



*М. С. Александров*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ  
ФИБРОМИОМ  
МАТКИ

*(Консервативно-пластические операции на матке  
при фибромиомах)*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
Медгиз — 1958 — Москва

Не уничтожение заболевшего органа, не устранение его функций, а восстановление его целости и всех его отправлений — вот конечная цель всякой операции.

А. П. Губарев

Сохранение — наша цель, ампутация — последнее дело: она смертный приговор члену, для спасения коего мы призваны.

Н. И. Пирогов

## ОТ АВТОРА

Приводя наши данные по применению консервативно-пластических операций на матке при фибромиомах, мы полагаем целесообразным посвятить отдельную главу описанию результатов, достигнутых нами при радикальных операциях на матке по поводу этого заболевания. Эти два вида оперативных вмешательств мы применяли в один и тот же период. Наши наблюдения по проведению радикальных операций при фибромиомах весьма многочисленны, а результаты, достигнутые нами при этих оперативных вмешательствах, весьма неплохие как в отношении процента летальности, так и в отношении числа осложнений. Сравнение наших данных, касающихся радикальных и консервативных вмешательств, лишний раз подчеркивает преимущества и целесообразность применения консервативно-пластических операций, которые, являясь более сложными по своей технике, ни в коей мере не дают худшего прогноза и вместе с тем сохраняют женщине присущие ей физиологические функции.

Считаем необходимым вынести свою благодарность врачам гинекологической клиники Московского городского научно-исследовательского института неотложной и скорой помощи имени Склифосовского В. П. Порай-Кошицу, К. И. Ковалевой, З. М. Богдановой, А. М. Александровой и К. С. Лобачевой, освоившим технику и выполняющим консервативно-пластические операции по предлагаемой нами методике и оказавшим нам помощь при собирании отдаленных результатов операций. Приношу глубокую благодарность моей жене и другу Лидии Алексеевне Воскоьянц за помощь в подборе литературного материала, разработке историй болезни и литературной обработке монографии.

---

## ВВЕДЕНИЕ

Фибромиомы сравнительно часто поражают женские половые органы и, по данным Штеккеля (В. Stoeckel), составляют 10—12% гинекологических заболеваний. По нашим наблюдениям, эта цифра составляет 12,2% (на 25 285<sup>1</sup> больных, прошедших через гинекологическую клинику Института имени Склифосовского с 1944 по 1954 г. включительно, было 3092 больных фибромиомой).

Фибромиомы — доброкачественные опухоли, развивающиеся за счет атипичного роста мышечных элементов и соединительнотканной стромы. В зависимости от того, какие именно элементы преобладают в опухоли — соединительнотканнные или мышечные, опухоли подразделяют на фибромиомы (при примерном соответствии соединительнотканнных и мышечных волокон), на более плотные фибромы (при преобладании соединительнотканной стромы) и мягкие миомы (более богатые мышечными элементами). Фибромиомы встречаются наиболее часто. Так как и при фибромах, и при миомах наблюдаются мышечные и соединительнотканнные элементы, их часто называют фибромиомами.

Фибромиомы чаще имеют сферическую форму. Иногда же вследствие того, что опухоль испытывает давление со стороны стенок пораженного органа или близлежащих тканей, ее форма изменяется: переходит в овальную, грушевидную и может принимать самые разнообразные очертания.

Фибромиомы по своим размерам бывают весьма различны: от маленькой горошины до опухоли, выполняющей почти всю брюшную полость. Вес таких опухолей достигает 5—6 кг. Некоторыми авторами [Фогт и Виллок (Fogt, Willock)] описано, что вес фибромиом достигает иногда 10 и 12 кг. Мы опухолей такого веса не наблюдали.

По литературным данным, фибромиомы чаще всего поражают матку (94—95%) и только в 4—5% — шейку матки. У 97,9% оперированных нами женщин была обнаружена фибромиома матки, у 1,8% — фибромиома шейки матки и у 0,3% — фиброма яичника.

Мы остановимся более подробно на фибромиомах матки как наиболее распространенных. Фибромиома матки развивается вначале межмышечно. Затем, в зависимости от направления роста, опухоль либо продолжает оставаться межмышечной, либо, развиваясь в сторону

<sup>1</sup> Из 25 285 больных 16 559 были произведены операции, 8676 больным (преимущественно с воспалительными заболеваниями) проводилась консервативная терапия.

брюшной полости, переходит в подсерозную, а в сторону слизистой полости матки, — в подслизистую. Фибромиомы, растущие из боковых стенок матки в сторону широких связок, расслаивают листки последних и становятся межсвязочными.

В процессе роста опухоли вокруг нее концентрически наслаиваются мышечные и соединительнотканые элементы и образуется капсула. При межмышечных фибромиомах капсула состоит из мышечной ткани, при подслизистых — из мышечной и из слизистой, при подсерозных — частично из мышечной и отчасти из брюшинного покрова матки.

Подсерозные и подслизистые фибромиомы чаще расположены на широком основании, а иногда, как бы отшнуровываясь от матки, имеют ножку, через которую проходят сосуды, питающие опухоль. В таких случаях капсула состоит из серозной оболочки матки — при подсерозных опухолях и из слизистой оболочки матки — при подслизистых фибромиомах.

Перекрыт фибромиом, исходящих из матки на широком основании, встречается очень редко, причем в таких случаях опухоль перекручивается обычно вместе с маткой и ее придатками. Перекрыты же фибромиом на ножке — более частое явление.

При перекрытии опухоли питание ее нарушается, происходят дистрофические и дегенеративные изменения, она становится отечной и в силу этого создается впечатление быстрого роста. Опухоль приобретает багрово-фиолетовый оттенок, часто подвергается распаду и некрозу. Образуются обширные спайки с окружающими органами и тканями: кишечником, сальником и передней брюшной стенкой. В литературе описаны случаи, когда ножка опухоли при перекрытиях полностью некротизировалась, и опухоль, отделившись от матки, свободно располагалась в брюшной полости. Там она или подвергалась обратному развитию, или, припаявшись к какому-либо соседнему органу брюшной полости (чаще к сальнику и кишечнику), начинала паразитическое существование, питаясь за счет сосудов этих органов.

Фибромиомы содержат кровеносные и лимфатические сосуды пораженного органа, ответвления которых имеются по поверхности опухоли и пронизывают ее толщу, располагаясь между группами волокон и беспорядочно анастомозируя между собой. Опухоли, более богатые соединительнотканной стромой, содержат меньшее количество сосудов. По Б. Н. Мошкову, кровоснабжение фибромиом бывает двух типов: диффузного (при опухолях типа миом) и периферического (при опухолях типа фибром).

Для фибромиом особенно характерен полиморфизм и множественность. Единичные фиброзные узлы встречаются значительно реже.

Фибромиомы отличаются весьма медленным ростом. Для того чтобы опухоль достигла размера семи-восьмимесячной беременности, иногда требуется свыше 10 лет. Рост опухоли зависит от ее питания и вида. По нашим наблюдениям, быстрее растут опухоли с повышенным питанием за счет врастания в них сосудов из припаявшихся соседних органов (сальника, брыжейки кишок и т. п.). Быстрым ростом отличаются также многоклеточные и ангиоматозные фибромиомы (более богатые сосудистой сетью). Отечность опухоли при перекрытии ее ножки тоже создает впечатление быстрого роста. Быстрый рост опухоли всегда вызывает подозрение на возможность злокачественного перерождения.

Этиология и гистогенез фибромиом требуют еще дальнейшего более углубленного изучения.

Работами ряда отечественных гинекологов (Д. Д. Попов, В. Ф. Снегирев, Д. А. Гудим-Левкович и др.) установлено, что фибромиомам ча-

сто сопутствует мелкокистозное перерождение яичников и их различные дистрофические и дегенеративные изменения, как, например, разрастание соединительнотканной стромы с увеличением яичника в размере.

Повышенное, а иногда избыточное содержание фолликулярного гормона в организме женщин, больных фибромиомой, дает основание предположить, что толчком для роста фибромиом может служить яичниковый гормон.

В 1950 г. Я. С. Кленецкому удалось экспериментальным путем вызвать образование фибромиомы в результате длительного воздействия на организм эстрогенного гормона.

Однако, рассматривая организм как единое целое, нельзя подходить к процессу образования фибромиом как к чисто местному процессу, связанному исключительно с нарушением функции яичников. Изучением возможности воздействия центральной нервной системы на возникновение в организме человека опухолей и, в частности фибромиом, мы специально не занимались и, не имея достаточных данных и опыта в этой области, не можем представить прямых доказательств этого. В то же время нельзя не согласиться, что влияние центральной нервной системы безусловно сказывается на корреляции желез внутренней секреции, вызывая разные расстройства со стороны женской половой сферы.

Вместе с тем нельзя не отметить, что, и по литературным данным, и по нашим наблюдениям, заболеванию фибромиомой чаще подвергнутся женщины, не имевшие беременности, не доносившие ее до срока нормальных родов или имевшие мало родов (по нашим данным в 56,2%), т. е. женщины с недостаточно выраженной функцией матки как детородного органа.

Взаимосвязь фибромиомы с функциями матки несомненна и очень велика. С одной стороны, отсутствие деторождения может способствовать развитию фибромиомы, с другой — наличие фибромиомы нередко вызывает стерильность женщины, привычные выкидыши и преждевременные роды или способствует патологическому течению беременности.

Фибромиомы редко проявляются в возрасте до 25 лет. Среди оперированных нами больных только 1,5% были в возрасте до 30 лет. При наступлении половой зрелости наличие фибромиомы дает себя чувствовать незначительным удлинением менструаций и дисменореей, а у живущих половой жизнью — иногда склонностью к бесплодию. Так, 20,7% больных, оперированных нами по поводу фибромиомы, были бесплодными. Бесплодию способствует наличие интерстициальных и особенно подслизистых фибромиом, что часто препятствует возникновению беременности и ее нормальному развитию. Доказательством того, что заболевание фибромиомой может быть одной из причин длительного бесплодия, является факт наступления беременности у некоторых больных после удаления у них опухоли. Такие случаи описаны в литературе и наблюдались также и нами.

Заболевание фибромиомой не всегда обуславливает бесплодие женщины. Женщины могут беременеть и при наличии фибромиомы, но беременность у них часто прерывается в первой половине и заканчивается выкидышем, сопровождающимся обильным кровотечением. Выкидыши происходят из-за того, что яйцо, прививаясь иногда на атрофичной, покрывающей опухоль слизистой оболочке, неспособной к достаточной децидуальной реакции, не прикрепляется крепко и не получает необходимого питания.

Иногда и при наличии фибромиомы беременность доношивается до срока и заканчивается самопроизвольными родами или кесаревым сечением. К родоразрешению путем кесарева сечения прибегают в тех

случаях, когда расположение опухоли в нижнем сегменте матки или в области ее внутреннего зева не дает возможности женщине родить самостоятельно.

Самопроизвольные роды нередко сопровождаются слабостью родовой деятельности, значительным кровотечением в третьем периоде родов и частичным или полным приращением плаценты. По данным Кроссена (Crossen H. S.), роды при наличии фибромиомы характеризуются высокой материнской смертностью и довольно частой смертью плода. Роды у больных фибромиомой нередко чередуются с выкидышами.

В период беременности в связи с гиперемией матки опухоль начинает быстро расти и часто вызывает осложнения как в течении беременности, так и при родовом акте. Симптомы заболевания с каждой беременностью прогрессируют.

В процессе роста опухоль вначале постепенно выполняет малый таз и затем обычно растет в сторону брюшной полости. Жалобы у больных нередко появляются только после того, когда опухоль вырастает уже за пределы малого таза и прощупывается через брюшную стенку.

Симптомы заболевания чаще появляются и бывают выражены в более резкой форме к 34—35 годам. У больных усиливаются кровотечения, появляются боли, обусловленные давлением растущей опухоли на окружающие органы и нервные стволы; 18,7% оперированных нами больных было в возрасте 30—39 лет.

У большинства же больных симптомы заболевания проявляются после 40 лет, причем климактерический период у них значительно затягивается. Из числа оперированных нами больных 78,2% были в возрасте выше 40 лет. По установлении периода менопаузы симптомы заболевания постепенно ослабевают, а у некоторых больных даже исчезают совсем. Мы считаем, что существующие взгляды на обязательные дегенеративные изменения в опухоли в периоде менопаузы, приводящие к ее уменьшению, недостаточно обоснованы. По нашим наблюдениям, у некоторых больных опухоль продолжала расти и после наступления этого периода.

Бессимптомные опухоли небольшого размера можно не удалять, но при появлении даже умеренно выраженных симптомов заболевания, как-то: кровотечения, боли, большой размер опухоли, быстрый рост, сдавление опухолью соседних органов с нарушением их функции и особенно явления перекута и некроза — больных необходимо оперировать. Женщинам молодого и среднего возраста при отсутствии существенных изменений со стороны шейки матки и придатков во всех возможных случаях мы рекомендуем производить операции консервативно, с сохранением матки и присущих ей физиологических функций.

В своем стремлении сохранить орган мы исходим из физиологического учения И. П. Павлова, что нарушение функции какого-либо одного органа не может не отражаться на всем организме в целом, вызывая в нем многообразные изменения и нарушения. Так, преждевременное прекращение овариально-менструальной функции у женщин молодого и среднего возраста отрицательно сказывается на обмене веществ, неизбежно вызывает явления выпадений и преждевременное старение организма. М. К. Петровой доказано, что нарушение функций желез внутренней секреции неразрывно связано с состоянием нервной системы и приводит нередко к резко выраженным нервным расстройствам и тяжелым психическим заболеваниям.

Овариально-менструальная функция необходима для нормального состояния организма. Мы считаем, что преждевременное, а тем более искусственное прекращение менструаций в связи с удалением матки



очень тяжело сказывается на организме женщины в целом и на ее нервной системе в частности.

Не менее важна для женщины и детородная функция. Можно привести много примеров, когда женщины, страдающие первичным или вторичным бесплодием, готовы идти на любые операции для восстановления детородной функции. Бесплодие нередко вносит разлад в семейную жизнь.

К сожалению, мы должны констатировать, что операции по поводу доброкачественных опухолей принято производить радикально, с удалением всего органа, даже при поражении опухолью только части его. Это положение основано на предположениях о возможности перерождения доброкачественной опухоли в злокачественное новообразование и о самостоятельном возникновении злокачественной опухоли в оставляемой части органа. Поэтому некоторые хирурги и в настоящее время при удалении кистозных опухолей яичника недостаточно бережно относятся к яичниковой ткани, максимально иссекая последнюю, а иногда даже удаляют яичник полностью. Удаление вместе с опухолью большей части яичниковой ткани приносит женщине непоправимый вред, нарушая нормальную гормональную функцию, вызывая отсутствие менструаций и лишая женщину возможности забеременеть. Оберегая яичниковую ткань при удалении доброкачественных кистозных опухолей яичников, мы не только сохраняем женщине менструальную функцию, но и стремимся к сохранению у нее функции беременности. Некоторые наши больные, страдавшие длительным бесплодием, обусловленным наличием кисты яичника, по удалении кисты с резекцией минимально возможной части яичниковой ткани впоследствии забеременели и родили.

При операциях по поводу фибромиом обычно принято обязательно удалять матку вне зависимости от возраста оперируемой, что лишает женщину овариально-менструальной и детородной функции. К сожалению, только некоторые акушеры-гинекологи признают целесообразность применения консервативных операций.

На чем же основываются хирурги, отдавая предпочтение радикальным вмешательствам при фибромиомах?

И. Л. Брауде, например, указывает на значительные ограничения показаний к производству консервативно-пластических операций. Он считает эти операции показанными только при наличии одного или немногих ясно очерченных узлов фибромиомы у женщин молодого возраста, страдающих первичным или вторичным бесплодием, доподлинно установленной причиной которого является наличие у них опухоли. И. Л. Брауде подчеркивает, что наличие у молодых женщин кровотечений на почве фибромиомы обуславливает необходимость производства им радикальных операций. По его мнению, консервативные операции не могут способствовать прекращению кровотечений, дают летальность, не меньшую, чем радикальные операции, и характеризуются высоким процентом рецидивов.

Что касается возможности перерождения доброкачественной опухоли в злокачественное новообразование, то следует напомнить, что, по литературным данным, таковое встречается не чаще, чем в 1—2% случаев. За последние 11 лет нам пришлось оперировать всего 20 больных с саркомой матки и 5 больных с гистологически доказанными злокачественно переродившимися фибромиомами, что составляет 0,8% общего числа больных, оперированных по поводу фибромиомы. Производство срочного гистологического исследования удаляемой опухоли во

время операции полностью обеспечивает нам возможность выбора между консервативной (при благоприятном результате исследования) и радикальной операцией (если опухоль действительно окажется злокачественно перерожденной). Мы считаем, что срочные гистологические исследования следует шире внедрять в практику лечебных учреждений, так как уточнение гистологического строения опухоли в момент операции дает возможность выбрать правильный путь вмешательства и предотвращает возможные ошибки.

Что касается возможности последующего развития злокачественного новообразования в сохраняемой при консервативно-пластических операциях матке, то мы с таковым не встречались. Из 1075 оперированных нами консервативно женщин впоследствии было осмотрено 957, причем 202 из них осмотрены в срок от 5 до 10 лет после операции. Ни у одной из них последующего развития саркомы или рака тела матки не обнаружено. Только у 6 женщин (0,6%) через 1—2 года после консервативно-пластических операций, произведенных им по поводу гистологически подтвержденной фибромиомы матки, при осмотрах был обнаружен рак: у двух — яичника и у четырех — шейки матки. Еще одна больная через 9 лет после консервативно-пластической операции была оперирована по поводу злокачественного новообразования сигмовидной кишки. Последующее заболевание раком никак не может быть поставлено в связь с характером произведенных пластических операций.

Как по литературным данным, так и по нашим наблюдениям, рак шейки матки развивается иногда и после произведенных по поводу фибромиомы надвлагалищных ампутаций матки, относящихся, как известно, к числу радикальных операций. За последние 16 лет нами было оперировано по поводу рака культи, развившегося после произведенной надвлагалищной ампутации матки, 9 больных, четырем из которых надвлагалищная ампутация была ранее произведена в нашей клинике, а пяти — в других лечебных учреждениях. Если даже все 9 случаев рака культи отнести к 1136 произведенным нами надвлагалищным ампутациям, то и это составит только 0,8%. Не исключена также возможность поражения раком влагалища, сохраненного у женщины при полном удалении матки. У оперированных как консервативно, так и радикально может впоследствии развиваться рак желудка, печени, легких, но разве можно поставить его в связь с произведенными операциями? Заболевание раком женских половых органов часто встречается и у женщин, не подвергавшихся каким-либо операциям.

Этиология заболевания раком до настоящего времени еще не выяснена, и мы считаем, что радикализм произведенной операции не может предохранить от последующего поражения раком органов, совершенно не измененных ранее.

Поэтому есть ли здравый смысл в том, чтобы категорически отказываться от применения консервативных методов оперативного вмешательства, отдавая предпочтение радикальным при удалении доброкачественных опухолей? Мы считаем, что нет, и не видим никаких оснований к тому, чтобы по поводу доброкачественных опухолей оперировать только радикально и лишать тем самым женщин присущих им физиологических функций, обрекая их на последующие страдания. Особенно это относится к женщинам молодого и среднего возраста.

Наши наблюдения опровергают также положение И. Л. Брауде и ряда других отечественных гинекологов в отношении высокого процента летальности при консервативно-пластических операциях. Эти операции в наших модификациях, произведенные у 1075 женщин, дали только один случай смерти.

В отношении «высокого процента рецидива» при консервативно-пластических операциях должны указать, что таковой на нашем материале не превышал 2,6%. Рецидив заболевания у оперированных наступал преимущественно через 5 и более лет после произведенной операции. Некоторые женщины в период от производства операции до наступления рецидива заболевания имели беременности, которые заканчивались нормальными срочными родами живым плодом. До произведенной операции эти же больные страдали длительным первичным бесплодием или беременностью не доносивали. Поэтому мы считаем, что в целях сохранения женщинам овариально-менструальной и детородной функции стоит примириться с тем небольшим процентом рецидива, который может наблюдаться после консервативно-пластических операций.

Существующее мнение о невозможности предотвратить консервативно-пластическими операциями имеющиеся при наличии фибромиомы маточные кровотечения полностью опровергается нашими наблюдениями. Кровотечения могут сохраниться при недостаточно радикальном удалении опухоли, при оставлении просмотренных хирургом узлов опухоли в полости матки. Кровотечения могут наблюдаться в последующем и у тех больных, которым при производстве консервативно-пластических операций удалены узлы опухоли, но сохранена матка со склерозированными сосудами и общим фиброматозом. Эндометриомы требуют применения радикальных вмешательств, так как при консервативном удалении тоже дают иногда последующие кровотечения и вызывают боли. Сохраняются также и кровотечения гормонального происхождения. Но на все указанные группы больных приходится лишь незначительный процент. После произведенных нами консервативно-пластических операций процент нормально менструирующих женщин возрос от 24,4 до операции до 81,7 после операции, тогда как процент больных, страдающих нарушениями менструальной функции, снизился с 72,3 до 9,7, т. е. более чем в 7 раз.

Мы с полной ответственностью можем утверждать, что при операциях по поводу доброкачественных опухолей их следует удалять радикально, а в части сохранения самого органа необходимо проявлять максимальный консерватизм.

Мы считаем, что одним из основных положений современной гинекологии должна являться реконструктивная восстановительная хирургия. «Современная оперативная гинекология должна строиться на принципах терапии, полностью или частично сохраняющей орган и его функцию, а это обуславливает необходимость уточнения показаний и противопоказаний к хирургическому лечению, разработки методов восстановительной хирургии в гинекологии» (А. Б. Гиллерсон).

Мы полностью разделяем эту точку зрения и за последние 11 лет работы в Московском городском научно-исследовательском институте неотложной и скорой помощи имени Склифосовского, в Центральной клинической больнице Министерства путей сообщения, а также за годы работы в Кремлевской больнице применяли наиболее консервативный метод оперативного лечения при фибромиомах матки, придерживаясь при этом радикального удаления опухоли с оставлением по мере возможности матки или части ее со слизистой оболочкой, чем обеспечивали сохранение больным овариально-менструальной, а некоторым женщинам — и детородной функции.

## ГЛАВА I

# ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОМИОМ МАТКИ

## ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Оперативное лечение при кистах яичника получило свое распространение с 1809 г., когда Мак-Доуэл (Mc.Dowell) впервые произвел овариотомию. Но как лечить женщин, страдающих фибромиомой матки, врачи в начале прошлого столетия еще не знали, и если при лапаротомии, производимой по поводу предполагаемой кисты яичника, неожиданно обнаруживалась фибромиома матки, брюшную полость зашивали наглухо, не оказав больной никакой помощи.

С середины прошлого столетия при беременности, осложненной стелбчатой фибромиомой матки, некоторые хирурги стали производить операции по типу овариотомии и удалять фиброзные узлы на ножке. Сообщение о первой подобной операции было опубликовано Гранвилем (Granville) в 1827 г. В 1840 г. о такой операции сообщил Аммюза (Ammüssat); в 1845 г. — Этли (W. L. Atlee). Опухоли, расположенные на широком основании, считались в то время иноперабильными.

Новым сдвигом в лечении фибромиом матки, вне зависимости от связи их с беременностью, послужила разработка и применение надвлагалищных ампутаций матки. В 1843 г. Хиз (Heath) впервые произвел подобную операцию тоже по типу овариотомии. Исход операции был неудачным: больная погибла от кровопотери.

По сообщению Айриш (J. C. Irish, 1878) в июне 1853 г. Бурнгам (W. Burnham, Америка) произвел надвлагалищную ампутацию матки случайно: в связи с предполагаемым диагнозом кисты яичника была вскрыта брюшная полость, и в брюшную рану вследствие рвотных позывов неожиданно выскочила большая фибромиома матки, которую не удалось вправить обратно. Бурнгам наложил двойную крепкую лигатуру на шейку матки, прочно завязал ее, наложил добавочную лигатуру, после чего почти бескровно удалил матку вместе с измененными яичниками, сохранив больной шейку.

По данным Келли (H. A. Kelly, 1898), в сентябре 1853 г. Кимболом (G. Kimball) была произведена такая же операция, но уже по заранее установленному диагнозу фибромиомы. С 1863 г. надвлагалищные ампутации матки стал производить Коберле (Koeberlé). В России первая надвлагалищная ампутация матки была выполнена в 1866 г. Грубе (Харьков) и в 1867 г. Н. В. Склифосовским (Одесса).

Почти одновременно с надвлагалищной ампутацией матки был разработан и внедрен и другой вид радикального оперативного вмешательства, а именно — полное удаление матки.

По данным Н. М. Какушкина, полное удаление матки по поводу фибромиомы первым произвел киевский врач В. А. Караваев (1846), тогда как в Германии первая тотальная экстирпация матки была произведена только в 1881 г. Барденхейером (B. Bardenheuer), в Америке — в 1888 г. Джонсом (A. D. Jones).

Полное удаление матки широко вошло в хирургическую практику и до начала нашего столетия являлось наиболее рекомендуемым оперативным пособием при лечении фибромиом.

Наряду с введением в хирургическую практику надвлагалищных ампутаций и полных удалений матки были предложены и другие хирургические способы лечения женщин, страдавших фибромиомой. Так, Хегар (A. Hegar) в 1872 г. рекомендовал применять двустороннюю оофорэктомию (хирургическую кастрацию) — операцию, которая лишала женщину яичников и овариально-менструальной функции, — полагая, что с прекращением менструаций опухоль будет подвергаться обратному развитию.

Операция Хегара широкого распространения не получила и ею пользовались в течение сравнительно короткого промежутка времени, так как: 1) она не всегда гарантировала прекращение менструаций и 2) даже по прекращении менструаций опухоль не обязательно подвергалась обратному развитию. Одобрение и поддержку этот метод встретил со стороны Шаута (F. Schauta), который в 1895 г. настойчиво рекомендовал им пользоваться.

В 1893 г. Готшалк (S. Gottschalk) и др. предложили при лечении фибромиом матки производить двустороннюю перевязку маточных артерий, выполняя это влагалищным путем. Но и этот метод не давал гарантий в отношении полного прекращения менструаций и исчезновения или уменьшения опухоли, так как функцию маточных артерий принимали на себя другие питающие матку сосуды.

Тем не менее влагалищный путь операции давал более низкую смертность, чем операции путем чревосечения, и поэтому привлек внимание хирургов и послужил предпосылкой к разработке влагалищных удалений матки.

Надвлагалищная ампутация матки в первые годы своего применения давала очень высокую летальность и значительный процент осложнений; причинами смерти были преимущественно послеоперационные кровотечения и сепсис. Вопрос о профилактике последующих кровотечений особенно волновал хирургов, и в конце прошлого столетия было предложено несколько способов, направленных к предотвращению этого осложнения.

Так, в 1876 г. Клеберг (Одесса) предложил при ампутациях матки применять эластический жгут на шейку. Г. Е. Рейн и Н. Н. Феноменов (1884—1897) рекомендовали изолированную перевязку маточных сосудов.

По данным Г. Е. Рейна (1876), процент летальности при надвлагалищной ампутации матки колебался от 52 до 85. В связи с этим вопрос о целесообразности применения этой операции широко дискутировался как в литературе, так и на заседаниях гинекологических обществ, причем большинство авторов высказывалось за полное удаление матки, дававшее более низкий процент летальности и осложнений. К концу прошлого столетия летальность при надвлагалищной ампутации удалось снизить до 20%.

О частоте выполнения надвлагалищной ампутации матки и о высокой летальности, которая являлась при выполнении этой операции даже в первые годы нашего столетия, дает ясное представление статистика, опубликованная в 1924 г. Д. О. Оттом. Следует отметить, что, приводя свои данные, Д. О. Отт считал, что оперативное лечение фибромиом в то время достигло уже полного расцвета. По сообщению Д. О. Отта, на 2000 женщин, оперированных по поводу фибромиомы матки, только 162 была произведена надвлагалищная ампутация матки (8,8%), причем средняя летальность при этой операции составила 8%, а по материалам самого Д. О. Отта — 4,3%.

Для сравнения приводим данные одной только гинекологической клиники Института имени Склифосовского, где за истекшие 11 лет (1944—1954) надвлагалищная ампутация матки была произведена 1136 женщинам из 3080 оперированных по поводу фибромиомы матки (36,9%) с летальностью в 0,2%.

Некоторые хирурги настаивали на запрещении надвлагалищной ампутации матки, основываясь не только на высокой летальности и значительных послеоперационных осложнениях при этой операции (преимущественно со стороны оставляемой культи шейки матки: выпадения и некрозы культи, кровотечения, инфильтраты). Они базировались также на единичных описанных в литературе случаях развития рака или саркомы в культе шейки матки, сохраненной при производстве надвлагалищной ампутации. В связи с этим они высказывались за полное удаление матки при оперативном лечении фибромиом.

В своем стремлении к радикализму отдельные хирурги доходили до абсурда: они производили полное удаление матки при комбинации фибромиомы с беременностью у молодых женщин без достаточных к этому оснований.

Так, Ришело (Richelot, 1901) произвел профилактически полное удаление матки по поводу фибромиомы при наличии четырехмесячной беременности во избежание осложнений, которые могли возникнуть при родах, Шварц (Schwarz, 1901) — на основании таких показаний, как одышка и похудание больной.

Другие, как, например, Цвейфель (Zweifel) и Зенгер (Sänger), указывали на значительные преимущества надвлагалищной ампутации перед полным удалением матки, а именно на более легкую технику выполнения и на меньшую продолжительность операции. Они считали надвлагалищную ампутацию более целесообразной еще и потому, что при ней сохранялась шейка матки и влагалище не вскрывалось. При высокой надвлагалищной ампутации матки отдельные женщины в течение некоторого времени после операции сохраняли даже способность менструировать, но менструации у них были слабо выраженными.

Стремясь предотвратить последующие осложнения со стороны оставляемой культи, В. Ф. Снегирев (1881), Марси (Н. О. Marcy, 1882); Д. О. Отт (1884), Эмме (F. Emmet, 1884), Гоффе (J. Goffe, 1890), Шредер (E. Schroeder), Хробак (R. Chrobak) и др. значительно усовершенствовали обработку культи. Внутривнутрибрюшинная фиксация культи по Шредеру и Снегиреву, более тщательная ее обработка (Марси), перитонизация культи брюшиной пузырно-маточной складки (Эмме), окончательный отказ от наложения массовых лигатур (захвата лигатурой нескольких сосудов), упрощение техники самой операции и развитие асептики — значительно снизили летальность и последующие осложнения при надвлагалищных ампутациях матки.

Открытым оставался еще вопрос о возможности злокачественного перерождения оставляемой культи. В конце прошлого и начале данного

столетия в печати появился ряд работ, посвященных злокачественному перерождению фибромиом и возможности последующего поражения злокачественным новообразованием сохраняемой при надвлагалищных ампутациях шейки матки. Отдельные авторы приводили не только собственные наблюдения, но и сборные статистики.

Первый случай последующего развития рака культы, сохраненной при надвлагалищной ампутации матки, был описан в 1895 г. Амрейхом (I. Amreich).

В 1896 г. А. П. Губарев сообщил о лично им наблюдавшейся больной, у которой произошло перерождение фибромы в саркому. Следует отметить, что заболевание фибромой у этой больной имело 18-летнюю давность.

По сборной статистике Альбрехта (H. Albrecht), на 3436 надвлагалищных ампутаций матки последующее раковое перерождение культы имело место у 0,32% женщин. В 1927 г. А. В. Попов указывал, что саркоматозное перерождение опухоли можно встретить не чаще, чем в 1,6% случаев.

За целесообразность применения надвлагалищной ампутации матки высказался в 1928 г. С. В. Успенский. Ему удалось собрать в мировой литературе данные о 89 больных, у которых по истечении нескольких лет после надвлагалищной ампутации матки, произведенной по поводу фибромиомы, в оставленной шейке развился рак. Двух из числа данных больных наблюдал сам С. В. Успенский. У первой из них рак развился через 10 лет после надвлагалищной ампутации, у второй — через 20 лет. С. В. Успенский пришел к выводу, что в шейке матки, сохраняемой при надвлагалищной ампутации, безусловно может развиваться злокачественное новообразование, но это никак нельзя ставить в связь с характером произведенной операции, а потому никаких оснований к исключению надвлагалищной ампутации из числа оперативных вмешательств при фибромиомах не имеется. Полное удаление матки по поводу фибромиомы С. В. Успенский рекомендовал производить только при наличии изменений со стороны шейки.

На основании опубликованных данных большинство авторов пришло к выводу, что последующее раковое перерождение сохраняемой при надвлагалищных ампутациях культы шейки матки встречается не чаще, чем в 1—2% случаев, и надвлагалищная ампутация матки завоевала прочное место среди существовавших методов оперативного лечения при фибромиомах матки. Последующие исследования полностью подтвердили сложившееся по этому вопросу мнение.

В 1936 г. Шеффи (L. C. Scheffey) опубликовал собранные им отделенные результаты 554 надвлагалищных ампутаций матки. На его материале последующий рак шейки был обнаружен в 0,9% случаев в срок свыше 6 и до 21 года после произведенных операций.

В 1938 г. Б. С. Песоченский указал, что влияние надвлагалищной ампутации матки на последующее развитие рака культы не доказано и что при наличии здоровой, неизменной шейки надвлагалищная ампутация матки должна являться операцией выбора.

Лемп (F. Lamp, 1939) сообщил, что общие статистические данные мировой литературы показывают, что на 21 516 надвлагалищных ампутаций было только 113 случаев последующего развития рака культы, что составляет примерно 0,5%.

Альторп (G. Ahltop, 1946) привел 1,7% случаев неожиданного обнаружения саркоматозного перерождения в узлах фибромиомы (516 случаев на 30 050 гистологических исследований по поводу фибромиомы). Отмечая, что саркоматозное перерождение чаще встречалось у женщин

климактерического и старческого возраста, Альторп пришел к выводу, что у женщин молодого и среднего возраста возможность саркоматозного перерождения почти исключена и не может поэтому служить убедительным аргументом против производства консервативных операций и надвлагалищных ампутаций матки. Альторп сообщил также данные различных авторов о комбинации фибромиомы со злокачественным новообразованием. Из этих данных следовало, что комбинация фибромиомы с раком тела матки встречается не чаще, чем в 3,6%, а с раком шейки — не чаще, чем в 2,1% случаев. Учитывая, что рак обычно поражает лиц более пожилого и старческого возраста, Альторп указывал, что при фибромиомах у женщин молодого и среднего возраста одновременное наличие рака почти исключено.

В дальнейшем при оперативном лечении фибромиом матки широко применялось как полное удаление, так и надвлагалищная ампутация матки.

Среди отечественных акушеров-гинекологов, внесших значительный вклад в разработку оперативной техники этих операций, в первую очередь следует упомянуть имена Г. Е. Рейна, В. Ф. Снегирева, Н. Н. Феноменова, Д. О. Отта и К. Ф. Славянского. Нельзя не отметить ведущую роль немецких хирургов: Шредера, Мартина (A. Martin), Цвейфеля, Зенгера, Хробака, Фритча (H. Fritsch), Ольсгаузена (R. Olshausen). Из числа французских хирургов следует упомянуть Аммиюза и Вельпо (Velpéau), из английских — Торнтон (Thornton), Бенток (Bantock) и Милтона (Milton).

В зависимости от установок различных хирургических школ и от результатов в части смертности и осложнений, которые давали радикальные операции, производимые различными хирургами, отдавалось предпочтение той или иной операции.

Так, сторонниками полного удаления матки в конце прошлого и начале данного столетия были: Г. Брюно, А. П. Губарев и др.; впоследствии: Г. Г. Гамбаров, Мессон (F. J. Masson, 1927), Клаус (K. Klaus, 1941), Функ-Брентано (P. Funck-Brentano, 1941), Рихтер (K. Richter, 1942), Гастон (E. A. Gaston, 1945), Вейр (W. C. Weir, 1948), Фанев (Phaneuf, 1948) и др.

В пользу надвлагалищных ампутаций матки высказывались: Л. А. Кривский, А. И. Крупский, А. Э. Мандельштам, Г. Ф. Писемский, Ф. А. Соловьев, Г. Ф. Цомакион, Эссен-Меллер (Essen-Möller), Лемп (1939), Барберис (L. U. Barberis, 1940), Белло (E. Bello, 1947) и др.

В Советском Союзе в настоящее время большинство гинекологов при наличии у больных неизменной шейки матки предпочитает применять надвлагалищную ампутацию матки как более простую технически операцию. Вместе с тем существует и нами вполне разделяется мнение, что эти операции не являются конкурирующими и каждая из них имеет свои показания. О показаниях к тому или иному виду оперативного вмешательства при фибромиоме нами будет сказано ниже.

К радикальным методам оперативного лечения фибромиом матки относятся также влагалищные экстирпации и ампутации матки по Рику (Rieck). Влагалищные экстирпации матки в свое время широко применялись Н. Н. Феноменовым, В. Штеккемом и Д. О. Оттом и применяются и в настоящее время некоторыми отечественными акушерами-гинекологами при наличии соответствующих показаний. Большим сторонником влагалищного метода оперативного лечения фибромиом является, в частности, Д. Н. Атабеков, который считает, что этот метод способствует лучшему сохранению трудоспособности женщин и характеризуется в то же время наименьшей смертностью. По мнению



Д. Н. Атабекова, даже большой размер опухоли не может служить противопоказанием к применению влагалищных операций, поскольку для удаления опухоли в таких случаях возможно пользоваться методами кускования ее по Пеану (Pean) и Д. О. Отту. При наличии соответствующих показаний наша клиника тоже пользуется влагалищными экстирпациями матки, но мы не отдаем им предпочтения перед другими видами оперативных вмешательств по поводу фибромиомы.

С начала данного столетия при лечении фибромиом матки применялась и лучевая терапия, которая, особенно в 30-х годах, получила довольно широкое распространение. Некоторые представители крупных западных клиник, в частности Дедерлейн (A. Doederlein, 1910), в увлечении лучевой терапией доходили до крайностей, предлагая отказаться от хирургических методов лечения. Б. А. Архангельский (1930) считал, что при наличии такого эффективного метода, каким с его точки зрения явилась лучевая терапия, показания к оперативным вмешательствам при фибромиоме следовало значительно сузить и операциям подвергать только тех больных, которым по тем или иным причинам лучевая терапия была противопоказана. Свое увлечение лучевой терапией отдельные авторы, в том числе и Б. А. Архангельский, оправдывали тем, что этот метод имеет мало противопоказаний и почти не дает смертности. Сторонником применения лучевой терапии при лечении фибромиом матки был также Г. Г. Гамбаров.

Вместе с тем дальнейшее развитие техники оперативных вмешательств и асептики, применение антибиотиков дали возможность значительно снизить процент смертности при оперативном лечении фибромиом матки, и за последние десятилетия он превышает процент смертности при облучении на какие-нибудь десятые доли. Вместе с тем трудоспособность женщин значительно быстрее восстанавливается после операции, чем после облучения. Лучевая терапия не преследует цели воздействовать на основной очаг заболевания — опухоль. Кровотечения после лучевой терапии нередко возобновляются, особенно если опухоль превышает размером 3½-месячную беременность, тогда как при оперативном лечении это полностью исключено.

Не отвергая ни одного из существующих методов радикального оперативного лечения при фибромиомах и считая применение их вполне целесообразным при наличии соответствующих показаний, мы, учитывая пагубное воздействие лучей Рентгена и радия на гормональную функцию яичников, категорически возражаем против лечения больших фибромиомой лучевой терапией. Мы считаем, что лечение фибромиом матки у женщин детородного возраста должно быть только оперативным, причем по возможности операции должны выполняться консервативно. Женщинам климактерического и старческого возраста следует применять радикальные операции, а лечению лучевой терапией подвергать больных только в тех редких случаях, когда в связи с общим состоянием хирургическое лечение им абсолютно противопоказано.

Против применения лучевой терапии при лечении фибромиом матки высказываются в настоящее время и многие зарубежные авторы [Мартиус (Martius H.), Те-Линде (Te-Linde R. W.), Ковач (Kovacz) и др.]. По данным ряда авторов, в первые годы применения этого метода лучевому лечению подвергали до 50% женщин, страдающих фибромиомой, тогда как в настоящее время этот процент резко снижен.

Баер, Рейс и де Коста (J. L. Baer, R. A. Reis a. E. J. de Kosta) в 1934 г. сообщили, что в 1923 г. процент леченных лучевой терапией составлял 15, а к 1934 г. был снижен до 2,1 в связи с тем, что с течением

времени выявилось все больше и больше противопоказаний к рентгенотерапии.

Массенбах (Massenbach, 1937) привел среднюю летальность при облучении, равную 1%, что соответствовало средней летальности и при оперативном лечении, если в той и другой группе леченных учитывать только равноценные случаи и исключить оперированных по витальным показаниям. Автор указал, что операция в то же время значительно легче переносится, чем облучение.

Ковач (1938) считал, что аргумент, приводимый некоторыми авторами в пользу лучевой терапии и основанный на том, что лучевая терапия почти не дает летальности, нельзя признать убедительным, если учесть, что лечению лучевой терапией подвергают больных в случае совершенно ясной диагностики и отсутствия осложнений; тем не менее летальность при этом лечении доходит до 0,9%. На операцию же нередко поступают больные в запущенной стадии заболевания, с небольшим процентом гемоглобина, ослабленные, с опухолью больших размеров, с наличием спаечного процесса после не оказавшей должного эффекта рентгенотерапии, что и обуславливает более высокий процент летальности.

По данным Седерля (J. Sederl, 1953), процент леченных рентгеновыми лучами составил всего 0,9 (16 больных на 1779).

О значительном снижении процента леченных по поводу фибромиомы лучевой терапией свидетельствуют также Мартиус (1940), Те-Линде (1953) и др.

На наличие множества противопоказаний к лучевой терапии указывают почти все авторы.

Несмотря на то, что мы, применяя хирургическое лечение при фибромиомах матки, никакого специального подбора больных не делаем и к нам в соответствии с профилем работы Института имени Склифосовского в большинстве случаев поступают тяжелобольные, с наличием резкой анемии и значительных воспалительных изменений у ряда из них, средняя летальность при всех видах оперативных вмешательств, практикуемых нами по поводу фибромиом матки, равна 0,3% (на 3080 больных), т. е. она более низкая, чем при лучевой терапии.

Радикальные операции, устраняя жалобы, связанные с наличием фибромиомы, и лишая женщин матки, а в ряде случаев и яичников, одновременно обрекают их на новые страдания, вызванные искусственно созданным климактерическим периодом и менопаузой.

Лучевая терапия в еще большей степени, чем радикальные операции, способствует развитию явлений выпадений, которые вызываются пагубным воздействием лучей Рентгена и радия на функцию яичников и крайне тяжело переносятся женщинами.

Явления выпадений, наблюдаемые после радикальных операций и после лучевой терапии, начали привлекать внимание акушеров-гинекологов с конца прошлого и начала текущего столетия. В печати стали появляться работы с описанием страданий, которым подвергаются женщины после тотальных экстирпаций, надвлагалищных ампутаций матки и после лечения лучевой терапией. Указывалось, что, по словам некоторых женщин, они предпочли бы не оперироваться и не лечиться и продолжать кровоточить, чем испытывать страдания, связанные с искусственно созданным климактерием. Началась оживленная полемика.

На явления выпадений, развивающиеся после полных удалений матки, указывали еще в 1886 г. Бреннер (Brenner) и Сервей (Servey). В 1898 г. этот вопрос ставился и обсуждался на съезде гинекологов в Берлине. Обстоятельную работу на данную тему опубликовал в 1909 г.

Панков (O. Pankow). Он сообщил о 150 гистерэктомиях, после которых наблюдались те или иные расстройства: нервные, трофические и вазомоторного происхождения. Все вышеназванные расстройства Панков относил к числу маточных выпадений, т. е. ставил их в прямую зависимость от выпадения функции самой матки. В 1911 г. Ашнер (B. Aschner), рассматривая причину вазомоторных расстройств, объяснял ее тем, что по удалении матки прекращается овариально-менструальная функция и из организма вместе с менструальной кровью перестают выделяться токсины. Таким образом, он приписывал матке способность вместе с менструальной кровью выводить из организма и вредные продукты жизнедеятельности.

В 1902 г. Д. А. Абуладзе указывал, что женщина, лишившись менструальной и детородной функций, перестает чувствовать себя женщиной и обрекается на страдания от приливов, похотливых желаний и пр.

Д. Е. Шмундак, Гуггисберг (H. Guggisberg, 1934), Ашнер (1925), Хенкель (M. Henkel, 1904) и многие другие считали, что при производстве операций у женщин молодого возраста сохранение овариально-менструальной функции особенно желательно, так как матка и, в частности, эндометрий играют несомненную роль в правильной корреляции желез внутренней секреции; удаление же матки всегда вызывает тяжелые и неприятные симптомы, как-то: появление гипертонии, ожирение, подагрические отложения, нарушения обмена веществ, ведет иногда к расстройству функции желез внутренней секреции, изменению характера оперированной и иногда даже к ранней смерти.

На колоссальное значение овариально-менструальной функции для организма женщины указывали еще Шредер, Опитц (E. Opitz, 1924) и позднее А. Э. Мандельштам.

«Сохранение менструальной функции имеет колоссальное значение не только для психики больной, но и для полноценной физиологической деятельности яичников», — писал А. Э. Мандельштам в предисловии к одной из работ Н. П. Верхацкого.

По данным различных авторов, явления выпадений после удаления матки с сохранением яичников наступают примерно у 40—50% женщин (А. А. Коган, Р. Л. Шуб и др.).

Не менее важна для женщины и детородная функция. Еще К. Ф. Славянский указывал, что «не следует забывать высшего назначения женщины перед лицом природы — быть матерью».

Какими же методами следует пользоваться при удалении фибромиом, чтобы сохранить женщине полноценность ее физиологических функций и избежать последующего развития явлений выпадений? Этот вопрос все чаще и чаще начал привлекать внимание гинекологов еще с конца прошлого столетия.

В «Оперативной гинекологии» Келли (1898) имеется указание, что при лечении больных фибромиомой теоретически наиболее целесообразно пользоваться консервативными операциями, при производстве которых у женщин сохраняются присущие им функции (менструальная и детородная). По мнению Келли, внедрению в практику консервативных операций в тот период препятствовали недостаточно разработанная техника их выполнения и недостаточные знания асептики.

В конце прошлого столетия за применение консервативных операций при лечении фибромиом матки высказывались Мартин (1887), Энгстрем (O. Engström, 1897) и некоторые другие.

Д. А. Абуладзе (1902) настаивал на разработке и внедрении методов оперативного лечения фибромиом, при которых опухоль удалялась бы полностью, а матка и ее функции сохранялись бы.

В 1905 г. С. Д. Михнов писал, что считает миомэктомию весьма целесообразной операцией, и предлагал при наличии фибромиомы и одновременно беременности пользоваться радикальными операциями только при полной невозможности выполнить операцию консервативно.

А. А. Муратов в 1906 г. отметил, что стремление гинекологов избавлять женщину от новообразования, сохраняя ей вместе с тем орган, т. е. производить операцию консервативно, весьма целесообразно, и предлагал проводить принцип консерватизма в случаях, когда имелась полная уверенность в удалении всего патологического существа матки. Причиной развития рецидива заболевания А. А. Муратов считал оставление в толще маточной стенки не замеченных при операции зачаточных узелков опухоли, которым миомэктомиа давала толчок к быстрому развитию. Производя консервативные операции еще в начале текущего столетия, А. А. Муратов не боялся вскрытия полости матки. Он подчеркивал также, что у ряда женщин при производстве этих операций сохраняется способность не только менструировать, но и беременеть.

В книге «Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии» А. П. Губарева (1915) тоже можно найти указание, что миомэктомиа теоретически является наиболее желательной операцией при фибромиоме.

Процент женщин, страдающих бесплодием, среди больных фибромиомой, по данным различных авторов, колеблется в пределах от 19 до 30. Эти женщины, никогда не изведавшие счастья материнства, страдают, когда произведенная им по поводу фибромиомы радикальная операция отнимает у них даже надежду на возможность последующей беременности. Вместе с тем в литературе еще конца прошлого и начала данного столетия можно встретить сообщения о случаях наступления беременности после миомэктомии и консервативных операций. Эти операции, по указаниям авторов, способствовали сохранению не только менструальной, но и детородной функции [Кренлейн (R. U. Krönlein), 1890; Мюллер (W. Müller), 1895; Энгстрем, 1897; Тумим (Thumim), 1900; Мартин, 1902; Хенкель, 1904; Вердер (X. O. Werder), 1914, и др.]. Поэтому, начиная с 20—30-х годов нашего столетия, многие западные гинекологи начинают разрабатывать методику консервативных — щадящих матку — операций.

Вопрос лечения больных фибромиомой матки обсуждался на VIII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов (1930), причем большинством участников съезда пришло к выводу, что ни один из оперативных методов лечения фибромиом не исключает применения другого, каждый из них имеет свои показания и противопоказания и право на сосуществование наравне с другим. По вопросу же о возможности применения при лечении фибромиом консервативных операций съезд в основном высказался отрицательно.

Так, Д. Н. Атабеков, приводя данные Старо-Екатерининской больницы, касающиеся лечения больных фибромиомой матки за время с 1900 по 1922 г., указал, что на 918 операций по поводу фибромиомы абдоминальные энуклеации были выполнены всего у 90 больных, причем дали высокую летальность, на основании чего Д. Н. Атабеков рекомендовал применять энуклеации с большой осторожностью.

Г. Г. Гамбаров подчеркнул, что в пользу применения консервативных миомэктомий говорит возможность сохранения при данных операциях присущих женщинам физиологических функций, но указал, что, по его наблюдениям, наряду с этим у женщин часто сохраняются и меноррагии (20 — 96% случаев). Г. Г. Гамбаров считал, что эти опе-

рации дают более высокую летальность и значительный процент послеоперационных осложнений и характеризуются также высоким процентом рецидива (до 15), плохим последующим самочувствием и медленным восстановлением трудоспособности женщин. На основании этого Г. Г. Гамбаров рекомендовал временно воздержаться от применения консервативных операций.

В пользу применения консервативных миомэктомий высказался А. И. Крупский, указав, что «женщины чадородного возраста подлежат скорее оперативному лечению с применением по возможности консервативных методов операций». Л. А. Кривский отметил тенденцию того времени к производству консервативных операций. На целесообразность применения консервативных операций обратил внимание съезда Ф. П. Матвеев, который указал также, что процент летальности при консервативных операциях значительно снизился и у отдельных хирургов сведен к нулю.

Учитывая важность сохранения присущих женщине физиологических функций, некоторые клиники в настоящее время вновь возвращаются к разработке методов операций, сохраняющих женщинам менструальную и по возможности детородную функцию, причем различные авторы подходят к разрешению этого вопроса по-разному.

Возвращаясь к исторической последовательности развития оперативных методов, применяемых при лечении больных фибромиомой матки, мы должны напомнить, что консервативные операции были первыми, предложенными при лечении фибромиом. Первоначально состояли в удалении стебельчатой опухоли и применялись при наличии одновременно беременности.

Первая консервативная миомэктомия, выполненная абдоминальным путем уже с целью излечения от фибромиомы, по данным Альторпа (1946), была произведена Этли в 1853 г. Этли удалил женщине 41 года 3 узла фибромиомы, один из которых был межсвязочным. Исход операции был неудовлетворительным: женщина погибла от перитонита. В 1863 г. подобная операция была выполнена Спенсером Уеллсом (Spenser Wells), в 1876 г. — А. Мартином. В России, по данным Д. А. Абуладзе, аналогичные операции впервые были сделаны в 1886 г. почти одновременно тремя хирургами: К. Ф. Славянским, А. И. Лебедевым и Н. Н. Феноменовым. В 1887 г. Г. Е. Рейн (Киев) произвел миомэктомию по типу кесарева сечения и удалил подслизистый фиброид полости матки. В 1888 г. первую энуклеацию выполнил Энгстрем, который в 1897 г. опубликовал сообщение уже о 100 таких операциях, произведенных им к тому времени. В 1889 г. энуклеация была применена Э. Ф. Биддером.

Широкого применения в конце прошлого столетия миомэктомия не нашла, так как характеризовалась высокой летальностью. При энуклеации опухоли в теле матки образовывалась кровоточащая полость, ушить которую в те времена не представлялось возможным. Хирурги ограничивались тем, что подводили и подшивали матку раневой поверхностью к ране брюшной стенки и через частично оставленную открытой рану брюшной стенки тампонировали кровоточащую полость матки для остановки кровотечения. Не удивительно, что летальность от кровотечения и сепсиса была очень высокой.

А. Мартин (1887) и О. Энгстрем (1888) предложили ушивать ложе опухоли, т. е. по существу произвели операции, которые известны теперь как стандартные миомэктомии. К 1893 г. А. Мартин сообщил уже о 141 миомэктомии, произведенной путем чревосечения с относительно хорошими результатами.

Тем не менее летальность при данной операции продолжала еще держаться в пределах до 10%, и поэтому ее применял весьма ограниченный круг гинекологов — приверженцев данного метода.

Очень редко производили миомэктомию в России. Так, Г. Е. Рейном за время с 1863 по 1899 г. на 145 операций по поводу фибромиомы матки энуклеации и абляции путем чревосечения были выполнены 33 больным, причем смертельный исход наблюдался в 9% случаев, а лихорадящих в послеоперационном периоде было до 30,3%.

В дальнейшем хирурги разрабатывали наиболее рациональный метод миомэктомии, причем самым существенным являлся вопрос об уменьшении кровопотери в процессе операции. Для уменьшения кровопотери А. Мартин (1887) и Ферендинос (G. Ferendinos, 1900) рекомендовали начинать операцию с наложения резинового жгута на шейку матки. Бонней (V. Bonney, 1923) в тех же целях применял зажим собственного изобретения, который накладывался в месте соединения тела с шейкой матки и сдавливал маточные артерии, или предлагал клеммировать маточные артерии. Некоторые хирурги, в частности Шмид (H. Schmid, 1923), полагали, что операцию целесообразнее производить в период менопаузы, когда кровоточивость сосудов и тканей уменьшается. Гуггисберг (1934) рекомендовал лигирование маточных артерий.

Каунселлер и Бедард (V. S. Counsellor a. R. E. Bedard, 1937) настаивали для уменьшения кровопотери на предварительном введении в опухоль питуикрина, полагая, что обусловленное этим сокращение ее будет способствовать оттоку крови из опухоли.

Кровопотеря в процессе операции, как известно, уменьшается при соблюдении тщательного гемостаза. Некоторые хирурги боялись излишне крепкого завязывания швов, считая, что это может повести к некрозу, тогда как другие отрицали такую возможность, указывая на прекрасную васкуляризацию матки (Альторп). Высказывались и такие крайности, как утверждение Мюррея (H. L. Murray, 1926), что швы на матке надо завязывать настолько крепко, чтобы поверхность вокруг них бледнела.

Далее возник вопрос о том, как поступать с капсулой опухоли. Многие гинекологи, удаляя опухоль, не выделяли ее оболочки, что значительно сокращало продолжительность операции. Поцци (Pozzi) наименовал такую операцию декортикацией. Другие высказывались за то, что капсулу необходимо удалять, мотивируя это тем, что в капсуле в зародышевом состоянии могли сохраняться клетки опухоли, которым произведенная декортикация давала толчок к быстрому росту, т. е. к развитию рецидива заболевания. На это указывали Хенкель (1904), Джозефсон (C. D. Josephson, 1917), Френкель (L. Fraenkel, 1925), Герольд (K. Herold, 1932), Гуггисберг (1934) и некоторые другие.

Михолич (Micholitsch, 1930) и Зейц (L. Seitz, 1935) настаивали не только на обязательном иссечении капсулы опухоли, но и на выравнивании раневой поверхности матки путем иссечения небольшой части мышечной стенки перед ее ушиванием для придания матке нормального размера и формы.

Мы полностью разделяем этот взгляд и считаем, что опухоль следует удалять не только с капсулой, но непременно в пределах здоровой ткани с обязательным иссечением части окружающей ее мышечной ткани матки. Недостаточная аккуратность, проявленная при удалении опухоли, оставление просмотренных хирургом узлов в толще стенки и в полости матки способствуют быстрому развитию рецидива заболевания и вполне объясняют тот высокий процент рецидивов (до 15), который наблюдался отдельными авторами.

Вопрос, касающийся профилактики последующего образования спаек, не в меньшей степени волновал хирургов. Из литературы известно, что примерно в 50% случаев приходится удалять множественные фибромиомы. По сообщениям отдельных авторов, число одновременно удаляемых ими узлов опухоли нередко соответствовало 20—23, а иногда достигало даже 52, 90 и 125. Удаление такого числа узлов всегда сопряжено с образованием на матке большой раневой поверхности, а следовательно, и с последующим неизбежным развитием спаек, в особенности если узлы расположены по задней поверхности матки, которую труднее перитонизировать.

Для предотвращения последующего образования спаек некоторые авторы рекомендовали при удалении опухоли производить меньшее число разрезов серозной оболочки матки, удаляя по возможности несколько узлов через один разрез [Бонней, 1922; Гулью (M. Goullioud), 1924; Моубрей (F. V. Mowbray), 1928; Мюррей (Murray), 1930; Зейц, 1935, и др.].

Бонней при наличии даже множественной фибромиомы предлагал производить энуклеацию посредством единого разреза по передней поверхности матки. Он утверждал, что относительная подвижность узлов опухоли позволяет подводить их к месту разреза для последующего удаления. При невозможности выполнить это через один разрез Бонней рекомендовал пользоваться дополнительным небольшим разрезом, исходящим от первого. При расположении узлов и в передней, и в задней стенках матки Бонней предлагал углублять разрез по передней стенке матки до ее полости, вскрывать полость матки и удалять узлы, расположенные в задней стенке, со стороны полости матки (метод транскавальной энуклеации). Необходимость производить разрез именно по передней поверхности матки Бонней обосновывал тем, что переднюю стенку матки легче перитонизировать. Для лучшего отделения матки от органов брюшной полости Бонней пользовался вентрофиксацией — операцией, которая с нашей точки зрения никак не может быть рекомендована к применению у женщины детородного возраста, которым при операции желательно сохранять функцию беременности и деторождения. В случаях, когда размеры узлов, расположенных в задней стенке матки, не позволяли удалить их со стороны полости матки, Бонней пользовался поперечным усечением матки (дефундацией), сшивая заднюю стенку матки с оставшейся частью передней стенки. Позднее (1931) Бонней рекомендовал прибегать к иссечению части мышечной стенки для придания нормального размера матке в случаях, когда при иссечении узлов она приобретала неправильную форму. При этом Бонней оговаривал, что размер реконструируемой матки всегда должен несколько превышать размер нормальной матки, так как последующая субинволюция всегда обеспечит сокращение матки до нормального размера. Бонней считал, что если при операции придать матке нормальный размер, то в дальнейшем, после субинволюции, матка может получиться несколько атрофичной, не способной нормально менструировать.

Миллер (C. J. Miller, 1924) и Мюррей (1930) категорически возражали против иссечения части мышечной стенки матки при удалении узлов, считая, что это может помешать последующему зачатию. Они полагали, что, сократившись после операции, матка и без того приобретает нормальный размер. Того же взгляда придерживался Альторп (1946), который рекомендовал удалять опухоль матки полностью, не затрагивая неизменной мышечной ткани матки.

Против применения нескольких разрезов при удалении узлов опухоли возражали также Ферендинос (1901), Лефевр (J. Lefebvre, 1922),

Джузеппи (R. L. Giuseppe, 1925) и некоторые другие, считая, что это портит мускулатуру матки и может неблагоприятно сказаться при наступлении последующей беременности.

Гринхилл (J. P. Greenhill, 1936) видел преимущество применения единого разреза по поверхности матки в том, что при этом можно было накладывать меньшее количество швов на матку, что способствовало более быстрому и лучшему заживлению.

Большинство акушеров-гинекологов, применявших эти операции, считали, что вне зависимости от числа разрезов на матке ушитую раневую поверхность матки всегда лучше перитонизировать, причем для перитонизации чаще пользовались брюшиной мочевого пузыря (Ашнер, 1925; Альторп, 1946), крупными связками и листками широких связок (Гринхилл, 1936).

Бонье (Bonier, 1904) и Ашнер предлагали использовать для целей перитонизации сигмовидную кишку, которую фиксировали так, чтобы она изолировала поле операции от органов брюшной полости.

На необходимость отгораживания поля операции от соприкосновения с тонким кишечником указывал также Альторп (1946), так как это с его точки зрения не только предотвращало развитие последующих спаек, но и устраняло возможность илеуса.

Энуклеацией фиброзных узлов брюшностеночным путем в различных модификациях пользовались реже, чем радикальными операциями, так как применяли ее преимущественно у женщин молодого возраста, процент которых среди больных фибромиомой сравнительно невелик.

В настоящее время общепринято при выполнении энуклеации обязательно удалять капсулу опухоли; что касается числа разрезов на матке, то таковое зависит от расположения и количества узлов и от индивидуальной находчивости того или иного хирурга. При большом числе разрезов по поверхности матки желательна последующая перитонизация.

Энуклеации фиброзных узлов, декортикации и иссечение фиброидов полости матки, при которых женщинам полностью сохраняется матка и присущие ей физиологические функции, относятся к числу консервативных операций, однако консервативно-пластическими операциями мы их назвать не можем, так как к числу последних мы относим те, при которых при иссечении узлов опухоли в пределах здоровой ткани производится пластическое воссоздание матки.

Винтер (E. Winter) вполне справедливо указывал, что под консервативно-пластическими следует понимать операции, при которых слизистую оболочку полости матки сохраняют полностью или иссекают частично, а мышечную иссекают настолько, чтобы матка по своим размерам и форме напоминала нормальную матку, а связь с придатками оставалась сохраненной хотя бы с одной стороны.

Вместе с тем любую операцию, при которой связь с придатками вынужденно нарушена даже с обеих сторон, но матка или часть ее со слизистой оболочкой сохранена и женщине тем самым обеспечена возможность менструировать, мы рассматриваем как операцию, произведенную консервативно. Поэтому в число консервативно-пластических операций мы включаем также и резекции, и высокие ампутации матки.

Несколько слов о резекции фиброзных узлов с иссечением части мышечной ткани матки. В 1913 г. Фрейн (H. Freund) предложил при расположении опухоли в центральной части матки иссекать центральную часть тела и дна матки в виде клина с последующим сшиванием краев разреза двухрядными швами, первый ряд которых он накладывал в непосредственной близости к слизистой оболочке полости матки, но не



прошивал ее. Метод Фрейнда впоследствии получил известность в литературе как дефундация или клиновидная резекция матки, и им широко пользовались Шмид (1923), Делажень (H. Delagénière, 1924), Менро Керр [M. J. M. Kerr (Munro), 1924]; Ашнер, 1925; Гуггисберг, 1934, и многие другие.

В 1928 г. метод Фрейнда был несколько модифицирован Хертцлером (A. E. Hertzler), который предложил при клиновидном иссечении части матки оберегать места впадения в матку артерий и отхождения придатков и обязательно, для лучшей перитонизации раневой поверхности, производить фиксацию матки любым из известных способов.

В 1939 г. некоторую модификацию в операцию Фрейнда внесли Ацеведо и Дутра (M. Azewedo u. L. H. Dutra); они полагали, что нарушение нормальной взаимосвязи яичников с эндометрием матки вызывает их неизбежную склеротически-кистозную дегенерацию. Вследствие этого для сохранения функциональной способности яичников и их нормальной взаимосвязи с эндометрием матки они предложили выполнять клиновидную резекцию посредством U-образного разреза, расположенного выше места отхождения от матки придатков. Форма матки восстанавливалась наложением S-образного шва.

В «Оперативной гинекологии» Кроссена, кроме общеизвестной энуклеации, удаления фиброзных узлов на ножке и операции Фрейнда, описан еще метод горизонтальной резекции матки, который рекомендуется при поражении опухолью верхней трети или половины матки. Эта операция выполняется аналогично надвлагалищной ампутации матки с той лишь разницей, что сосуды берут на клеммы не до шейки, как при надвлагалищной ампутации, а до места горизонтального разреза, по которому часть матки отсекают. Горизонтальный разрез производят ниже места вхождения в матку придатков и несколько ниже верхнего края прикрепления широких связок. Его начинают по передней поверхности матки и продолжают кзади. По удалении верхней части матки осматривают, полость ее протирают йодной настойкой и ушивают рядом швов, подходящих близко к слизистой оболочке, но не затрагивающих ее. Отсеченные и клеммированные ранее придатки берут в шов и закрывают маточную стенку наложением второго ряда швов на серозно-мышечный слой матки. Особое внимание обращают на тщательность соединения краев разреза.

Кроссен указывает также на возможность выполнения консервативных операций на матке влагалищным путем, причем считает, что при благоприятном расположении и небольшом размере опухоли эти вмешательства не представляют особых трудностей. Помимо общеизвестной операции удаления фибридов полости матки, к числу таких вмешательств относятся влагалищные удаления фибромиом шеечной формы, субмукозных фибромиом, расположенных высоко в стенке матки и имеющих широкое основание, а также субсерозных миом.

При удалении фибромиомы шеечной формы Кроссен рекомендует надрезать стенку влагалища под местом расположения опухоли. При наличии опухоли в передней стенке матки в начале операции рекомендуется несколько приподнять мочевого пузырь, так как при этом легче обнаружить капсулу опухоли. Далее выделяют капсулу опухоли тупым и острым путем. Ложе опухоли ушивают, соблюдая тщательный гемостаз. Пузырь опускают и он занимает свое прежнее положение, стенку влагалища восстанавливают обычным путем.

При удалении субмукозной опухоли, расположенной высоко в полости матки, первую часть операции выполняют, как и предыдущую, с поднятием мочевого пузыря. Затем стенку шейки и матки рассекают

до места расположения опухоли и иссекают опухоль, если она небольшого размера, или удаляют ее кускованием, если она очень велика. Далее, как обычно, накладывают швы на стенку матки и шейку, причем соблюдают тщательный гемостаз. Мочевой пузырь опускают на место, стенку влагалища ушивают обычным путем. При расположении опухоли ближе к дну матки влагалищная миомэктомия сопровождается обязательным вскрытием брюшины снизу.

Операция удаления субсерозных миом влагалищным путем была предложена еще в начале нашего столетия Аммиюзом, Дуаеном и Секондом (Dooyen, Second). Эта операция производится следующим образом: после отсепаровки влагалищной стенки отводят в сторону мочевой пузырь и производят боковой разрез брюшины пузырно-маточной складки, через который выводят матку с опухолью. Серозную оболочку матки над опухолью надсекают, опухоль отводят в сторону пинцетом и вылушивают пальцем. Ложе опухоли тщательно очищают и выскабливают. Если удаляют единичную опухоль небольшого размера, то ложе ее после выскабливания ушивают. При удалении множественных опухолей раневые поверхности образованных лож сшивают вместе в одну для облегчения тампонации раневой поверхности извне. Этой операцией в 1935 г. с хорошими результатами пользовался Ульрих (P. Ulrich).

При значительном поражении опухолью стенок матки можно производить и резекции матки через влагалище; эти операции значительно сложнее, чем резекции, выполненные путем чревосечения.

На возможность выполнения этих операций влагалищным путем указывал в 1928 г. Хертцлер, подчеркивая, что влагалищный путь более грязный и сопряжен с возможностью внесения инфекции.

Влагалищным путем для выполнения консервативных операций мы пользуемся крайне редко (всего 5 больных), за исключением удаления подслизистых рождающихся фиброидов полости матки и полипов, которые часто встречаются в нашей практике. Эти операции тоже относятся к числу консервативных, так как после них матка и присущие ей физиологические функции сохраняются, но к числу консервативно-пластических, как выше изложено, мы указанные операции не относим и поэтому в данной работе они не разбираются.

Среди консервативных и консервативно-пластических операций, предложенных зарубежными авторами за последние десятилетия, кроме вышеупомянутых, нам известны следующие:

1) консервативно-пластическая операция, предложенная Сирио (C. Sirio) в 1940 г. Цель этой операции — сохранить возможно больше эндометрия, для того чтобы у женщины в последующем могли быть нормальные менструации. Для этого автор предлагает производить разрез при удалении опухоли не в нижней половине каудальной части узла, а в месте, расположенном несколько выше узла, и удалять узел через образованный разрез по типу кесарева сечения. Сирио выполняет операции электроножом. Придатки в процессе операции отделяют от матки и затем вновь подшивают к ней. Детородная функция, таким образом, при этой операции не сохраняется;

2) консервативно-пластическая операция по методу Вернера (Werner), описания которой в оригинале нам, к сожалению, не удалось найти. В 1953 г. Седелер, применявший эту операцию, сообщил, что она выполняется как путем чревосечения, так и влагалищным путем, причем указал, что чревосечение предпочтительнее при удалении опухоли задней стенки матки, при наличии одновременно беременности, при воспалительных изменениях со стороны придатков и в случаях неясной диагностики.

Операцию производят без предварительного отделения мочевого пузыря, которое затрудняет последующую обязательную перитонизацию раневой поверхности брюшиной мочевого пузыря при удалении опухолей передней маточной стенки. Раневую поверхность, образуемую при удалении опухолей задней стенки матки, перитонизируют свободными листками сальника или круглыми связками по типу операции Балди-Вебстера (Baldi-Webster).

При удалении опухолей передней стенки матки влагалищным путем производят срединную кольпоцелиотомию, через образованное отверстие находят и выводят опухоль, капсулу которой рассекают над опухолью, а опухоль, если она небольшого размера, иссекают, а при большом ее размере удаляют путем кускования. Ложе, образованное при удалении небольшой опухоли, ушивают, перитонизируют брюшиной мочевого пузыря и производят обязательную переднюю фиксацию матки. Если же при удалении опухоли образуется большая раневая поверхность, то ее не ушивают, а перитонизируют брюшиной мочевого пузыря, которую помещают таким образом, чтобы обеспечить экстраперитонеальное расположение образованной раневой поверхности матки, которую тампонируют марлей извне. Шейку матки, тщательное обследование которой производится в обязательном порядке до операции, для предотвращения последующих экссудатов, обусловленных скоплением секрета, по окончании операции подшивают к нижнему углу кольпотомического разреза так, чтобы шейка смотрела прямо во влагалище, чем обеспечивается свободное и полное выделение секрета матки.

Как указывает Седелерль, результаты этой операции достаточно хороши в отношении отсутствия послеоперационной летальности и сохранения полноценной овариально-менструальной функции, а у 15,9% оперированных женщин — и функции беременности и деторождения.

К сожалению, только отдельные акушеры-гинекологи Советского Союза применяют и разрабатывают консервативные и консервативно-пластические операции. Даже такие простые операции, как энуклеация фиброзных узлов, применяют сравнительно редко и предпочитают производить более легкую по технике надвлагалищную ампутацию матки.

Так, высокими ампутациями матки, преследующими цель сохранить женщине небольшую часть матки со слизистой оболочкой, в связи с чем женщина могла бы менструировать, в 1934 г. пользовался Д. Е. Шмундак.

С. Б. Голубчин в 1946 г. предложил лоскутный способ надвлагалищной ампутации матки. Сущность его метода заключалась в том, что из серозного покрова и прилежащего к нему мышечного слоя передней и задней стенок миоматозно измененной матки выкраивали в пределах здоровой ткани два серозно-мышечных лоскута достаточной длины и ширины. Лоскуты рекомендовалось выкраивать так, чтобы их мышечный слой был несколько толще серозного, а высота лоскутов была достаточной, чтобы без излишнего избытка и без натяжения можно было прикрыть мышечно-эндометриальный конус, который предварительно выкраивали симметрично лоскутам тоже в пределах здоровой ткани из внутреннего слоя маточной стенки. Из указанных лоскутов и конуса реконструировали матку. Края переднего и заднего серозно-мышечных лоскутов соединяли над мышечно-эндометриальным конусом путем наложения нескольких узловых кетгутовых швов. Таким образом получалось подобие матки небольшой величины или даже нормального размера. В верхней части мышечно-эндометриального конуса оставляли небольшое отверстие, которое способствовало лучшему оттоку крови в случаях, когда кровоточивость тканей не удавалось полностью

устранить плотным прилеганием серозно-мышечных лоскутов к поверхности мышечно-эндометриального конуса. Вновь образованную матку перитонизировали брюшиной мочевого пузыря.

Не можем не отметить, что, предлагая свой метод, сам автор за время с 1946 по 1950 г. произвел всего 28 таких операций, причем менструации сохранились у всех оперированных им женщин, но только у 50% из них они были нормальными, а у остальных — скудными.

При оперативном удалении фибромиом шейки матки в случаях, когда ни данный метод, ни обычную энуклеацию невозможно было применить. С. Б. Голубчин резецировал шейечный узел, сохраняя при этом тело матки, и пересаживал затем тело матки в своды влагалища. Этой методикой сам С. Б. Голубчин пользовался всего только один раз, причем операция сопровождалась пересечением и последующей перевязкой маточной артерии.

Ниже приводим справедливое высказывание С. Б. Голубчина о целесообразности применения консервативных операций при фибромиомах матки. «Сохранить орган, или часть его, — пишет С. Б. Голубчин, — благородная задача хирурга. Полное удаление органов, имеющих функциональное значение и играющих определенную роль в балансе организма, — калечащая, уродующая операция».

Консервативная операция, имеющая целью сохранить менструации, была предложена также А. Р. Гуссейновым в 1952 г. Он рекомендовал после вылушения узлов опухоли, которое обычно сопровождалось вскрытием полости матки, выкраивать лоскут слизистой оболочки вместе с тонким слоем миометрия так, чтобы эндометрий оставался непосредственно связанным со слизистой оболочкой канала шейки матки по всей ее окружности и имел только один линейный разрез в области передней поверхности полости матки. Края указанного разреза слизистой оболочки соединяли кетгутowymi швами, которые накладывали на подслизистый слой — таким образом получался слепой мешочек. Далее из задней и передней стенок матки выкраивали тонкий серозно-мышечный лоскут такой длины, чтобы без натяжения им можно было бы прикрыть слепой мешочек слизистой оболочки с наружным слоем миометрия. После этого матку с опухолью или опухольями ампутировали на уровне внутреннего зева, причем сохранялся нетронутым слепой мешочек слизистой оболочки и серозно-мышечный лоскут. По удалении матки края серозно-мышечного лоскута соединяли над слепым мешочком сохраненной слизистой оболочки узловыми кетгутowymi швами, образуя тем самым подобие маленькой матки. Брюшную полость закрывали наглухо. При наличии подслизистых узлов слизистую оболочку выкраивали в пределах здоровой ткани. Если неизменная слизистая оболочка оказывалась значительно растянутой опухолью, часть слизистой иссекали. А. Р. Гуссейнов считал, что для эффективности предлагаемой им операции большое значение имеет состояние эндометрия. Операция А. Р. Гуссейнова не сопровождалась смертельными исходами, оперированные не страдали в последующем явлениями выпадений, но, как сообщил сам автор, менструальную функцию удавалось сохранить только у 75% женщин, тогда как у остальных оперированных все же наступила аменорея. По существу операция А. Р. Гуссейнова немногим отличается от лоскутной ампутации матки, предложенной С. Б. Голубчиным в 1946 г.

При производстве консервативных операций, особенно при наличии субмукозных узлов фибромиомы, нередко приходится прибегать к вскрытию полости матки. В доантисептический период вскрытие полости матки представляло значительную опасность. Шаута (1895) и некоторые

другие авторы указывали даже на необходимость удаления матки в случаях, когда при энуклеации узлов опухоли случайно вскрывалась ее полость.

В начале данного столетия многие авторы и, в частности Фердинос (1900), рекомендовали во избежание занесения инфекции в брюшную полость дренировать полость матки через шейный канал.

За последние десятилетия мнения по этому вопросу резко разделились: меньшинство авторов еще разделяет взгляд, что слизистая оболочка матки обычно инфицирована и поэтому во избежание возможности занесения инфекции в брюшную полость возражает против вскрытия полости матки. К числу этих авторов относятся: Гулью (1924), Лабей (Labeu, 1924), Гринхилл (1936) и др. Некоторые приверженцы этого взгляда указывают даже, что операции, сопровождающиеся вскрытием полости матки, дают более высокую смертность, чем операции без вскрытия полости матки, но не подтверждают высказанной точки зрения статистическими данными [Локье (Lockyer), 1924].

Большинство же авторов считает, что слизистая оболочка матки не так часто бывает инфицирована, и на основании этого полагает, что вскрытие полости матки не представляет большой опасности. На это указывал еще в 1902 г. Д. А. Абуладзе, А. А. Муратов (1906), Д. О. Отг, Бонней (1922—1937), Ашнер (1925), Д. Е. Шмундак, Гуггисберг (1934) и др.

Исследованиями Сидельковской и Радчиной (1933) было установлено, что в большинстве случаев полость матки стерильна или же в ней присутствует белый стафилококк, который не представляет собой опасности в отношении последующих осложнений.

При производстве консервативных операций в настоящее время не боятся вскрытия полости матки и даже рекомендуют им пользоваться при соответствующих показаниях. Так, Бонней, Мюррей и Моубрей (1930) при подозрении на наличие субмукозных узлов фибромиомы рекомендуют обязательно вскрывать полость матки и контролировать стенки матки пальпацией. Альстрем (Alstrem, 1943), принципиально не возражая против вскрытия полости матки, вместе с тем предлагал пользоваться предварительной гистерографией для установления точных показаний к необходимости этого вмешательства. Хенкель (1925), Лабхарт (Labhardt, 1930) и др. не рекомендовали производить на матке какие-либо вмешательства непосредственно перед операцией во избежание инфицирования ее слизистой оболочки. Котт (G. Cotte) и Берард (Bégarde M.) в 1934 г. предполагали в профилактических целях смазывать вскрытую полость матки йодной настойкой или сулемой. Бонней и Мюррей, вскрывая полость матки, обязательно ее выскабливали.

Операции по предлагаемой нами методике, выполняемые путем чревосечения, в 69,6% случаев сопровождались вскрытием полости матки, причем на нашем большом материале мы имели только один случай смерти больной, а тяжелые послеоперационные осложнения при этих операциях почти отсутствовали.

Это убеждает нас в том, что при соблюдении соответствующей асептики вскрытие полости матки не представляет большой опасности. При маточных кровотечениях, заставляющих предполагать наличие субмукозных узлов или полипов полости матки, вскрывать полость матки мы считаем обязательным. Мы стараемся избегать вскрытия полости матки только при наличии одновременно беременности.

В то же время не можем не привести случаи Бертоне (Bertone, 1939), Кова (Cova) и наш случай, когда полость матки вскрывалась

и при наличии беременности, а вместе с тем беременность была доношена до срока и закончилась родами.

Бертоне в 1939 г. оперировал женщину на VI месяце беременности по поводу болей, развившихся в связи с наличием фибромиомы величинной с голову ребенка. При удалении опухоли вскрылась полость матки и просвечивали плодные оболочки. Стенка матки была аккуратно восстановлена. Заживление первичным натяжением.

Беременность была сохранена и через 3 месяца закончилась самопроизвольными родами живым плодом, в третьем периоде родов осложнений не было. По сообщению Бертоне, аналогичный случай, доказавший даже еще большую «выносливость» матки, был описан Кова.

У одной из наших больных при комбинации фибромиомы большого размера, расположенной в нижнем сегменте матки, с беременностью сроком в 4 месяца при удалении опухоли тоже была вскрыта полость матки и просвечивали плодные оболочки. Тем не менее беременность сохранилась, но была доношена только до 7 месяцев, когда закончилась преждевременными самопроизвольными родами живым плодом. Ребенок вскоре умер.

Мы уже упоминали, что в первые годы применения энуклеаций и консервативных операций летальность при этих вмешательствах была очень высокой (в среднем 20%, по данным Альторпа), в силу чего эти операции не находили широкого применения.

В начале нашего столетия летальность при этих операциях снизилась до 5—10%, а в 30—40-е годы, по данным сводных статистик, колебалась уже в пределах 1—3%, т. е. по сравнению с первоначальной снизилась почти в 10 раз. Этому способствовала более продуманная и разработанная техника операций и соблюдение и более широкое применение асептики.

Ниже приводим данные различных авторов о летальности при консервативных операциях за последние десятилетия (табл. 1).

Из приведенных в табл. 1 данных следует, что консервативные операции у зарубежных авторов дают летальность в среднем около 2% и по настоящее время, но она не превышает летальности, показываемой ими при радикальных операциях.

Отечественные акушеры-гинекологи, применяющие и разрабатывающие консервативные и консервативно-пластические операции, почти не имеют при них летальных исходов, за исключением Д. Е. Шмундака, который пользуется ампутациями матки и показывает при них летальность 0,8%.

По мнению зарубежных авторов (Альторп, 1946, и др.), процент осложнений при консервативных операциях не превышает таковой при радикальных и в среднем составляет около 15. Из осложнений указывают на илеус, тромбоэмболию, кровотечения.

Что касается отдаленных результатов консервативно-пластических операций в отношении характера менструаций, то авторы, специально занимавшиеся разработкой этих операций и широко их применявшие, отмечают, что у большинства оперированных метроррагии или полностью исчезают (Бонней, 1937), или сохраняются не чаще чем в 1—2% случаев (Мюррей, 1926).

Некоторые авторы приводят и более высокий процент сохранения метроррагий — 20, что можно объяснить недостаточной тщательностью выполнения операций и оставлением просмотренных узлов опухоли в теле и полости матки.

В мировой литературе последних лет можно найти также указания в отношении процента сохранения детородной функции при данных опе-

Таблица 1

## Летальность при консервативных операциях

Автор	Год	Число консервативных операций	Количество смертей	Летальность (в %)
Гульо . . . . .	1924	118	4	3,4
Херцигер . . . . .	1928	Не указано	Нет	0,0
Келлер и Болер . . . . .	1930	5 188		
		(сводная статистика)	161	3,1
Шмундак Д. Е. . . . .	1934	121	1	0,8
Геммель (A. Gemmel) . . . . .	1936	5 294		
		(сводная статистика)	70	1,32
Он же . . . . .	1936	104		
		(собственные случаи)	4	3,8
Рейнман (Reinmann) . . . . .	1936	18 207		
		(сводная статистика)	—	2,7
Бонней . . . . .	1937	632	7	1,1
Острил (Ostrcil) . . . . .	1938	166	4	2,4
Ковач . . . . .	1938	110	1	0,9
Каунселлер и Бедард . . . . .	1938	523	6	1,1
Цондек (B. Zondek) . . . . .	1939	40	1	2,5
Альтгорп . . . . .	1946	4 039		
		(сводная статистика)	55	1,3
Финн (W. F. Finn) и Мюллер (B. T. Müller) . . . . .	1950	432	Нет	0,0
Муннель (E. W. Munnell) и Мартин (F. W. Martin) . . . . .	1951	236	1	0,4
Голубчин С. Б. . . . .	1952	28	Нет	0,0
Гуссейнов А. Р. . . . .	1952	29	Нет	0,0
Те-Линде . . . . .	1953	На материале Mt. Sinai Hosp.	—	1,9
Александров М. С. . . . .	1954	1 075		
		(собственные случаи)	1	0,1

рациях. По сообщению Бонней, эта функция сохраняется примерно у 30—38% оперированных (1942). По данным Рихтера (1942), у 14% женщин, оперированных им консервативно, в последующем были роды живым плодом.

Данные, приводимые отдельными авторами, в отношении частоты рецидива заболевания весьма различны: процент последующего рецидива колеблется от 0 до 10 и даже выше. Наиболее низкий процент рецидива (в пределах до 3) приводят авторы, широко применявшие консервативные операции [Бонней, Мейо (W. J. Mayo), Цвигель (Zwibel) и др.]. Имеются указания, что: 1) рецидив чаще наблюдается после энуклеаций, чем после консервативных операций, при которых резецируют часть мышечной стенки матки и выделяют опухоль в пределах здоровой ткани, и 2) частота наступления рецидива заболевания зависит от возраста, а также от множественности узлов опухоли (Бонней, 1942).

Некоторые авторы, в частности Коб (M. Kob, 1935), подчеркивают, что рецидив заболевания чаще наступает уже по истечении 6—8 лет после консервативной операции, и справедливо считают, что сохранение женщине полноценности физиологических функций даже на такой срок полностью оправдывает применение консервативных методов оперативного вмешательства.

Процент консервативных и консервативно-пластических операций, по данным различных авторов, колеблется от 2 до 50. В основном возможность их применения зависит от контингента поступающих больных, их возраста, множественности и расположения опухоли, а также взглядов отдельных авторов в отношении возрастных ограничений к производству этих операций.

Хусслеин (H. Husslein, 1953), например, считает целесообразным производить эти операции у женщин только детородного возраста.

Муннель и Мартин (F. W. Martin) (1951) указывают, что с их точки зрения эти операции предпочтительнее не откладывать до наступления возможной беременности, при наличии которой прогноз в отношении непосредственных результатов значительно хуже и операция может способствовать нарушению беременности.

Стремясь к устранению явлений выпадений и сохранению присущих женщинам физиологических функций, различные авторы подходили к разрешению этой проблемы по-разному. Некоторые авторы, как выше изложено, разрабатывали и применяли консервативные операции, которые не только сохраняли женщинам овариально-менструальную, но иногда и детородную функцию. Другие авторы, принципиально не возражая против применения надвлагалищной ампутации и полного удаления матки старались устранить последующие явления выпадений, сохраняя при производстве радикальных операций небольшой лоскут эндометрия, что обеспечивало иногда женщинам возможность слабо менструировать.

Экспериментальная гомотрансплантация эндометрия применялась еще Винтером и Циммерманом (Zimmerman). Экспериментальной ауто-трансплантацией эндометрия в 1909 г. занимался Штиллинг (Stilling) и в 1922 г. Якобсон (Jakobson).

Мысль о возможности производить ауто-трансплантацию эндометрия не в эксперименте, а на практике возникла по существу с 1915 г. после сообщения Франкля (Frankle) о развитии рецидива фибромиомы у женщины, которой при производстве надвлагалищной ампутации матки был случайно занесен в оставляемую культю кусочек эндометрия, хорошо прижившийся в верхней части оставленной культи. Это и послужило причиной развития у нее последующего рецидива заболевания. В 1915 г. на сообщение Франкля не было обращено должного внимания, но впоследствии о нем вспомнили: начиная с 30-х годов нашего столетия в литературе стали появляться сообщения об аутопластических пересадках эндометрия.

В 1934 г. была опубликована работа М. Г. Сердюкова, который предлагал пользоваться гомотрансплантацией эндометрия для лечения бесплодия при врожденных атрезиях полости матки. М. Г. Сердюков произвел пересадку эндометрия 4 женщинам, причем у трех из них впоследствии восстановились менструации. В отношении восстановления функции беременности и деторождения благоприятных результатов, очевидно, не было получено, так как сообщений М. Г. Сердюкова по этому вопросу не последовало.

В этот период аутопластической пересадкой эндометрия стали пользоваться при удалении матки для сохранения женщинам менструальной функции. Некоторые авторы производили свободную пересадку эндометрия, другие применяли стебельчатую пересадку лоскута, сохраненного при надвлагалищной ампутации матки. Лоскуты эндометрия пересаживали и в цервикальный канал, и в своды, и в стенки влагалища. Размеры пересаживаемых лоскутов у разных авторов были различными.



В 1932—1934 г. об аутопластической пересадке эндометрия сообщил Шмид. Он предлагал пользоваться свободной пересадкой кусочков эндометрия размером в 3—5 мм при операциях полного удаления матки по поводу фибромиомы. Кусочки эндометрия пересаживали в разрезы заднего и боковых сводов влагалища без предварительной отсепаровки слизистой оболочки. Всего было произведено 27 таких операций, причем, по сообщению автора, у больных впоследствии были менструации. Насколько они были продолжительными и полноценными, нам не известно.

Франкль и Крауль (Kraul) в 1935 г. применили стебельчатую аутопластическую пересадку эндометрия.

Операции с применением трансплантации эндометрия особенно тщательно были разработаны в клинике А. Э. Мандельштама в 40-х годах нашего столетия, как лично А. Э. Мандельштамом, так и его ассистентами Н. П. Верхацким и Э. М. Каплуном.

Они начали проводить эту работу с 1935 г. Первая такая работа была опубликована Н. П. Верхацким в 1937 г., а тремя годами позже была опубликована его обстоятельная монография по этому же вопросу.

Н. П. Верхацкий разработал вопрос о влиянии матки и ее слизистой оболочки на фолликулярный аппарат и инкреторную деятельность половых желез. В экспериментах на животных Н. П. Верхацкий установил, что не только яичники оказывают несомненное влияние на функцию матки, но и матка играет определенную роль в нормальной функции яичников. Поэтому с точки зрения Н. П. Верхацкого удаление матки или части ее слизистой оболочки пагубно сказывается на яичниках, вызывая постепенное угасание их функции. Причину этого Н. П. Верхацкий усматривает не в нарушении сосудистой связи между маткой и яичниками, как это полагали ранее некоторые авторы, а в выключении слизистой оболочки матки как инкреторного органа. Своими опытами Н. П. Верхацкий еще раз подтвердил высказывания ряда авторов о несомненном влиянии инкреции матки на деятельность яичников. На основании этого Н. П. Верхацкий пришел к выводу, что для того, чтобы обеспечить нормальную функцию яичников при радикальных операциях, необходимо сохранять слизистую или часть слизистой оболочки матки, которую, учитывая способность эндометрия к быстрому приживлению, можно пересаживать в шейечный канал.

Лоскут эндометрия выкраивался по Верхацкому на передней стенке матки на ножке и пересаживался на освежеванную поверхность задней стенки шейки матки или наоборот, в зависимости от расположения опухоли. Лично автором по предлагаемой им методике было произведено 30 операций. Он собрал также в мировой литературе 119 наблюдений, из которых у 112 оперированных были прослежены отдаленные результаты. По сообщению Н. П. Верхацкого, у 92% оперированных удалось сохранить менструации и ни одна из этих женщин не страдала явлениями выпадений.

В 1938 г. работа на аналогичную тему была опубликована Э. М. Каплуном (клиника А. Э. Мандельштама). Методика его отличалась от метода Н. П. Верхацкого тем, что Э. М. Каплун предложил пользоваться пластинкой эндометрия, взятого вместе с тонким мышечным слоем; это, по его мнению, в значительной мере облегчало технику пересадки. Э. М. Каплун произвел пересадку эндометрия 31 больной, из которых у 29 наблюдались скудные менструации, а у двух — операция эффекта не дала.

В 1938 г. об аутопластической пересадке эндометрия в шейку матки при производстве надвлагалищных ампутаций матки по поводу фибро-

миомы сообщил Ф. М. Чудновский (2 случая). При полном удалении матки Ф. М. Чудновский рекомендовал пересаживать эндометрий во влагалище (22 случая). Ф. М. Чудновский рекомендовал пересаживать эндометрий в пролиферационной фазе, причем при пересадке применять пластины эндометрия большого размера.

В 1937 г. свободную пересадку эндометрия применил Фукс (Fuchs). Он пересадил лоскуты эндометрия размером в  $3 \times 2$  см в цервикальный канал у 23 женщин при удалении матки по поводу фибромиомы. У 19 из оперированных удалось сохранить слабо выраженные менструации на непродолжительный срок.

Стебельчатой аутотрансплантацией эндометрия в цервикальный канал при надвлагалищных ампутациях матки в 1939 г. пользовался Таварес де Суза (Tavares de Souza). Бек (H. Beck) в том же году пересаживал эндометрий в переднюю стенку шейки матки, причем отметил, что последующие явления выпадений у оперированных полностью отсутствовали.

В том же 1939 г. Баудик (B. Bouwdijk) пользовался подшиванием небольших лоскутов эндометрия к брюшине мочевого пузыря и делал свободную пересадку эндометрия по Фуксу. Баудик отметил, что овариально-менструальный цикл у оперированных был правильным, явления выпадений отсутствовали, но менструации были слабо выраженными.

Матиас (M. Matyas) в 1940 г. применял стебельчатую пересадку лоскутов эндометрия при надвлагалищных ампутациях матки, пересаживая окончатый лоскут эндометрия в шейку матки, которая тем самым как бы превращалась в маточную полость. У 21 оперированной им женщины в последующем были регулярные менструации, но очень слабо выраженные и продолжительностью не более одного дня.

Так как не только брюшностеночное удаление матки, но и влагалищная экстирпация ее лишали женщин менструаций, А. Э. Мандельштам в 1943 г. предложил свой метод влагалищной трансплантации эндометрия. Приводим технику операции в изложении А. Э. Мандельштама.

«Путем передней кольпотомии вскрывают брюшную полость. Захватывают пулевými щипцами и вывихивают тело матки во влагалище. Придатки и круглые связки отсекаются от ребер матки. *Plica vesicae uterina* подшивают к задней поверхности матки на уровне внутреннего зева, причем культю придатков и круглых связок фиксируют внебрюшинно. Продольным разрезом по задней стенке вскрывают полость матки, после чего вводят желобоватый зонд до уровня внутреннего зева. Далее поперечным разрезом пересекают заднюю стенку матки в области истмуса. Край разреза разводят пулевými щипцами, пока не станет видна слизистая матки на передней поверхности ее полости. Затем выкраивают прямоугольный лоскут эндометрия размером 1,5 на 1 см, который отделяют от мышцы матки книзу в сторону цервикального канала, после чего переднюю поверхность тела матки пересекают на том же уровне, что и заднюю. Остается шейка матки вместе с лоскутом эндометрия. Двумя поперечными разрезами (из цервикального канала) расширяют область внутреннего зева и отсекают часть цервикального эпителия из задней полуокружности шейки матки. Загнув лоскут эндометрия, вводят свободный край его в цервикальный канал и двумя тонкими узловыми кетгутовыми швами фиксируют «спинку» перегнутого лоскута в культе задней стенки. Затем культю шейки зашивают, как обычно, узловым кетгутовым швом. Край разреза переднего свода соединяют кетгутом и дренируют предпузырную клетчатку. Операция в основном

производится по Рику, а пересадка эндометрия как при абдоминальном чревосечении».

Мы считаем, что предложенные вышеупомянутыми авторами операции вряд ли могут давать стойкие отдаленные результаты в отношении сохранения овариально-менструальной функции.

Наряду с этим пересадка эндометрия имеет и свои недостатки, к числу которых относятся кропотливость самой операции и слабая выраженность менструаций, которые нередко в скором времени прекращаются.

Оперируя больных фибромиомой, мы до 1944 г. производили надвлагалищные ампутации, полное удаление и влагалищные экстирпации матки. В редких случаях мы иссекали отдельные субсерозные узлы фибромиомы.

Надвлагалищные ампутации матки мы применяли чаще у женщин молодого и среднего возраста, а больным климактерического и старческого возраста чаще производили полное удаление матки как путем чревосечения, так и через влагалище.

С начала 1944 г. мы стали продумывать возможность производить операции более консервативно. Эта мысль зародилась у нас потому, что нам нередко приходилось наблюдать страдания женщин молодого и среднего возраста, лишенных прежде времени своих природных физиологических функций — овариально-менструальной и детородной. Мы считаем, что, поскольку фибромиома является доброкачественной опухолью, мы вправе при удалении ее сохранить матку полностью или хотя бы частично, если расположение узлов опухоли будет препятствовать ее полному сохранению. В 1944 г. мы выполнили наши первые 27 операций, сохранив женщинам матку и тщательно наблюдая за больными в дальнейшем в отношении надежности сохранения менструаций, возможности сохранения детородной функции и развития рецидива заболевания.

Поскольку отдаленные результаты в отношении сохранения у оперированных женщин нормальных менструаций, а у некоторых из них детородной функции, а также отсутствия рецидива заболевания оказались весьма обнадеживающими, мы занялись более глубоким изучением этого вопроса и свои первые наблюдения сообщили в 1947 г. в Московском и Ленинградском акушерско-гинекологических обществах. Достигнутые нами результаты были одобрены.

## **НАШИ УСТАНОВКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФИБРОМИОМАМИ МАТКИ**

Лечение больных фибромиомами матки при выраженных симптомах заболевания должно быть только оперативным. Консервативные методы лечения большей частью себя не оправдывают и в ряде случаев промедление в оперативном лечении приводит больных к состоянию резкой анемии, когда выполнение операции делается нередко затруднительным и даже невозможным без предварительной подготовки больной посредством переливаний крови.

Мы категорически возражаем против применения рентгенотерапии как метода лечения при фибромиомах матки, так как лучевая терапия в ряде случаев не достигает цели и приводит к выключению функции яичников, что пагубно отражается на состоянии организма женщины.

При оперативном лечении фибромиом матки мы придерживаемся следующих установок.

Женщинам в возрасте до 45 лет включительно мы стремимся производить операции наиболее консервативно, стараясь сохранить матку полностью или частично, прибегая при иссечении узлов опухоли к пластическим операциям на матке. Этим мы сохраняем женщинам овариально-менструальную, а некоторым из них — и детородную функцию.

При невозможности произвести консервативно-пластическую операцию вследствие значительных воспалительных изменений в малом тазу или из-за расположения узлов опухоли мы (при наличии здоровой, неизменной шейки) производим обычную надвлагалищную ампутацию матки.

Надвлагалищные ампутации матки мы применяем также женщинам в возрасте от 45 до 50 лет при отсутствии воспалительных изменений в окружающих матку тканях и при неизменной шейке.

Женщин климактерического и старческого возраста при бессимптомно протекающих фибромиомах мы хирургическому лечению не подвергаем, но считаем, что они должны находиться под постоянным наблюдением врача.

Женщинам климактерического возраста при наличии кровотечений или появлении других симптомов заболевания, как-то: быстрый рост опухоли, нарушение функции соседних органов вследствие сдавления их опухолью, боли внизу живота и в пояснице и т. п., мы производим полное удаление матки, по возможности сохраняя яичники, если последние не изменены.

При наличии больших воспалительных изменений со стороны матки, придатков и околоматочной клетчатки, а также при длительно не поддающихся лечению эрозиях шейки матки мы вне зависимости от возраста большой тоже полностью удаляем матку, по возможности сохраняя при этом яичники.

Противопоказания к оперативному лечению фибромиом матки следующие: наличие декомпенсированного порока сердца, тяжелые формы нефрита и тромбофлебит. Но этими противопоказаниями с нашей точки зрения можно пренебречь, если операция витально показана. Витальным показанием к операции служат длительные маточные кровотечения, вызывающие резкую анемию. Переливание крови больным при тромбофлебите и пороке сердца, как известно, считается противопоказанным. Без оперативной помощи состояние их продолжает ухудшаться и может привести к смертельному исходу от постепенного обескровливания. В разделах «Результаты применения радикальных операций» и «Переливание крови при оперативном лечении фибромиом» мы приводим убедительные примеры того, что такие больные переносят операции вполне удовлетворительно.

Противопоказания к применению консервативно-пластических операций следующие: наличие значительных воспалительных изменений в малом тазу, подозрение на злокачественное перерождение опухоли, длительно не заживающие эрозии шейки матки, резкая анемия с процентом гемоглобина в пределах до 20 (последним больным во избежание еще большей кровопотери мы рекомендуем производить надвлагалищную ампутацию матки).

Консервативно-пластические операции не противопоказаны при наличии в полости матки субмукозных узлов фибромиомы, требующих для своего удаления широкого вскрытия полости матки и при наличии большого количества фиброзных узлов. Иногда из-за большого числа узлов кажется, что операцию невозможно произвести консервативно, но от попытки выполнить консервативно-пластическую операцию никогда не

следует отказываться. Нам приходилось производить такие операции и при большом числе узлов. Хирургические вмешательства были сложными, но вполне выполнимыми. Противопоказанием не является также наличие незначительных воспалительных изменений со стороны труб.

Мы предпочитаем пользоваться при операциях небольшим поперечным разрезом брюшной стенки в области лобка. Через такой разрез нам удавалось выводить фибромиомы большого размера предлагаемым нами методом винтования опухоли и кускованием ее. Применение этого разреза способствует также сохранению физической трудоспособности женщин.

акusher-lib.ru

## РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ФИБРОМИОМАХ НАШИ МОДИФИКАЦИИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Прежде чем перейти к изложению техники консервативно-пластических операций на матке при фибромиомах, вкратце охарактеризуем методику применяемых нами надвлагалищных ампутаций и полных удалений матки как посредством чревосечения, так и влагалищным путем. Эти операции, как указано, мы применяем преимущественно у женщин пожилого возраста и реже у молодых женщин при наличии больших воспалительных изменений в малом тазу, при подозрении на злокачественное перерождение опухоли (полное удаление матки), при длительно не заживающих эрозиях шейки матки и в случаях, когда выполнение консервативно-пластических операций невозможно по чисто техническим причинам.

Подробно излагать технику надвлагалищных ампутаций и полного удаления матки мы не будем и ограничимся только перечислением тех особенностей их выполнения, которые применяются и рекомендуются нами.

Производя надвлагалищные ампутации матки, мы обычно не отделяем мочевого пузыря, за исключением тех случаев, когда отдельные узлы опухоли расположены низко и граничат с областью расположения мочевого пузыря. В таких случаях мочевой пузырь несколько отодвигается от краев опухоли книзу. Отсекают круглые и широкие связки вместе с придатками до места подхода маточной артерии к телу матки и несколько ниже этого места производят два поперечных, идущих навстречу друг другу разреза—сзади и спереди шейки матки. После этого матка остается висеть только на сосудах, по наложении клемм на которые матку легко удалить. Сосуды перевязывают. На шейку матки накладывают 2—3 узловых восьмиобразных кетгутových шва, а затем переходят к перитонизации. Такая методика чрезвычайно анатомична, проста и не травмирует соседних органов, в частности мочевого пузыря, травма которого является излишней и нередко может повести к весьма неприятным последствиям (на 1136 надвлагалищных ампутаций матки не было ни одного случая образования мочевого свища.) К тому же предлагаемая методика значительно сокращает продолжительность операции.

При полном удалении матки абдоминальным путем мы применяем две методики — удаление матки: а) путем вскрытия правого свода и б) через передний свод.

Удаление матки через правый свод начинают с того, что пересекают круглые связки справа и слева и отсекают придатки с обеих сторон. Этим обеспечивается подвижность матки с опухолью. Далее надсекают брюшину пузырно-маточной складки, тупфером отделяют книзу мочевого пузыря и осторожно отводят в стороны оба мочеточника. Натягивают матку в левую сторону, ножницами пересекают широкую связку с заложеной в ней правой маточной артерией. На маточную артерию тут же накладывают клемму, но артерии при этом не перевязывают. Затем пересекают правую крестцово-маточную связку. Ножницами вскрывают правый свод влагалища. Ассистент вынимает из влагалища тампон, введенный в него перед операцией. Шейку матки захватывают щипцами Мюзо или двузубцами, оттягивают вверх и влево, производят круговой разрез влагалища вокруг шейки матки. Верхний отдел влагалища и шейку матки смазывают йодной настойкой и во влагалище через брюшную рану вводят новый тампон. Затем накладывают клеммы на левую крестцово-маточную связку и пересекают ее. После наложения клемм пересекают левую широкую связку с заложеной в ней левой маточной артерией и удаляют матку с опухолью. Влагалище обшивают непрерывным или узловыми восьмиобразными кетгутовыми швами и зашивают его наглухо. Затем обшивают маточно-крестцовые связки с обеих сторон и изолированно — маточные артерии. Далее обшивают круглые связки и придатки с обеих сторон и переходят к перитонизации влагалища брюшиной пузырно-маточной складки и ушиванием широких связок. Во избежание свободного перемещения в брюшной полости придатки сшивают с круглыми связками и подшивают к началу широких связок у зашитого ранее влагалища.

Полное удаление матки через передний свод производится следующим образом. Пересекают круглые связки и отсекают придатки с обеих сторон. Затем надсекают брюшину пузырно-маточной складки. Отделяют книзу мочевого пузыря и в стороны — мочеточники. Ниже обрисовавшейся при этом шейки матки под контролем введенного подъемника скальпелем вскрывают передний свод влагалища, захватывают двузубцами шейку матки и несколько подтягивают ее вверх. Ассистент удаляет тампон, введенный до операции во влагалище. Смазывают йодной настойкой как шейку, так и влагалище. Далее круговым разрезом с помощью ножниц отсекают шейку матки от сводов влагалища. На крестцово-маточные связки накладывают клеммы и тут же по наложению клемм крестцово-маточные связки пересекают. Шейка матки при этом резко подается вверх, а с обеих сторон обнаруживаются маточные артерии. На маточные артерии накладывают отдельные клеммы, пересекают эти артерии, а затем и остатки широких связок. Матку с опухолью и шейкой матки удаляют. Операцию заканчивают как по первой модификации.

Основные отличия первой модификации от второй следующие: 1) по первой модификации матку удаляют через правый свод, по второй — через передний свод; 2) при первой модификации предварительного наложения клемм на маточную артерию правой стороны не производят, тогда как вторая модификация проводится с наложением клемм аналогично влагалищной экстирпации матки.

Особое внимание при операциях полного удаления матки следует обращать на тщательное и бережное отделение мочевого пузыря и мочеточников.

Изложенные методики чрезвычайно упрощают операцию, которая при правильном ее выполнении очень демонстративна и почти бескровна. Преимущество этих модификаций также и в быстроте их выполнения.

Вся операция удаления матки при опухолях небольшого размера, которые легко выводятся или вывихиваются из брюшной полости, занимает 6—8 минут. При опухоли большего размера, требующей для своего удаления применения методов винтования или кускования, операция имеет несколько большую продолжительность.

Удаление матки через передний свод особенно можно рекомендовать при наличии значительного воспалительного процесса в малом тазу, так как в таких случаях дугласово пространство обычно заросло, и к шейке матки возможно подойти только через передний свод после тщательного отделения мочевого пузыря.

Несколько слов о применяемом нами влагалищном методе удаления матки при фибромиомах.

Когда мы оперируем рожавшую женщину, у которой матка хорошо подвижна, а опухоль не превышает по своим размерам 2½—3-месячную беременность, мы производим обычно влагалищную экстирпацию матки по нижеследующей методике.

После введения влагалищного зеркала шейку матки захватывают двузубцами или пулевыми щипцами и подтягивают к влагалищному входу. Производят круговой разрез слизистой оболочкой влагалища вокруг шейки, надсекают предпузырную фасцию и отслаивают мочевой пузырь от передней поверхности матки. Затем вскрывают задний свод влагалища, который обшивают с брюшиной дугласова пространства. Рассекая ткани снизу вверх после предварительного наложения клемм, пересекают крестцово-маточную связку, а затем широкую связку с заложеной в ней маточной артерией сначала с правой, потом с левой стороны. Далее, если матка не очень велика, ее выводят через задний свод и удаляют путем отсечения от верхних точек прикрепления с обеих сторон, а именно: от придатков, круглых связок и верхней части широких связок. Далее обшивают с обеих сторон крестцово-маточные связки, маточные артерии с частью широких связок, придатки и круглые связки. Вторично осматривают широкие связки и задний свод, после чего производят тщательный гемостаз. Передний свод влагалища обшивают с брюшиной пузырно-маточной складки и узловыми швами закрывают наглухо рану в области сводов. Обшитый передний и задний своды влагалища сшивают наложением узловых кетгутовых швов.

Вышеописанная операция продолжается не более 30—40 минут и характеризуется минимальной кровопотерей.

При опухоли матки, превышающей по своим размерам трехмесячную беременность, по отсечении крестцово-маточных и широких связок с заложеными в них маточными артериями производят кускование опухоли влагалищным путем.

Наипростейшей из описанных операций является надвлагалищная ампутация матки по предлагаемой нами методике. Она технически легко выполнима, редко дает послеоперационные осложнения и характеризуется низкой летальностью.

Полное удаление матки путем чревосечения несколько сложнее и может давать осложнения как по ходу операции, так и в послеоперационном периоде. Процент летальности при этой операции выше, чем при надвлагалищной ампутации матки.

Влагалищная экстирпация матки при правильном ее выполнении не сложна по своей технике, но требует определенной последовательности и четкости выполнения. При установлении показаний к этой операции особое внимание следует обращать на подвижность матки; при отсутствии подвижности влагалищная экстирпация может быть значительно затруднена и даже невыполнима.



## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Мы приводим данные, касающиеся применения радикальных операций по поводу фибромиом, гинекологической клиники Московского городского научно-исследовательского института неотложной и скорой помощи имени Склифосовского и других учреждений, где они нами выполнялись, за последние 11 лет (с 1944 по 1954 г. включительно). В этот период наряду с радикальными операциями мы начали применять при фибромиомах и консервативно-пластические операции.

Всего по поводу фибромиом были оперированы 3092 женщины, из них 3080 — в связи с фибромиомой матки, 10 — по поводу фибромиомы яичника, у 2 удалена фибромиома из *cavum retzii*. Последние 12 случаев мы не включаем в нашу статистику, поскольку они не имеют отношения к теме работы.

Из числа 3080 больных, оперированных по поводу фибромиомы матки, у 2831 операции были произведены путем чревосечения (полных удалений матки — 625, надвлагалищных ампутаций матки — 1136, консервативно-пластических операций на матке — 1070), а у 249 — влагалищным путем (влагалищных экстирпаций матки — 244, консервативно-пластических операций на матке — 5).

Радикальных операций по поводу фибромиомы матки выполнено 2005, консервативно-пластических — 1075.

Таблица 2  
Распределение характера оперативных вмешательств при фибромиомах матки (по годам)

Год	Полное удаление матки				Надвлагалищная ампутация матки				Влагалищная экстирпация матки			Консервативно-пластические операции на матке	Всего
	с полным удалением придатков	с частичным удалением придатков	придатки сохранены	всего	с полным удалением придатков	с частичным удалением придатков	придатки сохранены	всего	с частичным удалением придатков	придатки сохранены	всего		
1944	19	34	32	85	1	27	74	102	8	36	44	27	258
1945	12	32	45	89	—	43	70	113	1	—	1	26	229
1946	14	26	27	67	—	23	39	62	—	—	—	20	149
1947	21	35	26	82	1	22	27	50	10	30	40	106	278
1948	24	21	24	69	37	53	1	91	5	17	22	137	319
1949	10	15	14	39	22	53	4	79	1	10	11	138	267
1950	11	11	11	33	11	29	41	81	1	16	17	134	235
1951	11	16	18	45	7	53	77	137	3	19	22	101	305
1952	13	12	10	35	11	38	90	139	2	25	27	152	353
1953	10	14	23	47	10	42	89	141	2	23	25	128	341
1954	14	12	8	34	15	55	71	141	5	30	35	136	346
Всего	159	228	238	625	115	438	583	1136	38	206	244	1075	3080

В табл. 2 приводится количество операций по поводу фибромиомы матки, произведенных нами за отдельные годы. Среднее число больных, оперированных по поводу фибромиомы матки за год, составляет 280 человек (3080 за 11 лет).

Распределение по возрасту радикально оперированных по поводу фибромиомы больных приведено в табл. 3.

Таблица 3

## Возраст оперированных больных

Возраст	Абсолютное число больных	Процент	
До 30 лет . . . . .	7	0,4	} 26,1
От 30 до 34 лет . . . . .	20	1,0	
» 35 » 39 » . . . . .	74	3,7	
» 40 » 44 » . . . . .	421	21,0	
» 45 » 49 » . . . . .	908	45,3	} 71,6
» 50 » 54 » . . . . .	394	19,7	
» 55 » 59 » . . . . .	62	3,0	
» 60 » 80 » . . . . .	73	3,6	
Данные отсутствуют . . . . .	46	2,3	
Итого...	2 005	100,0	

В возрасте свыше 45 лет, т. е. климактерическом и старческом, оперировано 71,6%. На возраст до 45 лет приходится только 26,1% оперированных. Это свидетельствует о том, что женщинам молодого и среднего возраста радикальные операции производились сравнительно редко, главным образом при наличии больших воспалительных изменений в области малого таза или невозможности выполнить консервативно-пластическую операцию вследствие неблагоприятного расположения и множественности узлов опухоли. Данные о возрасте отсутствуют у 46 больных (2,3%).

Женщинам в возрасте свыше 54 лет операции производились редко (6,6%), так как с наступлением климактерического возраста симптомы заболевания фибромиомой постепенно ослабевают, а у некоторых больных исчезают полностью. Исключение составляли больные с опухолями больших размеров, а также те женщины, у которых наступление климактерического периода в связи с наличием фибромиомы значительно задержалось и они продолжали менструировать, причем страдали обильными и продолжительными менструациями.

Мы не будем останавливаться на разборе анамнестических данных больных в отношении их менструальной и детородной функции. Укажем только, что показаниями к производству операций у большинства из них были маточные кровотечения (нередко профузные), длительные и стойкие нарушения со стороны менструаций, а также наличие болей.

Немаловажным показанием к операции являлся и размер опухоли, который у 646 больных (32,2%) превышал четырехмесячную беременность (табл. 4).

У больных, не страдавших обильными менструациями, при наличии опухоли размером менее четырехмесячной беременности, показания к операции были следующие: быстрый рост опухоли, чувство сдавления соседних органов и воспалительные изменения в малом тазу со стороны труб и яичников.

Радикальные операции производились преимущественно под перидуральной (1191 операция — 59,4%) и спинномозговой анестезией (717 операций — 35,7%). Только у 97 больных (4,9%) в связи с резкой анемией и сильно пониженным артериальным давлением при операциях был применен эфирный или эфирно-кислородный наркоз.

Выполняя радикальные операции, мы у 1680 больных (95,4%) применили поперечный разрез брюшной стенки, выводя из брюшной

Таблица 4

## Размер опухоли

Размер опухоли	Абсолютное число больных	Процент
Менее четырехмесячной беременности	1 203	60,0
От четырех- до пятимесячной беременности	277	32,2
От пяти- до шестимесячной беременности	184	
От шести- до семимесячной беременности	117	
От семи- до восьмимесячной беременности	36	
От восьмимесячной беременности и более	32	7,8
Не указан	156	
Итого...	2 005	100,0

полости опухоли большого размера предлагаемым нами методом винтования или удаляли опухоль кускованием.

Другие виды разрезов брюшной стенки, как-то: прямой и так называемый якорный (добавочный прямой разрез к поперечному) мы применили только у 81 женщины (4,6%). Этими разрезами мы пользовались преимущественно при операциях у больных с чрезмерным отложением подкожножирового слоя, при наличии спаечного процесса и значительных воспалительных изменениях, а также и по некоторым другим показаниям.

Суть предлагаемого нами метода винтования опухоли заключается в том, что мы вводим штопор или щипцы Мюзо в дно опухоли, а затем, натягивая иссекаемую часть опухоли кверху, винтовыми движениями скальпеля превращаем опухоль с широким основанием в винтообразную продолговатую, что дает возможность извлечь ее через небольшой поперечный разрез брюшной стенки. Данный метод применим только при наиболее мягких опухолях — типа миом.

При твердых опухолях мы применяем всем известный, предложенный в свое время Пеаном и разработанный впоследствии Д. О. Оттом, метод кускования, который состоит в извлечении опухоли отдельными частями. Располагая такими методами, мы имеем возможность даже через небольшой поперечный разрез брюшной стенки извлекать и удалять опухоли большого размера.

О преимуществах поперечного разреза брюшной стенки будет более подробно изложено в главе IV («Наши наблюдения по применению консервативно-пластических операций на матке»).

Опухоли были удалены винтованием у 187 больных, кускованием — у 323 и комбинированным методом — винтованием и кускованием — у 37. Таким образом, эти методы мы использовали при радикальных операциях у 547 больных (27,5%). У 9 больных метод кускования был применен при влагалищных операциях.

Если вновь обратиться к табл. 2, то можно проследить, что у 1027 больных (51,2%) при радикальных операциях были полностью сохранены придатки (у 238 больных — при полном удалении матки, у 583 — при надвлагалищных ампутациях матки и у 206 — при влагалищ-

ных экстирпациях матки); у 704 больных (35,1%) придатки были удалены частично (у 228 — при полном удалении матки, у 438 — при надвлагалищных ампутациях и у 38 — при влагалищных экстирпациях). Полное двустороннее удаление придатков произведено у 274 (13,7%) из 2005 оперированных, из них у 159 — при полном удалении матки и у 115 — при надвлагалищных ампутациях.

Показаниями к частичному и полному удалению придатков являлись: воспалительный процесс придатков у 338 больных, киста яичников — у 328, гемато-, гидросальпинксы и сальпингит — у 170, пиосальпинкс и пиоовариум — у 26, фиброма яичника — у 13 (из них у 2 с перекрутом фиброзного узла), аденома яичника — у одной, рак яичника — у одной, аденоматоз труб — у 8, туберкулез труб — у 4, рак трубы — у одной, внематочная беременность — у 2, эндометриоз придатков — у 4, слипчивый пельеоперитонит — у 2, склеротические изменения и атрофия придатков — у 80 (у большинства больных в возрасте свыше 50 лет).

При выполнении радикальных операций нам не только приходилось иногда удалять придатки, но производить и другие сопутствующие вмешательства при наличии соответствующих к этому показаний. Так, сопутствующая аппендэктомия была произведена 436 больным, пластика влагалища и промежности при опущении влагалища и разрывах промежности — 130, грыжесечение (паховой, бедренной и грыжи белой линии) — 23, пластика уретры при неудержании мочи — 10, снятие жира с брюшной стенки при чрезмерном его отложении — 10, удаление доброкачественных опухолей других органов — 29 (из них: опухоли наружных половых органов — 4, опухоли молочной железы — одной, опухоли широкой связки — 3, опухоли пупка — одной, опухоли дугласова пространства — 2, забрюшинной опухоли — 2, опухоли бартолиновой железы — одной, опухоли бедра — одной, опухоли околоматочной клетчатки — одной, опухоли влагалища — 13); резекций сальника вследствие спаянности его с опухолью — одной, рассечений спаек при спаечном процессе — 48 больным.

Четырем больным в качестве сопутствующего вмешательства была произведена резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза конец в конец, двум из этих больных — вследствие спаянности опухоли с сигмовидной кишкой и двум — в связи с наличием одновременного поражения сигмовидной кишки аденокарциномой<sup>1</sup>.

Всего сопутствующие вмешательства, в том числе и удаления придатков, произведены у 1070 больных. Общее число сопутствующих вмешательств — 1669. Как следует из вышеизложенного, сопутствующие вмешательства были весьма разнообразны, начиная от простых аппендэктомий и кончая сложными резекциями кишечных петель.

Мы считаем, что в случаях, когда при вскрытии брюшной полости по поводу основного заболевания одновременно обнаруживается поражение какого-либо другого органа, требующее оперативного вмешательства, таковое следует производить одновременно с основным вмешательством. Этим мы избегаем необходимости подвергать больную повторной операции. Сопутствующие вмешательства не следует делать только в тех редких случаях, когда состояние больной в связи с ее основным заболеванием не позволяет произвести ей две операции одновременно.

Как будет видно из дальнейшего описания осложнений, наблюдавшихся как по ходу операции, так и в послеоперационном периоде, выполнение сопутствующих вмешательств не отражается на результатах

<sup>1</sup> Истории болезни двух последних больных приводятся в главе VII («Казуистические случаи»).

операций ни в отношении процента летальности, ни в отношении возникновения большего количества последующих осложнений, ни в отношении увеличения числа послеоперационных койко-дней.

Сопутствующие вмешательства широко применяются в нашей клинике и при других видах операций. Мы полностью убедились в целесообразности их производства и на основании достигнутых результатов стараемся убедить читателей в том, что наша точка зрения в этом вопросе является правильной. Мы останавливаемся на этом потому, что, как известно, существует и некоторыми разделяется противоположный взгляд — о полной несовместимости сопутствующих вмешательств с основной операцией, что мы считаем неправильным и с чем согласиться не можем.

Среднее послеоперационное пребывание больной на койке при фибромиомах составило 17 койко-дней. Мы считаем, что эта цифра не является высокой, так как многие отечественные гинекологи выписывают больных после оперативного лечения по поводу фибромиомы и в более поздние сроки; вместе с тем мы должны указать, что на Западе в настоящее время имеется тенденция и к более ранней выписке больных: так, Кольб (O. Kolb, 1942) сообщает, что при радикальных операциях по поводу фибромиомы послеоперационные койко-дни не превышают 13—14 в неосложненных случаях. Вара, Пааво и Киннунен (Vaga, Raavo a. O. Kinnunen, 1950) приводят данные о выписке на 12-й день после надвлагалищных ампутаций и на 9-й день после полного удаления матки.

Имевшиеся по ходу радикальных операций осложнения представлены в табл. 5.

Из табл. 5 следует, что на 1136 надвлагалищных ампутаций матки было только 2 осложнения по ходу операции (0,2%).

Таблица 5

Осложнения по ходу радикальных операций

Характер осложнений	Количество осложнений	Характер операции	Всего операций	Процент осложнений к числу операций	Осложнения послеоперационного периода
Ранение сигмовидной кишки вследствие припаянности к ней опухоли	2	Полное удаление матки	625	0,3	1 кишечный свищ 1 перитонит
То же . . . . .	1	Надвлагалищная ампутация матки	1 136	0,09	Не было
Ранение мочевого пузыря . . . . .	2	Полное удаление матки	625	0,3	1 мочевой свищ
То же . . . . .	2	Влагалищная экстирпация матки	244	0,8	Не было
» » . . . . .	1	Надвлагалищная ампутация матки	1 136	0,09	» »
Ранение мочеточника	2	Полное удаление матки	625	0,3	2 мочеточниковых свища
Итого . . .	10	—	2005	0,5	—

При влагалищных экстирпациях матки отмечены тоже 2 осложнения по ходу операции, но так как влагалищных экстирпаций произведено только 244, то процент этих осложнений является уже более высоким и составляет 0,8.

Наивысший процент осложнений по ходу операции дали полные удаления матки путем чревосечения (6 осложнений на 625 операций — 1%).

Ранения сигмовидной кишки при наличии спаечного процесса составляют 0,15%, мочевого пузыря — 0,25%, мочеточников — 0,1% по отношению ко всем оперированным радикально.

Следует отметить, что у 5 больных осложнения по ходу операции не способствовали развитию каких-либо осложнений в послеоперационном периоде, и больные были выписаны на 17—18-е сутки после операции в хорошем состоянии.

У остальных 5 больных осложнения по ходу операции вызвали осложнения и в послеоперационном периоде: у одной образовался кишечный свищ, у другой развился перитонит, однако больная в последующем выздоровела, у третьей был свищ мочевого пузыря и еще у двух — мочеточниковые свищи. Ни одной смерти больной в связи с осложнениями по ходу операции не наступило.

Течение послеоперационного периода и исход операций по видам примененных радикальных операций приводятся в табл. 6.

Таблица 6

Характер операции	Течение послеоперационного периода		Гладкое		Осложненное		Смерть	
	количество больных	%	количество больных	%	количество больных	%		
Полное удаление матки путем чревосечения (625)	494	79	125	20	6	1		
Надвлагалищная ампутация матки (1136)	1072	94,3	62	5,5	2	0,2		
Влагалищная экстирпация матки (244)	218	89,3	25	10,3	1	0,4		
<b>Итого (2005)...</b>	<b>1784</b>	<b>88,9</b>	<b>212</b>	<b>10,6</b>	<b>9</b>	<b>0,5</b>		

Наиболее часто осложнения в послеоперационном периоде возникали у больных после полного удаления матки путем чревосечения. Они составили 20%.

При влагалищных экстирпациях матки у 10,3% больных имелись осложнения в послеоперационном периоде.

При надвлагалищных ампутациях матки осложнения послеоперационного периода отмечены только у 5,5% больных.

Средний процент больных с осложненным течением послеоперационного периода при радикальных операциях составляет 10,6.

Какие же осложнения нам пришлось наблюдать?

Прежде всего следует указать, что общее число осложнений (256) превышает число больных, имевших осложненное течение послеоперационного периода, так как у ряда из них отмечалось по несколько осложнений одновременно.

Из незначительных осложнений нужно указать на 102 осложнения со стороны шва брюшной стенки (5,8% к числу радикальных операций путем чревосечения): 77 нагноений, 13 гематом, 9 инфильтратов, один подпапоневротический абсцесс и 2 расхождения шва (при прямом разрезе

брюшной стенки). Эти осложнения в подавляющем большинстве случаев отмечены при полных удалениях матки брюшностеночным путем (74 осложнения со стороны шва брюшной стенки составляют 11,8% по отношению к числу произведенных полных удалений матки), а также при сопутствующем гнойном процессе (пиосальпинкс и пиоовариум).

У 108 больных были осложнения со стороны раны в своде (5,4% к общему числу радикальных операций по поводу фибромиомы матки), из них: гематом 25, инфильтратов 62, нагноений параметрия 8, расхожденной раны в своде 13 (при влагалищных экстирпациях матки). Из числа осложнений со стороны раны в своде 57 приходится на полные удаления матки брюшностеночным путем (9,1% к числу полных удалений матки), 23 — на влагалищные экстирпации матки (13,5% к числу влагалищных экстирпаций матки) и 28 — на надвлагалищные ампутации матки (2,5% к числу надвлагалищных ампутаций матки).

Из осложнений, не связанных с техникой оперативных вмешательств, нам приходилось наблюдать пневмонию (при операциях под эфирным наркозом), ангину, грипп, радикулит. У одной больной, оперированной в возрасте 52 лет, в послеоперационном периоде было кровоизлияние в мозг, больная на 50-е сутки после операции была переведена в нервное отделение другого лечебного учреждения в удовлетворительном состоянии. Всего интеркуррентных заболеваний в послеоперационном периоде отмечено 18 (0,9%).

К более существенным осложнениям относятся наблюдавшиеся у 14 больных послеоперационные свищи (0,7%). Четыре из них были связаны с ранением соседних органов (сигмовидной кишки, мочевого пузыря, мочеточников) в процессе операции. Всего свищей было пузырно-влагалищных — 3, пузырно-влагалищно-ректальных — 1, мочеточниковых — 9, кишечных — 1. Процент осложнений свищами при радикальных операциях составляет 0,7. Все свищи образовались исключительно после полного удаления матки как посредством чревосечения, так и влагалищным путем. При надвлагалищных ампутациях матки свищей не наблюдалось.

Свищи были кратковременными у 11 больных и закрылись самостоятельно до выписки из клиники, удлинив послеоперационный период на 2½ декады. У 2 больных свищи имели затяжной характер, но закрылись самостоятельно, не потребовав оперативного вмешательства. Больные были выписаны с наличием свища, и при последующих осмотрах было установлено, что через 40—50 дней после операции свищи у них закрылись. У одной больной в послеоперационном периоде образовался пузырно-влагалищно-ректальный свищ с последующим развитием ограниченного перитонита. Послеоперационный период окончился смертью больной.

У 3 больных (0,15%) были осложнения со стороны мочевого пузыря, а именно: цистит у двух из них и парез мочевого пузыря у третьей. Послеоперационный период затянулся до 30 суток, по прошествии которых больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, всего осложнений со стороны мочевого пузыря и мочеточников на 2005 радикальных операций было 16, что составляет 0,8%. Это свидетельствует о полной целесообразности предлагаемых нами методик операции, которые направлены к тому, чтобы возможно меньше травмировать при операциях мочевой пузырь и мочеточники.

У 4 больных (0,2%) послеоперационный период осложнился перитонитом. Две из них от перитонита умерли (более подробно изложено при разборе смертных случаев), а две поправились и были выписаны в удовлетворительном состоянии. Причиной развившегося перитонита у

одной из последних двух больных послужило ранение сигмовидной кишки вследствие спаянности ее с опухолью (полное удаление матки путем чревосечения), а у другой — явления частичной кишечной непроходимости, развившиеся после надвлагалищной ампутации матки. По поводу перитонита большим в послеоперационном периоде была произведена релaparотомия с наложением подвешной илеостомы, что и способствовало их выздоровлению.

Как осложнение после полных удалений матки брюшностеночным путем и надвлагалищных ампутаций матки у 5 больных (0,2%) в послеоперационном периоде развился тромбофлебит. Еще у 2 больных было отмечено обострение тромбофлебита, которым они страдали до операции (0,1%). Последние 2 больные были оперированы при наличии тромбофлебита по витальным показаниям (профузные маточные кровотечения, низкий процент гемоглобина).

Выписку из истории болезни одной из них приводим ниже для подтверждения целесообразности такой операции.

История болезни № 10045. Больная К., 49 лет, поступила в клинику 3/VI 1952 г. с профузным маточным кровотечением.

Клинический диагноз: фиброма матки величиной с четырехмесячную беременность (субмукозные узлы), тромбофлебит нижних конечностей после операции, перенесенной в 1949 г. по поводу базедовой болезни; гемоглобина 35%.

Несмотря на наличие профузных маточных кровотечений и низкий процент гемоглобина, больной всюду отказывали не только в операции, но и в переливании крови, считая эти вмешательства при наличии тромбофлебита противопоказанными. Больная по нескольку месяцев лежала в различных лечебных учреждениях Москвы, причем ее выписывали, не оказав ей указанных пособий. Таким образом, больная была обречена на медленную смерть от малокровия.

7/VI произведена надвлагалищная ампутация матки с сохранением придатков. В послеоперационном периоде перелито капельным методом 225 мл фибринолизированной крови. Послеоперационное течение гладкое, отмечено только временное обострение имевшегося до операции тромбофлебита.

Больная выписана 29/VI, на 22-е сутки после операции, в хорошем состоянии. При очередном осмотре 21/II 1955 г. (через 3 года после операции) состояние больной хорошее. В течение последних 1½ лет страдает приливами, процент гемоглобина возрос до 56, тромбофлебит не беспокоит, носит резиновый чулок.

На основании приведенной истории болезни и еще ряда наблюдений, когда по витальным показаниям нам приходилось оперировать больных при наличии у них тромбофлебита, мы можем сказать, что хотя доля риска в этих случаях имеется, отказывать таким больным в операции мы считаем недопустимым, так как этим мы обрекаем их на заведомую гибель.

Таблица 7

**Послеоперационные осложнения при полных удалениях матки и надвлагалищных ее ампутациях**

Автор	Год	Осложнения при полных удалениях матки (в %)	Осложнения при надвлагалищных ампутациях матки (в %)
Денфорс (W. C. Danforth)	1941	33	28
Филлипс (Phillips)	1945	29	31
Денфорс	1946	28	—
Джонс	1948	36,5	31,4
Доннели и Болд (G. C. Donnelly and W. A. Bauld)	1949	15,1	13,4
Вара, Пааво и Киннунен	1950	21,1—32	8,5—11,5
Усанова М. И.	1950	31,7	27,3
Александров М. С.	1954	20	5,5



Заканчивая раздел о послеоперационных осложнениях при радикальных операциях, приведем для сравнения проценты послеоперационных осложнений, показанные различными авторами за последние десятилетия (табл. 7).

Как видно из приведенных данных, процент послеоперационных осложнений при полных удалениях матки, за исключением данных Доннели и Болда в 1949 г., колеблется в пределах от 21 до 36. Наш процент послеоперационных осложнений сравнительно низкий и равняется 20.

При надвлагалищных ампутациях матки процент послеоперационных осложнений колеблется от 8,5 до 33. В нашей клинике процент послеоперационных осложнений наименьший (5,5).

Большинство зарубежных авторов среди наиболее частых послеоперационных осложнений называет: тромбозы, флебиты, илеус, инфекцию мочевого тракта, эмболии и перитонит. Сиддал и Мак (R. J. Siddall и H. C. Mack, 1947), например, утверждают, что если число смертей от перитонита при оперативном лечении фибромиом за последние годы постепенно снижается, то смерти от тромбозов и эмболий не прекращаются. На частоту послеоперационных эмболий и тромбозов указывают также Шмитц (Schmitz, 1937) и Клаус (1941).

По данным Линдквиста (Lindquist, 1927), процент осложнений тромбозами при надвлагалищных ампутациях матки составляет 8,1, а при полных удалениях — 6,9, Шарье и Госсе (J. Charrier et J. Gosset, 1938), отмечавшие при надвлагалищных ампутациях матки 3,4% смертности, указывают, что 1,25% из них приходится на смерть от эмболии. По сводной статистике Альторпа (1946), средний процент осложнений тромбозами при оперативном лечении фибромиом матки колеблется от 1,8 до 6,3, а илеусом — от 0,5 до 3,1. По Те-Линде (1953), процент осложнений эмболиями и до настоящего времени продолжает составлять не менее 0,2, несмотря на то, что профилактике эмболий уделялось и уделяется много внимания.

Зарубежные авторы подчеркивают также, что процент осложнений тромбозами и эмболиями при гинекологических операциях в послевоенные годы значительно возрос, причем некоторые склонны объяснять это излишней активностью отдельных хирургов.

В то же время Г. А. Владимирович и Е. А. Бойчева-Атабекова (1951) указывают, что процент этих осложнений, по данным отечественных акушеров-гинекологов, является более или менее стабильным и значительно более низким, чем у зарубежных авторов. Названные авторы приводят данные ряда отечественных авторов [Логвинского (Киев), Д. Н. Атабекова, Коренмана (Одесса), Е. М. Шварцмана и др.], у которых при большом количестве выполненных операций процент осложнений эмболиями в разные годы составлял от 0,08 до 0,015, тромбозами — 0,3—0,4 и тромбофлебитом при операциях по поводу фибромиомы — 1,8, а при операциях по поводу рака женской половой сферы — 1,1.

В нашей клинике за истекшие 11 лет произведено большое количество самых разнообразных гинекологических операций, из них около 80% в среднем приходится на операции путем чревосечения. Сам профиль работы Института неотложной и скорой помощи имени Склифосовского обуславливает поступление к нам наиболее тяжелобольных самого разнообразного контингента. Достаточно назвать цифру в 16 550 операций, выполненных в клинике за период с 1944 по 1954 г. включительно, из которых 6146 произведены по поводу внематочной беременности, 3080 — по поводу фибромиомы матки, 2062 — кисты яичника,

1064 — злокачественных новообразований женской половой сферы и органов брюшной полости и 200 операций кольпопоза по поводу аппендицита и матки.

Вместе с тем осложнения эмболиями со смертельными исходами имели место только у 7 больных (0,04%), кишечной непроходимостью — у 8 (0,05%), причем только у 2 из них это осложнение послужило причиной смерти (0,01%), и тромбозами — у 8 больных (0,05%). Из 8 больных с осложнениями тромбозом только у 3 (0,017%) тромбоз как таковой послужил причиной смерти.

Осложнения тромбофлебитом на этом же большом материале отмечены у 31 больной (0,2%), причем только у одной из них (рак шейки матки) гнойный тромбофлебит явился причиной смерти.

Мы вполне согласны с мнением большинства авторов, что осложнения эмболиями и тромбофлебитом наиболее часто сопутствуют операциям по поводу фибромиомы.

Г. А. Владимирович и Е. А. Бойчева-Атабекова объясняют это тем, что по поводу фибромиом нередко приходится оперировать резко анемизированных больных с явлениями сердечной недостаточности, с наличием воспалительного процесса придатков и инфекции, вызванной распадом опухоли. Все это, по их мнению, способствует изменению эндотелия сосудистых стенок и физико-химического состава крови, что и обуславливает развитие тромбов.

По нашим наблюдениям, примерно 50% осложнений тромбофлебитом и эмболиями возникает при оперативных вмешательствах по поводу фибромиомы, в частности при радикальных операциях.

Тем не менее на нашем материале процент этих осложнений сравнительно невысок.

Так, процент осложнений тромбофлебитом при радикальных операциях по поводу фибромиомы составляет 0,2. Осложнения перитонитом отмечены, как выше было изложено, в 0,2%, инфекция мочевого тракта (цистит) — в 0,15% случаев. От тромбоза легочной артерии погибли 3 больные (0,15%), от уроселсиса — одна (0,05%) от явлений кишечной непроходимости, развившихся вследствие своевременно не распознанного заворота подвижной слепой кишки, — одна (0,05%) и от перитонита — 2 (0,1%), из которых одна поступила уже с наличием перитонита, вызванного перекрутом фиброзного узла.

Мы считаем, что для получения лучших результатов в отношении более низкого процента последующих осложнений и минимальной смертности следует:

- 1) производить операции под перидуральной анестезией, при которой кишечные петли находятся в полном покое и не вылезают в рану, что способствует уменьшению их травмы;
- 2) как можно бережнее относиться к окружающим тканям и органам, на которых производится операция, не травмируя их инструментом, излишним протиранием и руками;
- 3) соблюдать тщательный гемостаз;
- 4) при разделении тканей широко применять вазелиновое масло, которое значительно снижает травму и, кроме того, создает более асептические условия;
- 5) при наиболее сложных операциях при наличии воспалительного процесса обязательно применять антибиотики;
- 6) рекомендовать раннее вставание больных.

Считаем необходимым указать также, что в первые 5 лет средний процент осложнений послеоперационного периода при радикальных операциях составлял 15,4 (142 осложненных случая на 917 операций), тог-

да как за последние 5 лет, начиная с 1949 г., нам удалось снизить его до 6,4 (70 осложненных случаев на 1088 операций).

На 2009 радикальных операций умерло 9 больных (0,5%) Наиболее высокую летальность дали полные удаления матки путем чревосечения (6 смертельных исходов на 625 операций — 1%).

Второе место по летальности занимают влагалищные экстирпации матки, при которых на 244 операции умерла одна больная (0,4%).

Наименьшая летальность отмечена при надвлагалищных ампутациях матки: на 1136 операций только 2 смертельных исхода (0,2%).

Считаем нужным привести ниже данные о летальности, показанной различными авторами в разное время при операциях полного удаления матки брюшностеночным путем, при надвлагалищных ампутациях и при влагалищных экстирпациях матки (табл. 8, 9 и 10).

Таблица 8  
Летальность при надвлагалищных ампутациях матки по поводу фибромиомы

Автор	Годы	Число операций	Летальность (в %)	Примечание
Отт Д. О.	1924	162	8,0	Сводная статистика
Он же	1924	20	4,3	
Мессон	1927	217	1,8	Данные Старо-Екатерининской больницы за 25 лет
Нельсон (H. M. Nelson)	1929	122	3,2	
Атабеков Д. Н.	1930	219	3,2	
Гамбаров Г. Г.	1930	6 934	2,4	
Он же	1930	111	2,7	Сводная статистика
Кривский Л. А.	1930	4 607	1,6	
Келлер и Болер	1930	15 528	2,5	То же
Фуллerton и Фолькнер (W. D. Fullerton а. R. L. Faulkner)	1930	609	4,4	Материалы МОНИАГ
Бурх и Бурх (L. E. Burch а. J. C. Burch)	1931	166	4,2	
	1932	1 857	2,8	
Гринхилл	1928—1932	1 115	4,4	
Сиддал и Мак	1933—1940	2 036	1,62	
Они же	1934	59	3,4	
Букура (С. Bucura)	1934	121	0,8	
Шмундак Д. Е.	1936	2 261	2,7	
Госсе и Функ-Бренгано	1938	372	0,54	
Шуб Р. Л.	1938	1 163	3,1	
Шарье и Госсе	1939	—	2,0	
Лемп	1941	—	1,6	
Цинке (H. Zinke)	1941	1 213	3,4	
Пирс (R. L. Pearse)	1941	478	2,5	
Вейр	1941—1943	1 447	0,76	
Сиддал и Мак	1946	—	1,2—2,2	
Альторп	1948	420	1,43	
Джонс	1948	—	1,1	
Вейр	1949	1 077	0,55	
Доннелли и Болд	1950	73	1,3	
Усанова М. И.	1950	98	2,0	
Она же	1950	1 805	1,1	
Вара, Пааво и Киннунен	1952	199	0,7	
Брауде И. Л.	1953	—	0,5	
Те-Линде	1944—1954	1 136	0,2	
Александров М. С.				

Приводимые данные охватывают период примерно с 1924 по 1954 г. включительно и расположены нами в хронологическом порядке. Многими авторами приводятся сводные статистики.

Из табл. 8 следует, что летальность при надвлагалищных ампутациях матки, по данным разных авторов, колеблется в пределах от 8% (Д. О. Отт, 1924) до 0,2% (М. С. Александров, 1954). За последнее десятилетие отмечается общее снижение летальности до десятых долей процента.

Показанный нами процент летальности (0,2) является наименьшим по сравнению с известными нам данными мировой литературы.

Таблица 9

**Летальность при полных удалениях матки по поводу фибромиомы (путем чревосечения)**

Автор	Годы	Число операций	Летальность (в %)	Примечание
Отт Д. О.	1924	415	6,5	Сводная статистика
Мессон	1927	229	1,3	
Нельсон	1929	476	2,9	
Атабеков Д. Н.	1930	262	4,2	
Гамбаров Г. Г.	1930	4915	4,0	
Он же	1930	49	4,08	Сводная статистика
Кривский Л. А.	1930	175	7,4	
Келлер и Болер	1930	11406	4,5	
Фуллертон и Фолькнер	1930	1078	4,1	
Бурх и Бурх Д.	1931	32	3,1	
Гринхилл	1932	551	4,72	Сводная статистика
Сиддал и Мак	1928—1932	305	7,3	
Онн же	1933—1940	749	1,73	
Букура	1934	156	3,1	
Шуб Р. Л.	1938	2395	3,6	
Лемп	1939	—	2,5	
Пирс	1941	373	2,9	
Цинке	1941	—	5,8	
Денфорс	1941	159	0,66	
Вейр	1941	1436	0,76	
Сиддал и Мак	1941—1943	1004	0,8	Сводная статистика
Рубин (J. Rubin)	1941	3696	2,8	
Альторп	1946	—	3—4,06	
Денфорс	1946	500	0,4	
Вейр	1948	—	0,93	
Джонс	1948	380	1,05	
Доннелли и Болд	1949	1166	0,81	
Усанова М. И.	1950	—	4,5	
Она же	1950	—	2,00	
Ольдридж и Мередитт (Aldridge A. H. a. Meredith R. S.)	1950	530	0,4	
Брауде И. Л.	1952	274	0,7	
Те-Линде	1953	—	0	
Александров М. С.	1944—1954	625	1,0	

Как видно из табл. 9, летальность при полных удалениях матки брюшностеночным путем тоже имеет тенденцию к снижению, и если в 30-х годах нашего столетия она составляла в среднем около 4%, то в 40-х годах — уже 2%, а за последнее десятилетие снизилась в среднем до 1%. Те-Линде (1953) показывает даже отсутствие летальности при



гидроторакс, ожирение, тромбоэмболия легочной артерии. Заключение патологоанатома: смерть от тромбоэмболии легочной артерии вследствие тромбоза вен клетчатки малого таза, возникшего у больной, оперированной по поводу фибромиомы.

Причиной смерти пятой больной, 67 лет (1951) было шоковое состояние от перидуральной анестезии во время операции полного удаления матки путем чревосечения. У больной была фибромиома размером с семимесячную беременность, явления общего артерио- и кардиосклероза.

Шестой больной 53 лет (1952), доставленной каретой скорой помощи в очень тяжелом состоянии с кровоточащей фибромиомой матки (Hb 25%), после предварительной подготовки (4 раза переливали кровь, всего 960 мл), когда содержание гемоглобина повысилось до 33%, было произведено полное удаление матки, одновременно грыжесечение пупочной грыжи и аппендэктомия. Послеоперационный период осложнился нагноением шва, мочеочечниковым свищом и тяжелым гнойным циститом. Несмотря на принятые меры, больная погибла на 46-е сутки после операции от уросепсиса. Патологоанатомический диагноз: сморщенная правая почка, гнойный пиелонефрит, гипертоническая болезнь, общий артериосклероз, малокровие мозга, миокарда и печени, гипертрофия стенок левого желудочка сердца, мелкие кисты в подкорковых узлах мозга слева.

У седьмой больной 61 года (1953) отмечалось гладкое течение послеоперационного периода после произведенного по поводу фибромиомы полного удаления матки с одновременным грыжесечением. На 11-е сутки неожиданно возник инфаркт миокарда, подтвержденный электрокардиограммой. На 28-е сутки после операции внезапно скончалась при явлениях упадка сердечной деятельности. Патологоанатомический диагноз: смерть от тромбоэмболии легочной артерии.

Восьмая больная 61 года (1952) поступила с диагнозом перекрута кисты. Оперирована экстренно. После вскрытия брюшной полости обнаружен перекрут фиброзного узла, исходящего из правого угла матки. Произведена надвлагалищная ампутация матки с удалением придатков, которые были воспалительно изменены. На второй день после операции состояние больной тяжелое, высокая температура, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Газы не отходят. Клинический диагноз: перитонит. Несмотря на все принятые меры, — смерть на четвертые сутки после операции при явлениях упадка сердечной деятельности. Патологоанатомический диагноз: явления кишечной непроходимости, заворот подвижной слепой кишки. Заключение патологоанатома: смерть от интоксикации на почве непроходимости, развившейся после надвлагалищной ампутации матки по поводу фибромиомы.

Девятая больная 42 лет (1947) умерла после произведенной влагалищной экстирпации матки по поводу фибромиомы, сопровождавшейся профузными маточными кровотечениями. Смерть последовала на 15-е сутки после операции от септического гнойного перитонита, развившегося в связи с нагноившейся гематомой малого таза.

Таким образом, из числа радикально оперированных больных от перитонита погибли 2 (0,1%), одна из которых поступила, как изложено, с уже имевшимся перитонитом на почве перекрута фиброзного узла. От сепсиса погибла одна больная (0,05%), от уросепсиса — одна (0,05%), от явлений кишечной непроходимости в связи с нераспознанным своевременно заворотом слепой кишки — одна (0,05%), в связи с шоковым состоянием от перидуральной анестезии — одна (0,05%) и от тромбоэмболии легочной артерии — 3 больных (0,15%).

Следует отметить, что за последнее пятилетие нам удалось снизить летальность при надвлагалищных ампутациях матки с 0,2 до 0,1%, при влагалищных же экстирпациях матки за последние 5 лет смертных случаев не было.

Подводя итог изложенному в этой главе, мы должны указать, что радикальные операции на матке при фибромиомах дали среднюю летальность в 0,5 и 10,6% послеоперационных осложнений. Наиболее низкий процент летальности и послеоперационных осложнений наблюдался при надвлагалищных ампутациях матки, наиболее высокий — при полных удалениях матки путем чревосечения, причем за последние годы процент летальности и послеоперационных осложнений значительно снизился.

Данные гистологического исследования удаленных опухолей мы приводим ниже (всего 1042 гистологических исследования с середины

1948 по 1954 г.). В период с 1944 по 1947 г. гистологические исследования производились только в единичных, сомнительных в отношении диагноза случаях. У 228 больных, оперированных в начале 1948 г., гистологическое исследование удаленной опухоли тоже не было произведено, так как макроскопически опухоль имела характерное для банальной фибромиомы строение.

При гистологическом исследовании фибромиома была установлена у 844 женщины, эндометриоз — у 189, аденоматоз — у одной, аденомиома — у 4, фиброма со злокачественным перерождением — у 4 больных.

Что касается отдаленных результатов, то при радикальных операциях женщины были лишены как менструаций, так и детородной функции, и большинство из них, особенно в возрасте до 45 лет, жаловалось на явления выпадений, приливы и другие расстройства вазомоторного порядка.

акusher-lib.ru

### ГЛАВА III

## ТЕХНИКА КОНСЕРВАТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Переходя к изложению проводимой и рекомендуемой нами техники консервативно-пластических операций на матке при фибромиомах, мы должны остановиться на следующих основных оперативных приемах.

I. При наличии субсерозных узлов на матке мы применяем наиболее простую и известную операцию — иссечение субсерозных узлов без вскрытия полости матки, но с обязательным иссечением капсулы и небольшой части окружающей ее мышечной ткани матки, причем матка полностью сохраняет присущие ей функции. При наличии одновременно беременности таковая может быть сохранена. Данная операция очень проста и легко выполняется. Ввиду ее доступности ею пользуются многие гинекологи.

II. При интерстициально расположенных фибромиомах мы удаляем узлы опухоли, широко захватывая окружающую их мышечную ткань матки. В зависимости от расположения узлов и от степени прорастания их в глубь стенок матки мы делаем ту или иную пластическую операцию на матке. Эти операции в основном подразделяются на две группы: а) операции без вскрытия полости матки; б) операции со вскрытием полости матки.

Если опухоль не прорастает в полость матки и жалобы на маточные кровотечения отсутствуют, мы ограничиваемся пластическими операциями на мышечных тканях матки с полным сохранением слизистой оболочки ее полости.

В этих случаях при наличии в результате удаления опухоли больших дефектов серозного покрова передней и задней стенок вновь образованной матки мы производим пластику матки и нередко применяем свободную пересадку сальника, резецируя его.

Менструации и детородная функция при таких операциях полностью сохраняются. При наличии одновременно беременности и расположении узлов не в непосредственной близости к полости матки беременность может быть сохранена.

При прорастании опухоли в полость матки, а также при наличии маточных кровотечений производим различные операции с обязательным вскрытием полости матки, не боясь при этом широкого обнажения ее слизистой оболочки.

Эти операции в свою очередь подразделяются на следующие:



1. Дефундация матки с сохранением нижних  $\frac{2}{3}$  матки и большей части ее слизистой оболочки. Это вмешательство производится при опухолях, расположенных в дне матки. При выполнении этой операции придатки (если они не изменены) следует предварительно отделить от матки и по иссечению дна матки подшить несколько ниже места их прежнего расположения во избежание свободного перемещения их в брюшной полости. В некоторых случаях при дефундациях связь матки с придатками удается сохранить. При дефундациях у женщины обычно сохраняются только менструации, в случаях же, когда связь матки с придатками остается сохраненной, может наступить в последующем и беременность. Среди оперированных нами больных у трех в последующем наступала беременность, у одной из них были роды живым плодом.

2. Высокая ампутация матки с сохранением нижнего маточного сегмента с его слизистой оболочкой — при значительном поражении верхней части матки фиброзными узлами (множественная интерстициальная фибромиома). Сохраняемая при таких операциях часть слизистой оболочки полости матки в ее нижнем сегменте бывает достаточной для сохранения менструаций. Детородная функция при этих операциях не сохраняется.

3. При наличии узлов, расположенных в задней стенке матки, и свободной, не пораженной узлами опухоли передней стенки ее мы, иссекая заднюю стенку матки с опухолью и слизистой оболочкой, заворачиваем переднюю маточную стенку кзади и замещаем ее удаленную заднюю стенку. Придатки, если они не изменены, при удалении задней стенки отсекают и подшивают к вновь сформированной матке.

При поражении передней стенки матки мы, наоборот, иссекая переднюю стенку матки с опухолью, заворачиваем заднюю стенку матки с ее слизистой оболочкой кпереди, создавая таким образом матку несколько уменьшенного размера.

4. В зависимости от расположения узлов опухоли могут быть применены самые различные варианты пластических операций на матке, причем, выкраивая различные лоскуты из стенок матки и сшивая их в последующем, мы всегда стремимся воссоздать матку, по форме и внешнему виду сходную с нормальной маткой, непременно оставляя часть ее слизистой оболочки, достаточную для сохранения менструаций. В ряде случаев сохраненные части матки приходится сшивать под контролем катетеров, введенных в полость или шейный канал матки. Детородную функцию при таких операциях обычно не удается сохранить.

III. При наличии субмукозных узлов и неизменной наружной поверхности матки мы рассекаем матку по передней или задней ее поверхности или по ее дну (по типу кесарева сечения) и по вскрытии полости матки удаляем из нее подслизистые фиброзные узлы, проверяем стенки полости матки осторожным выскабливанием кюреткой, смазываем вазелиновым маслом или йодной настойкой, проверяем проходимость канала шейки матки и закрываем полость матки путем наложения двухэтажных узловых кетгутовых швов. При сильном растяжении опухолью какой-либо части маточной стенки излишек стенки иссекают.

Данную операцию обычно производят путем чревосечения, но в некоторых случаях ее возможно выполнить и влагалищным путем, причем в последнем случае необходимо предварительно отделить мочевой пузырь. Среди большого числа оперированных нами эта операция влагалищным путем была выполнена только у 4 больных.

Наступление в последующем беременности после таких операций вполне возможно, но беременность редко донашивается до срока.

У одной из наших больных после подобной операции было несколько беременностей, причем первые из них заканчивались выкидышами или преждевременными родами, последняя же закончилась самостоятельными срочными родами живым плодом.

К казуистическим операциям можно отнести операции сшивания тела матки с разъединенной с ней шейкой матки при иссечении узлов опухоли в области внутреннего зева или при шеечной форме фибромиомы. Особое внимание в этих случаях приходится обращать на правильность наложения соединяющих швов между телом и шейкой матки с тем, чтобы полость матки служила непосредственным продолжением канала шейки матки, как это и должно быть в нормальной матке. Сшивание тела и шейки матки производят под обязательным контролем катетера, введенного как в канал шейки матки, так и в полость матки. Правильность соединения канала шейки матки с ее полостью можно проверить последующим зондированием. В некоторых случаях при выполнении такой операции приходится пересечь одну из маточных артерий и перевязать ее. Мы должны указать, что оставшейся второй маточной артерии бывает достаточно для обеспечения матке нормального питания. При перевязке одной из маточных артерий больные не только сохраняют способность менструировать, но могут даже беременеть и рожать. У трех наших больных после произведенного им сшивания тела с шейкой матки (у одной из них с отсечением и перевязкой одной из маточных артерий) впоследствии наступили беременности, закончившиеся срочными родами живых детей.

В некоторых редких случаях при полном поражении шейки матки опухолью и совершенно не измененной матке шейку матки приходится удалять полностью. Матку в таких случаях сшивают с влагалищем, так же как и в предыдущем случае, под контролем катетера, введенного в полость матки.

Трудно представить все возможные варианты этих, иногда весьма сложных операций, но следует указать, что такие операции могут производиться по индивидуальной направленности каждого хирурга в отдельности.

Следует отметить, что пластические операции на матке требуют от хирурга большого внимания, соблюдения самой строгой асептики при вскрытии полости матки и, как всякие пластические операции, бывают более сложными и, следовательно, более продолжительными. Средняя продолжительность пластической операции 1 $\frac{1}{2}$  часа.

Цель хирурга при выполнении пластических операций на матке заключается в том, чтобы, радикально удалив всю опухоль в пределах здоровой ткани, из остатков стенок матки и слизистой оболочки создать матку, по своей форме и размерам соответствующую нормальной матке, сохранив при этом достаточную часть слизистой оболочки для поддержания нормальных менструаций.

Считаем необходимым подчеркнуть следующие основные положения.

1. Операции следует производить при соблюдении самой строгой асептики. Особенно это относится к операциям, сопровождающимся вскрытием полости матки и иссечением части ее слизистой оболочки.

2. При операциях, особенно со вскрытием полости матки, мы настоятельно рекомендуем широко применять стерильное вазелиновое масло как для смазывания стенок полости матки, так и для введения в брюшную полость. Вазелиновое масло обладает замечательным свойством — бактериостатичностью — и способностью не раздражать ни кожу, ни слизистые, ни серозные оболочки. Применение вазелинового мас-

ла с нашей точки зрения устраняет также возможность последующих сращений и спаек.

3. При операциях, сопровождающихся вскрытием полости матки, мы рекомендуем также вливание раствора пенициллина в брюшную полость и окружающую околоматочную клетчатку. Пенициллин следует вводить в количествах от 200 000 до 500 000 ЕД.

4. При удалении субмукозных узлов путем чревосечения, сопровождающегося вскрытием полости матки, рекомендуется осторожная (не грубая) проверка полости матки кюреткой во избежание оставления незамеченных мелких фиброзных узлов в ее полости (выскабливание).

5. Широкого вскрытия полости матки бояться не следует, но в таких случаях, помимо обязательного выскабливания, следует протирать полость матки вазелиновым маслом и смазывать ее йодной настойкой.

6. При пластике матки не следует накладывать большого числа швов во избежание нарушения нормального питания ее стенок, однако при соединении тканей следует добиваться хорошего контакта и стремиться к тому, чтобы форма и размеры создаваемой матки соответствовали форме и размерам нормальной матки.

При сшивании тканей матки следует накладывать двухэтажный шов: первый ряд швов — на мышечный слой матки, второй — на серозно-мышечный ее слой.

Первый ряд швов, предназначенных для закрытия полости матки, следует накладывать, не прошивая слизистой оболочки, причем при ровных краях разреза можно накладывать и непрерывный кетгутовый шов. Мы же чаще пользуемся узловыми кетгутовыми швами, так как края разреза редко бывают ровными и полностью соединяются при соприкосновении.

Мышечные ткани матки, если полость матки не вскрыта, зашивают наложением узловых или восьмиобразных швов, причем при сшивании пользуются также кетгутом.

На серозно-мышечный слой матки накладывают тоже узловые или восьмиобразные кетгутовые швы.

7. При наличии значительных дефектов серозно-мышечного покрова матки рекомендуется резецировать сальник и произвести свободную пластику образованной матки сальником, применяя при подшивании сальника к матке тонкие кетгутовые швы. При образовавшихся дефектах передней стенки матки можно производить также пластику брюшинной мочевого пузыря или брюшиной пузырно-маточной складки.

При консервативно-пластических операциях у наших 1075 больных мы имели только один смертельный исход. Однако должны указать, что из этого ни в коей мере не следует, что эти операции проще и легче выполнимы, чем радикальные операции (полное удаление и надвлагалищная ампутация матки).

По технике выполнения консервативно-пластические операции более сложны, чем радикальные, и к ним следует подходить с большим вниманием, осторожностью, а главное, имея хорошую хирургическую подготовку, в особенности по производству пластических операций. В руках недостаточно опытного врача данные операции могут дать и смертность, и значительно более высокий процент послеоперационных осложнений.

Операции по поводу фибромиомы в наших модификациях производятся не только нами лично, но и нашими учениками. Результаты, достигнутые нами при оперативном лечении фибромиом, весьма ободряющие в отношении малого процента осложнений по ходу операции, незначительного процента послеоперационных осложнений, низкой

летальности при радикальных операциях и почти полного отсутствия смертельных исходов при консервативно-пластических операциях. Это объясняется тем, что мы много внимания уделяем разработке наиболее целесообразной техники и методики операций, а также тщательно следим за плановостью их выполнения.

Как уже указано выше, при выполнении операций мы стараемся как можно меньше травмировать ткани. Мы учим подрастающее поколение врачей бережно обращаться с тканями, избегать травмирования и ушибания их инструментом и излишнего протирания тампонами при кровоточивости. Для смягчения травмы тканей мы широко пользуемся вазелиновым маслом.

Большое значение для получения благоприятных результатов имеет и продолжительность операции. Выполняя операцию, мы никогда не торопимся и не гонимся за скоростью ее выполнения, но тем не менее считаем, что излишняя продолжительность операции и медлительность в проведении ее не могут не сказаться отрицательно на результатах.

При зашивании брюшной стенки при всех видах полостных операций, выполняемых посредством как поперечного, так и продольного разреза брюшной стенки, мы давно (в течение почти 35 лет) применяем подкожный несъемный тонкий кетгутовый шов, который требует меньше времени при наложении и косметичен. Этот шов, особенно при поперечном разрезе брюшной стенки, в последующем совершенно незаметен. Мы всегда удивляемся, почему в хирургической и гинекологической практике этим швом почти не пользуются.

Шестнадцать наиболее характерных модификаций консервативно-пластических операций были зарисованы по ходу операции. Зарисовки операций приводятся ниже вместе с изложением истории болезни оперированных.

## **ОПЕРАЦИИ БЕЗ ВСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ**

### **Иссечение большого фиброзного узла из дна и задней стенки матки**

История болезни № 20048. Больная С., 37 лет, поступила 13/XI 1953 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Менструации с 15 лет, по 4—5 дней, через 21 день, установились сразу, безболезненные, необильные. Половая жизнь с 22 лет. Была одна беременность, которая закончилась срочными родами 13 лет назад (в 1940 г.). С 1951 г. менструации стали продолжительными (до 8 дней) и очень обильными. Жалуется на чувство тяжести внизу живота.

При осмотре прощупывается опухоль величиной с пятимесячную беременность, плотная, исходящая из задней маточной стенки. Матка отдельно не контурируется. Своды свободны. Шейка матки при осмотре в зеркалах без изменений.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: обильные менструации и большая величина опухоли.

21/XI консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной с пятимесячную беременность, исходящая частично из дна и отчасти из задней маточной стенки. Придатки без изменений. Опухоль уменьшена в размере путем винтования и выведена из брюшной полости (рис. 1).

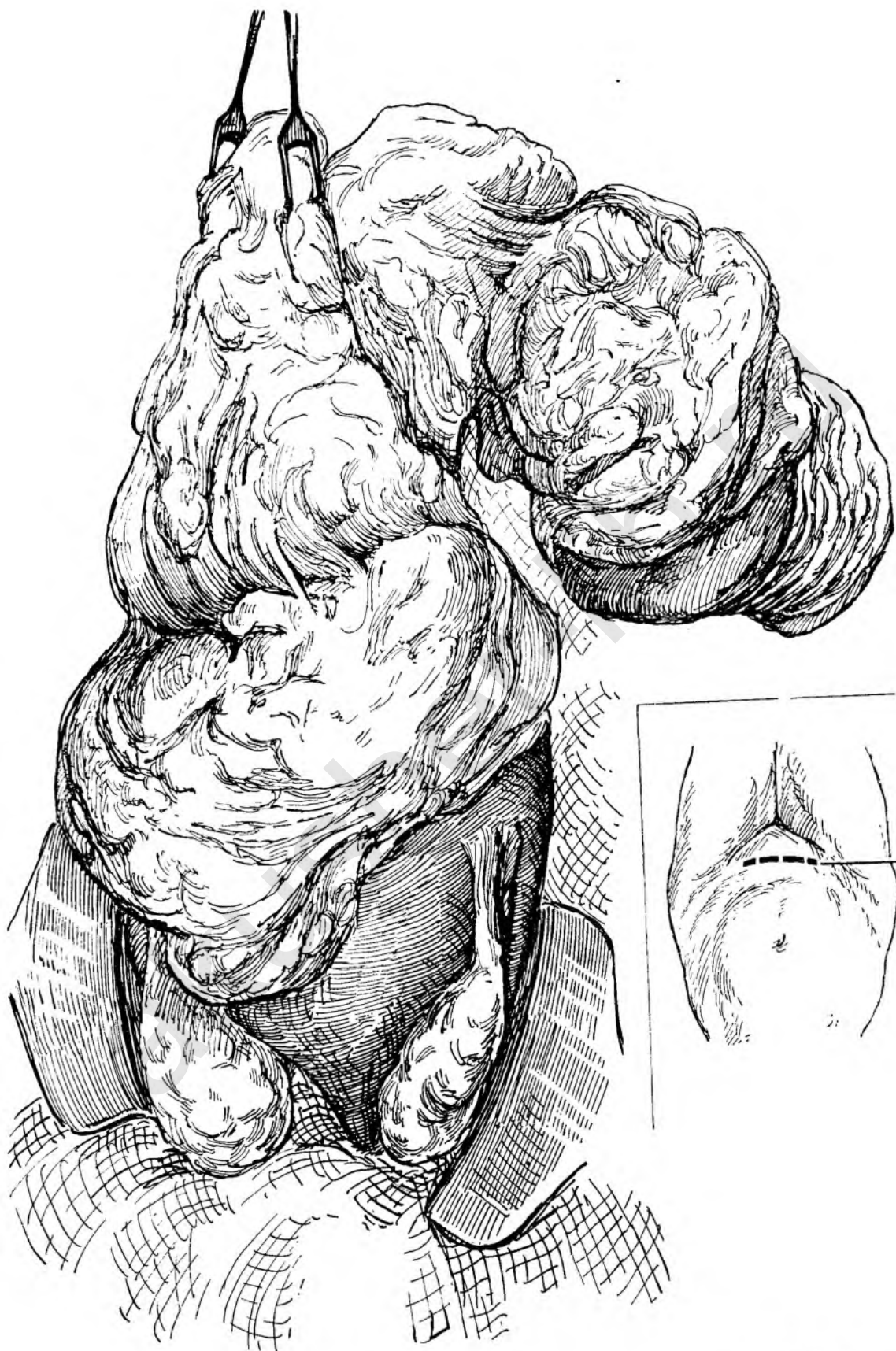


Рис. 1. Узел фибромиомы величиной с пятимесячную беременность, исходящий из дна и задней маточной стенки. Путем винтования уменьшен в размере для того, чтобы было можно его извлечь через поперечный разрез брюшной стенки.  
1 — поперечный разрез в области лобка.

Кровоточащие сосуды клеммированы и обшиты узловыми кетгутовыми швами. Узел фибромиомы удален с иссечением значительного количества мышечной ткани в области дна и задней стенки матки.

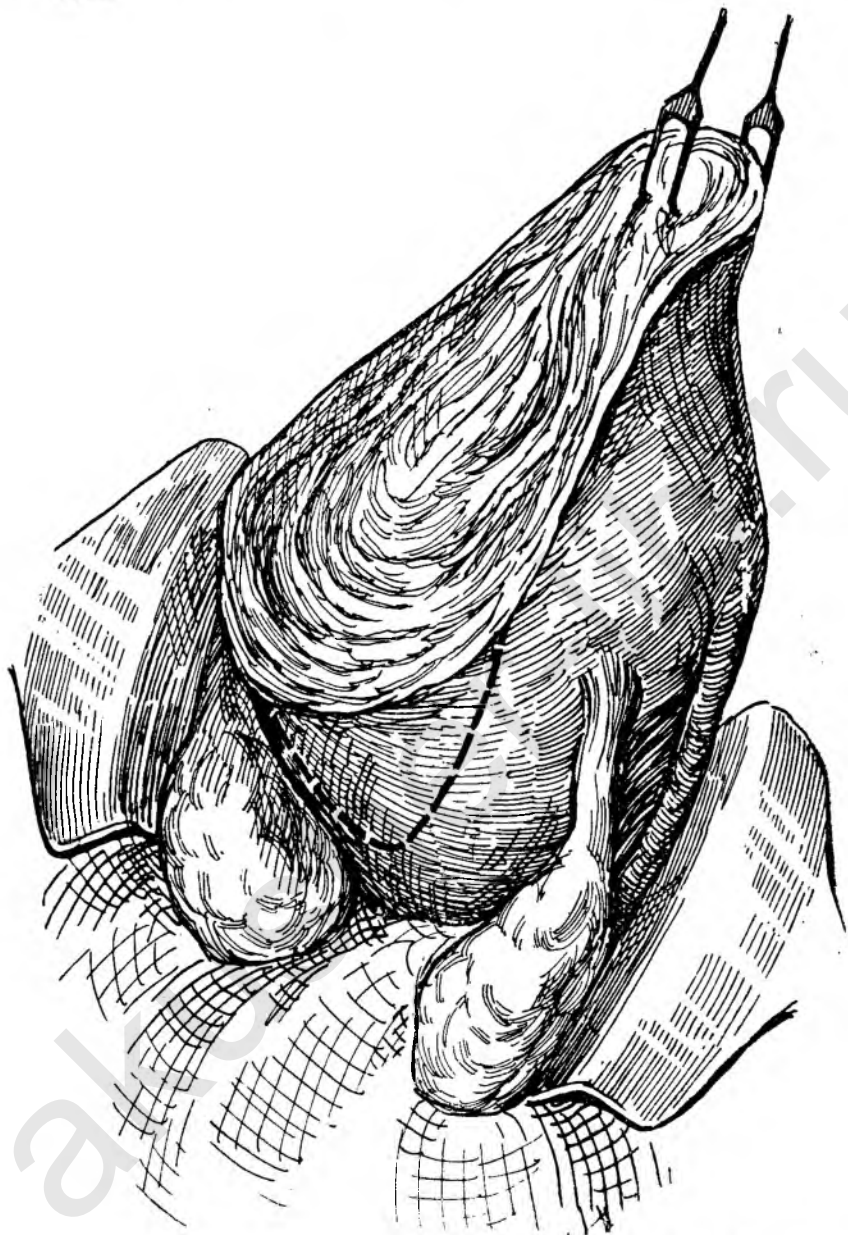


Рис. 2. Вид матки после удаления опухоли. Пунктиром дана линия намеченного среза избытка серозно-мышечной ткани задней стенки матки.

После удаления узла часть задней маточной стенки иссечена (рис. 2). Полость матки при удалении узла не была вскрыта. На мышечную ткань матки наложены узловые кетгутовые швы. Второй ряд швов наложен на серозно-мышечный покров матки. Получившийся избыток маточной ткани

в области дна матки иссечен для того, чтобы матка приобрела нормальную форму и размер (рис. 3). Шов на матке расположен по середине задней маточной стенки и в области дна матки имеет изгиб в направлении правого маточного угла. Придатки с обеих сторон сохранены и связь их с маткой не нарушена (рис. 4). Брюшная стенка послой-

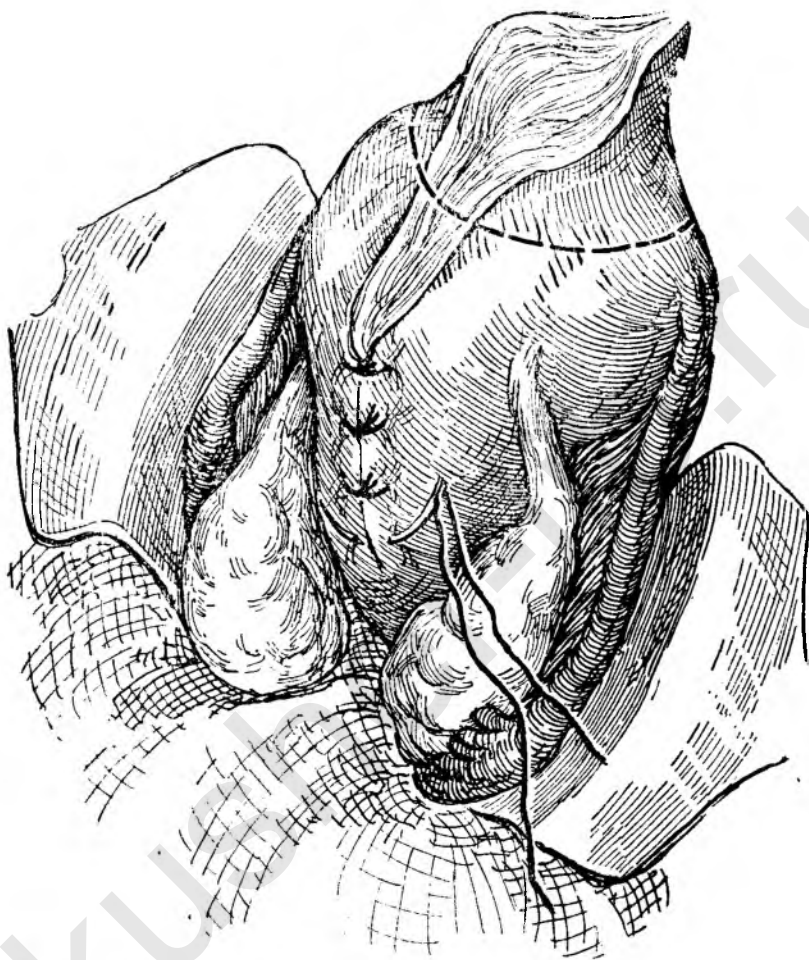


Рис. 3. На серозно-мышечный покров задней стенки матки накладывают ряд узловых кетгутовых швов. Пунктир показывает линию последующего иссечения избытка серозно-мышечной ткани в области дна матки для придания матке нормального размера и формы.

но защита наглухо, наложен подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструальная и детородная функции сохранены.

Гистологическое исследование: фибромиома матки с участками гиалиноза.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана 4/XII, на 13-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Осмотр 18/IV 1956 г. (через 2 $\frac{1}{2}$  года после операции) показал: матка нормальной величины, безболезненна. Слева прощупываются

слегка увеличенные, но безболезненные придатки. Справа придатки не изменены. Менструации протекают нормально, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половое чувство сохранено, половой жизнью живет. От беременности предохраняется.

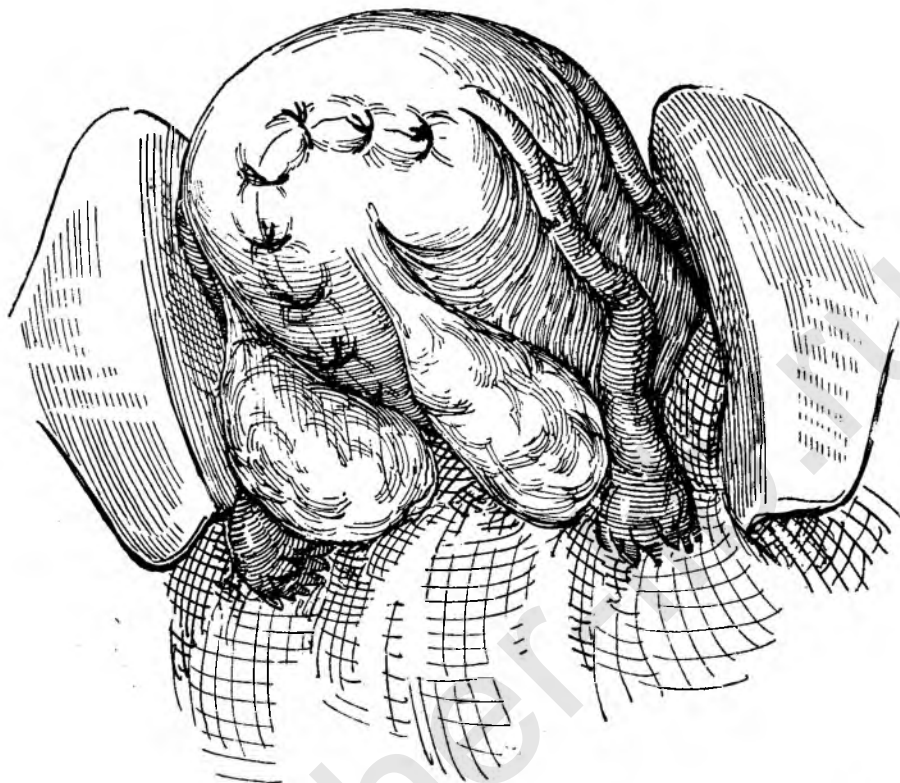


Рис. 4. Вид сформированной матки после ее пластики. Шов проходит посередине задней маточной стенки и имеет изгиб по направлению к правому маточному углу.

### Дефундация без вскрытия полости матки

История болезни № 19865. Больная П., 43 лет, поступила 10/XI. 1953 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 21 день, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 22 лет. Беременности 2, из них в 1935 г. аборт и в 1944 г. срочные роды с разрывом промежности. Воспалительными заболеваниями половых органов не болела.

В июле 1952 г. при прохождении курортной комиссии была обнаружена фиброма матки величиной с грецкий орех. С этого времени больная находилась под наблюдением гинеколога. С сентября 1953 г. стала отмечать периодические кровянистые выделения между менструациями продолжительностью по 3—5 дней. Фиброма увеличилась до размеров апельсина.

При поступлении жалуется на кровянистые выделения, не связанные с менструацией, и на подтекание мочи при кашле и напряжениях.

При осмотре шейка в зеркалах чистая, наружный зев приоткрыт. Прощупывается большой фиброзный узел размером с четырехмесячную



беременность слева от матки и узел поменьше справа. Имеется значительное опущение стенок влагалища.

Клинический диагноз: фиброма матки, опущение стенок влагалища. Показания к операции: большой размер опухоли, наличие мажущихся кровянистых выделений в межменструальный период, быстрый рост опухоли.

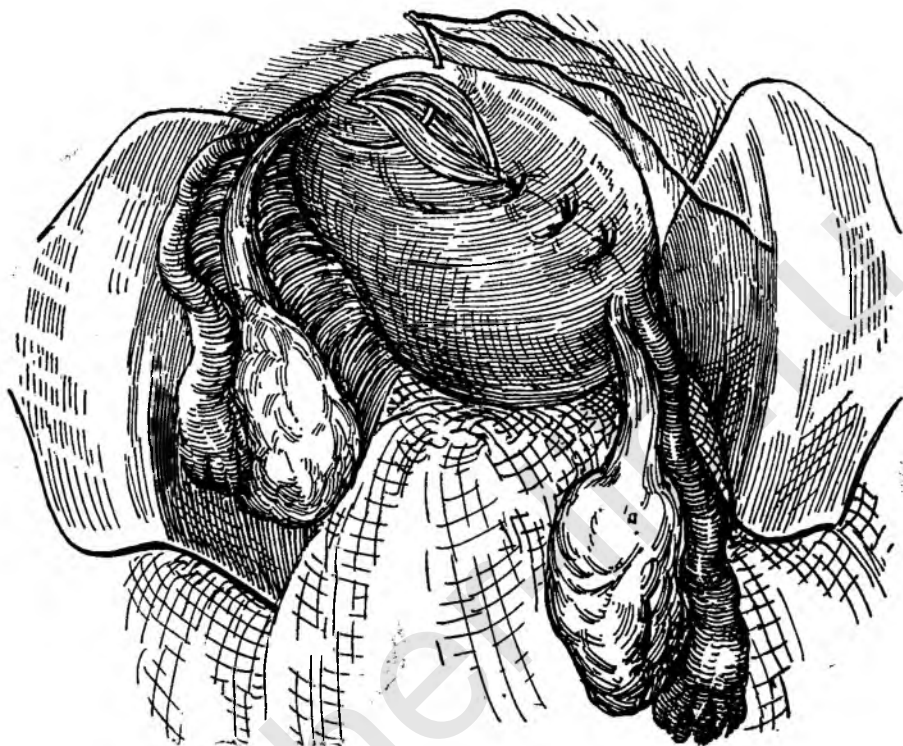


Рис. 6. Наложение узловых швов на серозно-мышечный покров дна матки после произведенной дефундации без вскрытия полости матки.

21/XI консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что матка увеличена за счет большого узла фибромиомы величиной с четырехмесячную беременность, расположенного в области дна матки больше слева, и узла меньшего размера в области дна справа. Придатки с обеих сторон без изменений. Опухоль надсечена, выведена из брюшной полости и иссечена с частью мышечной ткани дна матки — дефундация без вскрытия полости матки (рис. 5). На серозно-мышечный покров в области дна матки наложены узловыи кетгуттовые швы (рис. 6). Произведен тщательный гемостаз. Перитонизация. Брюшная стенка послойно зашита наглухо, наложен подкожный шов. Матка получилась маленькая, округлой формы, с шестью узловыми швами, симметрично проходящими в области ее дна (рис. 7). Менструальная и детородная функции при операции сохранены. Операция прошла без осложнений.

Больная перемещена в положение для влагалищной операции и ей произведена пластика задней стенки влагалища и промежности и пластика уретры по поводу неудержания мочи.

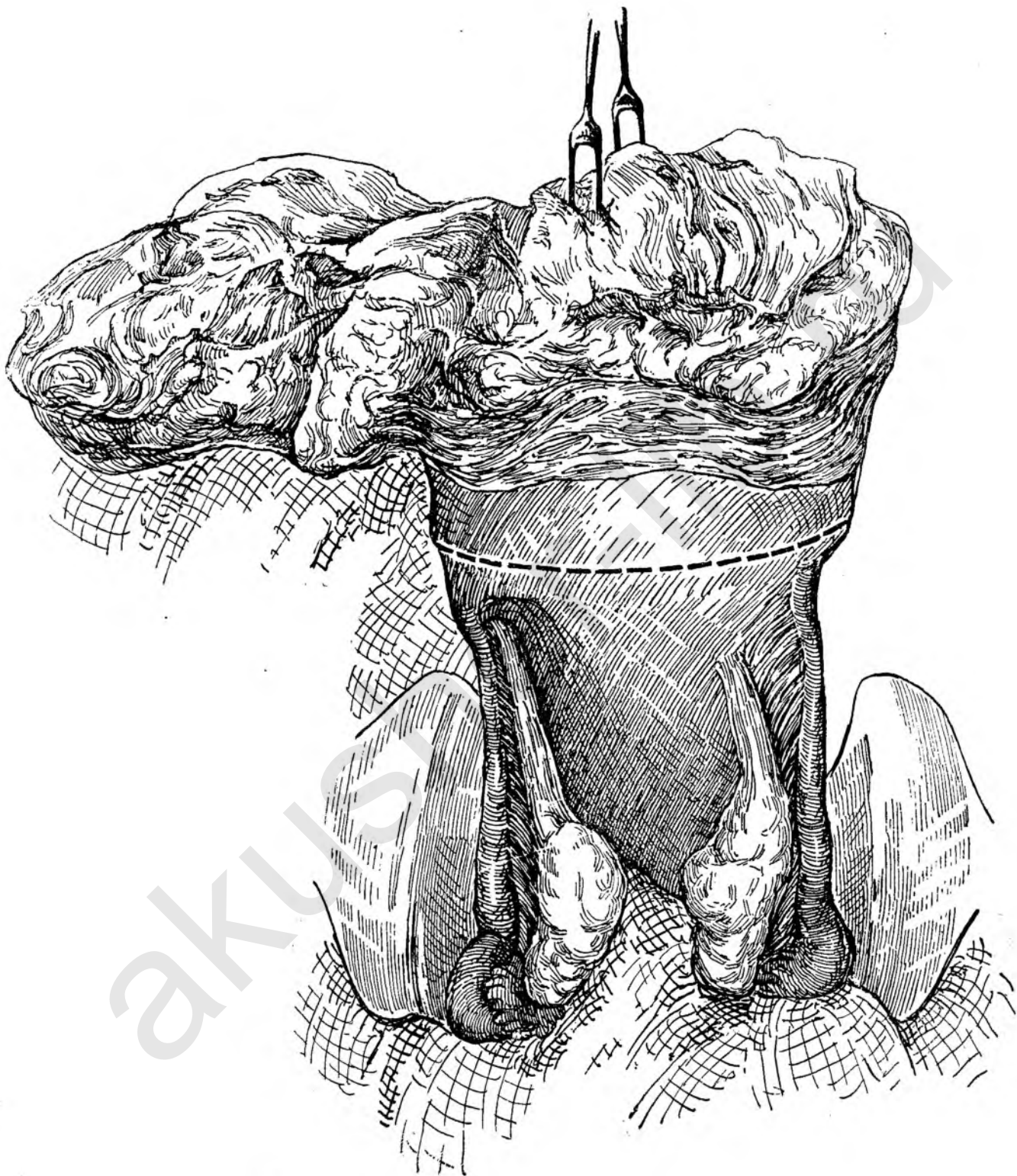


Рис. 5. Опухоль дна матки надсечена и выведена из брюшной полости. Пунктиром показана линия иссечения дна матки с опухолью.

Гистологическое исследование опухоли показало фибромиому матки.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана 5/XII, на 14-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Осмотр 8/XII 1954 г. (через год после операции) показал: шейка матки в зеркалах чистая. Матка нормальной величины в ретропозиции,

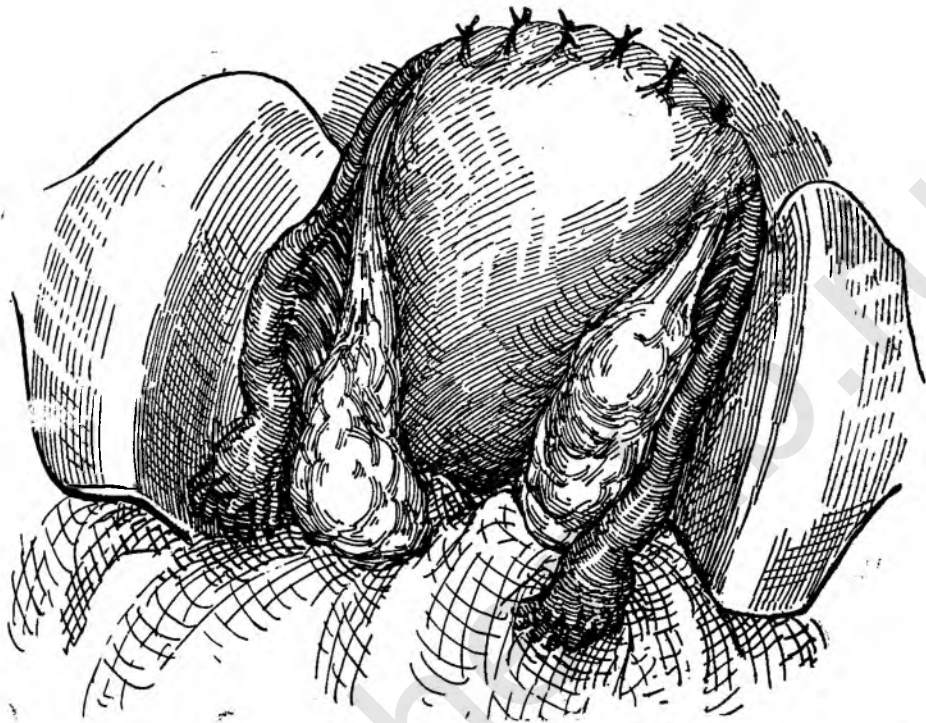


Рис. 7. Окончательный вид сформированной матки со стороны ее задней стенки после дефундации. В области дна матки наложено 6 узловых швов.

безболезненна. Придатки не увеличены, безболезненны. Больная сообщила, что менструации протекают нормально. Половое чувство сохранено. Половой жизнью живет. От беременности предохраняется. Мочу удерживает хорошо. Самочувствие хорошее, жалоб нет.

#### **Удаление забрюшинной фибромы нижнего сегмента задней стенки и шейки матки**

История болезни № 14230. Больная П., 42 лет, поступила 3/IX 1954 г. с явлениями острой задержки мочи.

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 4 недели. В течение последних 6 лет менструации стали скудными. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей шесть, из них две закончились срочными родами, чегыре — искусственными абортами. После первого аборта, произведенного в 1934 г., больная в течение 4 месяцев болела перитонитом. Затем в 1937 г. были нормальные срочные роды. Последняя беременность в 1947 г. — произведен аборт. Болела воспалением придатков, длительно лечилась амбулаторно, принимала грязелечение.

В последнее время появились периодические задержки мочеиспускания, мочу приходилось спускать катетером. Гинеколог, к которому

обратилась больная, обнаружил фибромиому матки и рекомендовал оперативное лечение.

3/IX больная поступила в гинекологическую клинику по поводу острой задержки мочи. Моча слущена катетером. Температура при поступлении 37,6°. Анализ крови: гемоглобина 68%, лейкоцитов 10 400.

При осмотре шейка в зеркалах чистая, маленькая, цилиндрическая. Определяется опухоль матки величиной с четырехмесячную беременность, расположенная интралигаментарно и вколоченная в малом тазу.

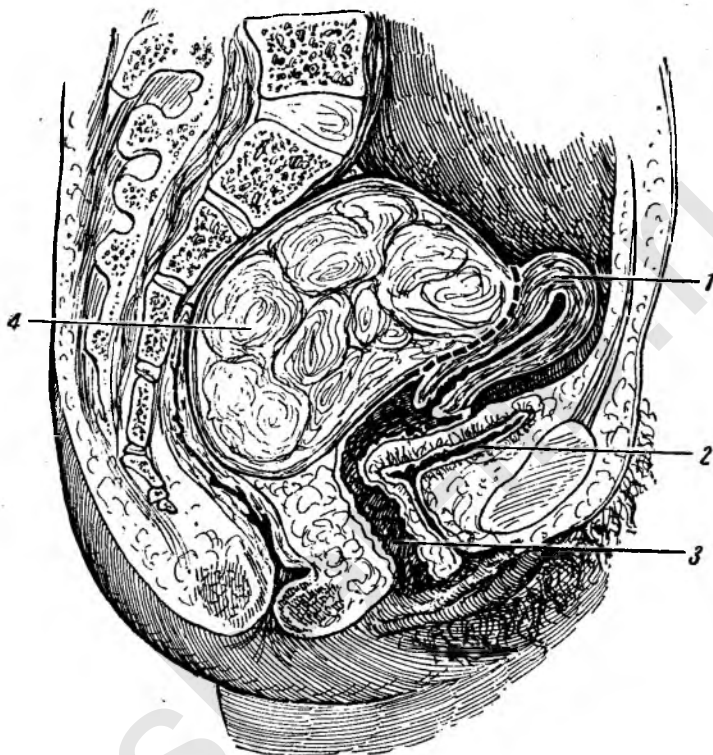


Рис. 8. Анатомические соотношения при забрюшинной фибромиоме нижнего сегмента задней стенки и шейки матки в сагиттальном разрезе.

1 — матка; 2 — мочевого пузырь; 3 — влагалище; 4 — забрюшинная опухоль, исходящая из нижнего сегмента задней стенки и шейки матки.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: большой размер опухоли и периодические задержки мочеиспускания.

6/IX консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что тело матки нормальной величины, неизмененное. В области нижнего сегмента задней стенки и шейки матки имеется опухоль величиной с четырехмесячную беременность (зашеечная фибромиома), расположенная забрюшинно в полости малого таза (рис. 8). Левые придатки матки и правый яичник без изменений, правая труба запаяна в ампулярном отделе. Рассечена правая круглая связка и произведено расслоение широкой связки. Надсечена брюшина дугласова пространства над опухолью, последняя захвачена пулевыми щипцами (рис. 9) и удалена кускованием без вскрытия полости матки

(рис. 10). По техническим причинам перевязана маточная артерия и сосудистый пучок слева. По удалении опухоли на мышечный слой задней стенки и шейки матки наложен первый ряд узловых кетгутовых швов без прошивания слизистой оболочки. Удалена правая измененная труба посредством клиновидного иссечения ее маточного конца (рис. 11, а). После удаления трубы наложен непрерывный шов на мезосальпинкс и произведено обшивание правого маточного угла

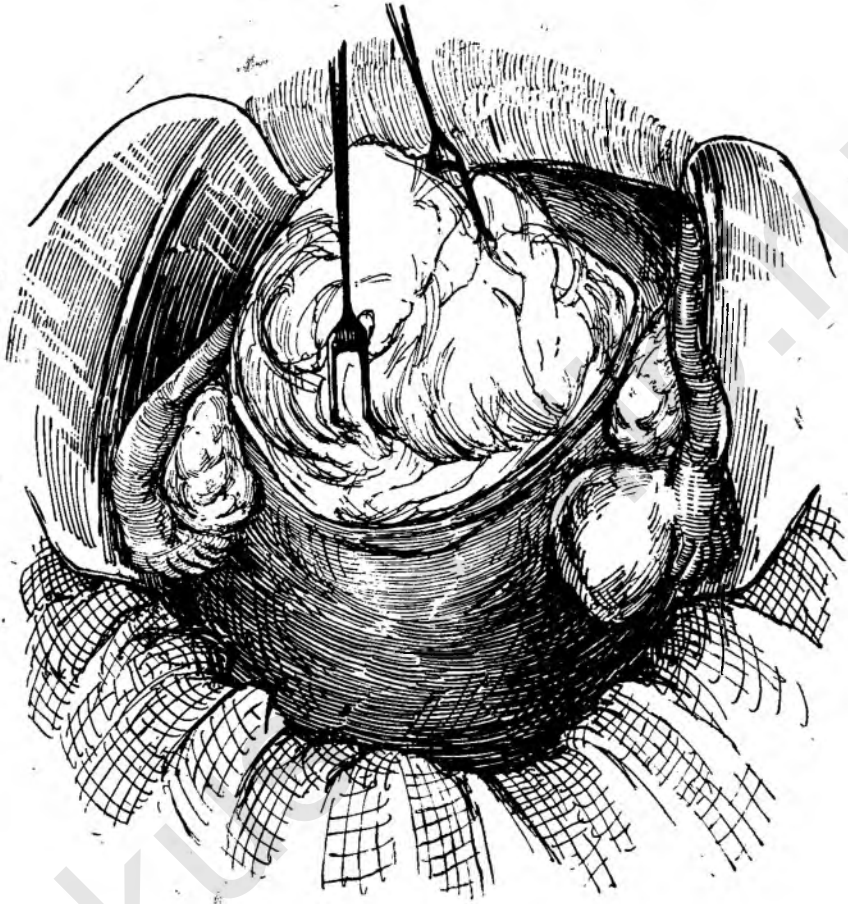


Рис. 9. Брюшина дугласова пространства надсечена над опухолью и опухоль захвачена пулевыми щипцами. Для наглядности в брюшную рану выведены придатки матки.

(рис. 11, б). Вторым рядом узловых кетгутовых швов ушит серозно-мышечный покров задней маточной стенки и шейки матки. Произведен тщательный гемостаз, а затем ушита ранее вскрытая (для удаления опухоли) брюшина дугласова пространства (рис. 12). Рассеченная в начале операции правая круглая связка обшита кетгутовым швом и подшита к матке. Получилась матка нормального размера и формы (рис. 13). Брюшная полость осушена тампонами, смазана вазелиновым маслом и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложен подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструации сохранены. Не исключена возможность наступления беременности.

Гистологическое исследование удаленной опухоли: фибромиома матки, местами с гиалинозом. В трубе серозная киста с выстилкой из однослойного цилиндрического эпителия.

Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана 22/IX, на 16-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

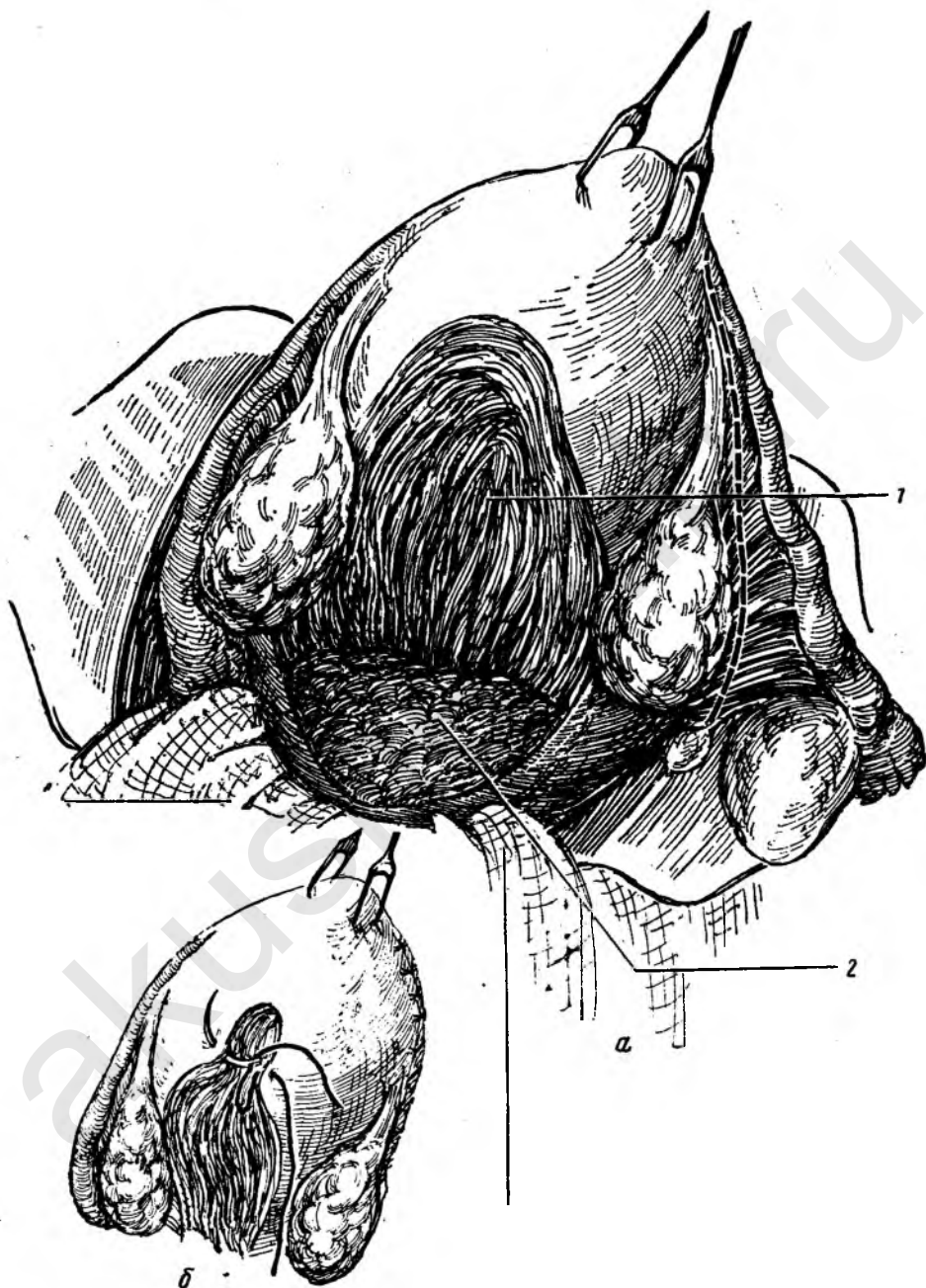


Рис. 11.

*a* — матка по удалении опухоли, полость ее не вскрыта. Видна забрюшинная клетчатка и обнаженный мышечный слой матки. Пунктиром показана линия последующего отсеечения трубы.

*1* — мышечная ткань матки; *2* — забрюшинная клетчатка.

*б* — начало ушивания задней стенки матки. На угол матки и связку трубы по удалении трубы наложен непрерывный шов.



Рис. 10. Кускование опухоли.  
1 — мышечная ткань матки; 2 — забрюшинная клетчатка.

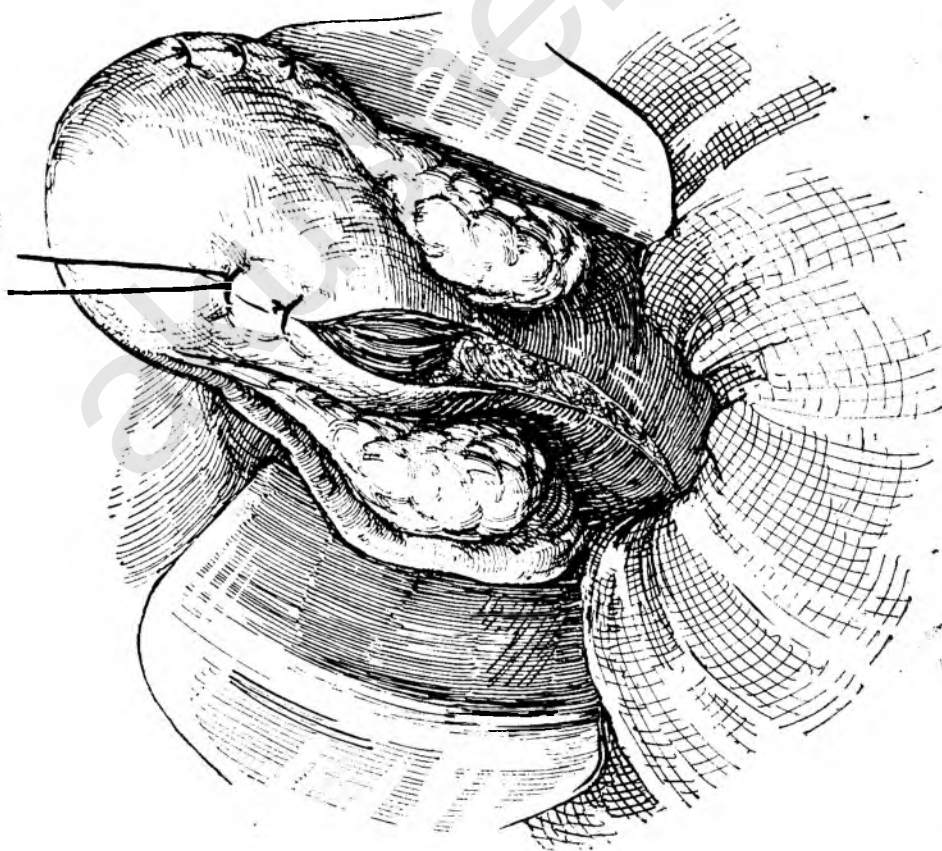


Рис. 12. Начало ушивания задней стенки матки и брюшины Дугласова пространства.

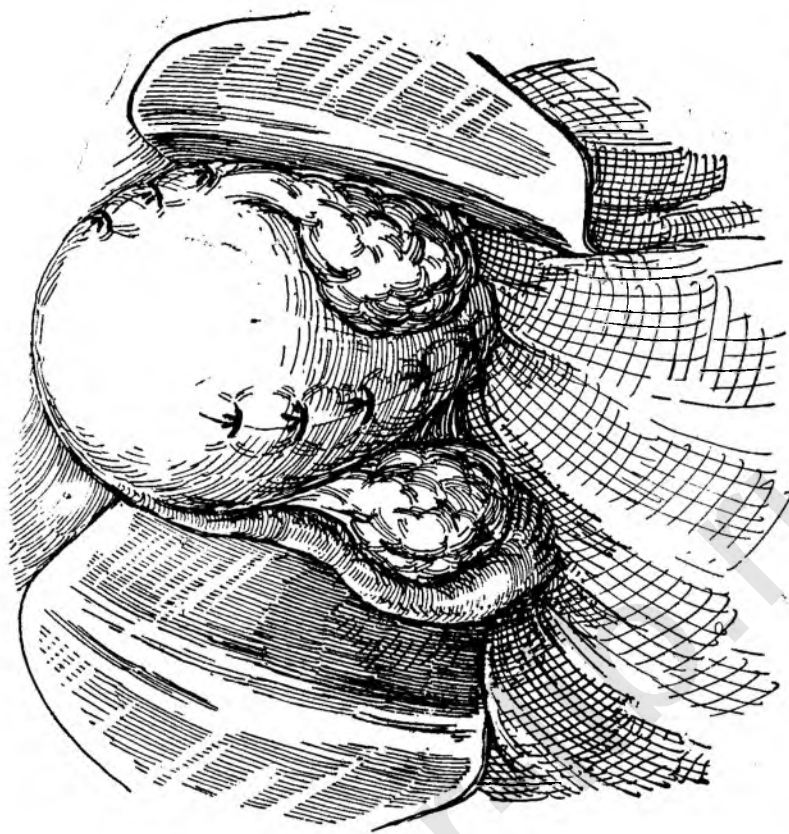


Рис. 13. Окончательный вид сформированной матки после ее пластики.



При осмотре 4/VI 1955 г., через 9 месяцев после операции, матка в положении anteversio, слегка увеличена, узлы опухоли не прощупываются, придатки не определяются. Шейка цилиндрической формы, при осмотре в зеркалах чистая. Больная сообщила, что менструирует по 3—4 дня через месяц; менструации умеренные, безболезненные. Самочувствие хорошее. Половой жизнью живет, испытывая нормальные половые ощущения; от беременности предохраняется.

## ОПЕРАЦИИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ МАТКИ

### Иссечение интерстициального узла из задней стенки и дна матки

История болезни № 14821. Больная П., 44 лет, поступила 18/VIII 1953 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 2—3 дня, через 4 недели, обильные, болезненные. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей четыре, из них первая закончилась родами, а последующие три — искусственными абортами. Десять лет назад после аборта болела воспалением придатков матки.

Фибромиома матки размером с апельсин обнаружена 2 года назад. Больная не лечилась, так как заболевание не вызывало никаких жалоб. За последний год менструации очень обильные, особенно в первые 4 дня с момента их начала, и продолжаются по 5—6 дней. При осмотре прощупывается опухоль матки величиной с пятимесячную беременность. Шейка в зеркалах чистая. Своды свободны. Придатки не определяются.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: обильные и продолжительные менструации, большой размер опухоли.

31/VIII консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена фибромиома величиной с пятимесячную беременность, расположенная в толще задней стенки, ближе к дну матки. Путем винтования опухоль уменьшена в размере и выведена из брюшной полости. Задняя стенка матки надсечена для последующего удаления опухоли. В связи с тем, что при иссечении опухоли в подлежащем мышечном слое ближе к правому углу матки обнаружен еще один интерстициальный узел опухоли, произведено иссечение большей части задней стенки матки (рис. 14). При удалении опухоли и иссечении части мышечной ткани матки полость матки была вскрыта в двух местах. В одно из отверстий, ведущих в полость матки, вставлен катетер (рис. 15). Стенки полости матки осторожно проверены кюреткой и полость матки под контролем катетера ушита рядом узловых кетгутовых швов, наложенных на мышечный слой матки, без прошивания слизистой оболочки (рис. 16). Осмотрены придатки — они без значительных изменений. В правой трубе у места впадения ее в матку имелось небольшое, с горошину, уплотнение. Правый угол матки вместе с маточным концом трубы иссечен. Труба резецирована и обшита. Наложены второй ряд узловых кетгутовых швов на серозно-мышечный покров задней стенки матки. Сформированная матка получила нормального размера и формы. Шов проходит по ее задней стенке и в области дна переходит на правый маточный угол, где в шов захвачена и подшита к матке отсеченная ранее правая труба. В связи с тем, что иссечена значительная часть задней стенки матки, при стягивании поверхностного шва оба яичника подтянулись друг к другу и расположились посередине задней стенки матки почти рядом (рис. 17). Произведен



Рис. 14. Узел фибромиомы величиной с пятимесячную беременность, исходящий из задней стенки и дна матки, винтованием уменьшен в размере и выведен из брюшной полости. Пунктиром показана линия последующего иссечения части задней стенки матки для получения матки нормального размера.



Рис. 15. При удалении опухоли и иссечении большей части мышечной задней маточной стенки полость матки вскрыта в двух местах. В одно из отверстий полости матки введен катетер.

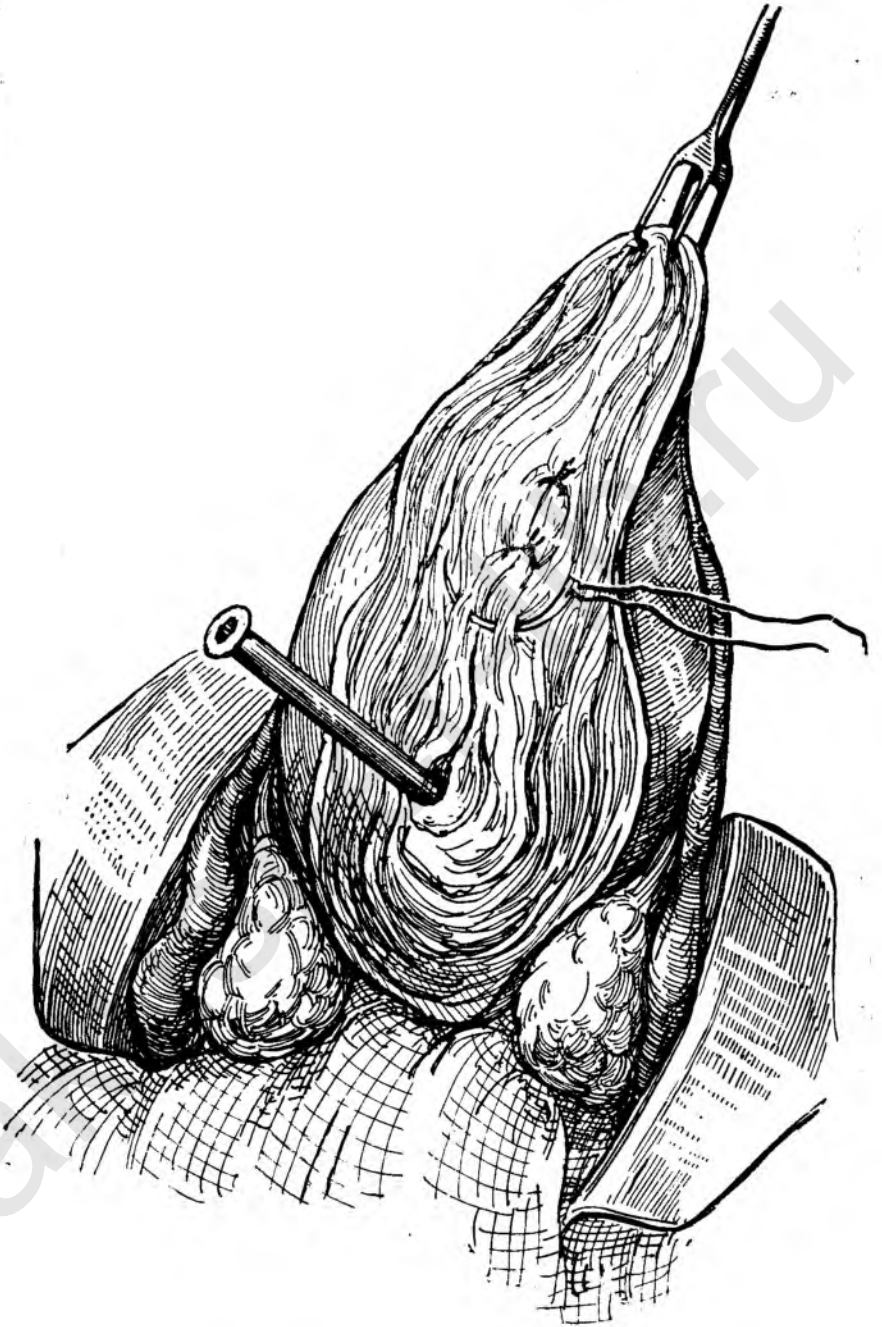


Рис. 16. Под контролем катетера на мышечную стенку матки накладывают узловые кетгутовые швы без прошивания слизистой оболочки.

гемостаз. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожный шов. Менструации и возможность наступления беременности при операции сохранены. Операция прошла без осложнений.

Гистологическое исследование удаленной опухоли показало фибромиому матки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана 13/IX, на 13-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

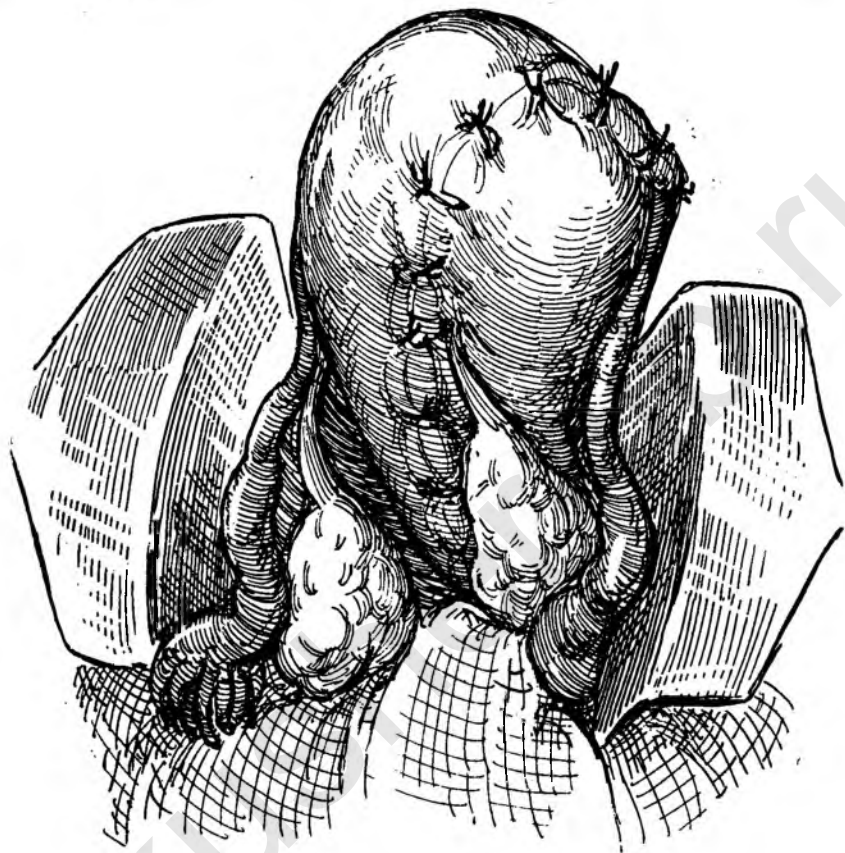


Рис. 17. Окончательный вид сформированной матки после наложения второго ряда узловых швов на ее серозно-мышечный покров. Шов идет снизу вверх по задней стенке и в области дна матки переходит на правый угол к месту отхождения маточной трубы.

Осмотр 17/XI 1954 г., через год после операции, показал: шейка при осмотре в зеркалах чистая; матка в anteversio, нормальной величины, подвижна, безболезненна; придатки не определяются, своды свободны. Менструации протекают нормально — по 3 дня через 21 день, безболезненные, умеренные. Половое чувство после операции усилилось. От беременности не предохраняется, пока беременности не наступило.

#### **Иссечение передней стенки матки с опухолью**

История болезни № 632. Больная К., 32 лет, поступила 11/I 1954 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Менструации с 14 лет, по 3 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, не беременела. Последние 3 года половой жизнью не живет.

Фибромиома матки была обнаружена 3 года назад; появились обильные менструации, которые продолжались по 7—10 дней; в перерыве между менструациями отмечались незначительные кровянистые выделения.

В октябре 1953 г. по поводу обильных кровянистых выделений обратилась к врачу, была рекомендована операция. При поступлении гемоглобина 36%. Обнаружена опухоль матки величиной с семимесячную беременность. Шейка матки не изменена.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: резкая анемия, кровотечения, большой размер опухоли.

16/1 консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной с семимесячную беременность, плотной консистенции. Кускованием опухоль уменьшена в размере и выведена из брюшной полости. При осмотре опухоли обнаружено, что она исходит из передней стенки матки. Опухоль иссечена с частью мышечной ткани передней стенки матки. Кровотечения при удалении опухоли не было. Всего удалено 10 фиброзных узлов (рис. 18).

По иссечении опухоли обнаружено, что ложе ее расположено непосредственно над слизистой полости матки. При удалении ложа опухоли полость матки вскрыта на протяжении примерно 2 см, стенки ее выскоблены кюреткой. Узлов опухоли в полости матки не обнаружено (рис. 19). Стенки полости матки смазаны вазелиновым маслом, рана ушита узловыми кетгутowymi швами, наложенными на мышечный слой без прошивания слизистой оболочки. Обшиты сосуды. Иссечен избыток серозно-мышечной ткани с боковых поверхностей передней маточной стенки и в области нижнего сегмента матки, что было необходимо для придания матке нормального размера и формы, так как ткань ее передней стенки была значительно растянута опухолью (рис. 20). По окончании пластики матки наложены узловые кетгутые швы на серозно-мышечный покров передней стенки матки; шов получился в виде перевернутой поперек буквы Н, с одним продольным и двумя поперечными швами. По наложении швов матка приняла нормальную форму и размер. Шов в области нижнего сегмента матки был перитонизирован брюшиной мочевого пузыря (рис. 21). В области шейки матки иссечена часть клетчатки с брюшиной. Придатки не изменены — оставлены. Менструальная функция сохранена, не исключена возможность наступления беременности.

Операция прошла без осложнений. В брюшную полость перед ее закрытием введено 300 000 ЕД пенициллина. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожные швы.

Непосредственно после операции, в связи с резкой анемией, имевшейся до операции, и с тяжестью оперативного пособия у больной было шоковое состояние; поэтому было немедленно произведено переливание 500 мл донорской крови, дан кислород, подкожно введено 2 мл 20% камфары, 1 мл 10% кофеина. Больная была выведена из состояния шока.

Гистологическое исследование показало фибромиому матки с гиалинозом стромы.

Послеоперационное течение гладкое. В связи с низким процентом гемоглобина больной 2 раза перелита кровь — всего 850 мл. Больная выписана 28/1, на 12-й день после операции, в хорошем состоянии. Процент гемоглобина к моменту выписки возрос до 42.

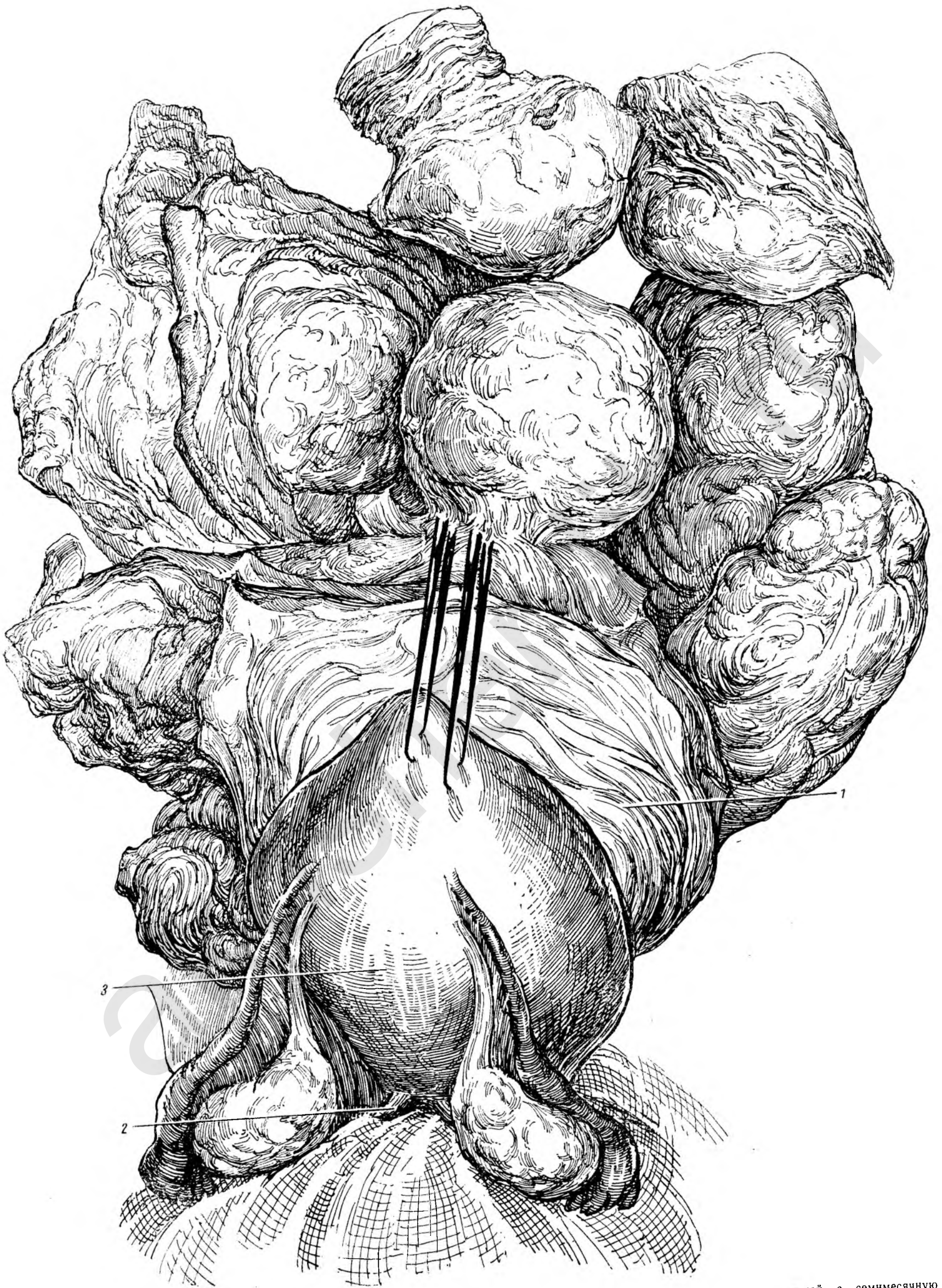


Рис. 18. Кускованием и винтованием выведена из брюшной полости фибромиома передней стенки матки величиной с семимесячную беременность.  
1 — пораженная мышечная ткань передней стенки матки; 2 — крестцово-маточные связки; 3 — задняя стенка матки.



Рис. 19. При удалении опухоли с иссечением значительной части передней стенки матки вскрыта полость матки и в нее введен катетер.  
 1 — удаляемая передняя стенка матки с частью иссеченной слизистой оболочки; 2 — вскрытая полость матки с введенным в нее катетером; 3 — обшитые сосуды.



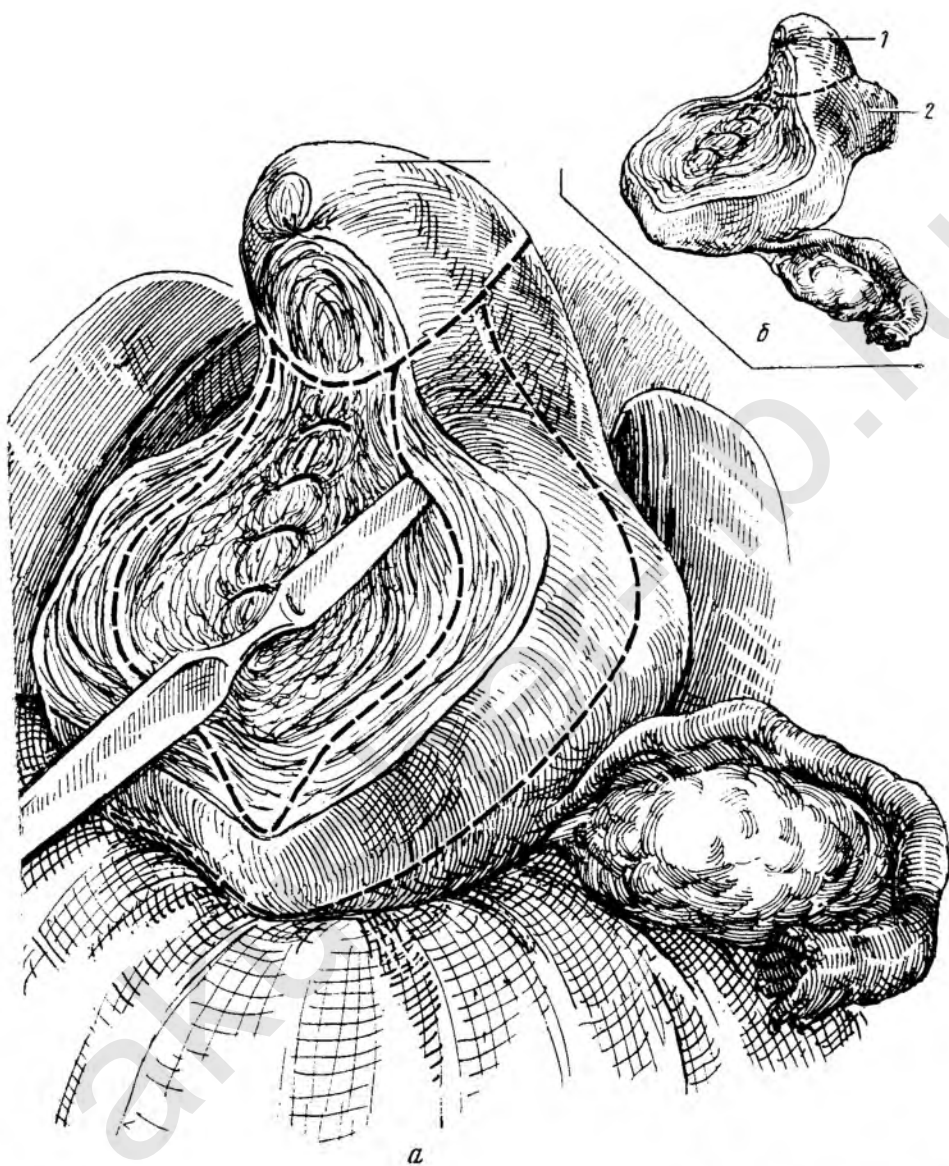


Рис. 20. *а* — раневая поверхность матки зашита узловыми швами без прошивания слизистой оболочки. Пунктиром показаны линии иссечения избытков растянутой серозно-мышечной ткани передней стенки и нижнего сегмента матки для придания матке нормальной формы и размера. Шейка матки не видна за выступом нижнего сегмента.

*1* — удаляемая часть нижнего сегмента матки.

*б* — положение шейки матки при профильном изображении.

*1* — удаляемая часть нижнего сегмента матки; *2* — шейка матки.

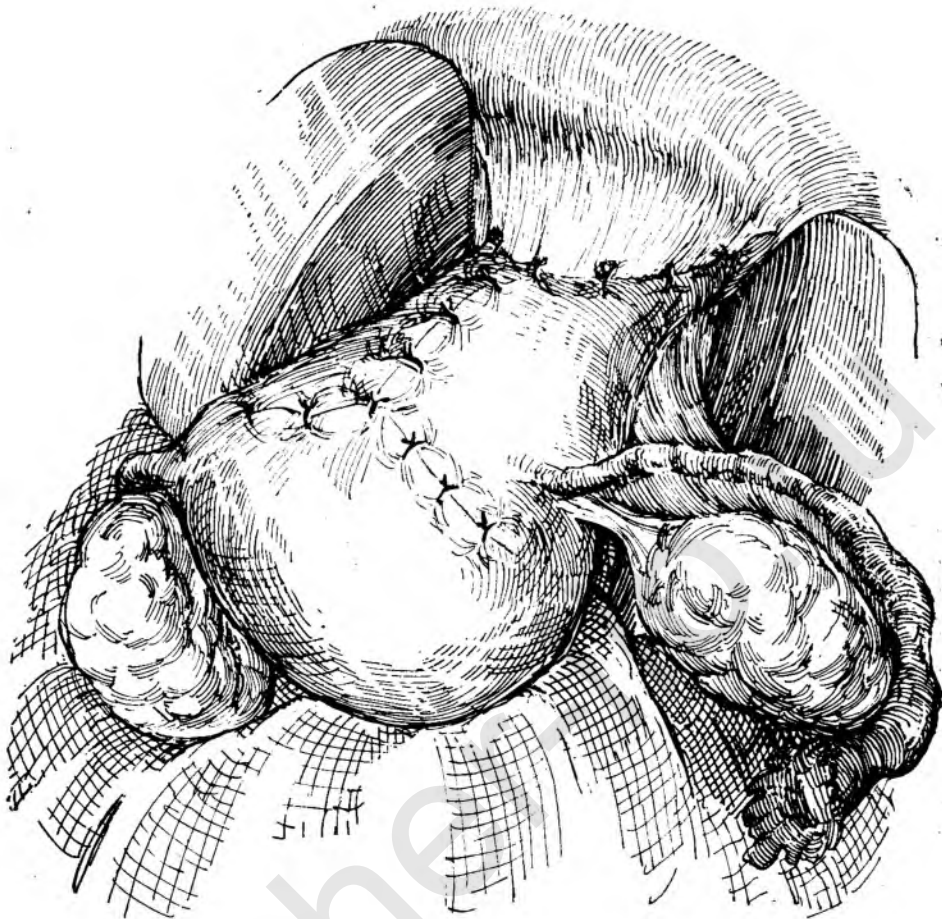


Рис. 21. Окончательный вид сформированной матки со стороны ее передней стенки. Нижний сегмент матки перитонизирован брюшиной пузырно-маточной складки.

**Удаление множественных фиброзных узлов из дна, передней и заднебоковой стенок матки с последующей перитонизацией матки брюшиной мочевого пузыря**

История болезни № 11243. Больная К., 30 лет, поступила 15/VII 1954 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4—5 дней, через месяц, умеренные, безболезненные. Половой жизнью не живет. Беременностей не было. Последние менструации в срок, протекали как обычно. Месяц назад при осмотре обнаружена опухоль в животе.

При осмотре определяется опухоль матки величиной с шестимесячную беременность, плотная, неподвижная, с множественными узлами.

Клинический диагноз: фиброма матки. Показания к операции: большой размер опухоли у женщины молодого возраста.

31/VII консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что матка за счет узлов фибро-

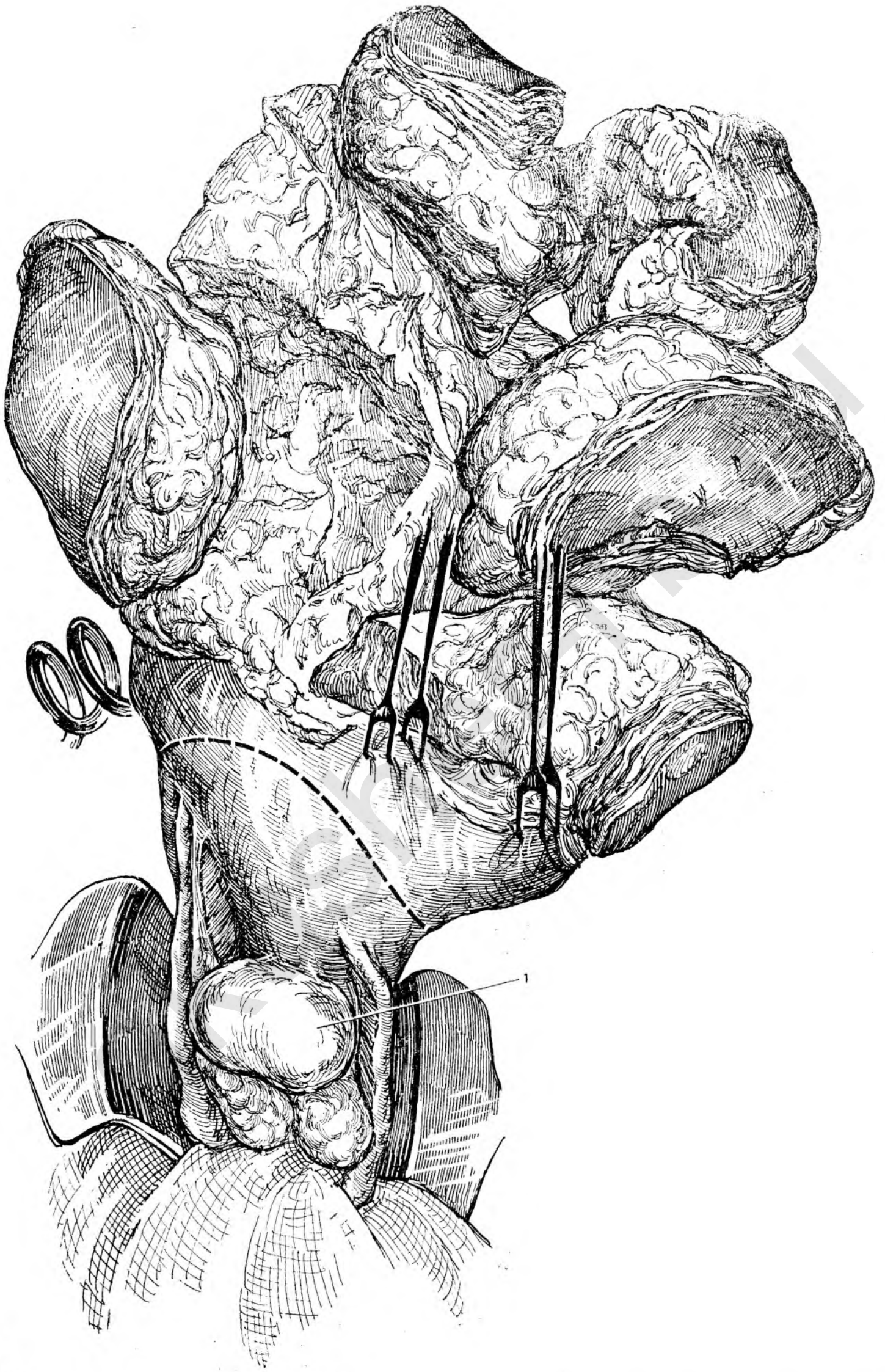


Рис. 22. Опухоль величиной с шестимесячную беременность удаляется из передней маточной стенки и дна матки путем кускования. На задней стенке матки виден узел опухоли величиной с мандарин, видны неизменные придатки матки. Пунктиром показана линия последующего иссечения опухоли.  
1 — узел опухоли, исходящий из задней стенки матки.

миомы увеличена в размерах до шестимесячной беременности. Большой узел фибромы определялся в передней маточной стенке, ближе к дну матки. Придатки с обеих сторон не изменены. Путем кускования узел, исходящий из дна и передней маточной стенки, уменьшен в размере,

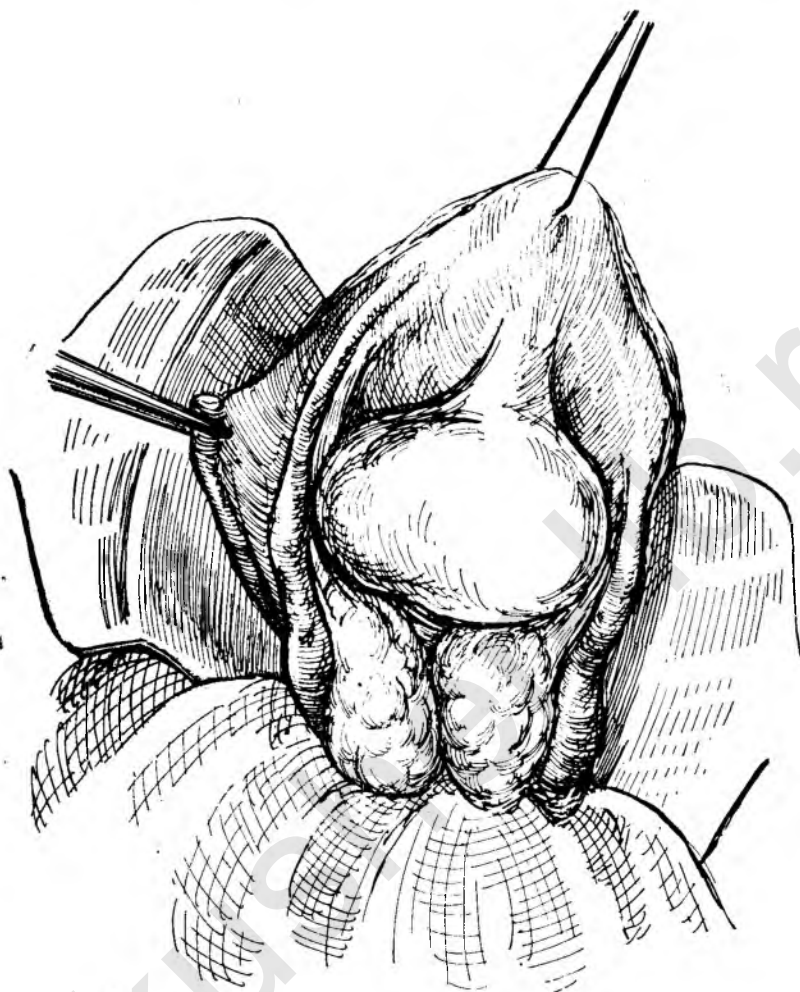


Рис. 23. Матка со стороны ее задней поверхности после удаления опухоли передней маточной стенки. На задней поверхности матки субсерозный узел фибромиомы величиной с мандарин.

выведен из брюшной полости и иссечен (рис. 22). По иссечении узла опухоли из передней стенки и дна матки осмотрена задняя стенка матки, на которой обнаружен субсерозный узел фибромиомы величиной с мандарин (рис. 23). Оказалось, что при удалении опухоли передней маточной стенки была отсечена левая круглая связка и на небольшом протяжении была вскрыта полость матки. На раневую поверхность наложены узловы кетгуты: первый ряд на мышечный слой матки без прошивания слизистой оболочки (рис. 24, а), второй ряд узловых кетгутовых швов наложен на мышечную ткань передней маточной стенки (рис. 24, б). Далее был иссечен узел фибромиомы из заднебоко-

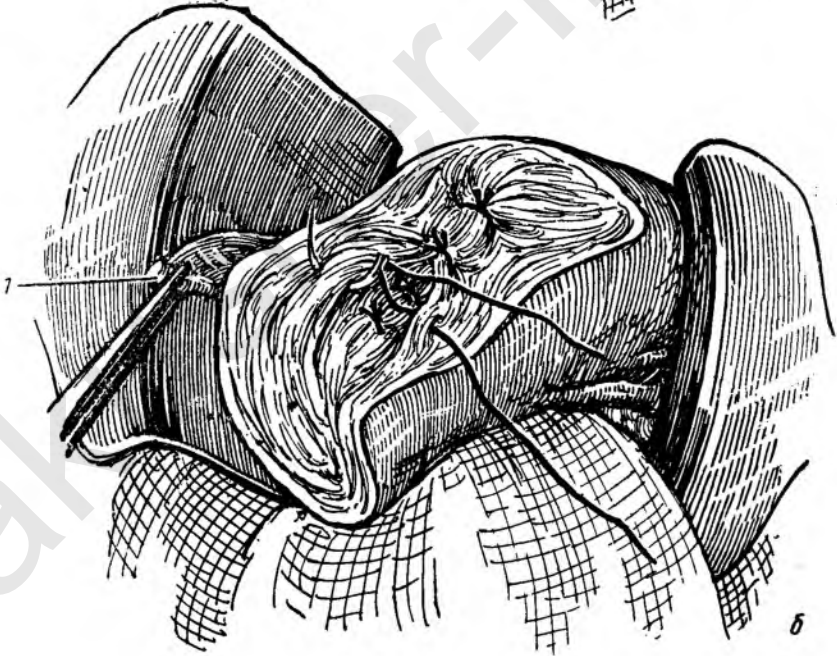
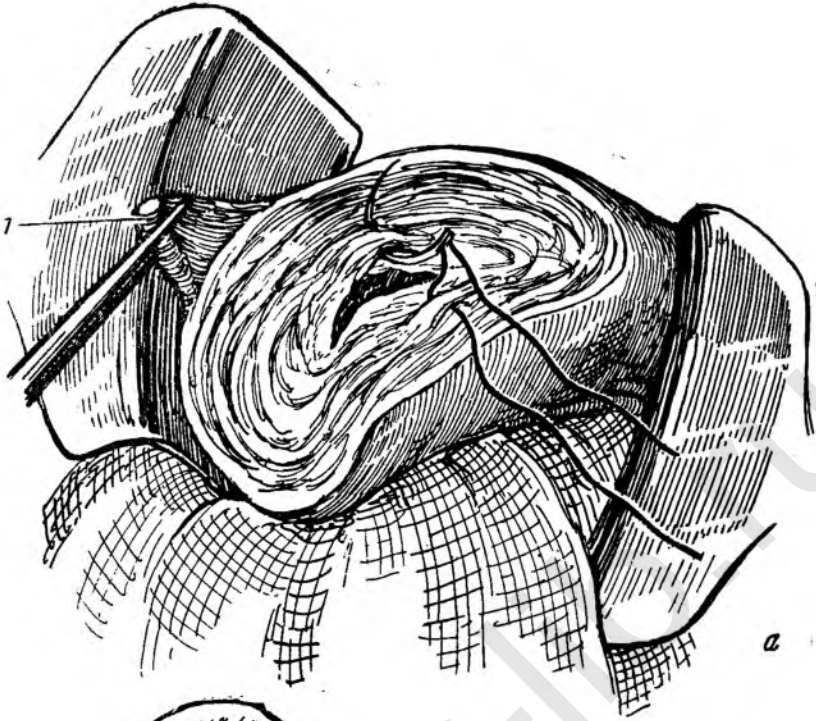


Рис. 24. Передняя маточная стенка по удалении опухоли. Полость матки вскрыта.

*а* — наложение первого ряда швов на мышечную ткань матки без прошивания слизистой оболочки.

*1* — левая круглая связка.

*б* — наложение второго ряда швов на мышечную ткань матки.

*1* — левая круглая связка.

вой стенки матки, причем полость матки при этом не вскрывали. На заднебоковую стенку матки наложен двухэтажный кетгутовый шов (рис. 25). Затем мы вновь перешли к передней маточной стенке, наложили на ее серозно-мышечный покров третий ряд швов, в направлении снизу вверх, и иссекли избыток серозно-мышечной ткани в области дна

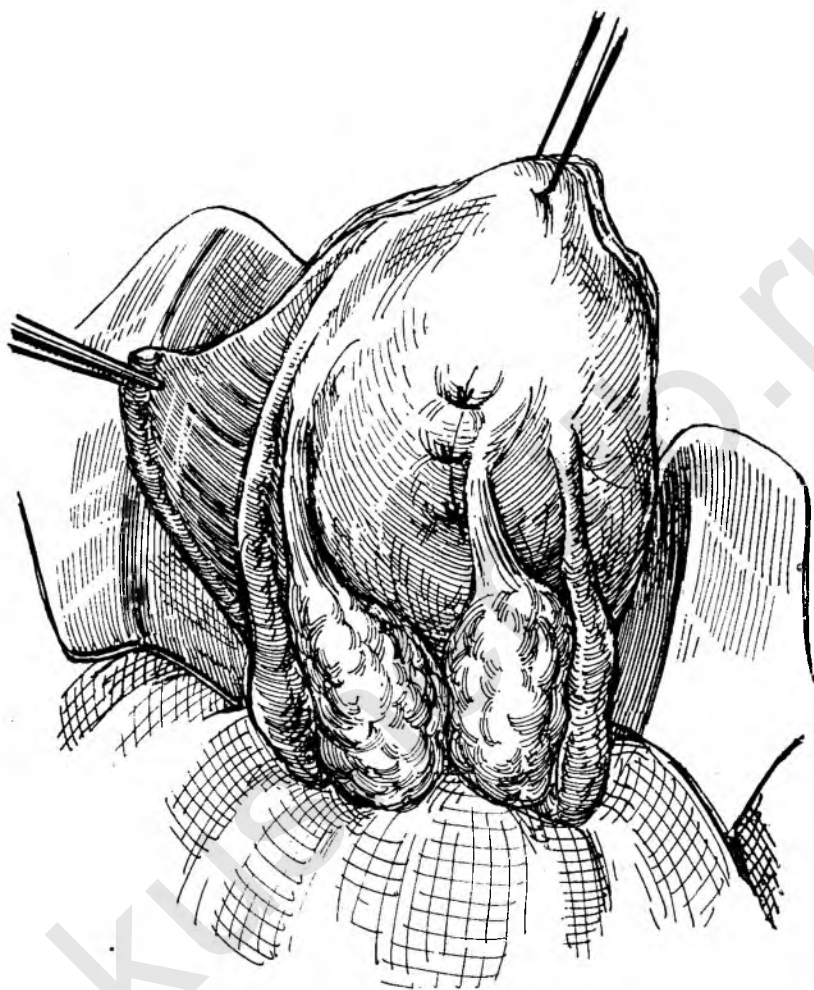


Рис. 25. На заднебоковую стенку матки по удалении опухоли наложены узловые швы.

матки для придания матке нормальной формы и размера (рис. 26). Таким образом, получилась матка, ушитая по заднебоковой стенке, по дну и по передней маточной стенке (рис. 27). Шов передней маточной стенки в нижнем сегменте перитонизирован брюшиной мочевого пузыря. Левая круглая связка, отсеченная по ходу операции, фиксирована к матке (рис. 28). При удалении фиброзных узлов связь придатков с маткой не нарушена. Произведен туалет брюшной полости. Осмотрен аппендикс, оказавшийся измененным. Произведена аппендэктомия с погружением культи в кистет. Брюшная стенка послойно зашита наглухо, наложен

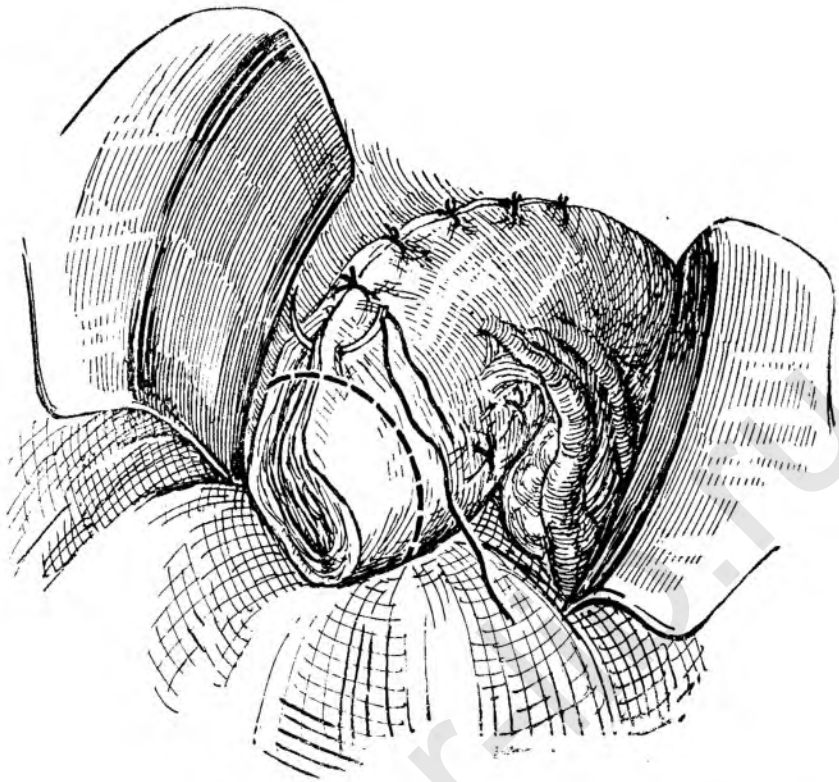


Рис. 26. Наложение швов на серозно-мышечный покров передней стенки матки. Справа виден ранее наложенный шов на заднебоковую стенку матки. Пунктиром показана линия среза избытка серозно-мышечной ткани в области дна матки для придания ей нормальной формы и размера.

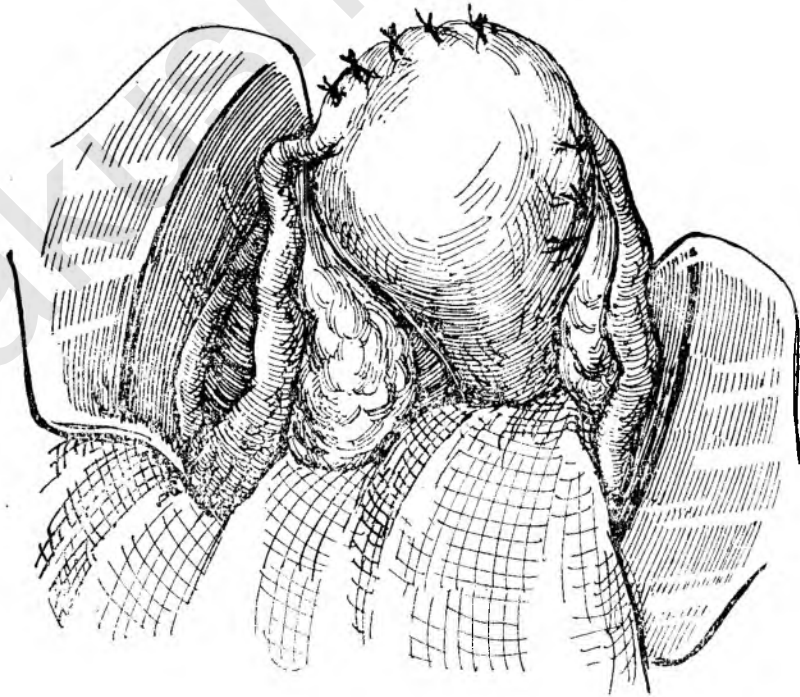


Рис. 27. Вид матки после удаления опухолей и избытка серозно-мышечной ткани в области дна матки.

подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструации сохранены. Не исключена возможность наступления беременности.

Гистологическое исследование удаленной опухоли: фибромиома матки, местами с гиалинозом. В червеобразном отростке умеренный склероз подслизистого слоя, полнокровие сосудов, местами кругло-клеточная инфильтрация в стенке.

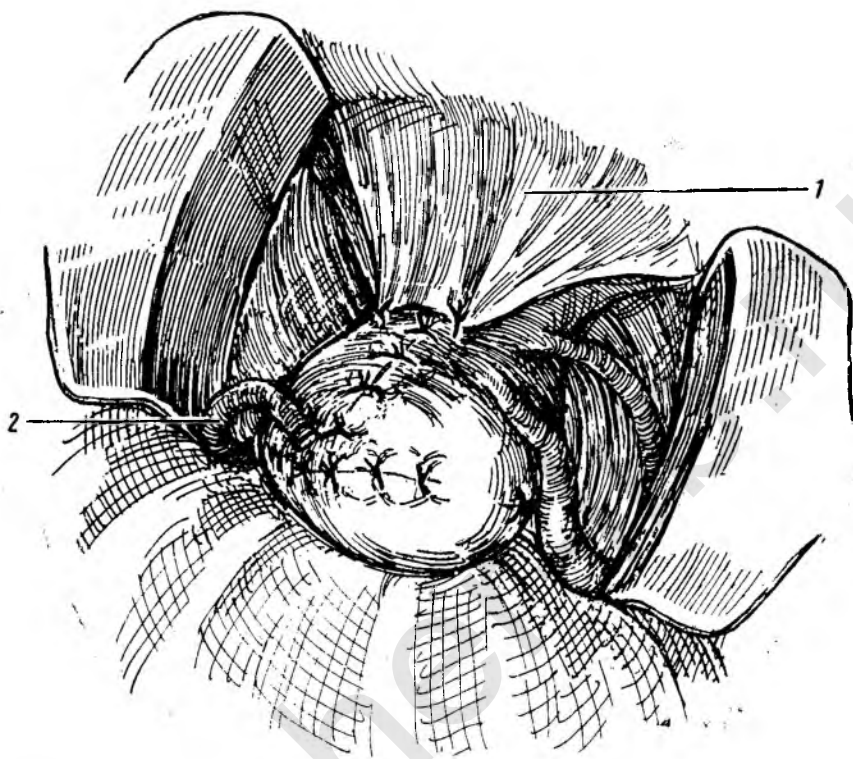


Рис. 28. После окончательной пластики матки шов передней маточной стенки перитонизирован в нижнем сегменте листком брюшины мочевого пузыря. Видны швы, наложенные в области дна матки.

1 — брюшина мочевого пузыря; 2 — левая круглая связка, ранее отсеченная по ходу операции, фиксирована к матке.

Послеоперационный период отличался гладким течением. Больная выписана 12/VIII, на 12-й день после операции, в хорошем состоянии.

Осмотр 1/VI 1955 г., через год после операции: шейка матки в зеркалах чистая, матка в anteversio, нормальной величины, безболезненная, своды свободны, придатки не определяются. Состояние больной хорошее. Менструации протекают нормально, по 3—4 дня, через месяц, умеренные, безболезненные, половой жизнью не живет.

#### **Иссечение множественных узлов фибромиомы из передней и задней стенок и из дна матки с нарушением беременности**

История болезни № 11934. Больная Э., 44 лет, поступила 5/VII 1953 г. в связи с подозрением на перекрут фиброзного узла.

Менструации с 13 лет, по 5 дней, через 25 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 26 лет. Была одна беременность, которая закончилась нормальными срочными родами в 1943 г. За последние



2 года менструации стали более обильными. Последняя менструация в июне в срок, очень обильная. Больная считает себя беременной. В течение 1½ месяцев чувствует постоянную тяжесть внизу живота с давлением на мочевой пузырь. Последние несколько дней беспокоят

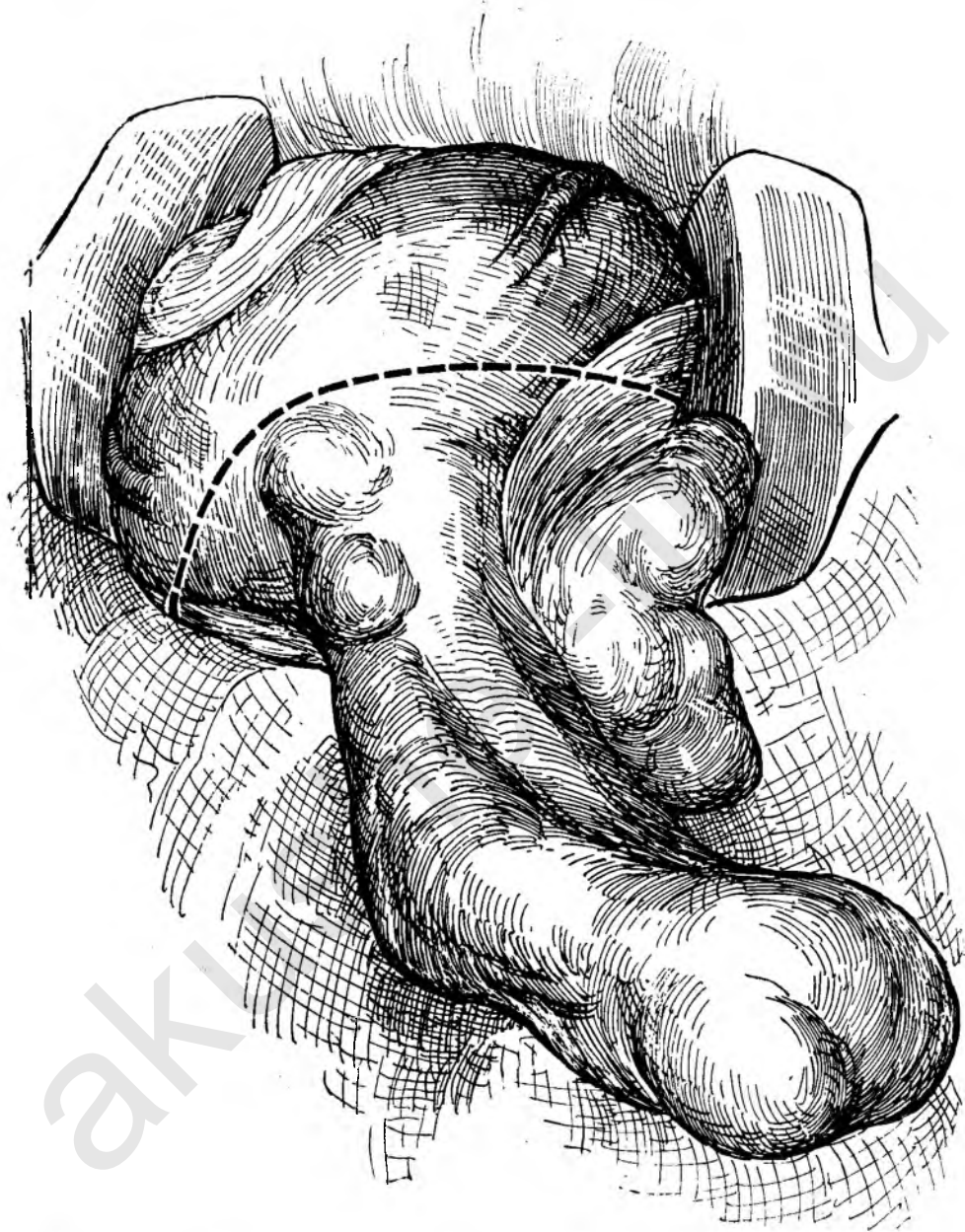


Рис. 29. После иссечения части задней и передней маточных стенок с множественными субсерозно-интерстициальными узлами обнаружена маточная беременность 3 месяцев. Пунктиром показана линия иссечения узлов опухоли из задней стенки и дна матки.

боли внизу живота. Жалуется на тошноту, рвоту. Гемоглобина 54%.

При осмотре шейка в зеркалах чистая, цилиндрическая, наружный зев закрыт. Прощупывается опухоль матки величиной с четырехмесячную беременность, состоящая из нескольких узлов. Среди узлов опухоли в ее середине определяется размягчение. Своды свободны.

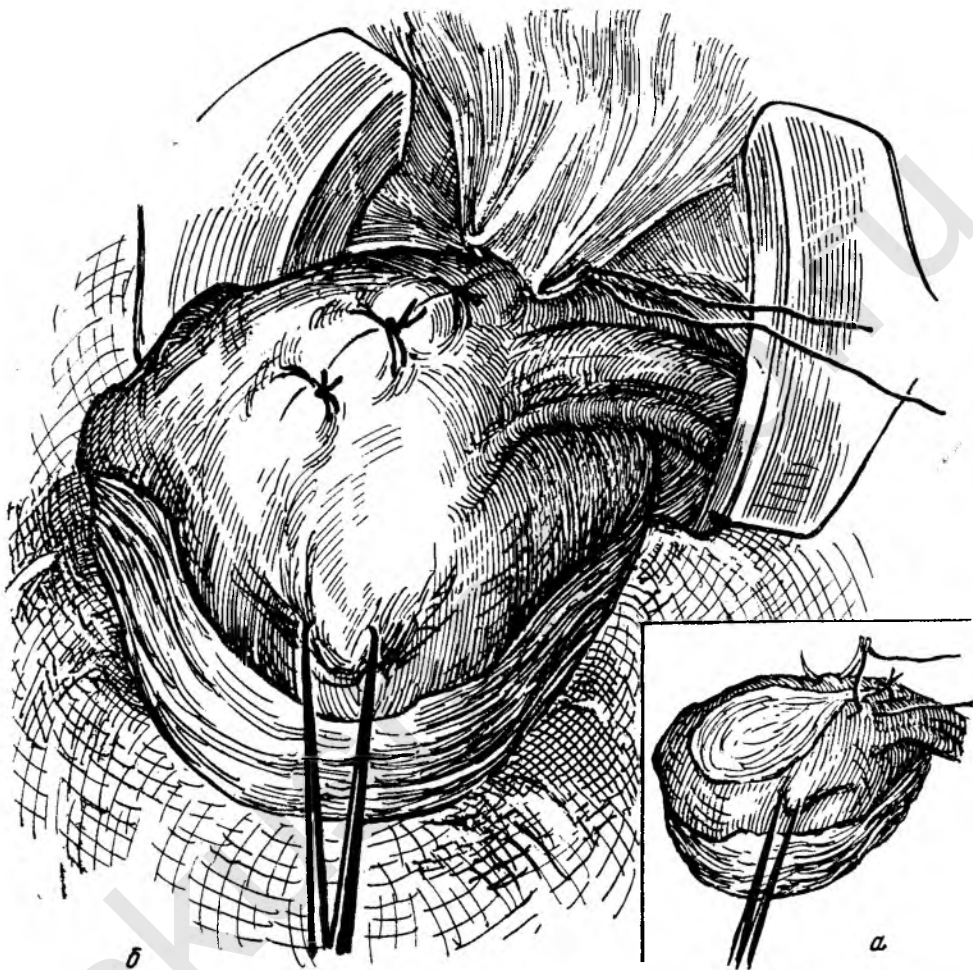


Рис. 30. На переднюю стенку матки по удалении опухоли наложены швы и подшит листок брюшины пузырно-маточной складки в целях перитонизации.

а — начало зашивания передней маточной стенки; б — стенка зашита, производится перитонизация.

Клинический диагноз: фибромиома матки и беременность сроком 3 месяца. Показания к операции: наличие множественной фибромиомы большого размера при одновременной беременности.

13/VII консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости установлено, что матка увеличена соответственно 3 месяцам беременности и покрыта множественными субсерозными и интерстициальными узлами, рассеянными по ее передней и задней

стенкам и пронизывающими толщу мышечной стенки матки. Конгломерат субсерозных узлов фибромиомы иссечен из передней стенки матки с частью ее мышечной ткани, а затем удален большой узел фибромиомы, исходящий из задней стенки и дна матки (рис. 29). По удалении

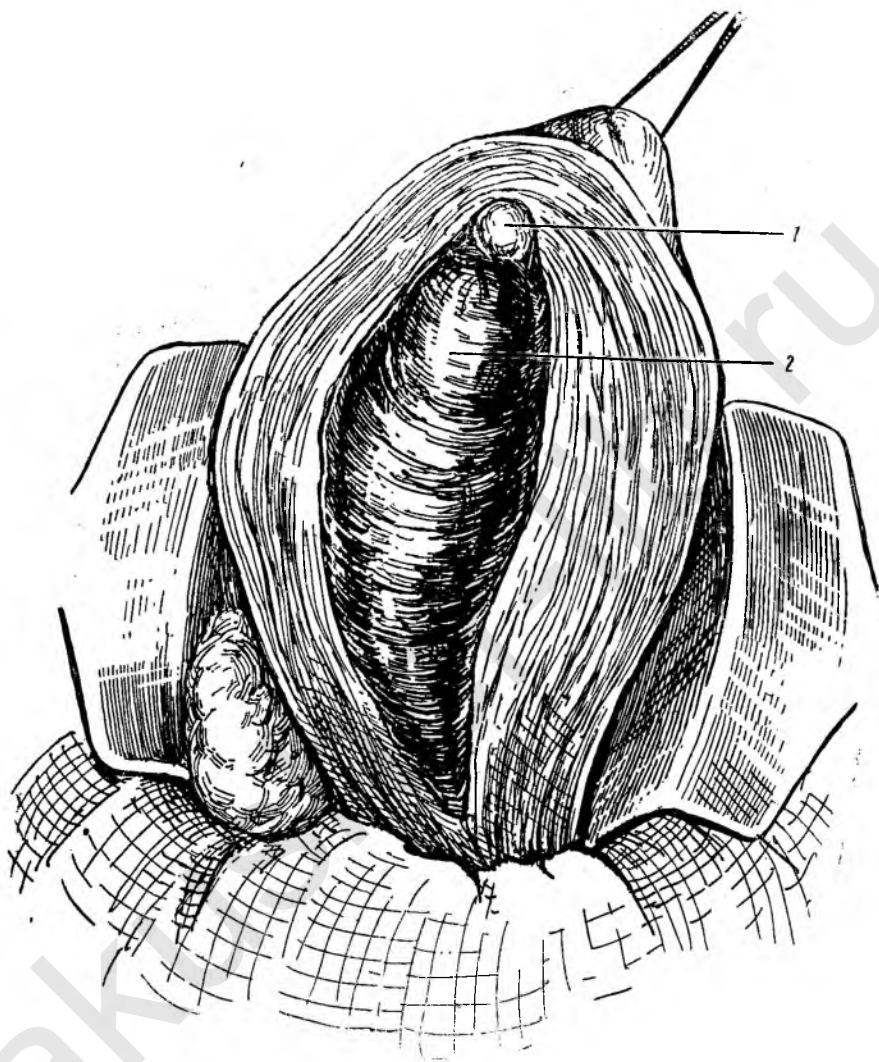


Рис. 31. Ввиду резкого истончения мышечного слоя при удалении интерстициальных узлов вынужденно вскрыта полость матки по задней поверхности. В полости матки — плодное яйцо.

1 — субмукозный узел; 2 — плодное яйцо.

этого узла с частью серозно-мышечной ткани матки обнаружено, что глубже в мышечной ткани матки имеется еще несколько интерстициальных узлов, расположенных в непосредственной близости к слизистой оболочке полости матки. На переднюю стенку матки по удалении опухоли наложено два ряда узловых кетгутовых швов: первый ряд — на мышечную ткань матки (рис. 30, а) и второй — на серозно-мышечный покров матки. Передняя маточная стенка перитонизирована брюшиной

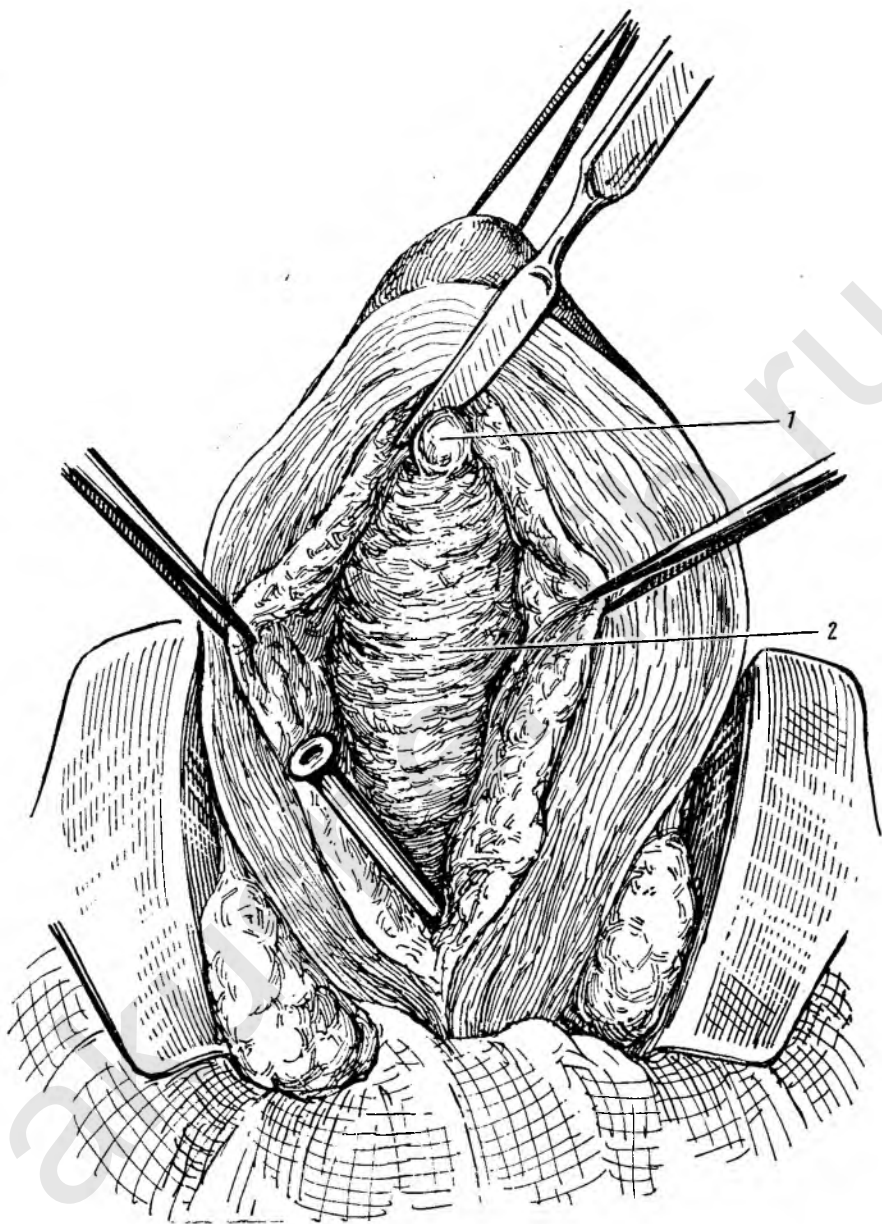


Рис. 32. Полость матки после удаления плодного яйца. Иссечение субмукозного фиброзного узла в области дна матки.  
1 — субмукозный узел; 2 — полость матки с катетером, введенным в шейечный канал.

пузырно-маточной складки (рис. 30, б). Далее мы приступили к удалению конгломерата интерстициальных узлов фибромиомы, расположенных в задней стенке матки. Производя данную операцию, мы рассчитывали сохранить беременность, но ввиду большого числа глубоко

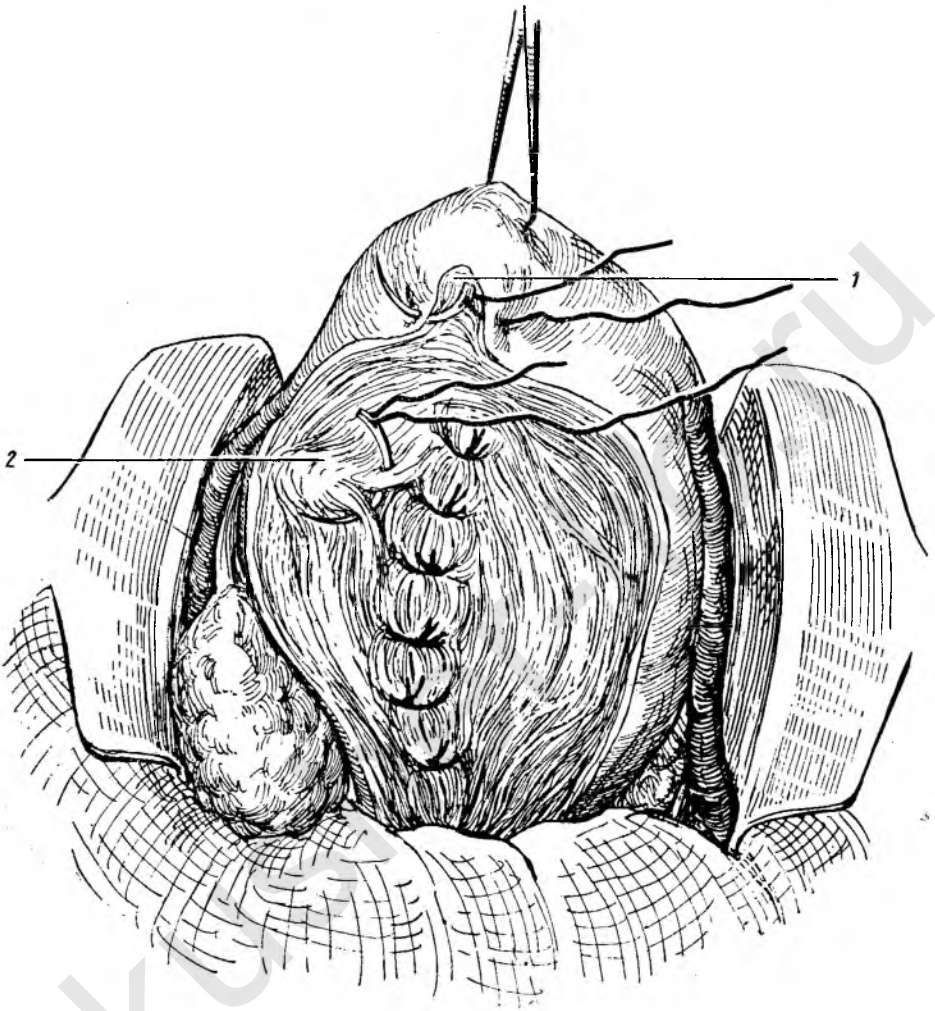


Рис. 33. На мышечный слой матки, не прошивая слизистой, накладывают швы. 1 — начало наложения швов на серозно-мышечный покров матки; 2 — ушивание избытка мышечного слоя матки для уменьшения площади дефекта.

прорастающих толщу матки интерстициальных узлов опухоли, расположенных преимущественно по ее задней поверхности и подходящих близко к полости матки, мы вынуждены были нарушить беременность. При иссечении интерстициальных узлов пришлось удалить значительную часть задней стенки матки, причем ввиду тонкости оставшегося мышечного слоя полость матки пришлось вскрыть продольным разрезом по ее задней поверхности, в связи с чем было произведено удаление плодного яйца (рис. 31). В полости матки, ближе ко дну, обнаружен еще небольшой субмукозный узел фибромиомы, который после удаления плодного яйца иссечен (рис. 32). Произведено выскабливание стенок полости матки, в нее введен катетер, под контролем которого стенки полости

матки ушиты восьмиобразными кетгутовыми швами, наложенными на мышечный слой матки без прошивания слизистой оболочки. Избыток мышечного слоя для уменьшения площади дефекта ушит несколькими узловыми кетгутовыми швами. Посредством второго ряда швов восстановлен серозно-мышечный покров верхнего отдела ряда задней стенки матки (рис. 33). Затем наложены швы на серозно-мышечный покров

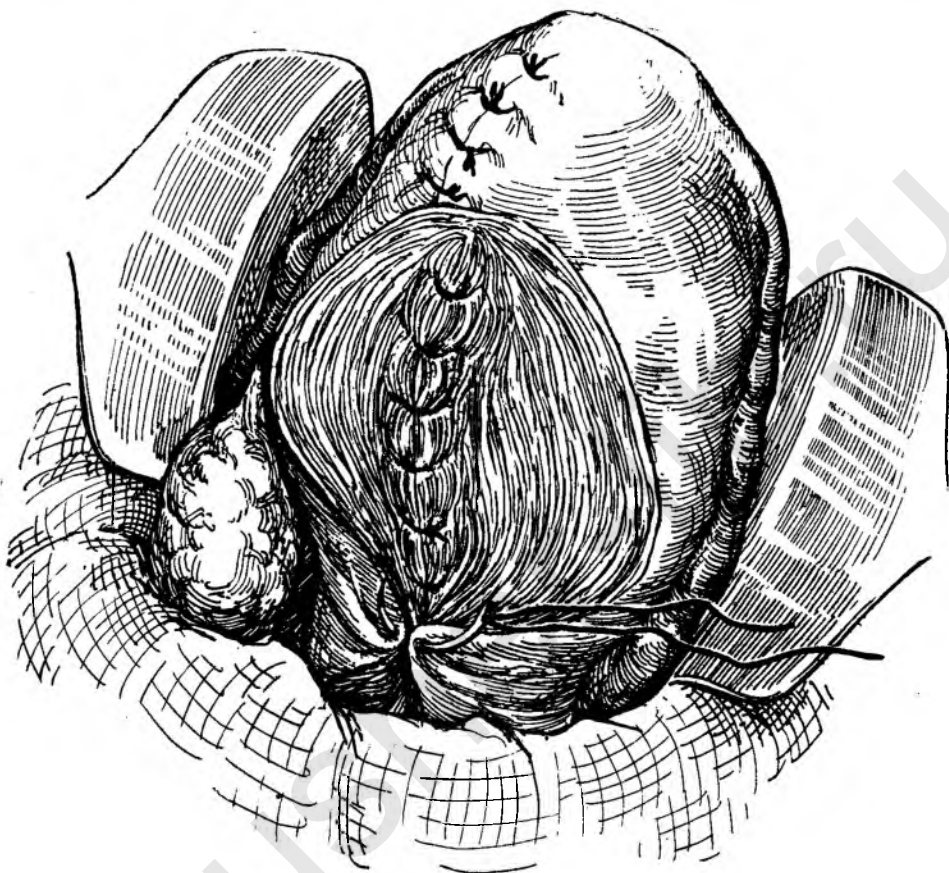


Рис. 34. Наложение швов на серозно-мышечный покров нижнего края дефекта задней маточной стенки.

задней стенки матки в ее нижнем сегменте (рис. 34). Оказалось, что при зашивании серозно-мышечного слоя остался дефект размером  $4 \times 5$  см, ввиду чего пришлось резецировать часть сальника и подшить ее к серозно-мышечному покрову матки для закрытия образовавшегося дефекта (рис. 35). Так как придатки матки оказались без изменений, они были оставлены, связь их с маткой при операции не нарушена. Аппендикс, оказавшийся без видимых изменений, оставлен. Брюшная полость осушена, в нее введено 300 000 ЕД пенициллина и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожный шов. Осложнений по ходу операции не было. Менструации сохранены. Шансы на возникновение беременности небольшие в связи с возрастом больной.

Послеоперационный период имел гладкое течение. Больная выписана на 2/VIII, на 20-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Гистологическое исследование удаленной опухоли показало фибромиому, местами с гиалинозом.

Большую неоднократно осматривали в течение 1953 и 1954 гг. Последний осмотр 9/III 1955 г., через 1½ года после операции: шейка в зеркалах чистая, матка в anteversio, небольшая, подвижная. Слева на матке небольшой узелок фибромы величиной с лесной орех. Своды сво-

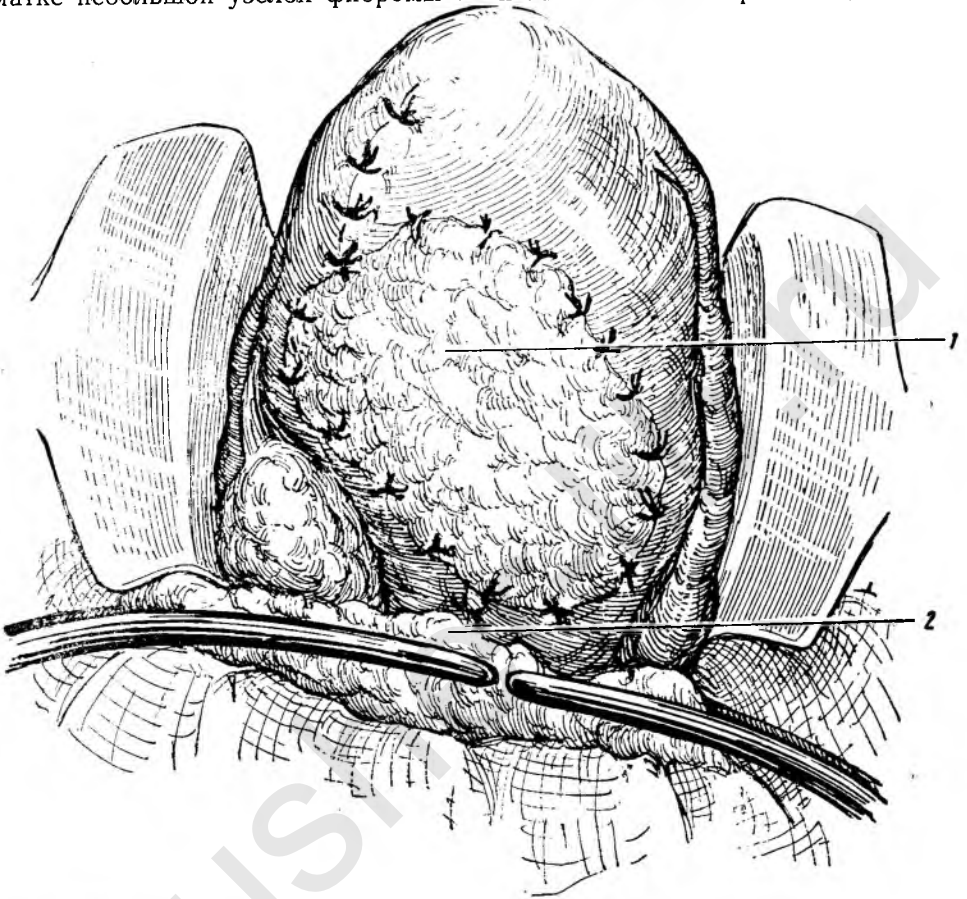


Рис. 35. Ввиду большого дефекта серозно-мышечного покрова задней стенки матки произведена пластика путем пересадки резецированного сальника.

1 — резецированный и пересаженный отрезок сальника; 2 — часть сальника с наложенными на него клеммами, от которого взят отрезок для пересадки.

бодны, придатки в норме. Менструации нормальные, по 3 дня, через 25 дней, умеренные, безболезненные. Половой жизнью живет нерегулярно. Libido сохранено.

#### **Иссечение интерстициальных узлов из задней стенки матки и субсерозных узлов передней маточной стенки. Перитонизация брюшиной мочевого пузыря**

История болезни № 19839. Больная Ф., 42 лет, поступила 9/XI 1953 г.

Менструации с 13 лет, по 3 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Беременность одна, закончилась нормальными срочными родами живым плодом. Больше не беременела. Воспалительных заболеваний женских половых органов не отмечает.

После лечения радоновыми ваннами на курорте менструации стали обильными. В течение последнего года больную беспокоят обильные менструации и боли внизу живота; 4—5 месяцев назад появились частые позывы к мочеиспусканию. Было произведено выскабливание стенок полости матки; при гистологическом исследовании соскоба патоло-

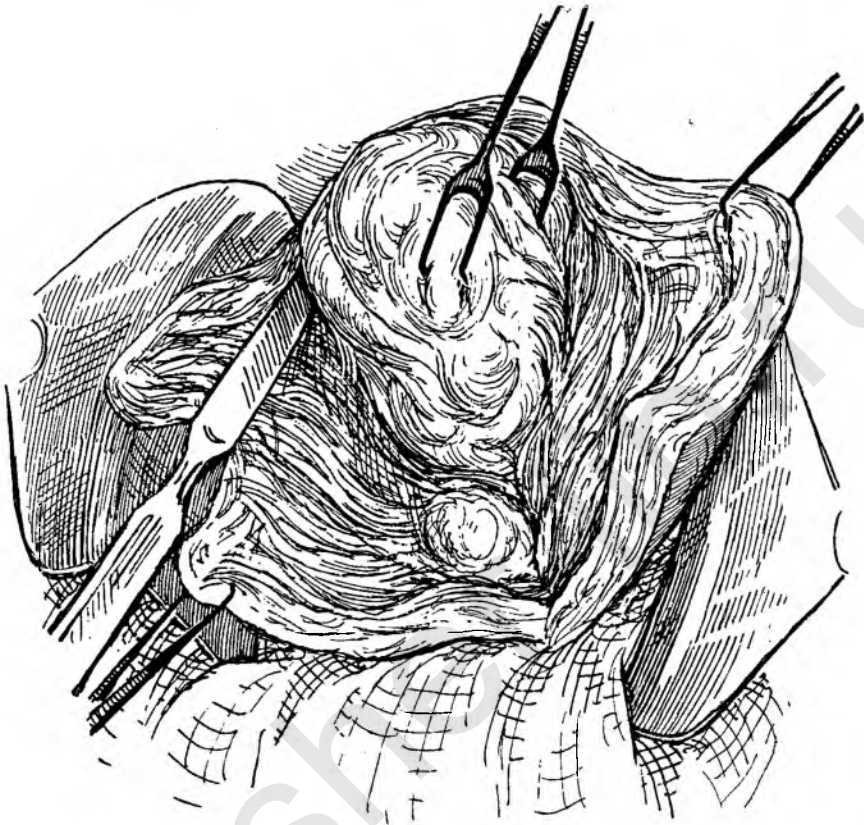


Рис. 36. Рассечена задняя стенка матки для удаления большого интерстициального узла фибромиомы величиной с мандарин. Узел захвачен двумя зубцами и иссекается.

гических изменений обнаружено не было. Менструации оставались обильными и продолжались по 10—12 дней. Больная поступила в гинекологическую клинику по поводу обильных продолжительных менструаций, болей внизу живота и учащенного мочеиспускания.

При осмотре шейка в зеркалах чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в *anteversio*, увеличена до размеров  $3\frac{1}{2}$ -месячной беременности, бугристая, плотная. Своды свободные. Придатки не определяются.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: обильные и продолжительные менструации, боли внизу живота.

16/XI консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что матка увеличена до размеров трехмесячной беременности, на передней ее стенке имеется несколько субсерозных фиброзных узлов величиной от лесного до грецкого



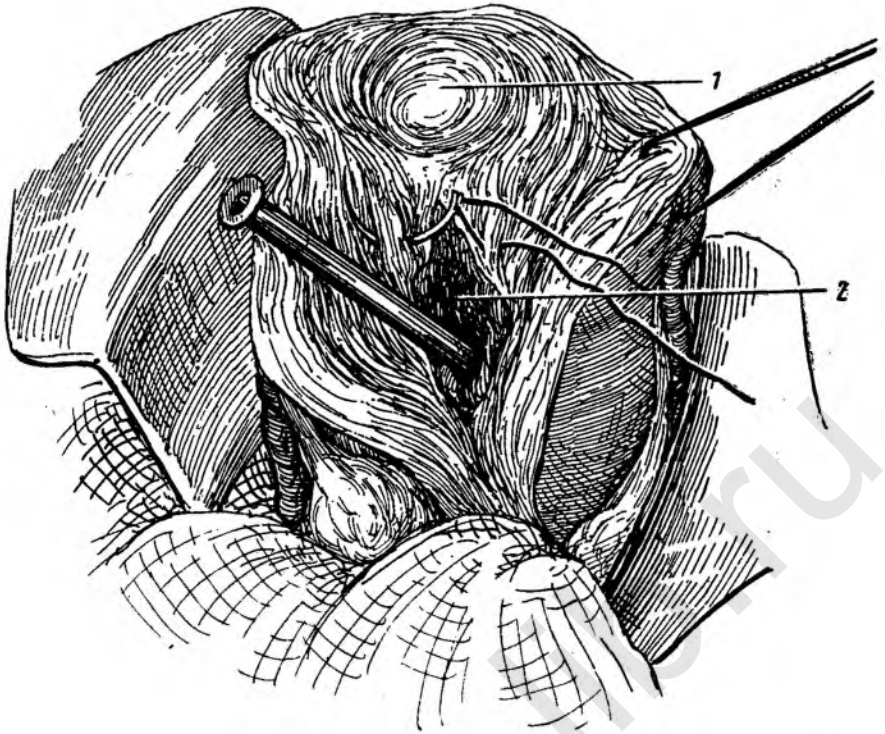


Рис. 37. Наложение узловых кетгутовых швов на мышечный слой матки без прошивания ее слизистой оболочки.

1 — верхний нессеченный интерстициальный узел задней стенки, расположенный ближе ко дну матки; 2 — вскрытая полость матки с введенным в нее катетером.

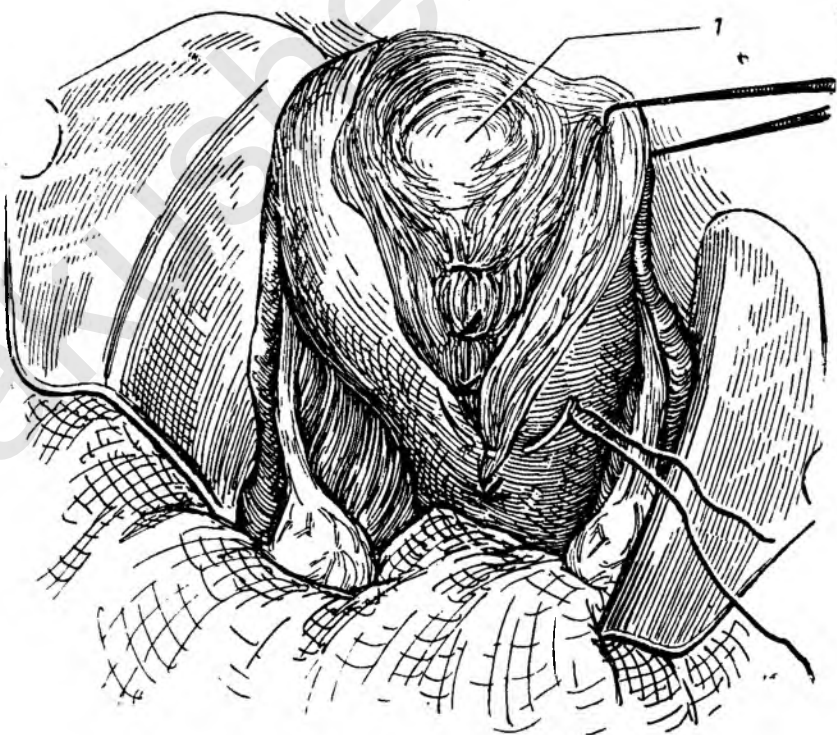


Рис. 38. Полость матки восстановлена, накладывают узловые швы на серозно-мышечный покров задней стенки матки.

1 — нессеченный интерстициальный узел задней стенки ближе ко дну матки.

го ореха. В толще задней стенки матки прощупывается несколько интерстициальных узлов, расположенных ближе к полости матки. Несколько увеличен и кистозно перерожден правый яичник. Левые придатки без видимых изменений. Удаление узлов начато со стороны задней стенки матки. Задняя стенка матки рассечена над большим интерстициальным



Рис. 39.

- а* — интерстициальный узел задней стенки ближе к дну матки иссекают.  
*б* — передняя стенка матки по иссечении из нее субсерозных узлов.

узлом, который оказался размером с мандарин. Узел захвачен двузубцами и иссечен (рис. 36). Он был расположен глубоко в толще маточной стенки вблизи полости матки, которая при иссечении узла была вскрыта. В толще задней маточной стенки ближе к дну матки обнаружен второй интерстициальный узел фибромиомы. Во вскрытую полость матки ввели катетер и наложили, не прошивая слизистой оболочки, узловые кетгутовые швы на мышечный слой матки (рис. 37). Затем наложены швы не до конца раны на серозно-мышечный покров задней стенки матки (рис. 38), иссечен второй интерстициальный узел в области задней стенки и дна матки (рис. 39, *а*) и субсерозные узлы с поверхности передней маточной стенки (рис. 39, *б*). Вместе с субсерозными узлами, расположенными на передней поверхности матки, удалена значительная часть серозного ее покрова. Для получения матки нормального размера,

с гладкой серозной поверхностью произведена пластика задней маточной стенки путем иссечения из нее избытка мышечной ткани. При удалении избытка мышечной ткани пришлось отсечь от матки правые придатки, которые при наложении швов на серозно-мышечный покров матки были к ней затем подшиты, причем проходимость правой трубы нарушена швами. Швы на матку наложены в различных направлениях для прида-

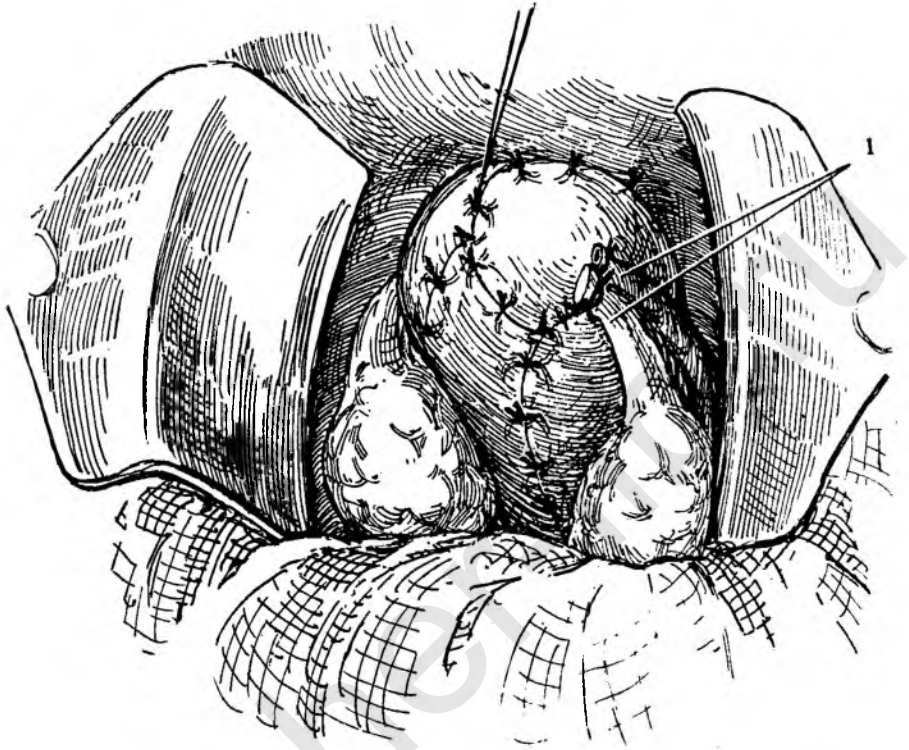


Рис. 40. Окончательный вид сформированной матки со стороны ее задней поверхности и дна после иссечения избытка мышечной ткани и наложения швов в различных направлениях.

1 — правые придатки, отсеченные при удалении избытка мышечной ткани и вновь подшитые к матке.

ния ей правильной формы (рис. 40). В связи с получением большого дефекта серозно-мышечного покрова передней стенки матки при иссечении из нее субсерозных узлов, швы в области нижнего сегмента передней маточной стенки перитонизированы путем подшивания к ней брюшины мочевого пузыря (рис. 41). Правый кистозно измененный яичник пунктирован. Всего удалено 7—8 фиброзных узлов размером от мандарина до лесного ореха. Матка получилась маленькая, округлая. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложен подкожный шов. Операция протекала без осложнений. Менструации сохранены. Детородная функция сомнительна.

Гистологическое исследование удаленных фиброзных узлов: фибромиома с эндометриозом.

Послеоперационный период протекал гладко. Профилактически больная получала пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа. Больная выписана 7/XII, на 21-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

При осмотре 1/VI 1955 г., через 2 года после операции: шейка матки в зеркалах чистая, матка в ретропозиции, маленькая, безболезненная. Своды свободны. Придатки не определяются. Менструации скудные, по 2—3 дня, через месяц. Половой жизнью живет, половое чувство после операции отсутствует. Общее самочувствие хорошее.

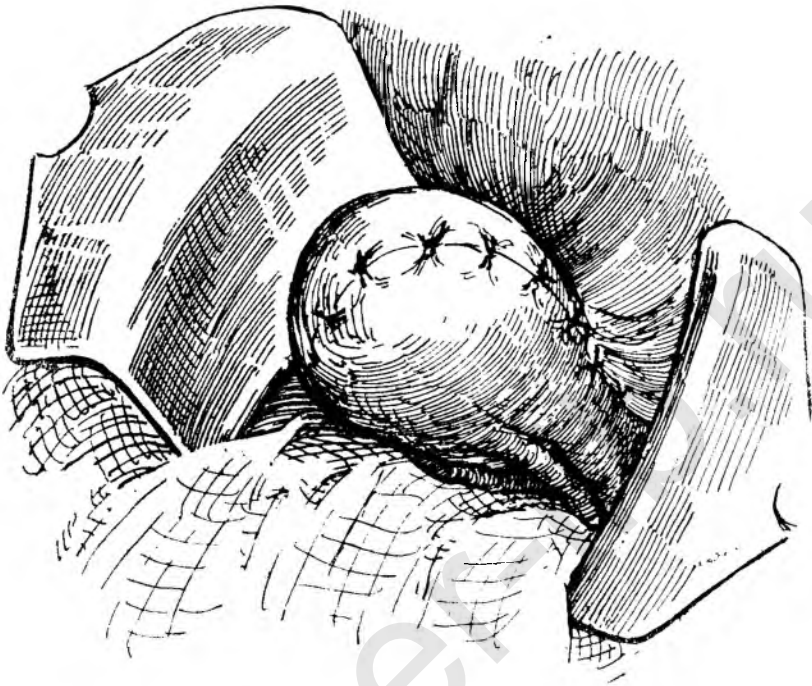


Рис. 41. Передняя стенка и дно реконструированной матки с наложенными на ее серозно-мышечный покров по удалению субсерозных узлов швами. Нижний сегмент матки перитонизирован брюшиной мочевого пузыря.

**Удаление фибромиомы передней стенки нижнего сегмента и шейки матки со вскрытием канала шейки и полости матки, удаление субмукозно-интерстициальных узлов задней и заднебоковой стенок матки. Перитонизация брюшиной мочевого пузыря**

История болезни № 16400. Больная Г., 43 лет, поступила 12/IX 1953 г. для оперативного лечения по поводу фибромиомы матки.

Менструации с 16 лет, по 3—4 дня, через 25 дней, необильные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Были 2 беременности, которые закончились абортom, последний в 1935 г. В 1947 и в 1953 гг. принимала на курорте грязелечение по поводу воспаления придатков матки. Лечилась также по поводу эрозии шейки матки, дважды были удалены полипы шейки матки.

За последнее время в промежутки между менструациями появились кровянистые мажущие выделения из половых путей. Отмечает боли ноющего характера внизу живота.

При осмотре в зеркалах шейка матки цилиндрической формы, обнаружен эндоцервицит. Матка увеличена до размеров 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-месячной

беременности, покрыта множественными фиброзными узлами. Своды свободны, придатки не определяются.

Клинический диагноз: фибромиома матки, эндоцервицит. Показания к операции: наличие кровянистых мажущихся выделений в межменструальном периоде, боли внизу живота.

17/IX консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По

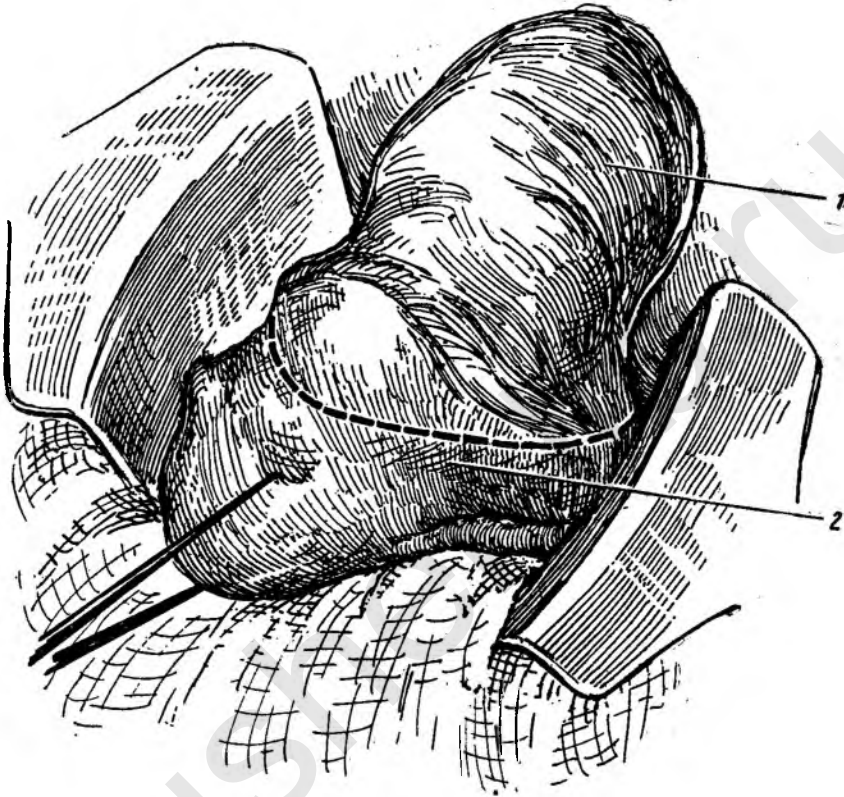


Рис. 42. Фибромиома передней маточной стенки, переходящая на шейку матки. Пунктиром показана линия последующего иссечения опухоли.

1 — фибромиома матки; 2 — передняя маточная стенка.

вскрытии брюшной полости в нижнем сегменте передней стенки матки обнаружен большой узел фибромиомы величиной с двухмесячную беременность, переходящий на переднюю стенку шейки матки (рис. 42). Узел иссечен, причем при его иссечении вскрыт нижний отдел полости матки и часть канала шейки матки (рис. 43, а). В канал шейки матки введен катетер. Произведено восстановление канала шейки и полости матки по введенному катетеру путем наложения непрерывного кетгуттового шва на мышечный слой шейки и передней стенки матки без прошивания слизистой оболочки (рис. 43, б). Ввиду большого дефекта мышечного слоя нижнего сегмента передней маточной стенки, получившегося при удалении фиброзного узла, на переднюю стенку, нижний сегмент и шейку матки наложен трехэтажный шов: первый ряд швов,

как ранее указано, — на мышечный слой в непосредственной близости к полости матки; второй ряд узловых кетгутовых швов — на мышечный слой передней стенки матки в поперечном направлении (рис. 44, а) и третий ряд — на серозно-мышечный слой передней стенки, нижнего сег-

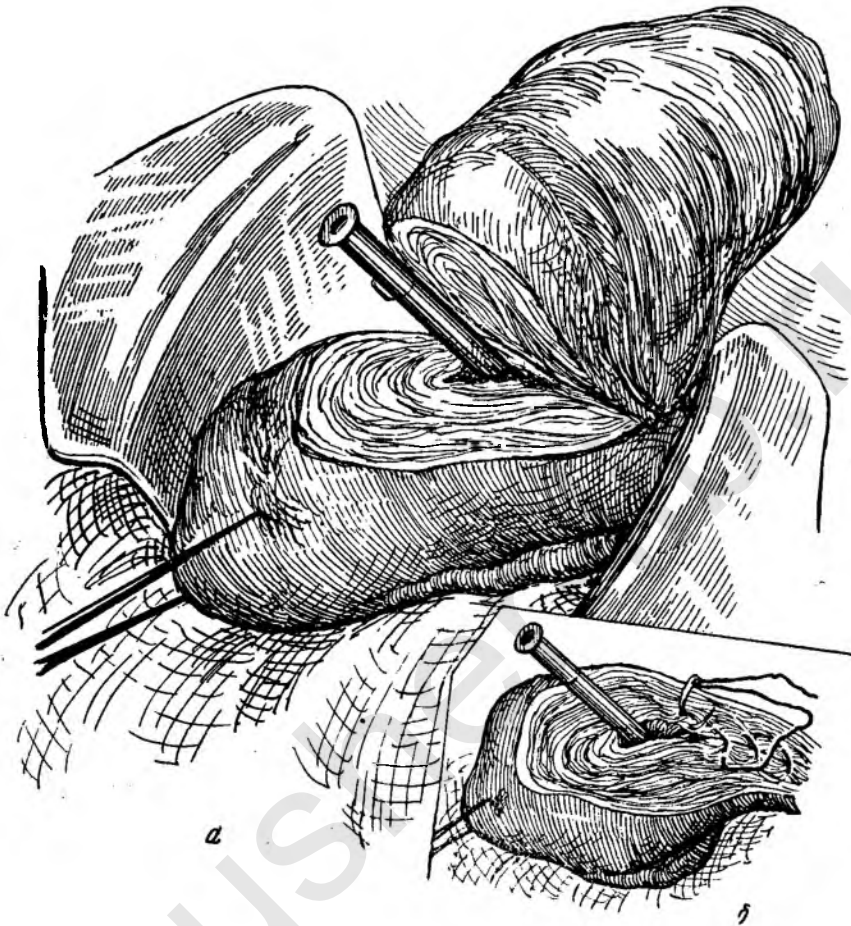


Рис. 43.

- а — при иссечении опухоли передней стенки и шейки матки вскрыта полость матки и часть канала шейки матки.  
 б — восстановление канала шейки и полости матки наложением непрерывного шва на мышечный слой без прошивания слизистой оболочки.

мента и шейки матки в продольном направлении (узловые кетгутовые швы) (рис. 44, б). Несмотря на наложение трехэтажного шва, полностью ушить дефект передней стенки матки не удалось, в связи с чем произведена перитонизация дефекта путем подшивания брюшины мочевого пузыря (рис. 45). По окончании перитонизации передней маточной стенки осмотрена задняя стенка матки. На ее заднебоковой поверхности обнаружены два интерстициальных узла, в толще маточной стенки прощупывается еще один большой фиброзный узел. Задняя стенка рассечена до полости матки, и там обнаружен субмукозный узел, который

захвачен пулевыми щипцами и иссечен (рис. 46, а). Таким образом, операция сопровождалась вскрытием полости матки со стороны как передней, так и задней маточной стенки. Полость матки со стороны задней маточной стенки мы восстановили путем наложения узловых кет-

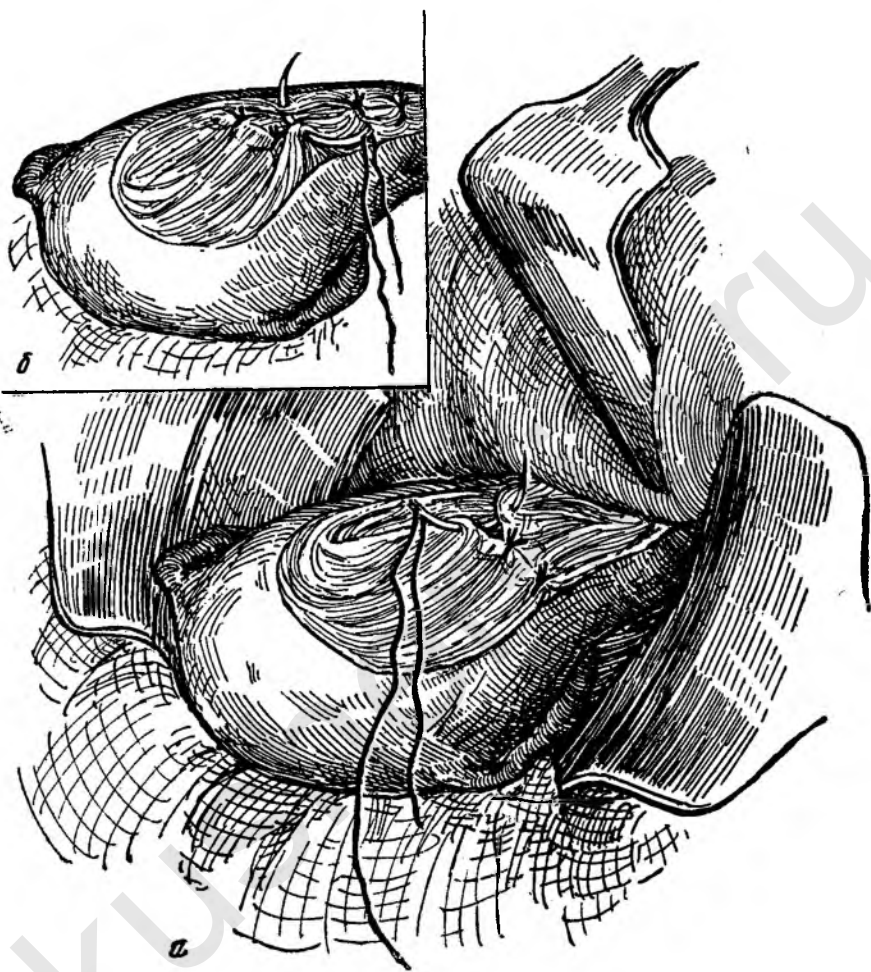


Рис. 44. Наложение швов на переднюю стенку, нижний сегмент и верхнюю часть шейки матки.

а — наложение второго ряда швов на мышечный слой матки в поперечном направлении.  
 б — наложение третьего ряда швов на мышечный слой матки в продольном направлении.

гутовых швов на мышечный слой, не прошивая слизистой оболочки (рис. 46, б). Далее иссечены интерстициальные узлы из заднебоковой маточной стенки, после чего на серозно-мышечный покров заднебоковой стенки матки наложен ряд узловых кетгутовых швов. Осмотрены придатки: левые придатки и правая труба оказались без видимых изменений и были оставлены, правый яичник найден кистозно измененным — его ча-

стично резецировали и ушили (рис. 47). Осмотрен аппендикс, оказавшийся удлинненным и значительно утолщенным. Произведена аппендэктомия обычным способом с погружением культи в кистет. Гемостаз. Брюшная стенка послойно зашита наглухо, наложен подкожный шов. Осложнений по ходу операции не было. Менструации сохранены. Воз-

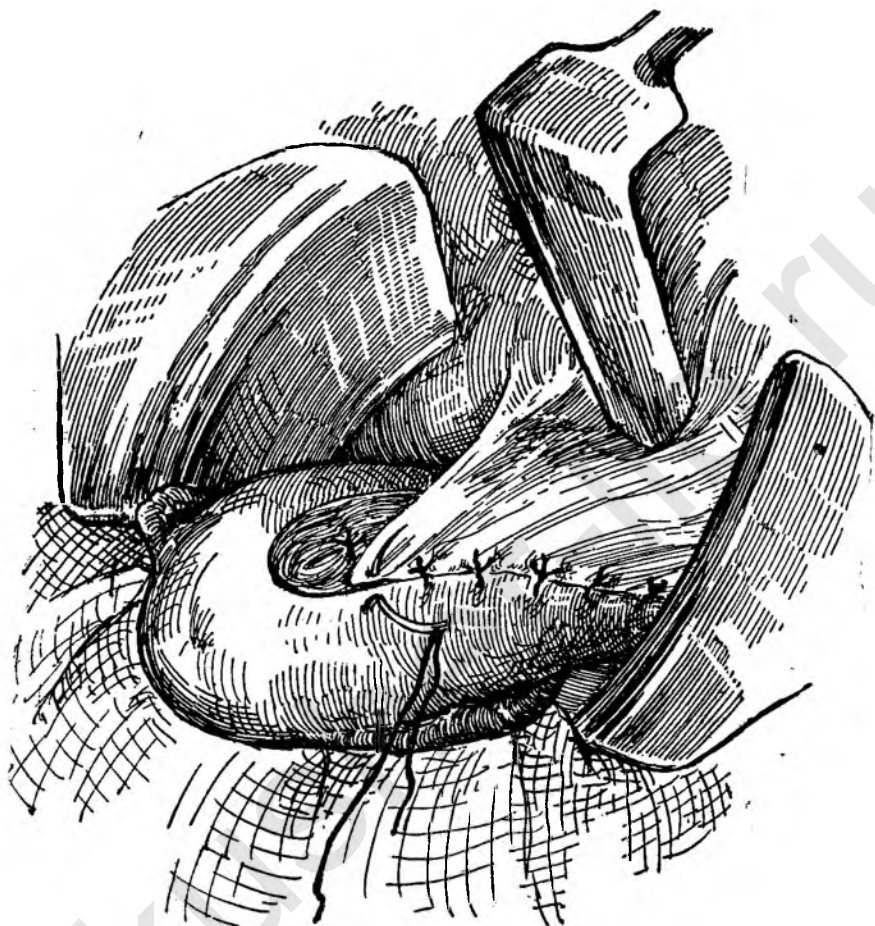


Рис. 45. Дефект серозно-мышечного покрова передней стенки, нижнего сегмента и шейки матки перитонизируют брюшиной мочевого пузыря.

можность наступления беременности не исключена. По окончании операции проверена проходимость шейки и длина полости матки зондом, а затем катетером.

Гистологическое исследование удаленной опухоли: фибромиома матки, местами с эндометриозом. В яичнике желтое тело. Червеобразный отросток без особенностей.

Послеоперационное течение без осложнений. Больная выписана 1/X на 14-е сутки после операции, в хорошем состоянии. При осмотре перед выпиской матка не увеличена, своды свободны, инфильтратов нет. Имеется кровотокающая эрозия шейки. Больная направлена на амбулаторное лечение.



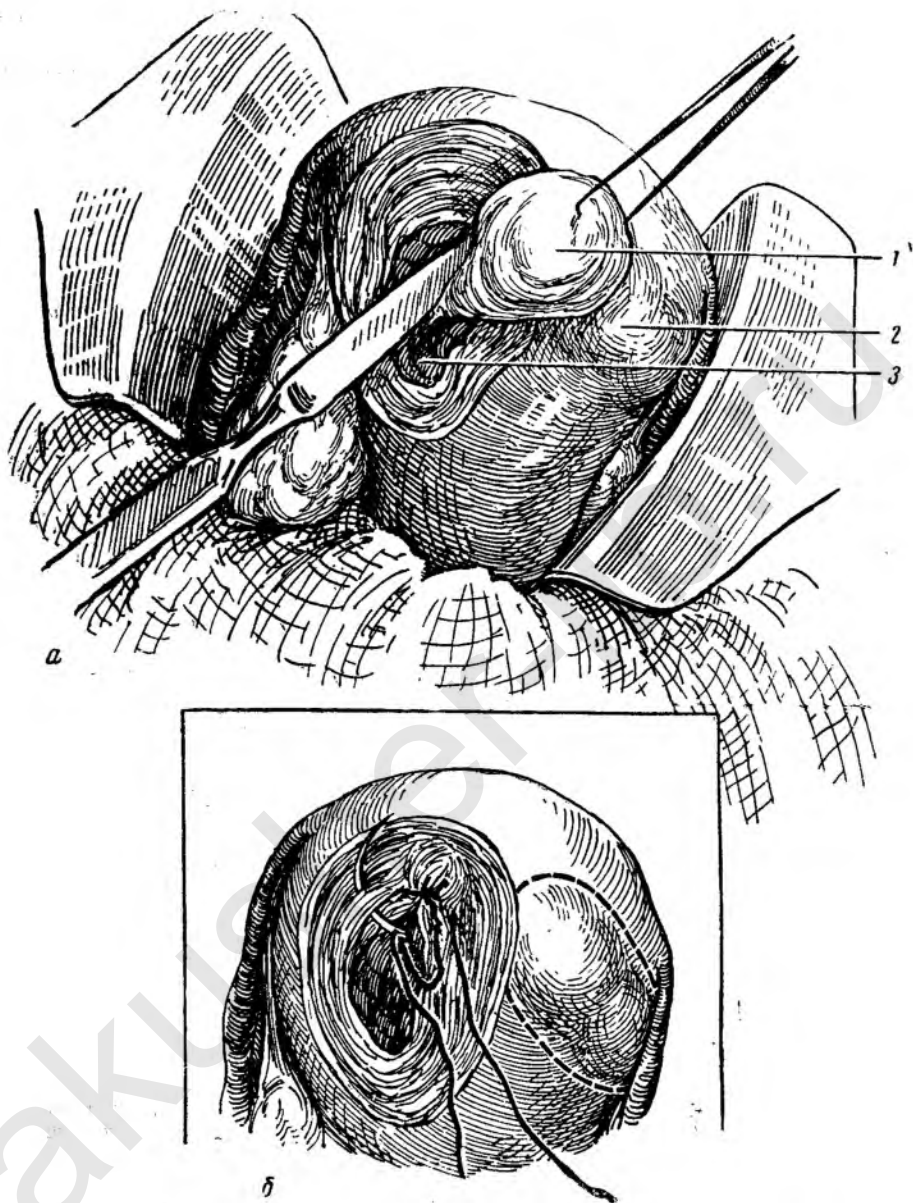


Рис. 46. Иссечение узлов из задней стенки матки.

*a* — по рассечении задней стенки матки субмукозный узел захвачен пулевыми щипцами и иссекается. Видны два неиссеченных интерстициальных узла на заднебоковой поверхности матки.  
 1 — субмукозный узел фибромиомы; 2 — интерстициальные узлы заднебоковой поверхности матки; 3 — вскрытая полость матки.  
*б* — восстановление полости матки наложением узловых швов на ее мышечный слой без прошивания слизистой оболочки. Пунктиром указана линия иссечения интерстициальных узлов на заднебоковой поверхности матки в ее верхнем сегменте.

В данном случае мы допустили ошибку, произведя больной консервативно-пластическую операцию. Нами не было учтено наличие у больной длительно не заживающей и кровоточащей эрозии шейки матки. По истечении 2—3 месяцев после операции при очередном осмотре была обнаружена начальная стадия рака шейки матки, развившегося на фоне эрозии шейки, гистологически подтвержденная. Больной пришлось про-

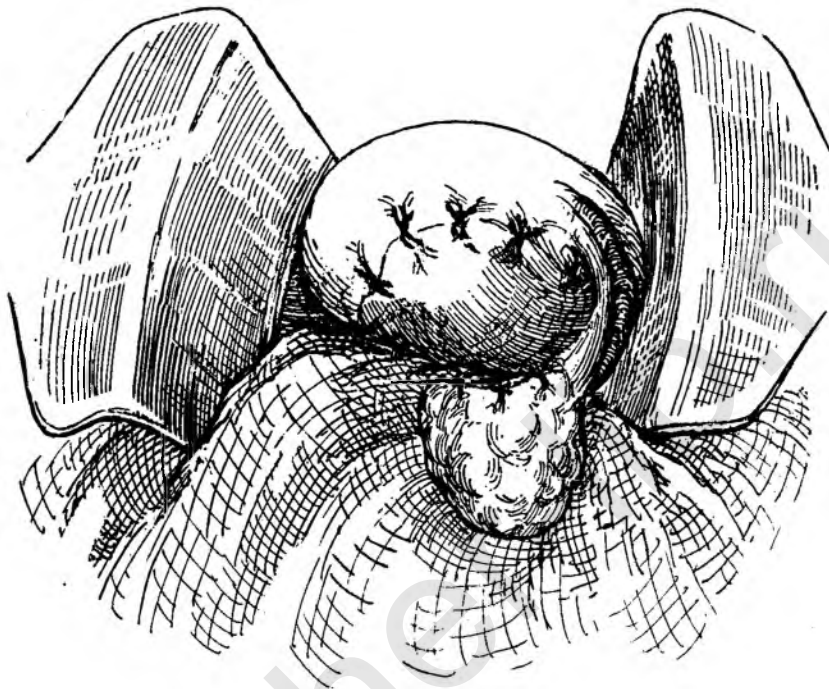


Рис. 47. По иссечении узлов на заднебоковую стенку матки наложены швы. Частично резецирован и ушит правый яичник.

извести радикальную операцию по типу Вертгейма (см. стр. 198, наблюдение 14).

При наличии незаживающей эрозии шейки матки следует производить радикальную операцию с удалением шейки.

**Удаление больших субсерозно-интерстициальных узлов из дна, передней и заднебоковой стенок матки с вшиванием отсеченной трубы в полость матки**

История болезни № 9257. Больная Т., 38 лет, поступила 11/VI 1954 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 28 дней, в умеренном количестве, первые годы с болями. Половая жизнь с 22 лет. Состоит во втором браке. Не беременела. От беременностей не предохранялась. Воспалительными женскими заболеваниями не болела.

Фиброма матки величиной с кулак впервые обнаружена 4 года назад. В течение последнего года больная сама отметила значительное увеличение опухоли. Болей не чувствовала. Менструации протекали нормально.

При осмотре шейки матки в зеркалах чистая, без изменений, несколько инфантильная. Справа прощупывается опухоль матки размером с семимесячную беременность, бугристая, очень плотная. Слева определяется еще один узел опухоли величиной с двухмесячную беременность. Ввиду того что при исследовании определялась опухоль очень плотной консистенции, решено до операции произвести рентгеноскопию брюшной полости, чтобы исключить возможность петрификации опухоли. Рентгеноскопия показала крупное плотное образование без элементов обызвествления.

Клинический диагноз: фиброма матки. Показания к операции: большой размер и быстрый рост опухоли.

17/VI консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружен узел фибромы величиной с семимесячную беременность, исходящий из передней стенки матки, и множественные субсерозно-интерстициальные узлы, общим размером с кулак, исходящие из левой задней стенки, расположенные ближе к дну матки; два субсерозно-интерстициальных узла, каждый величиной с мандарин, исходит из дна матки. Методом кускования и винтования опухоль передней стенки матки уменьшена в размере и выведена из брюшной полости через небольшой поперечный разрез брюшной стенки (рис. 48, а). Иссечен большой фиброзный узел из левой задней стенки матки. При иссечении этого узла пересечено основание левых придатков и круглые связки, которые в своем верхнем отделе были вовлечены в опухоль. При удалении опухоли вследствие глубокого прорастания ее в мышечную ткань стенки была вскрыта полость матки. В обнаженной мышечной ткани левой задней стенки матки оказалось еще 2 интерстициальных узла, каждый величиной с лесной орех, которые были удалены (рис. 48, б). Далее иссечены узлы из передней стенки и дна матки; полость матки при удалении этих узлов не была вскрыта, но правые круглые связки и правые придатки, входившие в опухоль, пришлось отсечь. На мышцы передней стенки матки наложен ряд узловых кетгутовых швов (рис. 49, а), второй ряд узловых кетгутовых швов наложен на серозно-мышечный покров передней стенки матки. Когда передняя стенка матки была восстановлена, оказалось, что в области дна матки получается некоторый избыток мышечной ткани, который может помешать формированию матки нормальной формы и размера (рис. 49, б). Избыток мышечной ткани в области дна матки был иссечен, причем вскрылась полость матки. Таким образом, в процессе данной операции полость матки была вскрыта со стороны как левой задней стенки, так и дна матки (рис. 50). Далее перешли к восстановлению левой задней поверхности матки. Во вскрытую полость матки со стороны левой задней поверхности введен катетер, под контролем которого наложен ряд кетгутовых узловых швов на мышечный слой, причем слизистая оболочка не была прошита. Через верхний отдел раны в полость матки погружена левая маточная труба (рис. 51, а). Труба фиксирована в полости матки швами, проходящими через все слои тела матки и серозно-мышечный слой стенки трубы (рис. 51, б). На серозно-мышечный покров левой задней стенки матки наложен второй ряд узловых кетгутовых швов и левые придатки фиксированы к матке. В полость матки, вскрытую со стороны дна матки, введен катетер (рис. 52, а), под контролем которого наложены узловые кетгутовые швы на мышечную ткань в области дна матки в поперечном направлении, слизистая оболочка не прошита, правая труба перевязана и фиксирована к матке (рис. 52, б). Второй ряд узловых кетгутовых швов наложен на серозно-мышечный покров в области дна матки. Уда-

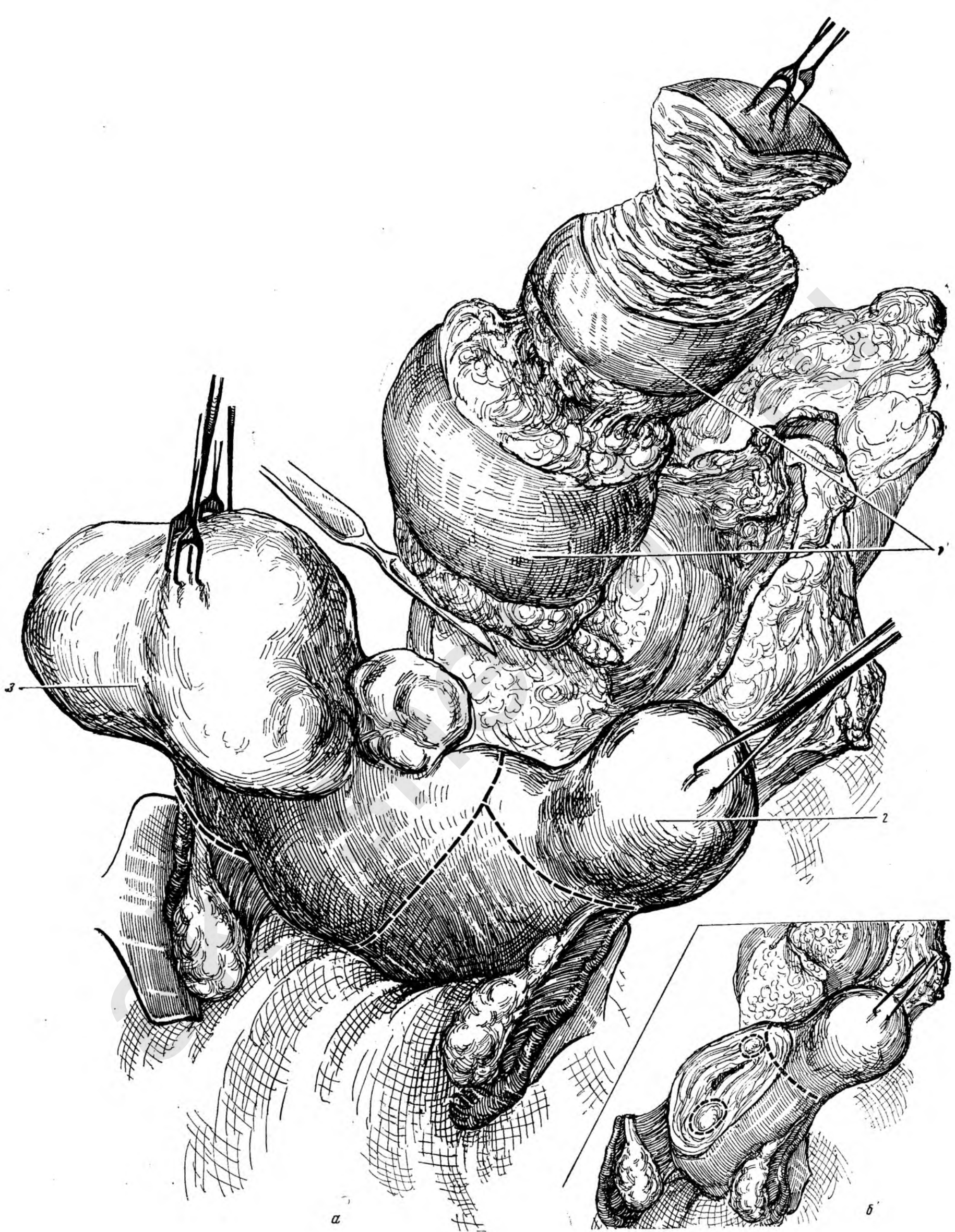
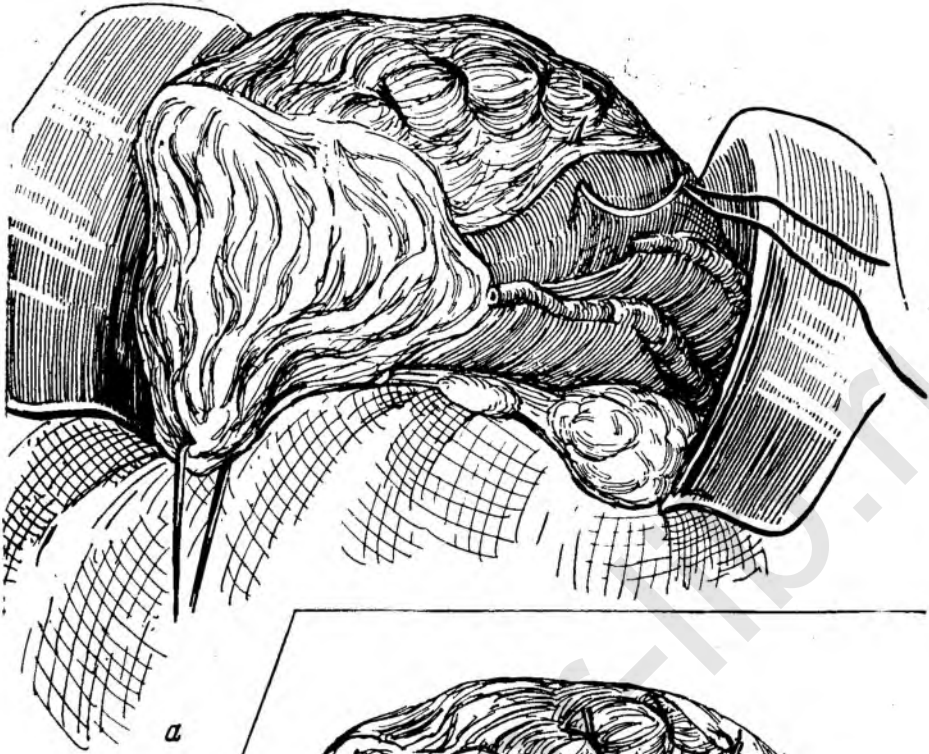


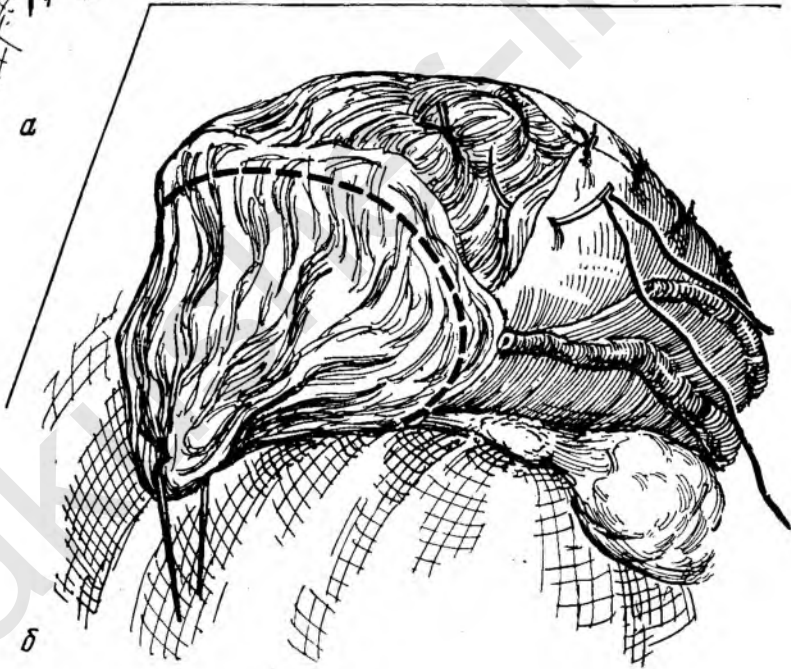
Рис. 48.

а. Множественная фибромиома передней стенки матки величиной с семимесячную беременность выведена из брюшной полости через поперечный разрез брюшной стенки винтованием и кускованием. Пунктиром показаны линии последующего иссечения узлов опухоли в области дна и боковой стенки матки с отсечением левых придатков.

1 — винтование опухоли; 2 — узел опухоли, исходящий из дна матки; 3 — узел опухоли, исходящий из боковой стенки и дна матки.  
 б. При иссечении большого узла фибромиомы из левой стенки вскрыта полость матки. Пунктиром показана линия последующего иссечения интерстициальных узлов в области дна матки и мышечной левой задней стенки матки. Видны отсеченные при удалении опухоли левые придатки.



а



б

Рис. 49.

а — на мышечный слой передней стенки матки наложены узловые кетгутные швы; накладывается второй ряд узловых швов на серозно-мышечный покров. Видны отсеченные при удалении опухоли правые придатки, на переднем плане частично резецированное дно матки.  
 б — наложение швов на серозно-мышечный покров передней стенки матки почти закончено. Избыток мышечной ткани дна матки, предназначенный к иссечению для получения матки нормальной формы и размера, показан пунктиром.

лено небольшое утолщение на правой яичниковой связке, в связи с чем последняя укорочена. Круглая связка и правые придатки фиксированы к матке швами. Реконструированная матка по форме и размерам

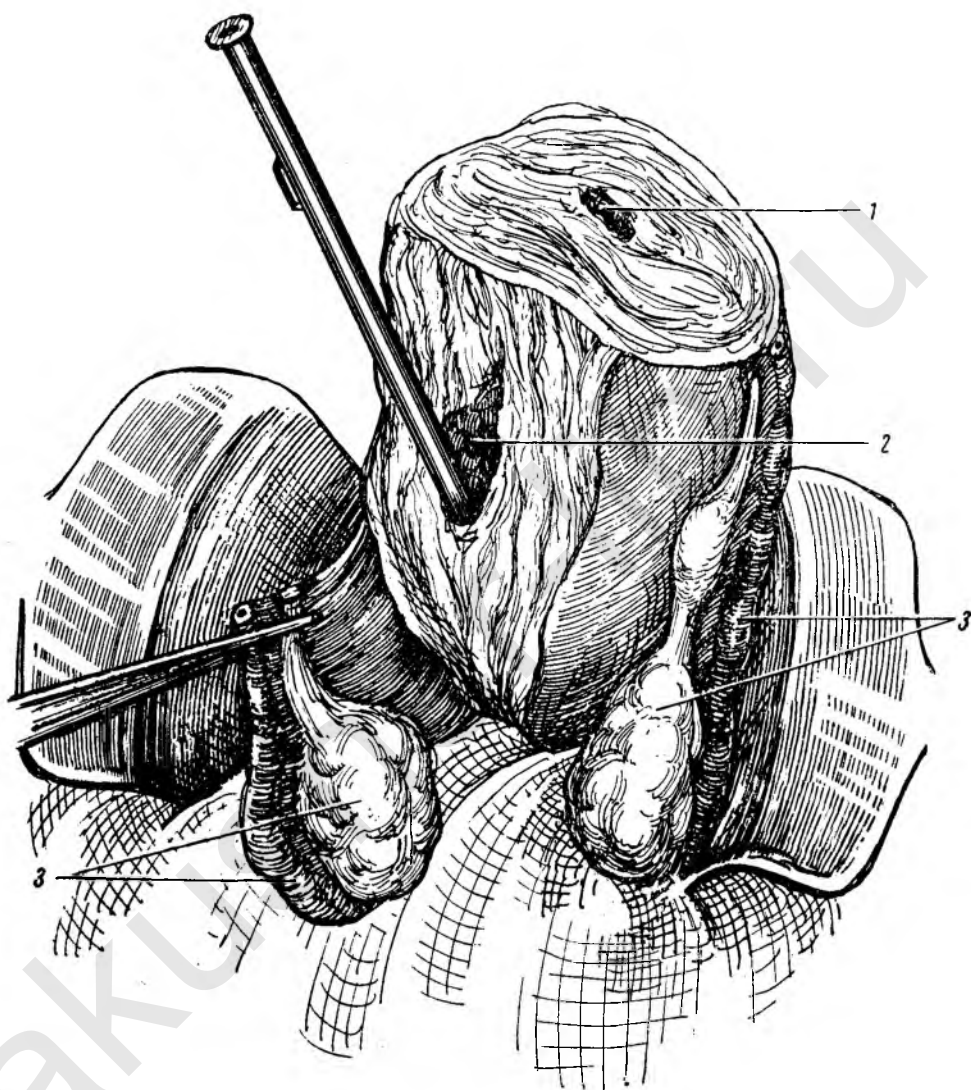


Рис. 50. При резекции избытка мышечной ткани дна матки вскрыта полость матки. Интерстициально расположенные узлы левой задней стенки матки уже удалены.

С обеих сторон видны отсеченные при удалении опухолей придатки.

1 — полость матки, вскрытая со стороны дна матки; 2 — полость матки, вскрытая при удалении опухоли из левой задней стенки матки, с введенным через это отверстие катетером; 3 — отсеченные придатки матки.

соответствовала нормальной матке, причем шов проходил по левой задней поверхности матки, переходил на область дна и заканчивался в нижнем центральном отделе передней маточной стенки (рис. 53 и 54). Произведен гемостаз. Брюшная стенка послонно зашита наглухо, наложен подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструации со-

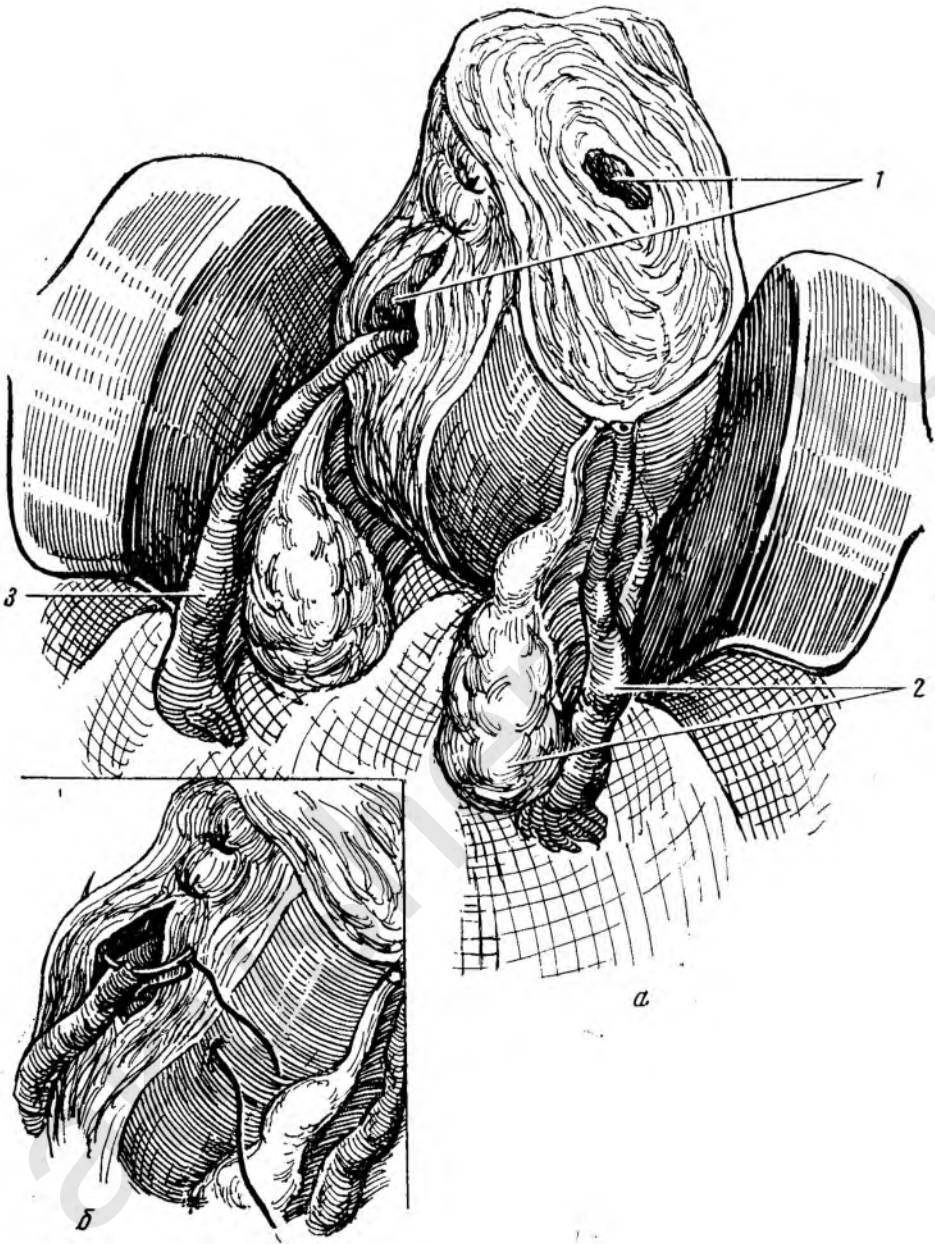


Рис. 51.

- а* — наложение мышечно-мышечных швов (первый ряд) на заднюю стенку матки. Маточный конец левой трубы погружен в полость матки для его последующего вшивания.  
*1* — вскрытая полость матки; *2* — отсеченные правые придатки; *3* — левая труба частично погружена в полость матки.
- б* — фиксация трубы, вшиваемой в полость матки, швами, проходящими через все слои тела матки и серозно-мышечный слой стенки трубы.

хранены. Детородная функция возможна благодаря вшиванию одной из труб в полость матки, но сомнительна.

Гистологическое исследование удаленной опухоли: фиброма матки.

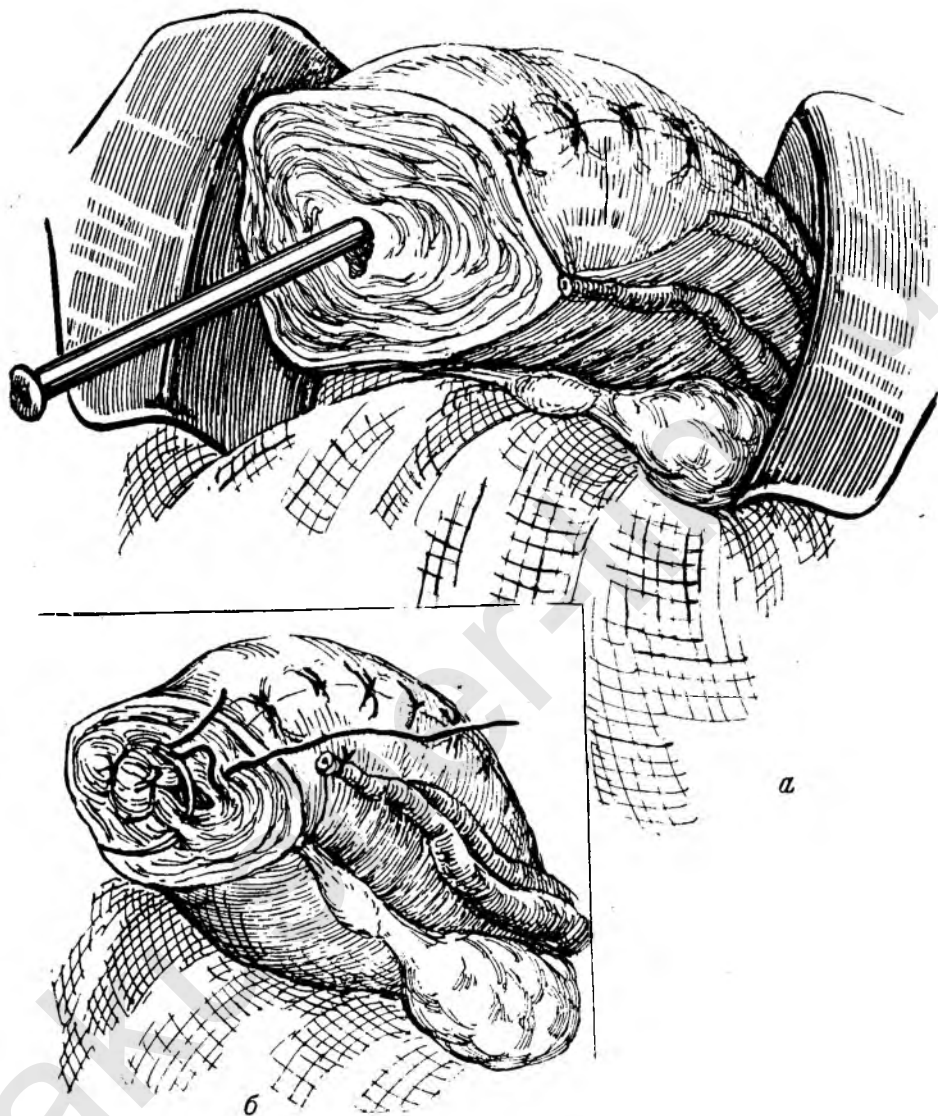


Рис. 52. Вид на матку со стороны ее дна и восстановленной передней стенки.

*а* — во вскрытую со стороны дна полость матки введен катетер.

*б* — восстановление стенки матки в области ее дна наложением узловых швов на мышечную ткань без прошивания слизистой оболочки. Правая труба перевязана и фиксирована к матке.

Непосредственно на операционном столе больной перелито 500 мл донорской крови. В послеоперационном периоде ей дважды переливали донорскую кровь (всего 450 мл).

Послеоперационный период осложнился незначительным инфильтратом шва брюшной стенки. В послеоперационном периоде у больной в срок была менструация. Больная выписана 26/VII, на 39-е сутки после операции, в удовлетворительном состоянии.



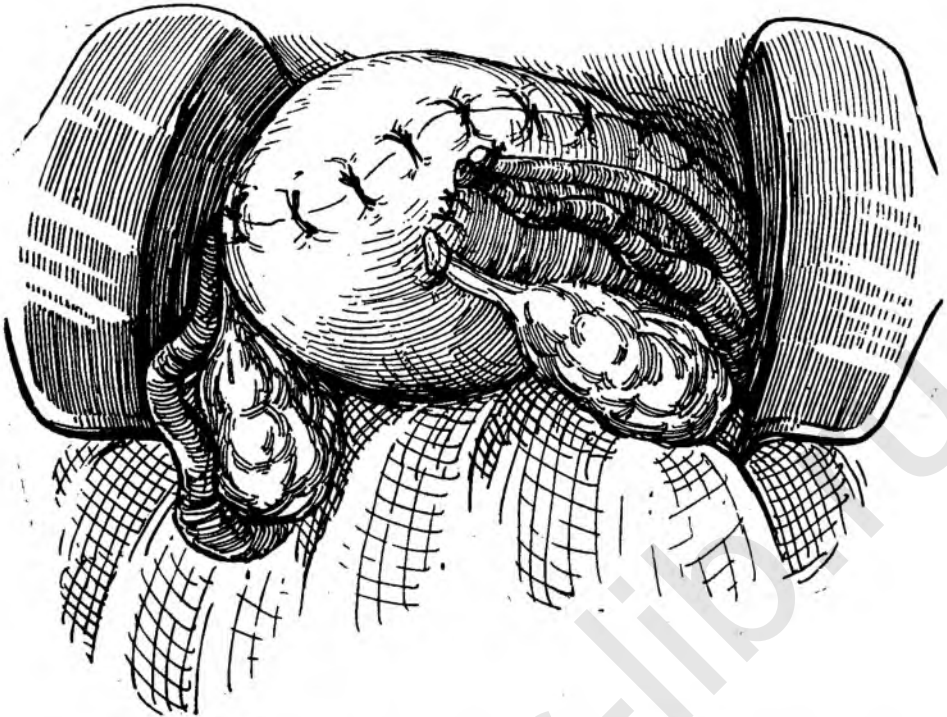


Рис. 53. Вид сформированной матки после пластики передней ее стенки и дна. К матке фиксированы: правая частично резецированная и укороченная яичниковая связка, правая труба, круглая и широкая связки.

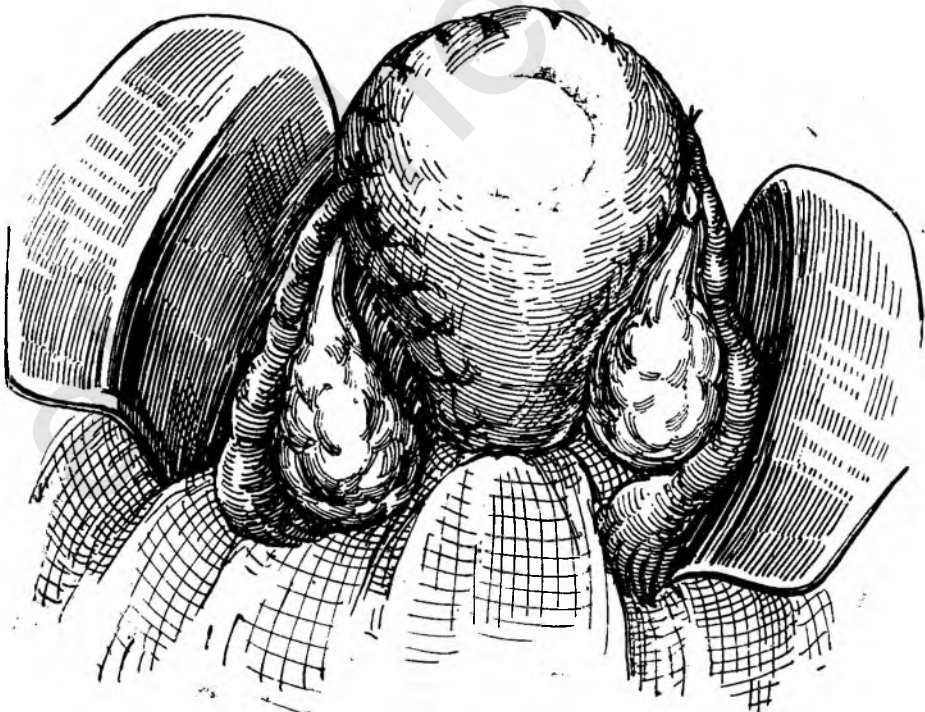


Рис. 54. Вид сформированной матки со стороны ее заднебоковой поверхности. Видна вшитая в полость матки левая труба.

## Иссечение заднебоковой стенки матки и удаление субмукозного узла из полости матки

История болезни № 11530. Больная Р., 37 лет, поступила 29/VI 1953 г. по поводу значительного маточного кровотечения.

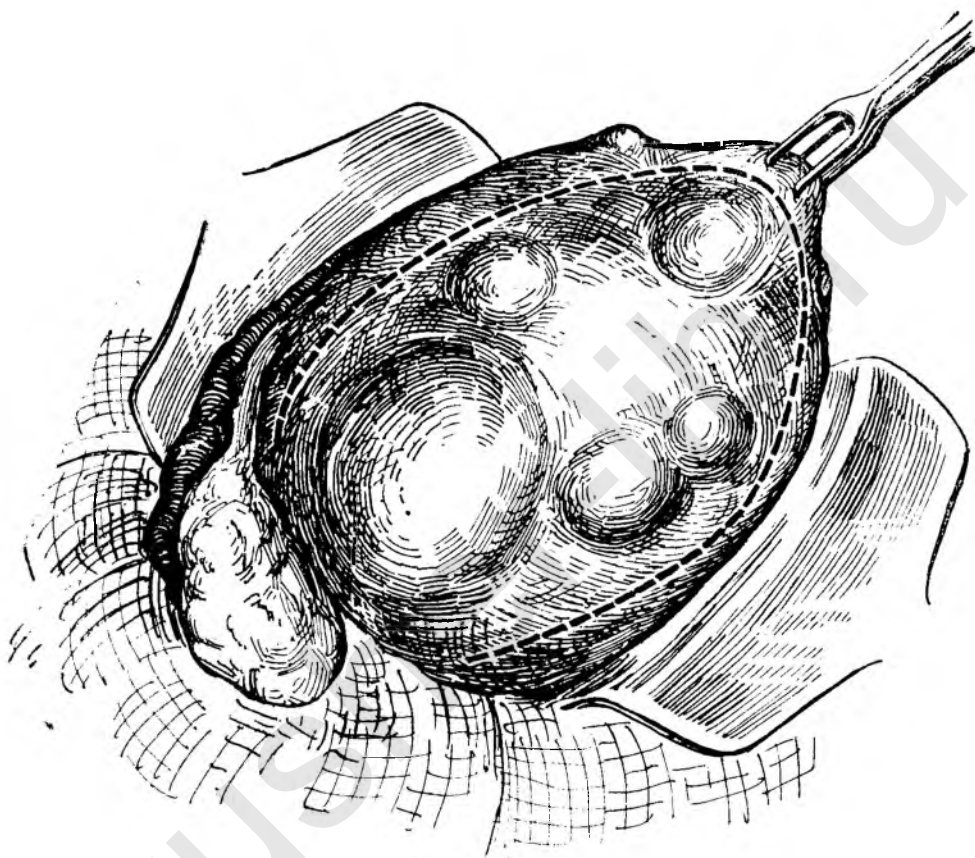


Рис. 55. Левая задняя стенка матки, пронизанная субсерозно-интерстициальными узлами величиной от лесного ореха до мандарина. Пунктиром показана линия иссечения заднебоковой поверхности матки с узлами опухоли.

Менструации с 14 лет, по 5—6 дней, через 21 день, регулярные, безболезненные, в умеренном количестве. Половая жизнь с 20 лет. Была одна беременность, которая окончилась срочными нормальными родами в 1938 г. В 1944 г. перенесла воспаление придатков матки.

В 1951 г. по поводу маточных кровотечений обратилась к врачу. Было назначено консервативное лечение, в результате которого кровотечения временно прекратились, но затем повторились вновь. С 1952 г. страдает обильными маточными кровотечениями, продолжительностью по 15 дней с интервалами в 10 дней. При поступлении обильные кровяные выделения со сгустками. Гемоглобина 53%.

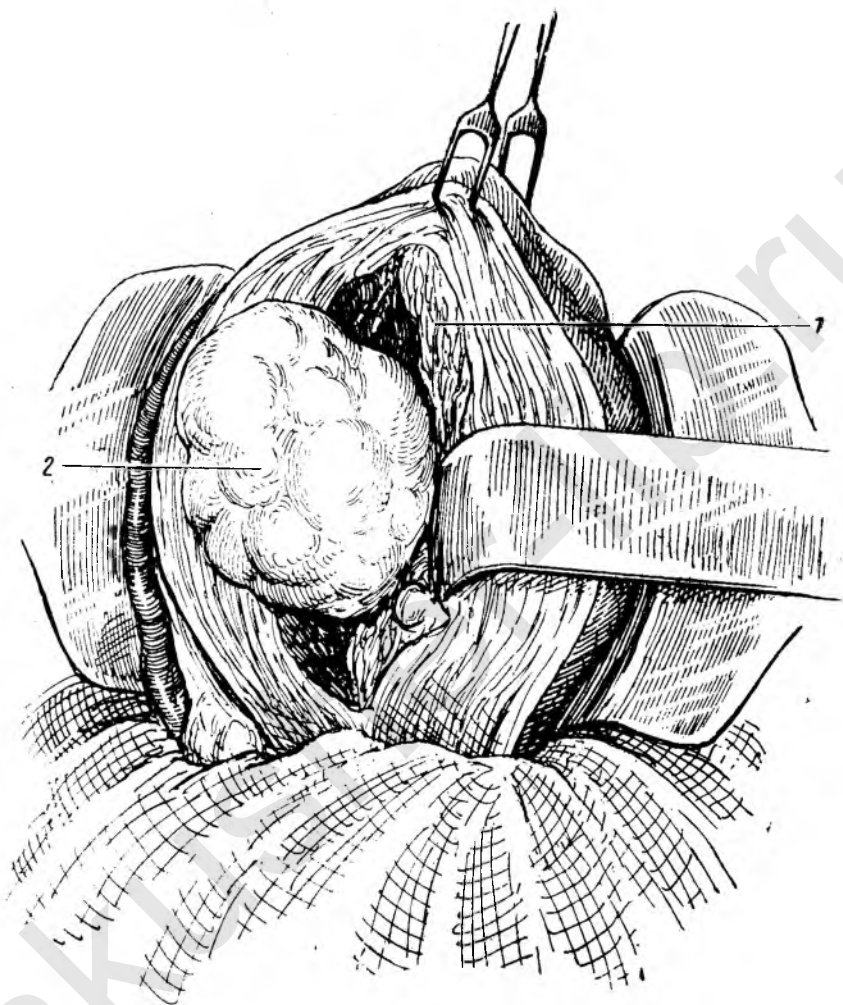


Рис. 56. Левая задняя стенка матки иссечена и полость матки вскрыта. Виден большой субмукозный узел фибромиомы. При иссечении левой задней стенки матки часть ее слизистой оболочки сохранена.  
1 — сохраненная часть слизистой оболочки заднебоковой стенки матки; 2 — субмукозный узел фибромиомы.

При осмотре шейки в зеркалах чистая. Матка увеличена до размеров четырехмесячной беременности, плотная, бугристая, своды свободны. Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: маточные кровотечения, большой размер опухоли.

9/VII консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что матка увеличена до размеров

четырёхмесячной беременности, передняя маточная стенка не изменена, заднелевая стенка матки пронизана множественными фиброзными узлами величиной от лесного ореха до мандарина, субсерозно-интерстициально расположенными и глубоко проникающими в мышечную ткань матки (рис. 55). Придатки матки при осмотре оказались неизменными. Зад-

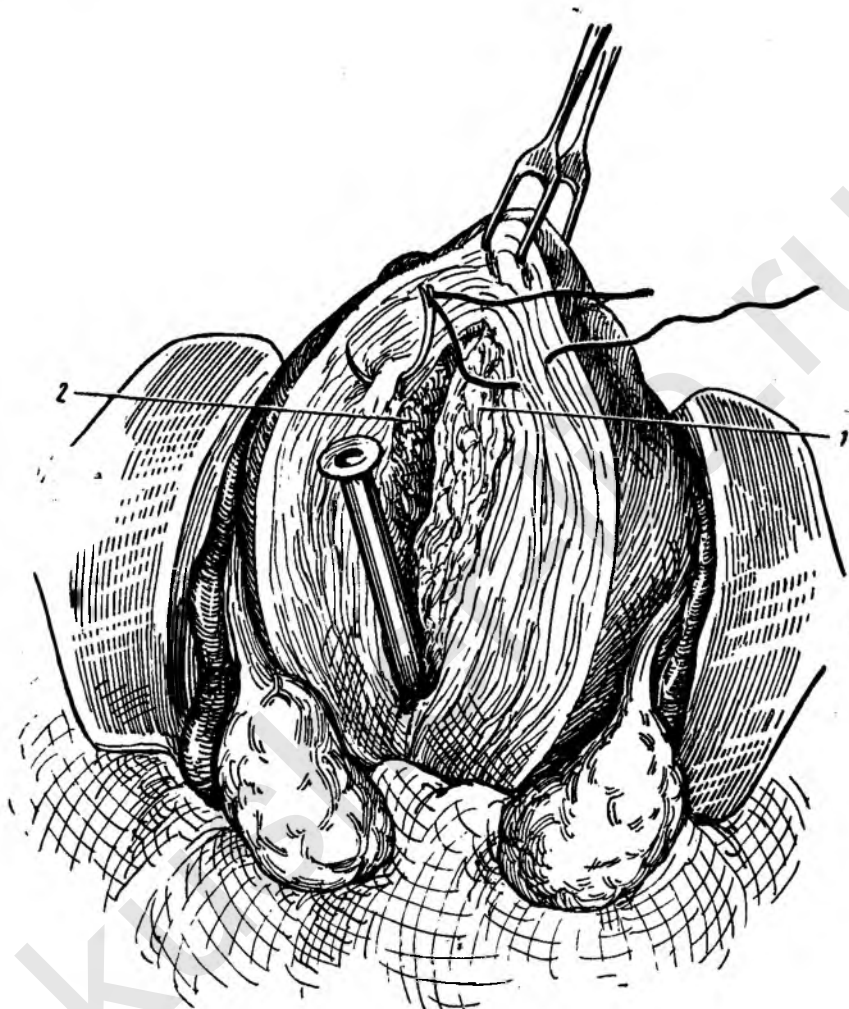


Рис. 57. Субмукозный узел удален. В полость матки введен катетер, под контролем которого начато наложение швов.

1 — сохраненная часть слизистой оболочки левой задней стенки матки; 2 — полость матки с введенным в нее катетером.

нелевая стенка матки с узлами опухоли иссечена, причем непораженная часть ее слизистой оболочки с тонким слоем прилежащего мышечного слоя отсепарована и связь ее со всей слизистой оболочкой полости матки не нарушена. Полость матки при удалении ее заднелевой стенки вскрыта и в ней обнаружен большой субмукозный узел фибромиомы (рис. 56), который иссечен. Стенки полости матки осторожно выскоблены кюреткой, смазаны йодной настойкой. В полость матки введен катетер, под контролем которого полость восстановлена путем наложения узло-

вых кетгутовых швов на мышечный слой матки без прошивания слизистой оболочки (рис. 57); второй ряд швов был наложен на серозно-мышечный слой; затем иссечены небольшие субсерозно-интерстициальные узлы в области углов матки вблизи места вхождения в матку придатков. На серозно-мышечный покров углов матки по иссечению узлов наложены узловые швы (рис. 58). Матка получилась нормальной величины. Осмотрен червеобразный отросток: он оказался в спайках. Произведена аппендэктомия обычным способом, с погружением культи в китсетный шов. Брюшная полость осушена, в нее введено 200 000 ЕД пени-

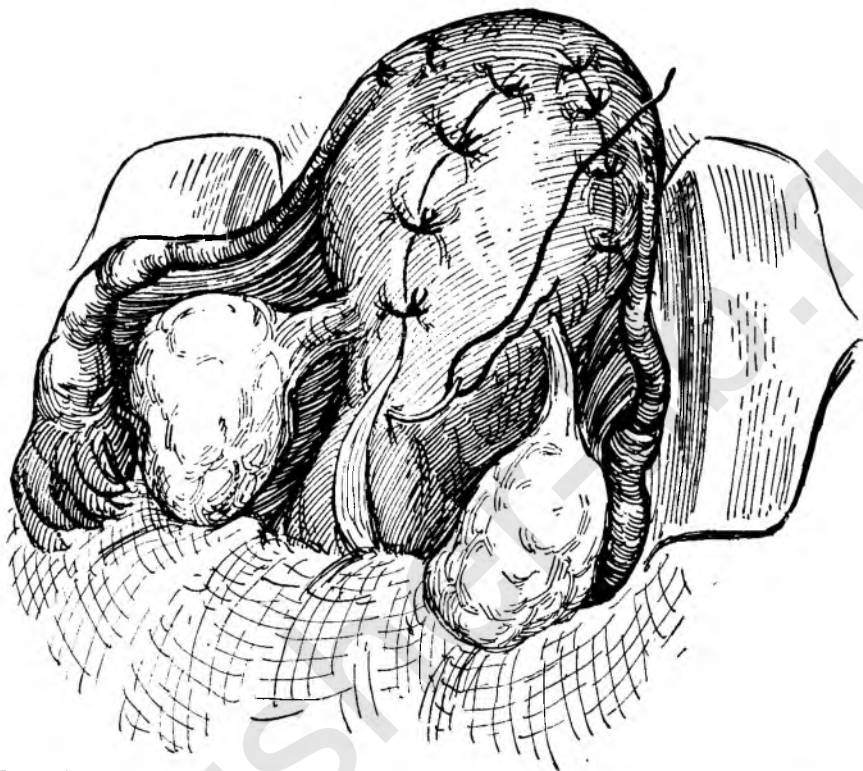


Рис. 58. Наложение швов на серозно-мышечный покров левой задней стенки матки. В углах матки видны швы, наложенные по иссечению небольших субсерозно-интерстициальных узлов.

цилина, и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложен подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструации и детородная функция при операции сохранены.

Гистологическое исследование удаленной опухоли: фибромиома матки.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана 24/VII, на 15-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Больная неоднократно осмотрена в течение 1953 и 1954 гг. При последнем осмотре, 24/VI 1954 г., через год после операции, шейка в зеркалах чистая, матка в *anteversio*, нормальной величины, подвижная, безболезненная. Придатки не изменены. Своды свободны. Менструации по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь сопровождается нормальными половыми ощущениями. От беременности не предохраняется, пока не беременела. Общее самочувствие хорошее. Жалобы отсутствуют.

## Иссечение субмукозных и субмукозно-интерстициальных узлов из полости матки

История болезни № 13130. Больная Б., 34 лет, поступила 14/VIII 1954 г. для операции по поводу кровоточащей фибромиомы матки.

Менструации с 14 лет, по 4 дня, через 28 дней, умеренные, болезненные. Половая жизнь с 29 лет, продолжалась один год, беременностей не было.

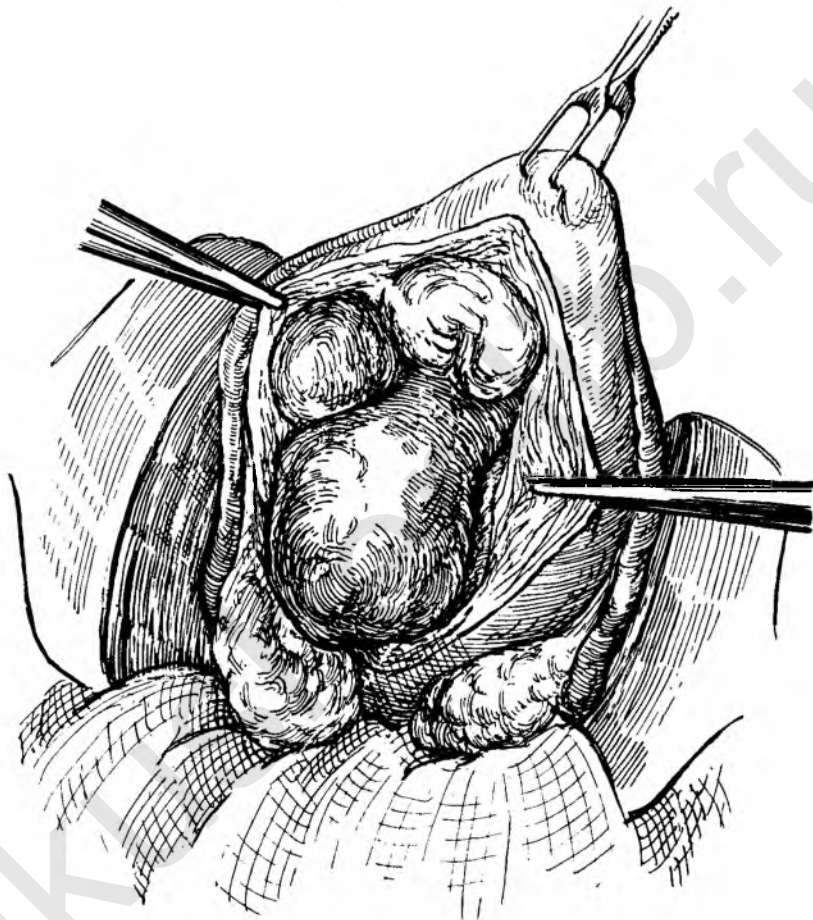


Рис. 59. Задняя стенка матки рассечена в продольном направлении и вскрыта полость матки. Виден субмукозный узел на ножке, исходящий из слизистой оболочки передней стенки матки, и два субмукозно-интерстициальных узла в области дна и заднелевой стенки матки.

С 1950 г. цикл менструаций нарушился: менструации стали приходиться два раза в месяц и стали обильными. В 1951 г. по поводу кровотечения было произведено выскабливание стенок полости матки, причем был диагностирован фиброзно-железистый полип полости матки. До 1953 г. менструации протекали нормально, но были болезненными. С 1953 г. менструации вновь стали обильными, продолжительностью по 10 дней; в межменструальный промежуток отмечались кровянистые выделения. 14/II 1954 г. в одном из лечебных учреждений Москвы

было произведено повторное выскабливание стенок полости матки и диагностирована фибромиома матки (подслизистый узел). Последние несколько месяцев больная страдает кровотечениями со сгустками продолжительностью по 10—12 дней, температура повышается до 38,7°. При поступлении 47% гемоглобина.

При осмотре обильные кровянистые выделения из половых путей. Шейка матки отклонена кзади, цилиндрическая, при осмотре в зеркалах чистая, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 3½-месячной беременности, боковые своды свободны. Придатки не определяются.

Клинический диагноз: кровоточащая фибромиома матки, подслизистые узлы. Показания к операции: маточные кровотечения, пониженный процент гемоглобина.

18/VIII консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что матка увеличена до размеров 3½-месячной беременности. На задней поверхности матки имеется несколько маленьких субсерозных узлов фибромиомы. Узел фибромиомы величиной с боб расположен интерстициально в области дна матки. В теле матки прощупываются глубоко расположенные узлы опухоли. Трубы и яичники с обеих сторон без изменений. Произведен продольный разрез по задней поверхности матки, причем при рассечении мышечной ткани найден большой интерстициальный узел фибромиомы, расположенный в верхнем отделе задней стенки ближе к дну матки. При удалении этого узла полость матки вскрыта и в ней обнаружены три узла фибромиомы: один величиной с крупную сливу, субмукозный, расположенный на ножке и исходящий из слизистой оболочки передней стенки матки, и два субмукозно-интерстициальных узла величиной с грецкий орех каждый. Один из них расположен в области дна матки, а второй — в левой маточной стенке (рис. 59). При удалении одного из этих узлов полость матки вторично вскрыта уже в другом месте; она тщательно осмотрена и в ней обнаружено еще несколько мелких узелков фибромиомы (рис. 60, а). Узлы иссечены, и стенки полости матки осторожно выскоблены кюреткой. Одно из отверстий полости матки ушито путем наложения трех узловых кетгутовых швов на мышечный слой матки (слизистая оболочка не прошита), после чего начато ушивание второго отверстия полости матки (рис. 60, б). Прежде чем закончить ушивание второго отверстия полости матки, мы наложили второй ряд узловых кетгутовых швов на мышечную ткань верхнего отдела задней стенки матки. Затем через отверстие в нижнем отделе матки в ее полость был введен катетер, под контролем которого и было закончено ушивание отверстия (рис. 61, а). Далее наложен третий ряд узловых кетгутовых швов на серозно-мышечный покров задней стенки матки (рис. 61, б), после чего удален интерстициальный узел величиной с боб, расположенный в области дна матки (рис. 61, в). Удалены также мелкие субсерозные узлы с задней поверхности матки. Матка получилась нормальной величины и формы, со швом в продольном направлении по ее задней стенке и поперечным швом в области дна матки (рис. 62). Осмотрен аппендикс — он оказался удлиненным и воспаленным. Произведена аппендэктомия обычным способом, с погружением культи в кисетный шов. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Непосредственно на операционном столе больной перелито 500 мл донорской крови. Менструации и детородная функция при операции сохранены.

Гистологическое исследование опухоли показало фибромиому.

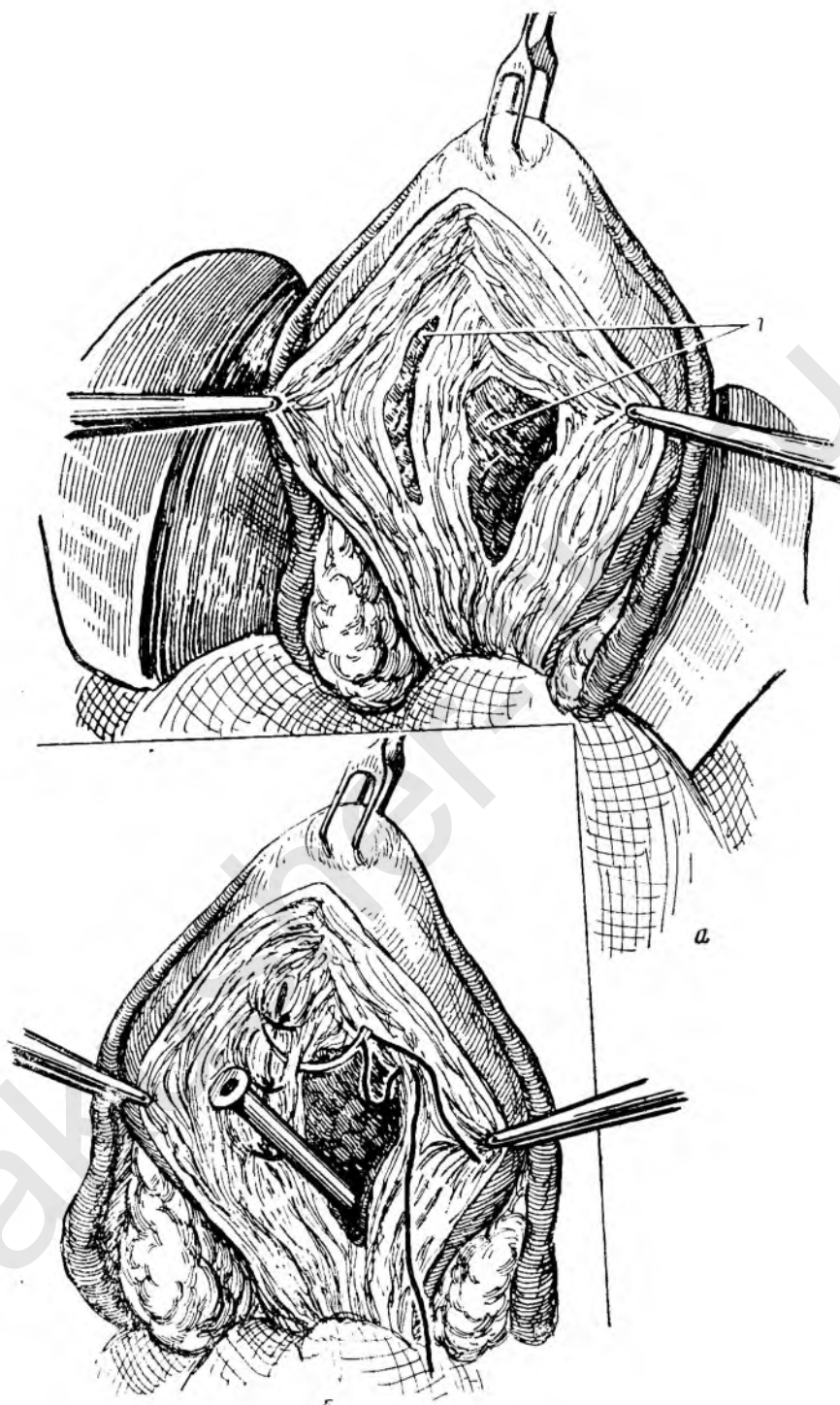


Рис. 60.

*а* — при удалении интерстициально-субмукозных узлов полость вскрыта в другом месте.

*1* — вскрытая полость матки.

*б* — одно из отверстий полости матки ушито наложением трех узловых швов на мышечную ткань без прошивания слизистой оболочки. Начато ушивание второго отверстия полости матки.



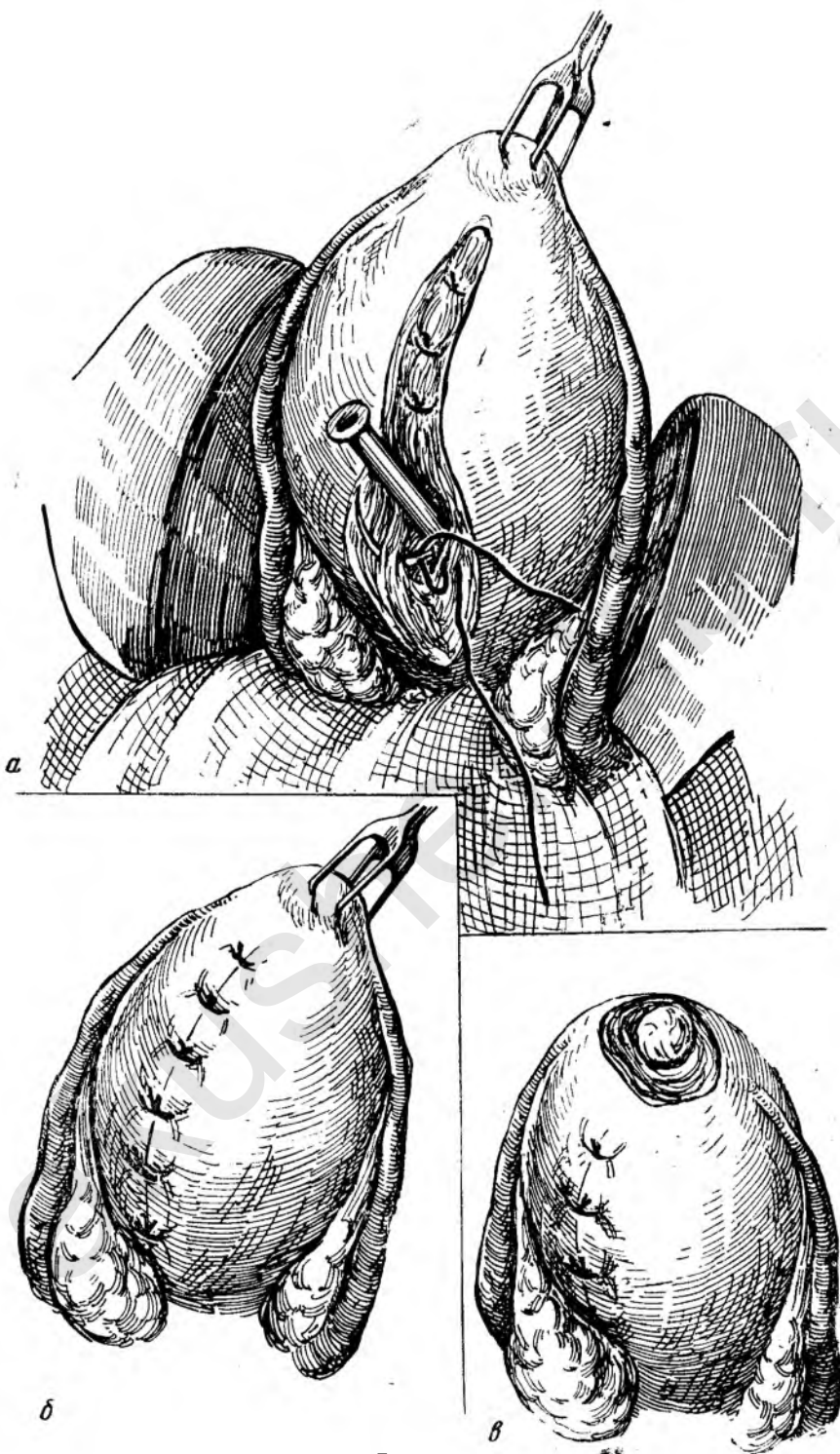


Рис. 61.

- а* — на мышечную ткань задней стенки матки в ее верхнем отделе наложен второй ряд узловых швов. Под контролем катетера заканчивается ушивание второго отверстия полости матки.
- б* — на серозно-мышечный покров задней стенки матки наложен третий ряд швов.
- в* — интерстициальный узел фибромиомы в области дна матки иссекается.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана 1/IX, на 14-й день после операции, в хорошем состоянии. Перед выпиской произведено повторное переливание крови в количестве 500 мл. Процент гемоглобина к моменту выписки — 48.

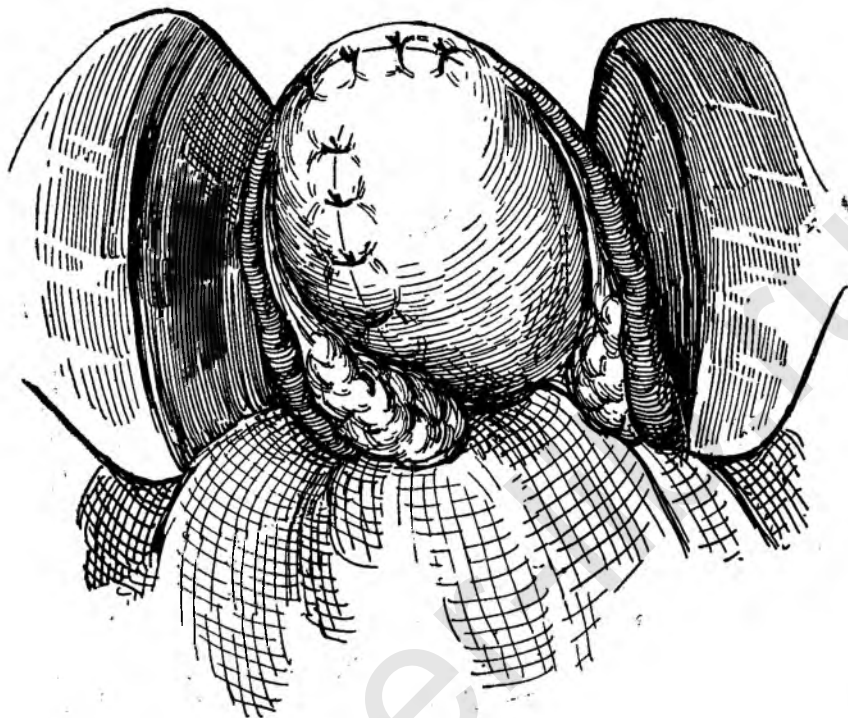


Рис. 62. Окончательный вид сформированной матки. Один шов расположен в продольном направлении по задней поверхности матки, второй шов в поперечном направлении — в области дна матки после удаления интерстициального узла фибромиомы.

**Иссечение большого субмукозного узла из полости матки, частичная дефундация матки с удалением части задней стенки матки**

История болезни № 19930. Больная В., 37 лет, поступила 11/XI 1953 г. с явлениями резкой анемии (гемоглобина 30%) для операции по поводу кровоточащей фибромиомы матки.

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 28 дней, необильные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, брак один, беременностей 5, из них 2 родов и 3 аборта. Страдает хроническим воспалением придатков матки, по поводу которого неоднократно лежала в больнице.

Считает себя больной в течение последних двух лет, когда менструации значительно усилились. Год назад было обильное кровотечение; в одном из лечебных учреждений, куда обратилась больная, был поставлен диагноз неполного выкидыша и произведено выскабливание стенок полости матки. С этого времени больная страдает обильными менструациями, которые особенно усилились за 4 месяца до поступления к нам в больницу. Последние 2 недели кровотечения чередуются с обильными водянистыми выделениями.

При осмотре матка в *anteversio*, вся в узлах фибромиомы, увеличена до размеров четырехмесячной беременности. Шейка матки открыта,

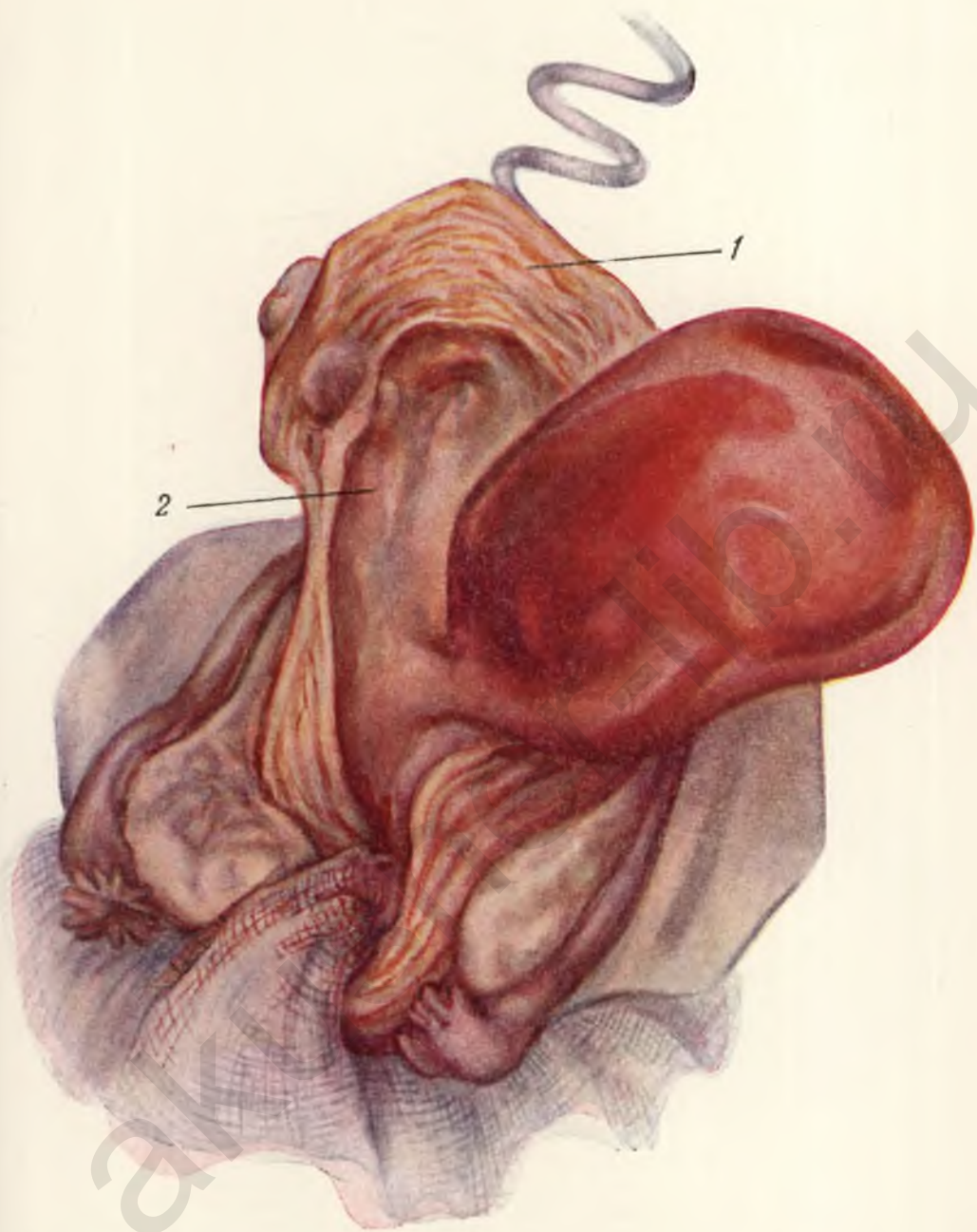


Рис. 63. Задняя стенка матки надсечена в косом направлении и отвернута, как крышка. Видна вся слизистая оболочка полости матки с субмукозным узлом фибромиомы величиной с апельсин, исходящим на ножке из слизистой оболочки передней стенки матки в ее верхнем сегменте.

1 — отвернутая часть задней стенки матки с интерстициальными узлами; 2 — дно матки.

палец свободно проходит в полость матки, где определяется узел фибромиомы, величиной с апельсин. Своды свободные.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: маточные кровотечения, резкая анемия.

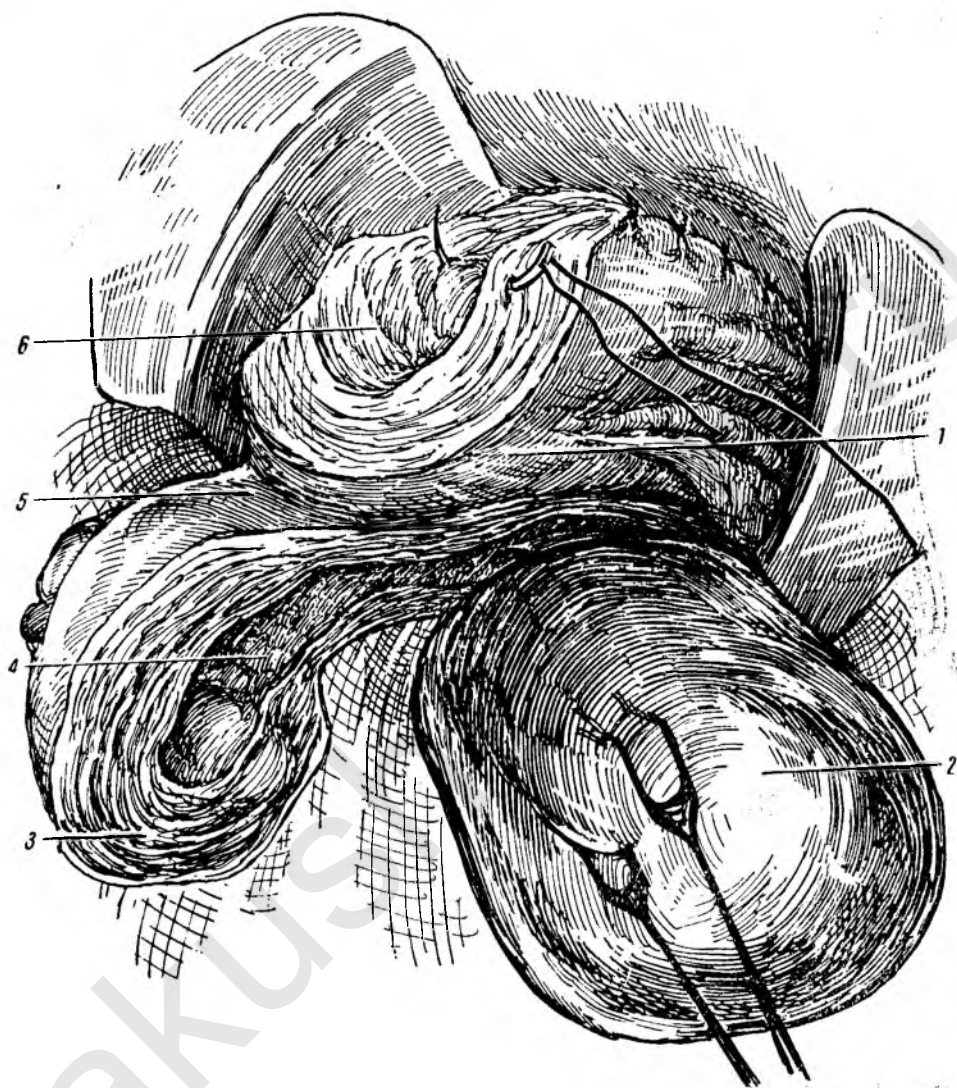


Рис. 64. Вид на матку со стороны ее правой боковой поверхности. На обнаженную мышечную ткань передней стенки матки после удаления субсерозно-интерстициальных узлов накладывают швы. Видна полость матки, вскрытая со стороны ее задней стенки, и большой исходящий из полости матки субмукозный узел фибромиомы.

1 — правая боковая стенка матки; 2 — субмукозный узел фибромиомы; 3 — мышечная ткань задней стенки матки; 4 — вскрытая со стороны задней стенки полость матки; 5 — дно матки; 6 — мышечная ткань передней стенки матки.

Ввиду низкого процента гемоглобина больной дважды до операции перелита кровь в общей дозе 950 мл. Содержание гемоглобина поднялось до 33%.

19/XI консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией с добавлением эфирного наркоза (израсходовано 30 мл эфира).

Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена матка, увеличенная до размеров 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-месячной беременности. На передней и задней поверхности матки ближе к ее дну множественные субсерозно-интерстициальные узлы фибромиомы. Придатки с обеих сторон без изменений. Для удаления обнаруженного при осмотре большого субмукозного узла задняя стенка матки рассече-

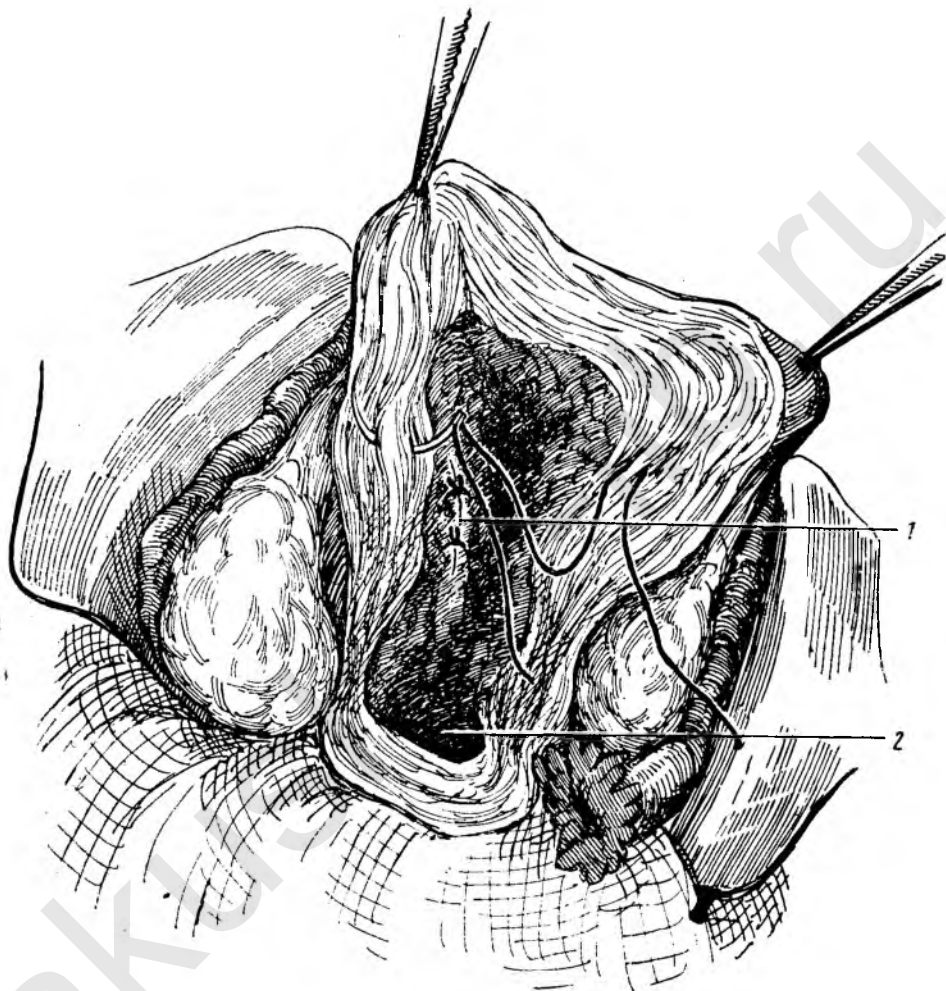


Рис. 65. Задняя маточная стенка и дно матки иссечены. На слизистую оболочку передней стенки матки по удалении субмукозного узла наложены швы. Начато восстановление полости матки.

1 — швы, наложенные на слизистую оболочку передней стенки матки по удалении субмукозного узла; 2 — шейный канал.

на в косом направлении снизу вверх до полости матки и, как только полость матки была вскрыта, из нее показался большой, размером с апельсин, субмукозный узел на ножке, исходящий из передней стенки полости матки. Для удаления узла часть задней стенки матки захвачена щипцом и, как крышка, отвернута кверху, причем вся слизистая оболочка полости матки развернута в виде цельного лоскута. Узел при этом полностью выделился из полости матки (рис. 63). В полость матки введен тампон. Затем осмотрена передняя стенка матки для того, чтобы

решить вопрос о возможности и целесообразности применения в данном случае консервативно-пластической операции. На передней стенке матки оказалось несколько субсерозно-интерстициальных узлов, которые иссечены с частью мышечной ткани передней стенки матки. Так как узлы были расположены ближе к серозному покрову матки, полость матки при удалении узлов не была вскрыта. Решено, что операцию возможно и вполне целесообразно выполнить консервативно. На серозно-мышечный

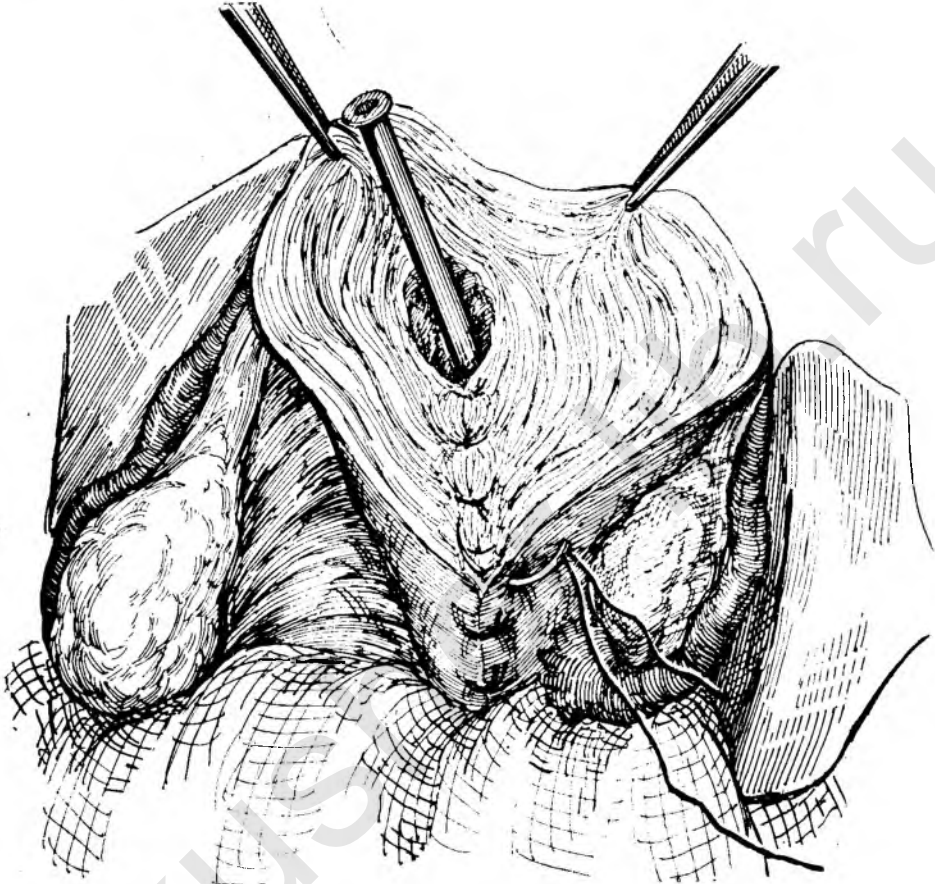


Рис. 66. Отверстие, ведущее в полость матки, частично ушито. На серозно-мышечный покров нижнего сегмента задней стенки матки накладывают узловые швы.

покров передней стенки матки наложен ряд узловых кетгутовых швов (рис. 64). Далее произведено иссечение субмукозного узла из полости матки, а на слизистую оболочку матки в месте удаления узла наложено несколько тонких кетгутовых швов. Вследствие того что отвернутая в виде крышки часть задней стенки матки была вся пронизана интерстициальными и субсерозно-интерстициальными узлами, которые были расположены также и в области дна матки, произведена частичная дефундация матки с иссечением надсеченной ранее части задней маточной стенки (рис. 65). Стенки полости матки осторожно выскоблены, смазаны йодной настойкой, и в полость матки введен катетер. Под контролем введенного катетера наложены узловые кетгутовые швы на мышечный слой без прошивания слизистой оболочки (рис. 66). На серозно-мышечный покров задней стенки матки наложены узловые кетгутовые

швы, причем оказалось, что трубы при наложении швов приняли несколько косо по отношению друг к другу положение, а яичники подтянулись швами и расположены на задней стенке образованной матки вблизи друг от друга (рис. 67). Нижний сегмент передней маточной стенки на небольшом протяжении перитонизирован брюшиной лузырно-маточной складки. Шов на сформированной матке проходит по ее передней стенке и в области дна матки переходит на заднюю маточную стенку

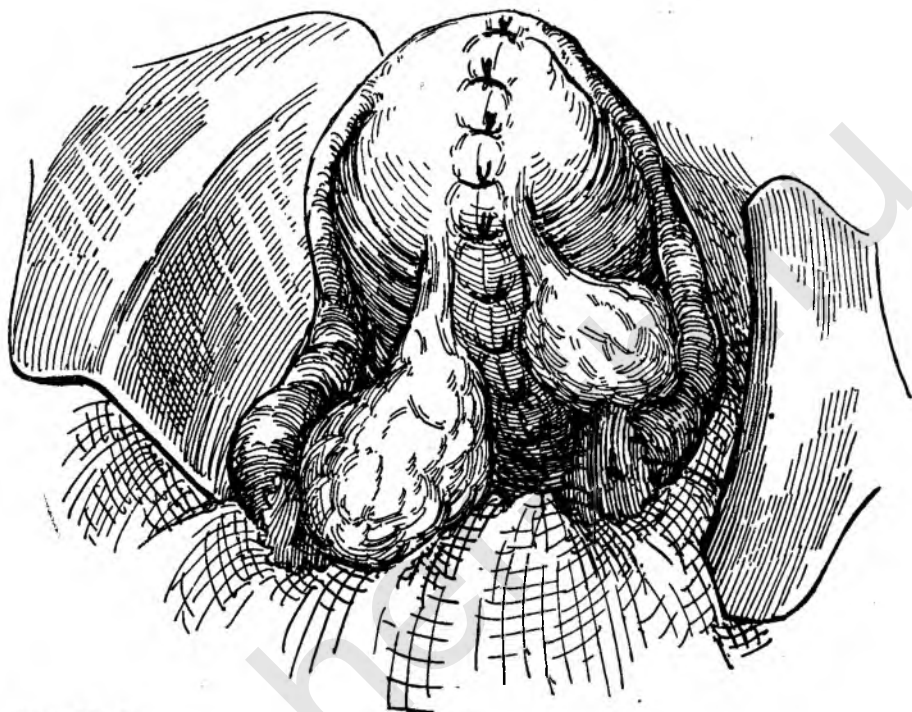


Рис. 67. Окончательный вид сформированной матки со стороны ее задней стенки. Шов проходит по задней стенке в продольном направлении. Трубы расположены наискось по отношению друг к другу, яичники подтянуты близко к шву.

(рис. 68). Осмотрен аппендикс — он найден неизменным. Брюшная полость осушена, смазана вазелиновым маслом, и в нее введено 500 000 ЕД раствора пенициллина. Брюшная стенка послойно зашита наглухо, наложен подкожный шов. Осложнений по ходу операции не было. Менструации сохранены. Детородная функция не сохранена в связи с тем, что иссечено значительное количество мышечной и слизистой ткани матки.

Гистологическое исследование показало фибромиому матки.

Послеоперационное течение гладкое. Ввиду низкого процента гемоглобина и кровопотери в процессе операции больной еще раз произведено переливание 250 мл крови. Больная выписана 3/ХІІ, на 14-е сутки после операции, в хорошем состоянии. Процент гемоглобина при выписке 33.

В течение 1953 и 1954 гг. больная неоднократно была осмотрена. При последнем осмотре 28/IV 1954 г., через 5 месяцев после операции, матка найдена в *anteversio*, нормальной величины, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Своды свободны. Имеется незначительное

опущение стенок влагалища, не вызывающее жалоб. Менструации регулярные, по 3 дня, через 26 дней, но более скудные, чем до заболевания. Половая жизнь сопровождается нормальными половыми ощущениями. Общее состояние хорошее, жалобы отсутствуют. Процент гемоглобина увеличился до 65.

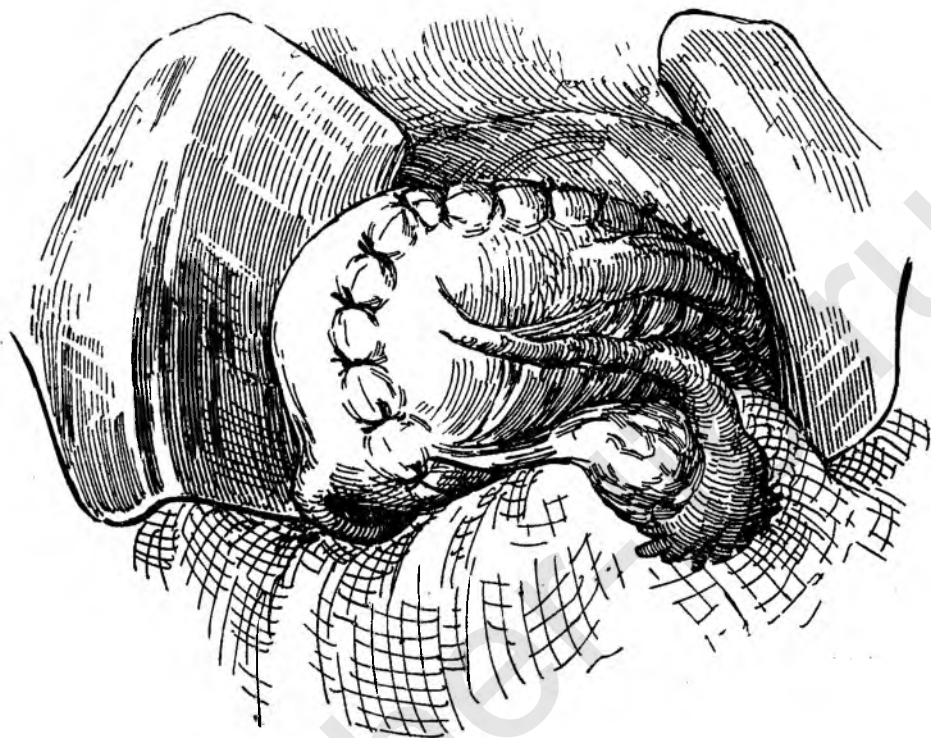


Рис. 68. Вид на матку со стороны ее ушитой передней стенки и дна.

### **Высокая надвлагалищная ампутация матки с ввертыванием лоскута слизистой оболочки в шейку и созданием маленькой матки**

История болезни № 13171. Больная П., 43 лет, поступила в августе 1954 г. для операции по поводу фибромиомы.

Клинический диагноз: фибромиома матки величиной с трехмесячную беременность. Показания к операции: 35% гемоглобина, маточные кровотечения.

18/VIII консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена матка, увеличенная до размеров 3½—4-месячной беременности с множественными интерстициальными узлами фибромиомы, расположенными преимущественно в задней стенке и дне матки. Придатки с обеих сторон не изменены. Опухоль выведена из брюшной полости путем винтования и кускования. Оказалось, что она исходит из задней стенки матки, причем ложе опухоли глубоко прорастает в маточную стенку. По иссечении части задней маточной стенки с ложем опухоли обнаружено, что вся матка пронизана интерстициальными узлами, расположенными больше в ее верхней части (рис. 69). Вскрыта полость матки: вся она выполнена множествен-



ными субмукозными узлами; узлы удалены; полость матки выскоблена. Сохранить матку было нельзя. При удалении большей части задней стенки матки с основной опухолью в области прилежащей к каналу шейки матки сохранен языкообразный лоскут неповрежденной слизи-



Рис. 69. Винтованием удаляют фибромиому задней стенки матки. Ложе опухоли с частью прилежащей мышечной ткани иссекают. Оставшаяся часть матки вся пронизана интерстициальными узлами.

1 — интерстициальные узлы опухоли; 2 — ложе опухоли; 3 — вид опухоли при ее винтовании.

стой оболочки. Наложены клеммы на трубу, яичниковую связку и круглую связку с обеих сторон и они отсечены от матки (рис. 70). Передняя стенка матки отсечена над уровнем внутреннего зева (рис. 71, а). Оставленный ранее лоскут слизистой оболочки задней стенки матки свернут и подшит к слизистой оболочке канала шейки матки тремя узловыми кетгутowymi швами (рис. 71, б). После наложения клемм на

маточные артерии и последующего обшивания их с обеих сторон серозно-мышечный покров культи шейки матки ушит в продольном направлении узловыми кетгутowymi швами (рис. 72, а). Затем серозно-мышечный покров культи шейки матки ушит узловыми кетгутowymi швами в поперечном направлении над ввернутым лоскутом слизистой оболочки, при-

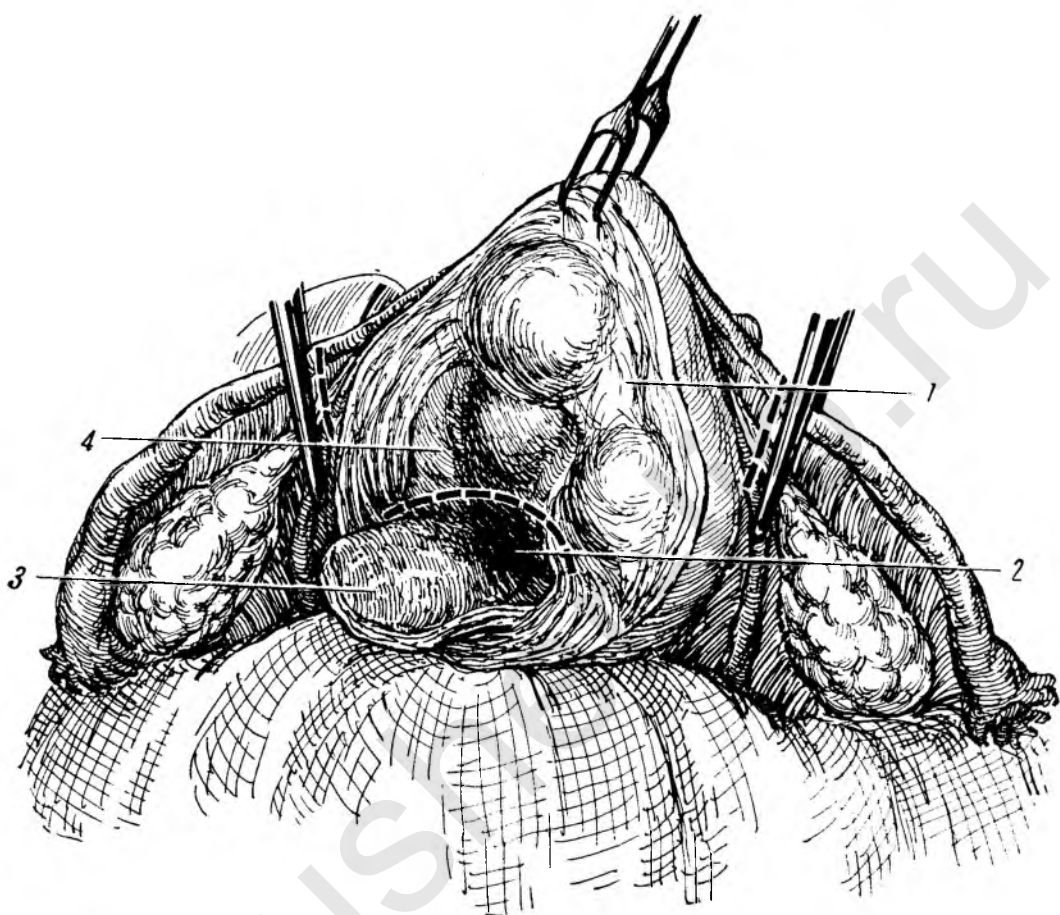


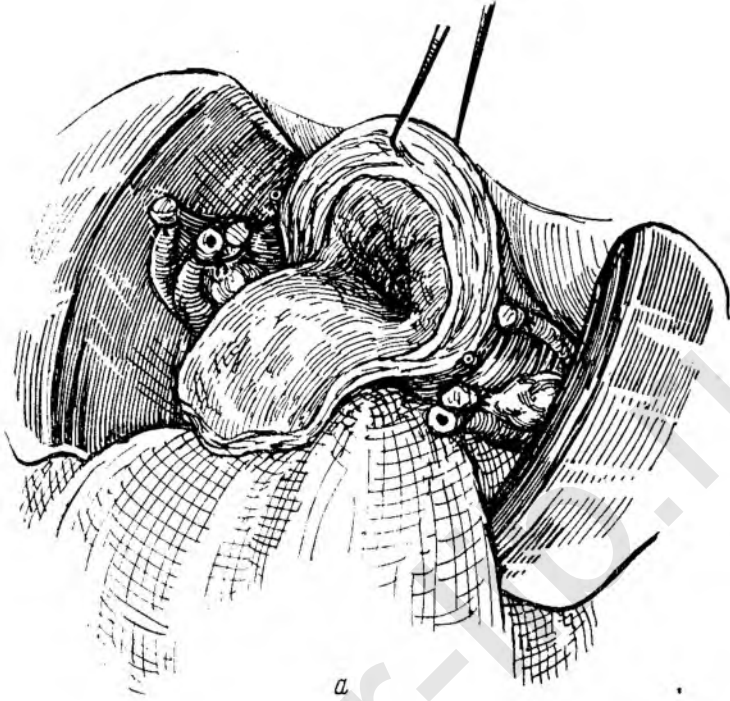
Рис. 70. При удалении задней стенки матки с опухолью сохранен языкообразный лоскут неповрежденной слизистой оболочки, прилежащей к каналу шейки матки. Пунктиром показаны линии последующего отсечения придатков и удаления оставшейся части матки, пронизанной узлами опухоли.

1 — удаляемая часть матки с узлами фибромиомы; 2 — канал шейки матки; 3 — лоскут слизистой оболочки задней стенки матки; 4 — слизистая оболочка передней стенки матки.

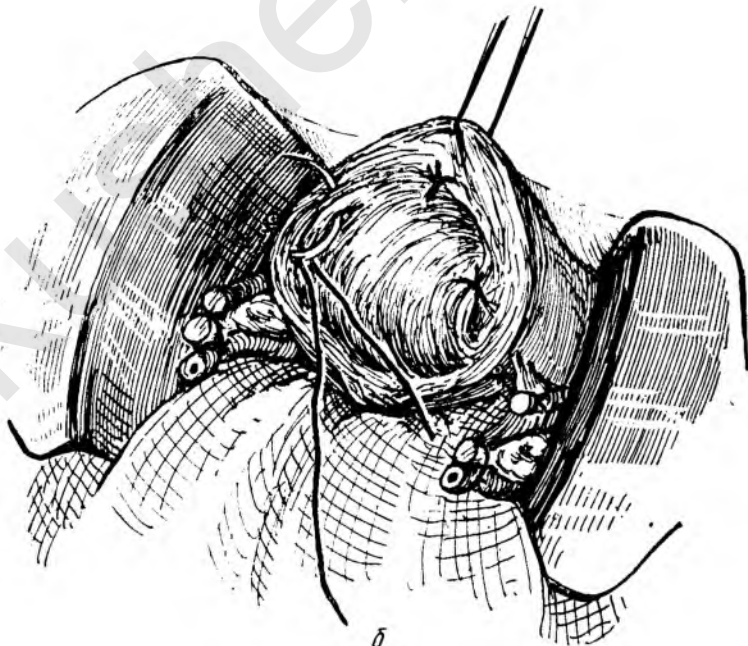
чем левые придатки подшиты к культе (рис. 72, б). По окончании наложения поперечного шва к культе подшиты правые придатки. Таким образом, получилось подобие маленькой матки (рис. 73). Брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструации сохранены. Детородная функция не сохранена.

Гистологическое исследование: фибромиома матки с гиалинозом.

Послеоперационное течение гладкое. Выписка больной несколько задержалась в связи с тем, что в анамнезе у нее был инфаркт миокарда, поэтому переливания крови, которые были необходимы для поднятия общего тонуса больной и процента гемоглобина, производились ей с большими промежутками. Всего кровь была перелита 3 раза, общее



*a*



*б*

Рис. 71.

*a* — передняя стенка матки отсечена над уровнем внутреннего зева. Осталась шейка матки с лоскутом слизистой оболочки задней стенки матки. Видны пересеченные маточные артерии, отсеченные и обшитые придатки и круглые связки с обеих сторон.

*б* — лоскут слизистой оболочки завернут и подшит к слизистой оболочке канала шейки матки тремя узловыми швами. Видны пересеченные маточные артерии, обшитые придатки и круглые связки с обеих сторон.

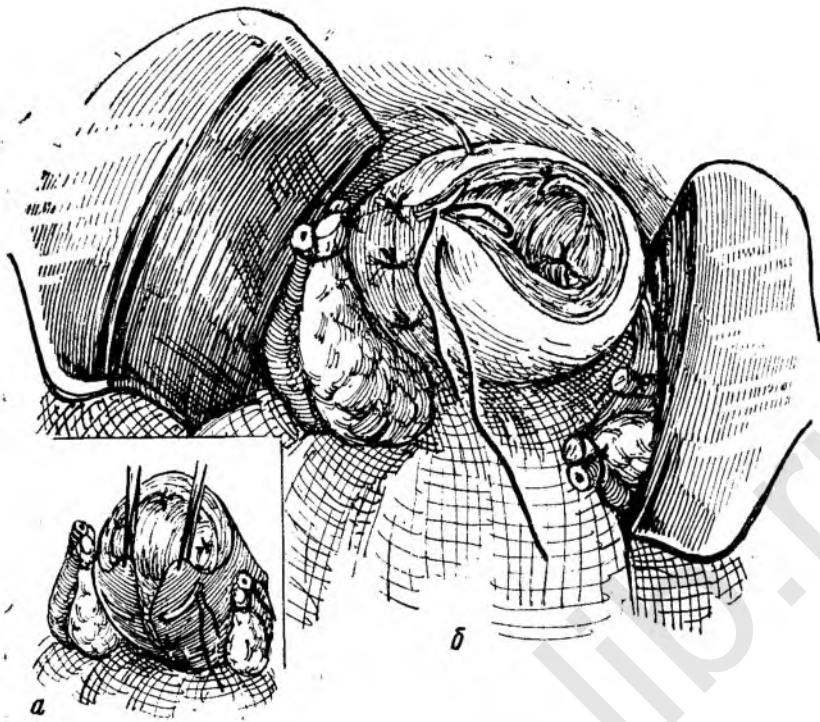


Рис. 72.

*а* — серозно-мышечный покров задней стенки шейки матки ушивается в продольном направлении.

*б* — серозно-мышечный покров оставшейся культи шейки матки ушивается над ввернутым лоскутом слизистой оболочки узловыми швами в поперечном направлении. Левые придатки подшиты к матке.

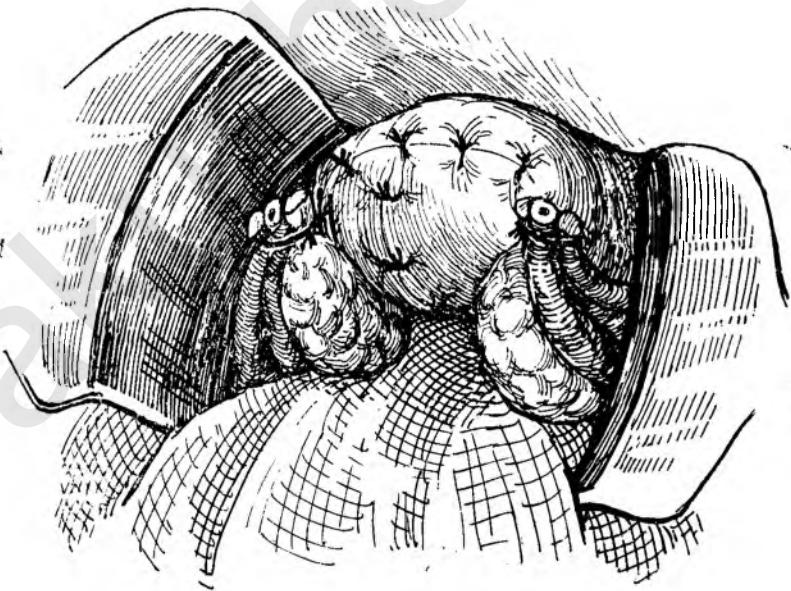


Рис. 73. Окончательный вид сформированной маленькой матки. Отсеченные в процессе операции придатки подшиты к образованной матке с обеих сторон.

количество ее составило 950 мл. Процент гемоглобина к моменту выписки возрос до 57. Больная выписана 8/IX, на 21-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Осмотр 25/XI 1955 г., через 1 год 3 месяца после операции: менструации по 3 дня, через 27 дней, скудные, безболезненные. Половая жизнь сопровождается нормальными половыми ощущениями. Шейка в зеркалах чистая. Матка очень маленькая, придатки в норме. Своды свободны.

### Удаление фибромиомы шейки матки с последующим сшиванием тела с нижним сегментом шейки матки

История болезни № 14353. Больная И., 44 лет, поступила в сентябре 1954 г. для операции по поводу фибромиомы матки. С марта 1954 г. менструации отсутствуют.

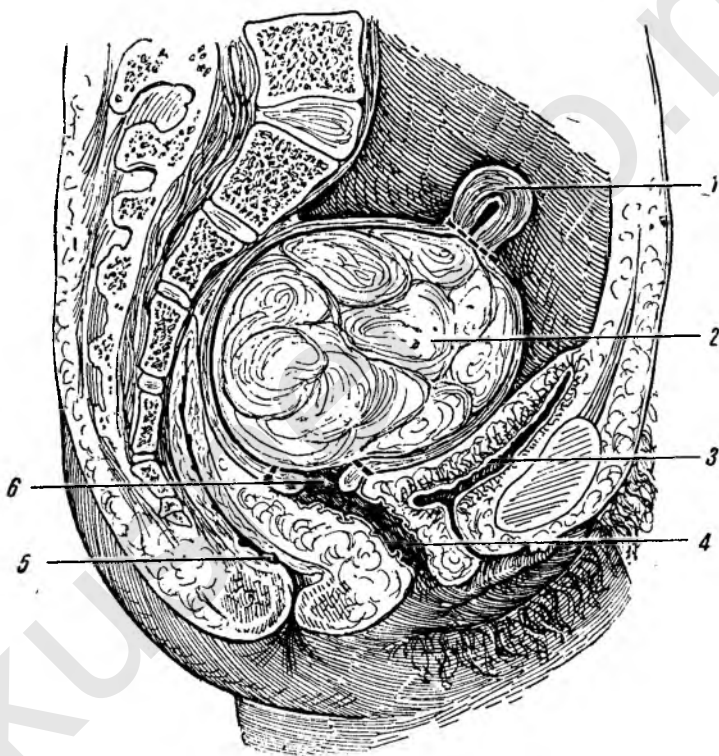


Рис. 74. Анатомические соотношения (сагиттальный разрез). Фибромиома шеечной формы, растянувшая весь шеечный канал до его наружного отверстия и сдавившая мочевой пузырь и прямую кишку. Пунктиром показаны линии отсечения опухоли от тела и нижней части шейки матки.

1 — нормальное неизменное тело матки; 2 — опухоль, расположенная забрюшинно и растянувшая канал шейки матки; 3 — мочевой пузырь; 4 — влагалище; 5 — прямая кишка; 6 — наружный зев канала шейки матки.

Клинический диагноз: фибромиома шейки матки большого размера. Показания к операции: размер опухоли с шестимесячную беременность.

14/IX консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По-



Рис. 75. После иссечения опухоли кускованием видна нормальной величины матка с неизмененными яичниками, воспалительно измененные трубы и отсеченные при удалении опухоли круглые связки. Нижняя часть шейки отъединена от матки. В глубине с обеих сторон видны обшитые крестцово-маточные связки. 1 — оставшаяся часть шейки матки; 2 — обшитые крестцово-маточные связки; 3 — слизистая оболочка полости матки; 4 — матка с отсеченными круглыми связками, захваченная щипцами; 5 — воспалительно измененные трубы; 6 — марлевый тампон, введенный в дугласово пространство; 7 — удаленные кускованием узлы опухоли.

вскрытии брюшной полости обнаружено: матка нормальной величины и формы, трубы с обеих сторон значительно воспалительно изменены, яичники нормальные, неизменные, левый в небольших спайках, расположен в глубине. В малом тазу забрюшинно обнаружена плотная опухоль величиной с шестимесячную беременность, глубоко вколоченная в малый таз и покрытая брюшиной спереди и сзади. Опухоль исходит из шейки матки и сдавливает мочевой пузырь и прямую кишку (рис. 74). Спереди брюшина надсечена над опухолью и сдвинута с последней.

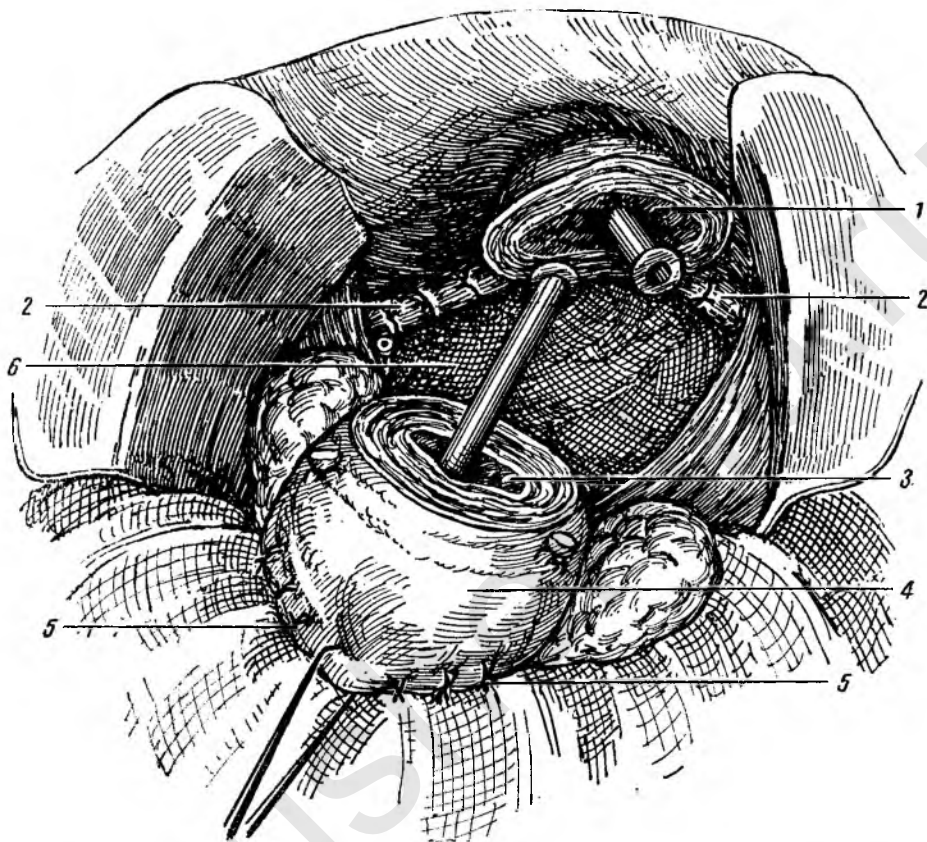
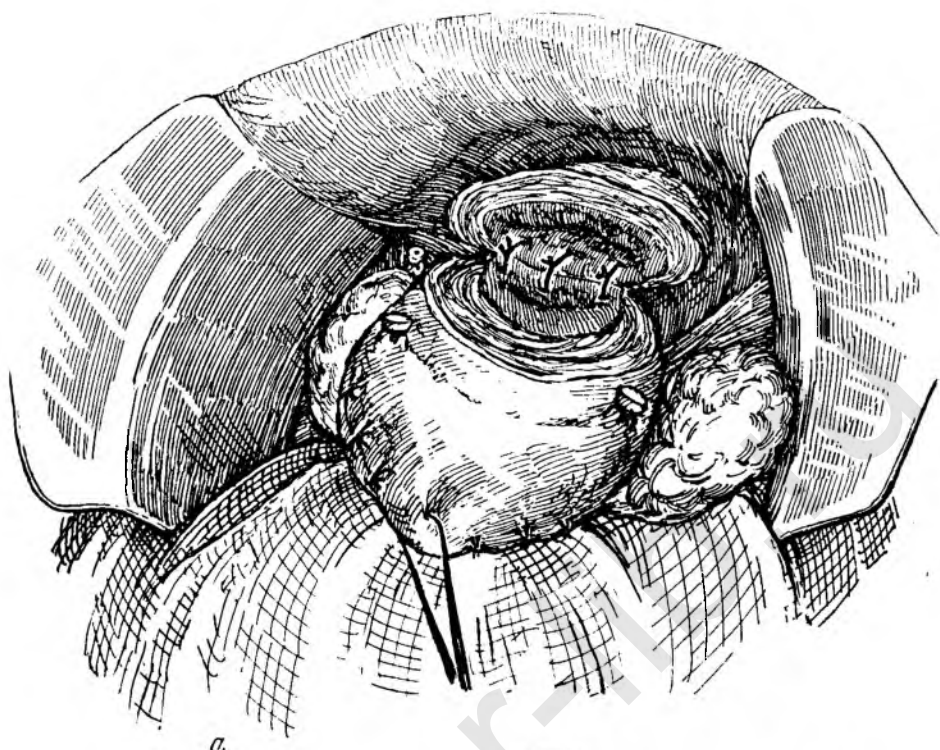


Рис. 76. На маточные углы после удаления труб наложены восьмьюобразные швы. В полость матки и шейчный канал введены катетеры.

1 — оставшаяся часть шейки с катетером, введенным в канал шейки; 2 — обшитые крестцово-маточные связки; 3 — полость матки с введенным в нее катетером; 4 — матка с отсеченными круглыми связками; 5 — обшитые по удалении труб углы матки; 6 — марлевый тампон, введенный в дугласово пространство.

Пересечены и обшиты обе круглые связки. Далее надсечена брюшина дугласова пространства и обнаружен задний полюс опухоли. Ввиду того что опухоль большей своей частью располагалась в переднем своде, решено начать ее удаление путем кускования именно спереди. Опухоль приподнята щипцами, матка сдвинута кверху и кзади. Путем кускования опухоль уменьшена в размере, выведена из брюшной полости и легко удалена из влагалища. Когда опухоль была полностью удалена, оказалось, что совершенно нормальная и неизменная матка располагалась над опухолью, ниже тела матки находилась полость — влагалище опухоли, в которой была видна пересеченная и обшитая левая маточная



а.



б.

Рис. 77. Сшивание тела матки с оставшейся частью шейки матки.  
 а — наложено три шва, соединяющих заднюю стенку матки с задней стенкой канала шейки.  
 б — видны швы, проведенные через все слои передней стенки матки и переднюю стенку канала шейки.



артерия. В нижней части вместилища обнаружено отверстие канала шейки матки. Вместилище опухоли удалено, оно оказалось растянутой верхней частью шейки матки. Таким образом, тело матки было полностью отъединено от нижней сохраненной части шейки матки (рис. 75). Удалены обе трубы, резко измененные старым воспалительным процессом, причем при удалении труб углы матки иссечены, как обычно, и обшиты восьмиобразными кетгутовыми швами. Обшиты крестцово-маточные связки, в полость матки и полость шейчного канала введено по

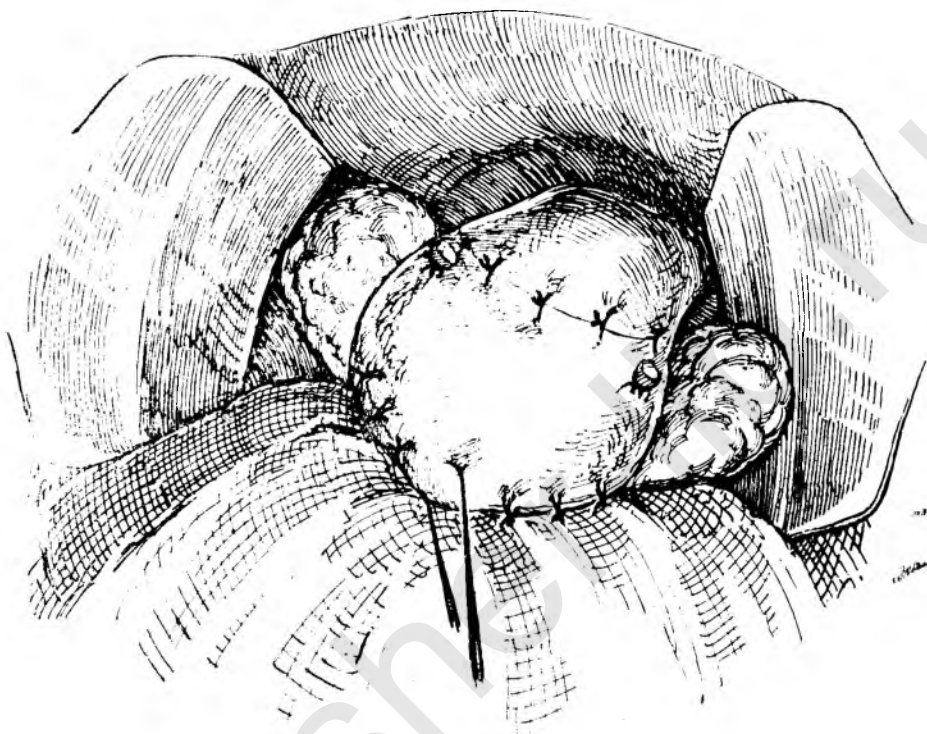


Рис. 78. Окончательный вид матки после сшивания ее с остатком шейки матки.

катетеру (рис. 76). Решено соединить полость матки с полостью канала шейки. Под контролем катетеров, введенных в полость матки и канал шейки, наложены три узловых кетгутовых шва, соединяющих заднюю стенку матки и заднюю стенку канала шейки (рис. 77, а). Далее проведены три шва, соединяющие переднюю стенку матки с оставшейся частью шейки (рис. 77, б). После затягивания швов тело матки полностью соединилось с оставшейся нижней частью шейки (рис. 78.) Обшиты кетгутом кровоточащие сосуды. После остановки кровотечения произведена перитонизация брюшиной пузырно-маточной складки (рис. 79), а затем подшита брюшина дугласова пространства, ранее надсеченная над опухолью. В результате операции матка нормальной величины и формы соединена с укороченной шейкой. Операция прошла без осложнений. Возможность менструаций у больной сохранена. Детородная функция не сохранена, так как удалены трубы. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование: фибромиома матки.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана 6/X, на 22-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

При осмотре 25/XII 1954 г., через 2 месяца после операции, шейка в зеркалах чистая. Матка маленькая, не изменена, своды свободные. Менструаций пока не было (они отсутствовали и до операции). Половой жизнью не живет.

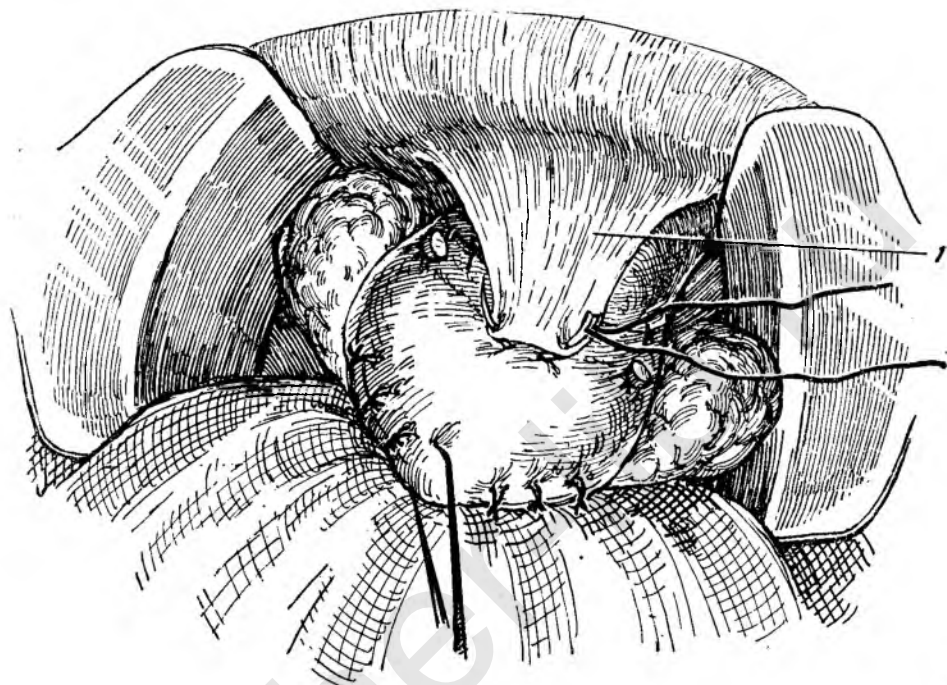


Рис. 79. Перитонизация швов брюшной пузырно-маточной складки.  
1 — брюшина пузырно-маточной складки.

#### **Полное иссечение шейки матки с опухолью и сшивание матки с влагалищем**

История болезни № 14021. Больная Т., 30 лет, поступила 29/VIII 1954 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Кровотечениями больная не страдает, менструации нормальные. Половой жизнью живет с 22 лет. Была одна беременность, которая закончилась родами с наложением полостных щипцов и ручным отделением послета. Отмечает быстрый рост опухоли.

Клинический диагноз: фибромиома матки величиной с 6 $\frac{1}{2}$ -месячную беременность. Показания к операции: большой размер опухоли и ее быстрый рост.

4/IX консервативно-пластическая операция под перидуральной анестезией. Чревосечение. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль величиной с 6 $\frac{1}{2}$ -месячную беременность, расположенная своим нижним сегментом забрюшинно и захватывающая нижнюю часть передней маточной стенки и шейку матки. Верхний полюс опухоли доходит почти до пупка. Опухоль сдавливает мочевой пузырь и прямую кишку (рис. 80). Кускованием опухоль

уменьшена в размере и выведена из брюшной полости. Обнаружено, что опухоль исходит из канала шейки матки, причем сама матка не изменена, лежит кзади и сверху опухоли. Опухолью поражена только незначительная часть передней маточной стенки. Придатки не изменены. Надсечена брюшина в нижнем отделе над опухолью, и опухоль выгнута из оболочек, причем частично пересечены и обшиты маточно-крестцовые связки. При удалении ложа опухоли оказалось, что таковым является

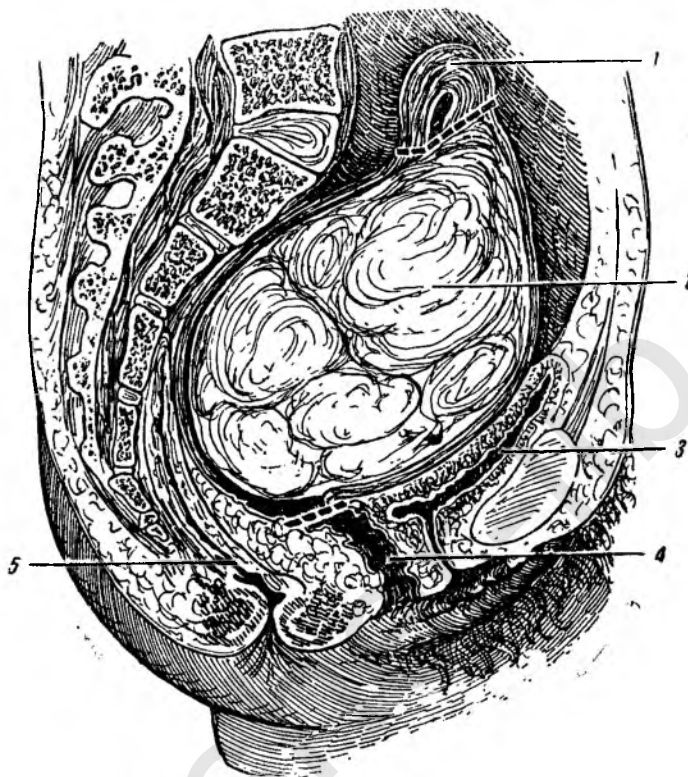


Рис. 80. Анатомические соотношения (сагиттальный разрез). Видна большая фибромиома матки, выполнившая весь малый таз, исходящая из передней стенки шейки матки с переходом на нижнюю часть передней маточной стенки и сдавливающая мочевой пузырь и прямую кишку. Пунктиром показаны линии отсечения опухоли от тела матки и влагалища.

1 — матка; 2 — фибромиома, растягивающая всю шейку и переходящая на нижний сегмент передней маточной стенки; 3 — мочевой пузырь; 4 — влагалище; 5 — прямая кишка.

резко растянутая шейка матки. Ложе опухоли полностью иссечено в своем нижнем отделе до влагалища, а в верхнем отделе — с захватом части передней стенки матки. Полость матки со стороны ее передней стенки при этом вскрылась, и матка осталась соединенной с влагалищем только длинным узким мостиком — растянутой частью задней стенки шейки матки (рис. 81). Полость матки, вскрытая при удалении опухоли, и полость влагалища проверены катетером. Мостик, представляющий собой заднюю стенку шейки матки, иссечен, и приступлено к соединению матки с влагалищем. Задняя стенка матки и задняя стенка вла-



Фиг. 81. По удалении опухоли видна нормальная матка с неизменными придатками, соединенная с влагалищем только мостиком из части растянутой опухолью задней стенки шейки матки.

1 — влагалище (в глубине малого таза); 2 — остаток растянутой задней стенки шейки матки, соединяющий тело матки с влагалищем; 3 — полость матки, вскрытая при иссечении части ее передней стенки с опухолью; 4 — нормальная неизменная матка.

галища соединены наложением трех узловых кетгутовых швов, проведенных через все слои маточной стенки и стенки влагалища. Три таких же узловых кетгутовых шва проведены через все слои передней маточной стенки и передней стенки влагалища (рис. 82) и завязаны. Таким

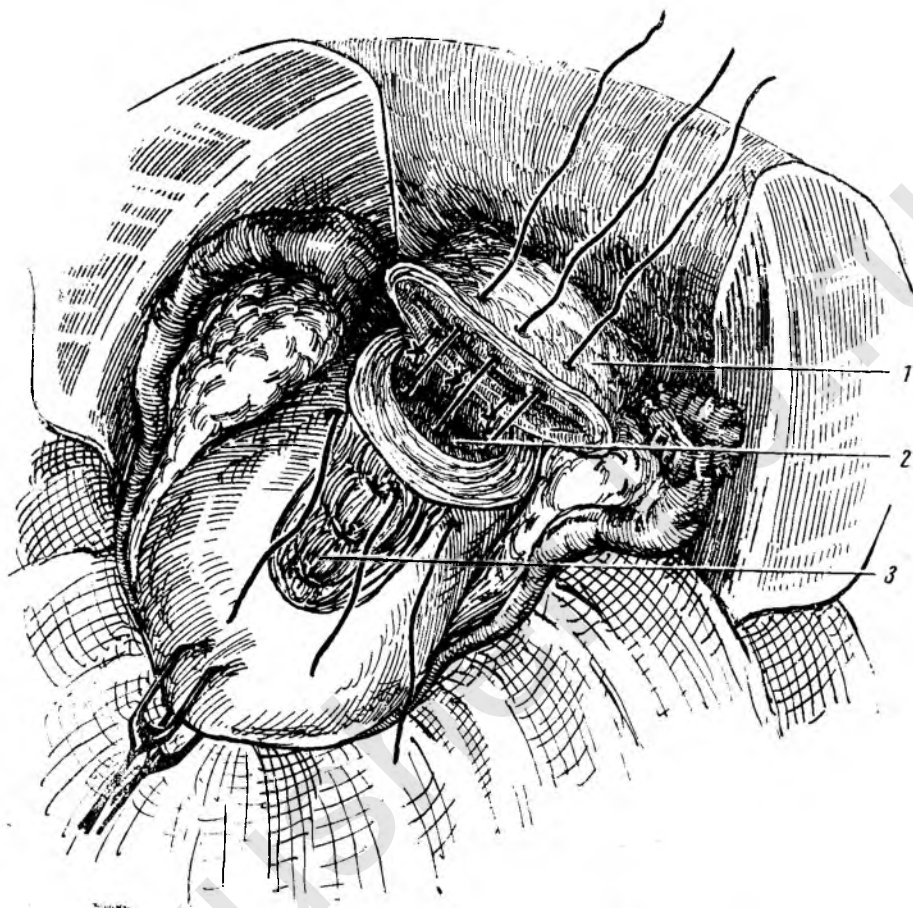


Рис. 82. Полость матки со стороны передней маточной стенки восстановлена узловыми швами. Показано сшивание тела матки с влагалищем: три узловых шва наложены через все слои задней стенки матки и влагалища и завязаны; три шва проведены через все слои передней стенки матки и влагалища.

1 — влагалище; 2 — полость матки; 3 — частично ушитая передняя поверхность матки.

образом, получилась матка, непосредственно вшитая во влагалище. Сшивание произведено так, что влагалище служит непосредственно продолжением полости матки. Так как влагалище было шире матки, избыток стенок влагалища ушит по бокам двумя узловыми швами (рис. 83). Произведен тщательный гемостаз. Швы передней стенки матки и швы, соединяющие матку с влагалищем, перитонизированы брюшиной мочевого пузыря (рис. 84). Брюшная полость осушена и брюшная стенка по-

слоино защита наглухо, наложен подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструации сохранены. Возможность наступления беременности не исключается.

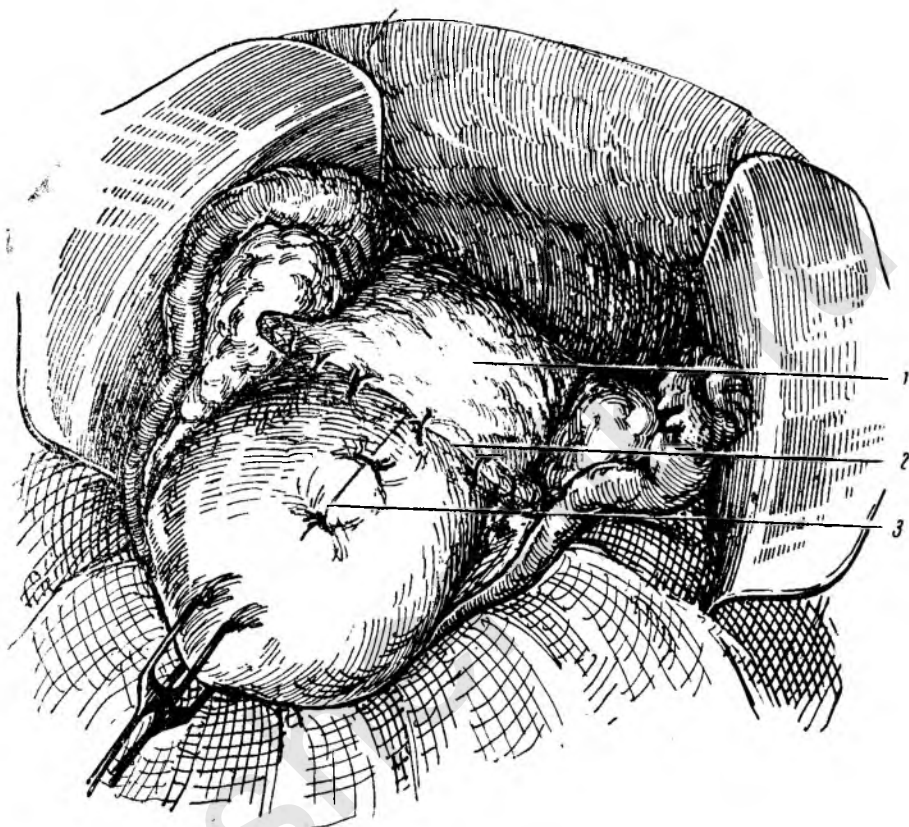


Рис. 83. Окончательный вид матки, сшитой с влагалищем. Избыток стенок влагалища ушит по бокам двумя узловыми швами.

1 — влагалище; 2 — линия сшивания матки с влагалищем; 3 — ушитая передняя стенка матки.

Гистологическое исследование: фибромиома шейки матки.

Послеоперационный период отличался гладким течением. В связи с наличием пониженного процента гемоглобина больной дважды в послеоперационном периоде перелита кровь — общая доза 500 мл. Больная выписана 22/IX, на 18-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

При осмотре 6/VII 1955 г., через 10 месяцев после операции, матка в положении anteversio, нормальной величины, подвижна; придатки в норме; своды свободны. Общее состояние больной хорошее, жалобы от-

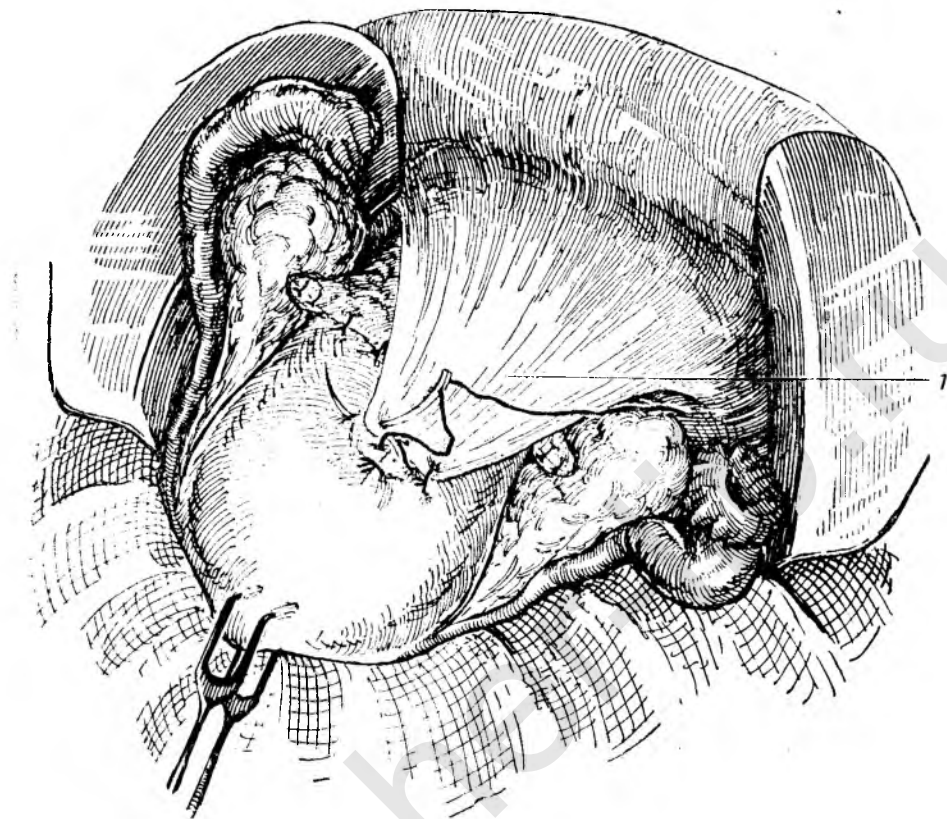


Рис. 84. Перитонизация места сшивания матки с влагалищем брюшиной мочевого пузыря.

1 — подшиваемая брюшина мочевого пузыря.

сутствуют. Менструации протекают нормально, по 3—4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь сопровождается нормальными половыми ощущениями. От беременности предохраняется.

ГЛАВА IV

**НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ  
КОНСЕРВАТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ  
НА МАТКЕ**

С 1944 по 1954 г. включительно (11 лет) нами произведено 1075 консервативно-пластических операций по поводу фибромиомы. Из них 947 выполнены в гинекологической клинике Московского городского научно-исследовательского института неотложной и скорой помощи имени Склифосовского, 76 — в Центральной клинической больнице Министерства путей сообщения и 52 — в различных лечебных учреждениях Москвы.

Таблица 11

Год	Операции по поводу фибромы			Процент консервативно-пластических операций по отношению к общему числу операций по поводу фибромиомы
	всего	радикальные	консервативно-пластические	
1944	258	231	27	10,4
1945	229	203	26	11,3
1946	149	129	2)	13,4
1947	278	172	106	38,1
1948	319	182	137	42,9
1949	267	129	138	51,7
1950	235	131	104	44,2
1951	305	234	101	33,1
1952	353	201	152	43,0
1953	341	213	128	37,5
1954	346	210	136	39,3
Итого . . .	3 080	2 005	1 075	34,9

Из табл. 11 и рис. 85 видно, что процент консервативно-пластических операций по отношению к общему числу оперированных по поводу фибромиомы больных постепенно возрастает и за последние годы превысил данные первых лет примерно в 3—4 раза. Легко проследить, что процент консервативно-пластических операций колебался от 10,4 до 51,7, причем наивысшим он был в 1949 г.



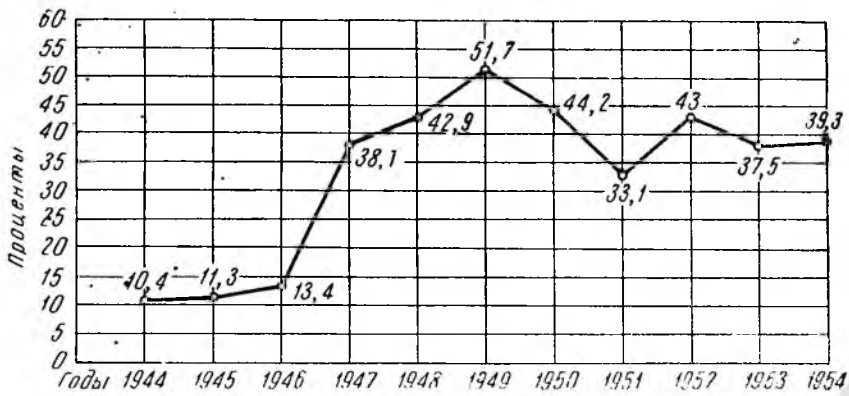


Рис. 85. Процентное отношение консервативно-пластических операций к общему числу операций по поводу фибромиомы по годам.

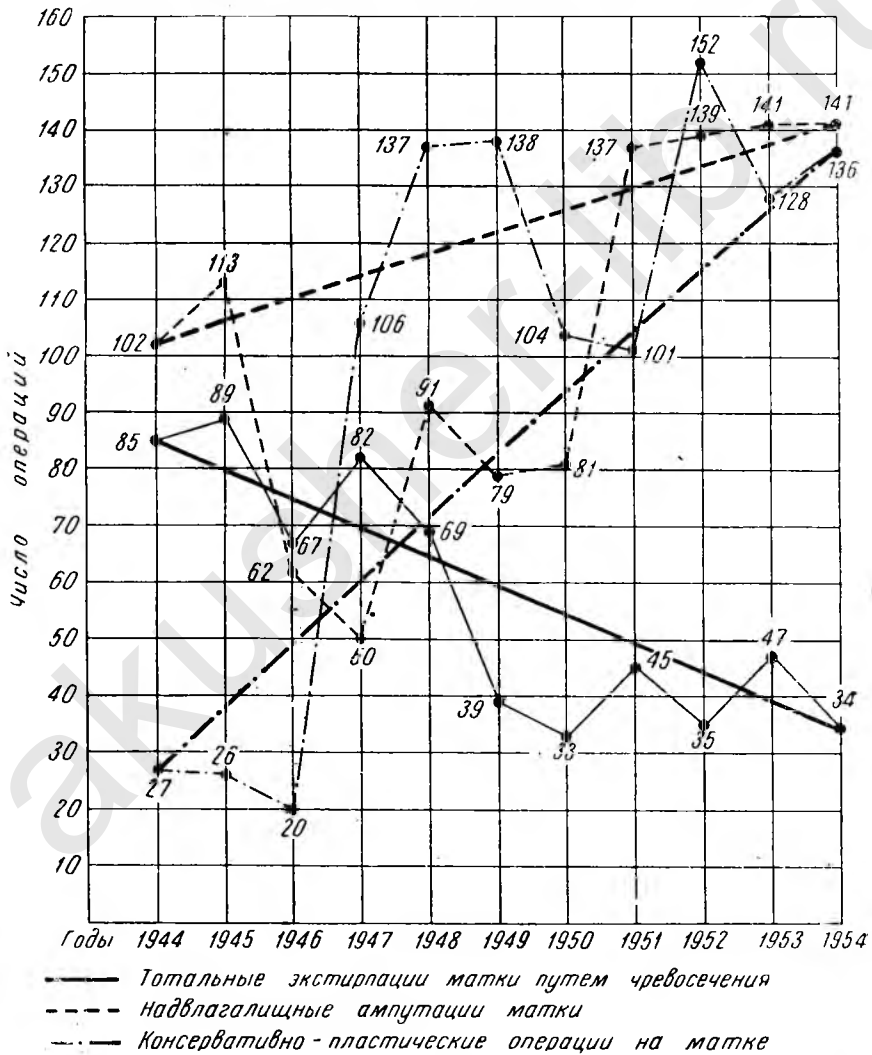


Рис. 86. Количественные соотношения между тотальными экстирпациями, надвлагалищными ампутациями и консервативно-пластическими операциями на матке за отдельные годы.

Средний процент консервативно-пластических операций по отношению к общему числу оперированных по поводу фибромиомы за данный период составляет 34,9 (1075 операций на 3080).

На рис. 86 приведены количественные соотношения между операциями, выполненными по поводу фибромиомы путем чревосечения, а именно: между полными удалениями матки, надвлагалищными ампутациями и консервативно-пластическими операциями за отдельные годы по 1954 г. включительно.

Из рис. 86 следует, что число тотальных экстирпаций матки за истекшие 11 лет снизилось с 85 в 1944 г. до 34 в 1954 г., т. е. более чем наполовину; число надвлагалищных ампутаций матки и особенно консервативно-пластических операций за этот же период значительно возросло, причем рост числа надвлагалищных ампутаций матки носит более замедленный характер (со 102 операций в 1944 г. до 141 операции в 1954 г.), тогда как кривая роста консервативно-пластических операций идет резко вверх (с 27 операций в 1944 г. до 136 операций в 1954 г.).

По возрасту больные, которым были произведены консервативно-пластические операции, подразделяются, как указано в табл. 12.

Таблица 12  
Количество консервативно-пластических операций в зависимости от возраста больных

Возраст	Количество операций	Процент
До 20 лет . . . . .	—	0
20—24 года . . . . .	3	0,3
25—29 лет . . . . .	36	3,3
30—34 года . . . . .	131	12,2
35—39 лет . . . . .	352	32,7
40—44 года . . . . .	441	41,1
Свыше 45 лет . . . . .	111	10,3
Не указан . . . . .	1	0,1
Итого . . . . .	1 075	100,0

Основная масса консервативно-пластических операций приходится на женщин среднего возраста — от 30 до 44 лет включительно (924 больные — 86%). Следует указать, что применение консервативно-пластических операций женщинам в возрасте свыше 45 лет являлось некоторым отклонением от наших обычных установок и было вызвано наличием у этих больных полноценной гормональной функции, о чем свидетельствовали имевшиеся у них менструации.

Консервативно-пластические операции при отсутствии менструаций мы произвели только 4 больным (0,4%). К числу женщин, не менструировавших до операции, относились главным образом страдавшие инфантилизмом. Учитывая сравнительно молодой возраст больных, мы полагали целесообразным произвести им операции консервативно, рассчитывая, что применение в дальнейшем физиотерапевтических процедур и гормонотерапии будет способствовать восстановлению у этих больных менструаций.

Вместе с тем нам приходилось оперировать радикально женщин и молодого, и среднего возраста, что обуславливалось наличием у них больших воспалительных изменений в малом тазу или неблагоприятным расположением узлов опухоли.

Вопрос о том, какую операцию придется произвести, не всегда можно бывает решить не только по вскрытии брюшной полости, но даже и в начале операции. Поэтому никогда не следует обнадеживать больную заранее, чтобы не принести ей тяжелого разочарования в случае, если выполнение консервативно-пластической операции окажется невозможным.

Желая выявить течение беременностей у оперированных до производства операции, мы опросили 1025 женщин. У 50 (4,7%), преимущественно из числа оперированных в других лечебных учреждениях, эти данные не были выяснены; 41 больная была *virgo intacta* (3,8%); 984 женщины (91,5%) жили до операции половой жизнью, причем 223 из них, несмотря на длительную супружескую жизнь (в ряде случаев от 11 до 27 лет), не беременели (20,7%).

Т а б л и ц а 13

Беременности в анамнезе и их исход

Исход беременностей	Количество больных	Итого
Роды	152	565
Роды и искусственные выкидыши	298	
Роды, искусственные выкидыши и внематочная беременность	31	
Роды, искусственные и самопроизвольные выкидыши	43	
Роды, искусственные и самопроизвольные выкидыши и внематочная беременность	6	
Роды и самопроизвольные выкидыши	28	143
Роды и внематочная беременность	7	
Искусственные выкидыши	120	
Искусственные и самопроизвольные выкидыши	13	
Искусственные выкидыши и внематочная беременность	10	
Самопроизвольные выкидыши	34	39
Самопроизвольные выкидыши и внематочная беременность	5	
Внематочная беременность	9	9
Первая маточная беременность при поступлении	5	5
Итого . . .	761	761

До операции у 761 (70,8%) женщины были беременности, причем у 565 они закончились родами (52,6% к общему числу оперированных консервативно) (табл. 13).

Из 565 рожавших до операции женщин у 328 были только одни роды (30,5%), у 156—по двое родов (14,6%) и только у 81—свыше двух родов (7,5%). Многорожавшие женщины с количеством родов более 5 очень редко поступали с заболеванием фибромиомой. Общее число родов на 565 рожавших женщин составило 920.

Как известно, фибромиома способствует патологическому развитию беременности и нередко вызывает самопроизвольные выкидыши. Последовый период у больных часто сопровождается профузными маточными кровотечениями, что требует ручного отделения последа, а послеродовой период — атоническими кровотечениями. Вследствие этого акушеры всегда опасаются беременности при наличии фибромиомы, особенно если опухоль расположена в нижнем сегменте матки или в области канала шейки матки. Роды при таком расположении опухоли не могут произойти самопроизвольно, и больным приходится применять кесарево сечение.

Так, у 7 наших больных роды закончились кесаревым сечением,

у 8 наблюдалось плотное прикрепление детского места, у 14 произошли преждевременные роды, у 5 пришлось наложить щипцы, у 4 были роды мертворожденным плодом, у 45 — различные послеродовые осложнения (воспалительные заболевания и т. п.).

У 191 женщины (17,7%) наступали беременности, но не было родов. Беременности заканчивались искусственными и самопроизвольными выкидышами, у некоторых — операцией по поводу внематочной беременности.

Общее число больных, у которых беременность закончилась искусственными выкидышами, — 521 (1330 искусственных выкидышей), самопроизвольными выкидышами — 129 (178 самопроизвольных выкидышей); больных, имевших внематочную беременность, было 68. Пять женщин поступили для операции с наличием первой беременности.

Из 68 больных, имевших внематочную беременность, 34 поступили для экстренных операций по поводу нее. При операциях были обнаружены и попутно удалены отдельные фиброзные узлы на матке. У остальных 34 больных внематочная беременность отмечена в анамнезе. Общее число перенесенных внематочных беременностей 74, так как у 6 женщин были по 2 внематочные беременности.

Таким образом, среди поступивших по поводу фибромиомы было 223 (20,7%) женщины, страдавшие длительным первичным бесплодием, 34 (3,2%) — имевшие в анамнезе только самопроизвольные выкидыши, 5 (0,5%) — самопроизвольные выкидыши и внематочную беременность, 9 (0,8%) — только внематочную беременность. Таким образом, у 25,2% женщин нормальная детородная функция до операции отсутствовала.

Из числа рожавших до операции 30,5% приходится на женщин, имевших только одни роды, и 7,6% — на женщин с патологическим течением беременности, родов и послеродового периода.

Одиннадцать женщин (1%) были ранее оперированы консервативно по поводу фибромиомы и поступили к нам с рецидивом заболевания. Из них 9 подвергались операциям не у нас.

Трем из них за 5 лет до поступления к нам была произведена энуклеация фиброзных узлов. В течение первых четырех лет после операции они чувствовали себя хорошо, менструации протекали нормально. За последний год менструации у них усилились.

Две больные были оперированы по поводу фибромиомы 10 лет назад. Одной из них консервативная операция энуклеации фиброзных узлов была произведена Д. А. Гудим-Левковичем. В течение 9 лет после операции менструации протекали нормально, за последний год стали обильными. При осмотре была обнаружена фибромиома размером с трехмесячную беременность.

Одна больная была оперирована за 12 лет до поступления к нам в клинику. Операция была произведена консервативно. Характер операции остался невыясненным. Усиление менструаций отметила 2 года назад.

Еще одна больная была оперирована по поводу фибромиомы 16 лет назад и в течение 15 лет менструации были нормальными. Нарушение овариально-менструального цикла в сторону его учащения стала отмечать за год до поступления к нам в клинику.

У одной из больных, оперированной по поводу фибромиомы 21 год назад, в течение 20 лет менструации протекали нормально.

Этим 8 больным мы по поводу рецидива фибромиомы произвели консервативно-пластические операции. Выписка из истории болезни девятой больной приводится ниже.

Одна из больных, оперированная по поводу фибромиомы в 1947 г. у нас в клинике, была повторно оперирована у нас же в 1951 г. по пово-

ду рецидива заболевания. Повторная операция была также консервативно-пластическая, с сохранением менструаций. Результат операции хороший.

Особый интерес представляют 2 больные. Одна из них была оперирована по поводу фибромиомы 12 лет назад (1940). Был удален узел опухоли, матка сохранена. Операция была произведена в одном из лечебных учреждений Москвы. Вскоре после операции больная забеременела и родила живого доношенного ребенка уже при наличии рецидива заболевания. После родов отметила усиление менструаций. По поводу рецидива заболевания была оперирована у нас в клинике в 1952 г. — произведена консервативно-пластическая операция. Впоследствии менструации протекали нормально.

Другой больной консервативно-пластическая операция была произведена нами в 1944 г. Из собранного анамнеза стало известно, что до операции у больной были патологические роды и самопроизвольный выкидыш. После произведенной операции у нее в течение 6 лет менструации протекали нормально, на седьмой год отметила усиление менструаций. В 1951 г. вторично оперирована нами уже по поводу рецидива заболевания при наличии трехмесячной беременности. Беременность при операции сохранена. В дальнейшем наступили самопроизвольные нормальные роды в срок живым плодом. В настоящее время чувствует себя хорошо, менструации нормальные<sup>1</sup>.

На основании приведенных фактических данных можно убедиться в том, что рецидив фибромиомы после консервативных операций не такое частое явление, как это представляют себе некоторые авторы. Вместе с тем до наступления рецидива у женщин в течение 5—20 лет менструации протекают нормально, причем некоторые из этих женщин рожали живых детей, что представляется особенно существенным, если до этого они страдали длительным первичным бесплодием.

## ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

Консервативно-пластические операции производились в основном женщинам того возраста, в котором сохранение менструаций и детородной функции имело для них большое значение. Так, 89,6% консервативно-пластических операций были произведены женщинам в возрасте до 44 лет при проявлении тех или иных симптомов заболевания. Бессимптомные фибромиомы мы не удаляли, если размер их не превышал трехмесячную беременность.

За исключением возраста оперируемых, показания к операции были те же, что и при радикальных операциях, а именно появление симптомов заболевания: кровотечения, боли, быстрый рост опухоли, давление опухоли на соседние органы, длительное бесплодие, перекрут ножки опухоли и т. д.

Какие же симптомы заболевания фибромиомой встречались у наших больных?

Наиболее часто заболевание фибромиомой сопровождалось различными отклонениями со стороны овариально-менструальной функции. Менструации постепенно начинали усиливаться, срок их удлинялся до 5—8 и более дней, межменструальный промежуток сокращался: менструации начинали приходиться по 2—3 раза в месяц, сопровождалась межменструальными сукровичными выделениями, болевыми ощущениями. Нередко менструации принимали форму профузных маточных кровотече-

<sup>1</sup> Последние три истории болезни приводятся нами в главе VI («Отдаленные результаты консервативно-пластических операций»).

ний, которые вели к большой кровопотере и значительному ослаблению организма больных.

Причиной кровотечений при наличии подслизистой опухоли является увеличение менструирующей поверхности эндометрия вследствие растяжения слизистой оболочки полости матки опухолью. При подслизистых фибромиомах характерно также и наличие большого числа сосудистых разветвлений. Кровоснабжение в этих случаях нередко затрудняется, что ведет к застойным явлениям с образованием в сосудах синусообразных расширений или к изменениям сосудистых стенок. При сокращениях матки в период менструации для удаления скопившегося в ней секрета и при повышении артериального давления расширенные и измененные сосуды легко разрываются и обильно выделяют кровь, а при разрыве лимфатических сосудов — лимфу. Следует отметить также, что местное расширение вен, особенно при длительно существующих фибромиомах, сказывается и на общей слабости венозной системы: мелкие подкожные вены становятся чрезвычайно хрупкими, появляются застойные явления. Некоторые больные фибромиомой страдают расширением правого сердца, иногда с явлениями декомпенсации.

При подсерозных и межмышечных фибромиомах причиной нарушения менструаций служат уже не изменения слизистой оболочки матки, а плохая сокращаемость мышечной стенки фиброзно измененной матки. Вызывают кровотечения также и различные, часто сопутствующие фибромиомам воспалительные изменения со стороны придатков, а также, по мнению некоторых авторов, функциональные изменения яичников, в силу чего нарушается выработка гормонов.

По данным М. С. Франгулова (1928), маточные кровотечения сопровождают заболевание фибромиомой у 74,4%<sup>1</sup> больных, по В. Н. Хмельскому (1937) — у 88,1%.

Нарушения со стороны менструаций не зависят от размера опухоли. Нередко фибромиомы больших размеров могут протекать совершенно бессимптомно, не вызывая ни кровотечений, ни болей, тогда как фибромиомы малого размера, особенно подслизистые и близко расположенные к полости матки, — межмышечные, часто вызывают обильные маточные кровотечения и требуют обязательного хирургического лечения, так как консервативные мероприятия не дают желаемого результата. Подсерозные фибромиомы обычно кровотечений не вызывают.

Еще наш покойный учитель А. П. Губарев говорил, что при наличии значительных кровотечений операцию никогда не следует откладывать, так как этим можно довести больную до такого состояния, когда в силу ослабления организма кровотечениями больной значительно труднее будет справиться с операцией. Хотя в настоящее время мы и располагаем таким эффективным средством, как переливание крови, мы тем не менее считаем, что доводить больных до резкой анемии при наличии фибромиомы неправильно и нецелесообразно. Операция, произведенная вовремя, всегда сопровождается меньшим риском для жизни больной.

Отклонения со стороны менструаций носили стойкий характер, плохо поддавались консервативным методам лечения. Многие больные до поступления к нам длительное время лечились гормонотерапией и другими методами консервативной терапии без положительных результатов. Некоторые из этих больных подвергались неоднократным выскабливаниям стенок полости матки в различных лечебных учреждениях. Кровотечения временно уменьшались, но затем усиливались вновь, значительно ослабляя силы больных; в связи с этим нередко требовалась предварительная специальная подготовка больных к операции.

Выскабливание стенок полости матки при фибромиомах мы считаем вообще противопоказанным, особенно при наличии подслизистых опухолей, так как выскабливание не достигает цели и при этом возникает еще опасность инфицирования опухоли. Но при обильных маточных кровотечениях к выскабливаниям стенок полости матки приходится прибегать как к временной мере для остановки кровотечения. Следует отметить, что и в этих случаях выскабливание далеко не всегда помогает.

С резкой анемией поступили к нам 12,7% больных, содержание гемоглобина у ряда из них доходило до 20—30%, что, несомненно, было вызвано продолжительным и безуспешным консервативным лечением или недостаточно внимательным отношением самой больной к состоянию своего здоровья.

Одним приходилось производить тампонаду, а иногда для спасения больной — и экстренную операцию, причем одновременно делали массивные переливания крови. Других больных приходилось специально готовить к операции неоднократными переливаниями крови в предоперационном периоде, так как без этого они были бы не в состоянии перенести операцию.

Резкое падение содержания гемоглобина у этих больных было вызвано профузными маточными кровотечениями продолжительностью по 12—20 дней и более, чаще наблюдаемыми у больных с подслизистыми узлами фибромиомы. Оперируя этих женщин, мы обязательно вскрывали полость матки и, удалив узлы опухоли, расположенные в ней, производили выскабливание стенок полости матки.

У других больных кровотечения были иного характера, а именно: длительное время, в течение многих месяцев, а иногда и лет, повторялись обильные менструации с коротким межменструальным промежутком.

С профузными маточными кровотечениями поступили 227 из 1075 оперированных больных (21,1%); из них, как указано, 12,7% резко анемизированные (20—30% гемоглобина); 441 — с жалобами на обильные и длительные менструации (41%), из них 182 с одновременными явлениями дисменореи; 24 — с нарушениями менструального цикла в сторону его учащения и одна — с явлениями дисменореи и нарушением менструального цикла. Обильными и длительными менструациями женщины страдали в течение нескольких последних месяцев, а иногда и лет, до поступления к нам; ранее менструации протекали у них вполне нормально.

Помимо данной группы больных, еще у 27 (2,5%) при наличии нормальных по количеству и продолжительности менструаций отмечено нарушение менструального цикла в сторону его учащения (менструации наблюдались по 2—3 раза в месяц) и у 83 (7,7%) — явления дисменореи. Следует отметить, что дисменорея чаще наблюдалась у больных эндометриозом, причем появление дисменореи нередко совпадало у них с началом менструального периода. У 4 больных, как указано выше, менструации до операции отсутствовали (0,4%). У 262 больных (24,4%) при поступлении отмечены нормально протекавшие менструации. О показаниях к операции у этих женщин будет сказано особо. В 31 истории болезни данные об овариально-менструальной функции в анамнезе отсутствовали (2,9%).

Таким образом, у 72,3% больных при поступлении имелись те или иные отклонения со стороны менструаций и овариально-менструального цикла, чаще всего в сторону усиления, учащения и удлинения менструаций, что и сыграло первостепенную роль в определении показаний к оперативным вмешательствам.

Некоторые авторы, в частности И. Л. Брауде и М. Г. Сердюков, полагают, что наличие маточных кровотечений является противопоказанием к производству консервативных операций (миомэктомий), так как кровотечения, сопутствующие фибромиомам, по мнению этих авторов, вызываются функциональными изменениями со стороны яичников, и потому миомэктомия не может способствовать восстановлению нормальных менструаций. И. Л. Брауде утверждает, например, что от 20 до 96% женщин после миомэктомий продолжают страдать обильными менструациями. По данным М. Г. Сердюкова, меноррагии сохранились у 48 женщин из 50 оперированных им.

Мы полагаем, что этим больным миомэктомии были произведены недостаточно радикально, чем и можно объяснить сохранение у них кровотечений типа меноррагий. Наши наблюдения по применению консервативно-пластических операций в наших модификациях полностью спровергают точку зрения И. Л. Брауде и М. Г. Сердюкова, так как из числа больных, оперированных нами консервативно, у 86,7% в последующем установились нормальные и стойкие менструации.

Не менее важным показанием к операции являлся также размер опухоли. У 543 больных (50,5%) размеры опухоли превышали четырехмесячную беременность.

Размеры опухолей, установленные данными гинекологических обследований больных до операции, приводятся в табл. 14.

Таблица 14

Размер опухоли	Количество больных	Процент
До двухмесячной беременности	49	4,6
От двух- до трехмесячной беременности	214	43,5
От трех- до четырехмесячной беременности	254	
От четырех- до пятимесячной беременности	287	50,5
От пяти- до шестимесячной беременности	149	
От шести- до семимесячной беременности	84	
Свыше семимесячной беременности	23	1,4
Не указаны	15	
Итого...	1075	100,0

У 43,5% больных размер опухоли был в пределах от двух- до четырехмесячной беременности и только у 4,6% больных (49 человек) — менее двухмесячной беременности.

Большой размер опухоли у женщин молодого возраста сам по себе служил достаточно веским показанием к производству операции. Наличие опухоли большого размера не служило противопоказанием к применению поперечного разреза брюшной стенки при операциях, так как для выведения опухоли в таких случаях мы пользовались методами уменьшения ее в размере путем винтования и кускования.

Немаловажным и часто встречающимся симптомом фибромиомы являются боли внизу живота и в поясничной области. Боли носят обычно схваткообразный или коликообразный характер и особенно усиливаются в предменструальный и менструальный периоды при набуха-



нии матки. Тянущие боли, резко усиливающиеся при ходьбе и дефекации, свидетельствуют о наличии спаечного процесса.

Можно указать следующие причины появления болей при фибромиомах:

1. Боли обуславливаются прежде всего размером и расположением опухоли: при опухолях большого размера, выполняющих весь малый таз, а иногда выходящих и в брюшную полость, боли могут возникать за счет давления опухоли на соседние органы. Опухоли малого размера, расположенные в непосредственной близости к нервным стволам, причиняют боли вследствие сдавления нервных стволов. Такие боли носят более или менее постоянный характер, и никакие терапевтические мероприятия не могут способствовать их устранению. Операция этим больным безусловно показана.

2. Сокращаясь в период менструаций, матка стремится выделить скопившуюся в ее полости кровь, а при наличии в полости матки опухоли — и инородное тело, т. е. опухоль. Рождающиеся фиброиды полости матки описаны в литературе и нам тоже приходилось часто их удалять. Но подслизистые миомы даже небольшого размера, расположенные на широком основании, рождаться не могут и, действуя как инородное тело, раздражают стенки полости матки при ее сокращениях; при росте же опухоли в сторону внутреннего зева могут препятствовать нормальному выделению маточного секрета. На раздражение стенок полости имеющейся опухолью и на наличие скопившегося, плохо выделяющегося секрета матка реагирует судорожным сокращением мышц, что и обуславливает появление болей.

3. Наличие межмышечных миом способствует как уменьшению эластичности матки, так и ее плохой сокращаемости. Это замедляет выделение секрета и тоже способствует появлению болевых ощущений.

4. Боли могут быть вызваны наличием инфекции со стороны как опухоли, так и матки, а также воспалительным процессом соседних органов.

5. Наличие болей нередко бывает связано и с характером опухоли. Так, эндометриоз чаще, чем фибромиома, вызывает боли, особенно в период менструаций.

6. Боли возникают также при перекруте ножки опухоли, о чем будет сказано особо.

Боли в животе и в поясничной области периодического схваткообразного или постоянного ноющего характера отмечены у 437 больных (40,7%).

Одним из существенных показаний к операции является быстрый рост опухоли, который часто наблюдается при усиленном питании ее от сосудов соседних органов (сальник, брыжейка кишок), если опухоль к ним припаялась (гистологически такая опухоль может быть совершенно доброкачественна), за счет отека опухоли при ее перекруте и при злокачественном перерождении опухоли. Особенно быстро растет опухоль также и в период беременности.

Когда у больной имеется фибромиома малого размера, не увеличивающаяся и протекающая бессимптомно, мы на операции не настаиваем. Но если мы, а нередко и сами больные, начинаем отмечать быстрый рост опухоли, который может наблюдаться у больных вне зависимости от их возраста и от расположения опухоли, мы считаем необходимым обратить на таких больных особое внимание. В литературе неоднократно описаны, да и нам также известны случаи злокачественного перерождения фибромиом, которые, правда, не так уже часты, но тем не менее симптом быстрого роста опухоли мы считаем одним

из неблагоприятных и полагаем, что таких больных необходимо оперировать. На операционном столе мы производим больным биопсию, посылаем иссеченный кусочек на срочное гистологическое исследование, и в зависимости от полученного ответа производим больной ту или иную операцию.

Симптом быстрого роста опухоли отмечен у 236 больных (21,9%).

Одним из показаний к операции является также сдавление опухолью соседних органов. Данный симптом чаще проявляется при опухолях большого размера, когда сам размер опухоли является уже показанием к производству операции. У таких больных симптом сдавления становится фактором второстепенного порядка. Но не всегда чувство сдавления соседних органов вызывается опухолью большого размера. У некоторых больных при опухолях большого размера и мочевой пузырь, и прямая кишка могут функционировать вполне нормально. В то же время бывают случаи, когда и при небольших опухолях можно отметить чувство сдавления соседних органов, что вызывается неблагоприятным расположением опухоли или вколоченностью ее в малый таз. Увеличиваясь в размере и постепенно выполняя весь малый таз, опухоль сдавливает мочевой пузырь и прямую кишку, а при выходе за пределы малого таза может давить и на органы брюшной полости. Давление на мочевой пузырь и прямую кишку чаще оказывают опухоли, расположенные в нижнем сегменте матки и в области ее шейки, причем опухоли передней стенки матки и маточной шейки сдавливают мочевой пузырь, опухоли задней стенки матки и шейки матки — прямую кишку.

В зависимости от направления роста некоторые опухоли давят на мочевой пузырь, смещая его книзу. Больные в этих случаях жалуются на учащенное мочеиспускание, переходящее иногда в недержание мочи. Учащение мочеиспускания, особенно в период менструаций, наблюдается также и при больших подсерозных фибромиомах передней маточной стенки, которые в процессе своего роста как бы вдавливают стенку мочевого пузыря внутрь, вызывая этим расстройства мочеиспускания. Иногда в процессе роста опухоль поднимает мочевой пузырь, который резко суживается и как бы расплывается по поверхности опухоли, выходя у некоторых больных даже за пределы малого таза. Мочеиспускательный канал при этом значительно удлиняется, суживается, становится плохо проходимым. Больные испытывают затруднения мочеиспускания, доходящие иногда до полной невозможности мочиться. В некоторых случаях при опухолях большого размера пузырно-маточная складка поднимается вместе с опухолью, мочевой пузырь подается резко кверху и дно его доходит почти до уровня пупка. Чревосечение таким больным надо производить с особой осторожностью, так как всегда имеется опасность ранить мочевой пузырь.

При сдавлении прямой кишки затрудняется дефекация, появляются хронические запоры, плохо отходят газы.

При межсвязочных и забрюшинных опухолях может произойти смещение и сдавление мочеточников вплоть до образования гидроуретера выше места сдавления и даже гидронефроза. Келли описал 3 случая пионефроза, обусловленного наличием фибромиомы матки.

Сдавливая нервные стволы, и, в частности седалищный нерв, опухоль может вызывать боли типа ишиалгий.

При опухолях, вышедших за пределы малого таза, чувство давления распространяется также и на кишечник, вызывая плохое отхождение газов и атоническое состояние кишечника.

Симптом сдавления опухолью соседних органов отмечен у 101 больной (9,4%).

Одним из настоятельных показаний к срочной операции является перекрут опухоли и возникающая в связи с этим опасность ее некроза. Подвижные опухоли особенно легко могут ущемляться в полости малого таза, а при наличии ножки — перекручиваться. При этом сдавливаются заложённые в ножке опухоли сосуды; питание опухоли в силу этого нарушается, появляются воспалительные изменения, опухоль приобретает багрово-фиолетовый оттенок и отекает. Перекрут опухоли вызывает обычно сильные приступообразные боли, учащенные позывы на дефекацию и другие подобные явления. Иногда ножка опухоли полностью некротизируется, опухоль отделяется от матки и свободно располагается в брюшной полости. Там она или мерсупализируется, или подвергается обратному развитию, а чаще начинает паразитическое существование, питаясь за счет сосудов соседних органов, к которым прираивается (сальник, брыжейка кишок и т. п.). Перекруты фиброзных узлов встречаются значительно реже, чем перекруты кистозных опухолей яичника. Перекруты опухоли требуют обязательного оперативного вмешательства, преимущественно радикального. Консервативно-пластические операции при перекрутах фиброзных узлов произведены были только трем больным.

У 271 больной (25,2%) показанием к операции было также нарушение нормальной детородной функции, а именно: длительное первичное бесплодие — у 223, наличие только самопроизвольных выкидышей в анамнезе — у 34, только внематочной беременности — у 9 и внематочной беременности и самопроизвольных выкидышей — у 5.

Таким образом, основными показаниями к операциям были: маточные кровотечения, размер опухоли, боли в животе, быстрый рост опухоли, длительное бесплодие. Остальные симптомы встречались в единичных случаях и решающего значения в определении показаний к операциям не имели. У большинства больных отмечено по несколько симптомов заболевания, которые в совокупности служили показанием к операции, например, наряду с кровотечениями — боли и опухоль большого размера.

Показания к операциям приведены в табл. 15 и 16.

Таблица 15  
Показания к операциям у всех оперированных больных

Показания к операции	Количество больных (1075)	Процент к общему числу оперированных
Расстройство менструаций . . . . .	778	72,3
Размер опухоли, превышающий четырехмесячную беременность . . . . .	543	50,5
Боли . . . . .	437	40,7
Отсутствие детородной функции (первичное бесплодие, самопроизвольные выкидыши, внематочные беременности) . . . . .	271	25,2
Быстрый рост опухоли . . . . .	236	21,9
Резкая анемия, слабость, головокружение . . . . .	137	12,7
Чувство сдавления соседних органов (из них с задержкой мочеиспускания 11, с учащением мочеиспускания 45, с периодическими запорами 10, с ишиалгиями 32) . . . . .	98	9,1
Перекрут фиброзного узла . . . . .	3	0,3

Таблица 16

## Показания к операциям при наличии нормальных менструаций

Показания к операции	Количество больных	Процент к числу нормально менструирующих больных
Размер опухоли, превышающий четырехмесячную беременность . . . . .	132	50,4
Боли . . . . .	31	11,8
Быстрый рост опухоли . . . . .	24	9,2
Чувство сдавления соседних органов (из них с кишечной непроходимостью 1, с неудержанием мочи 5)	6	2,3
Операции произведены как сопутствующие вмешательства при операциях по другим показаниям . . . . .	69	26,3
Итого . . . . .	262	100,0

Из табл. 16 видно, что и при наличии нормальных менструаций у больных имелись показания к производству операций.

Так, у 132 больных (50,4%) размер опухоли превышал четырехмесячную беременность, у 31 — имелись жалобы на периодические острые боли внизу живота и в поясничной области, продолжительностью по несколько лет и не прекращавшиеся после применения консервативных методов лечения (11,8%), у 24 — быстрый рост опухоли (9,2%), что вызывало подозрение на возможность ее злокачественного перерождения, у 6 больных при наличии опухоли небольшого размера отмечено чувство сдавления опухолью соседних органов (2,3%). И, наконец, 69 больным (26,3%) консервативно-пластические операции при наличии нормальных менструаций были произведены как сопутствующие вмешательства при операциях по другим показаниям, как-то: внематочная беременность (25), перекрут кисты (19), неполный выкидыш (4), апоплексия яичника (2), кесарево сечение, произведенное в связи с невозможностью самостоятельного родоразрешения из-за наличия большого фиброзного позадишеечного узла (2), аппендицит и пр.

### ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ И АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МАТКЕ

Консервативно-пластические операции не требуют специальной подготовки больной, помимо обычной подготовки кишечника, как при любом чревосечении. Кишечник очищается путем однократного приема слабительного (английская соль или венское питье) и встречной клизмы. Накануне операции назначают легкий, но питательный стол. Ослабленным больным до операции мы рекомендуем применять внутривенные вливания 40—60 мл 40% раствора глюкозы. Резко обескровленным больным с содержанием гемоглобина ниже 40% мы производили переливание крови до операции для поднятия их общего тонуса.

Как и всякие полостные операции, консервативно-пластические операции можно производить под любым видом обезболивания, начиная от местного и кончая общим.

Применять местную анестезию при этих операциях вполне возможно, но с нашей точки зрения нецелесообразно, так как проведение местной анестезии отнимает у хирурга много времени и значительно удлиняет операцию, которая в силу своей относительной сложности и так требует больше времени, чем обычная надвлагалищная ампутация или тотальная экстирпация матки.

Мы не являемся также сторонниками применения при этих операциях эфирного наркоза и стараемся по возможности избегать его, где это возможно. Мы его используем у резко ослабленных больных с профузными кровотечениями и у больных с резко сниженным кровяным давлением.

В период с 1944 по 1948 г. мы производили примерно 85% консервативно-пластических операций под спинномозговой анестезией.

С апреля 1948 г. мы перешли на применение перидуральной анестезии и стали широко пользоваться ею при консервативно-пластических операциях по поводу фибромиомы матки. Перидуральная анестезия, занимающая промежуточное место между спинномозговой и местной анестезией, из всех существующих видов обезболивания, с нашей точки зрения, наиболее совершенна. При перидуральной анестезии анестезируются только корешки спинного мозга по выходе их из спинномозгового канала, а потому токсическое действие анестезирующего раствора не распространяется непосредственно на спинной мозг, что предотвращает развитие явлений менингизма и раздражения центральной нервной системы (возможные осложнения при проведении спинномозговой анестезии) и не сказывается в резком падении кровяного давления, что характерно для спинномозговой анестезии. Перидуральная анестезия дает полное и продолжительное обезболивание, которое прекращается не сразу, а постепенно, чем облегчаются первые часы послеоперационного периода больных.

Вместе с тем проведение перидуральной анестезии отнимает у хирурга значительно меньше времени, чем местная анестезия, а обезболивание, достигнутое перидуральной анестезией, бывает обычно настолько полным и длительным, что дополнительное применение эфирного наркоза требуется в редких случаях.

Перидуральная анестезия проверена в гинекологической клинике Московского городского научно-исследовательского института неотложной и скорой помощи имени Склифосовского более чем при 11 000 операций с хорошим результатом, за исключением 6 смертей больных, имевших место в первое время пользования этим видом обезболивания. Следует отметить, что при патологоанатомическом вскрытии 2 умерших прямых указаний патологоанатома на связь смерти с токсическим действием анестезирующего раствора, развившимся от перидуральной анестезии, не имелось. Летальность от перидуральной анестезии 4 других больных на 11 000 операций составляет 0,04% и является более низкой, чем при спинномозговой анестезии, при которой за время с 1944 по 1948 г. на 8600 операций летальность составила 0,09%. Осложнения при пользовании перидуральной анестезией отмечались преимущественно в первые годы ее применения и состояли в ишиалгиях и невритах, которые легко и быстро поддавались полному излечению. Иногда как последствие перидуральной анестезии у больных наблюдается рвота, причем не во время операции, что крайне мешало бы хирургу, а в первые сутки послеоперационного периода; для предотвращения рвоты мы, так же как И. П. Изотов, имеющий значительный опыт в применении перидуральной анестезии, настоятельно рекомендуем по окончании операции делать больным вливания физиологического

раствора с глюкозой. При производстве консервативно-пластических операций на 789 перидуральных анестезий осложнения были только у 4 больных, что составляет 0,5%, т. е. в 10 раз меньше, чем при спинномозговой анестезии (5,1%).

Считаем нужным указать также, что применение спинномозговой анестезии, вызывающей резкое падение артериального давления, абсолютно противопоказано обескровленным больным с пониженным артериальным давлением, тогда как перидуральную анестезию этим больным применять можно.

В табл. 17 приведены виды применявшегося нами обезболивания при производстве консервативно-пластических операций.

Таблица 17

**Виды обезболивания при консервативно-пластических операциях**

Вид обезболивания	Количество больных	Процент
Спинномозговая анестезия	145	18,0
Спинномозговая анестезия + эфир	49	
Перидуральная анестезия	730	73,4
Перидуральная анестезия + эфир	59	
Эфирный наркоз	92	8,6
Итого . . .	1 075	100,0

Из табл. 17 следует, что 73,4% операций были выполнены под перидуральной анестезией, 18% — под спинномозговой анестезией и только 8,6% — под эфирным наркозом. На основании приведенных в таблице данных можно судить также и о том, что перидуральная анестезия, несомненно, является более эффективным методом обезболивания, поскольку при операциях под перидуральной анестезией переход на применение эфирного наркоза потребовался только у 59 больных на 789 перидуральных анестезий (7,4%), тогда как при спинномозговой анестезии — у 49 на 194 анестезированных этим методом, что составляет уже 24,8%, т. е. примерно в 3 раза чаще.

Мы можем с полной ответственностью утверждать, что на основании наших наблюдений перидуральная анестезия является наилучшим видом обезболивания при любых гинекологических операциях, в частности и при консервативно-пластических по поводу фибромиомы.

Резко обескровленным больным со значительно сниженным кровяным давлением мы рекомендуем применение эфирно-кислородного наркоза.

### РАЗРЕЗ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Производя консервативно-пластические операции, мы применяем поперечный разрез брюшной стенки в области лобка (так называемый разрез Пфанненштиля).

Пользуясь этим разрезом, нам удается выводить из брюшной полости фибромиомы большого размера, даже до семи-восьмимесячной беременности, путем винтования относительно мягких опухолей и кускованием твердых опухолей.

Поперечным разрезом брюшной стенки мы широко пользуемся при всех видах чревосечений. В среднем 92,6% чревосечений мы произво-

дим при поперечном разрезе брюшной стенки (все операции при внематочной беременности, при кисте яичника, 95,4% радикальных операций при фибромиомах, 94,7% расширенных, типа Вертгейма, операций при раке шейки матки, операции кольпопоза из сигмовидной кишки и др.).

Какие же преимущества имеет поперечный разрез брюшной стенки?

Этот разрез дает хирургу возможность работать в малом тазу, где брюшина менее восприимчива к инфекции, чем брюшина верхнего отдела брюшной полости; этим отчасти и можно объяснить наличие только единичных случаев острого перитонита на общем хирургическом материале клиники за последнее десятилетие. На 12 535 операций, произведенных с применением поперечного разреза брюшной стенки за время с 1944 по 1954 г. включительно, случаев смерти от острого послеоперационного перитонита было 11, что составляет 0,09%.

При этом разрезе даже при нагноениях шва не наблюдается ни последующих послеоперационных грыж, ни тем более эвентраций кишечных петель. На этом же материале в 12 535 операций с применением поперечного разреза брюшной стенки возникла только одна послеоперационная грыжа.

Применяя поперечный разрез брюшной стенки, мы сохраняем женщине полную физическую трудоспособность. При благоприятном течении послеоперационного периода женщина по истечении месяца после операции может заниматься любым физическим трудом без ношения бандажа.

Кроме того, пользуясь поперечным разрезом брюшной стенки в области лобка, мы достигаем также и значительного косметического эффекта.

Таблица 18  
Разрез брюшной стенки при консервативно-пластических операциях

Вид разреза брюшной стенки	Количество операций	Процент к общему числу операций
Поперечный . . . . .	1024	95,3
Прямой . . . . .	31	4,2
Якорный . . . . .	11	
Косой (по Мак Бурнею) . . . . .	4	
Итого . . . . .	1070	99,5
Влагалищных операций . . . . .	5	0,5
Всего . . . . .	1075	100

Из табл. 18 следует, что у 1024 из 1075 оперированных мы пользовались поперечным разрезом брюшной стенки (95,3%), тогда как остальные виды разрезов брюшной стенки были применены только у 46 больных (4,2%). Пять операций удаления субмукозных фиброзных узлов были выполнены влагалищным путем (0,5%).

Пользуясь поперечным разрезом брюшной стенки при консервативно-пластических операциях, мы у 196 больных для выведения опухоли большого размера применили метод винтования, у 269 — метод кускования и у 58 — комбинированный метод винтования и кускования (всего у 523 больных — 48,6%).

В некоторых единичных случаях во избежание большой кровопотери (особенно у резко обескровленных больных), мы, начав операцию поперечным разрезом брюшной стенки, переходили на якорный, добавляя к поперечному небольшой прямой разрез по направлению к пупку. Этим мы облегчали выведение опухоли и способствовали более быстрому ее удалению. Якорный разрез брюшной стенки мы применяли и при чрезмерном отложении жира на животе. Как видно из табл. 18, якорным разрезом мы пользовались очень редко (всего у 11 больных).

Прямой разрез брюшной стенки мы применяли обычно при наличии ограниченной подвижности матки и при большом спаечном процессе.

## ХАРАКТЕР КОНСЕРВАТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Переходя к разбору наших наблюдений по применению консервативно-пластических операций, остановимся прежде всего на формах фибромиом, с которыми нам приходилось встречаться.

У 720 больных (67%) мы при вскрытии брюшной полости нашли множественную фибромиому. Единичные фиброзные узлы были обнаружены примерно в два раза реже, а именно у 355 женщин (33%).

Множественная фибромиома с числом узлов не более 5 имела у 515 больных, с числом узлов от 6 и до 22 — у остальных 205 женщин. Наличие большого числа фиброзных узлов не препятствовало производству данным больным консервативно-пластических операций.

У 543 оперированных, как указано выше, размеры опухоли превышали четырехмесячную беременность.

Форма фибромиом у больных была самая разнообразная: от обычных субсерозных узлов до комбинации субсерозных узлов с интерстициальными и субмукозными и другие подобные варианты.

Нам приходилось удалять также интерстициальные фибромиомы, расположенные в нижнем сегменте матки и в области шейки матки. У одной больной была поражена опухолью вся шейка матки, которую при операции пришлось полностью иссечь вместе с опухолью, а матку соединить с влагалищем. У ряда больных при удалении низко расположенных опухолей (фибромиомы шеечной формы) приходилось иссекать вместе с опухолью часть шейки или нижнего сегмента матки или нарушать целостность канала шейки матки. При удалении части шейки или нижнего маточного сегмента сшивали верхний и нижний неизменные отделы матки, или неизменный верхний отдел матки с шейкой.

В табл. 19 приводятся данные о форме фибромиом. Эти данные нам удалось собрать у 879 из числа 1075 оперированных женщин. У 196 больных, преимущественно из числа оперированных нами в других лечебных учреждениях, данные о форме фибромиом в историях болезни отсутствовали.

Из табл. 19 следует, что у 78,1% больных имелись интерстициальные и субмукозные узлы или их комбинации с другими формами фибромиомы. Чисто субсерозная и интралигаментарная форма фибромиомы встречалась примерно в 3 раза реже (21,9%).

Наличие субмукозных и интерстициальных узлов опухоли у 78,1% больных обусловило необходимость производить большинству из них консервативно-пластические операции со вскрытием полости матки. Вследствие этого операции без вскрытия полости матки производились нами примерно в 2 раза реже, чем операции со вскрытием полости матки.



Таблица 19

Форма фибромиом	Количество больных	Процент
Интерстициальная . . . . .	225	25,6
Интерстициально-субмукозная . . . . .	216	24,6
Интерстициально-субсерозная . . . . .	191	21,7
Субмукозная . . . . .	55	6,2
Субсерозная . . . . .	140	16,0
Интралигаментарная . . . . .	52	5,9
Итого . . . . .	879	100

Характер произведенных оперативных вмешательств приводится в табл. 20.

Таблица 20

Характер хирургического вмешательства	Количество больных	Процент
<b>Путем чревосечения</b>	<b>1 070</b>	<b>99,5</b>
Операции без вскрытия полости матки	324	30,1
Из них: пластических операций на матке с иссечением фиброзных узлов (в том числе сложных пластических операций — 5) . . . . .	321	29,8
дефундаций . . . . .	3	0,3
Операций со вскрытием полости матки	746	69,4
Из них: пластических операций на матке (в том числе сложных пластических операций — 95) . . . . .	496	46,14
дефундаций . . . . .	155	14,41
высоких надвлагалищных ампутаций с сохранением нижнего сегмента матки . . . . .	93	8,65
кесаревых сечений с иссечением фиброзного узла . . . . .	2	0,2
<b>Влагалищных операций</b>	<b>5</b>	<b>0,5</b>
Из них: влагалищных иссечений узла из полости матки	4	0,4
дефундаций . . . . .	1	0,1
Всего . . . . .	1 075	100

Из табл. 20 видно, что без вскрытия полости матки нами произведены 324 операции (30,1%), со вскрытием полости матки (путем чревосечения и влагалищных) — 751 (69,9%).

Операции без вскрытия полости матки состояли преимущественно в иссечении фиброзных узлов с последующей пластикой матки. Таких операций произведено 321 (29,8%). В число операций без вскрытия полости матки входят также 3 дефундации (0,3%).

Операции на матке со вскрытием ее полости путем чревосечения произведены 746 женщинам (69,4%), влагалищным путем — 5 (0,5%).

В число операций со вскрытием полости матки, произведенных путем чревосечения, входят: 1) различные варианты пластических операций на матке, вызванные необходимостью удалить множественные фиброзные узлы, расположенные и субмукозно, и интерстициально, и субсерозно — 496 (46,14%), 2) дефундации — 155 (14,41%), 3) высокие

надвлагалищные ампутации с сохранением нижнего сегмента матки — 93 (8,65%) и 4) кесарево сечение с удалением фиброзных узлов — 2 (0,2%).

Из 496 пластических операций со вскрытием полости матки 95 были по характеру весьма сложными. К ним относятся 48 операций, выполненных при наличии большого числа фиброзных узлов и их неблагоприятном расположении. В эту группу вошла также 21 операция, произведенная при расположении опухоли в нижнем сегменте матки и в области шейки матки (2%); при удалении таких узлов, помимо вскрытия полости матки, нам приходилось вскрывать также и канал шейки матки с последующим восстановлением его проходимости ушиванием под контролем введенного катетера. В число указанных операций входят 26 операций (2,4%), при которых из-за наличия шеечной формы фибромиомы или при очень низком расположении фиброзных узлов приходилось частично или полностью удалять пораженную опухолью шейку или часть нижнего сегмента матки с последующим сшиванием оставленных частей матки под контролем катетера.

Сложные пластические операции нередко сопровождалась резекцией значительной части мышечной и серозной ткани матки. В таких случаях мы прибегали к перитонизации, которую производили чаще всего резецированным для этой цели отрезком сальника или подшитым сальником (18), брюшиной пузырно-маточной складки или мочевого пузыря (18), листками широких связок (2), брюшиной дугласова пространства (2). Всего перитонизацию пришлось произвести 40 больным.

При выполнении сложных пластических операций нам иногда, вследствие неблагоприятного расположения узлов опухоли, приходилось отсекал придатки с одной или даже с обеих сторон. Если придатки при этом были не изменены, мы подшивали их в таких случаях несколько ниже их прежнего расположения. При наличии изменений со стороны придатков их частично удаляли. Отсечение придатков с их последующим подшиванием чаще приходилось делать при дефундациях и высоких ампутациях матки, а также при расположении опухоли в боковых маточных стенках вблизи места вхождения придатков в матку. Отсечение придатков с их последующим подшиванием было произведено 105 больным. Стремясь к сохранению детородной функции, особенно при операциях у женщин молодого возраста, мы в случаях, когда по ходу операции приходилось отсекал трубы, в дальнейшем вшивали их в полость матки. Эти операции производились нами в единичных случаях.

Расположение фиброзных узлов в отдельных случаях вызывало необходимость пересечения маточной артерии с одной какой-либо стороны, а иногда и с обеих сторон. Так, у 7 больных маточная артерия при операциях была пересечена с одной стороны, а у 4 — с обеих сторон. Следует указать, что кровоснабжение матки при этом заметно не изменилось и при последующих осмотрах выяснилось, что больные сохранили нормальные менструации, а одна из них (с пересечением одной из маточных артерий) в последующем имела даже беременность, окончившуюся нормальными родами. Это свидетельствует о том, что при пересечении маточных артерий функцию их принимают другие сосуды, питающие матку и придатки.

Двум больным, как указано, мы произвели кесарево сечение с одновременным удалением фиброзных узлов. Один из этих случаев подробно изложен на стр. 163 и здесь останавливаться на нем мы не будем. Приводим второй случай.

Больная 45 лет поступила 5/VIII 1953 г. с жалобами на чувство тяжести внизу живота и давление на прямую кишку.

Менструации с 13 лет, по 3—4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Беременностей две, из них срочные роды в 1931 г. и искусственный аборт в 1934 г. Менструации в течение года путались, последние 6 месяцев отсутствуют. В течение 6 месяцев, после появления крови при половом акте, половой жизнью не живет. При случайном осмотре терапевтом 7—8 месяцев назад была обнаружена опухоль в брюшной полости справа.

При осмотре определялась бугристая опухоль брюшной полости, уходящая в правое подреберье. Матка в ретропозиции, ясно не контурируется. При поступлении 57% гемоглобина.

Клинический диагноз: опухоль брюшной полости, возможно, злокачественного происхождения.

18/VIII чревосечение под перидуральной анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена сильно растянутая опухоль и пронизанная фиброзными узлами матка, увеличенная в размере до семи-восьмимесячной беременности. В своем верхнем отделе опухоль уходит глубоко в правое подреберье и достигает эпигастральной области. Ввиду больших размеров матки и невозможности вывести опухоль из брюшной полости, решено уменьшить ее путем кускования. Отсечено и извлечено из брюшной полости несколько узлов фибромиомы. При извлечении одного из узлов вскрылась полость матки, и из образовавшегося отверстия неожиданно для нас выделилось около 1—1½ стаканов прозрачного цвета жидкости и показалась ножка плода. Был извлечен плод 5½—6 месяцев, который вскоре умер. Детское место было удалено, стенки полости матки выскоблены острой кюреткой. По извлечении плода матка значительно сократилась, после чего была нами тщательно осмотрена. В области дна матки было обнаружено еще несколько плотных узлов опухоли. Один из них величиной с мандарин выведен из брюшной полости и удален. Второй, больший узел своим верхним полюсом достигал эпигастральной области; вывести его, не травмируя при этом еще не зашитую матку, было невозможно. Мы произвели иссечение узла и временно оставили его в брюшной полости, перейдя к манипуляциям на матке. Матка была выведена из брюшной полости, и была произведена консервативно-пластическая операция, после которой матка приняла нормальную форму, но по размеру получилась несколько больше нормы, так как еще не произошла ее инволюция, связанная с беременностью. Левые, неизменные, придатки были оставлены. Сохранен также правый яичник, который найден без изменений. Правая труба с запаянным ампулярным концом удалена с иссечением маточного угла. По окончании пластики матки ранее отсеченная опухоль захвачена штопором и извлечена из брюшной полости. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно восстановлена. Наложены подкожный шов. Менструации и детородная функция при операции сохранены. Операция прошла без осложнений.

Следует указать, что ввиду большого количества узлов фибромиомы и их значительного размера узлы полностью маскировали беременность, диагноз которой до операции не был поставлен. Этому способствовали также неясные ответы самой больной, по словам которой можно было предполагать, что у нее преклимактерическое состояние, тем более что сама она отрицала возможность беременности, а также и половую жизнь в течение последних 6 месяцев.

Гистологическое исследование: фибромиома матки, беременность.

В послеоперационном периоде больной профилактически назначен пенициллин. Послеоперационный период протекал гладко. Мочиспускание свободное с первого дня. Температура повышена только в течение первых 4 дней, максимально до 38,2°, в последующие дни температура нормальная. Больная выписана 5/IX, на 18-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Дальнейших сведений о больной мы не имеем.

Помимо 746 операций со вскрытием полости матки, произведенных путем чревосечения, еще 5 операций со вскрытием полости матки были выполнены влагалищным путем, в том числе была произведена одна влагалищная дефундация матки.

Описывая технику консервативно-пластических операций, мы уже сообщали, что наличие больших воспалительных изменений со стороны придатков и органов малого таза, особенно острых и гнойных воспалительных процессов, является противопоказанием к производству консервативно-пластических операций. В этих случаях в малом тазу гнездится инфекция, которая может дать иногда довольно серьезные осложнения в послеоперационном периоде. Так, одной больной, несмотря на наличие пиосальпинкса, мы произвели консервативно-пластическую операцию. При удалении пиосальпинкса он вскрылся и гной излился в

брюшную полость. В связи с этим у больной в послеоперационном периоде был длительно не рассасывающийся инфильтрат в параметрии.

Но бывают случаи, когда у больных молодого возраста имеется незначительный воспалительный процесс в хронической форме с небольшими изменениями со стороны придатков матки. Возможность применения консервативно-пластических операций таким больным мы допускаем и сами их производили, но с обязательным последующим введением антибиотиков.

При наличии воспалительных изменений со стороны труб (сальпингит, гидросальпинкс, в одном случае пиосальпинкс) мы в процессе операции трубы удаляли, при наличии спаек — производили их рассечение.

Рассечение спаек при консервативно-пластических операциях пришлось произвести у 51 больной. Преимущественно отмечались спайки с сальником (39) и с сигмовидной кишкой (12). При рассечении спаек с сальником часть сальника у 9 больных пришлось резецировать.

Если больные до операции жаловались на маточные кровотечения, мы обычно всегда вскрывали и тщательно обследовали полость матки, а затем выскабливали. Всего выскабливания стенок полости матки были произведены при 298 операциях.

По поводу фибромиомы матки при наличии одновременно беременности было оперировано 69 женщин. Из них 12 поступили к нам с неполными выкидышами, а 2 — для аборта по медицинским показаниям. Выкидыши были обусловлены наличием фибромиомы. Больным были сделаны консервативно-пластические операции со вскрытием полости матки и последующим выскабливанием ее стенок через разрез матки. Детородную функцию при операциях удалось сохранить только четырем из этих больных.

Еще у 35 женщин, поступивших для операции по поводу фибромиомы при наличии одновременно беременности, последняя при производстве операций была вынужденно нарушена. У этих больных имелись преимущественно большие субмукозные узлы фибромиомы, которые не дали бы возможности беременности развиваться нормально и рано или поздно способствовали бы выкидышу. При удалении узлов нам приходилось идти на вскрытие полости матки и тем самым нарушать беременность. Из этих больных 21 женщине детородную функцию при операциях удалось сохранить, причем 6 из них впоследствии беременели и рожали живых детей.

При выполнении операций беременность удалось сохранить 20 больным, в том числе 5, оперированным при первой беременности, и 9, имевшим в анамнезе только выкидыши. Расположение узлов фибромиомы дало возможность применить 19 из них операции без вскрытия полости матки, а одной беременности удалось сохранить и при операции со вскрытием полости матки. Последующее течение сохраненной при операциях беременности изложено в главе VI («Отдаленные результаты консервативно-пластических операций»).

Производя консервативно-пластические операции, мы, так же как и при радикальных операциях, тщательно осматривали органы малого таза и брюшной полости и при наличии соответствующих показаний одновременно с основной операцией производили сопутствующие вмешательства.

Данные, касающиеся сопутствующих вмешательств, произведенных при консервативно-пластических операциях, приводятся в табл. 21.

Из табл. 21 следует, что в среднем на каждую оперированную больную приходилось примерно по одному сопутствующему вмешательству (1005 вмешательств на 1075 оперированных). Но в действи-

Таблица 21

Характер сопутствующих вмешательств	Количество больных
Резекция одного яичника . . . . .	205
Резекция обоих яичников . . . . .	29
Вшивание яичника в полость матки . . . . .	1
Удаление одной трубы . . . . .	192
Удаление обеих труб . . . . .	140
Стерилизация . . . . .	40
Аппендэктомия . . . . .	253
Грыжесечение (паховая, пупочная грыжа, грыжа белой линии) . . . . .	18
Иссечение эрозии шейки матки . . . . .	14
Ампутация шейки по Штурмдорфу . . . . .	14
Удаление полипов шейки матки и полости матки . . . . .	25
Фиксация матки (по Менге, Жильями, к апоневрозу брюшной стенки) . . . . .	5
Пластика влагалища и промежности . . . . .	42
Ушивание мышц под уретрой при недержании мочи . . . . .	5
Снятие жира с брюшной стенки при его чрезмерном отложении . . . . .	3
Резекция сигмовидной кишки по поводу мегасигмы . . . . .	1
Мелкие операции . . . . .	18
Всего . . . . .	1 005

тельности это не совсем так. Сопутствующие вмешательства производились строго по показаниям и безусловно не каждой больной. Некоторым больным одновременно приходилось производить по нескольку вмешательств, тогда как другие в таковых совсем не нуждались. Всего сопутствующие вмешательства были выполнены у 665 женщин (61,8%).

Какой же характер носили сопутствующие вмешательства?

Наиболее часто нам приходилось производить частичное удаление придатков, аппендэктомии, пластику влагалища и промежности по поводу опущения и разрывов, иссечение эрозий шейки матки, удаление полипов шейки матки и прочие более мелкие операции, как например: удаление атеромы бедра, липомы молочной железы и т. п. Сопутствующие вмешательства, произведенные одновременно с основной операцией, не сказывались ни на увеличении койко-дней оперируемых, ни на течении послеоперационного периода.

Более подробно остановимся на показаниях к частичному удалению придатков. Необходимость резекции одного или обоих яичников была вызвана следующими изменениями с их стороны: кистозная дегенерация — 193 больных, гипертрофия — 18, фиброма — 8, апоплексия — 5, эндометриоз — 2 больные. Полное или частичное удаление труб произведено по следующим показаниям: аденоматоз труб — 18 больных, туберкулез — 2, внематочная беременность — 34, гидросальпинксы и сальпингит — 258, фиброма у места входа трубы в матку — 4 больные. Еще у 20 больных было отмечено воспалительное изменение придатков с образованием спаечного процесса (периаднексит, периоофорит и перисальпингит). Некоторым больным частичная резекция яичников произведена в связи с тем, что часть яичника и яичниковой связки была тесно связана с опухолью матки (6). Стерилизация производилась нами у тех больных, которым последующая беременность была противопоказана.

В период с 1944 по 1947 г. гистологическое исследование удаляемой опухоли производилось только в случаях, когда макроскопический вид ее

давал повод к каким-либо сомнениям в отношении ее характера. Поэтому у 216 больных при наличии преимущественно субсерозных или неглубоко прорастающих интерстициальных узлов фибромиомы, не вызывавших сомнений в отношении характера опухоли, гистологическое исследование произведено не было.

У остальных 859 женщин гистологическое исследование удаленной опухоли произведено, причем фибромиома оказалась у 788, эндометриоз — у 68, перителиома — у 1 и саркома — у 3.

В отношении трех больных (с перителиомой и саркомой) нужно сказать, что макроскопический вид опухоли не имел у них каких-либо отклонений от обычной опухоли типа фибромиомы, в связи с чем больным были произведены консервативно-пластические операции.

Когда мы получили результат гистологического исследования, показавший перителиому у одной из них и саркому у двух, мы проконсультировались с проф. А. В. Русаковым, причем он указал, что обнаруженный у больных тип опухоли не обладает способностью к метастазированию. Было решено временно ограничиться наблюдением, не подвергая больных реллапаротомии с полным удалением органа. Больные уже в течение нескольких лет находятся под нашим наблюдением, рентгенотерапии не подвергались, чувствуют себя хорошо, рецидива заболевания не отмечается. Более подробно эти истории болезни приводятся в главе VII («Казуистические случаи»).

Что касается четвертой больной, то у нее при гистологическом исследовании опухоли была обнаружена фибромиома с перерождением в полиморфноклеточную саркому. В связи с этим в послеоперационном периоде была произведена реллапаротомия с полным удалением матки и частичным удалением придатков. Один из яичников был сохранен ввиду возраста больной (29 лет). Гистологическое исследование удаленной матки и придатков не обнаружило никаких признаков саркоматозного перерождения, что свидетельствует о том, что заболевание было местным, и мы вполне могли бы ограничиться консервативной операцией. Послеоперационный период, несмотря на два вмешательства, произведенные с небольшим промежутком времени, прошел вполне гладко.

Приводим ниже наиболее интересные результаты гистологических исследований. Гистологическое исследование некоторых удаленных труб обнаружило: эндометриоз и аденомиоз трубы у 18 больных, туберкулез трубы — у 2, внематочную беременность — у 34 больных.

Гистологическое исследование частично резецированных яичников показало: эндометриоз — у 2 больных, фиброкистoadеному — у одной, гранулезно-клеточную опухоль без признаков малигнитета — у одной больной.

Оправдали ли себя консервативно-пластические операции в отношении сохранения женщинам менструаций и детородной функции?

Этот вопрос подробно освещен в главе VI («Отдаленные результаты консервативно-пластических операций»). Здесь укажем только, что теоретически менструации должны были быть сохранены у 99,8% женщин, а возможность забеременеть — у 53,7% оперированных. Некоторые из этих женщин впоследствии беременели и рожали.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ПО ХОДУ КОНСЕРВАТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МАТКЕ**

Осложнения по ходу консервативно-пластических операций составляют 1% (11 осложнений на 1075 операций).

Какие же осложнения по ходу операции нам пришлось наблюдать?

У 4 больных (0,4%) при выделении опухоли, расположенной в области нижнего сегмента матки, был случайно вскрыт припаянный к опухоли мочевого пузырь, раневое отверстие которого было немедленно зашито двумя рядами узловых кетгутовых швов. Ни у одной из этих больных не наблюдалось последующих осложнений в послеоперационном периоде. Они выписались, как обычно, на 17—18-е сутки после операции. На основании наших наблюдений мы должны сказать, что вовремя замеченное ранение соседнего органа при правильном последующем наложении швов на раневое отверстие часто не вызывает в послеоперационном периоде никаких осложнений и, наоборот, не замеченные вовремя ранения дают длительно протекающие и серьезные последующие осложнения, например, долго не заживающие мочевые свищи и другие осложнения вплоть до развития перитонита и гибели больной. Поэтому должны указать, что травмы соседних органов в процессе операции следует всячески избегать, но если таковая произошла, необходимо обнаружить ее вовремя, чтобы избежать последующих осложнений.

У одной больной при выделении опухоли в области шейки матки была случайно вскрыта прямая кишка, раневое отверстие которой было немедленно зашито двухэтажными кетгутовыми швами. У этой больной тоже не отмечалось последующих осложнений в послеоперационном периоде и она была выписана на 12-е сутки после операции.

У 2 больных при выделении опухоли было обильное кровотечение из окружающих тканей и клетчатки параметрального пространства, которое нам удалось остановить тампонадой и тщательным гемостазом. Послеоперационный период у этих больных прошел гладко.

Еще у одной больной при рассечении спаек с сигмовидной кишкой была поранена сигмовидная кишка. Раневое отверстие кишки было немедленно зашито двухэтажными швами. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось, больная была выписана на 18-е сутки после операции.

Таким образом, у 8 больных осложнения по ходу операции не вызвали никаких осложнений в послеоперационном периоде и больные были выписаны в хорошем состоянии на 17—18-е сутки после операции.

Три больные, у которых наблюдались осложнения по ходу операции, имели осложнения и в послеоперационном периоде. Это касается больной, у которой при операции был случайно вскрыт удаляемый попутно пиосальпинкс и гной излился в полость малого таза. В послеоперационном периоде у нее был длительно не рассасывающийся инфильтрат в параметрии. У 2 других больных по ходу операции было ранение маточной артерии, на которую были наложены швы. В послеоперационном периоде у них были длительно не рассасывающиеся инфильтраты в параметрии.

Таким образом, на общее число 1075 консервативно оперированных больных только у 11 отмечены осложнения в процессе операции, причем у восьми из них послеоперационный период прошел гладко, а у трех осложнения по ходу операции способствовали развитию осложнений в послеоперационном периоде (0,3%).

Хотя процент осложнений по ходу консервативно-пластических операций и был несколько выше, чем при радикальных операциях, но имевшиеся осложнения почти не сказались на течении послеоперационного периода и только у 3 больных способствовали развитию последующих осложнений.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Что касается осложнений послеоперационного периода при консервативно-пластических операциях, то у 937 из 1075 оперированных послеоперационный период прошел гладко (87,2%).

При консервативно-пластических операциях имелся только один смертельный исход.

У 137 больных послеоперационный период протекал с осложнениями (12,7%), причем у некоторых было по несколько осложнений одновременно. Общее число всех осложнений составляет 205. Осложнения послеоперационного периода приводятся в табл. 22.

Такие осложнения, как осложнения со стороны шва брюшной стенки, сводов, от анестезии и осложнения общего порядка, как грипп, ангина и пр., не специфичны для данной операции и могут наблюдаться при любом вмешательстве, произведенном как посредством чревосечения, так и влагалищным путем. Поэтому подробно останавливаться на них мы не будем. Укажем только, что процент осложнений со стороны шва брюшной стенки был на десятки доли процента выше при радикальных операциях (осложнений со стороны шва при радикальных операциях — 5,8%, при консервативно-пластических — 5,4%), что касается осложнений со стороны сводов, то при радикальных операциях они составили 5,4%, при консервативно-пластических — 6%.

Осложнение тромбозом довольно характерно для операций по поводу фибромиомы, как радикальных, так и консервативно-пластических. Нами тромбозы наблюдались сравнительно редко: в 0,2% при радикальных и в 0,6% при консервативных операциях.

Кроме того, 4 больным операции были произведены по витальным показаниям при наличии тромбоза: эти больные страдали профузными маточными кровотечениями, содержание гемоглобина было резко понижено. У них в послеоперационном периоде наблюдалось обострение тромбоза. Эти женщины и до настоящего времени находятся под нашим наблюдением, их общее состояние хорошее, жалобы отсутствуют, тромбоз их не беспокоит.

Как известно, существует и большинством разделяется мнение, что при наличии тромбоза операции противопоказаны. Мы не можем, конечно, утверждать, что тромбоз не является противопоказанием к производству операций вообще, но считаем, что вопрос этот следовало бы пересмотреть и при витальных показаниях наличие тромбоза в хронической стадии не должно останавливать врача в его стремлении произвести операцию и тем спасти жизнь больной. Случаев смерти больных от обострения хронического тромбоза или от послеоперационного тромбоза мы ни при радикальных, ни при консервативных операциях не наблюдали.

Некоторый процент осложнений имелся и от анестезии (1,4%). Из 15 осложнений от анестезии 10 приходятся на осложнения от спинномозговой анестезии, 4 — от перидуральной анестезии и одно — от эфирного наркоза. Таким образом, больше осложнений возникло от спинномозговой анестезии (10 осложнений на 194 анестезии — 5,1%) и меньше — от перидуральной анестезии (4 осложнения на 789 операций — 0,5%). Как мы указывали, осложнения от перидуральной анестезии наблюдались в первое время ее применения и выражались преимущественно в ишиалгиях и невритах, которые легко поддавались лечению и быстро проходили.

Такие осложнения, как пневмония, плеврит, грипп, ангина и пр., наблюдались у 3% больных.



Таблица 22

Осложнения послеоперационного периода		Количество осложнений	Процент к общему числу оперированных				
Со стороны шва	Инфильтраты . . . . .	23	58	5,4			
	Нагноения . . . . .	19					
	Гематомы . . . . .	16					
Со стороны свищев	Инфильтраты . . . . .	63	65	6,0			
	Гематомы . . . . .	2					
Со стороны матки	Эндометрит . . . . .	2	14	1,3			
	Пиометра . . . . .	3					
	Маточные кровотечения . . . . .	8					
	Инфильтрат в области матки . . . . .	1					
Со стороны малого таза и органов брюшной полости	Пельвеоперитонит . . . . .	2	11	1,0			
	Кишечная непроходимость (от спаек) . . . . .	1					
	Атония кишок . . . . .	2					
	Абсцесс в cavum retzii . . . . .	2					
	Инфильтраты в cavum retzii . . . . .	2					
	Периметрит . . . . .	2					
Со стороны венозной системы	Тромбофлебит вен голени . . . . .	4	10	0,9			
	» локтевой вены . . . . .	1					
	» бедренной вены . . . . .	1					
	» (обострение хронического тромбофлебита) . . . . .	4					
От анестезии	Гемипарез (спинномозговая анестезия) . . . . .	1	15	1,4			
	Диплопия . . . . .	1					
	Гемиплегия . . . . .	1					
	Шок . . . . .	1					
	Менингизм . . . . .	6					
	Неврит нижней конечности (перидуральная) . . . . .	1					
	Прочие (перидуральная) . . . . .	3					
	Тяжелая и продолжительная рвота (эфирный наркоз) . . . . .	1					
Прочие	Длительная субфебрильная температура невыясненного характера . . . . .	7	32	3,0			
	Нагноение под уретрой . . . . .	1					
	Бронхопневмония . . . . .	6					
	Сухой плеврит . . . . .	6					
	Микроинфаркт . . . . .	1					
	Ангина . . . . .	2					
	Задержка мочеиспускания . . . . .	1					
	Грипп . . . . .	1					
	Цистит . . . . .	1					
	Острый панкреатит . . . . .	1					
	Обострение хронического холецистита . . . . .	1					
	Ревматический полиартрит . . . . .	1					
	Травматический парез левой верхней конечности от сдавления во время операции (движение восстановлено) . . . . .	1					
	Мерцательная аритмия (была до операции) . . . . .	1					
	Травматический парез малоберцового нерва левой голени . . . . .	1					
	<b>Итого . . . . .</b>				205		

На осложнения, которые можно поставить в непосредственную связь с техникой именно данного оперативного вмешательства, приходится всего 2,3%.

Какие же осложнения мы относим в данную группу?

Сюда входят осложнения со стороны матки (14 осложнений), полости малого таза и брюшной полости (11 осложнений). На данных осложнениях мы и остановимся более подробно.

Что касается осложнений со стороны матки, то к их числу относятся маточные кровотечения (у 8 больных), вызванные, по нашему мнению, недостаточным гемостазом в процессе операции. Пяти из этих больных кровотечение удалось остановить тампонадой влагалища. Им было произведено переливание крови, и они были выписаны в хорошем состоянии на 17—18-е сутки после операции.

У шестой больной в послеоперационном периоде было внутрибрюшное кровотечение из матки, для остановки которого потребовалась релапаротомия с последующим полным удалением матки. После повторной операции послеоперационный период прошел гладко, и больная выписалась в хорошем состоянии.

У седьмой больной было обильное наружное кровотечение, которое не удавалось остановить ни тампонадой влагалища, ни кровоостанавливающими средствами. Несмотря на неоднократные переливания крови, процент гемоглобина у больной продолжал падать, и ей пришлось произвести релапаротомию с последующей высокой ампутацией матки, с сохранением нижнего ее сегмента. После повторной операции осложнений не отмечалось, больная была выписана в хорошем состоянии и впоследствии менструации протекали нормально.

Приводим историю болезни этой больной.

Больная М., 35 лет, поступила в Центральную клиническую больницу Министерства путей сообщения в 1947 г. для операции по поводу множественной фибромиомы размером с четырехмесячную беременность.

Менструации у больной протекали нормально, страдала длительным первичным бесплодием. Операция была показана в связи с наличием опухоли большого размера.

На 10-й день после поступления под спинномозговой анестезией с добавлением эфирного наркоза произведено чревосечение с применением поперечного разреза брюшной стенки. Консервативно-пластическая операция без вскрытия полости матки. Менструации и детородная функция при операции сохранены.

На 8-й день послеоперационного периода у больной появились значительные кровяные выделения через влагалище, общая слабость, головокружение. Больной была произведена тампонада влагалища и дважды переливание крови (всего 625 мл), назначен эрготин. После переливания крови состояние больной временно несколько улучшилось, но кровотечение не прекратилось. Несмотря на переливания крови, содержание гемоглобина упало до 28%. В связи с этим на 20-й день после операции была произведена релапаротомия, при которой обнаружено следующее: швы на матке лежат хорошо, но припаяны к салынику и петле тонких кишок, чем, по нашему мнению, и обуславливалось кровотечение. Спайки были рассечены и произведена высокая ампутация матки с сохранением нижнего ее сегмента и перевязкой маточной артерии с одной стороны. Гистологическое исследование удаленной матки не показало наличия в ней фиброзных узлов. Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана на 23-и сутки после повторной операции в хорошем состоянии. Содержание гемоглобина при выписке 50%. Менструации при второй операции сохранены, детородная функция — нет.

При осмотре 17/III 1950 г., через 3 года после операции, общее состояние больной хорошее, менструации протекают нормально. Прощупывается нижний сегмент матки.

Восьмой больной в связи с внутрибрюшным кровотечением после консервативно-пластической операции на второй день послеоперационного периода была произведена надвлагалищная ампутация матки. Послеоперационный период окончился смертью больной. Как показало патологоанатомическое вскрытие больная погибла от малокровия, свя-

занного с кровотечением в брюшную полость и со значительными кровоизлияниями в кишечник, в сальник, под диафрагму, в брыжейку тонких кишок. Более подробно этот случай описан нами на стр. 164.

Из осложнений со стороны матки мы наблюдали еще у 2 больных эндометриты после операции.

У больной Б., 29 лет, в 1949 г. были преждевременные роды на VII месяце. Беременность первая. Воды у больной прошли, но дальнейшая родовая деятельность прекратилась из-за наличия большого позадишеечного узла фибромиомы в области внутреннего зева матки. Мы были вызваны на консультацию и предложили кесарево сечение, несмотря на то, что воды отошли 17 часов назад. Был извлечен живой плод, сроком 6½ месяцев (вскоре умер), и одновременно удален фиброзный узел величиной с мужской кулак, расположенный в задней стенке в области внутреннего зева шейки матки. В послеоперационном периоде у больной развился тяжелый эндометрит. Через 8 месяцев после операции наступила вторая беременность, которая закончилась срочными оперативными родами (кесарево сечение). Ребенку в настоящее время 5 лет. У больной менструации протекают нормально, рецидива заболевания не отмечается.

Второй случай эндометрита был у больной 38 лет, после произведенной ей пластической операции со вскрытием полости матки по поводу множественной фибромиомы величиной с шестимесячную беременность. Одновременно больной была произведена частичная резекция яичника по поводу кисты, отсечены от матки трубы и удален полип слизистой оболочки полости матки. Произведено выскабливание стенок полости матки. Больная была выписана на 25-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии, но по прошествии двух недель поступила вторично с наличием эндометрита и провела в клинике еще 2 недели. После операции менструации у больной протекают нормально, матка при осмотре сократилась до нормального размера, общее состояние хорошее, жалоб не предъявляет.

У 3 больных в послеоперационном периоде наблюдалась пиометра. У одной из них пиометра ликвидировалась быстро, и больная была выписана на 28-е сутки после операции в хорошем состоянии. У двух других пиометра, развившаяся в послеоперационном периоде, удлинит пребывание их в клинике до 50 дней после операции. Потребовалось расширение цервикального канала для лучшего оттока отделяемого матки. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, впоследствии неоднократно нами осматривались, жалоб не предъявляли, менструации протекали нормально. Следует отметить, что пиометра и эндометрит наблюдались нами исключительно после операций со вскрытием полости матки, и по отношению к общему числу этих операций процент данных осложнений составил всего 0,7 (5 осложнений на 746 операций со вскрытием полости матки).

Еще у одной больной был длительно не рассасывающийся инфильтрат в области матки. Больная провела в клинике 45 дней после операции.

Ни одного послеоперационного перитонита и ни одного свища после консервативно-пластических операций у наших больных не было.

Из осложнений со стороны малого таза и органов брюшной полости мы наблюдали у 2 больных пельвеоперитонит, у одной — частичную кишечную непроходимость, у 2 — периметрит и у 2 — атонию кишечника. Эти осложнения протекали сравнительно легко. Кишечная непроходимость ликвидировалась самостоятельно, хирургического вмешательства не потребовалось. У 4 больных были длительные и неприятные осложнения со стороны клетчатки малого таза: у 2 был абсцесс в *cavum getzii* и у 2 — инфильтрат в *cavum getzii*. У больных наблюдалось длительное повышение температуры, причем она доходила до 39°. Состояние их улучшалось только после вскрытия абсцесса. Такие осложнения среди большого числа наших больных представляли исключительную редкость — всего 4 случая на 1075 оперированных (0,4%).

Приводим ниже историю болезни одной из больных, у которой в послеоперационном периоде был абсцесс в cavum retzii.

Больная С., 42 лет, поступила 10/1 1949 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Показания к операции: опухоль большого размера и обильные менструации. Было установлено наличие одновременно трихомонадного кольпита.

13/1, на третий день по поступлении, больной произведено удаление полипа шейки матки и прокол ovula Nabothi.

15/1 под эфирно-кислородным наркозом произведено чревосечение по поводу фибромиомы. Поперечный разрез брюшной стенки. Консервативно-пластическая операция со вскрытием полости матки. В процессе операции произведено переливание 250 мл крови.

Послеоперационный период осложнился абсцессом в cavum retzii и нагноившейся гематомой в области шва. Больной проводили пенициллинотерапию (общая доза 7 000 000 ЕД) и тепловое лечение. Состояние больной улучшилось только после того, как абсцесс в cavum retzii был вскрыт путем разреза в надлобковой области.

На 52-е сутки после операции больная была выписана в удовлетворительном состоянии для последующего амбулаторного лечения в связи с не рассосавшимся полнстью инфильтратом.

Таким образом, осложненных случаев, непосредственно связанных с техникой оперативного вмешательства, мы наблюдали только 25 (2,3%), причем только у 9 больных (0,9%) заболевание протекало тяжело и значительно задержало их выписку, и только у одной послеоперационный период окончился смертью.

В осложненных случаях мы пользовались пенициллинотерапией, применяли стрептомицин и переливания крови. При особо сложных операциях, связанных с наложением большого числа швов на матку и сложной пластикой матки, мы с профилактической целью вводили пенициллин в брюшную полость в количестве 200 000—600 000 ЕД. Пенициллинотерапия была применена 168 больным.

Из 1075 консервативно-пластических операций только одна закончилась смертью больной (0,1%). Приводим ниже выписку из истории болезни.

Больная М., 35 лет, доставлена 18/VI 1954 г. скорой помощью с диагнозом вне-маточной беременности и двусторонних опухолей придатков матки.

Менструации протекали нормально, по 3—5 дней, через 28 дней. С 4/VI задержка менструаций, темные мажущиеся выделения. 17/VI был приступ острых болей внизу живота с отдачей в область прямой кишки. В анамнезе отмечено заболевание почек несколько лет назад.

Анализ крови при поступлении без особых отклонений от нормы. Анализ мочи показал следы белка, лейкоцитов 10—12 в поле зрения. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. Гипертерия. Прочие внутренние органы без патологических изменений. Артериальное давление 105/60. При гинекологическом обследовании матка оказалась увеличенной до размеров двухмесячной беременности, несколько отечной; справа определялась опухоль придатков, малоподвижная, величиной с кулак; левый свод свободен. Шейка цилиндрическая, при осмотре в зеркалах чистая.

Клинический диагноз: опухоль правых придатков матки, не исключена возможность нормальной маточной беременности сроком 6 недель. Показания к операции: наличие опухоли большого размера, боли.

1/VII в 13 часов чревосечение под перидуральной анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено: матка размягчена, увеличена до размеров шестинедельной беременности, справа имеется интралигаментарно расположенный узел фибромиомы величиной с кулак, на передней стенке матки еще два небольших субсерозно-интерстициальных узла. Узлы опухоли удалены, причем при удалении интралигаментарно расположенного узла вскрыта полость матки по правому ребру, в связи с чем вынужденно нарушена беременность. Плодное яйцо удалено. Стенки полости матки проверены кюреткой. На матку наложили кетгут-овые двухэтажные швы, причем первый ряд швов, не прошивая слизистой оболочки. Правые придатки, отсеченные от матки при удалении узла опухоли, и правая круглая связка, которая несколько укорочена, подшиты к матке. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Операция прошла без осложнений. Гистологическое исследование показало фибромиому матки.

В день операции к вечеру у больной отмечено падение пульса, слабость, резкое побледнение. Срочно произведенный анализ крови показал 52% гемоглобина. В 20 часов больной произведено переливание 250 мл кадаверной крови, после чего состояние ее несколько улучшилось. В 23 часа 30 минут в состоянии больной вновь наступило ухудшение: появился холодный пот, пульс стал нитевидным. Решено было еще раз произвести переливание крови, но совместимую кровь подобрать не удалось и пришлось ограничиться переливанием 750 мл физиологического раствора с глюкозой. Состояние больной выравнилось, но 2/VII в 0 часов 25 минут снова наступило резкое ухудшение, пульс почти перестал прощупываться. По консультации с терапевтом был поставлен диагноз коллапса. Назначены сердечные средства (строфант, кордиамин, камфара), внутривенное вливание глюкозы, пенициллинотерапия, переливание крови. В 3 часа 20 минут капельным методом перелито 700 мл крови. Пульс у больной выравнился, общее состояние ее улучшилось. Срочно произведенный анализ крови показал, что гемоглобин не падает; со стороны мочи было отмечено наличие белка до 0,45%, гиалиновых цилиндров 1—3 в поле зрения. Это послужило причиной того, что от повторного переливания крови временно воздержались и ограничились вливанием физиологического раствора. К вечеру 2/VII состояние больной вновь резко ухудшилось, содержание гемоглобина упало до 48%, появилось вздутие живота и притупление в отлогих его местах. По консультации с хирургом и терапевтом высказано предположение о возможности внутрибрюшного кровотечения, решено произвести релaparотомию.

3/VII под эфирным наркозом повторное чревосечение. Прямой разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена темная жидкая кровь (250—300 мл) и кровяные сгустки в области матки. Матка отчетная. Кровь из брюшной полости удалена, брюшная полость осушена и осмотрена: никаких наложений фибринозного или фибринозно-гнойного характера на висцеральной и париетальной брюшине не обнаружено. При попытке наложить добавочные швы на матку они вследствие изменений и дряблости тканей матки прорезывались, в связи с чем произведена надвлагалищная ампутация матки. Удалена правая утолщенная труба. Шейка матки была обшита и перитонизирована брюшиной пузырьно-маточной складки и дугласова пространства. По ходу операции отмечена резкая кровоточивость тканей. В брюшную полость влито вазелиновое масло и раствор пеницилина в количестве 500 000 ЕД. Брюшная стенка зашита наглухо.

Непосредственно после операции произведено переливание 500 мл кадаверной крови с глюкозой и строфантом, применены сердечные средства (кофеин, камфара). Улучшения в состоянии больной не наступило. 4/VII появилась иктеричность склер, желтушность, резко ухудшилась сердечная деятельность и общее состояние больной. Процент гемоглобина упал до 30. Несмотря на наличие противопоказаний со стороны почек (белок, цилиндры), решено по витальным показаниям произвести еще переливание крови. В 2 часа 30 минут 4/VII приступили к переливанию взвеси эритроцитов, но больная впала в агональное состояние и, несмотря на все принятые меры (кислород, сердечные средства, искусственное дыхание), скончалась при явлениях упадка сердечной деятельности.

Патологоанатомический диагноз: кровь в брюшной полости (500 мл), кровоизлияние в стенки желудка и кишечника (тонкого и толстого), в брыжейку тонкой кишки, большой и малый сальник и под диафрагму. Малокровие внутренних органов. Гиперплазия пульпы селезенки. Атония тонкого кишечника. Коллоидная струма щитовидной железы. Дистрофия миокарда и печени. Отек легких и мягких мозговых оболочек. Заключение патологоанатома: смерть наступила от малокровия, развившегося в послеоперационном периоде у больной, перенесшей две операции.

Причина смерти этой больной для нас недостаточно ясна: внутрибрюшное кровотечение из матки после консервативно-пластической операции, как оказалось при релaparотомии, было весьма незначительным и не могло вызвать такого тяжелого общего состояния больной; если бы плохое состояние больной было вызвано этим кровотечением, то, казалось бы, после надвлагалищной ампутации матки и остановки кровотечения в состоянии больной должно было наступить улучшение; переливание крови было больной витально показано, но совместимую кровь очень трудно было подобрать; вместе с тем анализы мочи, неоднократно произведенные в послеоперационном периоде, показывали нарастание содержания белка и наличие гиалиновых цилиндров, что, несомненно, свидетельствовало об остром заболевании почек, возможно, связанном и с переливанием крови; при релaparотомии была отмечена общая кровоточивость тканей, а патологоанатомическое вскрытие показа-

ло наличие обширных кровоизлияний как в брюшную полость, так и в различные ее органы, причина которых была недостаточно ясна как нам, так, видимо, и патологоанатомам. Мы не можем не согласиться с тем, что смерть больной наступила от острого малокровия, но полагаем, что оно было вызвано не послеоперационным кровотечением, а недостаточностью функции почек и каким-то заболеванием внутренних органов, вызвавшим эти обширные кровоизлияния и в стенки желудка и кишечника, и в брыжейку тонкой кишки, и в большой и малый сальник, и под диафрагму, и в брюшную полость.

Поэтому, хотя эта больная и погибла после произведенной ей консервативно-пластической операции, никакой связи с характером произведенной операции смерть больной не имела, что совершенно ясно из вышеизложенного.

Средняя продолжительность послеоперационного периода — 17 койко-дней в неосложненных случаях и 40 койко-дней в осложненных. Среднее количество койко-дней после операции на каждую оперированную больную с учетом и осложненных случаев составляет 19.

Следует отметить, что нам удалось значительно снизить процент послеоперационных осложнений: если при первых 500 операциях осложнения послеоперационного периода возникли у 80 больных, что составило 16%, то при последних 575 операциях осложнения послеоперационного периода отмечены только у 57 больных, т. е. у 10%. Таким образом, послеоперационные осложнения снижены на 60%.

## ГЛАВА V

### ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМ

В гинекологическую клинику Московского городского научно-исследовательского института имени Склифосовского нередко скорой помощью доставлялись больные фибромиомой с профузными маточными кровотечениями, резко обескровленные; содержание гемоглобина у некоторых из них было снижено до 20%.

В случаях, когда женщины, страдающие фибромиомой матки, поступали к нам с процентом гемоглобина не ниже 40, мы после проведения клинического обследования производили операцию обычным порядком, причем, если операция сопровождалась значительной кровопотерей, производили обязательное переливание крови или непосредственно после операции, или в первые дни послеоперационного периода.

При проценте гемоглобина в пределах от 20 до 40, если время с производством операции терпело, мы до операции делали больной несколько переливаний крови с тем, чтобы поднять процент гемоглобина, повысить ее общий тонус и облегчить ей перенесение последующей операции.

Если же у больной при наличии неостанавливающегося профузного кровотечения затампонировано влагалище, она резко обескровлена, содержание гемоглобина ниже 20%, то для спасения жизни больной мы немедленно производили операцию и, приступив к ней, одновременно переливали кровь тут же на операционном столе, а затем, в послеоперационном периоде производили еще несколько переливаний крови.

Таким образом, при операциях по поводу фибромиомы мы широко применяем переливание крови как до, так и во время и после операции, причем нередко производим по несколько переливаний крови одной и той же больной при наличии к этому показаний.

Переливания крови в послеоперационном периоде, обусловленные кровопотерей в процессе операции, нашим больным приходилось делать сравнительно редко.

Дозы переливаемой крови колеблются от 200 мл (в основном как гемостатическое средство) до 500 мл и более. Некоторым больным мы переливаем кровь дробными дозами — по 200—250 мл, производя по 6—8 переливаний одной и той же больной с интервалами в 2—3 дня. Переливание дробных доз крови мы рекомендуем применять больным, которым по состоянию сердца массивные переливания крови противопоказаны, а также тем, организм которых привык уже справляться с имею-

щейся кровопотерей. При наличии тромбоза мы тоже рекомендуем пользоваться дробными дозами при переливаниях, если они витально показаны. Переливаниями массивных доз крови мы пользуемся в случаях, когда противопоказания к переливанию крови со стороны сердца и других органов отсутствуют, а также при острых кровопотерях. Массивные дозы крови мы применяем в количестве до 900 мл одновременно.

Кровь переливалась донорская, кадаверная, взвесь эритроцитов. Последняя переливалась не более чем 5% больным. Количества переливаний донорской и кадаверной крови примерно совпадают.

Правильно проведенные переливания крови у большинства больных (80%) проходили без какой-либо реакции, у некоторых больных (20%) бывают реакции в виде озноба, а в отдельных случаях — повышения температуры. Общее состояние больных после произведенных переливаний резко улучшается, исчезает слабость, головокружение, процент гемоглобина быстро нарастает даже в тех случаях, когда переливание производится до операции, а у больных в это время еще продолжаются маточные кровотечения.

В качестве иллюстрации эффективности переливания крови можно привести много примеров, но мы опишем здесь наиболее характерный случай.

Больная В., 40 лет, в крайне тяжелом состоянии переведена к нам 29/VII 1946 г. с диагнозом: фибромиома матки с саркоматозным перерождением. При поступлении гемоглобина 9%.

20/II 1946 г. в тяжелом состоянии с профузным маточным кровотечением поступила в одно из лечебных учреждений Москвы. Клинический диагноз был: фибромиома матки, переродившаяся в саркому, с некрозом саркоматозного узла. Гемоглобин при поступлении было 20%, анализ мочи нормальный. Терапевт определил у больной порок сердца: недостаточность митрального и аортального клапанов без явлений декомпенсации, в связи с чем установлены противопоказания к переливанию крови массивными дозами и вместе с тем признано, что переливание небольших доз не даст необходимого терапевтического эффекта. Решено переливания крови не производить. Лечение заключалось во внутривенных вливаниях больших доз глюкозы, назначении симптоматических и сердечных средств.

Ввиду продолжавшегося ухудшения общего состояния больной в конце июля 1946 г., после четырехмесячного пребывания больной в больнице, мы были вызваны на консультацию. Состояние больной было крайне тяжелым, температура временами повышалась до 39°. Больная страдала сильными головными болями, наблюдались обильные кровотечения со ступней. Анализ крови от 27/VII 1946 г.: Hb 9%, эр. 1 590 000, л. 19 000; РОЭ 50 мм в час. Мы предложили применить большой переливание крови небольшими дозами, а затем ее оперировать.

Больная была переведена в гинекологическую клинику Института имени Склифосовского в крайне тяжелом состоянии: малоактивная, с продолжающимися обильными кровотечениями, с сильными головными болями, высокой температурой.

Больная правильного телосложения, резко пониженного питания. Пульс аритмичный — 70 ударов в минуту. Границы сердца расширены в обе стороны, систолический шум у верхушки. Со стороны прочих внутренних органов патологических изменений не отмечается. Живот безболезнен. В нижней его половине определяется плотная, доходящая до пупка, малоподвижная опухоль. Придатки не определяются.

Клинический диагноз: фибромиома матки, не исключена возможность злокачественного перерождения.

Немедленно по поступлении больной было перелито 225 мл донорской крови. Больная перенесла переливание крови хорошо, без особой реакции.

На следующий день больная консультирована терапевтом, по заключению которого у нее имеется стеноз и недостаточность митрального клапана с преобладанием стеноза, гипохромная анемия. Рекомендованы: дигиталис, дигален, адонилен, тщательный уход и наблюдение.

В тот же день, т. е. 30/VII 1946 г., больной перелито еще 450 мл донорской крови с добавлением 40 мл 40% глюкозы. После переливания такой дозы крови у больной был озноб и она жаловалась, что «чувствует сердце». В связи с этим мы решили, что переливание больших доз крови больной противопоказано и что кровь следует переливать ей в количествах не более 225 мл.



До операции больная провела в клинике 30 дней, переливание крови было произведено за этот период 7 раз с промежутками в 3—4 дня, из них 6 раз по 225 мл и один раз 450 мл. Всего было перелито 1800 мл. Кровь переливалась донорская. Одновременно больной ежедневно внутривенно вливали по 15—20 мл 40% глюкозы. Больная неоднократно была консультирована терапевтом, который ухудшений со стороны сердечной деятельности не находил.

Несмотря на имевшийся порок сердца, больная вполне удовлетворительно переносила переливания крови, которые никаких осложнений со стороны сердца не вызывали. После третьего переливания крови больная стала более активна, начала самостоятельно есть, присаживаться на кровати. Значительно уменьшились головные боли, которые, очевидно, были вызваны наличием гипохромной анемии, а с 5/VIII, т. е. на восьмой день, головная боль, а также кровотечение прекратились и началось постепенное снижение температуры, которая с 7/VIII, т. е. на десятый день, стала нормальной, отмечались только отдельные небольшие ее повышения после переливаний крови. К тридцатому дню пребывания больной в клинике процент гемоглобина возрос до 48. В связи с улучшением общего состояния больной мы сочли вполне возможным произвести ей операцию.

27/VIII чревосечение под спинномозговой анестезией (2,5 мл 5% раствора новокаина). Прямой разрез брюшной стенки от лона до пупка. По вскрытии брюшной полости обнаружена фибромиома матки величиной с пятимесячную беременность. Ввиду имевшихся подозрений на возможность злокачественного перерождения опухоли произведено полное удаление матки и левой трубы. Удален аппендикс, который был удлиннен и в спайках. Операция прошла без осложнений. Непосредственно на операционном столе больной перелито 225 мл донорской крови.

Гистологическое исследование удаленного препарата: фибромиома матки. Перерождения опухоли в саркому обнаружено не было.

Послеоперационный период отличался гладким течением, температура первые дни держалась субфебрильная, в последующие дни стала нормальной. Перед выпиской больной перелито еще 225 мл крови. Гемоглобин повысился до 56%. Своды свободные. Инфильтратов нет. Заживление шва брюшной стенки первичным натяжением. Больная выписана 16/IX, на 19-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Ввиду особого интереса данного случая мы демонстрировали эту больную через 2 месяца после операции в Московском акушерско-гинекологическом обществе.

11/VIII 1947 г., через год после операции, больная нам показывалась. Общее самочувствие ее вполне удовлетворительное. Выполняет все работы по дому вплоть до мытья полов и стирки белья. Со стороны женских половых органов изменений не обнаружено, жалобы отсутствуют. Как и раньше, беспокоит сердце, иногда бывают явления декомпенсации.

Анализ крови от 12/VIII 1947 г.: Hb 62%, незначительная лейкопения.

На данном примере можно убедиться в том, что при наличии витальных показаний можно производить переливания крови даже если это противопоказано по состоянию сердца. Переливание крови является эффективным средством восстановления общего тонуса больной; но переливать кровь в таких случаях рекомендуется дробными дозами, одновременно не больше 225 мл.

Оперируя больных по поводу фибромиомы, мы широко пользуемся переливаниями крови, так как часто имеем дело с сильно обескровленными больными. За время с 1944 по 1954 г. переливания крови при оперативном лечении фибромиом произведено нами 1132 больным из общего числа 3080 оперированных, т. е. примерно в 36,7% случаев. Переливания крови чаще применялись при радикальных операциях (у 46% больных) и реже — при консервативно-пластических (25%). Общее число произведенных переливаний — 1996, в среднем по 2 переливания на больную, которой переливалась кровь.

Общее количество перелитой крови за 11 лет — 753,6 л, в среднем примерно по 700 мл на больную.

## ГЛАВА VI

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Отдаленные результаты операций удалось проверить у 957 женщин. Одна из больных, как изложено выше, умерла в послеоперационном периоде; 117 больных в связи с выездом из Москвы и переменой адреса выбыли из-под нашего наблюдения.

Из 957 женщин, как нам стало известно, 2 впоследствии умерли. Одна из умерших в течение двух лет после операции состояла под нашим наблюдением. Она была оперирована в возрасте 45 лет по поводу обильного маточного кровотечения, связанного с наличием фибромиомы матки. В течение двух лет после операции менструации протекали нормально; жалоб, связанных с заболеванием половых органов, не предъявляла. На третий год внезапно умерла от инсульта. Вторая умершая больная в течение 1½ лет после операции чувствовала себя хорошо, менструации протекали нормально, находилась под нашим наблюдением. При очередном осмотре через 2 года после операции у нее была обнаружена опухоль яичника, которую мы предложили ей удалить. Так как в процессе операции опухоль показалась нам подозрительной в отношении злокачественного перерождения, мы произвели срочное гистологическое исследование, которое показало рак яичника. В связи с этим больной была произведена пангистерэктомия. Матка, как макроскопически, так и при последующем гистологическом исследовании оказалась совершенно не измененной. По прошествии сравнительно короткого промежутка времени у больной развились метастазы рака, от которых она вскоре погибла. Данный случай, представляющий особый интерес, приводится в главе VII («Казуистические случаи»).

По продолжительности наблюдения 957 женщин распределяются, как указано в табл. 23.

Из табл. 23 следует, что 90,6% женщин находились под нашим наблюдением от 1 года до 10 лет после операции, причем у 21,1% давность наблюдения составляла 5—10 лет.

В предыдущих главах указано, что целью консервативно-пластических операций на матке является сохранение у женщин менструаций и детородной функции. Разберем, как же сказались произведенные операции на течении менструаций у оперированных.

Теоретически менструации после произведенных операций должны были сохраниться у всех больных (99,8%) за исключением двух (0,2%), у которых в послеоперационном периоде была полностью удалена матка:

Таблица 23

Продолжительность наблюдения	Число больных	Процент
10 лет	7	202
9 »	4	
8 »	24	
7 »	37	
6 »	30	
5 »	100	665
4 года	117	
3 »	135	
2 »	162	
1 год	251	
До 1 года	90	9,4
Всего . . .	957	100,0

у одной в связи с внутрибрюшным кровотечением из матки, а у второй вследствие того, что гистологическое исследование показало фибромиому с перерождением в полиморфноклеточную саркому.

Практически менструации наблюдались у 923 женщин из 957 осмотренных (96,4%). Не было менструаций после операций у 34 женщин (3,6%). У 4 из них до производства операции менструации отсутствовали в течение длительного времени несмотря на то, что они были в возрасте 38—44 лет. У этих больных матка была инфантильной, яичники — недоразвитыми. Половое чувство у трех из них полностью отсутствовало, у одной было развито крайне слабо. Полагая, что в случае применения после операции гормонотерапии и теплового лечения менструации, возможно, у них восстановятся, мы произвели им операции консервативно. Однако менструации у этих женщин после операции отсутствовали.

В число неменструировавших вошло 6 женщин, оперированных по поводу фибромиомы в климактерическом и преклимактерическом возрасте (47—49 лет). Несмотря на то, что до операции эти больные страдали профузными маточными кровотечениями и им были произведены только резекции отдельных фиброзных узлов без вскрытия полости матки, сохранение менструаций у женщин такого возраста было весьма проблематичным. Непосредственно после операции у них установилась стойкая менопауза. Эти больные были оперированы в первые годы применения нами консервативно-пластических операций, в последующем такие операции женщинам этого возраста мы почти не производили.

Двенадцати больным в возрасте 35—44 лет были произведены сложные пластические операции со вскрытием полости матки и иссечением значительной части мышечной ткани матки с частью слизистой оболочки. Операции сопровождалась перевязкой большого количества сосудов. У трех из этих больных, как мы полагали, после операции должна была даже сохраниться детородная функция. Однако после операций у больных установилась стойкая менопауза. Причина прекращения менструаций у них заключалась, очевидно, в иссечении значительной части ткани матки; возможно, причиной было и выскабливание.

Десяти больным, преимущественно в возрасте 33—44 лет, мы произвели высокие ампутации матки с сохранением нижнего сегмента с частью слизистой оболочки. Очевидно, оставленной части слизистой оболочки было недостаточно для того, чтобы эти женщины могли нормально менструировать.

Следует указать, что высокие ампутации матки с сохранением ее нижнего сегмента и части слизистой оболочки у наших больных редко вызывали последующее прекращение менструаций.

Всего высокие ампутации матки были произведены 93 женщинам; 79 из них впоследствии нам показывались в течение нескольких лет после операции. Не менструировали после этих операций, как указано, только 10 женщин (12,5%), у 69 женщин менструации наблюдались в течение ряда лет после операции (от 1 года до 8 лет). Овариально-менструальный цикл у них был нормальный — через 3—4 недели, но менструации у большинства из них были менее продолжительными (по 1—2 дня) и более скудно выраженными. У некоторых менструации по количеству теряемой крови протекали нормально, но овариально-менструальный цикл был уреженным: менструации приходили один раз в 2 месяца. У 9 из этих больных впоследствии своевременно наступил период менопаузы (в возрасте 47—50 лет), у 8 — несколько раньше срока (43—45 лет). Таким образом, при высоких ампутациях матки с сохранением ее нижнего сегмента и части слизистой оболочки тоже сохраняются менструации, но они бывают чаще слабо выраженными и у некоторых женщин прекращаются несколько раньше срока.

Если из общего числа женщин (32), не менструирующих после произведенных консервативно-пластических операций, редуцировать 4, у которых операции были произведены уже при отсутствии менструаций, то процент неудач в отношении сохранения менструаций при консервативно-пластических операциях составит всего 3 (у 28 из 957 осмотренных впоследствии).

У 782 женщин (81,7%) отмечен совершенно нормальный овариально-менструальный цикл — они носят менструации по 3—4 дня, умеренные, безболезненные, с интервалом в 3—4 недели. Срок наблюдения над этими женщинами составляет от нескольких месяцев до 10 лет после операции.

Еще у 48 женщин (5%) менструации были тоже с регулярными интервалами, но слабо выраженные и меньшей продолжительности. К числу этих больных относятся преимущественно женщины, которым были произведены высокие ампутации и дефундации матки. Причина слабо выраженных менструаций у нескольких женщин нам не ясна.

У 146 нормально менструировавших после операции женщин по прошествии нескольких лет после операции (от 3 до 10 лет) наступил период менопаузы, причем у 93 из них менструации прекратились своевременно (46—50 лет), а у 53 — преждевременно, в возрасте 42—44 лет. Наступление периода менопаузы раньше полагающегося срока чаще отмечалось после высоких ампутаций матки (8), дефундаций (9) и сложных пластических операций с иссечением значительной части ткани матки (25). У остальных 11 женщин менопауза наступила раньше срока после иссечения фиброзных узлов с последующей пластикой без вскрытия полости матки. Интересно отметить, что среди этих больных были 2 женщины, страдавшие инфантилизмом, которым мы произвели операции, сохранив нормальную связь придатков с маткой. До операции эти женщины страдали первичным бесплодием. Овариально-менструальный цикл у них был нарушен. После операции обе женщины забеременели, причем у одной из них беременность закончилась выкидышем, а у второй два раза были нормальные самопроизвольные роды в срок. Период менопаузы наступил у них в возрасте 39—40 лет.

У 93 женщин (9,7%) из числа менструировавших после операции наблюдались те или иные отклонения со стороны менструаций и овариально-менструального цикла, а именно: 34 страдали обильными менстру-

ациями (причиной которых у 11 был рецидив заболевания), 10 — обильными менструациями с учащением цикла, 7 — обильными менструациями с нарушением овариально-менструального цикла и одновременно дисменореей, 13 — дисменореей (преимущественно из числа оперированных по поводу эндометриоза и 2 с рецидивом фибромиом), 4 — учащением овариально-менструального цикла при наличии нормальных по количеству и продолжительности менструаций, 20 — нарушением цикла в сторону его урежения (менструации через 2—3 месяца, по количеству нормальные) и 5 — учащением овариально-менструального цикла с явлениями дисменореи.

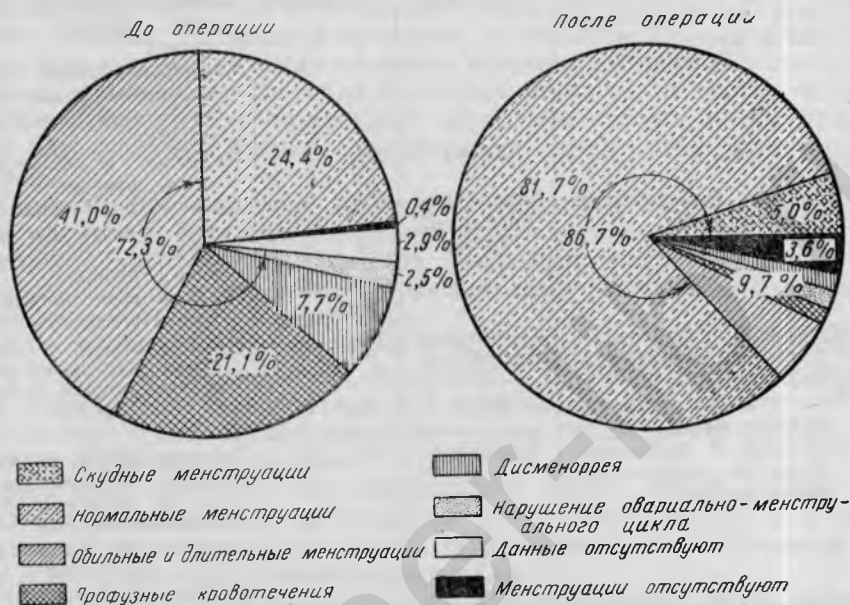


Рис. 87. Менструальная функция женщин до и после консервативно-пластических операций.

У 13 женщин нарушения течения менструаций и овариально-менструального цикла вызваны рецидивом заболевания, у 14 — фиброматозом матки, у 5 — воспалительными изменениями придатков, у 6 — дисменореей, как была до операции, так и сохранилась после нее. У 55 женщин с отклонениями со стороны менструаций и цикла никаких изменений со стороны матки и придатков при осмотрах не обнаружено: очевидно, у них эти отклонения вызваны какими-то нарушениями со стороны гормональной системы.

Следует указать, что у 13 женщин с нарушениями течения менструаций, причиной которых послужило развитие рецидива заболевания, изменения со стороны менструаций наступили не сразу, а первое время после операции (в течение нескольких лет) они менструировали совершенно нормально.

Женщинам с наличием кровотечений и отсутствием изменений со стороны матки мы производили выскабливания стенок полости матки. Таких больных было 7, причем у 3 женщин выскабливания способствовали прекращению кровотечений. Остальным четырем выскабливание не помогло.

Подводя итог изложенному в отношении характера менструальной функции у оперированных женщин, мы должны еще раз подчеркнуть,

что менструации практически удалось сохранить у 96,4% женщин, причем у 81,7% они были нормальными, у 5% — скудными и у 9,7% — сопровождались различными нарушениями. Только у 3,6% женщин консервативно-пластические операции не оказали эффекта и менструации после операции отсутствовали.

Таблица 24

№ п/п	Характер операции	Данной беременностью предшествовал	Срок беременности, сохраненной при операции	Исход беременности
1	Иссечение фиброзного узла без вскрытия полости матки	Выкидыш	4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> месяца	Самостоятельные роды в срок живым плодом (умер)
2	То же	»	4 »	Самостоятельные преждевременные роды двойней на 7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> мес. беременности (умерли)
3	» »	Аборт	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	Выкидыш в послеоперационном периоде
4	Пластика без вскрытия полости матки	Длительное бесплодие	3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	Срочные роды живым плодом. Наложение щипцов
5	То же	То же	4 »	Выкидыш в послеоперационном периоде
6	» »	Выкидыш	4 »	Роды в срок живым плодом. Наложение щипцов
7	Иссечение фиброзного узла без вскрытия полости матки	Длительное бесплодие	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	Родоразрешение посредством кесарева сечения в срок живым плодом
8	Пластика без вскрытия полости матки	Роды	2 »	То же
9	Иссечение 8 фиброзных узлов без вскрытия полости матки	Выкидыш	4 »	Родоразрешение посредством кесарева сечения на VIII месяце в связи с преждевременным отхождением вод. Надвлагалищная ампутация матки. Плод живой—вскоре умер
10	Пластика без вскрытия полости матки	Длительное бесплодие	3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	Родоразрешение посредством кесарева сечения в срок живым плодом
11	Иссечение фиброзного узла без вскрытия полости матки	То же	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	Самостоятельные роды в срок живым плодом
12	То же	Роды	4 »	То же
13	» »	Выкидыш	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	Роды с наложением щипцов в срок живым плодом
14	Пластика со вскрытием полости матки	Роды	4 »	Самостоятельные роды на VII месяце живым плодом (вскоре умер)
15	Пластика без вскрытия полости матки	»	3 »	Самостоятельные роды в срок живым плодом
16	То же	»	3 »	Беременность прослежена до VIII месяца — протекала нормально
17	Иссечение фиброзного узла без вскрытия полости матки	Аборт	3 »	Самостоятельные роды в срок живым плодом
18	То же	Роды	2 »	Выкидыш в послеоперационном периоде
19	Пластика без вскрытия полости матки	Аборт	3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	То же
20	То же	»	5 месяцев	» »

Таким образом, в отношении менструальной функции консервативно-пластические операции оправдали себя у 86,7% женщин.

Для большей наглядности приводим диаграмму (рис. 87), в которой отображена менструальная функция женщин до производства им операции и после нее.

Из диаграммы следует, что число нормально менструирующих женщин возросло с 24,4% до операции до 81,7% после операции, т. е. почти в 4 раза, тогда как процент больных с нарушениями менструаций и цикла различного характера снизился с 72,3 (до операции) до 9,7 (после операции), т. е. примерно в 7 раз.

Что касается детородной функции, то у 20 больных, которые были оперированы по поводу фибромиомы при наличии одновременно беременности, последняя при производстве операций была сохранена (30% к числу больных, имевших фибромиому и одновременно беременность). У этих больных были преимущественно иссечены фиброзные узлы и произведены пластические операции на тканях матки без вскрытия ее полости (19). Пластическая операция со вскрытием полости матки, при которой нам удалось сохранить беременность, произведена только одной больной.

Из табл. 24, в которой приводятся некоторые данные об исходах сохраненной при операции беременности, следует, что 14 из этих женщин родили живых детей, у 5 были выкидыши, у одной беременность прослежена до 8 месяцев, после чего в связи с выездом больной из Москвы связь с нею была потеряна.

Пяти больным операции были произведены при первой беременности, у 5 женщин беременности, сохраненной при операции, предшествовали выкидыши, у 4 — аборт и у 6 — роды.

При операциях мы сохраняли женщинам беременность разных сроков, начиная от 2 до 5 месяцев.

Интересно отметить, что беременность более ранних сроков (до 3 месяцев включительно) значительно лучше донашивалась и у большинства женщин закончилась либо самопроизвольными срочными родами, либо родоразрешающими операциями.

Из 9 больных этой группы у 6 были в дальнейшем роды живыми жизнеспособными детьми и у одной, как видно из табл. 24, беременность удалось проследить до 8 месяцев, причем она протекала нормально. Только у 2 женщин в послеоперационном периоде произошел выкидыш.

Из 11 же больных, у которых при операции была сохранена беременность сроком от 3 до 5 месяцев, родоразрешение живым жизнеспособным плодом отмечено только у 4, т. е. в 2 раза реже. У 3 больных этой группы беременность закончилась преждевременными родами на 7½ месяце беременности (дети родились живыми, но вскоре умирали), еще у одной — срочными самопроизвольными родами, но ребенок умер через 3 часа после родов и, наконец, у 3 — выкидышем в послеоперационном периоде.

Следует также отметить, что если сохраненная при операции беременность и заканчивалась выкидышем (5), то он происходил обычно в первые дни послеоперационного периода. В таких случаях мы производили последующее выскабливание стенок полости матки. Выкидышей более позднего срока у наших больных не отмечено.

Срочных родов было 12, из них у 5 женщин роды самопроизвольные (продолжительность их до 5—6 часов), у 3 — роды закончились наложением щипцов и у 4 — кесаревым сечением.

Преждевременные роды наступили у 3 больных, причем у 2 — самопроизвольные, а у одной — в связи с преждевременным отхождением вод произведено родоразрешение на VII месяце путем кесарева сечения.

Ребенок умер через 11 часов после родов. Большой после кесарева сечения произведена почему-то надвлагалищная ампутация матки.

Осложнения при родах отмечены у 3 больных: у двух — плотное приращение детского места к последующим ручным его отделением и у одной — преждевременное отхождение вод.

Подводя итог изложенному выше, следует указать, что из 20 больных с сохраненной при операции беременностью 14 родили живых детей, причем 10 детей оказались жизнеспособными, а 4, главным образом из числа рожденных преждевременно, погибли в короткий срок после родов.

Живые дети родились у 4 больных, длительно страдавших до операции первичным бесплодием, и у одной из числа больных, имевших до операции только выкидыши.

Что касается функции беременности, то таковая была теоретически сохранена у 461 больной из числа осмотренных 957 (48,2%). Не удалось сохранить функцию беременности у 496 женщин (51,8%).

Возможность наступления беременности исключалась: 1) у 2 больных, которым в послеоперационном периоде была произведена реллапартотомия с удалением матки; 2) у 79 — в связи с производством высоких ампутаций матки с сохранением только нижнего сегмента ее; 3) у 135 — в связи с производством дефундаций; 4) у 36 — при сложных пластических операциях с иссечением значительной части мышечной ткани и слизистой оболочки матки; 5) у 38 — в связи с вынужденным разъединением придатков с маткой в процессе операции; 6) у 2 — при операциях сшивания тела с шейкой матки (шеечная форма фибромиомы); 7) у 126 — в связи с двусторонним удалением труб; 8) у 24 — из-за стерилизации, произведенной по медицинским показаниям; 9) у 36 — в связи с частичным удалением придатков; 10) у 6 — вследствие отсутствия труб (были удалены ранее); 11) у 1 — из-за непроходимости труб до операции; 12) у 11 — по возрасту.

Как же сказались произведенные операции на дальнейшей половой жизни и половом чувстве оперированных?

Опрашивая женщин, нам удалось установить, что половое чувство имеется у 672 (70,2%), из них у 22 оно повысилось после операции (2,3%), а у 85 — несколько снизилось (8,8%). Следует указать, что у 45 из числа женщин с наличием полового чувства после операции таковое, по их словам, до операции полностью отсутствовало, и операция, таким образом, благоприятно сказалась на его проявлении. Половое чувство после операции отсутствовало у 89 женщин (9,3%). Не удалось выяснить вопрос о половом чувстве у 196 женщин (20,5%).

Живут половой жизнью 660 женщин из числа опрошенных (68,9%), причем у 30 из них половая жизнь нерегулярная. Не живут половой жизнью 164 женщины (17,1%); к их числу относятся 45 женщин с отсутствием полового чувства, женщины, которые до операции были и после операции оставались *virgo intacta*, и ряд других. Не опрошены по вопросу о половой жизни 133 женщины (14%).

Нами уже было упомянуто, что у 461 женщины при операциях детородная функция теоретически была сохранена. Рассмотрим, все ли из числа этих женщин имели практическую возможность беременеть.

При последующих опросах нам удалось установить, что из 461 женщины с теоретически сохраненной при операциях функцией беременности практически имели возможность беременеть только 210 — те женщины, которые после операций жили нормальной половой жизнью и от беременности не предохранялись.



Остальные женщины (251) не могли беременеть по следующим причинам: 115 не жили после операции половой жизнью, 96 жили половой жизнью, но от беременности предохранялись, у 7 женщин матка вскоре после операции была удалена (у 2 по поводу рецидива заболевания, у одной из-за полипа шейки матки, у одной больной при родоразрешении сохраненной при операции беременности в связи с преждевременным отхождением вод была произведена надвлагалищная ампутация матки и еще у трех — последующая лангистерэктомия по поводу рака шейки матки). Еще 33 больным операции были произведены в преклимактерическом возрасте, и хотя возможность наступления беременности теоретически им была сохранена, но практически в этом возрасте это представлялось сомнительным, тем более что по прошествии сравнительно короткого промежутка времени после операции у этих женщин своевременно наступил период менопаузы. Таким образом, возможность наступления беременности не исключалась у 210 женщин.

В последующем 57 из 210 женщин беременели, что составляет 27,1% по отношению к имевшим реальную возможность беременеть и 12,4% к числу женщин с теоретической сохраненной функцией беременности. Из их числа 13 женщин имели в дальнейшем по нескольку беременностей (от 2 до 5), причем у двух было по двое родов живыми детьми.

Наступление повторных беременностей отмечено также у 4 из 20 женщин, которым удалось сохранить беременность в процессе операции. У одной из этих женщин беременность, сохраненная при операции, закончилась патологическими родами и быстрой смертью плода (уродство), последующая — самопроизвольными срочными родами живым жизнеспособным плодом. У второй женщины беременность, сохраненная при операции, закончилась нормальными родами в срок живым плодом; при наступлении последующей беременности она сделала аборт. У третьей женщины и беременность, сохраненная при операции, и беременность, наступившая после операции, закончились патологическими родами и смертью плода. И, наконец, у четвертой женщины беременность, сохраненная при операции, закончилась преждевременными родами на VIII месяце (ребенок умер). Через 5 лет после операции больная была оперирована у нас в клинике по поводу внематочной беременности (диагноз гистологически подтвержден) при наличии рецидива заболевания. Одномоментно с операцией по поводу внематочной беременности больной были удалены отдельные фиброзные узлы, имевшиеся на матке. Менструации и детородная функция при повторной операции были сохранены.

Первой наступившей после операции беременности предшествовало: длительное первичное бесплодие — у 24 женщин (некоторые из них были замужем по 10, 15, 27 лет), самопроизвольные выкидыши — у 12, искусственные выкидыши — у 7, внематочная беременность — у 1, кесарево сечение вследствие осложненных родов — у 1, патологические срочные роды — у 11 женщин. Функция беременности до операции не выявлена у одной женщины.

Таким образом, 38 из 57 беременевших впоследствии женщин до операции не беременели, не донашивали беременность или она была патологической (внематочная беременность).

Каков же был характер операций, произведенных этим больным?

У 21 больной были произведены различные операции без вскрытия полости матки (иссечение фиброзных узлов — у 12, различные пластические операции без вскрытия полости матки — у 9); у 36 женщин были произведены операции со вскрытием полости матки (различные пласти-

ческие операции — у 30, шивание тела матки с шейкой матки — у 3, дефундация с удалением части слизистой оболочки — у 3).

Общее число последующих беременностей у 57 беременных после операции женщин составило 81.

У большинства больных (42) первая после операции беременность наступила в течение первых трех лет, но наряду с этим нам приходилось наблюдать больных, у которых первая беременность наступила по истечении значительного срока после операции. Так, у 5 женщин беременность наступила по прошествии 5 и более лет после операции.

Сроки наступления первой после операции беременности приводятся в табл. 25.

Таблица 25

Срок наступления первой после операции беременности	Количество женщин
До 1 года	15
От 1 года до 2 лет	14
» 2 до 3 лет	13
» 3 » 4 »	6
» 4 » 5 »	1
» 5 » 6 »	2
» 6 » 7 »	1
» 7 » 8 »	2
Срок наступления беременности не выяснен	3 <sup>1</sup>
Всего	57

<sup>1</sup> Это относится к женщинам, имевшим после операции выкидыши.

Как же закончились наступившие после операции беременности? Срочных родов было 36, из них самопроизвольных — 20, путем кесарева сечения — 13, родов, закончившихся наложением щипцов, — 2, родов с разрезом промежности — 1. Преждевременных родов на VII—VIII месяце было 4 (все самопроизвольные), выкидышей самопроизвольных — 15, искусственных — 22 (из них 6 по медицинским показаниям), внематочных беременностей — 2, беременных ко времени написания данной работы — 2.

Следует отметить, что из числа не беременных до операции женщин ни одна не сделала аборта при наступлении последующей беременности. Аборты делали женщины, которые до операции рожали и имели уже детей.

Самопроизвольные выкидыши были у 4 женщин после произведенных им операций без вскрытия полости матки и у 6 — после операций со вскрытием полости матки (всего 15 выкидышей). Надо добавить, что 5 из числа женщин, у которых первая наступившая после операции беременность закончилась выкидышем, последующую беременность доносили и разрешились благополучно живым плодом. У одной из женщин этой группы беременность прослежена до 6 месяцев, дальнейших же сведений о ней мы не имеем в связи с тем, что она переменяла адрес.

Роды, по словам большинства женщин, были легкие, родовая деятельность продолжалась от 3½ до 13 часов. Только у 2 женщин роды были продолжительные, но закончились вполне благополучно.

Осложненные роды были у 7 женщин, из них у 2 было многоводие, у одной — преждевременное отхождение вод, еще у одной — плотное

прикрепление детского места, у одной — кровотечение при отделении последа, у одной — пришлось прибегнуть к разрезу промежности и у одной — при родах с наложением щипцов была травма мочевого пузыря.

Осложнения послеродового периода отмечены у 4 женщин: у одной из них был послеродовой эндометрит, у двух — временный парез кишечника после произведенного кесарева сечения и у одной, по ее словам, — тяжелый двусторонний тромбоз, значительное кровотечение в послеродовом периоде и септикопиемия. После этих осложнений больная поправилась, выписалась во вполне удовлетворительном состоянии и находилась под нашим наблюдением в течение пяти лет — чувствовала себя хорошо.

Из 40 рожавших впоследствии женщин у всех произошли роды живым плодом, причем у 34 — плодом жизнеспособным, у 6 — дети умирали в срок от нескольких часов до месяца после родов.

Живые жизнеспособные дети родились в том числе у 17 женщин, страдавших до операции длительным первичным бесплодием, и у 6, не донашивавших беременность. Это свидетельствует о том, что после удаления опухоли детородная функция у них восстановилась.

Одна из женщин родила жизнеспособного ребенка при преждевременных родах. Живые жизнеспособные дети родились также у женщин после сложных консервативно-пластических операций со вскрытием полости матки и после таких операций, как сшивание тела с шейкой матки и дефундация с удалением части слизистой оболочки матки.

По характеру операций трудно бывает предугадать, как может протекать и разрешиться наступившая после операции беременность. Так, 4 женщины, трем из которых было произведено сшивание тела с шейкой матки, а одной — дефундация с удалением части слизистой оболочки, родили живых доношенных детей, причем только у одной ребенок вскоре умер. В то же время в случаях, когда мы имели право рассчитывать на нормальное течение беременности и ее благополучное разрешение (после иссечения фиброзных узлов без вскрытия полости матки), некоторые женщины неожиданно для нас беременности не донашивали. Другими словами, при некоторых весьма сложных операциях, после которых мы могли только предполагать возможность наступления беременности, женщины беременели и самопроизвольно рожали в срок живых детей, тогда как при менее сложных операциях, когда уже более уверенно можно было предполагать, что женщина будет беременеть и рожать, женщины беременели, но беременность заканчивалась у них выкидышем.

Ввиду того что консервативно-пластические операции, в особенности сложные, сопровождаются иногда наложением довольно значительного числа швов на матку, последняя может терять свою эластичность. Вместе с тем одной из целей, которые мы преследуем при производстве консервативно-пластических операций, является сохранение детородной функции женщины и обеспечение им возможности иметь ребенка, особенно если это касается тех, которые страдают длительным первичным бесплодием, обусловленным наличием фибромы. Считаю нужным предупредить акушеров-гинекологов, что в случаях наступления беременности после консервативно-пластических операций, в особенности у первородящих женщин, следует шире ставить показания к применению кесарева сечения, которое сохраняет возможность иметь живого ребенка и обеспечивает благополучие матери.

Подводя итог изложенному выше, следует сказать, что женщины после консервативно-пластической операции в ряде случаев могут бере-

менить и рожать. Некоторым из них ранее утраченная детородная функция при производстве консервативно-пластических операций была восстановлена.

Мы должны подчеркнуть, что хотя мы производили сложнейшие операции с наложением большого числа швов на матку, ни одна женщина не погибла от беременности и родов и ни одного случая разрыва матки при родах не было.

Из числа живших после операции половой жизнью и не предохранявшихся от беременности 19% женщин родили живых детей.

Из 957 наблюдавшихся впоследствии женщин нами не была подвергнута гинекологическому осмотру только 21. Эти женщины проживали вне Москвы и периодически присылали сведения о состоянии своего здоровья.

У 10 женщин при осмотре матка не определялась: у двух — удалена при релапаротомии в послеоперационном периоде, у 2 — удалена впоследствии по поводу рака яичников, у 4 — по поводу рака шейки матки, у одной — при родах с преждевременным отхождением вод и еще у одной — по поводу полипа шейки (удаление матки произведено не у нас).

У 4 женщин определялась матка очень маленького размера и очень небольшие яичники. Эти женщины страдали инфантилизмом, и до операции беременностей у них не было. В возрасте 38—42 лет у них прекратились менструации.

Нижний сегмент матки при осмотрах определялся у 32 женщин; у 31 из них — после произведенных высоких ампутаций матки с сохранением нижнего ее сегмента и у одной — после дефундации. У этих больных менструации протекали в течение обычного периода, но были более скудными.

Матка нормальной величины, безболезненная, подвижная, при наличии свободных сводов определялась у 852 женщин (89%), из них у 624 — в положении *anteversio*, у 208 — в *retropositio* и у 20 в *sinistropositio*.

По нашим наблюдениям, почти все женщины в течение первых 3—4 месяцев после операции имеют резко увеличенную матку, которая достигает в некоторых случаях размеров 2—2½-месячной беременности. Это объясняется тем, что матка, как правило, отекает вследствие раздражения ее тканей наложенными швами. Особенно часто это наблюдается после сложных операций, сопровождающихся наложением большого количества швов на матку. Впоследствии матка подвергается субинволюции и постепенно приходит в нормальное состояние. Если женщина в первые месяцы после операции осматривается гинекологом, не имеющим опыта в производстве консервативно-пластических операций, то у него нередко создается превратное впечатление о том, что опухоль при производстве операции полностью не была удалена. У некоторых малоопытных врачей возникает иногда даже подозрение на быстрое развитие рецидива заболевания.

На самом деле это не так. Увеличение матки в первые месяцы после операции вполне закономерное и объяснимое явление. У 79% наших больных при осмотрах в первые месяцы после операции мы находили матку увеличенной до размеров 2—2½-месячной беременности. При последующих осмотрах матка сократилась у них до нормального размера.

У 39 женщин при осмотрах были обнаружены изменения со стороны матки (4%). Так, у 14 отмечен фиброматоз: матка плотноватой консистенции была увеличена до размеров 2½-месячной беременности; боль-

ные страдали различными нарушениями менструальной функции. У 25 женщин был обнаружен рецидив заболевания (2,6%), который значительно чаще наступал после операций без вскрытия полости матки, что можно объяснить возможностью оставления просмотренных мелких узелков опухоли в теле и полости матки.

Так, на 280 женщин (были осмотрены или имелись сведения), которым были произведены операции без вскрытия полости матки, рецидив заболевания был отмечен у 12, что составляет 4,3%. Из 677 женщин, осмотренных после выполнения им операций со вскрытием полости матки, рецидив заболевания наступил только у 13, что составляет 2%. Более низкий процент рецидива после операций со вскрытием полости матки вполне закономерен: при вскрытии полости матки мы имеем возможность тщательно осмотреть не только полость, но и прощупать стенки матки с тем, чтобы случайно не оставить каких-либо просмотренных узлов опухоли. Поэтому мы сами чаще применяем операции со вскрытием полости матки и настойчиво рекомендуем их, особенно при наличии кровотечений.

Что касается срока наступления рецидива заболевания, то через год после операции рецидив наступил у 2 женщин, через 2 года — у 4, через 3 года — у 4, через 4 года — у 2, через 5 лет — у 2, через 6 лет — у 2, через 7 лет — у 5, через 8 лет — у 3 и через 9 лет — у одной женщины.

Таким образом, у 19 женщин (2%) рецидив заболевания наступил только по прошествии 3 лет после операции, из них у 13 (1,3%) — в срок свыше 5 лет.

Следует отметить, что в период от момента операции до наступления рецидива заболевания у 4 женщин была беременность, причем у 3 из них беременность закончилась срочными родами живым плодом.

У 10 женщин с наличием рецидива заболевания менструации были совершенно нормальными, причем и при наступлении рецидива характер менструаций и овариально-менструальный цикл у них не изменились. У 11 женщин до развития рецидива в течение 2—8 лет после операции тоже имелись нормальные менструации, которые затем стали обильными, а у некоторых перешли в значительные кровотечения. У 2 женщин, страдавших до операции дисменореей, после произведенных консервативно-пластических операций менструальная функция так и не пришла к норме; впоследствии у них развился рецидив заболевания. Операции были произведены им без вскрытия полости матки и возможно в ней был оставлен какой-либо просмотренный узелок, наличие которого и обусловило рецидив заболевания. Еще у 2 женщин менструальная функция от момента операции до наступления рецидива осталась не выявленной: они длительное время нам не показывались и по поводу рецидива заболевания были оперированы в других лечебных учреждениях.

Рецидив заболевания протекал бессимптомно у 10 женщин, 13 женщин жаловались на кровотечения, дисменорею и боли внизу живота и в пояснице; наличие и характер жалоб не выявлены у 2 женщин.

При наступлении рецидива мы чаще прощупывали отдельные узлы опухоли на матке, размером от горошины до апельсина (14), тогда как сама матка была нормального размера и формы. Только у 11 женщин развившаяся впоследствии фибромиома достигала размера трех-пятимесячной беременности.

Женщин с рецидивом заболевания мы в течение некоторого времени оставляли под наблюдением. Одиннадцати из них оперативное лечение не было показано: у 10, как уже сказано, рецидив протекал бессимп-

томно — они не страдали усилением менструаций, жалобы у них отсутствовали, опухоль не увеличивалась; одна из больных находилась уже в климактерическом возрасте, и мы лечили ее гормональными препаратами; 10 женщин, у которых отмечался быстрый рост опухоли или имелись жалобы на кровотечение, не прекращавшиеся от применения лекарственных препаратов, были по поводу рецидива оперированы, причем шести из них произведены надрвагалищные ампутации матки, а четырем — повторные консервативно-пластические операции. Еще 4 женщинам операция была рекомендована.

При тщательном разборе случаев наступления рецидива заболевания выяснилось, что число рецидивов у наших больных было относительно невысоким (2,6%), почти у половины больных рецидив протекал бессимптомно, причем в срок от момента операции до наступления рецидива заболевания некоторые женщины, в том числе страдавшие до операции длительным первичным бесплодием, беременели и рожали живых детей.

Ни одного случая рецидива после высоких ампутаций с сохранением нижнего сегмента матки со слизистой оболочкой, после дефундаций и сложных пластических операций мы не имели. Чаще наблюдался рецидив заболевания при операциях без вскрытия полости матки.

Приводим ниже некоторые наиболее интересные случаи рецидива заболевания.

1. В 1953 г. больной произведена консервативно-пластическая операция со вскрытием полости матки. При осмотре через год после операции матка в положении *anteversio*, нормальной величины. Слева на матке определяется небольшой фиброзный узел. Своды свободны. Придатки в норме. Шейка при осмотре в зеркалах чистая. Менструации протекают нормально, по 3—4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Периодически бывают боли внизу живота и в пояснице. При осмотре в 1955 г., через 2 года после операции, опухоль не увеличилась, больная продолжала менструировать нормально. Оставлена под наблюдением.

2. В 1950 г. больной произведена пластическая операция со вскрытием полости матки. При осмотре через 2 года после операции (19/IV 1952 г.) матка определяется в положении *anteversio*, несколько увеличена, на передней стенке матки прощупывается узелок фибромиомы величиной с горошину. Менструации все время после операции нормальные. Имеются жалобы на периодические боли в пояснице. При осмотре через 5 лет после операции матка увеличена до размеров шестинедельной беременности, своды свободны. Определен рецидив заболевания. Менструации по-прежнему нормальные, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Операция пока не показана вследствие того, что рецидив протекает бессимптомно. Рекомендовано наблюдение.

3. В 1950 г. больной произведена пластическая операция со вскрытием полости матки. При осмотре через 2 года после операции матка увеличена до размеров шести-семи недельной беременности, плотная. Больная, как и до операции, страдает обильными менструациями продолжительностью по 5—6 дней с интервалом в 25 дней. При осмотре 28/II 1955 г., через 5 лет после операции, матка увеличена до размеров трехмесячной беременности, определяется ясно очерченный узел фибромиомы — рецидив заболевания. Жалуются на удлиненные менструации, переходящие иногда в кровотечения со сгустками. Рекомендована операция. 19/IV 1955 г. больной у нас же в клинике произведена повторная консервативно-пластическая операция со вскрытием полости матки и сохранением нижнего сегмента матки. Послеоперационный период прошел гладко, отмечались небольшие кровянистые выделения типа менструаций.

4. В 1950 г. больной произведено удаление опухоли без вскрытия полости матки. При осмотре через 2 года после операции матка определялась в положении *anteversio-retropositio*, несколько увеличенная и плотная. Менструации, как и до операции, болезненные, продолжительностью по 5—7 дней. Цикл нормальный. Больная оставлена под наблюдением. При осмотре 28/II 1955 г., через 4 года после операции, определяется рецидив заболевания — матка увеличена до размеров двухмесячной беременности, плотная. Менструации по-прежнему болезненные и длятся не менее 6—7 дней. Рекомендована операция.

5. В 1948 г. больной произведена консервативно-пластическая операция: удален фиброзный узел без вскрытия полости матки. В течение 2 лет после операции менструации протекали нормально, затем они участились и стали обильными. В ноябре 1951 г. было значительное маточное кровотечение. При осмотре через 3½ года после операции матка найдена увеличенной до размеров 2½-месячной беременности. Имеется рецидив заболевания. Рекомендована операция.

6. Больной в 1949 г. произведена пластическая операция со вскрытием полости матки. Удален фиброзный узел и левая воспалительно измененная труба. При осмотре в 1952 г. обнаружена фиброма матки. С начала 1954 г. по февраль 1955 г. опухоль увеличилась в размере до 3½-месячной беременности. В течение 5 лет после операции (до 1954 г.) менструации и цикл были нормальными; с 1954 г. менструации стали обильными со сгустками, приняли характер периодических кровотечений. Больная жалуется на учащенное мочеиспускание, боли внизу живота. При осмотре шейка в зеркалах чистая, цилиндрическая, наружный зев закрыт. Матка в anteversio, увеличена до размеров четырехмесячной беременности, слева по ребру прощупывается узел фибромиомы. Своды свободны. Придатки не определяются. Имеется рецидив заболевания. В начале мая 1955 г. больной произведена надвлагалищная ампутация матки.

7. В 1948 г. больной произведена пластическая операция со вскрытием полости матки. В течение 4 лет после операции менструации протекали нормально. При осмотре через 5 лет матка нормальной величины в положении anteversio, не изменена. Слева от матки прощупывается опухоль величиной с апельсин. Предположительный диагноз: фиброма левого яичника. Больная жалуется на периодические боли внизу живота. Временно оставлена под наблюдением. При осмотре 2/III 1955 г., через 7 лет после операции, опухоль не увеличилась, но ясно определялась как опухоль матки. У больной одновременно наступил период менопаузы, жалобы отсутствуют. Оставлена под наблюдением.

8. Больной в 1951 г. произведена консервативно-пластическая операция по поводу фибромиомы матки при наличии одновременно беременности сроком 4 месяца. Несмотря на то, что в процессе операции была вскрыта полость матки и просвечивали плодные оболочки, беременность удалось сохранить. Больная доносила беременность до 7 месяцев и разрешилась раньше срока самостоятельно живым плодом (ребенок вскоре умер). После операции и родов менструации протекали нормально. Через 4 года, 7/III 1955 г., больная поступила к нам с наличием внематочной беременности. При операции по поводу внематочной беременности была осмотрена матка, на которой обнаружено 3 небольших узла фибромиомы, которые и были попутно удалены. При удалении одного из узлов была вскрыта полость матки. Таким образом, больной повторно была произведена также консервативно-пластическая операция с сохранением менструации. Вторая, здоровая, труба при операции была сохранена и связь ее с маткой не была нарушена. Послеоперационный период протекал гладко.

9. В 1949 г. больной удален узел фибромиомы без вскрытия полости матки. При осмотрах через 4½ года и 5 лет после операции матка оказалась плотноватой, увеличенной до размеров пятимесячной беременности. По словам больной, в течение первых 3½ лет после операции менструации у нее были нормальные, по 4 дня, через 26 дней, безболезненные, умеренные. Менструации усилились в течение последнего года. Определен рецидив заболевания. 23/I 1954 г. больной произведена надвлагалищная ампутация матки с резекцией части припаянной к опухоли сигмовидной кишки и наложением анастомоза конец в конец. Послеоперационный период имел гладкое течение.

10. В 1948 г. у больной удален узел фибромиомы без вскрытия полости матки. В течение первых 4 лет после операции менструации протекали нормально, по 3 дня, через 27 дней, умеренные, безболезненные. С 1953 г., на шестой год, менструации значительно усилились. Больная жалуется на периодические боли в пояснице. При осмотре определен рецидив заболевания; матка увеличена в размере до двухмесячной беременности, в области ее дна определяется плотный узел фибромиомы. Временно оставлена под наблюдением. При последующих осмотрах отмечен рост опухоли. Через 6 лет после операции, 8/II 1954 г., у нас в клинике произведена надвлагалищная ампутация матки с резекцией отрезка припаянной к опухоли сигмовидной кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. При осмотре 2/III 1955 г., через год после повторной операции, состояние больной хорошее, но жалуется на приливы.

11. Больной в 1949 г. произведена пластическая операция со вскрытием полости матки. Менструации в течение 5 лет после операции нормальные, по 3 дня, умерен-

ные, безболезненные. В конце 1954 г., на шестой год после операции, принимала сеансы брюшно-крестцовой диатермии, после чего менструации стали обильными и длительными. Отмечает с этого же времени увеличение живота. Половое чувство ослаблено, не предохраняется, не беременеет. При осмотре 7/IV 1955 г. определяются 2 узла фибромиомы общим размером с небольшой апельсин. Рецидив заболевания. Рекомендована операция.

12. В 1944 г. больной произведена консервативно-пластическая операция без вскрытия полости матки. Менструации после операции протекали нормально, жалобы отсутствовали. Через 7 лет после операции больная показала нам по поводу наступившей беременности. Была определена беременность сроком 3 месяца при наличии рецидива заболевания — небольшого узелка фибромиомы в нижнем сегменте одной из боковых стенок матки. Больная была госпитализирована и ей повторно произведена консервативно-пластическая операция — удален узелок фибромиомы без вскрытия полости матки. Беременность при операции сохранена. Последующие роды в срок живым плодом. При дальнейших повторных осмотрах изменений со стороны матки не обнаружено, менструации протекают нормально.

• 13. В 1945 г. у больной иссечен узел фибромиомы без вскрытия полости матки. При осмотре через 7 лет после операции (1952) больная сообщила, что в течение первых 6 лет менструации протекали нормально; по 4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. На седьмой год менструации стали обильными и болезненными, появились боли внизу живота и в пояснице. Матка в *retropositio*, несколько увеличена, уплотнена, справа имеется узел фибромиомы величиной с куриное яйцо. Больная оставлена под наблюдением.

14. В 1945 г. у больной иссечен узел фибромиомы без вскрытия полости матки. После операции менструации у больной все время нормальные, по 3—4 дня, через 25 дней, жалобы отсутствуют. При очередном осмотре через 7 лет после операции определен рецидив заболевания: матка увеличена до размеров четырехмесячной беременности. Ввиду того что рецидив протекает бессимптомно, больная оставлена под наблюдением, операция пока не показана.

15. В 1940 г. больной произведена консервативно-пластическая операция — удален узел фибромиомы без вскрытия полости матки. В 1947 г. у больной наступила беременность, которая закончилась самостоятельными срочными родами живым плодом при наличии рецидива заболевания — определялась опухоль размером с двухмесячную беременность. Менструации у больной все время были нормальными, но к 1952 г. опухоль увеличилась до размера трехмесячной беременности, и мы предложили больной повторную операцию. Вторая операция, тоже консервативно-пластическая, но со вскрытием полости матки, была произведена нами в начале 1952 г. После второй операции у больной в течение 1½ лет менструации протекали нормально; в возрасте 46 лет у нее наступил период менопаузы. Жалобы отсутствуют, самочувствие хорошее.

16. Больной в 1944 г. произведена консервативно-пластическая операция со вскрытием полости матки. В течение 8 лет после операции менструации у больной шли нормально, по 4 дня, через 26 дней. При очередном осмотре матка найдена в положении *anteversio*, нормальной величины, с небольшим узелком фибромиомы на правой стенке. Жалобы у больной отсутствовали. Временно оставлена под наблюдением. При осмотре через 10 лет после операции матка найдена в *retropositio*, увеличена до размеров четырехмесячной беременности, немного плотновата, шейка в зеркалах чистая. В течение года больная страдает кровотечениями, применение маммина эффекта не дало. 7/VIII 1954 г., через 10 лет после первой операции, больной произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу рецидива заболевания и апендэктомия. Послеоперационный период отличался гладким течением.

При осмотре в зеркалах у 870 женщин (90,9%) шейка оказалась неизменной, у 7 женщин (0,7%) шейка отсутствовала: она была удалена при пангистерэктомии по поводу рака шейки матки у 4, рака яичников — у двух, при релапаротомии в послеоперационном периоде — у 1 женщины. Как мы уже ранее сообщали, 21 женщина гинекологическому осмотру не подвергалась, так как проживали вне Москвы (2,2%).

У 59 женщин (6,2%) найдены следующие изменения со стороны шейки матки: у 33 — поверхностные, воспалительного характера эрозии шейки матки (у 10 больных эрозии шейки матки были и до операции),



у 8 — полип шейки матки, у одной — эктропион, у одной — эндоцервицит, у 4 — ovula Nabothi, у 3 — разрыв задней губы шейки матки (послеродовой) и у 9 — шейка несколько гипертрофирована.

Последующее развитие эрозий шейки матки наступило в период от нескольких месяцев и до 5 лет после операции и в связь с произведенными операциями никак не может быть поставлено. Эрозии мы лечили электрокоагуляцией; у большинства женщин они хорошо поддавались этому виду лечения и оперативного вмешательства не требовалось.

Полипы шейки матки, которые у 3 женщин были обнаружены через год после операции, у одной — через 3 года, а у 4 — через 5 — 8 лет после операции, мы обычно удаляли откручиванием тут же при осмотре. Только одна из этих женщин по поводу полипа оперирована в другом лечебном учреждении, причем ей почему-то была произведена надвлагалищная ампутация матки. После этого большая неоднократно нам показывалась — самочувствие ее было хорошим.

Какие же еще изменения со стороны органов малого таза и промежности были обнаружены нами при последующих осмотрах?

У 61 женщины (6,4%) определялся периметрит и спаечный процесс. Эти изменения были, по-видимому, связаны с ранее перенесенными воспалительными процессами.

У 52 женщин (5,4%) обнаружено опущение стенок влагалища, причем у 49 из них — незначительное, не беспокоящее их, а у 3 — значительное опущение влагалища после родов, бывших после операции. Двум из этих женщин через несколько лет после консервативно-пластических операций была произведена пластика влагалища и промежности, одной была рекомендована операция.

У 5 женщин были обнаружены старые разрывы промежности первой степени — это касается рожавших после операции.

Цисторектоцеле отмечено у 5 женщин, из них у 2 оно связано с послеродовым разрывом промежности и у одной — с произведенной ей в другом лечебном учреждении надвлагалищной ампутацией по поводу полипа шейки матки.

У 3 женщин обнаружен незначительный кольпит. Киста бартолиновой железы определялась у 6 женщин. Еще у двух женщин при осмотре была обнаружена небольшая киста влагалища и у одной — небольшая атерома молочной железы.

Все вышеперечисленные изменения со стороны влагалища и промежности никак не могут быть поставлены в связь с характером произведенных данным женщинам операций, и мы упоминаем о них для полноты изложения материала.

Послеоперационная грыжа была отмечена у 4 женщин, причем только у одной из них после операции с применением разреза брюшной стенки по Пфанненштилю. Одной из этих женщин через 5 лет после консервативно-пластической операции было произведено грыжесечение по поводу послеоперационной грыжи.

Кистозные изменения со стороны яичников определялись у 12 женщин, 6 из которых впоследствии по поводу кисты были нами оперированы. У 46 женщин обнаружено незначительное увеличение яичников, чаще — правого (27) и реже — левого (19). Две женщины впоследствии были оперированы по поводу рака яичника, о них подробнее сообщается в главе VII («Казуистические случаи»).

У остальных 897 женщин (93,7%) яичники найдены без изменений или несколько уменьшенными, если в процессе операции была произведена их резекция.

Как нам стало известно, одна из наших больных была впоследствии оперирована в другом лечебном учреждении по поводу новообразования сигмовидной кишки. Через 9 лет после консервативно-пластической операции ей была произведена резекция сигмовидной и части поперечно-ободочной кишки. После этой операции больная подвергалась рентгенотерапии, в связи с чем у нее прекратились менструации. Мы осматривали ее через год после резекции сигмовидной кишки — состояние ее было хорошим, жалобы отсутствовали, объективно никаких изменений не отмечалось. Матка была нормальной величины, в положении anteversio, своды свободные, инфильтратов не найдено. Со стороны органов малого таза и брюшной полости каких-либо изменений не определялось.

Общее хорошее самочувствие после консервативно-пластических операций было у 909 женщин из числа осмотренных (95%). Неважное самочувствие отмечено у 48 женщин (5%), в числе которых были больные с фиброматозом (14), с рецидивом заболевания (13) и с нарушениями со стороны менструальной функции при отсутствии каких-либо изменений со стороны матки и придатков.

От многих больных мы получали благодарственные письма. Особенно тепло благодарили нас те женщины, которые до операции страдали длительным первичным бесплодием, а после операции впервые забеременели и родили живых детей.

На основании изложенного в данной главе можно смело сделать заключение, что консервативно-пластические операции полностью себя оправдали и применение их у женщин молодого и среднего возраста вполне целесообразно.

## ГЛАВА VII

### КАЗУИСТИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Говоря о «казуистических случаях», мы приводим: 1) наиболее интересные и редкие случаи наступления беременности после консервативно-пластических операций, 2) случаи неожиданного обнаружения злокачественного перерождения в узлах опухоли после произведенных консервативно-пластических операций, 3) случаи развития последующего злокачественного новообразования соседних органов и 4) несколько случаев комбинации фибромиомы со злокачественным поражением сигмовидной кишки, при которых операции были произведены нами радикально.

Что касается первой группы наблюдений, то в главе VI («Отдаленные результаты консервативно-пластических операций») мы уже указывали, что, несмотря на удаление опухолей большого размера, иногда превышающего пяти-шестимесячную беременность, несмотря на иссечение значительной части ткани матки (у некоторых больных с удалением даже части слизистой оболочки), невзирая на перевязку одной из маточных артерий в процессе операции, нам при производстве консервативно-пластических операций удавалось сохранить женщинам не только менструальную, но иногда и детородную функцию. Факт сохранения детородной функции подтвержден наступлением у ряда больных последующей беременности. Беременность чаще заканчивалась самопроизвольными срочными родами, а у некоторых больных — родоразрешением путем кесарева сечения; но и при самостоятельном родоразрешении, и при кесаревом сечении женщины получали то, чего безуспешно добивались годами, а именно счастья материнства. Особенно это было ценным в случаях, когда больные до операции в течение многих лет страдали первичным бесплодием, обусловленным наличием у них фибромиомы. У некоторых больных наступившая после операции беременность заканчивалась выкидышем, но это не останавливало стремления женщин стать матерью: они беременели вновь и, тщательно соблюдая назначенный им врачами режим, добивались того, чтобы доносить беременность до полагающегося срока и родить.

Приводим здесь сообщения о нескольких наиболее редких случаях наступления после операции беременности.

1. Больная К., 34 лет, поступила 23/V 1950 г. по поводу фибромиомы матки. Менструации с 13 лет установились сразу, по 6 дней, через 28 дней, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, в браке 12 лет, не беременела. Воспалительными заболеваниями женских половых органов не болела.

С 1949 г. менструации стали обильными, продолжительностью по 7—8 дней. С мая 1950 г. появились периодические ноющие боли внизу живота, больше слева, сопровождавшиеся подъемами температуры. При осмотре определена фибромиома матки размером с 4½-месячную беременность, расположенная больше влево и кзади.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: обильные и продолжительные менструации, опухоль большого размера, боли.

13/VI чревосечение под перидуральной анестезией с применением поперечного разреза брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что матка увеличена в размере до 4½-месячной беременности за счет узла опухоли, пальпируемого в толще задней стенки ближе к дну матки. Матка рассечена по задней поверхности в толще задней стенки, выстланной слизистой оболочкой. Удален большой субмукозно-интерстициальный узел фибромиомы, иссечена значительная часть мышечной ткани задней стенки матки, а также часть слизистой оболочки полости матки, выстлавшей узел. Стенки матки проверены пальпацией — больше узлов опухоли не обнаружено. Стенки полости матки выскоблены кюреткой. Наложены швы под контролем введенного катетера: на мышечный слой, расположенный непосредственно над слизистой оболочкой, наложены восьмиобразные кетгутовые швы без прошивания слизистой, на серозно-мышечный покров задней стенки матки наложен второй ряд узловых кетгутовых швов. Из передней стенки матки иссечено 2 небольших субсерозных узелка опухоли. Осмотрены придатки и оставлены, так как найдены без изменений. Брюшная стенка послойно зашита наглухо, наложен подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Гистологическое исследование: фибромиома матки.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана 25/VI, на 12-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

После операции менструации у больной протекали нормально: по 3—4 дня, через 27 дней, умеренные, безболезненные. Жила половой жизнью, половое чувство после операции несколько усилилось. От беременности не предохранялась. Через 3 года после операции больная забеременела. Беременность протекала нормально и была доношена до срока. Произведено родоразрешение путем кесарева сечения. Ребенок живой.

Особый интерес приведенного случая заключается в том, что больная, которая до операции была замужем в течение 12 лет и ни разу не беременела, после консервативно-пластической операции, при которой вместе с опухолью была иссечена не только значительная часть мышечной ткани, но и часть слизистой оболочки матки, забеременела и доносила беременность до полагающегося срока.

2. Больная Ж., 35 лет, доставлена 31/III 1948 г. каретой скорой помощи с диагнозом перекрута кисты.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3—4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Были 2 беременности, из них роды в 1937 г. и аборт в 1938 г. В течение последних 10 лет больная от беременности не предохранялась, не беременела. Воспалительными заболеваниями женских половых органов не болела.

Восемь месяцев назад менструации стали обильными, продолжительностью по 6—7 дней, иногда сопровождались болями внизу живота и в пояснице. Больная была доставлена с приступом резких «распирающих живот» болей. При поступлении 38% гемоглобина.

При гинекологическом обследовании обнаружена подвижная опухоль матки (фибромиома) размером с шестимесячную беременность, доходящая до пупка. Шейка матки при осмотре в зеркалах чистая. Придатки не определяются.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: большой размер опухоли, обильные и продолжительные менструации, анемия, вторичное бесплодие. Для поднятия процента гемоглобина и восстановления общего тонуса больной дважды до операции перелита кровь: общая доза перелитой крови — 950 мл. Процент гемоглобина повысился до 48.

19/IV перидуральная анестезия с добавлением небольшого количества эфирно-кислородного наркоза. Чревосечение — поперечный разрез брюшной стенки.

По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной с шестимесячную беременность, исходящая из дна и задней стенки матки. Опухоль мягкой консистенции — фибромиома, интерстициально расположенная. Кускованием опухоль уменьшена и выведена из брюшной полости. Вследствие глубокого прорастания опухоли в стенку матки при удалении опухоли вскрыта полость матки. Произведена дефундация с иссечением части слизистой оболочки полости матки в области ее дна. Большую часть слизистой оболочки полости матки удалось сохранить. Ввиду того что матка была значительно увеличена в размере, произведено частичное иссечение задней стенки матки с последующим заворачиванием передней стенки матки кзади. После наложения двухэтажных узловых кетгутовых

швов получилась матка правильной формы, но несколько увеличенного размера. Придатки и аппендикс без изменений. Менструальная функция при операции сохранена, детородная сомнительна. Операция прошла без осложнений. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо, наложен подкожный шов.

Непосредственно на операционном столе больной перелито 450 мл донорской крови. Реакции на переливание крови не было. Гистологическое исследование: фибромиома матки.

Послеоперационное течение гладкое. В послеоперационном периоде больной еще раз перелито 450 мл донорской крови. Больная выписана 8/V, на 19-е сутки после операции, в хорошем состоянии. При выписке 50% гемоглобина.

При очередном осмотре 7/1 1949 г., примерно через год после операции, у больной обнаружена беременность сроком 2 месяца. При последующих осмотрах установлено, что беременность развивается нормально. В июле 1950 г. у больной самостоятельные срочные роды живым плодом. В октябре 1953 г. больная сделала аборт по поводу второй беременности. Последний раз больная осмотрена 4/III 1954 г. через 6 лет после операции. Самочувствие хорошее, жалобы отсутствуют. Менструации через месяц, по 4 дня, умеренные, безболезненные. Половой жизнью живет, половые ощущения нормальные. От беременности предохраняется. Матка найдена в anteversio, нормальной величины, своды свободны. Шейка при осмотре в зеркалах цилиндрическая, чистая. Незначительное опущение стенок влагалища после родов.

В данном случае мы сомневались в возможности наступления последующей беременности в связи с тем, что больной была произведена дефундация с иссечением части слизистой оболочки и значительной части мышечной ткани задней стенки матки. Тем не менее у женщины два раза после операции наступала беременность, причем первая закончилась самопроизвольными родами живым плодом. Несмотря на значительное число швов, наложенных на матку по задней поверхности и в области дна, разрыва матки при родах не произошло.

3. Больная Р., 34 лет, поступила в феврале 1944 г. для операции по поводу фибромиомы шейечной формы.

Менструации через 21 день по 4 дня, очень обильные. Шесть беременностей, из них роды в 1936 г. и 5 последующих самопроизвольных выкидышей. Последний выкидыш сроком в 2½ месяца за месяц до поступления в клинику.

При осмотре обнаружена опухоль матки размером с 4½-месячную беременность. Клинический диагноз: фибромиома матки шейечной формы. Показания к операции: большой размер опухоли у женщины молодого возраста, привычные выкидыши, очевидно, в связи с наличием опухоли.

20/II 1944 г. чревосечение под спинномозговой анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что опухоль размером с 4½-месячную беременность исходит из задней стенки шейки матки на уровне внутреннего зева и находится кзади от матки, выполняя все дугласово пространство. Опухоль расположена забрюшинно. Матка нормальной величины, без видимых изменений. Придатки не изменены. Брюшина дугласова пространства вскрыта над опухолью, опухоль захвачена пулевыми щипцами и удалена кускованием. При иссечении опухоли на уровне внутреннего зева вынужденно пересечена левая маточная артерия, которая тут же перевязана. При удалении опухоли частично иссечены крестцово-маточные связки и часть шейки матки, вскрыт шейечный канал. На мышечную ткань тела и шейки матки под контролем введенных катетеров наложен первый ряд узловых кетгутовых швов без прошивания слизистой оболочки; второй ряд узловых кетгутовых швов наложен на серозно-мышечный покров. Таким образом, произведено сшивание тела с шейкой матки по задней поверхности. Неизмененные придатки матки оставлены. Культя ранее иссеченных крестцово-маточных связок сшиты друг с другом. Восстановлена брюшина дугласова пространства. Произведен тщательный гемостаз. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструальная функция при операции сохранена, детородная — под вопросом.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 15-е сутки после операции в хорошем состоянии.

Первые 2 месяца после операции менструации у больной отсутствовали, в последующем установились нормальные умеренные менструации через 21 день, по 3 дня. Половое чувство после операции не изменилось, половой жизнью жила. От беременности не предохранялась.

Примерно через год после операции больная забеременела и 27/XI 1945 г. в срок разрешилась живым плодом. Роды были самопроизвольные, длительные. В послеродовом периоде осложнений не было.

Последний раз больная была нами осмотрена 15/III 1952 г., через 8 лет после операции. Менструации протекают нормально, половой жизнью живет, от беременности предохраняется. Ребенку 7 лет, развивается нормально. Матка при осмотре найдена в anteversio, нормальной величины, своды свободны, придатки не определяются.

Приведенный случай представляет значительный интерес по следующей причине: у больной была иссечена большая забрюшинная опухоль, удалена часть шейки матки, тело матки сшито с сохраненной частью шейки, перевязана одна из маточных артерий; несмотря на это, сохранилась не только менструальная, но и детородная функция. После этой операции у женщины были самопроизвольные роды.

4. Больная К., 38 лет, поступила в 1946 г. для операции по поводу фибромиомы матки.

Менструации обильные, по 6—7 дней. В течение 14 лет замужем, не предохраняется, не беременеет.

Клинический диагноз: фибромиома матки величиной с 4½-месячную беременность. Показания к операции: большой размер опухоли, обильные продолжительные менструации, первичное бесплодие.

11/IV 1946 г. чревосечение под спинномозговой анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружен фиброзный узел размером с 4½-месячную беременность, исходивший из правой боковой стенки матки и расположенный частично интралигаментарно, а отчасти глубоко прорастающий стенку матки. Одновременно у больной обнаружена беременность сроком в 4½ месяца. Произведена консервативно-пластическая операция — иссечен узел фибромиомы. Так как узел глубоко прорастал в стенку матки, при его иссечении вынужденно вскрыта полость матки — беременность была нарушена. Произведено выскабливание стенок полости матки. На матку, как обычно, наложены двухэтажные кетгутовые швы. Операция прошла без осложнений. Менструальная и детородная функции при операции сохранены. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожный шов.

Гистологическое исследование удаленного препарата: фибромиома матки.

Через 4 месяца после операции больная вторично забеременела. Беременность закончилась выкидышем сроком в 2 месяца.

В первом квартале 1947 г. наступила третья по счету беременность. С 8/XII 1947 г. больная была помещена в родильный дом. Беременность протекала нормально. В срок около 10 лунных месяцев окружность живота — 120 см, высота стояния матки — 39 см, предполагался крупный плод.

15/XII 1947 г. в срок наступила родовая деятельность. В связи с крупным размером плода роды были закончены кесаревым сечением. Извлечен живой плод весом 4600 г.

Последний раз больная осмотрена нами 15/III 1952 г., через 6 лет после операции. Менструации протекают нормально, по 3 дня, через 4 недели, умеренные, безболезненные. Половой жизнью живет, половое чувство испытывает, от беременности не предохраняется. Больше не беременела. Ребенку 4½ года. Матка нормальных размеров в положении anteversio. Сводь свободны. Рецидива заболевания не отмечается.

5. Больная Ш., 27 лет, поступила в 1944 г. для операции по поводу фибромиомы матки размером с пятимесячную беременность и аппендицита при наличии одновременно беременности сроком в 2 месяца.

До операции страдала тяжелой дисменореей. Была одна беременность, закончившаяся выкидышем.

Больной произведена консервативно-пластическая операция, выразившаяся в иссечении узла фибромиомы без вскрытия полости матки, а также сопутствующая аппендэктомия. Операция прошла без осложнений. Менструальная и детородная функции при операции сохранены. Сохранена и имевшаяся беременность.

Послеоперационное течение гладкое, но сохраненная при операции беременность закончилась выкидышем. На 18-е сутки после операции больная была выписана в хорошем состоянии. Менструации после операции протекали нормально, по 3 дня, через 26 дней, умеренные, безболезненные.

В 1946 г., через 2 года после операции, у больной наступила беременность, которая окончилась выкидышем сроком в 2 месяца.

В сентябре 1947 г., через 3 года после операции, у больной наступила вторая после операции беременность, которая сопровождалась тяжелым токсикозом. При беременности сроком в 4 месяца больная была продемонстрирована нами на заседании Московского акушерско-гинекологического общества. Беременность окончилась преждевременными родами на VIII месяце, по-видимому, в связи с многоводием.

Роды были самопроизвольные, легкие. Ребенок родился живым. Вес его 4500 г. Через 6 часов после родов ребенок умер от поддиафрагмальной грыжи. Вскрытие показало, что у него было одно легкое и сердце, расположенное справа.

При осмотре через несколько месяцев после родов у больной обнаружен рецидив заболевания: небольшой узел величиной с горошину в области дна матки. Менструации протекали нормально.

В 1949 г., через 4½ года после операции, у больной наступила третья по счету беременность, закончившаяся выкидышем сроком 8 недель; в 1950 г., через 5 лет после операции, — четвертая беременность, закончившаяся выкидышем сроком 8 недель. В период между беременностями менструации протекали нормально.

В 1952 г., через 7 лет после операции, наступила пятая беременность. Возраст больной 34 года. Большая длительная время лежала в родильном доме, чтобы беременность удалось сохранить. Беременность окончилась срочными самопроизвольными родами живым плодом. Во время беременности диагностированный при осмотре в 1948 г. узел фибромиомы значительно увеличился.

В настоящее время ребенку 2 года 4 месяца. Мальчик развивается нормально. После родов менструации стали несколько обильнее и продолжаются по 7—8 дней. При осмотре 12/1 1955 г., через 10½ лет после операции, обнаружено, что у больной шестая беременность сроком 3 месяца при наличии рецидива заболевания — узла величиной с лесной орех в области дна матки.

Приведенный случай свидетельствует о настойчивом стремлении некоторых женщин стать матерью и доказывает, что женщинам удастся этого достичь.

6. Больная Б., 21 года, поступила 29/VII 1952 г. для операции по поводу кисты яичника.

Менструации с 15 лет, по 4—5 дней, через 30 дней. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей не было. Последняя менструация 10/VII в срок, продолжалась 3 дня.

Считает себя больной с октября 1951 г., когда после аппендэктомии, произведенной по поводу гнойного аппендицита, появились боли внизу живота справа. Больную лечили тепловыми процедурами, так как находили воспаление придатков матки. 23/VII появились резкие боли внизу живота, температура повысилась до 39°.

При гинекологическом обследовании определяется кистозная, малоподвижная опухоль величиной с шестимесячную беременность. Матка не контурируется.

Клинический диагноз: киста яичника. Возможно, имеется перекург ножки опухоли. Показания к операции: наличие опухоли большого размера у женщины молодого возраста.

8/VIII под перидуральной анестезией чревосечение с применением прямого разреза брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости вместо предполагаемой кисты обнаружена шеечная форма фибромиомы матки. Опухоль величиной с четырехмесячную беременность исходит из нижнего сегмента задней стенки матки и задней части удлинненной шейки матки. Кускованием опухоль уменьшена в размере и выведена из брюшной полости. При удалении опухоли вскрыта полость матки и полость канала шейки. Стенки полости матки проверены кюреткой, и под контролем катетеров, введенных как в полость матки, так и в канал шейки, тело матки соединено с шейкой путем наложения узловых кетгутовых швов. Проходимость полости матки и канала шейки еще раз проверена зондированием. Получилась матка нормальной формы и размера. Неизмененные придатки оставлены, связь их с маткой не нарушена. Операция прошла без осложнений. Менструальная и детородная функции при операции сохранены. Таким образом, диагноз, поставленный до операции, оказался ошибочным, и больной пришлось произвести консервативно-пластическую операцию, выразившуюся в удалении шеечной фибромиомы и сшивании тела с шейкой матки.

Гистологическое исследование: фибромиома матки. Послеоперационный период протекал гладко. Профилактически больная получала пенициллин (общая доза 1 800 000 ЕД). Отмечалось небольшое повышение температуры невыясненного характера. Больная выписана 1/IX, на 24-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Через год после операции при осмотре у больной обнаружена нормальная маточная беременность сроком 2½ месяца, 21/IX 1956 г. родоразрешение в срок (кесарево сечение). Родился живой мальчик, вес 3000 г. Роды без осложнений.

7. Больная П., 36 лет, поступила 24/VI 1947 г. с профузным маточным кровотечением для операции по поводу фибромиомы матки. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3—4 дня, через 25 дней, умеренные, болезненные. Половая жизнь с 17 лет. Было 10 беременностей, из них одни роды и 9 аборт. Воспалением придатков не болела.

Последние 2 месяца менструации отсутствовали. Чувствует общую слабость. О наличии фибромиомы знает 2 года, опухоль больную не беспокоила. 22/VI появи-

лись резкие схваткообразные боли внизу живота, выделений не было. 23/VI ночью приступ резких схваткообразных болей внизу живота повторился, причем сопровождался профузным маточным кровотечением, с которым больная и поступила в институт.

При гинекологическом обследовании во влагалище обнаружено много сгустков, внутренний зев матки приоткрыт и свободно пропускает палец. Определяется фиброзная опухоль матки величиной с пятимесячную беременность.

Клинический диагноз: неполный выкидыш, фибромиома матки. Показано выскабливание по поводу выкидыша и консервативно-пластическая операция по поводу фибромиомы матки большого размера.

24/VI произведено выскабливание стенок полости матки. Удалены остатки плодного яйца, стенки полости матки смазаны йодной настойкой. Больной дан эфирный наркоз и она переведена в положение для чревосечения. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной с пятимесячную беременность, исходящая из передней стенки матки. Кускованием опухоль уменьшена в размере и выведена из брюшной полости. При удалении опухоли вследствие глубокого прорастания ее в тело матки вскрыта полость матки и шеечный канал. Полость матки проверена и еще раз смазана йодной настойкой. Оказалось, что при удалении опухоли шейки матки в своей переднебоковой части отделилась от тела матки. Шейка подшита к телу матки узловыми кетгутовыми швами. Неизмененные придатки оставлены, связь их с маткой не нарушена. Брюшная стенка послонно зашита наглухо. Наложены подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструальная и детородная функции при операции сохранены. Непосредственно после операции больной перелито 450 мл крови.

Гистологическое исследование показало фибромиому матки.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана 8/VII, на 14-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Менструации после операции: по 3—4 дня, через месяц, умеренные, безболезненные. Через 2 года после операции наступила беременность, которая закончилась срочными оперативными родами (кесарево сечение). Ребенок вскоре умер. По словам больной, «был плохой уход», что и послужило причиной смерти ребенка.

Приводим ниже три истории болезни женщин, которым при макроскопически нормальном виде опухоли (предполагалась фибромиома) мы произвели консервативно-пластические операции. Гистологическое исследование опухолей показало злокачественные образования. При консилиуме по поводу результатов исследований патологоанатом проф. А. В. Русаков нам сообщил, что такие опухоли, хотя и имеют строение злокачественных, но метастазов обычно не дают. В связи с этим решено не подвергать больных радикальной операции с полным удалением органа и временно оставить их под наблюдением. Эти больные периодически нам показываются, у одной из них после операции прошло более 2 лет, у двух других — 4 года. Больные находятся в хорошем состоянии, чувствуют себя хорошо, рецидива и метастазов заболевания не отмечается.

8. Больная В., 38 лет, поступила в институт 10/IV 1949 г. для операции по поводу фибромиомы, отмечался быстрый рост опухоли.

Менструации с 15 лет, по 3 дня, через месяц, умеренные, безболезненные. Замужем с 19 лет. Половой жизнью живет. Беременностей четыре, из них: нормальные срочные роды в 1933 г. и в дальнейшем 3 искусственных аборта, последний в 1945 г.

При осмотре в 1945 г. впервые был диагностирован узел опухоли величиной с 1½-месячную беременность. Предполагали фибромиому. За год до поступления к нам опухоль увеличилась до размера пятимесячной беременности. Кровотечений и болей не отмечалось.

При гинекологическом обследовании установлено: шейка цилиндрической формы, в зеркалах чистая. Матка подвижна. Имеется опухоль матки величиной с пятимесячную беременность, плотная. Своды свободные. Придатки не определяются. Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: большой размер и быстрый рост опухоли.

16/IV чревосечение под общим эфирным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной почти с шестимесячную беременность, исходящая из задней стенки матки. Кускованием опухоль уменьшена в размере и выведена из



брюшной полости. Макроскопически опухоль имела вид фибромиомы и сомнений в отношении диагноза не представляла. Произведено клиновидное иссечение опухоли из задней стенки матки; полость матки при иссечении опухоли вскрыта, каких-либо изменений и узлов опухоли в ней не обнаружено. Стенки полости матки проверены кюреткой и матка зашита наложением непрерывного кетгутового шва на мышечную ткань без прошивания слизистой оболочки. Второй ряд узловых кетгутовых швов наложен на серозно-мышечный покров задней стенки матки. Получившиеся избытки ткани в областях углов матки иссечены для придания матке нормальной формы и размера. В местах иссечения маточных углов наложены узловые кетгутовые швы. Придатки оказались без изменений и были оставлены. Операция прошла без осложнений. Менструальная функция при операции сохранена. Детородная возможна. Произведен туалет брюшной полости и брюшная стенка, как обычно, послонно зашита наглухо. Наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование показало: перителиома матки, местами опухоль злокачественного характера.

Послеоперационный период отличался гладким течением. Больная выписана 28/IV, на 12-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Больная неоднократно была осмотрена нами в течение 1950—1953 гг. При последнем осмотре 13/IV 1953 г., через 4 года после операции, матка найдена в положении anteversio, нормальной величины, неизменная, своды свободны, инфилтратов, рецидива не отмечается. Общее самочувствие больной хорошее. Менструации по 2 дня, через 25 дней.

9. Больная П., 30 лет, поступила 13/III 1952 г. с подозрением на внематочную беременность.

Менструации у больной с 14 лет, по 5—7 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, не беременела: при осмотре определяли инфантилизм и загиб матки. Последняя менструация в срок, с 14/II по 20/II, обычного характера.

В ночь на 9/III приступ схваткообразных болей внизу живота с отдачей в ногу. Второй приступ болей, сопровождавшийся обморочным состоянием, в ночь на 10/III. Больная была осмотрена районным гинекологом и с диагнозом «подозрение на внематочную беременность» направлена к нам.

При поступлении: кожа и слизистые оболочки нормальной окраски. Живот мягкий, внизу слегка болезненный. Анализ крови и мочи без особых отклонений от нормы.

При гинекологическом обследовании: наружный зев закрыт, выделений не отмечается. Тело матки увеличено, фиброзно изменено. В правом своде прощупывается опухоль величиной с гусиное яйцо. Левый свод резко болезнен.

Клинический диагноз: фибромиома матки в сочетании с внематочной беременностью(?).

18/III чревосечение под перидуральной анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружен узел фибромиомы размером с 3½-месячную беременность, расположенный в области нижнего сегмента задней стенки матки. В брюшной полости имеется немного сгустков крови. Маточные трубы с обеих сторон без изменений, правый яичник не изменен, левый — кистозно перерожден. По-видимому, у больной был трубный выкидыш. Винтованием узел фибромиомы уменьшен в размере и выведен из брюшной полости. При удалении узла вскрыта полость матки. Она осмотрена и в ней обнаружен небольшой полип, который удален. Слизистая оболочка полости матки чрезмерно развита, в связи с чем произведено выскабливание стенок полости матки кюреткой. После этого стенка матки восстановлена, как обычно, наложением узловых кетгутовых швов на мышечный слой без прошивания слизистой оболочки. Второй ряд узловых кетгутовых швов наложен на серозно-мышечный покров. Кистозно измененный яичник резецирован и ушит. Удален небольшой субсерозный узел фибромиомы в области правого угла матки; по удалении опухоли на серозно-мышечный покров матки наложены узловые кетгутовые швы. Частично резецирован пропитанный кровью сальник. Брюшная полость очищена от сгустков, осушена и брюшная стенка послонно зашита наглухо. Наложен подкожный шов. Операция прошла без осложнений. Менструальная функция при операции сохранена. Возможность забеременеть не исключается.

Гистологическое исследование удаленной опухоли показало ретикулосаркому: в соскобе ткани матки найден кусочек децидуальной ткани с частично сохранившимися железами, бластоматозного роста ткани не обнаружено.

Решено временно не подвергать больную радикальной операции, а взять ее под наблюдение.

Послеоперационный период протекал гладко, но мы не торопились с выпиской, так как хотели проверить менструальную функцию больной. Менструация пришла в

срок, продолжалась 4 дня, была обильной, безболезненной. Больная выписана на 28-е сутки после операции в хорошем состоянии.

В последующем больная неоднократно нами осматривалась в течение конца 1952, 1953 и 1954 гг. При последнем осмотре 18/VIII 1956 г., через 4 года после операции, матка найдена без изменений, в положении *anteverso*, своды свободны, рецидива не отмечается. Самочувствие больной хорошее. Менструации умеренные, по 3 дня, через 25 дней. Половой жизнью живет.

10. Больная У., 43 лет, поступила 26/II 1953 г. для операции по поводу фибромиомы.

Менструации у больной с 14 лет, по 5 дней, через 25 дней. Половая жизнь с 30 лет. Беременностей не было, предохранялась. Последние менструации пришли в срок, шли с 28/I по 8/II и вновь появились 26/II.

Считает себя больной на протяжении 3 месяцев, когда менструации стали удлиненными и обильными. Фибромиому матки определяли с 1949 г., но она протекала бессимптомно. В мае 1952 г. в первый раз было сильное кровотечение, которое продолжалось 6 дней. Жалуется на обильные менструации и боли внизу живота.

Кровь и моча при поступлении без особых отклонений от нормы.

При гинекологическом обследовании обнаружена опухоль матки величиной с пятимесячную беременность с отдельными узлами. Своды свободны, шейка матки при осмотре в зеркалах чистая.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: размер опухоли, обильные менструации, боли внизу живота.

7/III чревосечение под перидуральной анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной с пятимесячную беременность, исходящая из задней стенки матки. Макроскопический вид опухоли не представлял никаких сомнений в отношении диагноза. Путем кускования опухоль выведена из брюшной полости и удалена без вскрытия полости матки. Дно матки подогнуто к задней стенке и на матку наложены швы, так что получилась матка нормальной формы и размера. Неизмененные придатки оставлены, связь их с маткой не нарушена. Менструальная функция при операции сохранена. Детородная — возможна. Операция прошла без осложнений. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование: миосаркома матки.

Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана 19/III 1953 г., на 12-е сутки после операции, в хорошем состоянии. Мы решили оставить больную под наблюдением и не подвергать ее радикальной операции.

В последующем больная неоднократно показывалась. При последнем осмотре 18/V 1955 г., через 2 года после операции, общее состояние хорошее, жалобы отсутствуют. Менструации протекают нормально, по 3—4 дня, через 26 дней, безболезненные, умеренные. Половое чувство сохранено, половой жизнью не живет. Матка в *retroversio*, нормальной величины, своды свободны, придатки не определяются, шейка при осмотре чистая. Рецидива заболевания не отмечается.

Мы должны указать и на несколько печальных случаев, которые имели место после произведенных консервативно-пластических операций. У нескольких больных, оперированных нами консервативно по поводу гистологически подтвержденной фибромиомы матки, в дальнейшем развился рак соседних органов. Это заболевание с нашей точки зрения никак не может быть поставлено в связь с произведенными консервативными операциями, так как гистологическое исследование удаленной при последующих радикальных операциях матки показало, что матка не изменена. Вместе с тем при выполнении консервативно-пластических операций у 5 из числа данных больных при первом поступлении не были отмечены изменения тех органов, в которых в последующем развился рак. Одной из этих больных безусловно следовало бы произвести радикальную, а не консервативно-пластическую операцию, так как мы в данном случае не обратили надлежащего внимания на имевшуюся у больной эрозию шейки, на фоне которой в последующем развился рак.

Приводим ниже истории болезни.

11. Больная Ч., 43 лет, поступила в феврале 1950 г. для операции по поводу фибромиомы матки. Мать умерла от рака молочной железы, отец — от рака пищевода.

Менструации с 13 лет, по 2—3 дня, через 21 день, умеренные, безболезненные. За последние годы овариально-менструальный цикл не изменился. Половая жизнь с 17 лет, было 5 беременностей, из них в 1936 г. нормальные срочные роды и последующие 4 аборта, последний в 1938 г.

Считает себя больной с 1947 г., когда при осмотре была обнаружена фиброма матки величиной с шестинедельную беременность. С 1948 г. страдает учащенным мочеиспусканием, при кашле и смехе моча подтекает. С 1949 г. отмечает чувство тяжести внизу живота, периодические тупые боли.

При гинекологическом обследовании обнаружена фибромиома матки размером с пятимесячную беременность, с множественными узлами. Своды свободные. Имеется небольшая пупочная грыжа.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: большой размер опухоли, боли внизу живота, недержание мочи, быстрый рост опухоли.

15/II под перидуральной анестезией поперечным разрезом брюшной стенки вскрыта брюшная полость. Обнаружена фибромиома матки в виде трех отдельных узлов, расположенных субсерозно-интерстициально в задней стенке матки. В области дна матки имеется узел фибромиома величиной с мандарин, несколько небольших субсерозных узлов расположено на передней стенке матки. Общий размер всех узлов опухоли с пятимесячную беременность. Придатки без изменений. В связи с большим поражением матки узлами опухоли и неблагоприятным их расположением неизменные придатки отсечены от матки и произведена дефундация с удалением верхних  $\frac{2}{3}$  матки. Придатки подшиты к оставленному нижнему сегменту матки. Вследствие наличия изменений со стороны аппендикса произведена аппендэктомия обычным способом с погружением культи в кисетный шов. Операция прошла без осложнений. Менструальная функция больной сохранена, детородная — нет. Брюшная полость осушена, брюшная стенка послойно зашита наглухо. Наложены подкожный шов.

Гистологическое исследование показало фибромиому матки. В червеобразном отростке склероз подслизистой и резкая атрофия слизистой оболочки.

Послеоперационный период без осложнений. На 12-е сутки после операции больная выписана в хорошем состоянии.

В последующем больная нам неоднократно показывалась и состояла под наблюдением женской консультации. Менструации в течение года и 9 месяцев протекали нормально — по 3 дня, через месяц, в умеренном количестве. Последняя менструация 16/IX 1951 г., в срок, обычного характера. При осмотре в консультации в октябре 1951 г. у больной определили опухоль матки, по размерам соответствующую трехмесячной беременности. Опухоль больную не беспокоила. При осмотре через месяц оказалось, что опухоль увеличилась до размеров четырехмесячной беременности, но по-прежнему не вызывала никаких жалоб со стороны больной. Больная явилась на осмотр к нам 4/I 1952 г., почти через 2 года после операции. Мы обнаружили у нее опухоль величиной с пятимесячную беременность. Больше данных было за злокачественную опухоль яичника. Мы предложили больной лечь на обследование, а возможно и на операцию.

9/I 1952 г. больная вторично поступила в клинику. Жалобы при поступлении отсутствовали.

При осмотре определялась бугристая плотная опухоль величиной с пятимесячную беременность; определить, откуда исходит опухоль — из матки или из яичника, было невозможно. Шейка матки была подтянута опухолью.

Клинический диагноз: злокачественная опухоль яичника(?). Показания к операции: размер опухоли, быстрый рост ее, возможность злокачественного перерождения.

11/I чревосечение под перидуральной анестезией. Прямой разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено большое количество асцитической жидкости и двусторонние бугристые опухоли яичников, справа величина опухоли с трехмесячную беременность, слева — с апельсин. Опухоли спаяны с сигмовидной кишкой и мочевым пузырем. Матка без видимых изменений и нормальной величины запаена в дугласовом пространстве. Сальник весь пронизан метастатическими узлами. Сальник резецирован до основания поперечноободочной кишки. Произведена тотальная экстирпация матки с придатками путем вскрытия переднего свода влагалища. Влагалище оставлено открытым; спереди оно обшито с брюшиной мочевого пузыря, сзади — с брюшиной дугласова пространства, по бокам перитонизировано листками широких связок. Операция прошла без осложнений. Во время операции больной перелиго 500 мл донорской крови. Переливание крови сопровождалось небольшим ознобом.

Гистологическое исследование: папиллярный рак яичников типа солидного рака с метастазами в сальник. Матка имеет нормальное строение, опухолевого роста не обнаружено.

Послеоперационный период имел осложненное течение. Первые дни после операции общее состояние больной было удовлетворительным: температура субфебрильная, мочеиспускание свободное. С шестого дня у больной развились явления частичной кишечной непроходимости, температура поднялась до 38,5°, отмечалось вздутие живота, тошнота, рвота. На 11-й день после операции было обнаружено нагноение шва; шов был вскрыт, гной вылушен. Все время проводилась пенициллинотерапия. Состояние больной продолжало оставаться тяжелым, и через несколько

дней у нее развилась флегмона брюшной стенки. На 17-й день после операции гнойник брюшной стенки был вскрыт косым разрезом, причем выделилось небольшое количество зловонного гноя и обильные газы. Бактериологическое исследование гноя показало наличие *B. ruosupeus* и *B. putrificus*. Состояние больной не улучшалось. По консультации с проф. Д. А. Араповым 7/II для частичной разгрузки кишечника был наложен свищ на тонкую кишку, после чего в состоянии больной наступило временное улучшение. В дальнейшем из образованного свища выделялись в незначительном количестве каловые массы. Рана по средней линии живота значительно к этому времени очистилась. Большой производились вливания стрептоспирта, проводилась пенициллинотерапия (общая доза 5 200 000 ЕД) и стрептомицинолтерапия (общая доза 7 000 000 ЕД). Состояние больной постепенно улучшилось, температура снизилась до нормальной. Больной дважды было произведено переливание крови с интервалом в 28 дней (175 и 500 мл). Возник вопрос о закрытии наложенного свища.

На 108-е сутки после первой операции больной произведена операция ушивания наложенного ранее свища. Чревосечение под общим эфирно-кислородным наркозом. Прямой разрез брюшной стенки. Произведена частичная резекция тонкого кишечника, наложен анастомоз конец в конец между верхним и нижним отделом тонкой кишки (оперировал М. С. Александров). После операции больной дважды, с промежутком в 2 дня, перелито по 500 мл крови. 15/V, на 16-е сутки после второй операции, больная выписана в удовлетворительном состоянии. При осмотре перед выпиской своды свободны, инфильтратов нет.

В течение июля и августа больная подвергалась лечению рентгенотерапией, периодически нам показывалась. Состояние ее было хорошим, рецидива заболевания не было обнаружено.

При осмотре 18/XII 1952 г. больная жаловалась на ухудшение общего состояния. Были обнаружены метастазы в брюшной полости. Назначено общеукрепляющее и симптоматическое лечение. В начале 1953 г. больная погибла от рецидива и метастазов рака.

12. Больная Ш., 37 лет, поступила 10/IV 1951 г. для операции по поводу фибромиома матки.

Менструации с 16 лет, по 2—3 дня, через 25 дней, умеренные, безболезненные. Больная *virgo intacta*. Гинекологическими заболеваниями не болела.

В октябре 1950 г. при случайном осмотре впервые была обнаружена фибромиома матки величиной с двухмесячную беременность. Опухоль болезненна и бескапсула. К январю 1951 г. размер опухоли достиг четырехмесячной беременности. Менструации продолжали быть нормальными. Жалуются на боли и чувство тяжести внизу живота и боли в пояснице.

При осмотре обнаружена опухоль матки величиной с пятимесячную беременность, своды свободны. Шейка небольшая, при осмотре в зеркалах чистая. Имеется небольшая пупочная грыжа. Гемоглобина при поступлении 59%.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: большой размер и быстрый рост опухоли.

14/IV чревосечение под перидуральной анестезией, поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена фибромиома матки величиной с пятимесячную беременность, с множественными узлами (10 узлов). Кускованием опухоль уменьшена в размере и выведена из брюшной полости. При иссечении узлов опухоли полость матки вскрыта и по передней, и по задней поверхностям. Произведена сложная пластическая операция на матке с иссечением части мышечной ткани и части слизистой оболочки матки. Матка с обеих сторон зашита — наложены узловые кетгутовые швы на мышечный слой без прошивания слизистой оболочки, затем в нескольких направлениях — узловые кетгутовые швы на серозно-мышечный покров матки. Матка приняла нормальную форму и размер. Ранее отсеченные в процессе операции круглые связки фиксированы к матке. Осмотрены придатки: правые придатки не изменены, левая труба несколько утолщена, гиперемирована (сальпингит), на левом яичнике небольшая киста. Резецирован левый яичник и удалена левая труба. В брюшную полость введено 500 000 ЕД пенициллина. Операция прошла без осложнений. Менструальная функция сохранена, детородная — сомнительна, так как операция была сложная — иссечена часть мышечной ткани и слизистой оболочки матки, удалена левая труба и резецирована часть левого яичника. Брюшная стенка послойно зашита наглухо, наложен подкожный шов. Непосредственно на операционном столе больной перелито 500 мл кадаверной крови. Гистологическое исследование удаленного препарата: фибромиома матки, фолликулярная киста яичника.

Послеоперационный период без осложнений. Выписка больной несколько задержалась, так как ей в связи с падением процента гемоглобина после операции было произведено вторичное переливание 500 мл кадаверной крови. Больная выписана 10/V, на 26-е сутки после операции, в хорошем состоянии. При выписке ге-

моглобина 57%. Матка при осмотре перед выпиской увеличена до размеров полутримерасячной беременности, придатки не определяются, своды свободные, шейка чистая. После операции больная неоднократно была нами осмотрена, самочувствие было хорошим, менструации протекали нормально, в небольшом количестве.

В январе 1953 г., через 2 года после операции, больная сама прощупала опухоль внизу живота. В марте 1953 г. при осмотре гинекологом был поставлен диагноз кисты яичника и рекомендована операция.

Больная поступила к нам для операции 7/IV 1953 г. Размер опухоли достигал уже семимесячной беременности. Наряду с этим отмечался быстрый рост опухоли и определялся асцит, что говорило против наличия фибромиомы. По-видимому, опухоль исходила из придатков.

Клинический диагноз: опухоль правых придатков. Показания к операции: большой размер и быстрый рост опухоли, возможность злокачественного перерождения.

13/IV под перидуральной анестезией чревосечение с применением прямого разреза брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости в ней оказалось около 4 л асцитической жидкости. Асцит спущен. Обнаружена опухоль величиной с кулак, исходящая из правого яичника и приносящая к петлям тонких кишок. Спайки рассечены, и опухоль вместе с правым яичником удалена. Осмотреть другие органы малого таза не представлялось возможным из-за наличия большого спаечного процесса и конгломерата метастатических узлов опухоли, рассеянных по всей брюшине малого таза. Осмотрена печень — в ней обнаружены метастазы опухоли. Метастатические узлы имелись также по париетальной брюшине и в сальнике, из которого исходил большой узел опухоли. При выделении его оказалось, что узел находится в близком соприкосновении с поперечноободочной кишкой, которая при выделении опухоли на небольшом протяжении была вскрыта. На раневое отверстие кишки был наложен двухэтажный кетгутовый шов. Вместе с опухолью полностью удален весь сальник. Брюшная полость осушена, в нее в профилактических целях введено 500 000 ЕД пенициллина; брюшная стенка послызна защита наглухо. Наложен подкожный шов. Непосредственно на операционном столе больной перелито 500 мл донорской крови.

Гистологическое исследование удаленной опухоли сальника: по-видимому, метастаз рака из яичника.

Послеоперационное течение гладкое. Первые 2 дня температура повышена до 38°, в последующие дни субфебрильная. В шве брюшной стенки был небольшой абсцесс. Больная выписана 6/V, на 23-е сутки после операции, в удовлетворительном состоянии. При выписке у больной кашель, мелкопузырчатые хрипы в легком (не исключена возможность метастазов в легкие). В сводах имелись плотные инфильтраты специфического характера.

Дальнейших сведений о больной мы не имеем, предполагаем, что она погибла.

13. Больная П., 43 лет, поступила в институт 11/V 1952 г. с жалобами на колющие боли внизу живота слева и периодические запоры.

При гинекологическом обследовании матка найдена в положении anteversio, несколько увеличена. В левом своде определяется опухоль размером с большой апельсин. Правый свод свободен. Шейка матки при осмотре с помощью зеркал чистая.

Клинический диагноз: фибромиома матки. Показания к операции: быстрый рост опухоли, наличие периодических болей и запоров.

19/V под перидуральной анестезией консервативно-пластическая операция. Поперечный разрез брюшной стенки. При вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной с 2½-месячную беременность. Опухоль кускованием уменьшена в размере и выведена из брюшной полости. При удалении опухоли оказалось, что это эндометриоз, проросшая всю стенку матки, в связи с чем произведена высокая надвлагалищная ампутация с сохранением нижнего сегмента матки. Канал шейки матки смазан йодной настойкой. На нижний сегмент матки наложены отдельные узловые кетгутовые швы и произведена перитонизация листками широких связок. Справа придатки не изменены — оставлены. Оставлен также неизменный левый яичник. Левая воспалительно измененная труба удалена. Сохраненные придатки подшиты к культе нижнего сегмента матки. Операция прошла без осложнений. Менструальная функция сохранена. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послызна защита наглухо. Наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование: в утолщенных стенках матки картина очень яркого эндометриоза. Слизистая оболочка матки с кистозными железами.

Послеоперационный период протекал гладко. Профилактически больная получила пенициллин, общая доза 1 850 000 ЕД. Больная выписана 2/VI, на 14-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

22/II 1954 г., через 1 год 9 месяцев после операции, больная вновь поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечения и боли внизу живота.

В течение года после высокой надвлагалищной ампутации с сохранением ниж-

него сегмента матки у большой менструации отсутствовали. Затем ежемесячно и регулярно у нее появлялись скудно выраженные менструации, по 3 дня, в виде мази. Последняя менструация такого типа была 29/XI 1953 г. 29/I 1954 г. у больной началось кровотечение, по поводу которого она была госпитализирована в одно из лечебных учреждений Москвы. Там большой был удален полип шейки матки и произведено выскабливание слизистой оболочки шеечного канала. Стенок полости матки не выскабливали. Гистологическое исследование показало аденокарциному малодифференцированного строения, по-видимому, исходящую из эндометрия. Мы были вызваны на консультацию, и больную решено было перевести к нам для производства ей операции.

При гинекологическом осмотре шейка матки чистая, цилиндрической формы. Матка в положении anteversio, не увеличена, своды свободны, придатки не определяются. Имеются небольшие кровянистые выделения, которые, по словам больной, продолжают уже три недели, с момента удаления полипа шейки матки.

Клинический диагноз: по данным гистологического исследования, рак цервикального канала. Решено произвести влагалищное удаление матки.

3/III под перидуральной анестезией удалена шейка и оставшийся нижний сегмент матки через влагалище.

При вскрытии удаленного препарата обнаружено, что из полости нижнего сегмента матки отходит полип размером  $2 \times 1$  см, прикрепленный к слизистой оболочке довольно широким основанием, бугристый с поверхности.

Гистологическое исследование показало железисто-кистозный полип матки без признаков злокачественности. Со стороны матки и шейки изменений не обнаружено.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписалась 12/III, на 9-й день после операции, в хорошем состоянии. На последующую рентгенотерапию не направлена.

При осмотре 1/VI 1955 г., через 1 год 3 месяца после операции, своды свободны. Рецидива нет. Половой жизнью живет, испытывая нормальные половые ощущения.

Несмотря на то, что первое гистологическое исследование полипа показало аденокарциному, при последующем гистологическом исследовании удаленного нижнего сегмента матки с шейкой злокачественного перерождения обнаружено не было (ни в шейке, ни в матке, ни полипа). Предпринятого оперативного лечения было вполне достаточно.

14. Больная Г., 43 лет, поступила 9/XII 1953 г., через 3 месяца после произведенной ей консервативно-пластической операции<sup>1</sup>, с подозрением на внематочную беременность.

После операции овариально-менструальный цикл не изменился. Менструации необильные, безболезненные. Последний раз, после задержки на 10 дней, появились мажущиеся кровянистые выделения, которые продолжались и при поступлении в больницу. Жалуются на ноющие боли внизу живота.

При осмотре: шейка матки цилиндрической формы, обильно кровоточит. Матка в положении anteversio, не увеличена. Правый свод свободен, в левом своде прощупывается увеличенная и болезненная опухоль («придатков?»).

Для уточнения диагноза больной произведена реакция Ашгейм-Цондека, оказавшаяся отрицательной. В связи с тем, что шейка матки при первом осмотре кровоточила, она осмотрена еще раз, причем на ней обнаружена небольшая кровоточащая поверхность, подозрительная в отношении злокачественного перерождения и не замеченная при первом осмотре из-за кровоточивости. Произведена биопсия (из шейки), которая показала: в препарате шейки матки имеется разрастание плоскоклеточного неороговевающего рака, местами базальноклеточного строения.

5/II 1954 г. под перидуральной анестезией расширенная пангистерэктомия типа Вертгейма с удалением параметральных желез и клетчатки и сохранением правого яичника. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружен большой спаечный процесс: брюшина мочевого пузыря припаяна к матке (ею была произведена перитонизация при первой операции), придатки с обеих сторон спаяны с маткой и близлежащими петлями кишечника. Левый яичник кистозно перерожден. Произведено полное удаление матки с левыми придатками, правой трубой и параметральными железами по ходу крупных сосудов — a. et v. iliaca, в fossa obturatoria и на m. psoas. Оставлен правый яичник. В параметральное пространство введен раствор пенициллина. Во время операции больной перелито 500 мл кадаверной крови. Операция прошла без осложнений.

<sup>1</sup> Описание выполненной консервативно-пластической операции и гинекологического статуса больной приводится в главе III («Техника консервативно-пластических операций») на стр. 95—101.

Гистологическое исследование удаленного препарата: в шейке матки разрастания типа базальноклеточного рака, глубоко прорастающего мышечный слой шейки матки. В мышце матки фиброматоз и явления эндометриоза. В яичнике резкое полнокровие с участками кровоизлияния в ткани яичника и желтое тело. В трубе — полнокровие и склероз стенки. В лимфатических узлах метастазов рака не обнаружено, имеется гиперплазия лимфоидной ткани.

Послеоперационное течение без осложнений. Больная выписана 19/1 1954 г., на 14-е сутки после операции, в хорошем состоянии. На рентгенотерапию не направлена.

При осмотре 13/XII 1955 г., через 1 год 11 месяцев после операции, состояние больной хорошее. Своды свободные, инфильтратов, рецидива нет. Живет половой жизнью, половое влечение выражено, как и до операции.

Как мы уже сообщали при описании консервативно-пластической операции, произведенной больной Г., мы в данном случае безусловно допустили ошибку, ограничившись консервативной операцией и не обратив своевременно должного внимания на состояние шейки матки у этой больной.

15. Больная Д., 44 лет, поступила 7/VII 1956 г. с подозрением на рак шейки матки.

Менструации с 16 лет, по 3—4 дня, через 28 дней. Половая жизнь с 20 лет. Было 5 беременностей, из них первая закончилась самопроизвольными срочными родами и 4 последующие — искусственными выкидышами. В течение 1946—1948 гг. страдала маточными кровотечениями, обусловленными фибромиомой. В 1948 г. по поводу фибромиомы оперирована у нас — произведена консервативно-пластическая операция со вскрытием полости матки. После операции менструации стали нормальными, по 3—4 дня, через 28 дней, умеренными, безболезненными. В 1952 г., через 4 года после консервативно-пластической операции, у больной наступила беременность, которая закончилась срочными самопроизвольными родами живым плодом. С января 1956 г. больная отметила появление белей, в связи с чем показались гинекологу. Была обнаружена эрозия шейки матки, назначено лечение. Лечение не помогало, бели продолжались, в связи с чем 25/VI и 27/VI 1956 г. в Онкологическом институте была дважды произведена биопсия. Гистологическое исследование показало базальноклеточный рак шейки матки. Больной было предложено либо лучевое, либо оперативное лечение. Больная поступила к нам для оперативного лечения. Жалобы при поступлении отсутствовали, менструации протекали нормально. Отмечались незначительные бели.

При гинекологическом осмотре шейка матки оказалась цилиндрической формы, на задней губе шейки матки ovula Nabothi, на передней — эрозия, не кровоточащая, с гладкой блестящей поверхностью. Матка в положении anteversio неувеличенная, плотноватая. Придатки не увеличены. Цервикальный канал расширен, пропускает кончик пальца.

14/VII иссечена эрозия шейки и послана на гистологическое исследование, которое показало плоскоклеточный рак шейки матки, местами приближающийся к базальноклеточному раку, развившемуся на фоне железистой эрозии шейки матки.

21/VII под перидуральной анестезией произведена влагалличная экстирпация матки с придатками.

Послеоперационный период протекал гладко. 1/VIII, на 12-е сутки после операции, больная была выписана в хорошем состоянии.

Гистологическое исследование удаленного препарата показало плоскоклеточный рак, развившийся на фоне зажившей эрозии шейки матки. Слизистая оболочка матки — с круглыми железами и обычной, местами волокнистой стромой, отмечаются явления эндометриоза. В одной из труб резкое огрубение ворса слизистой оболочки, в другой — аденомиоз. В яичнике множество мелких кист, напоминающих фолликулярные кисты, и рубцы желтых тел.

3/IV 1957 г., через 9 месяцев после операции, больная нам показывалась: состояние ее хорошее, рецидива не обнаружено.

Заболевание раком шейки матки наступило у данной больной через 8 лет после произведенной ей консервативно-пластической операции и, конечно, никакой связи с произведенной операцией не имеет. В период между консервативной операцией и заболеванием раком у больной были нормальные срочные роды живым плодом.

16. Больная П., 42 лет, поступила 3/I 1956 г. с диагнозом кровоточащей язвы шейки матки.

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 25 дней, безболезненные, умеренные, установились сразу. Воспалением придатков не болела. Половая жизнь с 27 лет, бе-

ременностей не было. С начала 1954 г. овариально-менструальный цикл нарушился: менструации стали обильными и болезненными. При осмотре был поставлен диагноз фибромиомы матки. В начале 1955 г. по поводу фибромиомы матки большая была нами оперирована — произведена дефундация со вскрытием полости матки. Шейка матки при осмотре в зеркалах была без патологических изменений. После операции менструации стали нормальными, по 3—4 дня, через 25—27 дней, умеренными, безболезненными. При гинекологическом обследовании, произведенном летом 1955 г. по месту жительства больной (город Уральск), у нее была обнаружена эрозия шейки матки. В связи с тем, что эрозия не поддавалась лечению, 21/X 1955 г. была произведена биопсия; гистологическое исследование показало железистую эрозию шейки матки с гиперплазией и кистозным расширением шеечных желез и воспалительными инфильтратами в строме. 5/XII 1955 г. у больной началось кровотечение, по поводу которого она поступила 10/XII в одно из лечебных учреждений Уральска. Там была произведена повторная биопсия; гистологическое исследование показало аденокарциному, по-видимому, тела матки или из участка, пограничного с шейкой. 31/XII больная была выписана, а 3/I 1956 г. поступила к нам для оперативного лечения.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, бочкообразно растянутая и обильно кровоточащая. На задней губе шейки матки небольшая, в 0,5 см, рана, образовавшаяся после взятия биопсии. Матка в положении anteversio, слегка увеличена, малоподвижна; своды свободны, придатки не определяются.

На основании данных гистологического исследования, произведенного в Уральске, и гинекологического осмотра поставлен клинический диагноз рака цервикального канала.

4/I 1956 г. под перидуральной анестезией с добавлением небольшого количества эфира произведено полное удаление матки с придатками по типу Вертгейма. По ходу операции удалены параметральные железы с a. et v. iliaca, в fossa obturatoria и на m. psoas. Удалены также верхние  $\frac{2}{3}$  влагалища. Операция прошла без осложнений. В брюшную полость было влито 300 000 ЕД пенициллина. Непосредственно после операции больной произведено переливание 250 мл донорской крови.

Гистологическое исследование удаленного препарата: рак шейки матки с прорастанием в стенку матки. В лимфатических узлах метастазы рака шейки матки. По строению раковая опухоль местами напоминает аденокарциному, местами — плоскоклеточный рак без ороговения. Стенки труб несколько отечны.

Послеоперационный период протекал гладко, при субфебрильной температуре (максимальная до 37,8°). Мочиспускание свободное с первого дня после операции. 19/I, на 15-е сутки после операции, больная была выписана в удовлетворительном состоянии и направлена на рентгенотерапию.

При осмотре 26/VIII 1956 г., через 8 месяцев после операции, состояние больной хорошее, рецидива не отмечается. Приняла 20 сеансов рентгенотерапии.

У этой больной, как и у предыдущих пяти, никакой связи между развитием ракового заболевания в шейке матки и произведенной ранее консервативно-пластической операцией не было, так как при производстве ей этой операции какие-либо патологические изменения со стороны шейки матки отсутствовали. Язва шейки матки, обнаруженная у нее через 6 месяцев после операции, как свидетельствует первое гистологическое исследование, вначале имела доброкачественный характер (железистая эрозия); раковое перерождение было обнаружено уже только впоследствии, примерно через 2 месяца. Раковый процесс развивался у больной довольно быстро: гистологическое исследование препарата, удаленного при операции, показало наличие метастазов в лимфатические узлы.

В заключение позволим себе привести еще несколько редких случаев. Нам пришлось наблюдать комбинацию фибромиомы матки с одновременно злокачественным поражением другого, соседнего органа. Операции этим больным были выполнены радикально.

17. Больная Э., 45 лет, поступила 21/XI 1953 г. с диагнозом: фибромиома матки, старый разрыв промежности, выпадение матки.

Менструации с 15 лет, по 5 дней, через 24 дня, умеренные, безболезненные. Полная жизнь с 20 лет. Беременностей 6, из них 2 нормальных родов (последние 17 лет назад) и 4 аборта (последний 10 лет назад). Считает себя больной с января 1953 г., когда стул участился до 5—6 раз в сутки, приобрел характер «овечьего кала». Больная вынуждена была принимать слабительное. При осмотре в июле 1953 г. были обнаружены 2 небольших полипа прямой кишки, которые были удалены. Начиная с августа 1953 г. стала испытывать боли в левой подвздошной области, периодически принимающие приступообразный характер, проходящие после дефекаций. С октября 1953 г. отмечает опущение матки, которое, по словам больной, прогрессирует. При осмотре районным гинекологом поставлен диагноз: фибромиома матки с трехмесячную беременность, разрыв промежности, выпадение матки. Больная направлена к нам на операцию.



Гинекологический осмотр: матка увеличена до размеров трехмесячной беременности, в левом углу матки прощупывается узел фибромиомы. Шейка элонгирована. Клинический диагноз: фиброма матки, элонгация шейки матки.

1/XII 1953 г. чревосечение под перидуральной анестезией — поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль матки величиной с трехмесячную беременность. В нижнем отделе сигмовидной кишки имеется опухоль, которая ранее прощупывалась как один из фиброзных узлов матки. Поперечный разрез брюшной стенки дополнен небольшим продольным разрезом (якорный разрез) для более асептического удаления опухоли сигмовидной кишки. Матка и левая измененная труба удалены полностью. Правые, неизменные, придатки и левый яичник оставлены. Произведена резекция нижнего отдела сигмовидной кишки, удалено около 20 см кишки вместе с опухолью. Наложен анастомоз конец в конец между средним отделом сигмовидной кишки и прямой кишкой.

Гистологическое исследование: эндометриоз матки с отдельными узлами фибромиомы. Аденокарцинома сигмовидной кишки.

Послеоперационный период протекал гладко. На второй день после операции больной дано слабительное (касторовое масло 30 мл), так как предварительной подготовки кишечника не производилось. С четвертого дня после операции у больной самостоятельный, регулярный стул. Заживление шва брюшной стенки первичным натяжением. Больная выписана 19/XII, на 18-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

При последующих неоднократных осмотрах (последний 30/VIII 1955 г., почти через 2 года после операции) общее состояние больной хорошее, жалобы отсутствуют. Кишечник действует нормально. Половой жизнью живет, половые ощущения нормальные. Инфильтратов, рецидива не найдено. В левом своде имеется незначительное уплотнение, которое не увеличивается.

Интерес данного случая заключается в следующем: 1) в процессе операции была неожиданно обнаружена опухоль сигмовидной кишки, которая при обследовании до операции пальпировалась как один из фиброзных узлов матки; 2) доброкачественная опухоль — фибромиома матки — сочеталась со злокачественным поражением сигмовидной кишки.

18. Больная С., 44 лет, поступила в гинекологическую клинику 20/I 1953 г. с диагнозом «частичный перекрут кисты яичника».

Менструации с 16 лет, установились сразу, по 7 дней, через 28 дней, в настоящее время идут по 3—4 дня, безболезненные, обильные. Половая жизнь с 18 лет. Две беременности: одни роды в 1928 г. и самопроизвольный выкидыш в 1930 г. Последний год половой жизнью не живет. С 1932 г. болеет воспалением придатков, дающими периодические обострения.

Две недели назад после поднятия тяжести появились боли внизу живота и в пояснице больше справа. Рвоты и тошноты не было.

16/I приступ острых схваткообразных болей; больная была осмотрена врачом и с диагнозом «частичный перекрут кисты» (температура 38°) направлена к нам в институт.

При пальпации живота — боли в области кишечника, ниже пупка. С 10/I 1953 г. страдает запорами. Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка в положении anteversio, небольшой фиброзный узел в правом углу. Левый свод свободен. Справа, больше взади, прощупывается ограниченная в подвижности кистозная опухоль величиной с мандарин. Клинический диагноз: киста правого яичника с подозрением на перекрут и фиброма матки.

За время пребывания в клинике больную не слабит. Кишечник забит каловыми массами. После приемов слабительного кишечник плохо очистился. После клизмы из прямой кишки появилась кровь.

26/I больная оперирована. Произведено чревосечение под перидуральной анестезией 20 мл раствора дикана (3:1000). Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена матка с наличием фиброзного узла, исходящего из ее дна. Киста правого яичника. Левый яичник немного увеличен, плотноват. Трубы без изменений. Произведена надвлагалищная ампутация тела матки, причем придатки с обеих сторон удалены в связи с тем, что при разрезе кисты правого яичника обнаружены подозрительные на злокачественный процесс разрастания на ее внутренней поверхности. Так как у больной до операции была длительная задержка стула, и кишечник плохо очищался после приемов слабительного, произведена ревизия кишечника, причем обнаружена опухоль сигмовидной кишки, проросшая в просвет кишки. Произведена резекция 15 см сигмовидной кишки с большим участком брыжейки, на которой имелись увеличенные и плотные железы, и 15 см нисходящей ободочной кишки. Наложен анастомоз конец в конец. Проверена проходимость ана-

стомоза. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. Подкожный шов. Операция прошла без осложнений.

Гистологическое исследование: аденокарцинома сигмовидной кишки с экзофитным ростом. В стенке дна матки небольшая фиброма. В правом яичнике папиллярная кистоаденома, в левом яичнике фолликулярная киста.

Послеоперационное течение гладкое. На второй день после операции дано слабительное (касторовое масло 30 мл), так как предварительной подготовки кишечника не производилось. На третий день у больной обильный стул. Шов зажил первичным натяжением. Своды свободны. Инфильтратов нет. Выписана 13/II, на 18-е сутки после операции, в хорошем состоянии для последующего лечения рентгеновыми лучами. Стул после операции нормальный.

Больная периодически нами осматривалась. Последний раз показывалась 1/VI 1955 г., через 2 года 5 месяцев после операции. Своды свободные, инфильтратов не обнаружено. Кишечник работает нормально.

В данном, как и в предыдущем случае, диагноз аденокарциномы сигмовидной кишки не был поставлен до операции. Мы привели эту историю болезни, так как она представляет интерес по следующим причинам: 1) у больной имелось сочетание опухолей четырех разных видов: фибромиома матки, папиллярная кистоаденома правого яичника, фолликулярная киста левого яичника и аденокарцинома сигмовидной кишки; 2) отдаленный результат пока хороший.

## ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение фибромиом матки должно проводиться с учетом возраста оперируемых.

2. Бессимптомные фибромиомы у женщин климактерического и старческого возраста оперативному лечению не подлежат, за исключением тех случаев, когда опухоль по своим размерам превышает трех-четырёхмесячную беременность.

3. При проявлении симптомов заболевания (кровотечений, болей, быстрого роста опухоли, чувства сдавления соседних органов) операцию по поводу фибромиомы откладывать не следует.

4. Для женщин среднего и молодого возраста, страдающих фибромиомой, мы значительно расширяем показания к операции, так как считаем, что, чем раньше таковая производится, тем легче сохранить женщине матку и ее функции.

5. Женщин климактерического и старческого возраста при наличии симптомов заболевания следует подвергать радикальным операциям, причем при отсутствии изменений со стороны шейки и придатков производить надвлагалищные ампутации матки, а при наличии изменений со стороны шейки и придатков полностью удалять матку.

6. Женщинам молодого и среднего возраста при отсутствии существенных изменений со стороны шейки и придатков матки следует производить консервативно-пластические операции на матке, радикально, в пределах здоровой ткани, удаляя опухоль и сохраняя матку и присущие ей физиологические функции: менструальную и детородную.

7. В случаях, когда консервативно-пластические операции не выполнимы по чисто техническим причинам (истончение стенок матки, наличие большого числа узлов опухоли и неблагоприятное их расположение), при отсутствии каких-либо изменений со стороны шейки и придатков матки мы рекомендуем применять надвлагалищную ампутацию матки.

8. При наличии фибромиомы и одновременно беременности, когда размер и расположение опухоли служат препятствием к дальнейшему нормальному развитию беременности и могут осложнить роды, следует производить консервативно-пластические операции без вскрытия полости матки, при которых беременность в ряде случаев сохраняется.

9. У женщин, не страдающих маточными кровотечениями, при наличии фибромиомы даже большого размера полость матки при производстве консервативно-пластических операций вскрывать не обязательно.

10. При наличии жалоб на кровотечения полость матки при производстве консервативно-пластических операций необходимо вскрывать,

чтобы проверить, нет ли в ней субмукозных узлов или полипов. Вскрытую полость матки всегда следует проверить пальпацией, а иногда и выскобливанием per abdomen. У 69,4% оперированных нами женщин мы вскрывали полость матки и при соблюдении асептики не видели от этого плохих результатов.

11. При выполнении консервативно-пластических операций следует соблюдать тщательную асептику во избежание попадания инфекции из полости матки в брюшную полость, а также бережно обращаться с тканями, не травмируя их.

12. При значительных дефектах серозного покрова реконструируемой матки следует производить перитонизацию брюшиной пузырярно-маточной складки или путем трансплантации резецированного сальника.

13. На 1075 произведенных нами консервативно-пластических операций имелся только один случай смерти большой (0,1%).

14. Процент послеоперационных осложнений при консервативно-пластических операциях не превышает 12,7.

15. При производстве этих операций менструальную функцию практически удается сохранить у 96,4% оперированных, причем 81,7% женщин после произведенных операций менструируют совершенно нормально и еще у 5% наблюдаются скудно выраженные, но регулярные менструации.

16. Детородную функцию при выполнении консервативно-пластических операций теоретически удается сохранить у 48,2% женщин, фактически же из числа женщин, имевших возможность беременеть впоследствии, она была сохранена у 27,1%.

17. Женщинам, страдавшим длительным первичным бесплодием, обусловленным наличием у них фибромиомы, возможность деторождения при производстве консервативно-пластических операций может быть восстановлена. Из числа оперированных нами она была восстановлена у 7,1%.

18. Ни одного случая смерти при беременности, наступившей после консервативно-пластической операции, не отмечено ни в период беременности, ни при родах, ни в послеродовом периоде.

19. Ни одного разрыва реконструированной матки при родах, несмотря на сложность произведенных нами операций и большое число наложенных на матку швов, не наблюдалось.

20. Последующий рецидив заболевания отмечен у 2,6% женщин по прошествии нескольких лет (чаще свыше трех) после операции, причем у 1% рецидив протекал бессимптомно и оперативного лечения не потребовалось.

21. При последующих гинекологических осмотрах матка нормальной формы и размера определялась у 89% женщин, уменьшенного размера, инфантильная — у 6,8%.

22. Общее хорошее самочувствие и полную работоспособность после консервативно-пластических операций отмечают 95% женщин.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цель, поставленная нами при разработке консервативно-пластических операций в отношении радикального удаления опухоли и сохранения матки и полноценности физиологических функций женщины, вполне достигнута. Непосредственные результаты операций можно считать хорошими, так как процент летальности составил 0,1, а процент послеоперационных осложнений был сравнительно невысоким. Отдаленные результаты, проверенные у 957 из 1075 оперированных консервативно женщин, принесли нам полное удовлетворение, так как операции полностью оправдали себя в отношении сохранения менструальной, а отчасти детородной функции.

Тем не менее мы не можем еще считать нашу работу окончательно законченной и предполагаем в дальнейшем еще совершенствовать технику предлагаемых нами операций с тем, чтобы добиться более высокого процента фактического сохранения детородной функции.

Мы призываем врачей при оперативном лечении фибромиом матки у женщин молодого и среднего возраста всегда подходить к операционному столу с мыслью о возможности и важности сохранения этим женщинам матки и полноценности физиологических функций и, прежде чем приступить к радикальной операции, стремиться выполнить операцию консервативно.

Нам остается только пожелать, чтобы глава о консервативно-пластических операциях была включена в оперативную гинекологию для лучшего ознакомления с ними врачей, что обеспечит более широкое и повсеместное их применение.

---

## ЛИТЕРАТУРА

### а) ОТЕЧЕСТВЕННАЯ

- Абуладзе Д. А. Журнал акушерства и женских болезней, 1901, т. XV, № 7/8, стр. 1117—1164.
- Абуладзе Д. А. К вопросу о сохраняющем способе удаления межучочных и подслизистых фибромиом матки посредством чревосечения. Киев, 1902.
- Александров М. С. Консервативно-пластические операции на матке при фибромиомах. Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 5—9.
- Александров М. С. Перидуральная анестезия в гинекологической практике. Советская медицина, 1954, № 2, стр. 26—29.
- Архангельский Б. А. Сравнительная оценка хирургического и лучистого методов лечения фибромиом матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 52—55.
- Архангельский Б. А. К терапии фибромиом матки. Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 9—11.
- Атабеков Д. Н. К вопросу об оперативном лечении миом матки по материалам Старо-Екатерининской больницы за 25 лет. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 76—79.
- Биддер Э. Ф. Случай миомы матки у беременной. Журнал акушерства и женских болезней, 1889, стр. 40.
- Билинкис С. Л. Осложнение беременности и родов миомой матки. Акушерство и гинекология, 1937, № 2, стр. 101—104.
- Брауде И. Л. О лечении фибромиом матки. Советская медицина, 1948, № 9, стр. 21—23.
- Брауде И. Л. О хирургическом лечении фибромиом матки во время беременности. Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 11—14.
- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. М., 1952, стр. 238—302.
- Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М., 1947.
- Варнек Л. Н. К казуистике фибромиом шейки матки и их оперативного лечения. М., 1895, отд. оттиск; Медобозрение, 1895, № 1.
- Верхацкий Н. П. Аутоотрансплантация эндометрия. Акушерство и гинекология, 1937, № 12, стр. 32—37.
- Верхацкий Н. П. Влияние аутоотрансплантации эндометрия на функцию яичников после экстирпации матки. Акушерство и гинекология, 1938, № 1, стр. 5—11.
- Верхацкий Н. П. Аутопластическая пересадка эндометрия (клиника и эксперимент). Монография. Махачкала, Даггосиздат, 1940.
- Владимирович Г. А. и Бойчева-Атабекова Е. А. Тромбозы и эмболии в акушерстве и гинекологии. В кн.: Тромбозы и эмболии. МОНИКИ, М., 1951.
- Гамбаров Г. Г. Фибромиомы матки и их лечение. Тифлис, 1926.
- Гамбаров Г. Г. О выборе способа лечения при фибромиомах матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 27—45.
- Гамбаров Г. Г. Доброкачественные опухоли матки (краткий обзор советской литературы за 20 лет). Акушерство и гинекология, 1937, № 11, стр. 99—103.
- Голубчин С. Б. Консервативные миомэктомии. Труды Хабаровского медицинского института. Сб. 9. Тезисы докладов. Хабаровск, 1948, стр. 35—36.
- Голубчин С. Б. Новое в консервативной хирургии фибромиом матки. Труды Хабаровского медицинского института. Сб. 10. Хабаровск, 1950, стр. 124—133.
- Голубчин С. Б. К вопросу о технике лоскутного метода надвлагалищной ампутации матки. Акушерство и гинекология, 1952, № 1, стр. 28—30.

- Губарев А. П. К вопросу о саркоматозном перерождении фибромиомы. СПб, 1896, отд. оттиск; Журнал акушерства и женских болезней, 1896, № 10, июль — август.
- Губарев А. П. Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии. Изд. 2-е, т. 2, М., 1915, стр. 600—649.
- Гудим-Левкович Д. А. и Смиренский Б. А. Функциональное состояние яичников при фибромиомах матки. Гинекология и акушерство, 1924, № 1, стр. 50—56.
- Гусейнов А. Р. Метод операции для сохранения менструальной функции при ампутации тела матки. Акушерство и гинекология, 1952, № 1, стр. 26—28.
- Какушкин Н. М. О хирургических способах лечения фибромиом матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1901, т. XV, № 9, стр. 1200.
- Каннегисер Н. С. Несколько замечаний к фактической стороне статьи Д. А. Абуладзе «О сохраняющих способах лечения при межточных и подслизистых фибромиомах матки путем чревосечения». Журнал акушерства и женских болезней, 1901, № 7/8, стр. 1165—1171.
- Каплан А. Л. Рентгенотерапия фибромиом матки. М., 1954.
- Каплун Э. М. Трансплантация эндометрия при ампутациях тела матки. Советская медицина, 1938, № 6, стр. 31—34.
- Каплун Э. М. Нужно ли делать аутопересадку эндометрия при удалении тела матки? Акушерство и гинекология, 1939, № 7, стр. 10—15.
- Кейлина Х. В. К вопросу о фибромиомах матки по материалу клиники за 14 лет (с 1924 по 1937 г.). Медицинский журнал БССР, 1939, № 12, стр. 50—57.
- Кейлина Х. В. Роды и послеродовой период при фибромиомах матки. Советская медицина, 1940, № 1, стр. 36.
- Кленицкий Я. С. Некоторые данные о функциональном состоянии яичников при фибромиоме матки. Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 31—33.
- Кленицкий Я. С. Экспериментальные фибромиомы матки. Акушерство и гинекология, 1950, № 2, стр. 32—35.
- Коган А. А. К вопросу о наступлении явлений выпадений после кастрации с удалением матки и после удаления одной матки. Акушерство и гинекология, 1939, № 7, стр. 16—18.
- Кривский Л. А. Лечение миом матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, т. 39, № 5, стр. 557—572.
- Кривский Л. А. Лечение миом матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 19—25.
- Круглова М. М. и Якубсон Б. С. Консервативное лечение фибромиом матки и маточных кровотечений. Советская медицина, 1946, № 10, стр. 24—26.
- Крупский А. И. Фибромиомы матки по данным Киевской акушерско-гинекологической клиники за период с 1883 по 1928 г. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 669—676.
- Кузнецов В. Н. Об оперативном лечении фибромиом матки по материалам Дорожной больницы. Труды I Поволжского съезда хирургов. Саратов, 1929, стр. 68—69.
- Мандельштам А. Э. Сравнительная оценка оперативных методов лечения миом матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 27—45.
- Мандельштам А. Э. Трансплантация эндометрия в цервикальный канал влагалищным путем. Советская медицина, 1943, № 11—12, стр. 25—26.
- Матвеев Ф. П. Выступление в прениях. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 94.
- Мерш Г. Лапаромиомотомия за последние 10 лет. Дисс. СПб, 1885.
- Михнов С. Д. Консервативная миомэктомия при беременности. СПб, 1905, отд. оттиск; Русский врач, 1905, № 1.
- Могилов М. В. Об оперативных вмешательствах при фибромиомах матки у беременных. Советская медицина, 1951, № 8, стр. 12—14.
- Мошков Б. Н. Артериография матки. Дисс. 1949.
- Муратов А. А. К учению о консервативной миомэктомии. СПб, 1906, отд. оттиск.
- Отт Д. О. Цит. по Н. С. Каннегисеру: Медицинский отчет гинекологического отделения Клинического повивального института с основания его до 1/IX 1897 г. Дисс. СПб, 1898.
- Отт Д. О. О руководящих началах в деле лечения фибромиом матки и клинический обзор применяемых методов. Врачебный журнал, 1922, № 1, стр. 2—4.
- Отт Д. О. Amer. Journ. of obst. a. gyn., 1923, v. 5, № 5, p. 473—481.
- Отт Д. О. 2000 миомотомий и достигнутые результаты. Русский гинекологический вестник, 1924, т. 2, в. 1, стр. 4—12.
- Отт Д. О. Показания к применению отдельных приемов при наличии фибромиомы матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, кн. 2, стр. 145—149.

- Павлов И. П. Полное собрание трудов. Изд. Академии наук СССР, т. III, 1949, стр. 313.
- Перлис В. С. О радикальном лечении фибромиом матки. Киев, 1899.
- Песоченский Б. С. Рак шейки матки после надвлагалищной ампутации. Акушерство и гинекология, 1938, № 10, стр. 41—46.
- Поволоцкая-Введенская Е. И. Фибромиома и беременность. Русский гинекологический вестник, 1924, т. 2, в. 1, стр. 13—31.
- Попов А. В. К вопросу о характере и частоте перерождения фибромиом матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, т. 38, № 1, стр. 69—75.
- Попов Д. Д. К вопросу об изменениях яичников при фибромиомах. Дисс. СПб, 1890.
- Рейн Г. Е. К вопросу об удалении фибромиом матки посредством чревосечения. Дисс. СПб, 1876.
- Сарыгин И. И. Оперативное лечение миом матки по материалам акушерско-гинекологической клиники. В кн.: Acta gynaecologica, в. 1, М., 1930, стр. 66—81.
- Сердюков М. Г. Трансплантация эндометрия, ее методики и результаты при лечении аменоррех, бесплодия и увядания женщины. Врачебное дело, 1934, № 4, стр. 266.
- Сидельковская и Радчина. Гинекология и акушерство, 1933, № 4.
- Славянский К. Ф. Цит. по М. Н. Порошину: Чревосечения во время беременности. К вопросу об овариотомии и консервативной миомотомии во время беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1897, стр. 1517.
- Славянский К. Ф. Клинический обзор чревосечений, произведенных в акушерско-гинекологической клинике проф. К. Ф. Славянского за 20 лет. Дисс. СПб, 1898.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. Изд. 3-е, М., 1900, стр. 184 и 445.
- Томсон Г. И. К вопросу о консервативной миомэктомии при беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1897, стр. 311.
- Улезко-Строганова К. П. О злокачественном перерождении миомы матки. Русский гинекологический вестник, 1925, т. 2, в. 2, стр. 132—137.
- Улезко-Строганова К. П. К гистогенезу миом матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 79—83.
- Усанова М. И. Хирургическое лечение фибромиом матки. Автореферат кандидатской диссертации. М., 1950.
- Успенский С. В. К вопросу о развитии злокачественных новообразований в шейке после надвлагалищной ампутации матки. Сибирский архив теоретической и клинической медицины, 1927, т. 2, № 11—12, стр. 1065—1077; Журнал акушерства и женских болезней, 1928, т. 39, № 2, стр. 214—226.
- Феноменов Н. Н. Цит. по В. А. Столыпинскому: Осложнение беременности, родов и послеродового периода фибромиомами матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1903, Юбилейный выпуск, посвященный проф. Н. Н. Феноменову.
- Хмелевский В. Н. Фибромиомы матки и бесплодие. Акушерство и гинекология, 1938, № 11, стр. 90—95.
- Цирульников М. Л. Функция яичников после удаления матки. Горький — Москва, 1946, 402 стр.
- Цомакцион Г. Ф. К вопросу об атипических фибромиомах и их оперативном лечении. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 58—75.
- Черепяхин Г. К. Сравнительная оценка операций надвлагалищной ампутации матки и полной экстирпации матки по поводу фибромиом матки. В кн.: I съезд хирургов Северо-Кавказского края. Ростов-на-Дону, 1926, стр. 178—183.
- Чудновский Ф. М. О сохранении полового цикла при радикальных операциях по поводу фибромиом матки. Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 63—67.
- Шарнин А. К. Новосибирский медицинский институт. Итоговая (за 1949 г.) научная конференция. Тезисы докладов. Новосибирск, 1950, стр. 28—29.
- Шмундак Д. Е. К терапии миомы матки у молодых женщин. Врачебное дело, 1934, № 10, стр. 659—665.
- Штейнберг Л. Г. К вопросу о характере больших опухолей в относительно молодом (детородном) возрасте и методе оперативного вмешательства. Русский гинекологический вестник, 1924, т. 2, в. 1, стр. 138—141.
- Штеккель В. Гинекология. Под ред. И. Л. Брауде и С. Б. Рафалькеса. Изд. 2-е, исправленное и дополненное по 4-му немецкому изданию. Биомедгиз, М.—Л., 1936.
- Штраух М. Обзор наших 41 миомотомий за последний год. Журнал акушерства и женских болезней, 1900, т. XIV, стр. 787.
- Шуб Р. Л. Хирургическое лечение фибромиом и трудоспособность. Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 68—71.
- Шушания П. Г. Состояние фолликулярного гормона в организме женщины после удаления матки с оставлением яичников. Труды 2-го Закавказского съезда акушеров и гинекологов. Ереван, 1937, стр. 506—511.



Шухат И. Г. Врачебное дело, 1937, № 12, стр. 879—884.

Эстрии А. Л. и Розенштейн Р. Р. Результат лечения фибромиом матки лучами Рентгена по данным акушерско-гинекологической клиники I МГУ. Акушерство и гинекология, 1928, т. 39, № 5, стр. 587—593.

Якуб Н. И. К вопросу о фибромиомах матки, осложняющих течение беременности и родов. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 6.

## ИНОСТРАННАЯ

- Ahlborg G. On conservative myomectomy. A clinical, statistical investigation of the indications and technique employed and the results obtained in conservative operations for fibro-myomas of the Uterus, Uppsala, 1946, 238 pp.
- Ahlborg G. Acta Obst. et Gynec. Scand. 1946, v. 26, Suppl. 6.
- Albrecht H. Цит. по Halban Seitz: Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes, 1928, Bd. 4, S. 387 u. 472.
- Aldridge A. H. a Meredith R. S. Complete abdominal hysterectomy; simplified technique and end results in 500 cases. Amer. J. obst. a. gyn., 1950, v. 59, p. 748—759.
- Amreich I. Ueber supravaginalen amputation. Zbl. f. Gyn., 1924, N. 44, S. 2447.
- Amreich I. Die supravaginale Amputation und die Vaginale. Ztschr. Geburtsh., Bd. 88, S. 68.
- Amussat. Цит. по Rubin I. C. Progress in myomectomy. Amer. J. obst. a. gyn., 1942, v. 44, p. 197.
- Aschner B. Die Ueberlegenheit der erweiterten konservativen Myomoperationen ueber Radikaloperation und Roentgenkastration. Arch. f. Gyn., 1925, Bd. 124, S. 113. Wien Klin. Wschr., 1925, Jg. 38, N. 25, S. 699—702.
- Aschner B. Klinik und Behandlung der Menstruationstörungen. Zbl. f. Gyn., 1932, N. 41, S. 2477.
- Atlee W. L. A case of successful Extirpation of a fibrous tumour of the peritoneal surface of the Uterus by the large peritoneal section. Amer. J. of the med. science, 1847, Apr.
- Atlee W. L. The surgical treatment of certain fibrous tumours of the Uterus, heretofore considered beyond the resources of Art. Trans. of the Amer. med. assoc., 1853, p. 547.
- Aubert L. Discussion sur la myomectomie, l'hystérectomie fundique dans les myomes. Gynec. et obst., 1929, v. 20, p. 521—523.
- Azewedo M. u. Lucino H. Dutra. Fundus-Resektion bei Fybromyomen des Uterus. Rev. Obst. et Gynec., S. Paula, 1939, v. 3, H. 5/6, S. 275—292; реф. Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1940, Bd. 40, H. 5, S. 207.
- Baer J. L., Reis R. A. u. de Kosta E. J. Die heutige Richtlinien in der Behandlung der Myome des Uterus. Amer. J. Obst., 1934, v. 28, p. 842—855; реф.: Zbl. f. Gyn., 1936, Jg. 60, H. 33, S. 1976.
- Barberis L. U. Sull'histerectomi subtotale, totale e vaginale per fibromiomi uterini (Risultati immediati e lontani). Arch. ital. chir., 1940, v. 59, N. 5, p. 465—484; реф.: Zbl. f. Gyn., 1941, Jg. 65, H. 45, S. 2012.
- Beck H. Ueber die Ueberpflanzung der Schleimhaut des Gebärmutterkörpers in föllen, teilweiser oder vollständiger Entfernung der Gebärmutter. Ginek. Polska, 1939, N. 18, p. 8—14.
- Bello E. Debe preferirse la histerectomia subtotal a la total en indicaciones de histerectomia por lesiones no malignas, J. Intern. Coll. Surgeons, 1947, v. 10, p. 129—134.
- Bends K. Ueber Karzinom des Collum uteri nach vorausgegangener Korpusamputation. Monatschr. Geburtsh. u. Gynäk., 1932, Jg. 91, S. 79—84.
- Benthin W. Prinzipielles zur Myomtherapie. Zbl. f. Gyn., 1932, S. 1520—1524.
- Benthin W. Myome und ihre Behandlung. Zbl. f. Gyn., 1937, Jg. 61, H. 18, S. 1085.
- Bertone G. ENUCLEATION eines intraligamentären Fibroids mit Freilegen der Eihäute. Atti Soc. ital. Obst., 1939, v. 35, Suppl. N. 3, p. 254—255; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1940, Bd. 40, H. 5, S. 207.
- Boldt F. J. Trans. New York obst. Soc., 1913, N. 16, p. 4.
- Bolloli D. Sulla operazione di Beuttner bei fibromi dell'utero. Riv. Ostet., 1942, v. 24, p. 157—161.
- Bonney V. A case of «Caesaren myomectomy», remarks on the operation. Proc. roy. Soc. med. (Lond. obst. a. gyn. sect.), 1913—1914, v. 7, p. 121—123.
- Bonney V. Myomectomy or hysterectomy. Brit. med. journ., 1918, v. 1, p. 278—280.

- Bonney V. The modern Scope and technique of myomectomy. *J. obst. a. gyn. Brit. emp.*, 1922, v. 29, p. 591—607.
- Bonney V. Remarks on the Scope and technique of myomectomy. *Lancet*, 1922, v. 2, p. 745—748.
- Bonney V. A clamp forceps for controlling haemorrhage when performing myomectomy. *J. obst. a. gyn. Brit. emp.*, 1923, v. 30, N. 3, p. 447—449; *peф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1923, Bd. 2, H. 10, S. 491.
- Bonney V. Myomectomy as the treatment of election for uterine fibroids. *Lancet*, 1925, v. 209, p. 1060—1062.
- Bonney V. A case in which 52 fibroids were enucleated from the uterus of a patient aged 24 years. *J. obst. a. gyn. Brit. emp.*, 1925, v. 32, p. 116—117.
- Bonney V. The technik and results of myomectomy. *Lancet*, 1931, v. 220, N. 1, Jan. 24, p. 171—177.
- Bonney V. Fruits of conservatism. *J. obst. a. gyn. Brit. emp.*, 1937, v. 44, p. 1—12.
- Bonney V. The Modern Treatment of uterine myomata and ovarian cysts. В кн.: Wakeley V. P. G. *Modern Treatment in General Practice*, Year-book. London, 1942, p. 26—33.
- Bouwdijk B. Transplantazion von Uterusschleimhaut. *Zbl. f. Gyn.*, 1939, S. 1601—1607.
- Brandscorn L. The occurrence of cancer in the uterine cervical stump after supravaginal hysterectomy. *Amer. J. obst. a. gyn.*, 1930, v. 20, p. 66—69.
- Bucura C. Wertung und Behandlung der Uterusmyome. *Wien Klin. Wschr.*, 1934, N. 39; *peф.: Zbl. f. Gyn.*, 1937, Jg. 61, H. 18, S. 1085.
- Burch L. E. a. Burch J. C. Mortality in hysterectomy operations. *Amer. J. obst. a. gyn.*, 1931, v. 21, p. 704—708.
- Burnham W. цит. по Pean J. a. Urdy L. *Hystérotomie. De l'ablation partielle ou totale de uterus par la gastrotomie*. Paris, 1873.
- Castano C. A. Indikationen und Resultate der chirurgischen Behandlung bei Frauenleiden. *Rel. y. discus. 2 Congr. argent. Obst.*, 1934, p. 797—805; *peф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1935/36, Bd. 30, H. 4/5, S. 280.
- Caterhault S. *Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses périutérines*. Paris, 1866.
- Chalier A. L'état des annexes dans les fibromyomes utérins et ses conséquences chirurgicales. *Presse méd.*, 1939, N. 47, p. 1221—1223.
- Chalier A. Sur le traitement actuel des fibromes utérins le point de vue du chirurgien. *Rev. franç. Gynéc.*, 1942, v. 37, p. 193—204; *peф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1943, Bd. 45, H. 3, S. 136.
- Charrier J. a. Gosset J. Bemerkungen zu den Indikationen und der Technik der Totalexstirpation des Uterus wegen Uterusmyom. *Presse méd.*, 1938, p. 1145; *peф.: Zbl. f. Gyn.*, 1939, Jg. 63, H. 49, S. 2618—2619.
- Chroback R. Ueber die vaginale Enucleation der Uterusmyome, *Volkman's Samml.*, N. 43, Leipzig, 1892.
- Cirio C. R. Myometrectomie nouvelle, technique pour le traitement des myomes utérins. *Presse méd.*, 1940, 11, p. 925—926.
- Clark J. G. a. Norris C. C. Conservative surgery of the pelvic organs in cases of pelvic peritonitis and of uterine Myomata with the review of the immediate and after results of 299 cases. *Surg. Gyn. a. Obst.*, 1910, v. 11, Oct., p. 398—413.
- Cotte G. a. Bérard M. Ueber die derzeitige Bedeutung der Myomektomie bei der Behandlung der Uterusmyome. *Gynéc. et Obst.*, 1934, v. 29, p. 1—27; *peф.: Zbl. f. Gyn.*, 1936, Jg. 60, H. 48, S. 2873—2874.
- Counseller V. S. a. Bedard R. E. Uterine myomectomy: Analysis of indications and results in 523 cases. *J. A. M. A.*, 1938, v. 111, N. 8, p. 675—679.
- Crossen H. S. *Operative Gynecology*. London, Henry Kimpton third ed., 1925, p. 272—342.
- Czempin A. Weitere Erfahrungen ueber Myomoperationen an der Hand von 140 in den letzten 12 Jahren operierten Fällen. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1903, N. 49, S. 365—370.
- Daneff G. Eine zweckmässige Modifikation der typischen Myomoperationen. *Zbl. f. Gyn.*, 1940, Jg. 64, H. 35, S. 1488—1489; *peф.: Ber. ü. ges. Gyn., u. Geburtsh.*, 1941, Bd. 41, H. 12, S. 633.
- Danforth W. C. The Treatment of Fibroids. *Amer. J. Obst. a. Gyn.*, 1934, v. 28, Sept., p. 409—420. *peф.: Zbl. f. Gyn.*, 1936, Jg. 60, H. 33, S. 1976.
- Danforth W. C. Total hysterectomy, abdominal and vaginal. *Amer. J. Obst. a. Gyn.*, 1941, v. 42, p. 587.
- Danforth W. C. Total abdominal hysterectomy; study of 500 cases. *Amer. J. Obst. a. Gyn.*, 1946, v. 52, p. 218—227.
- Daschkey L. Ueber konservative Myotomie. *Diss. Cütersloh i. Westf.*, 1937.
- Delagénière H. *Procès-verb. Congr. franç. de chir.*, 1924, v. 33, y. 422.
- Doederlein A. u. Krönig B. *Operative Gynäkologie*, Leipzig, 1905.

- Donnelly G. C. a. Bauld W. A. Total hysterectomy and carcinoma of cervical stump. *J. obst. a. gyn. Brit. emp.*, 1949, v. 56, p. 971—975.
- Dressler G. *Myom und Gravidität*. Diss. Jena, 1939.
- Dupont R. A. propos de trois myomectomies dont une pendant la grossesse. *Bull. de la soc. d'obst. et de Gynéc.*, 1923, v. 12, N. 1, p. 19—27; *Gynécology*, 1923, v. 22, N. 5, p. 297—299; *peф.*: *Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1923, Bd. 1, H. 6, S. 255—256.
- Eastman J. Work in abdominal and pelvic surgery. *Ind. Med. Journ.*, 1889—1890, v. 8, p. 219—228.
- Emmet T. A. Beschreibung, Aetiologie und Diagnose der fibrosen Geschwülste des Uterus. В кн.: Emmet P. *Principien und Praxis der Gynaecologie*, Leipz., 1881, p. 379—393, перевод с англ.
- Engström O. Abdominale Enucleation der Myoma des Uterus-Körpers. A. Martin's Myomotomie. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1897, N. 5, S. 336.
- Engström O. Mitt. a. d. gynaek. Klin. d. O. Engström in Helsingforh, 1911, N. 9, S. 365.
- Engström O. Eigene Erfahrungen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt nach zentralen Enucleation intramuraler Uterusmyome. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, Ergenz. Hefte, 1912, v. 36, S. 39.
- Fähndrich J. Das Risiko eines Zervixstumpfkarcinoms nach supravaginaler Amputation. *Ztschr. Geburtsh. u. Gyn.*, 1934, Bd. 109, S. 382—407.
- Ferendinos G. Sur énucléation des fibromes utérins par voie abdominale. Thèse. Paris, 1900, N. 273.
- Fink. Myomektomien am Kaiserschnittuterus. *Zbl. f. gyn.*, 1937, Jg. 61, H. 48, S. 2763—2764.
- Fink W. F. u. Müller R. T. Abdominal myomectomy: special reference to subsequent pregnancy and to the reappearance of fibromyomas of the uterus. *Amer. J. Obst.*, 1950, v. 60, p. 109; *peф.*: *Zbl. f. Gyn.*, 1953, Jg. 75, H. 39, S. 1567.
- Flatau S. 100 Totalexirpationen bei Myoma uteri ohne Todesfall. Zugleichem Beitrag zur Technik der gynäkologischen Laparatomien, Berlin, Karger, 1913.
- Fraenkel L. Bau und Bedeutung der Myomkapsel. *Ztschr. f. Geburtsh.*, 1925, Bd. 88, H. 3, S. 690—696; *peф.*: *Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1925, Bd. 8, H. 15/16, S. 802—803.
- Franz K. Myombehandlung. *Arch. f. Gynäk.*, 1917, N. 107, p. 129—140.
- Freund H. Ueber partielle Myomoperationen. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1913, Bd. 15, S. 468.
- Fritsch H. *Die Krankheiten der Frauen*. 1905.
- Fullerton W. D. u. Faulkner R. L. Hysterectomy; clinical investigation of 1851 consecutive operations. *J. A. M. A.*, 1930, v. 95, p. 1563—1567.
- Funck-Brentano P. Etude critique du traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie. *Rev. de Chir.*, 1941, v. 60, p. 130—141.
- Gaston E. A. Total abdominal hysterectomy and «occasional operator». *Surg., gyn. a. obst.*, 1945, v. 80, p. 539—544.
- Gemmel A. A. Abdominal Myomectomy. *J. obst. a. gyn., Brit. Emp.*, 1936, v. 43, Aug., N. 4, p. 715—748; *peф.*: *Zbl. f. Gyn.*, 1938, Jg. 62, H. 28, s. 1567—1568.
- Giles A. E. Indications for and results of myomectomy for uterine fibroids. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1922, v. 16, part 3, Oct. 5, p. 13—21.
- Gilles R. Myomectomie au 3-e mois de la grossesse; accouchement prématuré accidentel au 8-e mois. *Rev. Franç. de gynéc. et d'obst.*, 1923, v. 18, N. 17/18, p. 539—540; *peф.*: *Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1924, Bd. 3, H. 5/6, S. 271—272.
- Giuseppi R. L. The Treatment of uterine fibroids by myomectomy. *Brit. Med. J.*, 1925, v. 2, p. 1220.
- Goffé J. R. Soft fibroid of the uterus; hysterectomy. *Amer. J. obst.*, 1890, Apr., v. 23, p. 372.
- Gosset A. u. Funck-Brentano P. Die Sterblichkeit bei der supravaginalen uterusamputation wegen Myom. *Gynéc. et Sem. gynéc.*, 1936, v. 35, Oct.; *peф.*: *Zbl. f. Gyn.*, 1937, Jg. 61, H. 18, S. 1087.
- Gottschalk S. Ueber die Histogenese und Aetiologie der Uterusmyome. *Arch. f. Gynäk.*, 1893, Bd. 43, S. 534.
- Goullioud M. Myomectomie et radium dans le traitement des fibromes. *Lyon chir.*, 1922, v. 19, p. 407—415.
- Goullioud M. Indications de la myomectomie, de l'hystérectomie et de la curietherapie dans les traitements des fibromes utérins. *Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, 1924, v. 19, p. 713—720.
- Goullioud M. 28 case de grossesse après la myomectomie abdominale. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, 1928, v. 54, May 9, p. 691—699.
- Goullioud M. De la myomectomie, ses indications et resultats. *Gynéc. et obst.*, 1929, v. 20, p. 523—527; *peф.*: *Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1929, Bd. 15, S. 658.

- Greenhill J. P. Study of deaths following 6022 gynecologic operations. *Amer. J. obst. a. gyn.*, 1932, v. 24, p. 183—192.
- Greenhill J. P. Bericht ueber 3 Fälle von Cervixmyom von denen 1 im Cervixstumpf nach einer supravaginalen Uterusamputation entstanden war. *Amer. J. obst. a. gyn.*, 1936, v. 31, p. 678—680. *Рецф.:* *Zbl. f. Gyn.*, 1936, Jg. 60, H. 37, S. 2214.
- Greenhill J. P. Fibromyoma uteri. *Amer. Journ. surg.*, 1936, v. 73, p. 478—487; *реф.:* *Zbl. f. Gyn.*, 1938, Jg. 62, H. 28, S. 1566—1567.
- Gründberger H. Выступление в прениях по докладу Sederl H. Die Konservative Myomoperationen und ihre Methoden. *Wien med. Wschr.*, 1950, N. 3/4; *реф.:* *Zbl. f. Gyn.*, 1953, Jg. 75, H. 7, S. 278.
- Guggisberg H. Zur Myomtherapie (zur Frage der konservativen Myomchirurgie). *Schweiz. med. Wschr.*, 1934, Bd. 64, S. 622—625.
- Hartmann G. Ergebnisse konservativer Myomoperationen (Kraatz-Stoekel, 1948); *реф.:* *Zbl. f. Gyn.*, 1954, Jg. 76, H. 36, S. 1654.
- Heath. Цит. по Caterhault S.; *Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péritéarines.* Paris, 1866.
- Hegar A. Extirpation normaler Eirstöcke bei Fibromyomen des Uterus. *Zbl. f. Gyn.*, 1872, H. 73.
- Hegar A. Ueber die Extirpation normaler und nicht zu unfünglichen Tumoren degenerierten Eierstöcke. *Zbl. f. Gyn.*, 1878, H. 2, S. 25—39.
- Hegar A. Operation der Fibromyome des Uterus. *Münch. med. Wschr.*, 1902, N. 49, S. 1946—1948.
- Heller P. Bemerkungen zur operativen Behandlung der fibrosen Gebärmuttergeschwülste. *Orvosképzés*, 1935, N. 25, S. 97—100; *реф.:* *Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1936, Bd. 31, S. 381.
- Henkel M. Beitrag zur konservativen Myomchirurgie. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1904, N. 52, S. 403—427.
- Henkel M. Zur Klinik und zur Chirurgie des Uterusmyoms. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1906, N. 58, S. 476—515.
- Henkel M. Die individuelle Myombehandlung (zugleich ein Beitrag zur Operationstechnik). *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1925, Bd. 69, S. 364—379; *реф.:* *Zbl. f. Gyn.*, 1926, S. 2178.
- Henkel M. Die biologische Begründung und die Technik der konservativen Myomchirurgie. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1933, Bd. 107, S. 1—34.
- Henkel M. Konservative Myomchirurgie. *Arch. f. Gynäk.*, 1933, Bd. 156, S. 72—86 u. 89b.
- Herold K. Zur Frage der konservativen Myomoperation. *Chirurg.*, 1932, v. 4, p. 633—636.
- Hertzler A. E. Defundation of the Uterus as a conservative measure in myomas and hyperplasias of the endometrium. *Amer. J. obst. a. gyn.*, 1928, v. 15, p. 180—186.
- Hespers M. Indikationsstellung und Operationserfolge bei Myomoperationen. *Diss. Königsberg*, 1936.
- Hespers M. Operationsresultate bei Myomoperationen. *Zbl. f. Gyn.*, 1936, Jg. 60, H. 41, S. 2434.
- Hunt C. J. Indications and advantages of complete abdominal hysterectomy versus incomplete hysterectomy. *Amer. J. surg.*, 1946, v. 71, p. 723—727.
- Husslein H. Выступление в прениях по докладу Sederl H. Die konservative Myomoperationen und ihre Methoden. *Zbl. f. Gyn.*, 1953, Jg. 75, H. 7, S. 277.
- Jones M. A. D. Two cases of removal of uterine myoma; one suprapubic hysterectomy; the other complete hysterectomy; a new method of disposing of the stump; microscopic examination of the appendages. *New York med. Journ.*, 1888, v. 48, Aug. 25 and Sept. 1, p. 198 a. 226.
- Josephson C. D. *Nord. med. ark.*, 1901, v. 34.
- Josephson C. D. *Hygiea*, 1917, v. 79, p. 496.
- Lortzig A. Ergebnisse der Myomtherapie an der Leipziger Universitätsfrauenklinik in den Jahren 1929—1934. *Diss. Leipzig*, 1935.
- Irish J. C. Hysterectomy for the Treatment of the Fibroid Tumors. *Trans. Amer. med. assoc.*, 1878, p. 447.
- Keller R. a. Böhler E. Etude statistique et comparative sur la myomectomie. *Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, 1930, v. 25, p. 177—186.
- Kelly H. A. *Operative Gynecology*. 1898, London, Henry Kimpton ed., v. II, p. 366.
- Kerr M. I. M. Wounds of the gravid and non-gravid uterus; a study of uterine scars. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1924, v. 17, p. 123.
- Kimball G. Successful case of extirpation of the uterus. *Boston med. a. surg. Journ.*, 1855, May.
- Klaus K. Bemerkungen zur chirurgischen Behandlung von Uterusmyomen. *Z. Gynaekologie*, 1941, v. 6, p. 56—67.
- Kob M. Warum konservative Myomoperationen? *Diss. Königsberg, Pr.*, 1935.

- Koeberlé. Цит. по Péan J. a. Urdy L. Hystérectomie. De l'ablation partielle ou totale de utérus par la gastrotomie. Paris, 1873.
- Kolb O. Unsere Ergebnisse der operativen Myombehandlung. Zbl. f. Gyn., 1942, Jg. 66, H. 45, S. 1799—1804; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1943, Bd. 45, H. 9, S. 332.
- Kovacz. Heilungsaussichten der mit Roentgen behandelten Uterusfibrome. Zbl. f. Gyn., 1938, Jg. 62, H. 33, S. 1851—1852.
- Krönlein R. U. Einige Bemerkungen zu Gunsten des konservierenden Verfahrens bei der Myomotomie. Bruns Beiträge z. klin. Chir., 1890, Bd. 6, S. 441—450.
- Küstner O. Zur abdominalen Myomotomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation. Berlin, Kornfeld, 1898.
- Küstner O. Kurzes Lehrbuch des Gynäkologie. 1901.
- Laborde S. Cancers du col restant après hystérectomie subtotale. Bull. Soc. d'obst., 1935, v. 24, p. 446—451.
- Lamp F. Die Häufigkeit des Stumpfkarzinoms nach supravaginaler Uterusamputation. Diss. Frankfurt a/M., 1939.
- Lefebvre J. L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie abdominale. Thèse. Paris, 1922, N. 350.
- Liepmann W. Ueber konservative Myomoperationen in der Schwangerschaft, Schweiz. med. Wschr., 1936, N. 30; реф.: Zbl. f. Gyn., 1937, Jg. 61, H. 18, S. 1087.
- Marcy H. O. Fibroid tumors of the uterus. Trans. Amer. med. Assoc. 1882, v. 33, p. 175—214.
- Martin A. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Wien, Leipzig, 1887, Ed. 2, S. 287.
- Martin A. Ueber Myomoperation. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1890, Bd. 20, S. 1.
- Martin A. Die sogenannte konservative Operationen am Ovarium, Tube und Uterus. Dtsch. med. Wschr., 1893, Bd. 19, N. 30, S. 709.
- Martin A. Ueber Myomenucleation. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1901, Bd. 14, S. 627.
- Martin A. Sollen Myome vaginal oder abdominal angegriffen werden? Zbl. f. Gyn., 1902, Bd. 26, S. 353.
- Martin A. Zu den Myomfragen. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1904, Bd. 20, S. 1130—1142.
- Martius H. Myombehandlung. Auswahl der Methode. Geburtsh. u. Frauenheilk., 1940, Bd. 2, H. 1, S. 1—14; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1941, Bd. 41, H. 1, S. 21—22.
- Martius H. Zbl. f. Gyn., 1941, Jg. 65, H. 32, S. 1469.
- Massenbach. Auswahl der Myome zu Operation und Bestrahlung. Zbl. f. Gyn., 1937, Jg. 61, H. 7, S. 432.
- Masson J. C. Total versus subtotal abdominal hysterectomy. Am. J. obst. a. gyn., 1927, v. 14, p. 486.
- Mayo W. J. Some observations on the operation of abdominal myomectomy for myomata of the uterus. Surg., gyn. a. obst., 1911, v. 12, p. 97.
- Mayo W. J. Myomas of the uterus with special reference to myomectomy. J. A. M. A., 1917, v. 68, March. 24, p. 887—890.
- Matyas M. Gestielte Transplantazion des Endometrium in die Cervix bei supravaginaler Amputation des Uterus. Zbl. f. Gyn., 1940, H. 3, S. 171—174.
- McDowell. Цит. по Meisen V.: History of ovariotomy in Denmark. Acta gyn. Scand., 1924, v. 2, p. 393.
- Meisen V. History of ovariotomy in Denmark. Acta gyn. Scand., 1924, v. 2, p. 393.
- Menge K. Ueber abdominale Myomenucleation. Arch. f. Gyn., 1904, Bd. 72, S. 98—132.
- Micholitsch T. Ueber operative Myombehandlung. Wien med. Wschr., 1922, Bd. 72, S. 642 u. 730.
- Micholitsch T. Die Eröffnung der Uterushöhle bei konservativen Bauchhöhlenoperationen. Zbl. f. Gyn., 1930, S. 542.
- Micholitsch T. Ueber operative Myombehandlung. Wien med. Wschr., 1934, Bd. 84, S. 267.
- Miller C. J. The scope and indications of myomectomy in fibroids of the uterus. New Orleans M. a. s. J., 1924, v. 76, p. 355; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1924, Bd. 5, S. 255.
- Mohler R. W. a. Bishop E. H. Complete abdominal hysterectomy; impressions based on 135 cases. Amer. journ. obst. a. gyn., 1945, v. 50, p. 489—495.
- Mowbray F. B. The treatment of fibroids. Canad. M. A. J., 1928, v. 18, p. 285; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1928, Bd. 14, S. 430.
- Müller W. Zur Frage konservativen Myomoperationen und der Funktion des Uterus nach denselben. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1895, Bd. 24, pt. 1, S. 160.

- Munnell E. W. u. Martin F. W. Abdominal myomectomy, advantages and disadvantages. Amer. Journ. Obst., 1951, v. 62, p. 109; реф.: Zbl. f. Gyn., 1953, Jg. 75, H. 39, S. 1566.
- Murray H. L. Myomectomy. A report of sixty cases of enucleation of fibroids from the non-gravid uterus. J. Obst. a. Gyn. Brit. Emp., 1926, v. 33, p. 240.
- Murray H. L. Myomectomy. A report of 154 consecutive cases. Trans. Edinburgh. Obst. Soc. (in Edinburgh. M. J.), 1930, v. 37, p. 73—100.
- Nelson H. M. Comparative study of complete and subtotal hysterectomy. J. Michigan State med. Soc., 1929, v. 28, p. 860—863.
- Nielsen M. Carcinoma of cervical stump after supravaginal amputation. Acta Obst. et Gyn. Scand., 1937, v. 17, p. 295—306.
- Nissen C. P. Zur Behandlung der Uterusmyome. Diss. Köln, 1939; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1941, Bd. 42, S. 265.
- Olshausen R. Beitrag zur conservative-chirurgischen Behandlung der Uterusmyome. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1900, Bd. 43, S. 1.
- Olshausen R. Ueber die Wahl der Operation bei Myomen. Zbl. f. Gyn., 1902, S. 1.
- Olshausen R. Myom und Schwangerschaft. В кн.: Handbuch der Gynäkologie Veit'a, Bd. II, S. 767; Bd. I, S. 738.
- Opitz E. Ueber die Bewertung der Strahlenbehandlung von Myomen und funktionellen Uterusblutungen. Münch. med. Wschr., 1924, Jg. 71, N. 3, S. 76; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1924, Bd. 4, H. 6/7, S. 324.
- Pankow O. Der Einfluss der Kastration und der Hysterectomie das später Befund der operierten Frauen. Münch. med. Wschr., 1909, Jg. 56, N. 6, S. 265—269.
- Pearse R. L. Supravaginal and total hysterectomy. Amer. Journ. Obst. a. Gynec., 1941, v. 42, p. 22.
- Polak J. O. Observations of fibromyomatous tumors of the uterus. New York Med. J., 1906, v. 83, p. 1061.
- Porcaro D. Konservative Myomenschälung bei einem Riesenmyom das intraligamentär entwickelt war. Atti Soc. Ital. Ostetr., 1939, v. 35, Suppr. N. 3, S. 244; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1940, Bd. 40, H. 7, S. 316.
- Pütz T. Zur Klinik unseres Uterusmyome. Ztschr. Geburtsh. u. Gyn., 1940, Bd. 121, S. 385—401. Реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1941, Bd. 42, S. 225—226.
- Read C. D. a. Bell A. C. Hysterectomy, subtotal and total—review of mortality and morbidity of subtotal and total operations on series of 2344 consecutive cases at Chelses Hospital for Women in 10-year period 1922—1931 inclusive. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1933, v. 40, p. 749—767.
- Richelot. Fibromes et grossesse. Ann. de Gynec. et d'Obst., 1901, N. 2.
- Richter K. Untersuchungen am Myommaterial der II Wiener Universitäts-Frauen-Klinik. Zbl. f. Gyn., 1942, Jg. 66, H. 17, S. 720—729.
- Riley F. R. Myomectomy in uterine Fibroids, New Zealand M. J., 1928, v. 27, Apr., p. 68—77.
- Rorth H. Gibt es hormonale Störungen nach einfacher Exstirpation des Uterus. Diss. Würzburg. Fritsch, 1937.
- Rubin I. C. Progress in myomectomy: surgical measures and diagnostic aids favoring lower morbidity and mortality. Am. J. Obst. a. Gyn., 1942, v. 44, p. 196.
- Rubin I. C. Сообщение о цветном фильме о консервативной операции миомы на клиническом конгрессе Американской Академии акушерства и гинекологии в Чикаго 16—17 декабря 1952 г., Zbl. f. Gyn., 1953, Jg. 75, H. 27, S. 1062.
- Schäffer G. Beitrag zur Frage des Cervixstumpfkarcinoms. Zbl. f. Gyn., 1933, Jg. 57, S. 2068—2074.
- Schauta F. Ueber Myomoperationen. Wien. med. Wschr., 1895, Bd. 45, S. 50 u. 107.
- Scheffey L. C. Carcinoma of the cervical stump., J. A. M. A., 1936, v. 107, p. 837.
- Schmid H. H. Ueber konservative Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung des ovariellen Ursprung der Myomblutungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1923, Bd. 86, S. 36.
- Schmid H. H. Künstliche Endometriosis. Arch. f. Gynec., 1934, Bd. 155, S. 217—233.
- Schmitz. Mortalität und Komplikationen bei 3129 supracervicalen Hysteromyomektomien. Amer. J. Obst., 1937, v. 34, p. 480—485; реф.: Zbl. f. Gyn., 1938, Jg. 62, H. 28, S. 1567.
- Schwarz. Grosse de quatre mois et demi, compliquée de fibromes. Ann. de Gynec. et d'Obst., 1901, N. 2.
- Sederl J. Die konservative Myomoperationen und ihre Methoden. Wien med. Wschr., 1950, N. 3/4; реф.: Zbl. f. Gyn., 1953, Jg. 75, H. 7, S. 278.
- Sederl J. Zur Myombehandlung. Zbl. f. Gyn., 1953, Jg. 75, H. 9, S. 363; реф.: Zbl. f. Gyn., 1954, Jg. 76, H. 18, S. 717—722.
- Seitz L. Zur Ausschälung der Myome. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1935, Bd. 99, S. 129—133; реф.: Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1935, Bd. 30, H. 8, S. 490—491.
- Siddall R. S. a. Mack H. C. Subtotal versus total hysterectomy. Surg. Gyn. a. Obst., 1935, v. 60, p. 102—105.

- Siddall R. S. a. Mack H. C. Surg., Gyn. a. obst., 1947, v. 85, p. 176.
- Stark G. Ueber Stumpfkarzinome nach supravaginaler Amputation des Uterus. Zbl. f. Gyn., 1937, Jg. 61, S. 1528—1537.
- Tavares de Souza. Subtotale Hysterectomie mit Erhaltung des Menses. Ber. ü. ges. Gyn. u. Geburtsh., 1939, Bd. 40, S. 580.
- Te-Linde R. W. Operative Gynecology. Sec. edd. by J. B. Lippincott Co., Phil. London—Montreal, 1953, p. 290—336.
- Thumim. Chirurgische Eingriffe bei Myomen der Gebärmutter in Schwangerschaft und Geburt. Arch. f. Gyn., 1885, Bd. 64, S. 457.
- Ulrich P. Vaginale konservative Myomektomie. C. r. Soc. Gynec., 1935, v. 5, nov.; peф.: Zbl. f. Gyn., 1936, Jg. 60, H. 33, S. 1976—1977.
- Unterberger. Supravaginale Amputation des myomatösen Uterus wegen Schwangerschaft. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1904, Jan., S. 47.
- Van der Velde Th. H. Bemerkungen zu Aschner's Aufsatz «Vor- und Nachteile der konservativen Myomoperationen». Zbl. f. Gyn., 1933, S. 221—223; peф.: Ber. ü. ges. gyn. u. Geburtsh., 1933, Bd. 24, H. 10, S. 637—639.
- Vara, Paavo a. Kinnunen O. Acta Obst. Gyn. Scand., 1946 (I), Bd. 25, Supl. II, Duod., 1946 (2), S. 51.
- Vara, Paavo a. Kinnunen O. Total versus subtotal abdominal hysterectomy. Helsinki, 1950.
- Weir W. C. A statistical report of 1914 cases of hysterectomy. Am. J. obst. a. gyn., 1941, v. 42, p. 285.
- Weir W. C. Statistical report of 1771 cases of hysterectomy. Amer. J. obst. a. gyn., 1948, v. 56, p. 1151—1155.
- Weiss E. A. Treatment of fibroids of the uterus. Observations based on a comparative study of two five-year period. Amer. J. obst. a. gyn., 1926, v. 11, p. 343, a. 404.
- Werder X. O. Myomectomy with extensive resection of the uterus in fibroid tumors. Am. J. obst. a. gyn., 1914, v. 70, p. 747.
- Werner P. Zur Verkleinerung der Myome unter dem Einfluss der Roentgenstrahlen. Zbl. f. Gin., 1918, H. 45, S. 792—794.
- Werner P. Welche Sichergestellten Myome sind zu bestrahlen, welche nicht? Wien klin. Wschr., 1927, N. 40, S. 1611—1613.
- Werner P. Treatment of myoma. J. obst. a. gyn. Brit. Emp., 1938, v. 45, p. 780—785.
- Werner P. Zur Technik der vaginalen Operationen. Wien. klin. Wschr., 1952, Bd. 64, S. 753—755.
- Werner P. u. Sederl J. Die vaginalen Bauchhöhleoperationen. Wien, 1952.
- Winckel. Ueber Myome des Uterus in ätiologischer, symptomatischer und therapeutischer Beziehung. Volkmann's Samml., N. 98, Leipzig, 1876.
- Winter E. Die wissenschaftlichen Grundlagen der konservativen Myomoperationen. Dtsch. med. Wschr., Bd. 51, N. 5.
- Zinke H. Die Myombehandlung an der Gräzer Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1930 bis 1939. Graz. Diss. 1941.
- Zondek B. Konservative Myomoperationen. Surg., gyn. a. obst., 1939, v. 69, p. 214; peф.: Zbl. f. Gyn., 1940, Jg. 64, H. 32, S. 1380.

## О Г Л А В Л Е Н И Е

От автора . . . . .	5
Введение . . . . .	7
<i>Глава I.</i> Оперативное лечение фибромиом матки . . . . .	14
Исторический обзор . . . . .	14
Наши установки при лечении больных фибромиомами матки . . . . .	37
<i>Глава II.</i> Радикальные операции при фибромиомах . . . . .	40
Наши модификации радикальных операций . . . . .	40
Результаты применения радикальных операций . . . . .	43
<i>Глава III.</i> Техника консервативно-пластических операций . . . . .	58
Операции без вскрытия полости матки . . . . .	62
Операции со вскрытием полости матки . . . . .	72
<i>Глава IV.</i> Наши наблюдения по применению консервативно-пластических операций на матке . . . . .	136
Показания к операции . . . . .	141
Подготовка к операции и анестезия при консервативно-пластических операциях на матке . . . . .	148
Разрез брюшной стенки . . . . .	150
Характер консервативно-пластических операций и сопутствующие вмешательства . . . . .	152
Осложнения по ходу консервативно-пластических операций на матке . . . . .	158
Послеоперационный период и его осложнения . . . . .	160
<i>Глава V.</i> Переливание крови при оперативном лечении фибромиом . . . . .	167
<i>Глава VI.</i> Отдаленные результаты консервативно-пластических операций . . . . .	170
<i>Глава VII.</i> Казуистические случаи . . . . .	187
Выводы . . . . .	203
Заключение . . . . .	205
Литература . . . . .	206

Александров Михаил Сергеевич

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОМИОМ МАТКИ

Редактор *К. В. Порай-Кошиц*

Техн. редактор *Ю. С. Бельчикова*

Корректор *Н. П. Фокина*

Переплет художника *М. В. Большакова*

Слано в набор 8/VII—1957 г. Подписано к печати 18/VI—1958 г. Формат бумаги 70×108/16 = 6,75 бум. л. 18,50 печ. л. + 3,42 печ. л. вкл. 19,99 уч.-изд. л.

Тираж 10 000 экз. Т06062. МН-76.

Медгиз, Москва, Петровка, 12

Заказ 501. 1-я типография Медгиза, Москва, Ногатинское шоссе, д. 1

Цена 11 р. 35 к. Переплет 2 р.