить из ложа.

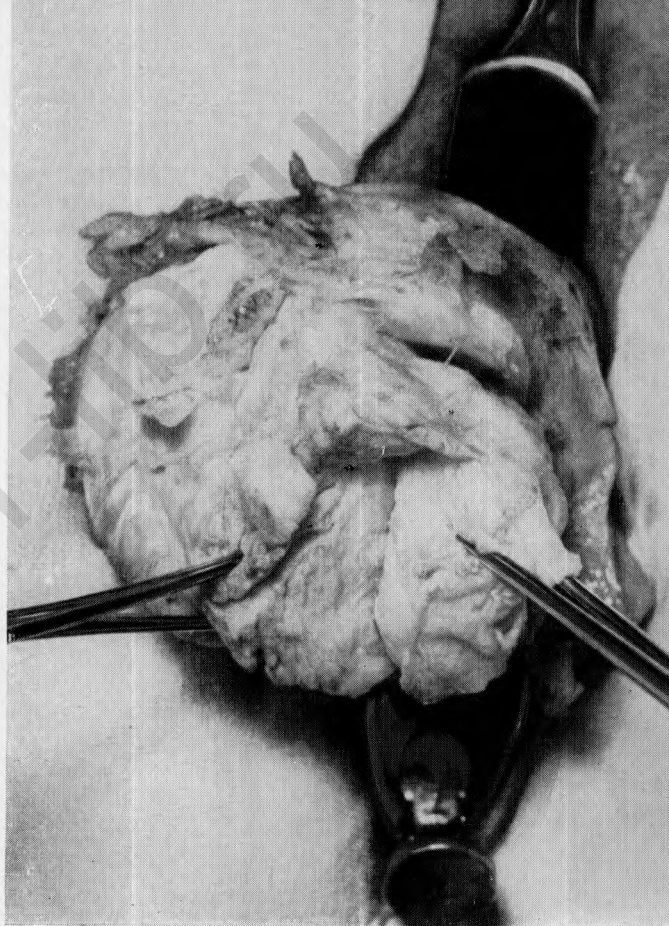
Когда не видно ясного ограничения узла, или когда в матке находится большое количество узлов, мы не задерживаем себя разыскиванием отдельных миомов, а рассекаем миоматозную матку в целом, не принимая во внимание границы мышечного слоя и миомов. Обращаем внимание только на то, чтобы не попасть в непосред-

keilförmig exzidiert (Abb. 6). Um ein Zurückgleiten des Uterus zu verhindern, erfasst man noch vor der Beendigung des Schnittes den proximalen Wundrand mit Kugelzangen (Abb. 7). Stösst der Operateur im Verlaufe dieses Eingriffes auf gut sichtbare Myomgrenzen, dann kann er versuchen, den Tumor durch eine Enukleation zu entfernen, während grössere Knoten zerstückelt werden müssen. Mit einer stärkeren Kugelzange wird zu diesem Zwecke der kaudale Myomknotenpol gefasst, zur Seite gezogen und so auf der freigelegten anderen Seite das Eindringen eines Fingers zwischen den Tumor und sein Lager, d. h. die Lockerung und Ausschälung der Geschwulst ermöglicht. Bei grösseren Knoten schneidet man aus ihrem unteren, gefassten Pol einen Gewebskeil (Abb. 8). Bevor man ihn jedoch völlig vom übrigen Tumor ablöst, wird dieser neuerlich mit Kugelzangen am Schnitttrand gefasst (Abb. 9). Auf diese Weise zerstückelt man das Myom solange, bis seine Luxation aus dem Geschwulstbett möglich ist.

In Fällen wo die Knotengrenze nicht deutlich sichtbar oder der ganze Uterus von zahlreichen Tumoren durchwachsen ist, erübrigt sich die zeitraubende Suche einzelner Myome. Hier wird dann die myomatöse Gebärmutter ohne Rücksicht auf das gesunde oder veränderte



9



10

ственную близость впадения придатков матки.

После удаления узлов более значительного размера, или же после достаточного уменьшения матки иссечением ее частей, нам удастся вывихнуть остаток матки через рану чрево­сечения (рис. 10). Операция заканчи­вается описанным уже способом. Захватывание и перевязка придатков матки показаны на рис. 11—13.

Muskelgewebe zur Gänze zerstückelt und nur darauf geachtet, nicht allzusehr in die unmittelbare Nähe der Adnex­abgangstelle vorzudringen.

Gelingt durch die Zerstückelung eine Beseitigung grösserer Knoten oder eine genügende Verkleinerung der Gebärmu­ter, so kann man den Uterusrest durch die Coeliotomiewunde vorziehen (Abb. 10) und die Adnexe, wie Abb. 11—13 zeigt, unterbinden. Die Operation be­enden wir auf die oben beschriebene Weise.



11 12





ROZPOLTENIE PREDNEJ STENY KRČKA MATERNICE HYSTEROTOMIA VAGINALIS ANTERIOR

РАССЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ШЕЙКИ МАТКИ HYSTEROTOMIA VAGINALIS ANTERIOR

DIE SPALTUNG DER VORDEREN ZERVIXWAND HYSTEROTOMIA VAGINALIS ANTERIOR

Túto operáciu môžeme nazvať pomocnou, pretože rozpoltením prednej steny krčka alebo časti prednej steny maternice získame iba pohodlný prístup do dutiny maternice, aby sme mohli vykonať vlastnú operáciu. Takto môžeme dobre prehmatať maternicovú dutinu a odstrániť z nej patologické útvary, ako veľké polypy alebo dosiahnuteľné submukózne myómy. Pomocou tejto operácie môžeme v indikovaných prípadoch vyprázdniť maternicu aj v pokročilej tehotnosti v jednom sedení, čo v pôrodnictve nazývame vaginálnym cisárskym rezom.

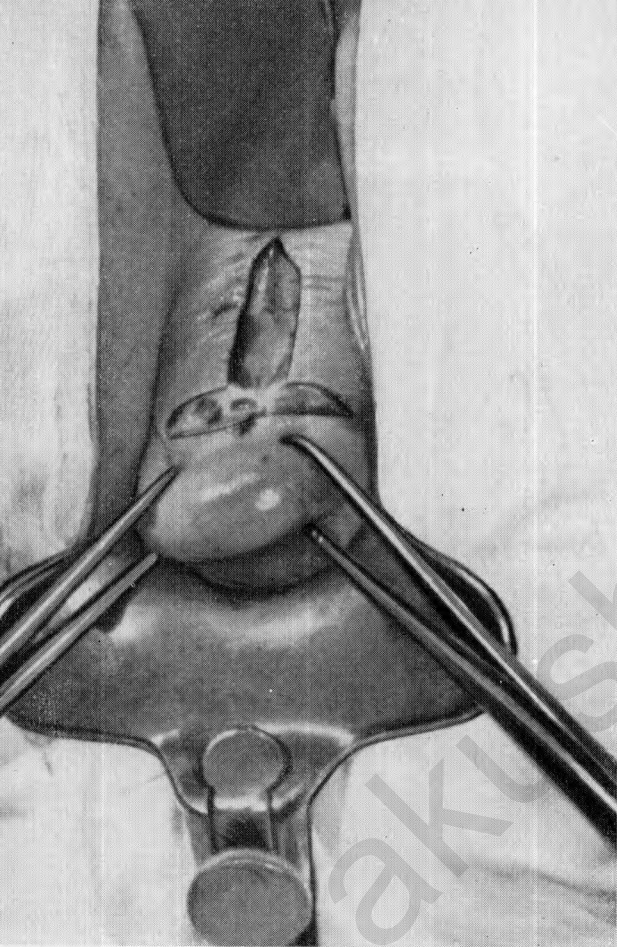
Po vyhľadanií čapika v zrkadlách zachytíme jeho predný pysk na obidvoch stranách ozubenými kliešťami a sťahujeme smerom do introitu. Rozpoltime prednú pošvovú stenu skalpelom buď pozdĺžnym rezom, alebo rezom tvaru

Эту операцию можно назвать лишь вспомогательной, поскольку в результате рассечения передней стенки шейки или же передней стенки части тела матки мы получаем лишь удобный доступ в ее полость для производства собственной операции. Полость матки можно прощупать и удалить из нее патологические образования, как например большие полипы или доступные подслизистые миомы. В показанных случаях можно беременную матку даже и в высокой степени беременности опорожнить за один сеанс, что в акушерстве называется влагалищным кесаревым сечением.

После фиксации влагалищной части шейки матки при помощи зеркал захватываем переднюю губу маточного зева пулевыми щипцами с обеих

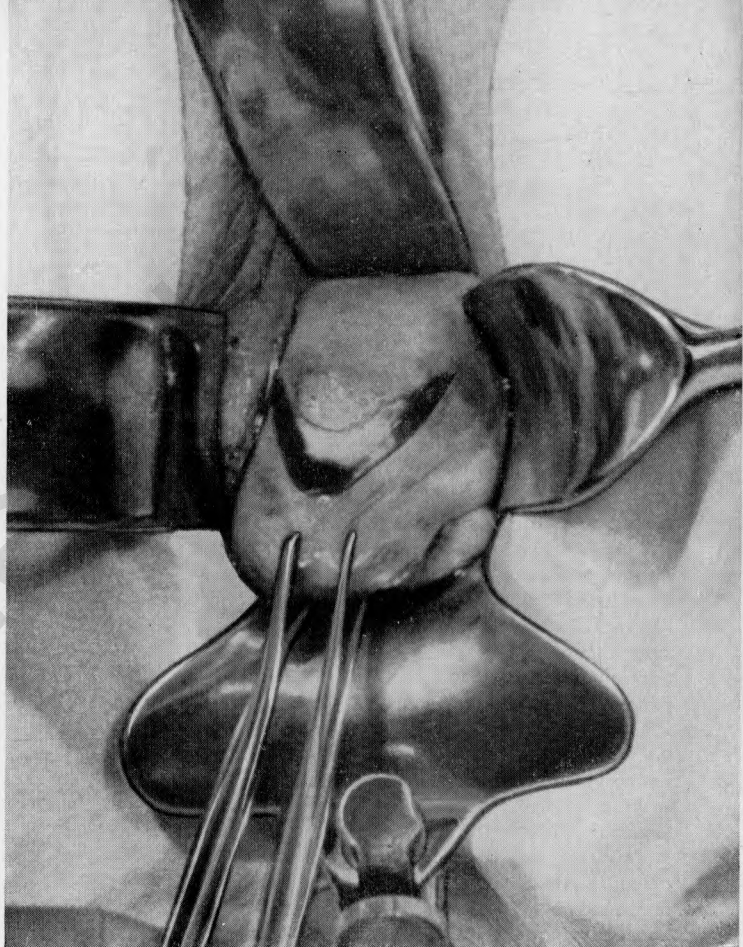
Dieser Eingriff kann als Hilfsoperation bezeichnet werden, da durch die Spaltung der vorderen Zervix- bzw. Uteruswand nur ein besserer Zutritt zum Uteruscavum und damit zum eigentlichen Operationsfeld erzielt wird. Die Gebärmutterhöhle kann so ausgetastet und pathologische Neubildungen, wie z. B. grosse Polypen oder zugängliche submuköse Myome beseitigt werden. Bei indizierten Fällen gelingt es auf diese Weise auch, in einer Sitzung fortgeschrittene Graviditäten zu entfernen, eine Operation, die man in der Geburtshilfe als vaginalen Kaiserschnitt bezeichnet.

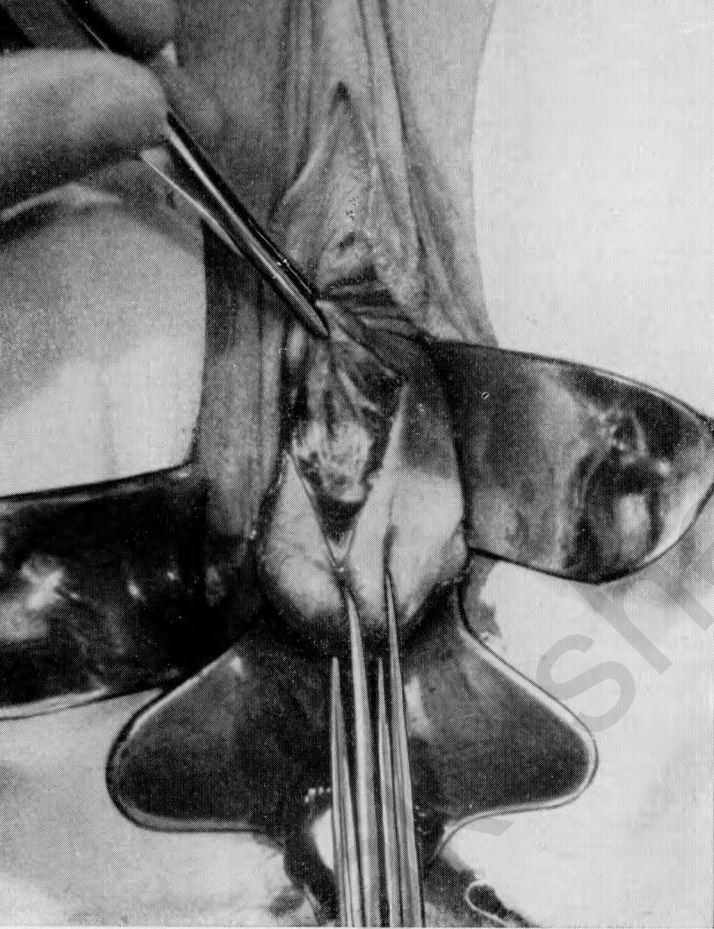
Nach Einstellung der Portio fasst man die vordere Muttermundslipe zu beiden Seiten mit einer Kugelzange und zieht sie in den Scheideneingang. Dann wird die vordere Scheidenwand mit



1

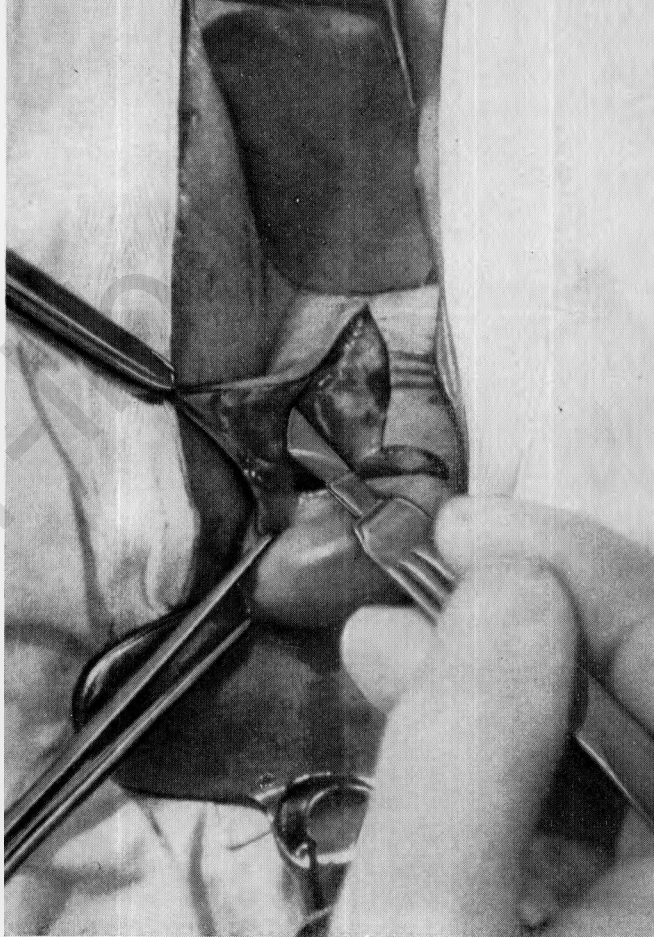
2





3

4

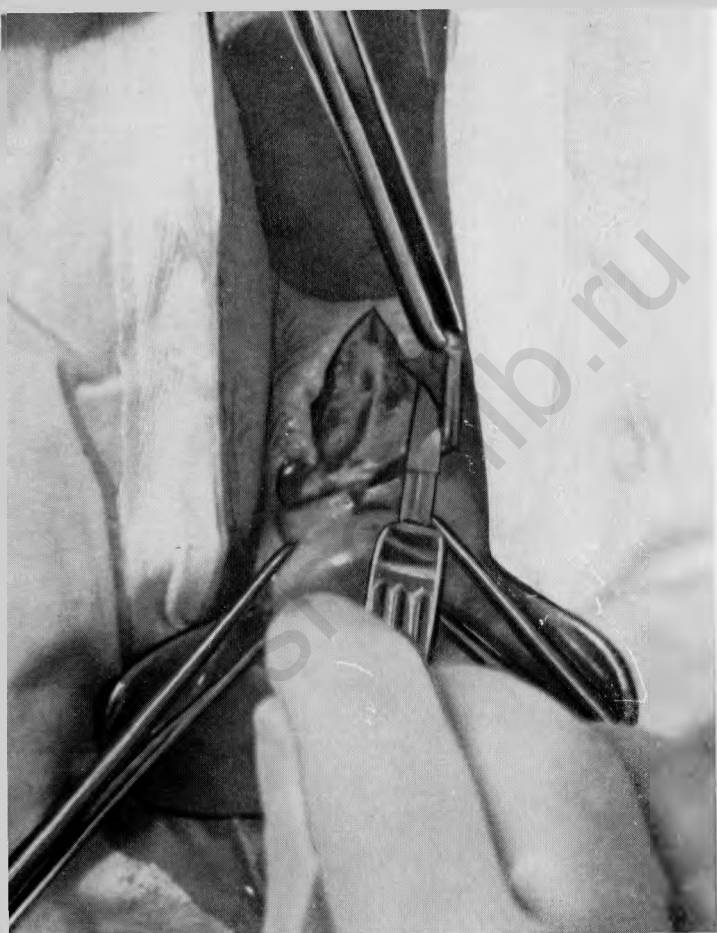


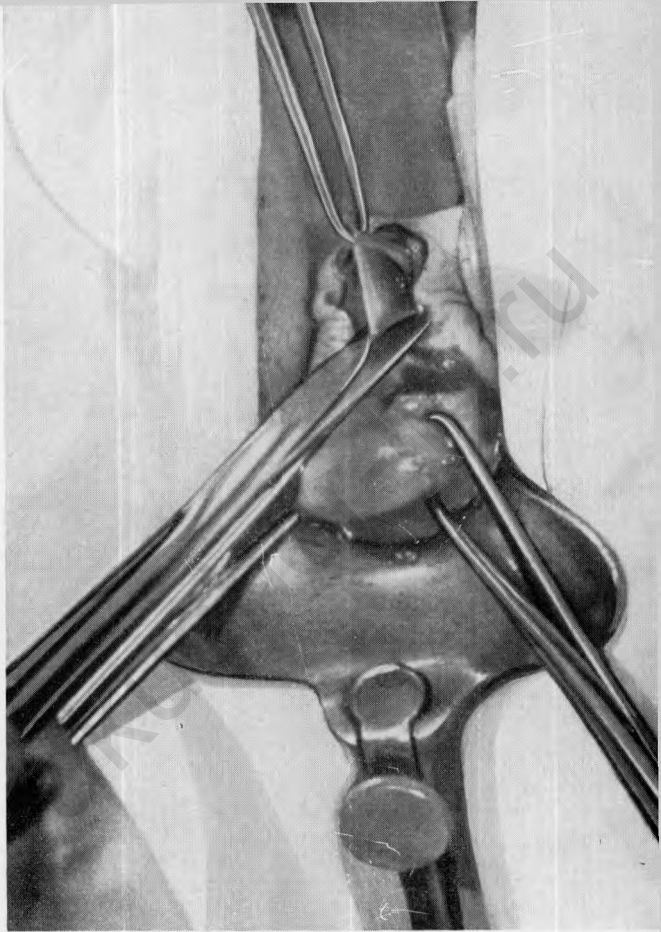
obráteneho „T“ (obr. 1), prípadne aj konvexným rezom smerom k čaríku (obr. 2). Tento rez sa najčastejšie používa. Dolný okraj rezu siaba čiastočne pod dolný pól močového mechúra, čím získavame prístup k mechúru. Konvexný okraj rany zachytíme chirurgickou pinzetou, oddialneme ho dopredu a nahor (obr. 3), nožnicami prestrihneme septum supravaginale — väzivo spojujúce mechúr s krčkom — a dostaneme sa tak do spatium vesicoocervicale. Pri voľbe rezu v tvare obráteneho „T“ odpreparujeme slizničné laloky do strán (obr. 4 až 5) a takto získame prístup k septum supravaginale. Pinzetou zdvíhame okraj močového mechúra, čím sa vytvorí zo septa pozdĺžna riasa, ktorú nožnicami prestrihneme (obr. 6). Preparujeme ostro alebo tupo až po plica vesicouterina, ktorú však neprestrihneme. Obr. 7 nám ukazuje odsunutý močový mechúr. Jeho dolný okraj je ešte viditeľný pod hornou pošvovou lyžicou. Ak je potrebné rozpoliť maternicu vyššie, odsunieme pliku z prednej steny maternice smerom nahor. Niekedy sa stáva, že pritom otvoríme peritoneálnu dutinu. V takom prípade ju ihneď uzavrieme jemnými katgutovými stehmi, aby sa obsah maternice nedostal do brušnej dutiny.

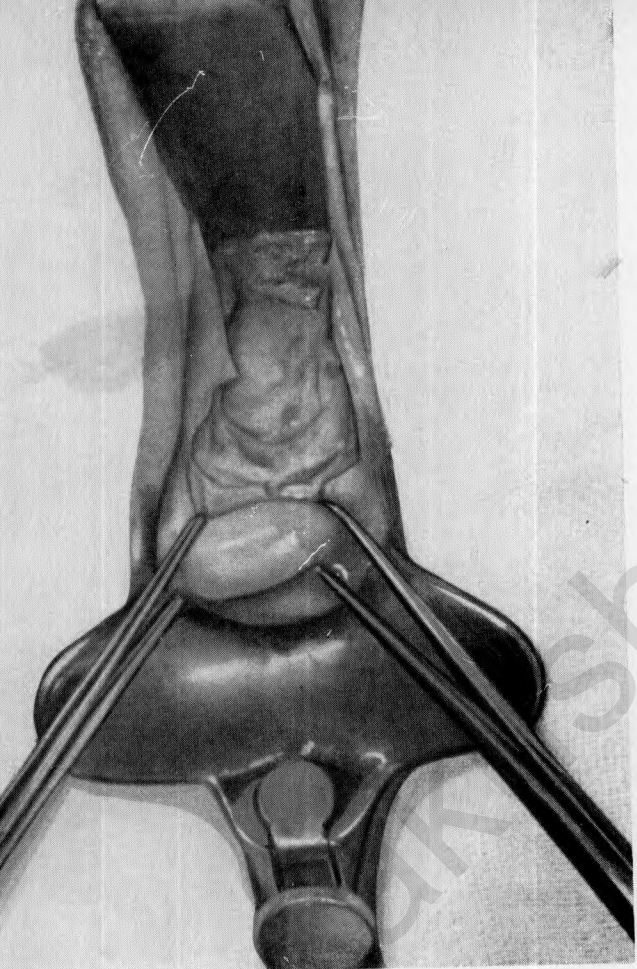
Teraz zavedieme prednú pošvovú lyžicu do priestoru pod močovým mechúrom, ľahom za ozubené kliešte naprieme

stropu a odťahujeme se po naprievlenie k vlagališnému vchodu. Skalpelom rasekaem prednú stenu vlagališca predĺžnym rezom, ili že rezom formy prevrnutu bukvu „T“ (ris. 1), ili že polukružnym rezom, obráčenym vypuklosťou k vlagališnici časti šíjky matky (ris. 2), čo delается naibolee často. Nižny kraj rezu zaohod pod nižny polos močevu puzyry i, takim obrázom, my imsem vozmožnosť dostupa k močevu puzyryu. Хирургическим пинцетом захватываем нижний выпуклый край реза, оттягиваем его вперед и вверх от шейки матки (рис. 3), ножницами рasekaem надвлагалищную перегородку и клетчатку, соединяющую мочевой пузырь с шейкой матки и вследствие этого попадаем в пузырно-маточное пространство. При выборе реза в форме преврнутой буквы „Т“ мы отсепаровываем лоскуты слизистой в стороны, как это показано на рис. 4 и 5, и так получим доступ к надвлагалищной перегородке. Пинцетом приподнимаем край мочевого пузыря, благодаря чему образуем на перегородке продольную складку, которую рasekaem ножницами (рис. 6). Сепарацию заканчиваем острым или тупым путем вплоть до пузырно-маточной складки, которую не вскрыв-

einem Skalpell in Längsrichtung, in Form eines umgekehrten „T“ (Abb. 1) oder — am häufigsten — bogenförmig, konvex zur Portio (Abb. 2) gespalten. Der untere Schnitttrand liegt hierbei ein wenig unter dem unteren Blasenpol und ermöglicht so den Zutritt zu diesem Organ. Mit einer chirurgischen Pinzette erfasst man darauf den unteren, konvexen Wundrand, zieht ihn nach vorn und oben von der Zervix ab (Abb. 3), durchschneidet dann das Septum supravaginale (das die Blase mit der Zervix verbindende Gewebe) und gelangt so in das Spatium vesicoocervicale. Hat man einen umgekehrten „T“-Schnitt gewählt, präpariert man zunächst beide Schleimhautlappen in seitlicher Richtung frei (Abb. 4—5) und erreicht auf diese Weise das Septum supravaginale. Der mit einer Pinzette erfasste und angehobene Blasenrand spannt das Septum und bildet hier eine längsverlaufende Falte, die man mit der Schere durchschneidet (Abb. 6). Die Präparation wird jetzt scharf oder stumpf bis zur Plica vesicouterina fortgesetzt, diese jedoch nicht geöffnet. Auf Abb. 7 erkennt man die abgeschobene Harnblase, deren unterer Rand noch unter dem vorderen Spekulumblatt sichtbar ist. Will man die Gebärmutter noch höher funduswärts spalten, muss die Plica von der Vorderwand weiter

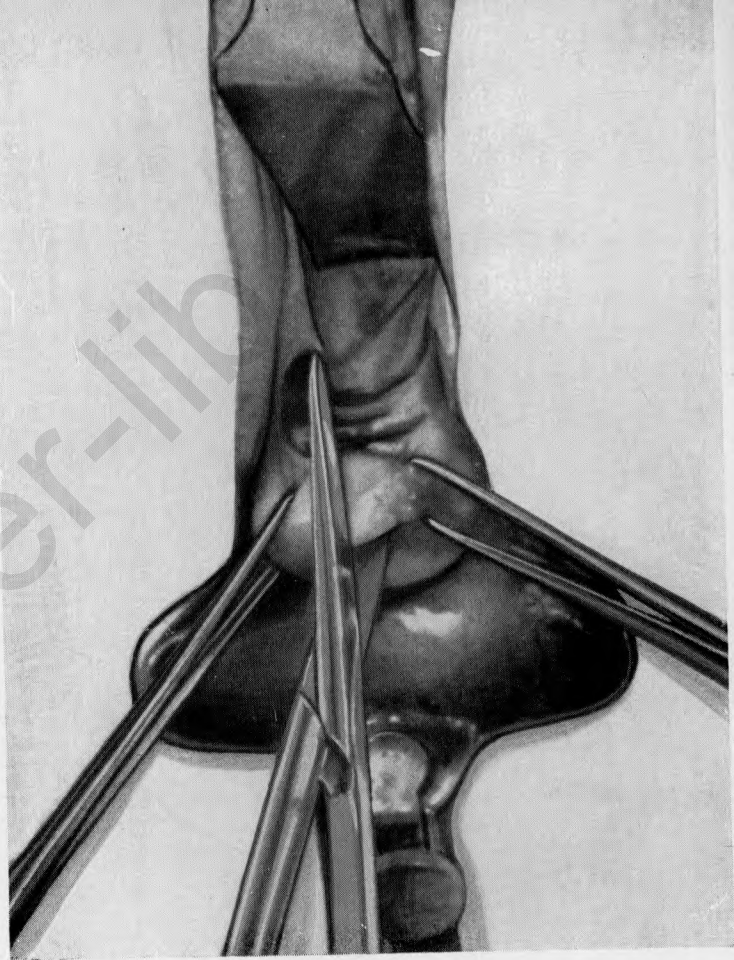


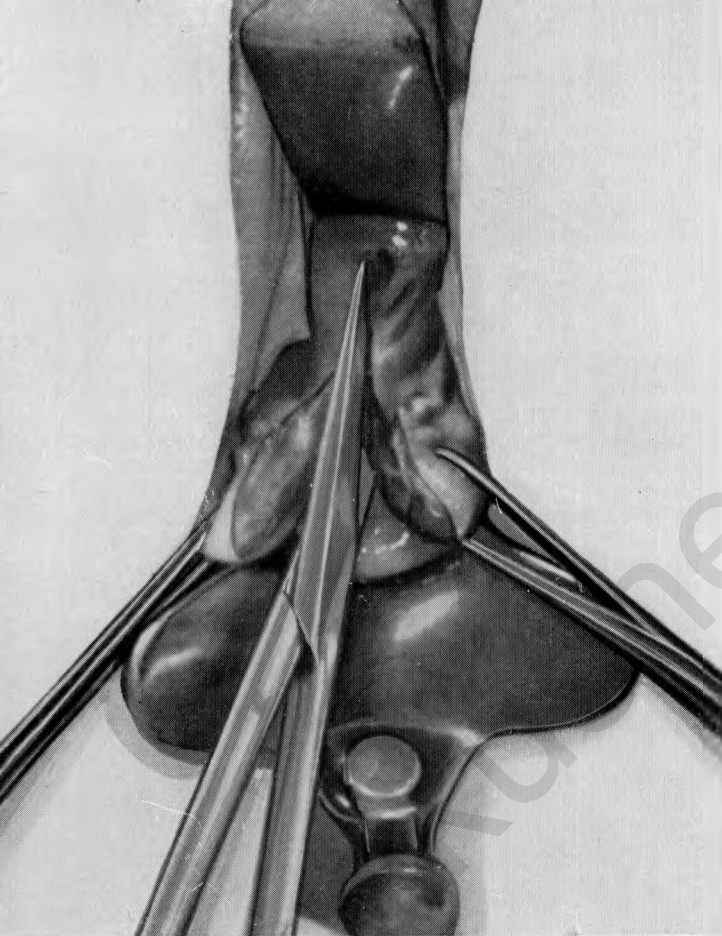




7

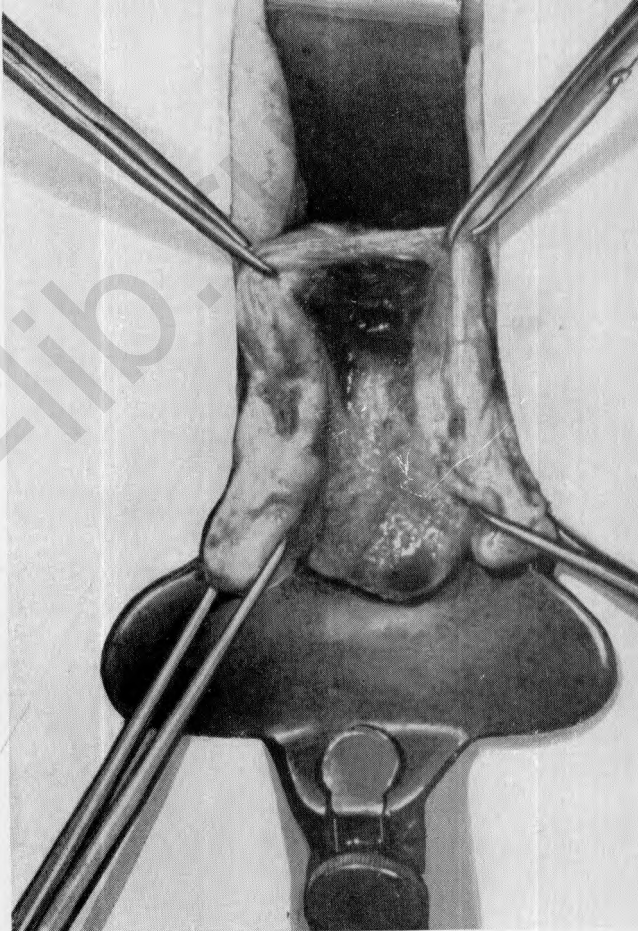
8





9

10



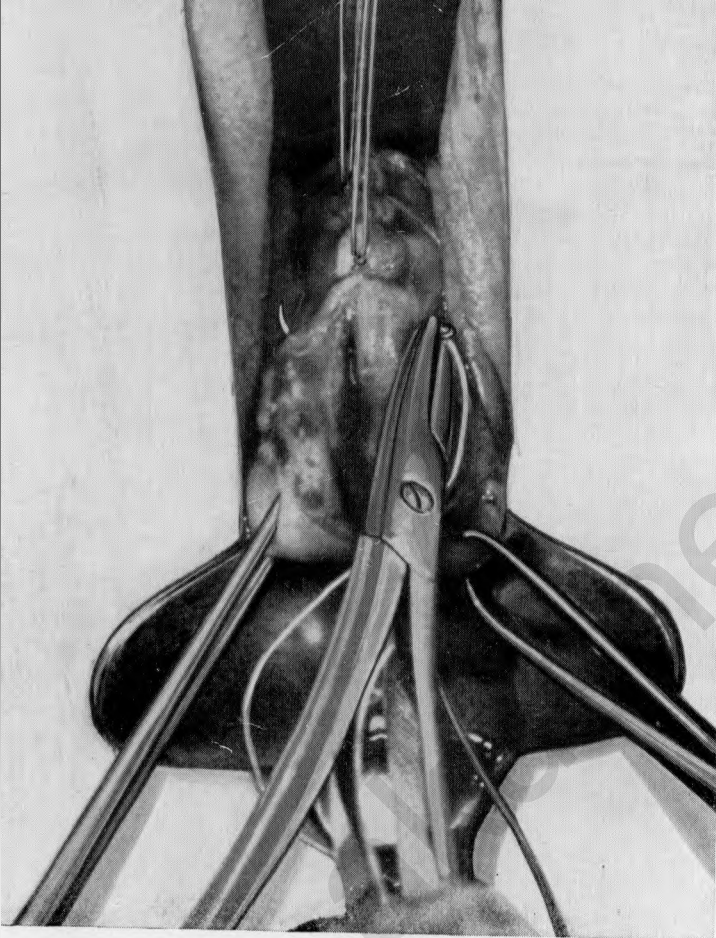
крѣок а розполтине jeho prednú stenu silnými rovnými nožnicami (obr. 8—9). Pre uľahčenie postupu zachytávame prestrihnuté okraje vyššie а vyššie, pokiaľ to vyžaduje dĺžka rezu (obr. 10). Po rozpoltení vnútornej bránky je otvor pohodlne prístupný pre 1—2 prsty alebo pre patričné nástroje. Po vykonaní vlastného zákroku, po vyprázdnení maternicovej dutiny ešte raz kontrolujeme, či nie je porušené peritoneum а аť potom zošijeme stenu krѣка а pošvy. Prvý steh založíme do horného pólu rany v prednej stene maternice а uzlovými katgutovými stehmi, zaberajúcimi stenu krѣка, spojíme okraje smerom k vonkajšej bránke. Mukózu do stehov nezaberáme (obr. 11—13). Pošvový lalok tiež prišijeme na pôvodné miesto (obr. 14 аť 15), alebo po konvexnom reze podľa obr. 16. Do krѣка zavedieme pruh mulu.

ваем. На рис. 7 показан оттесненный мочевой пузырь, нижний край которого виден под верхним влагалищным зеркалом. Если есть необходимость рассечь матку выше, то мы отодвигаем складку с передней стенки по направлению вверх. Иногда случается, что при этом мы по ошибке вскроем брюшину. В таком случае немедленно зашиваем отверстие кетгутовой лигатурой, чтобы содержимое матки не попало в брюшную полость.

Затем вводим в пространство под мочевым пузырем предохраняющее его переднее влагалищное зеркало и крепкими прямыми ножницами рассекаем переднюю стенку шейки, причем низведением пулевых щипцов достигаем того, что стенка становится натянутой (рис. 8—9). Потом мы захватываем рассеченные края все выше и выше, до уровня, требуемого длиной разреза (рис. 10). После рассечения внутреннего отверстия матки оно становится проходным для одного, иногда и для двух пальцев, или же для соответствующих инструментов. После собственного вмешательства, т. е. опорожнения матки, еще раз проверим не нарушена ли брюшина и шиваем стенку шейки и влагалища. Первый шов накладывается на верхний полюс раны в передней стенке матки и узловыми кет-

nach oben abgeschoben werden. Gelegentlich kommt es allerdings vor, dass man hierbei ungewollt die Peritonealhöhle öffnet. In solchen Fällen muss man — um ein Eindringen des Uterusinhaltes in die Bauchhöhle zu verhindern — die Perforationsstelle sofort mit feinen Catgutnähten verschliessen.

Unter die Blase wird nun als Schutz ein vorderes Spekulumblatt eingeführt und die, durch kraftvollen Zug an den Kugelzangen straff gespannte vordere Zervixwand mit einer starken, geraden Schere gespalten (Abb. 8—9). Zur Erleichterung dieses Vorganges werden die Schmittränder (je nach ihrer Länge) schrittweise gefasst (Abb. 10). Nach Durchtrennung des inneren Muttermundes ist die Öffnung für ein bis zwei Finger, oder ein entsprechendes Instrument bequem durchgängig. Die Abb. 13 zeigt die Entleerung eines graviden Uterus. Nach Beendigung der eigentlichen Operation, d. h. der Uterusentleerung wird die Intaktheit des Peritoneums neuerlich kontrolliert und die Zervix- bzw. Scheidenwand vernäht. Die erste Naht legt man am oberen Wundpol der vorderen Uteruswand an und vereinigt dann in der Richtung zum äusseren Muttermund die Wundränder mit Knopfnähten (Abb. 11—13). Zu beachten ist hierbei, dass diese zwar die ganze Zervixwand, nicht aber die Mu-

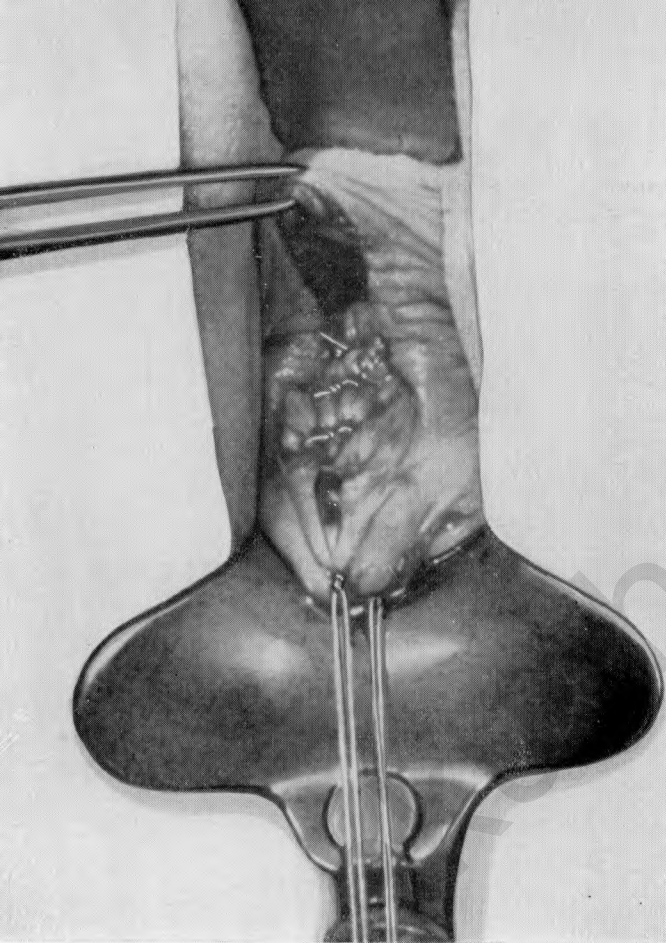


11 12

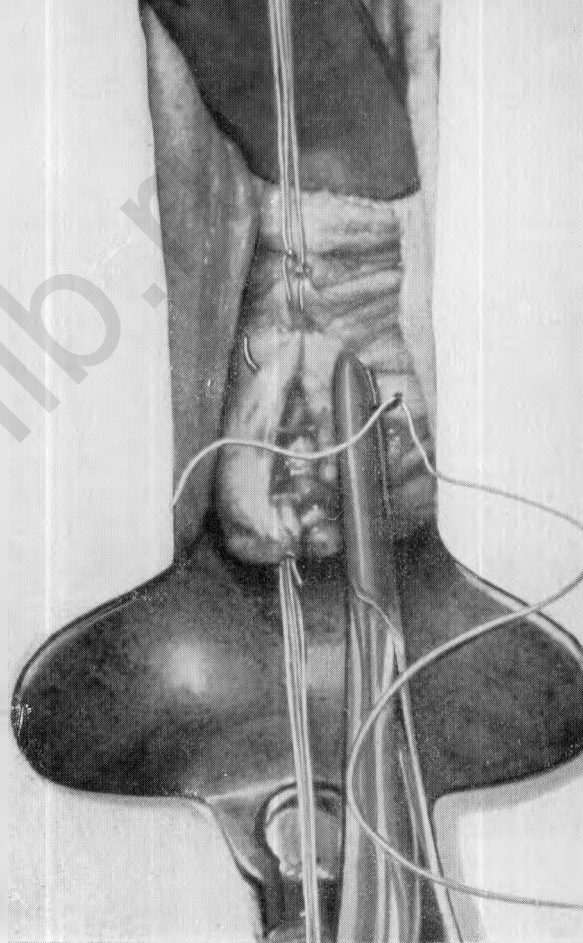


готовыми лигатурами, захватывающими всю толщу шейки матки, сближаем края по направлению к внешнему отверстию матки, не захватывая в швы слизистую оболочку (рис. 14 до 13). Влагалищный лоскут пришиваем также на свое место (рис. 14—15), или же после произведения дугообразного разреза (рис. 16). В шейку вводится марлевая полоска.

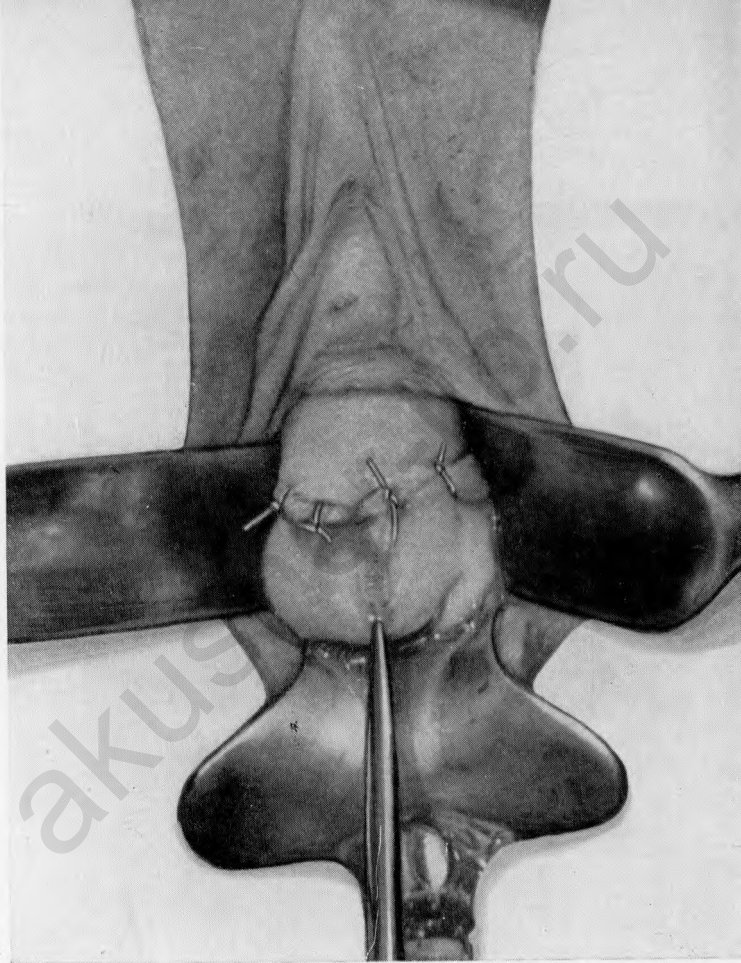
kosa erfassen dürfen. Nach der Naht des Scheidenlappens an der ursprünglichen Stelle (Abb. 14—15), oder nach einem bogenförmigen Schnitt nach Abb. 16, führt man einen Mullgazestreifen in den Zervikalkanal ein.



13 14







STERILIZÁCIA PODLA MADLENERA POŠVOVOU CESTOU
STERILISATIO SEC. MADLENER PER COLPOCOELIOTOMIAM ANTERIOREM

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПО МАДЛЕНЕРУ ВЛАГАЛИЩНЫМ ПУТЕМ
STERILISATIO SEC. MADLENER PER COLPOCOELIOTOMIAM ANTERIOREM

DIE VAGINALE STERILISATIONSOOPERATION NACH MADLENER
STERILISATIO SEC. MADLENER PER COLPOCOELIOTOMIAM ANTERIOREM

Sterilizáciu vaginálnou cestou môžeme vykonať ako samostatnú operáciu. Väčšinou ju však robíme ako prídavnú operáciu pri iných vaginálnych výkonoch.

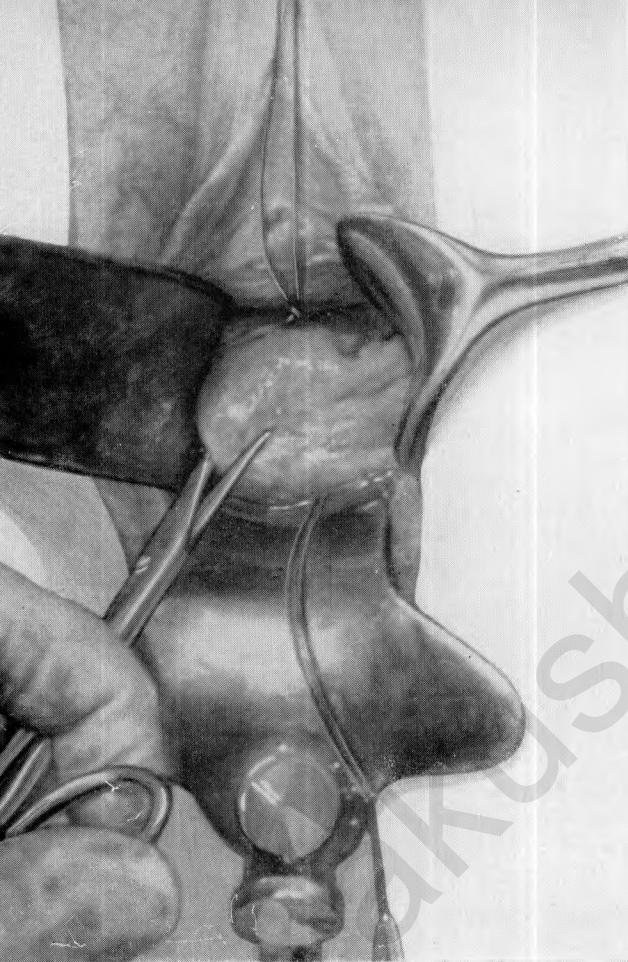
Začíname prednou kolpoceliotómiou. Otvoríme brušnú dutinu, zavedieme do nej hornú pošvovú lyžicu a motový mechúr vyzdvihneme. Do tupo rozšíreného peritoneálneho otvoru vľahujeme dno maternicového tela pomocou ozubených klieští (obr. 1), alebo jednozubými hákmi. Na obr. 1 ako aj na ďalších obrazoch sú zavedené kvôl lepšej viditeľnosti operačného poľa dve postranné lyžice. Hore vidieť orientačný steh, založený na peritoneálny okraj. Pri vľahovaní maternice súčasne zatlačáme čapík do zadnej pošvovej klenby a takto dostaneme maternicu do antevertzie. Keby sme čapík ťahali na-

Влагалищную стерилизацию можно производить как самостоятельную операцию. В большинстве же случаев мы ее производим как добавочную операцию при других влагалищных вмешательствах.

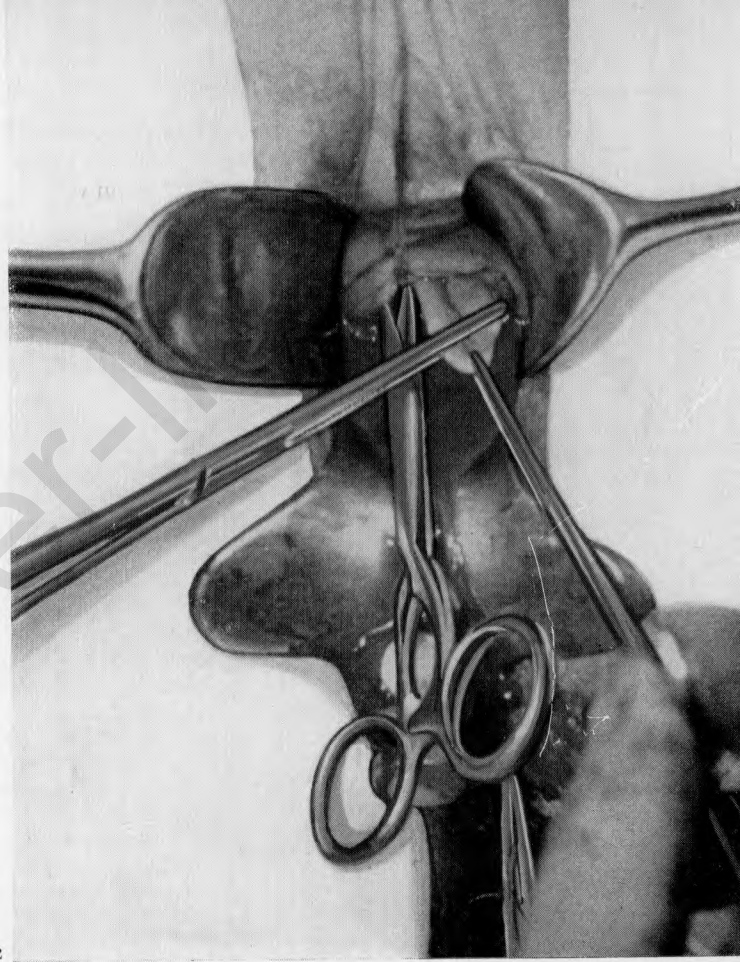
Операцию начинаем с переднего влагалищного чрезосечения. После вскрытия брюшной полости вводим подъемник и приподнимаем мочевой пузырь. В расширенное тупым путем отверстие выводим постепенно дно тела матки при помощи пулевых щипцов (рис. 1) или же однозубых крючков. На первом и следующих рисунках введены два боковых зеркала для обеспечения лучшего обнажения операционного поля. Наверху виден ориентировочный шов, наложенный на край брюшины. При введении брюшины одновременно от-

Trotzdem die vaginale Sterilisation auch als selbständiger Eingriff durchgeführt werden kann, pflegt man sie mit anderen vaginalen Operationen oder sonstigen Eingriffen zu kombinieren, die ohnehin eine Öffnung des Peritoneums verlangen.

Man beginnt mit der vorderen Kolpocoeliotomie und schiebt, nachdem die Bauchhöhle geöffnet wurde, mit einem eingeführten vorderen Scheidenspekulum die Blase nach oben. Durch die stumpf erweiterte Peritonealöffnung wird nun mit Kugelzangen oder einzinkigen Haken schrittweise der Uteruslindus vorgewälzt (Abb. 1). Auf der Abb. 1 und den folgenden Bildern wird die Übersicht des Operationsfeldes durch zwei seitliche Scheidenspekula erweitert. Oben am Peritonealrand erkennt man überdies noch eine Orientations-



1



2

dol, vytvorila by sa násilím udržovaná hyperanteflexia. Celé telo maternice nemusíme vtiahnuť pred peritoneálnu ranu. Postupným zachytávaním prednej steny maternice snažíme sa sprístupniť roh maternice. Anatomickými pinzetami zachytíme vaječov. V strede istmičky časti ho vyzdvihneme tak, aby sa z neho vytvorila ostrouhlá kľučka. Teraz podchytneme obe ramená kľučky, 2 až 3 cm od jej vrcholu, silnými Péanovými kliešťami rozmláždime tkanivo vaječovodu a mesosalpingu tak, aby nenastalo krvácanie (obr. 2). Po odstránení klieští založíme na rozmláždene miesto hodvábnu ligatúru (obr. 3). Takto rozrušíme anatomické vrstvy vaječovodu, muscularis a mukózu, ktoré sa vyhoja jazvou a vaječovod bude nepriechodný.

To isté urobíme na druhej strane. Maternicu a vaječovody reponujeme do brušnej dutiny. Zriedkavo ponecháme podviazané kľučky pri suture extraperitoneálne. Komplikácie, v literatúre opísané, ako ilens alebo rekanalizáciu vaječovodu z nežiadúcou koncepciou sme však nikdy nepozorovali. Okraj serózy močového mechúra prísijeme uzlovými stehmi na pôvodné miesta. Nasleduje sutura pošvy.

тесняем влагалышную часть шейки матки к заднему своду и, таким образом, производим наклон матки кпереди. Без этого маневра, в случае внизу оттянутой влагалышной части шейки матки, был бы произведен только перегиб матки кпереди, удерживаемый лишь насильно. Все тело матки нужно вывести через рану чревосечения наружу. Мы достигнем этого постепенным перемещением пулевых щипцов к маточному дну, или, вернее, к маточному узлу. Анатомическими щипцами выводим маточную трубу. В середине перешейка приподнимаем ее таким образом, что между обоими руками возникает петля с острым углом. Затем перхватим оба рукава петли на расстоянии 2—3 см от вершины угла крепкими зажимами Пеана, раздавливаем ткань маточной трубы и брызжойки яйцевода, не производя кровавых ран (рис. 2). После удаления зажимов наложим на поврежденное место шелковую лигатуру (рис. 3). Таким образом мы нарушим анатомические слои яйцевода, мышечный и слизистый, которые заживляются рубцовой тканью с потерей проходимости яйцевода.

То же самое произведем и на другой стороне. Матку и маточные трубы вводим обратно в брюшную полость.

nah. Durch einen gleichzeitigen Druck der Portio in das hintere Scheidengewölbe wird der Uterus in eine Anteflexionsstellung gebracht. Ohne ein solches Manöver würde — bei herabgezogener Portio — nur eine Hyperanteflexion erzielt, die gewaltsam erhalten werden müsste. Die komplette Luxation des Uteruskörpers vor die Peritonealöffnung ist unnötig. Zur Vorlagerung der Gebärmutter klettert man durch wechselseitiges Ansetzen von Kugelzangen am Uterusfundus, besser noch in Richtung der Fundusecken empor, fasst dann mit einer anatomischen Pinzette eine Tube und hebt diese im isthmischen Abschnitt derart an, dass beide gespannten Tubenteile eine spitzwinklige Schlinge bilden. Beide Tubenschinkel werden darauf 2—3 cm vom Scheitelpunkt des Winkels mit einer starken Péan'schen Klemme gefasst und das Eileiter- und Mesosalpinggewebe — ohne eine blutende Wunde zu setzen — zerdrückt (Abb. 2). Nach Lösung der Klemme legt man über die Quetschfurchen eine seidene Ligatur (Abb. 3) und unterbricht auf diese Weise die anatomische Schichtung der Tubenmuskulatur und Mukosa, welche nach narbiger Ausheilung die Durchgängigkeit des Eileiters verhindern.

In gleicher Weise geht man nun auch auf der anderen Seite vor und reponiert

Только изредка выводим перевязанные петли за пределы брюшины. Несмотря на это мы никогда не наблюдали осложнений, описываемых в литературе, как например непроходимость кишечника, или же последующую реканализацию яйцеводов. Края брюшины подшиваются узловатыми швами к прежнему месту. Затем следует зашивание влагалища.

dann den Uterus und die Tuben in die Bauchhöhle. Nur selten werden die unterbundenen Tubenschlingen bei der Naht extraperitonealisiert. Trotzdem konnten wir niemals die in der Literatur beschriebenen Komplikationen wie Pleus, spätere Rekanalisation oder unerwünschte Konzeptionen beobachten. Die Blasenränder fixiert man mit Knopfnähten an der ursprünglichen Stelle und beendet die Operation mit einer Scheidennaht.

akusher

3

