
Проф. И. Л. БРАУДЕ

**НЕОТЛОЖНАЯ
ОПЕРАТИВНАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

19  32

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

Проф. И. Л. БРАУДЕ

НЕОТЛОЖНАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ,
РАБОТАЮЩИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ
ПРАКТИКЕ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА—1932

О Т А В Т О Р А

Написать предлагаемую книжку побудил меня опыт занятий с врачами, показавший, что вопрос о методах оказания экстренной помощи при генитальных кровотечениях является для них наиболее актуальным, так как в этом вопросе они в своей практической работе особенно часто чувствуют неуверенность, а подчас и беспомощность.

Внедрение женского труда в производство, ведущее к большому охвату женщин медицинской помощью, оказываемой уже на медпунктах фабрик и заводов, развитие социалистического сектора сельского хозяйства, вызывающее расширение сети организаций здравоохранения в колхозах и совхозах, приближает медицинских работников к массе женского населения, среди которого случаи генитальных кровотечений распространенное явление. Это расширяет круг врачей, для которых книга предназначается.

Кровотечения, связанные с беременностью, принято в руководствах относить в курс акушерства. Однако в жизни лечебных заведений такого строгого подразделения на случаи чисто гинекологические и чисто акушерские не бывают. Так например в гинекологических отделениях больниц постоянно встречаются случаи кровотечений, связанных с различными видами выкидыша, с другой стороны, методика операции, применяемая при повреждениях половых органов, во многих случаях одинакова как у беременных, так и небеременных. Из этих соображений в план настоящего издания включены кроме чисто гинекологических кровотечений также и некоторые виды кровотечений при беременности.

Вопрос о достаточно хорошем освещении операционного поля является более трудным. Здесь мы не будем обсуждать наиболее целесообразных способов освещения операционной комнаты в образцовом лечебном заведении, а коснемся только вопроса о способах освещения в примитивной обстановке. Если операция происходит днем и производится через влагалище, то для хорошего освещения операционного поля достаточно придвинуть операционный стол к незавершенному окну, чтобы получить достаточно света. При производстве операции брюшностеночным путем света, даваемого окном, может оказаться недостаточно, если приходится оперировать в глубине таза при положении больной на наклонной плоскости. Здесь, как и при производстве операции при отсутствии дневного света, приходится пользоваться искусственным светом. Там, где есть электричество, операционное поле может быть прекрасно освещено при помощи достаточно яркой лампочки. Для того чтобы яркий

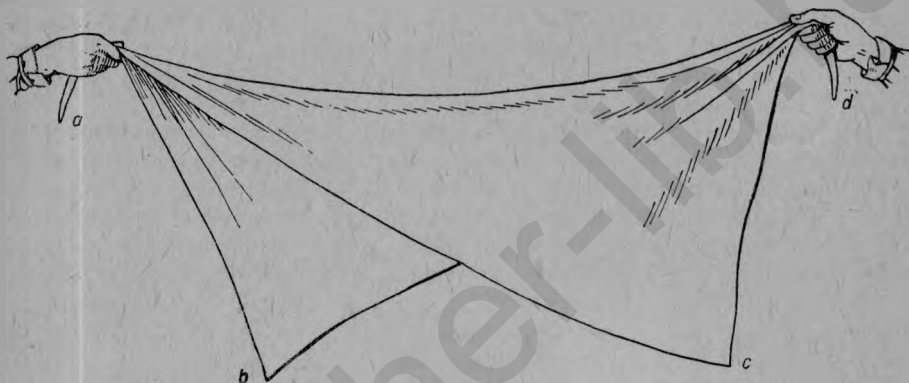


Рис. 1. Простыня, или большая скатерть, берется двумя лицами за 2 противоположных конца *a* и *d*, лежащих наискось

свет не слепил оператора, желательно одевать на нее металлический или иной рефлектор. Лампочку помещают на соответствующем месте. При работе в глубине таза свет от переносной лампочки лучше направлять при помощи специального лица. При отсутствии электрического освещения пользуются любым источником света, например керосиновой лампой. Губарев советует пользоваться факелами, составленными из свечей: „3 свечи связывают марлевым бинтом, а затем обертывают бумагой или полотенцем, чтобы стекающий стеарин не жег руки. Можно свечи поместить в эмалированную кружку“.

В качестве операционного стола можно применить любой стол, лишь бы он был достаточно крепок, чтобы выдержать больную. При влагалищных операциях можно положить больную поперек кровати, если кровать достаточно высока. Оператор помещается на соответственно низком сидении, так, чтобы ему во время операции не приходилось слишком сильно наклонять голову. Если оператор сидит слишком низко, то руки его во время операции будут все время приподняты, что весьма утомительно. Лучше всего, если оператор усаживается так, что его горизонтально поднятые руки, находятся на уровне наружных половых органов больной.

Ноги больной, одетые во избежание охлаждения во время операции в чулки, по возможности стерилизованные, должны быть согнуты в коленных и тазобедренных суставах и притянуты к туловищу. В этом положении они должны поддерживаться специальными ногодержателями (очень удобны ногодержатели Отта) либо одним или двумя помощниками.



Рис. 2. Простыня закручивается в одну сторону

На простом столе и при отсутствии ногодержателей, при недостатке в помощниках, ногодержатели можно прекрасно импровизировать из одной простыни. Делается это следующим образом: длинная простыня берется двумя лицами, например больной и врачом, за два противоположных конца *a* и *d* (рис. 1) и закручивается в одну сторону (рис. 2). Толстую середину полученного жгута кладут под шею больной, а два длинных конца *a* и *d* проводят под притяну-



Рис. 3. Из простыни получился жгут. Толстую середину этого жгута кладут под шею больной. Оба длинных конца *a* и *d* проводят под притянутыми к туловищу коленными суставами по направлению с внутренней стороны колена к наружной. Каждый из длинных концов жгута завязывают с соответствующим коротким концом, т. е. конец *a* связывают с концом *b*, конец *d* с концом *c*

тыми к туловищу коленными суставами по направлению с внутренней стороны на наружную и связывают их с короткими и с (рис. 3).

Если производится чревосечение, и во время его необходимо придать большой тренделенбургское положение, то на простом столе это является делом весьма трудным, требующим изобретательности и импровизации. Одним из таких способов является перекидывание ног больной через плечи стоящего спиной к ней помощника.

Невозможно производить операцию вне больничной обстановки, если нет готового стерилизованного материала, ибо стерилизовать без специального аппарата — автоклава — можно только инструменты, которые можно выварить в любой кастрюле, самоваре и пр. При небольших оперативных пособиях, как выскабливание, зашивание небольших ран, можно обходиться без стерилизованного в автоклаве перевязочного материала и довольствоваться кусками марли или ваты, прокипяченными в простой кастрюле или каком-нибудь сосуде с крышкой и затем отжатыми продезинфицированной рукой. Прекрасным аппаратом для приготовления и сохранения стерилизованной воды является самовар.

ОБЩИЕ ПОКАЗАНИЯ К НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кровотечение из половых органов всегда является тревожным симптомом. Редкая женщина сохраняет спокойствие при виде струи жидкой крови, смачивающей белье и стекающей по бедрам, или сгустков крови, вываливающихся из влагалища. Обращаемость женщин к врачебной помощи по поводу кровотечений всегда большая. Испуганная этим симптомом женщина прежде всего ждет от врача экстренных мероприятий для остановки кровотечения. Остановка кровотечения необходима не только для успокоения психики больной; в громадном числе случаев необходимость принятия срочных мер диктуется и объективным положением вещей, ибо сильное кровотечение вызывает состояние острого малокровия. Правда, однократную острую потерю крови даже в большом количестве женщины переносят хорошо. Но это только в том случае, если кровотечение быстро ликвидируется. Определить для всех случаев в точности то максимальное количество однократно теряемой крови, которое еще переносится организмом женщины, невозможно. Большую роль при этом играет состояние сердечно-сосудистой системы: женщины со здоровой сердечно-сосудистой системой переносят острые потери крови несравненно лучше, чем женщины с болезнями этой системы.

Судить о количестве потерянной крови по величине кровавых пятен на белье или по окраске тех жидкостей, в которые попала кровь, как например мочи или промывной жидкости и т. п., совершенно невозможно, ибо кровь обладает способностью весьма интенсивно окрашивать уже в небольших количествах. Скорее можно оценить кровопотерю по величине и количеству имеющихся кровавых сгустков. Обычно же решение вопроса о количестве потерянной крови весьма затруднительно, особенно потому, что врачу приходится оказывать экстренную помощь в случаях, когда кровоте-

ние началось в его отсутствии и в его распоряжении нет следовательно объективных данных, а имеются только анамнестические, на которые в вопросах о кровопотере полагаться отнюдь нельзя.

Исход же кровотечения, вопрос о жизни или смерти, зависит именно оттого, сколько женщина до того потеряла крови и каково ее общее состояние, ибо после бывшей уже большой кровопотери женщине достаточно иногда потерять совсем немного крови, чтобы наступила смерть.

Поэтому, оказывая помощь при кровотечениях, врачу необходимо прежде всего быстро ориентироваться в отношении состояния больной и в зависимости от оценки этого состояния составить себе план действий.

Уже первое впечатление, которое производит вид больной, дает и первые данные для оценки ситуации: общеизвестно значение той или иной степени бледности кожи и видимых слизистых оболочек, характера пульса и дыхания. Особенно велико значение двух последних факторов. Несмотря на большую бледность, пульс может быть удовлетворительным как по своей полноте, так и по частоте (80 ударов в минуту), дыхание достаточно глубокое, ровное и медленное (около 20). Это значит, что сердечно-сосудистая система хорошо справляется с кровопотерей и важные для жизни центральные органы, как сердце, мозг, снабжаются за счет периферической кровеносной системы удовлетворительно. Непосредственной угрозы для жизни в данный момент еще нет. Иначе обстоит дело, если пульс плохого наполнения и частый. Чем хуже наполнение, чем легче сдавливается артерия, чем большее количество ударов в минуту мы насчитываем (120 и больше), тем серьезнее положение. Сердечная слабость нарастает. Поверхностное учащенное дыхание указывает на кислородный голод даже в том случае, если пульс не учащен, а даже замедлен.

Таким образом угрожающими симптомами при кровотечениях являются: бледность кожных покровов и слизистых с посинением губ, слабый, частый или неровный пульс и поверхностное, учащенное дыхание. Появление одышки ухудшает прогноз даже в том случае, если пульс не ускорен, а замедлен. К этому присоединяются явления, указывающие на малокровие мозга: головокружение, потемнение в глазах, звон и шум в ушах, повторная рвота. Холодный, липкий пот, заострившиеся черты лица, расширенные зрачки, беспокойный взгляд и нарастающее общее беспокойство, усиливающаяся одышка при еле прощупываемом, нитевидном пульсе — грозные признаки приближающейся гибели от острого малокровия.

При этом, повторяю, кровотечение в данный момент может быть вовсе и невелико, но ведь и небольшая кровопотеря может повести к смерти, если организм уже в значительной мере обескровлен предшествовавшим кровотечением.

Отсюда вытекает и линия поведения врача, призванного оказать помощь кровоточащей женщине. Совершенно очевидно, что при всяком сильном кровотечении необходимо прежде всего начать с остановки кровотечения, а затем уже принять необходимые меры для поднятия сердечной деятельности и для борьбы с явлениями малокровия. Только в том случае, если при кровотечении причиной

падения сердечной деятельности является не столько кровопотеря, сколько болезненное состояние сердечно-сосудистой системы, следует сперва применить возбуждающие сердечную деятельность средства, а затем уже заняться остановкой кровотечения. Но эти случаи редки. Выявляются они отчасти благодаря достаточно точному знакомству с характером и объемом кровопотери, главным же образом при помощи учета данных исследования сердечно-сосудистой системы. Как правило при всяком кровотечении из половых органов, угрожающем по своей интенсивности или вызывающем явления малокровия, необходимо прежде всего остановить это кровотечение. Надежная и окончательная остановка кровотечения возможна лишь после того, как будет определен источник этого кровотечения. С этого следовательно и нужно начинать.

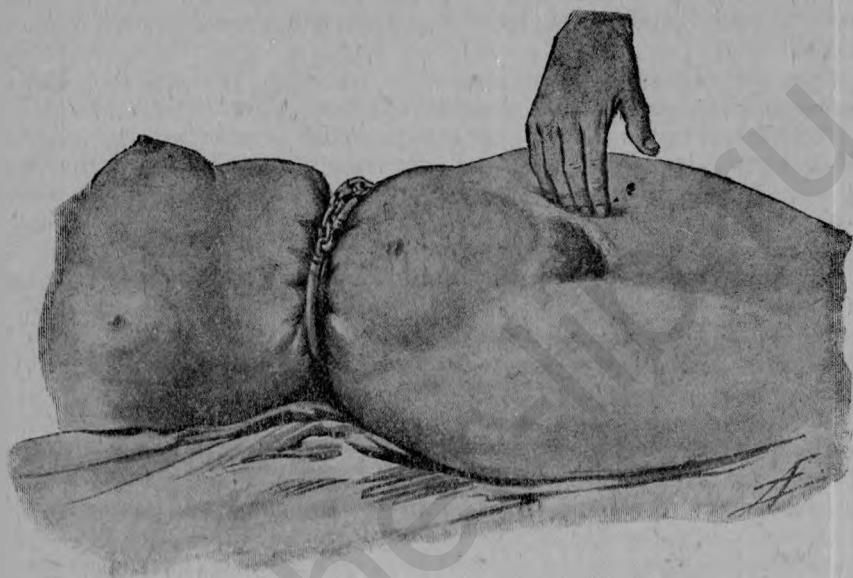
Могут однако встретиться и такие случаи, когда кровотечение настолько сильно, а явления малокровия так быстро нарастают, что врач не имеет возможности путем планомерного обследования отыскать источник кровотечения, особенно если ему приходится оказывать пособие без всякой посторонней помощи и притом в неблагоприятной обстановке. Он принужден тогда действовать с наибольшей быстротой и применить хотя бы в качестве временной меры такой метод кровоостановки, который обеспечивал бы успех независимо оттого, каков источник данного кровотечения. Такие случаи встречаются главным образом в акушерской практике (разрывы шейки, тяжелые атонические кровотечения и пр.). В гинекологической практике они являются редкостью (тяжелые по вредения).

МЕТОДИКА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ДО ВЫЯСНЕНИЯ ЕГО ИСТОЧНИКА

Универсальным методом остановки кровотечения из половых органов является прижатие брюшной аорты. Однако только в редких случаях послеродовой атонии под влиянием этого метода наступают длительное сокращение матки и окончательная остановка кровотечения. Обычно же прижатие аорты является временной мерой, которая преследует лишь цель выиграть время для перевода больной в соответствующее больничное учреждение или для подготовки ее к операции. Прижатие аорты к позвоночнику может быть произведено при помощи кулака. Но при этом способе оно может быть, во-первых, только весьма кратковременным и, во-вторых, не годится для транспортирования больной в больницу. Поэтому круг применения этого способа прижатия аорты весьма ограничен. Длительное прижатие аорты возможно путем перетягивания талии жгутом Момбурга до прекращения кровообращения ниже места перетяжки. Жгут должен быть крепкий, толщиной в палец. Перед наложением следует убедиться в его прочности. Если перетягивание талии будет недостаточно сильным и кровообращение в артериальной системе ниже перетянутого места не прекратится, то этим будет достигнут только венозный застой, и эффект такого наложения жгута выразится в усилении кровотечения. Жгут наложен правильно, если пульс бедренной артерии прекратился (рис. 4).

Простой резиновый жгут должен быть завязан двойным или даже тройным узлом. На рис. 4 мы видим специальный жгут, снабженный для закрепления крючком и цепью.

Наложение жгута является мерой почти героической, ибо она далеко небезопасна. К опасностям, сопряженным с этим методом, принадлежит травма кишечника и развитие в нем геморрагических инфарктов при продолжительном оставлении жгута на больной. Наиболее же тяжелыми и притом частыми осложнениями бы-



Р и с. 4. Резиновым жгутом (жгут Момбурга) талию больной перетягивают так, чтобы кровообращение ниже места перетяжки прекратилось. Пульс на бедренной артерии должен исчезнуть

вают явления со стороны органов дыхания и кровообращения. Опасность, возникающая от исключения из кровообращения нижней половины туловища в момент наложения жгута и от внезапного повышения вследствие этого кровяного давления невелика. Для предотвращения ее Момбург считает достаточным медленное затягивание жгута. Значительно большую опасность представляет собою момент снятия жгута с наблюдающимися при этом резким падением кровяного давления. Для уменьшения этой опасности Момбург и другие авторы советуют перед снятием жгута забинтовывать снизу доверху обе нижние конечности, а затем после снятия жгута только медленно и постепенно разбинтовывать их. Прием этот впрочем считается некоторыми авторами бесполезным. Факт наблюдающегося нарушения сердечной деятельности находит себе еще объяснение в том, что по снятии жгута кровь из нижней половины туловища, перегруженная CO_2 , устремляется к сердцу и вызывает повреждение его нервного аппарата.

Сколько времени жгут может быть оставлен на больной, точно сказать трудно. Его оставляют на $\frac{1}{2}$ часа, а иногда и долее, пока все

не будет приготовлено к операции или пока больная не будет доставлена в ближайшую больницу. Из сказанного ясно вытекает, что прибегать к этому способу остановки кровотечения следует только в случаях действительно крайней необходимости. Но все же, имея при себе жгут, врач будет чувствовать уверенность в том, что в случае нужды он в состоянии временно остановить всякое кровотечение из половых органов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Если кровопотеря не привела больную в состояние такого тяжелого малокровия, когда всякое промедление угрожает ее жизни, если пульс и дыхание в удовлетворительном состоянии, но кровотечение все еще продолжается, то прибегать к прижатию аорты для остановки кровотечения не следует. В этих случаях необходимо прежде всего отыскать источник кровотечения и в зависимости от диагноза предпринять то или иное вмешательство.

Поэтому, быстро ориентировавшись в общем состоянии больной, врач сразу приступает к гинекологическому осмотру.

Кровь, смачивающая наружные половые органы, может вытекать как непосредственно из них, так и из соседних органов — мочеиспускательного канала и мочевого пузыря или прямой кишки. Кровотечения из мочевых путей и заднепроходного отверстия, строго говоря, не относятся к вопросам неотложной помощи в гинекологии. Да и кровотечения эти редко бывают таковы, чтобы требовать экстренной помощи. Для дальнейшего образа действий однако весьма важно точно установить, из какой системы кровь течет. При кровотечениях из мочевых путей применяют общие мероприятия, как постельный режим и пр. Из местных способов лечения применяют промывание мочевого пузыря прохладными вяжущими растворами. Для дальнейшего лечения больную необходимо передать в руки специалиста. При кровотечениях из заднего прохода также употребляют вяжущие промывания, свечи и т. п. Если же оказывается, что кровотечение происходит из половых органов, то приступают к гинекологическому исследованию. При этом надо остерегаться упущений в отношении асептики. К сожалению погрешности в этом отношении совершаются чаще всего именно при таких волнующих событиях, как неожиданное профузное кровотечение. Панике поддаются не только больная и ее близкие, но и неопытный врач и его помощники. В стремлении как можно скорее остановить кровотечение подающие помощь легко упускают из виду, что малейшая оплошность, ведущая к нарушению правил асептики, может при кровотечениях из половых органов повлечь за собой самые тяжелые последствия. Не раз уже радость первой победы в борьбе с кровотечением тяжело омрачалось последующим септическим процессом, возникшим или развившимся вследствие того, что при оказании помощи была внесена инфекция извне, или потому, что находившимся в половом тракте бактериям был дан толчок к дальнейшему проникновению и развитию. Первая чреватая своими последствиями погрешность в асептике совершается нередко даже не во время самого оперативного пособия, а еще до того, именно

при отыскании источника кровотечения — при первом гинекологическом исследовании. Не только недостаточная дезинфекция рук врача или употребляемых им инструментов является причиной инфекции, но также и плохая подготовка больной при оказании ей первой помощи.

В этом повинны не только неопытные молодые врачи, а нередко и врачи со стажем. Совсем нередко можно наблюдать, как в приемных покоях, амбулаториях кладут кровоточащую женщину на гинекологическое кресло и исследуют через влагалище, необмыв даже вульвы, которая остается покрытой присохшей, нередко разложившейся, кровью. Что толку в том, что врач помыл себе при этом руки или даже одел стерильную перчатку, когда при введении пальца во влагалище он вводит в него инфекции с неподготовленной вульвы. Но даже и в отношении дезинфекции рук при исследовании кровоточащих женщин врачи очень часто ограничиваются теми же способами, которые они применяют при исследовании всякой амбулаторной больной. А ведь разница здесь громадная; если при гинекологическом исследовании женщины, у которой кровотечения и свежих повреждений в половом аппарате нет, в вагину вносится некоторое количество бактерий, не обладающих специфическими свойствами, как гонококк или особо вирулентные виды стрептококка и т. п., то в неповрежденном влагалище эти бактерии развития не получают и быстро отсюда исчезают. Повседневную аналогию мы имеем в акте совокупления, когда во влагалище вводятся бактерии, в изобилии населяющие препуциальный мешок. Другое дело, если те же бактерии попадают на поврежденную поверхность влагалища или шейки или вносятся во влагалище при начавшемся выкидыше, когда путь в abortирующую матку с ее зияющими сосудами и омертвевшим содержимым открыт. Тут эти бактерии получают весьма благоприятные условия для своего развития и могут вызвать тяжелую инфекцию.

Конечно, когда женщина кровоточит, то необязательно, чтобы источником кровотечения было свежее повреждение органов полового тракта или выкидыш. Причиной кровотечения могут быть новообразования, как рак и др., когда бояться каких-либо последствий от введения вульгарных бактерий в вагину не приходится. Но ведь знать этого наперед нельзя. Анамнез не всегда дает ключ к выяснению вопроса. Иногда больная сообщает заведомо ложные анамнестические данные. Например, желая скрыть беременность, она сообщает неправильные сведения о сроке последней менструации. Больная может быть беременна, сама того не подозревая, если в срок ожидаемой менструации у нее появилось кровотечение (угрожающий выкидыш). Анамнестические данные могут даже повести по совершенно ложному пути. Каждый опытный гинеколог встречался со случаями кровотечений у старух, особенно у вдов, совершенно отрицающих половую жизнь, у которых анамнестические данные говорили скорее за новообразование, меж тем как в действительности причиной кровотечения оказывался разрыв влагалища, происшедший во время полового акта.

Бывает, что женщины упорно отрицают не только беременность, но и самый половой акт, меж тем причиной кровотечения является повреждение влагалища или матки при попытке вызвать выкидыш.

Нужно впрочем отметить, что с ростом культурного уровня женщины у нас в Союзе случаи заведомого введения врача в обман на почве старых предрассудков, ложного стыда и пр. встречаются все реже и реже. Остаются однако многочисленные случаи, когда и добросовестно сообщаемые анамнестические данные не дают ясно-го представления о причине кровотечения. Поэтому нужно взять за правило следующее: приступая к исследованию кровоточащей женщины, когда еще не знаешь, откуда и отчего кровоточит, необходимо исходить из того, что причиной кровотечения могут быть такие патологические изменения, которые требуют строжайшего соблюдения асептики как при исследовании, так и при оказании оперативной помощи

Как же практически осуществить эти требования? Прозеинфицировав руки, приступают прежде всего к осмотру наружных половых органов. Если они не повреждены, и кровь вытекает из влагалища, то наружные половые органы вместе с прилегающей к ним поверхностью лобка, бедер и промежности обмывают мылом и теплой водой или раствором лизоформа и таким образом очищают всю поверхность, окружающую вход во влагалище, от крови, легко присыхающей к волосам и образующей благодаря этому более или менее плотно сидящие корки.

Лучше всего весь этот туалет произвести не рукой, хотя бы и продезинфицированной, а тупферами, т. е. кусками стерильной ваты или марли, захваченными длинным пинцетом или корыпапгом. После того, как вся область вульвы очищена от запекшейся крови, раздвигают, как это делается при всяком гинекологическом исследовании, половые губы и при помощи свежего тупфера и струи дезинфицирующего раствора, льющейся из эсмарховской кружки, очищают вход во влагалище, особенно тщательно все складки, между которыми могут скопляться выделения. Только после этого приступают к исследованию влагалища при помощи вновь тщательно продезинфицированной руки или стерилизованного влагалищного зеркала. Если анамнез указывает на то, что мы имеем дело с выкидышем или со свежим повреждением половых органов, которые потребуют немедленного оперативного вмешательства, то наряду с обмыванием наружных половых органов производят тут же и бритье волос в окружности вульвы, т. е. к гинекологическому исследованию готовят женщину так же, как это делают перед всякой влагалищной операцией. Что касается влагалищной трубки, то ее до выяснения диагноза не дезинфицируют, ибо при открытых кровоточащих ранах или открытой полости матки метод очищения влагалища при помощи дезинфицирующих растворов может принести вред, внося инфекцию вместе с жидкостью в более глубокие отделы полового тракта или самой раны.

Какой из методов гинекологического исследования применить сначала — исследование при помощи пальца или зеркал?

Иногда вопрос о последовательности в применении обоих приемов несуществен, в других же случаях ответ на этот вопрос может дать анализ анамнестических данных. Если он говорит за то, что мы имеем дело с повреждением влагалища или шейки, то целесообразнее произвести сначала осмотр при помощи зеркал; при аборте же начинают с исследования пальцем.

Повреждения наружных половых органов и промежности встречаются главным образом во время родов. Они редко влекут за собой угрожающие жизни кровотечения. Однако описаны и смертельные исходы при разрывах во время родов наружных половых органов, особенно при повреждениях пещеристых тел клитора или варикозно расширенных вен больших срамных губ. Что касается разрывов промежности, то опасные кровотечения при них являются величайшей редкостью. Тем не менее значение их для будущей жизни больной столь велико, что немедленное оперативное лечение этих повреждений может быть отнесено к области неотложной оперативной помощи.

Большой редкостью являются повреждения наружных половых органов и промежности вне процесса родов. Причиной их могут быть поранения, непосредственно нанесенные каким-нибудь орудием или острым предметом, или они могут возникнуть в результате тупого приложения силы, например при падении с высоты на острый предмет. Мне однажды пришлось видеть полный разрыв промежности, происшедший во время опорожнения матки по поводу неполного выкидыша, когда молодой врач ввел два пальца во влагалище, а остальной рукой так надавил на промежность, что она тут же расплозлась. Подобные осложнения относятся к категории врачебных ошибок. Избегнуть их можно только путем получения правильной подготовки в оперативной гинекологии, почему и освещение этого вопроса не входит в рамки настоящего издания.

Диагностика повреждений наружных половых органов не представляет каких-либо трудностей. Эти повреждения распознаются путем простого осмотра. Необходимо только иметь в виду, что наружные повреждения могут распространяться в глубину на влагалище и соседние органы. Это бывает как при поранениях, нанесенных извне, так и при разрывах, начавшихся во влагалище и распространившихся по направлению кнаружи. Разрывы влагалища и промежности при родах являются повседневным примером последнего вида повреждений. Поэтому при осмотре недостаточно ограничиться одним констатированием наружного повреждения, а необходимо каждый раз установить размеры повреждения, его границы и те органы и ткани, на которые оно распространяется.

При поранениях, нанесенных извне острым или тупым путем, повреждения могут иметь самый разнообразный характер. Важно при этом прежде всего установить, имеются ли у больной поранения артериальных или венозных сосудов, пострадала ли целостность соседних мочевого органов и прямой кишки, не вскрыта ли тазовая брюшина и не повреждены ли при этом органы брюшной полости. Ориентироваться в этих вопросах не всегда легко. Трудности встречаются главным образом при больших повреждениях, возникающих в результате уличных катастроф, падение с большой высоты на острые предметы и т. п.

При оказании первой помощи вне больничной обстановки точная диагностика большей частью не может быть поставлена тотчас, ибо для этого, как и при большинстве несчастных случаев, требуется соответственная обстановка.

Здесь необходимо прежде всего позаботиться о том, чтобы до перевода больной в больничное учреждение кровопотеря не была бы значительной и чтобы имеющиеся наружные раны не были инфицированы. В этом отношении мероприятия гинеколога сводятся к общим мероприятиям по оказанию первой неотложной помощи в несчастных случаях, частью которых они и являются. На область наружных половых органов кладут стерильную повязку или — при профузном кровотечении — давящую повязку и переводят больную в лечебное учреждение.

Если повреждение нанесено в области клитора, то профузное кровотечение из его пещеристых тел может потребовать обкалывания кровоточащего места. Точно так же приходится иногда обкалывать лопнувшие варикозные расширения вен на наружных половых органах.

После помещения в надлежащую обстановку (лечебное учреждение или приспособленная под операционную комнату) больная с повреждениями наружных половых органов должна быть обследована подробно и тщательно как в отношении общего состояния, так и в отношении состояния полового аппарата.

Теперь должна быть поставлена точная диагностика и определены локализация и размеры полученного повреждения для чего кроме осмотра необходимо в зависимости от случая применить и другие доступные для данного врача методы исследования, как гинекологическое двуручное исследование через влагалище, исследование *per rectum*, исследование при помощи влагалищных зеркал, уретро-и цистоскопия, ректоскопия и пр.

Если при оказании первой помощи по поводу повреждений наружных половых органов приходится вне лечебного учреждения подчас ограничиваться наложением одной повязки без предшествующей дезинфекции поврежденной поверхности, то теперь при оказании окончательной помощи вопрос о дезинфекции операционного поля должен быть разрешен в положительном смысле уже потому, что и для диагностических целей необходимо очистить половые органы от волос, грязи, крови. В некоторых случаях приходится кроме того извлекать из половых органов или окружающих тканей проникшие туда инородные тела.

Прекрасным средством удалять с поверхности грязь и запекшуюся кровь является перекись водорода, которою смачивают ватный или марлевый тупфер. Если же вместо этого приходится производить простое обмывание водой или каким-нибудь дезинфицирующим раствором (лизоформ, борная кислота, марганцевокислый калий), то необходимо следить за тем, чтобы жидкость не затекала в самую рану, которая при обмывании покрывается стерилизованным материалом. За обмыванием следует бритье волос, а затем приступают к исследованию. Необходимо проследить, куда идет повреждение. Чаще всего продолжением разрывов промежности служат разрывы влагалища. Разрыв промежности может распространяться и на *sphincter ani* и на прямую кишку (полный разрыв промежности или разрыв 3-й степени). Если при полном разрыве промежности рана вовсе не будет зашита или при зашивании промежности не будет распознан имеющийся разрыв сфинктера прямой кишки, то функ-

ция сфинктера будет нарушена, и у больной останется недержание газов и кала.

Разрыв промежности и влагалища сам по себе как уже выше упомянуто было, непосредственной угрозой для жизни не является, так как опасных кровотечений обычно при нем не бывает. Тем не менее значение разрыва, особенно если это полный разрыв, для функций тазовых органов так велико, последствия его столь значительны, что скорейшее восстановление целостности нарушенных тканей является неотложной необходимостью. Поэтому лечение разрывов промежности и влагалища следует отнести к случаям неотложной оперативной помощи.

При зашивании указанных разрывов нужно иметь в виду, что целью операции является полное восстановление функции поврежденных тканей и органов. Даже при неполных разрывах это имеет большое значение. Что толку в том, если при глубоком разрыве 2-й степени будет спита кожа промежности и слизистая влагалища, а мышцы тазового дна останутся разошедшимися! Никуда не годный результат получится, если при зашивании разрыва 3-й степени разорванные круговые пучки жома заднепроходного отверстия не будут сшиты и при наличии целой промежности больная будет страдать недержанием газов и кала.

Для того чтобы правильно зашить разорванные ткани, нужна хорошая ориентировка. Рана должна быть полностью обнажена. Необходимо видеть границы повреждения, как вверх по направлению к влагалищному своду, так и в глубину. При больших разрывах трудно обойтись без наркоза. Больную кладут на стол или на поперечную кровать в положении для гинекологических операций с выдвинутым за край стола тазом. Для того чтобы обнаружить верхний конец разрыва, можно ввести во влагалище подъемник или большой стерильный тупфер, т. е. скатанную валиком марлевую салфетку, (или кусок ваты), захваченную корнцангом; можно также перевязать вату или марлю лигатурой, за которую и извлечь тампон после операции. При разрывах, происшедших во время родов, тупфер впитывает кровь, поступающую из матки и заливающую операционное поле, и тем облегчает ориентировку.

Часто, как это видно на рис. 5, разрыв задней стенки влагалища идет по обеим сторонам *columnae rugatum*. В изображенном на рисунке случае разрыв справа идет выше к своду, чем слева. Оператору, не имеющему большого опыта в такого рода операциях можно рекомендовать захватить концы разрыва клеммами и таким образом обозначить соответствующие друг другу точки, которые при зашивании должны быть соединены. На рис. 6 одной клеммой захвачен верхний конец разрыва, двумя клеммами захвачены концы разрыва в области задней спайки, еще двумя клеммами обозначены концы разрыва кольца заднепроходного отверстия. В качестве швейного материала применяют для поверхностных швов кетгут, шелк и сильк, для погружных—кетгут. Мы шьем нерезорбируемым материалом (шелк, сильк) только кожу промежности. При разрывах 3-й степени мы шьем тонким шелком также и слизистую прямой кишки по способу, который будет ниже описан. Для влагалища же и погружных швов мы всегда берем кетгут. Сначала мы зашиваем не-

прерывным или отдельными узловатыми швами влагалищную стенку, начиная от верхнего угла разрыва до задней спайки. Отдельной лигатурой зашивается задняя спайка (рис. 7) и наконец узловатыми лигатурами (шелк или сильк) зашивается промежность (рис. 8). Все швы проводятся в поперечном направлении слева направо. При

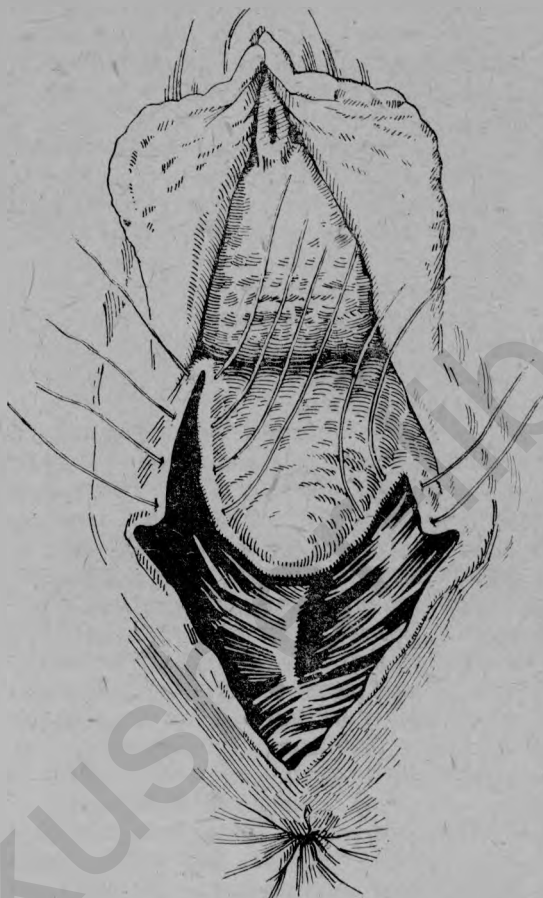


Рис. 5. Разрыв промежности 2-й степени. Разрыв задней стенки влагалища идет по обеим сторонам *colit-nae rugatum*, справа выше к своду, чем слева. Для зашивания стенки влагалища справа проведены 4, а слева 2 лигатуры

зашивании промежности нужно помнить, что разорванные мышцы разошлись в стороны, поэтому, проводя лигатуры через кожу промежности, нужно тщательно подхватывать иглой и глубже лежащие разошедшиеся ткани. Для соединения разошедшихся мышц промежности можно провести также несколько отдельных погружных лигатур из тонкого кетгута.

Применяемый некоторыми способ сшивания промежностно-влагалищного разрыва только со стороны промежности (не зашивая отдельно слизистой влагалища) при помощи глубоких швов, про-

водимых через всю толщу промежностной раны, менее целесообразен. Этот способ нужно оставить для тех случаев, когда операция производится без всякой помощи, вследствие чего хорошо обнажить разрыв в глубине влагалища бывает затруднительно.

Особенную тщательность необходимо проявлять при зашивании разрывов 3-й степени. Так как здесь мы имеем дело с глубокими

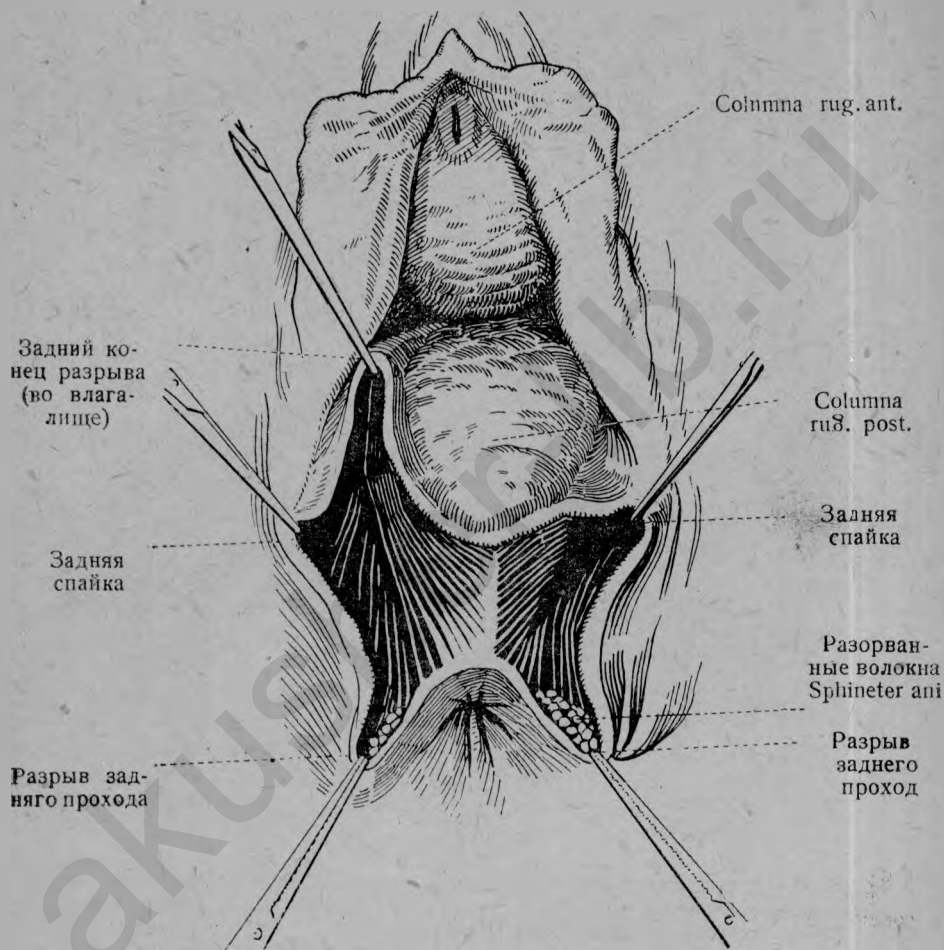


Рис. 6. Полный разрыв промежности (3-й степени).
Обнажение операционного поля (из Бумма)

разрывами мышечно-фасциальных пластов, то и расхождение краев раны бывает более значительным, а концы разорванной круговой мышцы сфинктера ретрагируются и исчезают в глубине. Между тем главная задача в этих случаях состоит прежде всего в том, чтобы надежно сшить глубокие части: прямую кишку и сфинктер. Выполнив эту часть операции, мы превращаем разрыв 3-й степени в разрыв 2-й степени, который теперь должны будем зашить по вышеуказанному методу.

Штеккель советует начинать зашивание со сфинктера, дабы превратить разошедшуюся широкую рану прямой кишки в щелевидную. Мы считаем более целесообразным начинать зашивание с верхнего угла разрыва прямой кишки. Распространен и почти общепринят следующий метод зашивания кишки: тонкие лигатуры из шелка или кетгута (чаще применяется последний) проводятся через

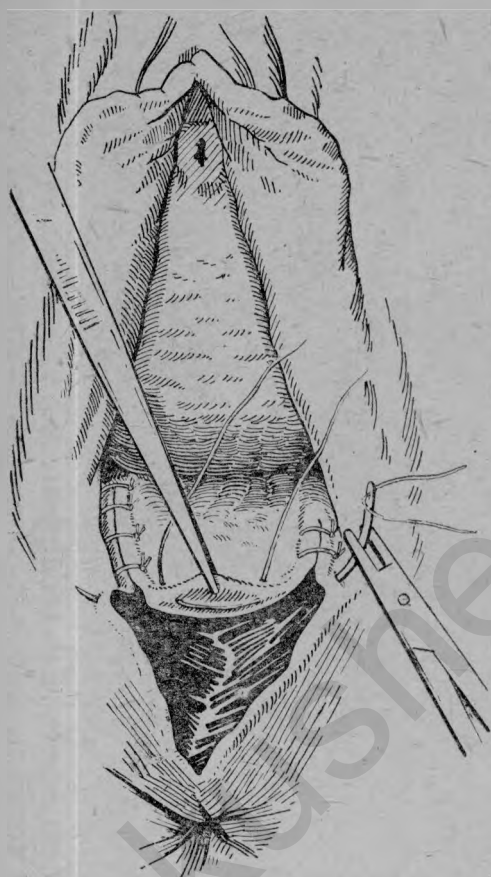


Рис. 7. После зашивания влагалища игла с шелковой лигатурой проводится для соединения концов разорванной задней спайки

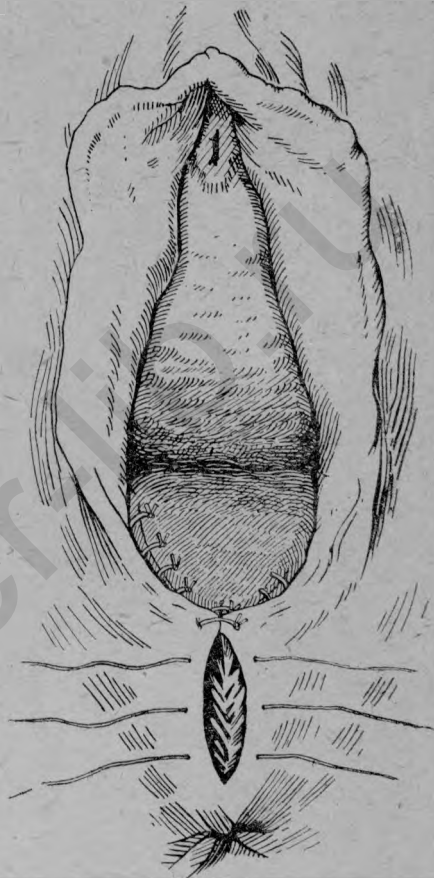


Рис. 8. Проведены шелковые лигатуры для соединения краев раны промежности

края кишечной стенки так, чтобы игла не прокалывала самой слизистой, а только подслизистую (рис. 9). После завязывания лигатура будет тогда лежать вне просвета кишечной трубки и с последним сообщаться не будет. Для того чтобы края слизистой кишки плотно прилегали друг к другу, необходимо эти швы проводить таким образом, чтобы (при проведении лигатур влево направо) на левой стороне выкол, а на правой—вкол происходили на границе слизистой. Для точного выполнения указанных требований (а для успешного заживления оно необходимо) нужно обладать не только известной техникой, но и иметь нужный комфорт: удобную обстановку, хорошее освещение, достаточную ассистенцию. При наличии

этих условий результаты получаются хорошие. Но когда приходится оказывать оперативную помощь в обстановке, не отвечающей указанным требованиям, то легко делаются упущения, которые могут вредно отразиться на процессе заживления и повести к неудовлетворительным результатам. Мы применяем другой способ, который

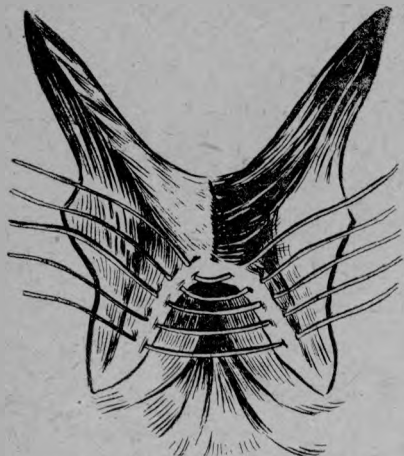


Рис. 9. Зашивание полного разрыва промежности. Наложение швов на кишечную стенку. Лигатуры проводятся через края кишечной раны так, чтобы игла не прокалывала слизистой оболочки (из Бумма)

не требует такой педантичности и прекрасно выполняется при менее благоприятных условиях для оперирования. Зашивание начинается, как и при предыдущем способе, с верхнего угла разрыва. Для швов берется тонкий шелк. Лигатура проводится через слизистую кишки так, чтобы после завязывания узел лежал на слизистой в просвете кишечной трубки. Для этого игла вкалывается на одной стороне разрыва, например правой, со стороны слизистой и выходит наружу со стороны подслизистой. На другой же стороне выкол делается со стороны подслизистой, а выкол происходит со стороны слизистой. Лигатура оставляется длинной и узел остается лежать в просвете кишки. Следующие лигатуры проводятся таким же образом. При этом нужно соблюдать следующие правила: каждая уже завязанная лигатура при проведении следующей не потягивается вверх, как это делается обычно, а, наоборот, оставляется висеть к



Рис. 10. Зашивание полного разрыва промежности. Наложение швов на кишечную стенку. Сшивается слизистая кишки так чтобы узлы лежали в просвете кишечной трубки

низу (рис. 10) При описании этот метод может показаться сложным, в действительности же он чрезвычайно прост и гораздо легче и быстрее выполняется, чем описывается.

После того как слизистая кишка на всем протяжении разрыва зашита, следует шов жома заднепроходного отверстия. Это очень ответственный шов, ибо от него зависит, будет ли мышца функционировать или нет. Этим швом должны быть захвачены концы кольцевой мышцы, которые после разрыва ретрагировались и скрылись в глубине. Концов этих в ране не видно. Но, зная местоположение неповрежденного сфинктера, легко представить себе приблизительно то место с обеих сторон разрыва, где концы разорванной мышцы скрылись. Здесь и нужно их извлечь из глубины. Это делают при помощи небольшой круто изогнутой иглы, которую проводят со стороны раны на одной стороне и тут же круто выкалывают; на другой стороне ране продельвают то же самое (рис. 11). Концы сфинктера могут быть также соединены лигатурой, проведенной со стороны кожи промежности (рис. 12). Теперь, когда слизистая прямой киш-



Рис. 11. Зашивание полного разрыва промежности. Шелковые лигатуры, которыми зашита кишечная рана, видны в заднепроходном отверстии в виде пучка. Проведена кетгуттовая лигатура со стороны раневой поверхности для соединения концов сфинктера

Рис. 12. Для соединения концов сфинктера проведена шелковая лигатура со стороны кожи промежности

ки зашита, мы соединяем рядом погружных тонких кетгуттовых швов глубокий слой раны, прилегающий к зашитой слизистой, т. е. мышечный слой кишки с окружающей клетчаткой. Разрыв 3-й степени превратился в глубокий разрыв 2-й степени, который и зашивают обычным способом. Шелковые лигатуры, которыми при этом методе зашита прямая кишка, остаются следовательно лежать в просвете кишеч-

ной трубки и по окончании зашивания в виде пучка выглядывают из заднепроходного отверстия. Дальнейшая судьба их такова, что они постепенно начинают прорезываться. А так как узел лежит в просвете кишки, то и прорезываются они туда же и постепенно выходят наружу. Стенка же кишки к этому вре-

мени оказывается уже зажившей. Этим методом я пользовался на протяжении всей своей оперативной деятельности, как в свежих случаях, так и при операциях старого разрыва 3-й степени и неизменно получал хорошие результаты. Простота этого метода делает его особенно ценным для тех случаев, которые приходится оперировать без наличия клинического комфорта.

Предложение некоторых авторов, зашивать промежность через сутки или более после родов, для того чтобы исчезла отечность тканей и тем облегчилась ориентировка, мы не считаем целесообразным. Другое дело, если врач, которому приходится подать первую помощь, недостаточно владеет техникой зашивания. Особенно это относится к случаям разрыва 3-й степени. Плохой результат зашивания влечет за собой тяжелые последствия не только потому, что разрыв не срастается, но еще и потому, что при пластической операции, которую придется делать впоследствии, ввиду безуспешности первой операции могут встретиться большие трудности. По данным Rùth'a результаты повторных операций также неблагоприятны. Поэтому, чем плохо зашить непосредственно после разрыва, лучше операцию отложить, если есть возможность передать больную другому, более опытному товарищу или если возможно из неблагоприятной для операции обстановки перевести ее в благоприятную.

Небольшие разрывы промежности, для которых требуется 1—2 шва, и разрывы влагалища можно зашить без всякой анестезии, так как влагалищная стенка мало чувствительна к боли. Можно уменьшить чувствительность к боли предварительным впрыскиванием морфия. При больших разрывах, особенно у чувствительных больных, лучше применять обезбоживание, иначе трудно бывает правильно зашивать. Выбирать здесь, как обычно при операциях, приходится между общим наркозом, люмбальной и местной анестезией. Общий наркоз представляет общеизвестные преимущества и недостатки. Так как операция зашивания промежности и влагалища не отнимает много времени, то и отрицательные стороны общего наркоза, хотя бы и очень короткого, требуются определенные условия. Если они выполнены, то общий наркоз является тем методом анестезии, который позволяет наиболее быстро, спокойно и тщательно произвести операцию. Навряд ли уместно применять люмбальную анестезию для короткого оперативного вмешательства, которое подчас производится в примитивной обстановке. Что касается местного обезбоживания, то при всех своих преимуществах оно для данной операции имеет тот недостаток, что отечность тканей, которая получается при инфильтрационной анестезии, может мешать хорошей ориентировке в топографических отношениях разорванных тканей. Меньшими недостатками в этом отношении обладает проводниковая анестезия, т. е. метод более центрального обезбоживания нервных стволов, питающих область промежности и влагалища с их окружающими тканями. Но зато этот метод в данной области не так прост и требует известной технической подготовки.

Ведение послеоперационного периода имеет большое значение для результатов операции при разрывах 3-й степени. При неполных разрывах послеоперационный уход весьма прост и сводится

к следующему: после того как рана зашита, ее покрывают стерильной закладкой, которую меняют по мере того, как она пропитывается выделениями и загрязняется, и не менее трех раз в сутки. Каждый раз после мочеиспускания наружные половые органы обливаются из кружки Эсмарха струей чистой кипяченой воды или слабым раствором борной кислоты, перекиси водорода или марганцевокислого калия. Рана не протирается. Ноги больной первые несколько дней держат связанными, но при этом больная может двигать конечностями, ложиться на бок и т. п. Диета особого значения для заживления разрыва не имеет. Если разрыв был глубоким и доходил до прямой кишки, то клизмы ставить избегают, а если нет самостоятельного стула, то на 3-й день дают легкое слабительное. После дефекации производится тщательный туалет, но сама рана не протирается, а только обливается дезинфицирующим раствором. Если температура больной нормальная, то часто осматривать рану и раздвигать для этого ноги излишне и даже вредно. Если все идет хорошо, то больную кладут на стол на 6-й, 7-й день для снятия кожных швов.

После операции разрывов 3-й степени, ведение послеоперационного периода отличается от предыдущего. Прежде всего следует позаботиться о том, чтобы пов кишечника не подвергался травме со стороны каловых масс. Необходимо избегать того, чтобы дефекация произошла ранее того времени, когда пов будет уже обладать известной прочностью, каковым сроком можно считать 6—7 дней. Необходимо также, чтобы при первой дефекации каловые массы не были объемисты и имели мягкую полужидкую консистенцию. Особенно важно соблюдение последнего условия. Соответственно этим требованиям и должна назначаться диета и регулироваться действие кишечника. Для достижения обеих целей мы назначаем строгий режим в отношении диеты: больные получают в первые 5 дней только жидкость (сладкий чай, кофе, с небольшим количеством молока, бульон без примеси, минеральные воды, фруктовые соки), на 6-й день кроме жидкости дают пюре из слив, яблок, моркови. На 7-й день та же диета. В этот же день дают слабительное. В последующие дни пищевой рацион постепенно усиливается. С 10-го дня больная переходит на общий стол. Швы с промежности удаляются на 6—7 день. Если кишечник был зашит шелком, то лигатуры, лежащие внутри прямой кишки и выходящие из anus'a вовсе не удаляются, а отходят постепенно сами. Для того чтобы не было преждевременного действия кишечника, некоторые дают в первые дни опий, другие, наоборот, для того чтобы первый стул был жидкий, назначают с первого дня жженую магнезию. Я не применяю ни того, ни другого и главное значение придаю строгой диете. При соблюдении указанного режима я на протяжении своей 20-летней оперативной деятельности не имел ни одного случая операции по поводу свежего или старого разрыва 3-й степени, где бы рана не зажила. Если даже методике операции придавать главное значение, то во всяком случае благоприятные результаты говорят а то, что послеоперационный период проводился правильно.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЛАГАЛИЩА: ОПУХОЛИ, РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА

Если кровотечение не исходит из поврежденных наружных половых органов или из разрыва девственной плевы при первом половом акте, то источник его нужно искать дальше и продолжить исследование в восходящем направлении. Источником кровотечения может быть влагалище. Здесь могут локализоваться кровоточащие опухоли, как рак, хорионэпителиома. Нередко у женщин наблюдаются разрывы влагалища, возникшие во время полового акта. Старые авторы, как Винкель Брейский Славянский, Верт и др. отрицали возможность разрыва влагалища во время полового акта или полагали, что не самый половой акт, а сопутствующие грубые манипуляции рукой, каким-нибудь предметом и пр. вызывают разрыв. Многочисленные наблюдения последних лет показали, что разрывы влагалища во время полового акта — явление не столь редкое; так например на материале Клинической октябрьской б-цы в Киеве, собранном за 10 лет (1920 — 1929) М. К. Венцковским на 4 215 гинекологических больных наблюдалось 46 случаев травматически поврежденных влагалища *sub coitu*, не считая случаев профузного кровотечения из разорванной девственной плевы. Среди больных нашей клиники за 2 года (1925 — 1927) А. А. Плотников наблюдал 6 случаев разрывов влагалища *sub coitu*. Не останавливаясь на этиологии этого повреждения, отметим только то обстоятельство, что разрывы влагалища *sub coitu* возникают не только при растлении малолетних, при половых сношениях с подростками, при пороках развития половых органов, при изнасиловании и пр., но нередко встречаются также у нормально развитых женщин, живущих более или менее продолжительное время половую жизнью. Из 161 случая, собранных Венцковским, в 61 случае разрыв произошел при дефлорации, 100 женщин жили до этого половой жизнью, а у 49 из них имелись в анамнезе одни или несколько родов.

К врачебной помощи больные прибегают в этих случаях обычно вскоре или тотчас после полового акта, при котором произошел разрыв, вызвавший профузное кровотечение. Иногда, если кровотечение не было вначале очень сильным, больные обращаются за помощью позже, когда при новом *coitus'e* кровотечение возобновляется. Таким образом в большинстве случаев помощь по поводу кровотечения приходится оказывать в свежих случаях повреждения влагалища. Наиболее частой локализацией разрывов влагалища *sub coitu*, если не считать разрывов девственной плевы с продолжением их на влагалище, является задний свод, следующее место по частоте занимают боковые своды, реже всего повреждается передний свод. Разрывы правого свода встречаются чаще, чем левого (Нейгебауер Вонштедт, Венцковский и др.)

При резком несоответствии между мужским половым органом и влагалищем, как это бывает в случаях растления малолетних взрослыми, или при пороках развития женских половых органов, поврежденная, ведущие к тяжелым кровотечениям, могут иметь разнообразный характер: разрыв девственной плевы может распространиться на уретру; случается, что половой член, минуя отверстие девственной

плевры, прорывает промежность и проникает в *septum recto-vaginale* или даже *rectum* и т. п.

Среди случаев, собранных Нейгебауером (цит. по Фюту), в 4 случаях разрыв заднего свода сопровождался вскрытием брюшины заднего Дугласа, в одном из них через отверстие выпали петли кишок.

Кроме кровотечения последствием разрыва влагалища могут быть также боли, обмороки; в дальнейшем разрывы влагалища могут осложниться воспалительными процессами тазовой клетчатки, брюшины, сепсисом. Хотя в большинстве случаев прогноз благоприятный, однако описаны и смертельные случаи как от острого малокровия (случай Вихмана), так и от сепсиса (случай Розова и Кечера), параметрита, перитонита (случай Гиммельфарба). По Нейгебауеру на 157 случаев наблюдалось 22 смертных случая от малокровия, сепсиса, параметрита, перитонита.

Если из анамнеза известно, что обильное кровотечение возникло у здоровой до того женщины во время полового акта, то даже при отсутствии видимых повреждений в области наружных половых органов или девственной плевы можно с большой вероятностью предположить, что причиной кровотечения является повреждение влагалища. Особенно наводят на эту мысль такие анамнестические данные, которые считаются предрасполагающими моментами, например неправильное положение во время полового акта, чрезмерная агрессивность мужчины, особенно в состоянии опьянения, и пр. или имеются данные, указывающие на благоприятствующие моменты для разрыва влагалища, как старческая атрофия, недоразвитие, послеоперационные рубцы.

Но если даже угрожающего кровотечения в данный момент нет, если со времени сокоупления прошло уже некоторое время, то все же немедленно должно быть произведено обследование больной для установления характера и локализации повреждения, ибо разрыв влагалища может оказаться проникающим в брюшную полость. Поэтому в каждом случае, в котором подозревается разрыв влагалища, необходимо произвести исследование.

В то время как обычно гинекологическое исследование начинают с исследования при помощи пальца, а затем уже приступают к исследованию при помощи зеркала, здесь целесообразнее сначала произвести осмотр влагалищных сводов, где обычно локализуются эти разрывы, при помощи зеркал. Тогда под контролем глаза можно удалить из влагалища скопившиеся сгустки, затем непосредственно осмотреть влагалищные стенки и установить локализацию разрыва. Если брызжущих сосудов нет и кровотечение в этот момент остановилось, если также нет побочных повреждений, то дальнейшее вагинальное исследование пальцем излишне. Если все же необходимо определить состояние внутренних половых органов, то целесообразнее это сделать *per rectum*.

Диагностировать разрыв влагалища при помощи зеркал обычно не представляет затруднений: в свежем состоянии целевидный разрыв слизистой, из которого в большем или меньшем количестве струится кровь, распознается легко. Нередка могут возникнуть затруднения, если осмотр производится через более или менее продолжительное время, когда рана уже гранулирует, а кровотечение вновь появилось при повторном половом акте. В одном

случае у пожилой женщины, присланной с предположительным диагнозом — рак влагалища, я обнаружил в заднем своде продолговатую возвышающуюся над уровнем кровоточащую при дотрагивании полоску грануляционной ткани. Мягкая консистенция и отсутствие распада подарили мысль о том, что здесь имеется подживающий разрыв влагалища, происшедший во время полового акта. Больная, сначала отрицавшая половой акт затем в нем созналась, когда через несколько дней наступило полное заживление. В другом случае в нашу клинику поступила больная с диагнозом: рак влагалища, при осмотре у нее оказалась перфорация заднего свода, происшедшая, как мы предположили, при попытке вызвать криминальный аборт. Больная погибла от перитонита, причем до самой смерти отрицала не только вмешательство при беременности, но и самую беременность и даже половую жизнь (она была вдовой). Вскрытие подтвердило клинический диагноз.

В тех случаях, когда есть подозрение на повреждение соседних органов, ограничиваться исследованием влагалища только при помощи зеркал и воздерживаться от исследования пальцем из-за боязни возобновления кровотечения или инфекции конечно бессмысленно.

Подготовка больной к исследованию в этих случаях ограничивается бритьем и дезинфекцией наружных половых органов. Влагалище до исследования ничем не обрабатывается.

Неотложная помощь, которую необходимо оказывать в свежих случаях повреждения влагалища, сводится к остановке кровотечения. Если имеются брыжжующие сосуды, то они захватываются клеммами и перевязываются. В отдельных случаях можно оставить на сутки или двое клеммы во влагалище без замены их лигатурами. Обычно удается остановить кровотечение при помощи тампонации влагалища стерилизованным материалом: марлей или ватными тампонами. Одну предосторожность я советую при этом соблюдать, а именно не пользоваться для тампонации поврежденного влагалища мелкими кусками материала, ибо в случае разрыва, проникающего в брюшную полость или в окружающую паравагинальную тазовую клетчатку, мелкие куски марли или ваты могут затеряться в этих пространствах. Поэтому для тампонации влагалища необходимо пользоваться большими марлевыми салфетками или еще лучше целым марлевым бинтом (рис. 13). Если приходится тампонировать ватой, то брать для этой цели следует ватные тампоны, снабженные длинной тесьмой или крепкой ниткой. Тампон оставлять на сутки. Чтобы облегчить удаление тампона Фюльс советует смочить его перекисью водорода. При обширных разрывах, особенно если для остановки кровотечения были

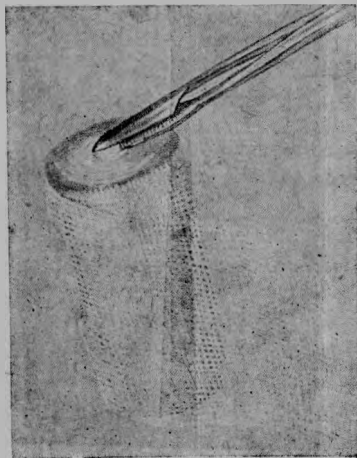


Рис. 13. Бинт захватывают корцангом, пулевыми или другими щипцами сбоку за центральную часть. При помощи вращательного движения инструмента в одну сторону бинт во время тампонации постепенно разматывается

наложены на сосуды лигатуры, целесообразно соединить края разрыва при помощи швов.

Зашивание раны необходимо производить при всех свежих разрывах, проникающих в соседние органы: мочевого пузыря, прямую кишку. При операции таких разрывов необходимо иметь соответствующий больничный комфорт.

Особой подготовки к операции помимо той, которой подверглась больная перед исследованием (дезинфекция наружных половых органов), не требуется. Влагалище может быть вытерто перекисью водорода и осторожно смазано иодной настойкой так, чтобы она не затекала в глубину раны.

Техника зашивания. Если при операции имеется достаточная помощь для того, чтобы хорошо обнажить концы разрывов, то соединение краев начинается с наиболее высоко лежащего конца разрыва.

Если сразу не удастся хорошо обнажить вершину разрыва, то первую лигатуру проводят на доступной высоте, а затем, потягивая за эту лигатуру, постепенно обнажают и зашивают выше- и нижележащие части разрыва. Иногда приходится края разрыва сглаживать ножницами.

При глубоких разрывах швы, соединяющие края раны, подхватывают подлежащую ткань. Однако лигатуры не следует проводить слишком глубоко, дабы не повредить соседнего близлежащего органа. Если разрыв проникает в соседние органы — мочевого пузыря и прямую кишку, то сначала зашивают отдельно эти полые органы, а затем уже зашивают влагалище. В мочевого пузыря после зашивания его вставляют постоянный катетр. Если после зашивания разрыва кровотечение продолжается, необходимо наложить дополнителный шов на то место, которое кровоточит. Если кровоточит не край раны, а кровь вытекает между швами из глубины, то причиной кровотечения является неперевязанный сосуд в глубине. В этом случае бесполезно накладывать новые лигатуры на края разрыва. Необходимо швы распустить, раздвинуть края раны, захватить кровоточащий в глубине сосуд и перевязать его, или обколоть диффузное кровоточащее место и только после того как кровотечение остановится, вновь соединить швами края разрыва. Если через отверстие в заднем своде выпали кишечная петля или сальник, то эти органы, если они не повреждены, вновь возвращаются в брюшную полость, а отверстие либо зашивают наглухо, если нет подозрения на инфекцию, либо тампонируют. При повреждении кишечной петли производят лапаротомию.

Зашивание побочных повреждений (мочевого пузыря, прямой кишки) производят только в том случае, если ранние свежие. Если же со времени возникновения его прошло некоторое время, то рана уже обычно бывает инфицирована. Ее поэтому не следует зашивать, а лишь тампонировать. Операции же на мочевом пузыре или прямой кишке откладывают на то время, когда рана зарубцуется. На это время в поврежденный мочевой пузырь вводят через уретру постоянный катетр, который оставляется на 8 дней, в течение которых небольшое отверстие в пузыре может самопроизвольно закрыться.

Разрывы влагалища, проникающие в брюшную полость или соседние органы, возникают чаще всего при попытках вызвать выкидыш

при помощи какого-нибудь инструмента или предмета домашнего обихода (веретено, спица, гвоздь и т. п.). Так как эти попытки производятся всегда рукою невежды в вопросах асептики, то и случаи эти необходимо а priori рассматривать как инфицированные и соответственно этому вести открытое лечение раны. Редко встречающиеся случаи повреждения влагалища, возникшие от падения на острый предмет (кол, вилы и т. п.), дают аналогичную картину; лечение их проводится по тому же принципу. Не исключена однако возможность в свежем случае повреждения, если не произошло грубого загрязнения раны, таковую зашить. Дальнейшее тщательное наблюдение за раной и общим состоянием больной покажет, развивается инфекция или нет. В случае успешного исхода оперативного вмешательства выигрыш для больной будет особенно велик в тех случаях, когда разрыв сопровождается повреждением мочевого пузыря или прямой кишки. Вот почему в этих случаях врач скорее решится на зашивание раны, чем при разрывах неосложненных повреждениями соседних органов. В случае нагноения раны или распространения инфекции швы должны быть немедленно распущены, и рана должна подвергнуться открытому лечению.

Если при повреждении инородный предмет проник в глубину, то в свежем случае его необходимо удалить как, возможный источник инфекции. Если же со времени повреждения прошло некоторое время и инородный предмет уже начал осумковываться, то с удалением его следует лучше обождать, дабы не нарушить свежих спаек, способствующих локализации инфекционного процесса.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ШЕЙКИ МАТКИ

Если источник кровотечения из полового канала не находится во влагалище, то его следует искать в матке. Причиной маточного кровотечения, требующего экстренной помощи, могут быть повреждения, распадающиеся новообразования, встречающиеся на влагалищной части, шейке и теле этого органа, или остатки нормального или патологического плодного яйца.

Разрывы шейки. Повреждения влагалищной части и шейки матки встречаются помимо родов главным образом при абортах. Насильственное расширение цервикального канала легко может вызвать трещину не только слизистой, но и мышечной оболочки шейки. При расширении шейного канала расширителями Пегара разрыв узнается потому, что расширитель вводится совсем легко — гораздо легче, чем предудущий. При этом начинается обильное кровотечение. Глубокие внутренние разрывы шейки ведут к кровотечениям в клетчатку широкой связки с образованием здесь гематомы. При обильном кровотечении гематома может распространяться подбрюшинно далеко от места своего первоначального возникновения, например вверх вдоль мочеточника по направлению к почке. Исход зависит от того, поврежден ли кровеносный сосуд, какого он калибра, венозный он или артериальный. Если разрыв шейки своевременно распознан, то прежде всего необходимо немедленно прекратить все внутриматочные манипуляции. Если кровотечение

только наружное, если оно не артериального происхождения и в клетчатке гематома не образуется, то остановить его большей частью удается при помощи плотной тампонации влагалища. О методах лечения разрывов шейки, ведущих к образованию гематом в широкой связке или проникающих в брюшную полость или соседние органы см. ниже главу о прободении матки.

Разрывы влагалищной части и шейки матки, обнаруживаемые при осмотре больной по поводу обильного кровотечения, почти всегда являются результатом чего-либо вмешательства, хотя бы и упорно скрываемого больной. Чаще всего разрывы влагалищной части и шейки бывают боковые. Редкой причиной разрыва шейки являются повреждения, полученные при падении на острый предмет, проникающий через влагалище, и т. п.

Если кровотечение имеет артериальный характер, то необходимо захватить поврежденный сосуд и перевязать его лигатурой. Отыскивание поврежденной артериальной веточки может представить значительные трудности, так как образующаяся гематома мешает ориентировке.

При невозможности отыскать самый артериальный сосуд приходится в редких случаях перевязать соответствующую маточную артерию. Это можно сделать со стороны бокового влагалищного свода без предварительной препарировки. Для этого поступают следующим образом: влагалищная часть матки, захваченная щипцами (пулевыми или Museux), сильно оттягивается вниз. При помощи сильно изогнутой иглы проводят крепкую лигатуру (шелк или котгут) через влагалищный свод на высоте внутреннего маточного зева вдоль бокового ребра шейки матки, все время непосредственно касаясь его. Последнюю предосторожность особенно важно соблюдать для того, чтобы не захватить в шов мочеочника, который перекрещивает маточную артерию на близком расстоянии от ребра матки. Шов необходимо в то же время проводить достаточно глубоко, иначе артерия в него не попадет. После завязывания лигатуры кровотечение должно прекратиться.

Обкалывание маточной артерии со стороны бокового влагалищного свода вслепую представляет для мочеочника известную опасность, несмотря на соблюдение указанных мер предосторожности. Более безопасным методом является перевязка маточного сосуда после его обнажения. Для этого влагалищную часть матки оттягивают так же сильно вниз, как и в предыдущем случае. На границе прикрепления бокового влагалищного свода к шейке проводят разрез, который переходит немного как на переднюю, так и на заднюю поверхность шейки. Пальцем или тупфером отодвигают влагалищную стенку вверх, благодаря чему обнажается ребро надвлагалищной части шейки матки, вдоль которого можно легко обнажить маточную артерию и обколоть ее под контролем глаза. Маточная артерия перевязывается следовательно так же, как это делают при влагалищной экстирпации матки. Этот метод дает также возможность через разрез во влагалищном своде удалить образовавшуюся в клетчатке гематому. После этого край влагалищного разреза можно пришить на место к шейке или дренировать через него подбрюшинную клетчатку. Разрывы шейки, сопровождающиеся повреждением большой ветви маточной артерии, требующим перевязки самого со-

суда, встречаются редко. Обычно же при боковых разрывах шейки достаточно бывает сплести края разрыва несколькими отдельными лигатурами, чтобы кровотечение остановилось и влагалищная часть приобрела свою прежнюю форму. Для того чтобы хорошо обнажить разрыв шейки до верхнего его угла, необходимо обнажить зеркалами влагалищную часть матки, захватить переднюю и заднюю губу разорванного маточного зева щипцами, сильно вывести их и извлечь влагалищную часть наружу. Весьма легко стягивается шейка при беременности, особенно после родов.

Зашивать начинают с верхнего угла разрыва. (рис 14). Если верхний угол разрыва обнажить сразу не удается, то можно, как советует Штексель, провести первый шов на той высоте разрыва, который еще достигим; завязав этот шов, пользуются им как держалкой для того, чтобы при его помощи стянуть вниз вышележащий отрезок разрыва и сделать его доступным для глаза. Так постепенно проводят лигатуры до верхнего угла разрыва, а затем и вниз до наружного маточного зева. Швы должны проходить через всю толщу раны и не слишком близко к ее краю, для того чтобы при завязывании они не прорезались, что особенно легко может случиться при беременности, когда ткани разрыхлены. Если после наложения всех швов кровотечение из шейки продолжается, то очевидно, что лигатуры не захватили кровоточащего сосуда. Причина такой неудачи может быть в том, что разорванный сосуд ретрагировался и скрылся в глубине раны по направлению к стенке таза. Тогда нужно указанным выше способом обколоть маточную артерию. Если же была повреждена сама маточная артерия и ее центральный конец ретрагировался в глубину клетчатки, то отыскивание его со стороны влагалища представляет столь большие трудности, что целесообразнее будет не терять понапрасну время и произвести перевязку сосуда *per laparotomiam*.

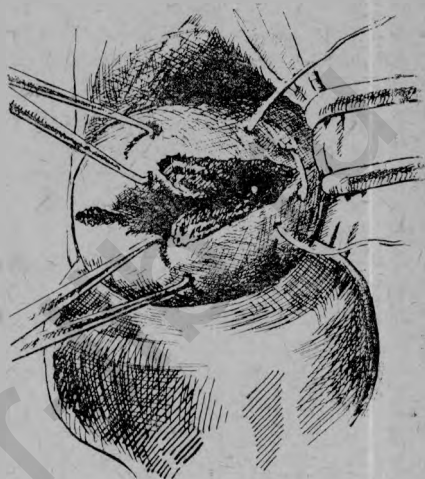


Рис. 14. Передняя и задняя губа маточного зева захвачены пулевыми щипцами. Ими шейка низведена и оттянута вправо. Крючком или подъемником срамные губы и боковая стенка влагалища отодвинуты влево. Левосторонний разрыв шейки обнажен до верхнего его угла. Лигатуры проводят через всю толщу шейки

Новообразования шейки. Новообразования шейки, дающие очень обильные кровотечения, обычно бывают злокачественного характера и требуют поэтому радикальной операции. Если таковая не выполнима потому, что случай является запущенным и неоперабельным, или потому, что условия данного момента не позволяют произвести операцию кровотечения пытаются остановить тампонадией влагалища. Тампонадия влагалища, играющая столь большую роль в борьбе с генитальными кровотечениями при раке шейки матки, не рекомендуется. Прежде всего во время самой тампонадии кровотечение может

значительно усилиться вследствие происходящей при этом травматизации распадающегося новообразования.

Тампонация, которая для достижения цели должна быть плотной, закупоривает влагалищную трубку и тем прекращает всякий отток наружу ихорозных выделений, ведет к задержке их в половом канале со всеми вытекающими отсюда последствиями. Опасность распада опухоли и распространения инфекции пытались ослабить тем, что пропитывали материал, применяемый для тампонации, вяжущими и дезинфицирующими средствами. Но большого влияния это не оказывает. Поэтому тампонация при злокачественных опухолях является небезопасным средством. В этих случаях целесообразнее удалить сначала распадающуюся массу при помощи ложки или кюретки, а затем смазать рану иодом. Если кровотечение все-таки не останавливается, то по совету Губарева к поверхности раны плотно прикладывают марлю, смоченную в спирте, и оставляют ее на 2—4 часа. Еще лучше произвести теперь коагулизацию раны, т. е. оставшейся плотной части новообразования, при помощи каленого железа или аппарата Пакелена.

Коагутизация до полного обугливания является одним из лучших паллиативных средств при лечении распадающихся и кровоточащих злокачественных опухолей шейки матки. Необходимый инструментарий для этого — трубчатое зеркало из дерева. Преимущество деревянного зеркала то, что оно не накаляется, как металлическое, чем избегают ожогов. Дезинфицируется зеркало при помощи мыльного спирта и погружением его перед операцией на несколько часов в раствор сулемы. Для самой коагутизации употребляют каленое железо, аппарат Пакелена или гальванокоаутер. Мы пользовались всегда Пакеленом. Деревянное зеркало во время коагутизаций охлаждают, поливая его из кружки Эсмарха холодной водой.

Необходимо соблюдать при коагутизации большую осторожность, чтобы не прожечь мочевого пузыря или прямую кишку. Но, с другой стороны, коагутизация должна производиться энергично до полного обугливания ткани. Кровотечение должно совершенно прекратиться. Получившийся кратер смазывают иодной настойкой, крепким карболовым раствором или присыпают иодоформом, дерматолом и тампонируют иодоформенной марлей. Некоторые рекомендуют тампонировать мешочками из марли, наполненными белой глиной. Марлю мы удаляем на 2-й день и с 6—7-го дня начинаем спринцевания влагалища прохладным раствором боровской жидкости или перекиси водорода.

ВЫКИДЫШ

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К АКТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ.

Источником кровотечения может быть беременная матка. Кровотечение при беременности из полости матки означает всегда начавшуюся отслойку плодного яйца, т. е. нарушение беременности. Отслойка эта может быть частичной, явлением временным, эпизодом, который в дальнейшем, в конце беременности или при родах, особенно же в последовом периоде, может быть и скажется вновь, но в дан-

ный момент может пройти без того, чтобы беременность прервалась. Мы говорим тогда об „угрожающем“ 66 выкидыше, подразумевая, при этом угрозу не в отношении жизни и здоровья больной а в отношении продолжения беременности. При „угрожающем“ выкидыше кровотечения не бывают угрожающими. Если при беременности наступает такое сильное маточное кровотечение, что во избежание обескровления больной необходимо оказать немедленную помощь, то дело идет о начавшемся или неполном выкидыше. В ту или иную рубрику выкидыш относят в зависимости от того, находится ли еще в полости матки все яйцо или только его остатки. Экстренность же в оказании помощи зависит от интенсивности кровотечения и степени кровопотери. Как уже выше указывалось, оценка величины происходившего кровотечения со стороны самой больной или ее окружающих редко бывает правильной; большей частью мы здесь встречаем преувеличения. Большую ценность анамнестические данные имеют тогда, когда они указывают на большое количество кровяных сгустков или большую величину этих сгустков. Объективным же данным, указывающим на большую кровопотерю является та или иная степень малокровия. Но если даже значительного малокровия нет, то как раньше уже подчеркивалось, никогда нельзя предвидеть, какая еще хотя бы и небольшая кровопотеря будет той последней каплей, которая переполнит чашу и приведет больную в опасное состояние.

С другой стороны, необходимо отметить, что смертельные кровотечения при выкидышах, если они неосложнены повреждением органов, встречаются чрезвычайно редко. В литературе зарегистрированы только единичные случаи смерти при выкидыше от кровотечения. В действительности их конечно больше, так как плохие исходы редко служат предметом сообщения. Но все же они представляют весьма редкое явление. В доказательство этого приводится обычно заявление Гегара о том, что на протяжении 40 лет своей деятельности он ни разу не наблюдал случая смерти от кровотечения при аборте в первые месяцы беременности. Со своей стороны я могу подтвердить, что на протяжении своей более чем 20-летней работы я таких случаев также не наблюдал. Подобных заявлений вероятно может быть сделано немало. Опасаться плохого исхода при кровотечениях нужно особенно при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (Гейнеман). Было бы однако большой ошибкой, исходя из указанных наблюдений, недооценивать значение кровотечений при выкидыше. Большие кровопотери ослабляют организм, делают его малоустойчивым в отношении инфекции и таким образом, если не прямо, то косвенно подвергают жизнь больной опасности. К тому же неотложность врачебной помощи обуславливается не одной смертельной опасностью. Неотложная помощь должна оказываться не только там, где вопрос решается о жизни и смерти, а также и в тех случаях, где она может ускорить выздоровление и предотвратить осложнения. С этой точки зрения выкидыш очень часто требует скорейшего опорожнения матки, ибо выкидыш всегда сопровождается кровотечением, часто очень обильным. Это кровотечение может быть различной длительности в зависимости от механизма отделения яйца от стенок матки. Если яйцо отделяется в надлежащем слое (спонгиозном) и целиком изгоняется

из матки, то мы имеем дело с полным выкидышем, по окончании которого кровотечение приостанавливается. При выкидышах более позднего срока (свыше 3¹/₂ месяцев) механизм выделения плодного яйца иной: здесь аборт происходит уже по типу родов. Но при обоих механизмах только в некоторых случаях плодное яйцо изгоняется полностью. Очень часто при выкидыше задерживаются остатки плодного яйца особенно в трубных углах матки. Такие остатки могут служить началом образования плацентарного полипа. В других случаях плодное яйцо, задержавшееся в матке, пропитывается благодаря обильному кровотечению кровью и превращается постепенно в кровяной или затем в мясной занос или в редких случаях в так наз. missed abortion. Во всех этих случаях кровотечения принимают затяжной характер. Задержавшиеся части плодного яйца могут инфицироваться. Обе опасности лучше всего предотвращаются немедленным опорожнением матки. Таким образом врачебное вмешательство при выкидыше является одновременно и лечебным и профилактическим мероприятием. При оценке значения кровотечения необходимо также считаться с психическим состоянием больной и ее окружающих. Ничто так не пугает человека, как сильное кровотечение. При кровотечении всякий больной требует от врача немедленной эффективной помощи. В условиях участковой работы помощь при кровотечениях нередко приходится оказывать на месте и тут же оставлять больную. При этих условиях врач не может ограничиться полумерами, ставя дальнейшие мероприятия в зависимость от дальнейшего течения болезни, как это он может делать в лечебном заведении. В условиях участковой работы часто приходится разрешать вопрос на месте в окончательной форме, во избежание того, чтобы начавшееся вновь после некоторого перерыва кровотечение не застало больную без всякой врачебной помощи. Вот почему в очень многих случаях либо по абсолютным, либо даже по относительным показаниям при выкидыше необходимо оказывать экстренную помощь, которая должна надежно остановить кровотечение. Надежная же остановка кровотечения получается только после полного опорожнения матки. К этому следовательно и нужно стремиться, если условия разрешают и нет противопоказаний к оперативному вмешательству. Начнем с последнего вопроса. Какие могут встретиться противопоказания для оперативного вмешательства при выкидыше? — Противопоказанием к опорожнению матки является заведомое повреждение этого органа. Линия поведения врача, обнаружившего у больной прободение матки, будет зависеть от ряда условий, о которых будет идти речь ниже. Общее же правило гласит: в тот момент, когда врач, производящий опорожнение матки, обнаружил или хотя бы только заподозрил прободение матки, все внутриматочные манипуляции должны быть немедленно прекращены. Точно также нельзя приступать к опорожнению матки, если прободение было произведено другим путем. Противопоказано опорожнение матки оперативным путем при септическом аборте, если инфекция вышла за пределы полости матки и локализовалась в соседних органах и тканях или перешла в общую инфекцию. Таким же противопоказанием являются воспалительные процессы тазовых органов, особенно в острой или подострой стадии даже в том случае, если они возникли до аборта и независимо от него.

Каким бы способом, пальцем или кюреткой, ни опорожнять матку при наличии указанных осложнений вмешательство является опасным, ибо будет способствовать распространению и обострению процесса. В остальных случаях инфицированного аборта решение вопроса о наиболее целесообразном методе лечения вызывает много споров.

Остановимся подробнее на тех случаях, где активная терапия при аборте противопоказана. Если врач узнал от больной, ее близких, или из других источников, что в данном случае имело место вмешательство, при котором с помощью бука или какого-либо инструмента или предмета (веретено и пр.) сделана была попытка вызвать выкидыш, то случай следует проводить консервативно. Если кровотечение обильное и повреждения влагалища нет, то наиболее надежным методом остановки кровотечения является плотная тампонация влагалища. А затем, по мере надобности, дают сокращающие матку средства (эрготин, питуитрин и пр.), кладут на живот лед. Тампон оставляют на 12—24 часа. В некоторых случаях тампон вместе с другими указанными мероприятиями вызывает настолько энергичные сокращения матки, что плодное яйцо рождается и кровотечение прекращается или становится незначительным. Если после удаления тампона кровотечение не остановилось, тампонацию возобновляют. Этими мерами в большом количестве случаев опорожнение матки может быть достигнуто. Если даже полного опорожнения при этом не достигается, то все же достигается большая экономия крови. Консервативный метод лечения выкидыша имеет конечно свои крупные недостатки: затяжное течение, суммирование кровопотерь, опасность восхождения инфекции. Но если активное вмешательство может повести к тому, что начатое чужой рукой повреждение будет продолжено, то из двух зол выбирают меньшее, т. е. консервативное лечение. Труднее решить вопрос об опасности активного вмешательства, когда факта повреждения органов полового аппарата твердо установить нельзя. Но все же, если есть основание думать, что чья-то рука манипулировала в половом канале беременной при помощи инструментов, то осторожнее будет считать случай подозрительным на повреждение или, по крайней мере, на инфекцию. Экзогенная инфекция, внесенная при попытке вызвать выкидыш преступной рукой, бывает особенно тяжелой. И в этом случае активное вмешательство врача может дать худшие результаты, чем консервативный метод, так как всякое активное вмешательство при выкидыше сопровождается травматизацией.

При опорожнении матки пальцем травма еще более значительна, чем при выскабливании ибо при этом методе присоединяется еще и разминание тканей, в первую очередь стенки матки. Избегнуть этого невозможно, ибо для того, чтобы палец мог отделить плодное яйцо от стенки матки, необходимо поддерживать последнюю наружной рукой со стороны брюшной стенки. Таким образом матка, поддерживаемая и подпираемая наружной рукой, разминается пальцем другой руки, работающим в полости. Естественно, что такая травматизация органа ведет к быстрому распространению инфекции за пределы матки. Вот почему пальцевой метод опорожнения матки, несмотря на свои достоинства (меньшая опасность прободения, хо-

ропий контроль за тем, все ли удалено из полости и пр.), в инфицированных или подозрительных на инфекцию случаях не должен быть применен. Скорее в этих случаях еще можно допустить выскабливание. Но как общее правило необходимо в указанных случаях придерживаться консервативного метода лечения начавшегося выкидыша. Противопоказанием к активному вмешательству при выкидыше является наличие воспалительного процесса в области матки, яичников, труб, тазовой брюшины и клетчатки. При исследовании необходимо поэтому обратить внимание на те симптомы, которыми такое воспаление сопровождается. Помимо общих симптомов, как повышение температуры, ускорение пульса и пр., мы встречаем при воспалении в области половых органов болезненность осязаемых органов, отечность, припухлость, инфильтрацию тканей. Вовсе необязательно, чтобы все классические симптомы воспаления имелись в каждом отдельном случае налицо. Уже одна болезненность при пальпации должна обратить на себя внимание исследующего. Дальнейшим подтверждением распространяющегося воспаления при гинекологическом исследовании послужит болезненность в области параметрия или дугласова пространства. Опухоль придатков, экссудат в тазу сделают и для малоопытного врача очевидным, что имеется воспаление, абсолютно противопоказующее активный метод лечения. Но и консервативный метод лечения выкидыша, осложненного воспалительным процессом, должен быть также весьма осторожным в смысле травматизации тканей. При остром воспалении противопоказуется даже тампонация влажными, которая своим давлением производит также известную травму. В этих случаях стараются ограничиться применением одних сокращающих средств и холода на живот.

Труднее обстоит дело с решением вопроса о лечении выкидыша, когда местного воспалительного процесса в области полового аппарата пальпаторно обнаружить нельзя, меж тем как высокая температура и общее состояние указывают на наличие в организме инфекции. Инфекция может локализоваться в полости матки. Различали гнилостный или putridный аборт, когда источником лихорадки являются сапрофиты, вызывающие гнилостный распад содержимого матки и действующие на организм своими токсинами, и септический аборт, когда лихорадка имеет своим источником тканевую инфекцию, вызванную гноеродными бактериями (главным образом стрептококками и др.). При putridном аборте опорожнение матки приводит быстро к выздоровлению, хотя нередко после выскабливания наблюдаются еще потрясающий озноб и однократное повышение температуры до 40° как реакция на наводнение организма токсинами, происшедшее во время выскабливания. Но пульс при высокой температуре остается удовлетворительным. При септическом выкидыше, обусловленном тканевой инфекцией гноеродными бактериями, особенно если инфекция вызвана гемолитическими стрептококками, выскабливание может повести к прорыву лейкоцитарного вала и быстрому распространению инфекции по лимфатическим и кровеносным путям. Поэтому некоторые школы под влиянием учения Винтера (Winter) требуют применения в этих случаях консервативного метода лечения. Но тут приходится сталкиваться со следующими затруднениями: прежде всего позднейшими работами [Шоттмюллер и др.] установ-

лено, что этиологически различать оба вида лихорадящего выкидыша нельзя, так как и в случаях так называемого пупридного аборта может иметь место тканевая инфекция анаэробами, с другой стороны, гемолиз не может служить критерием для постановки прогноза. Главное же это то, что в громадном большинстве случаев при подаче неотложной помощи по поводу кровотечения при выкидыше у врача нет никакой возможности, а при профузном кровотечении нет и времени решать вопрос на основе бактериологического исследования. Поэтому если инфекция не внесена грязной рукой или инструментом при попытке вызвать так называемый нелегальный аборт, если нет повреждений и воспалительного процесса в области половых органов также установить нельзя, то при сильном кровотечении, особенно в условиях участковой работы, лучшим методом лечения выкидыша первых 2—2½ мес. является выскабливание. С другой стороны, не подлежит никакому сомнению, что активная терапия лихорадящего аборта целесообразна только при наличии действительно профузного кровотечения. Но если кровотечение по своей силе не внушает опасения, то при трудности распознать характер инфекции, при возможности легко проглядеть начало местного воспалительного процесса осторожнее будет не спешить с выскабливанием, если больная может быть оставлена под наблюдением. Но это уже вопрос из области лечения лихорадящего выкидыша. Нас же здесь интересуют только те случаи лихорадящего выкидыша, которые в силу опасного кровотечения требуют экстренной помощи. Экстренная же помощь в большинстве этих случаев, как было изложено в предыдущем, будет заключаться в немедленном опорожнении матки инструментальным путем, если нет таких противопоказаний, как повреждения половых органов или острые воспаления их.

Само собою разумеется, что активная терапия при лихорадящем выкидыше, как при всяком выкидыше, тогда достигнет цели, когда для выполнения ее имеются налицо условия, позволяющие проводить операцию бережно. При выкидышах более позднего срока, чем 3 месяца, если шейка сохранена и зев закрыт, условия для бережного проведения одномоментного способа опорожнения матки отсутствуют. Поэтому при профузном кровотечении экстренная помощь будет в таких случаях заключаться в тампонации, и только тогда, когда шеечный канал пропустит палец, опорожнение матки может быть произведено при помощи пальца же. В случаях лихорадящего выкидыша при закрытой шейке не следует торопиться с активным вмешательством еще потому, что появление лихорадки в самом начале выкидыша часто говорит за бывшее криминальное вмешательство. А в таких случаях уместнее всего придерживаться выжидательно-консервативного метода.

Лихорадка при выкидыше может иметь своим источником общинфекционное заболевание, которое и ведет к выкидышу. Причины, вызывающие выкидыш при инфекционных заболеваниях, разнообразны: часто здесь действуют токсины, вырабатываемые соответствующими бактериями, вызывающие геморрагический эндометрит с отслойкой плодного яйца. При брюшном тифе прерывание беременности происходит главным образом вследствие гибели плода, на который переходит инфекция. При некоторых заболеваниях, сопровождающихся осложнениями в дыхательных путях (грипп и др.

имеют также значение кашлевые толчки, застойные явления на почве затруднения в малом кругу кровообращения и пр. И в этих случаях яйцо со всеми его оболочками может выделиться целиком, причем значительного кровотечения может и не быть. В других же случаях профузное кровотечение может потребовать экстренного вмешательства. Высокая температура не должна служить противопоказанием к выскабливанию, если сильное кровотечение требует немедленной его остановки.

Комбинация выкидыша с заболеванием гриппом в последнее время особенно часто встречалась. По материалу Литвака из 14 случаев ранней беременности, осложненных гриппом, только в одном случае удалось сохранить беременность. Со стороны половых органов никаких осложнений не было как в тех случаях, в которых было произведено выскабливание, так и в тех, где аборт окончился самопроизвольно.

МЕТОДИКА ОПОРОЖНЕНИЯ МАТКИ

Дезинфекция наружных половых органов проводится обычным способом. Влагалище не спринцуются. Если при исследовании в нем оказываются сгустки крови или части плодного яйца, то они удаляются. Затем во влагалище вводятся ложки влагалищного зеркала, и под контролем глаза шейка матки и стенки влагалища тщательно протираются тупферами, смоченными спиртом или каким-нибудь дезинфицирующим раствором. Шейка смазывается йодной настойкой. При опорожнении пальцевым способом зеркала удаляются, при выскабливании заменяются другими. Рука, пальцы которой вводятся в полость матки, должна быть особенно надежно продезинфицирована. Лучше всего оперировать в резиновых перчатках.

Перед тем как приступить к опорожнению abortирующей матки, необходимо самым тщательным образом ориентироваться относительно величины и положения матки. Положение и величина матки определяются при помощи двуручного исследования. При наличии опухолей в тазу ориентировка может быть затруднена. Пальцевой способ опорожнения матки является наиболее безопасным и наиболее обеспечивающим полное опорожнение матки, но этот способ более мучителен для больной, поэтому для его применения нужен наркоз. Опорожнить матку можно одним или двумя пальцами в зависимости от раскрытия шейки и срока беременности. До $2\frac{1}{2}$ — 3 месяцев беременности можно обойтись одним пальцем. Во влагалище вводят половину руки или 2 пальца, в матку — указательный или лучше средний палец. Наружная рука со стороны брюшных покровов, надавливая на дно матки, как бы насаживает ее на палец, введенный в матку (рис.15). Таким образом активно работающий внутренний палец получает возможность при поддержке наружной руки достигнуть дна матки и произвести отслойку яйца. При комбинированной работе обеих рук яйцо отслаивается целиком, и только после этого внутренний палец выводится обратно во влагалище, а наружная рука выдавливает содержимое матки во влагалище. При более позднем сроке нужны 2 пальца. Если плод еще не родился, то сначала извлекают его, захватив 2 пальцами за ножку. Го-

ловка плода, как относительно большая часть, застревает чаще всего у внутреннего зева, и если слишком энергично тянуть за туловище, то головка отрывается и остается в полости матки. Поэтому после извлечения туловища плода головку, застрявшую у внутреннего зева, лучше прободать каким-нибудь пинцетом, после чего она легко извлекается вместе с туловищем. Если головка все же оторвется и останется в полости матки, то извлечь ее оттуда в целом виде очень трудно и приходится ее уменьшить в объеме. Для этого я применяю следующий прием: наружная рука об-



Рис. 15. Опорожнение беременной матки пальцем (из Бумма)



Рис. 16. Выжимание из полости матки оторвавшейся головки плода при помощи приема Креде

хватывает матку со стороны брюшных покровов, один или два пальца другой руки, введенные в полость матки, отыскивают в ней головку, направляют ее к стенке матки и так сказать припирают ее к последней, а так как наружная рука поддерживает в этом месте стенку матки со стороны брюшных покровов, то перфорировать головку при помощи находящегося внутри матки пальца очень легко. Перфорированную головку иногда удается зацепить пальцем за сделанное в ней отверстие и извлечь ее таким путем. В противном случае я для извлечения головки прибегаю к следующему приему: палец, находящийся в полости матки, вывожу во влагалище и наружной рукой выжимаю тело матки, как это делают для выжимания плаценты по способу Креде после родов; головка тогда проскакивает во влагалище, откуда ее легко удалить (рис. 16). Иногда головка не попадает сразу во влагалище и застревает в канале шейки, отсюда ее можно извлечь при помощи корнцанга или дру-

гих щипцов значительно легче и безопаснее, чем из полости матки. Для того чтобы извлечь плод из полости матки, захватив его за ножку, необходимо иметь возможность ввести в полость матки два пальца. Если же шейка пропускает только один палец, то низвести ножку невозможно. Можно тогда ввести вместе с пальцем корнцанг и под контролем этого пальца захватить инструментом ножку или другую часть плода и извлечь плод целиком или по частям.

Такой метод однако опаснее, чем удаление плода ручным способом; поэтому я прибегаю в этих случаях к приему, который я выше предлагал для извлечения оторвавшейся головки плода; в полость матки вводится указательный или средний палец, который отыскивает головку плода, припирает ее к стенке матки, поддерживаемой со стороны брюшных покровов другой рукой и, как бы на подставке, перфорирует головку плода. Этим же пальцем головка зацепляется, как крючком, и извлекается наружу (рис. 17). Если даже перфорированная головка не проходит свободно через шейку, то теперь несравненно легче и безопаснее захватить ее, зацепленную пальцем, при помощи инструмента, чем ловить ее тем же инструментом в полости матки. За извлечением плода следуют отслойка и удаление плаценты и плодных оболочек. Производится это опять-таки при помощи 1—2 пальцев и по возможности *in toto*. Если шейный канал пропускает только один палец, то легче произвести отслойку плаценты и оболочек не указательным, как обычно рекомендуется, а средним пальцем, как более длинным. Другая рука оператора энергичным давлением со стороны брюшной стенки насаживает матку на палец, введенный в ее полость. Отделив от стенки матки плаценту и оболочки, оператор выводит свой палец из матки во влагалище и выжимает наружной рукой матку, как при приеме Креде. Выжимание плаценты и оболочек из полости матки производится по Budin



Рис. 17. Извлечение плода из полости матки. Одной рукой оператор обхватывает матку со стороны брюшной стенки. Палец другой руки, введенный в полость матки, прижимает головку плода к стенке матки, поддерживаемой наружной рукой. Прободав головку пальцем, как крючком, извлекают ее наружу

еще следующим способом: 2 пальца внутренней руки оператор помещает в переднем влагалищном своде, другой же наружной рукой он обхватывает тело матки со стороны брюшной стенки, наклоняет тело матки вперед и выжимает ее между наружной и внутренней рукой от дна по направлению к шейке. Выкидыши бо-

лее поздних сроков беременности протекают по типу родов: сначала появляются маточные сокращения, которые раскрывают шейку, затем начинается изгнание плода и последа. Кровотечение, требующее экстренную помощь, наблюдается главным образом в том периоде родовой деятельности матки, когда шейка настолько раскрыта, что в случае нужды можно при помощи пальцев проникнуть в полость матки и приступить к ее опорожнению. Если тяжелое кровотечение начнется в самом начале родовой деятельности, когда шейка матки еще непроходима (преждевременная отслойка, предлежание последа), то вопрос решается согласно принципам лечения этого вида акушерской патологии. Врач, владеющий методикой влагалищных операций, во многих случаях с успехом применит здесь так называемое влагалищное кесарское сечение (*kolpohysterotomia ant.*), которое откроет ему свободный доступ в полость матки.

Методика влагалищного кесарского сечения

Приготовление больной к операции и дезинфекция операционного поля — обычные для влагалищных операций. Мочевой пузырь должен быть предварительно опорожнен. Наркоз. Влагалищная часть матки обнажается при помощи зеркал, захватывается щипцами и низводится в *introitus vaginae* до полного выворота передней влагалищной стенки. Влагалищная стенка разрезается в продольном или в поперечном направлении. Мы охотно применяем поперечный разрез, который на концах загибается немного кверху, так что получается полулунный лоскут. Благодаря этому передняя стенка мочевого пузыря не обнажается, как это происходит при продольном разрезе, кроме того при поперечном или полулунном разрезе ясно определяется нижняя граница мочевого пузыря. Мы отдаем предпочтение полулунному разрезу еще



Рис. 18. Для *kolpohysterotomiam ant.* шейка матки низводится в *introitus vaginae*. На передней влагалищной стенке производится разрез в форме лоскута, нижнюю границу которого составляет линия, проведенная вдоль последней *columna rugarum* на месте перехода ее в гладкую поверхность *portionis vaginalis*. На обоих концах разрез загибается кверху. Пинцет приподымает лоскут кверху, отчего начинают вырисовываться соединительнотканнные волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к шейке матки. Эти волокна разрезаются ножницами Купера у самой шейки, чем кладется начало отделению мочевого пузыря от шейки матки

потому, что при нем отодвигание мочевого пузыря вместе с влагалищным лоскутом происходит под контролем глаза (подробности см. главу о передней кольпотомии). Поперечный или полулунный разрез через влагалищную стенку проводится чуть ниже последней *columnae rugatum*. Под влагалищем лежит тонкая фасция (*septum vesico-vaginale*), которую мы разрезаем в том же направлении, что и влагалищную стенку. Теперь приподнимаем середину полученного лоскута пинцетом и видим, как начинают вырисовываться соеди-



Рис. 19. Палец отодвигает мочевой пузырь от шейки матки

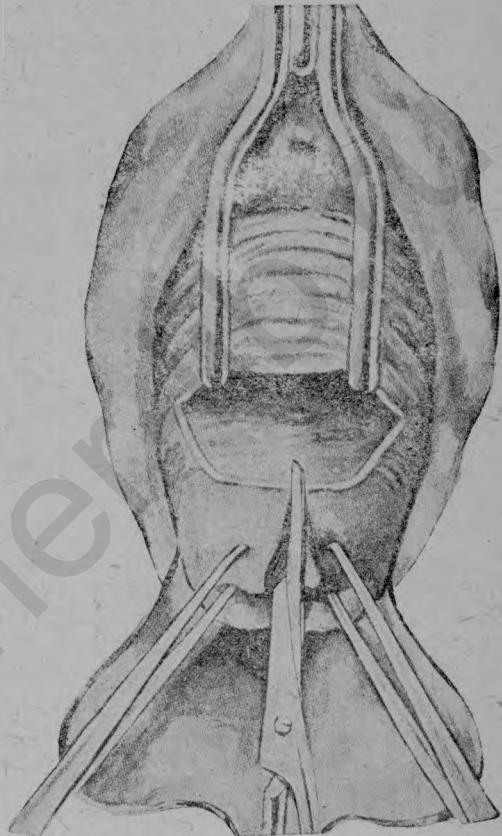
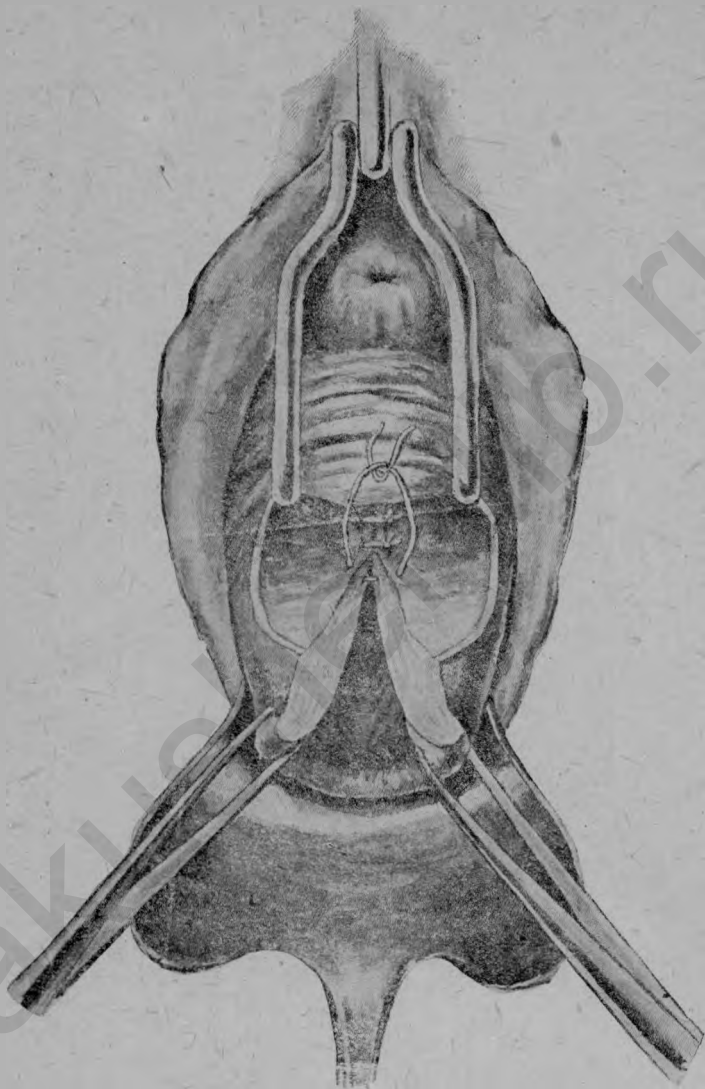


Рис. 20. Обнаженная передняя стенка шейки матки разрезается прямыми ножницами по средней линии. Разрез ведется несколько за внутренний зев. Брюшинная складка не вскрывается

нительнотканные волокна, прикрепляющие пузырь к шейке матки (рис. 18). Эти волокна мы разрезаем куперовскими ножницами у самой шейки матки, последовательно приподымая все новые части лоскута. Благодаря такому ходу операции лоскут начинает включать в себя постепенно и мочевой пузырь. Когда все видимые соединительнотканные волокна перерезаны, то дальнейшее отодвигание мочевого пузыря можно сделать пальцем (рис. 19). Отодвинув пузырь, мы приподнимаем его подъемником или тупым крючком. Теперь вся передняя стенка шейки матки лежит перед нами. Посредине

передней стенки шейки через всю толщу ее проводится продольный разрез при помощи прямых ножниц, который открывает нам свободный доступ в полость матки (рис. 20). Разрез оканчивается сейчас же за внутренним маточным зевом или немного выше, в зависимости от того, какого раскрытия нам необходимо добиться.



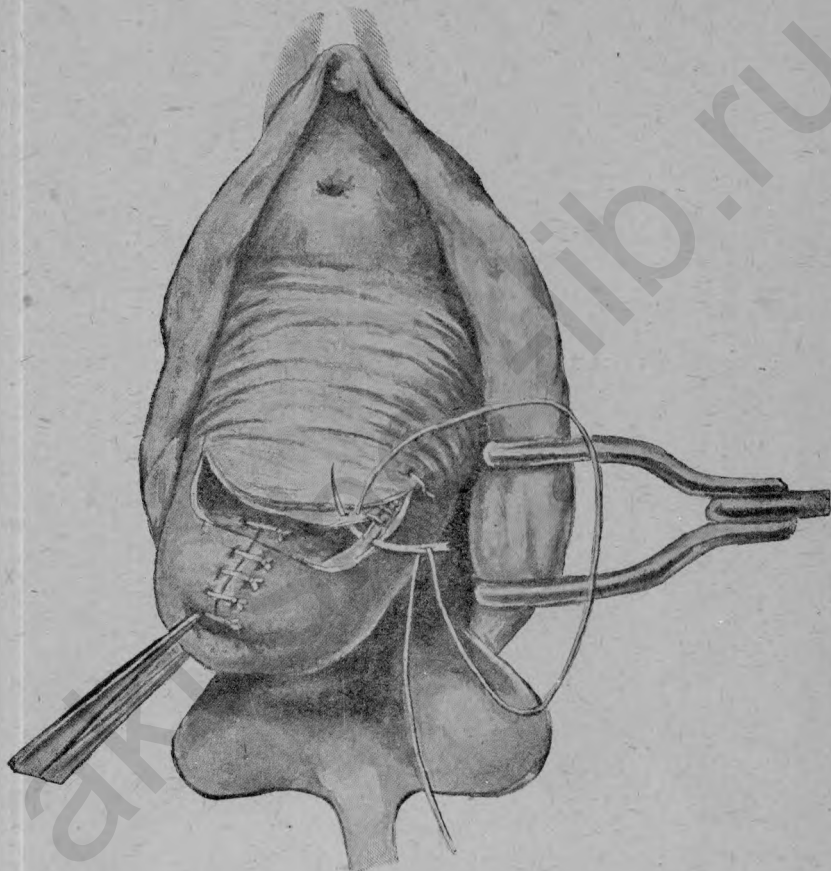
Р и с. 21. Зашивание шейки матки. Лигатуры проводят через толщу шейки. Узлы завязанных лигатур лежат под мочевым пузырем

Врyшина не вскрывается, и вся операция протекает внебрюшинно. Плод, послед и оболочки удаляются ручным способом. До 4-го месяца беременности можно, хотя и с величайшей осторожностью, проверить большой кюреткой полость матки. Затем следует обратный путь операции: шов передней стенки матки, пришивание на место

лоскута. Шейка зашивается отдельными кетгутовыми лигатурами, проходящими через мышечный слой (рис. 21). Влагалищный лоскут пришивается на свое место отдельными лигатурами или непрерывным кетгутовым швом, причем фасция может быть сшита отдельно, (рис. 22).

Выскабливание полости матки

При выкидыше более раннего срока (до 2—2½ месяцев) опорожнение матки пальцем может встретить затруднения, так как нередко шейка матки в это время не пропускает пальца, меж тем как среднего размера кюретка может свободно через нее пройти



Р и с. 22. Влагалищный лоскут пришивается на место непрерывным швом, начатом в одном из углов разреза, соединяются края влагалищной раны вместе с подлежащей фасцией. Затем эту же лигатуру погружают в глубину и зашивают ею отдельно фасцию (восстановление septi vesico-vaginalis)

Опорожнение матки при помощи инструментов является несомненно более опасным методом в отношении возможности перфорации матки, чем пальцевой, но зато инструментальный способ может почти всегда применяться без наркоза, а главное он асептичнее и меньше травмирует матку. Поэтому в ранние сроки беременности и в опытных ру-

как он имеет несомненные преимущества перед пальцевым способом. Перед выскабливанием необходимо при помощи зонда определить длину и направление маточного канала. Определение длины и направления маточного канала посредством зонда производится следующим образом: при помощи двух ложек обнажается влагалищная часть матки; передняя губа маточного зева захватывается пу-

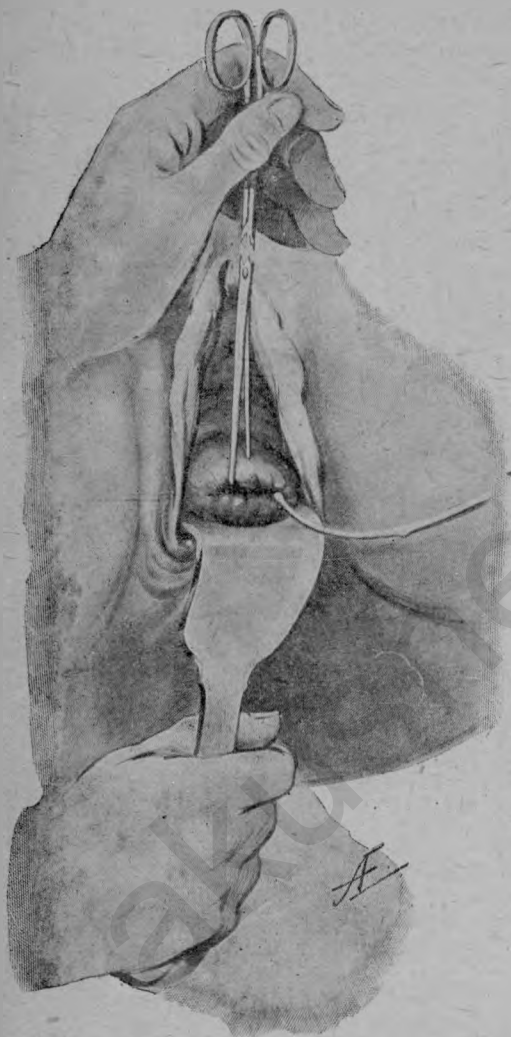


Рис. 23. Зондирование матки. Одной рукой оператор держит щипцы, которыми захвачена передняя губа маточного зева. Другой рукой он вводит зонд. Помощник держит зеркало

левыми щипцами; передняя ложка зеркала удаляется, задняя — передается ассистенту; пулевые щипцы оператор берет в левую руку и низводит ими шейку матки; в правую руку он берет зонд так, чтобы рукоятка лежала свободно между большим и указательным

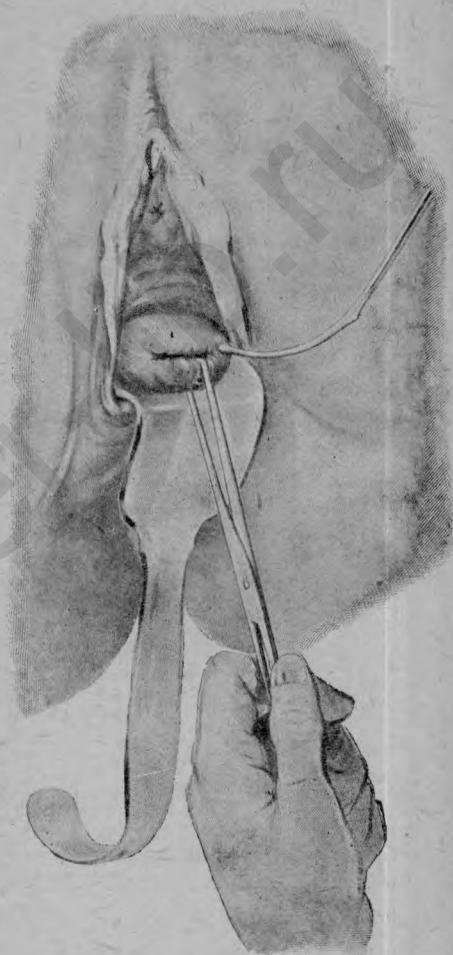


Рис. 24. Зондирование матки без участия помощника. Зеркало удерживается во влагалище пулевыми щипцами, оттягивающими захваченную заднюю губу маточного зева кзади вниз

пальцами (рис. 23). Можно обойтись и без ассистента. В этом случае поступают так: 2 пальца левой руки вводят во влагалище и под их руководством захватывают пулевыми щипцами заднюю губу маточного зева; теперь вводят во влагалище заднюю ложку зеркала пулевые щипцы, которыми захвачена задняя губа, оператор берет в левую руку и, оттягивая их вниз по направлению к заднему проходу, прижимает ими заднюю ложку зеркала к задней стенке влагалища. Зеркало тогда само держится во влагалище (рис. 24). Если бы оказалось, что вместо задней губы маточного зева захвачена передняя губа, то ошибку легко можно исправить, захватив заднюю губу другими пулевыми щипцами и сняв после этого

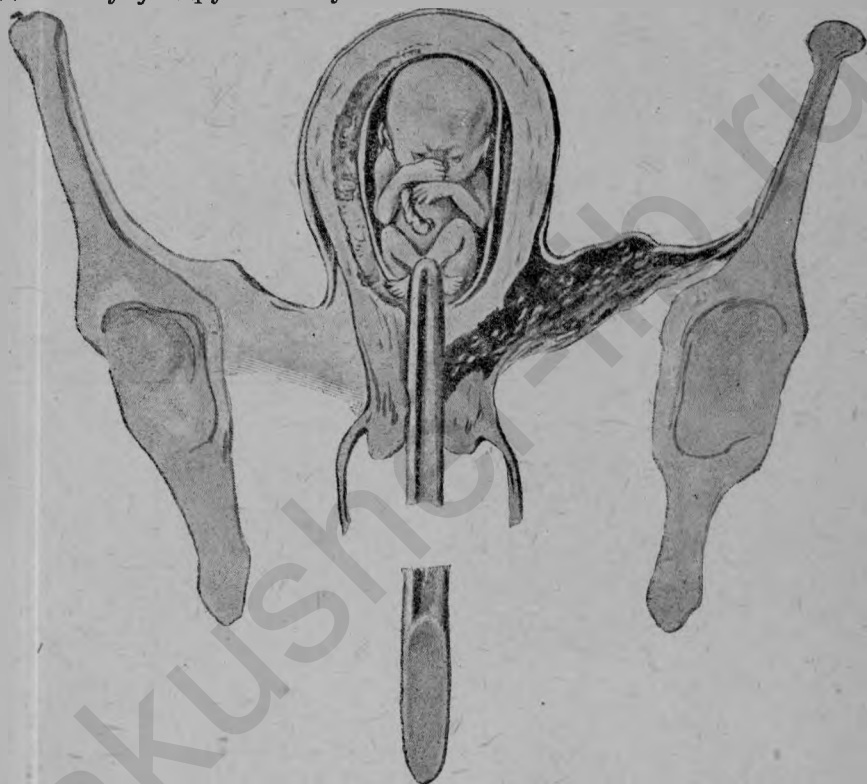
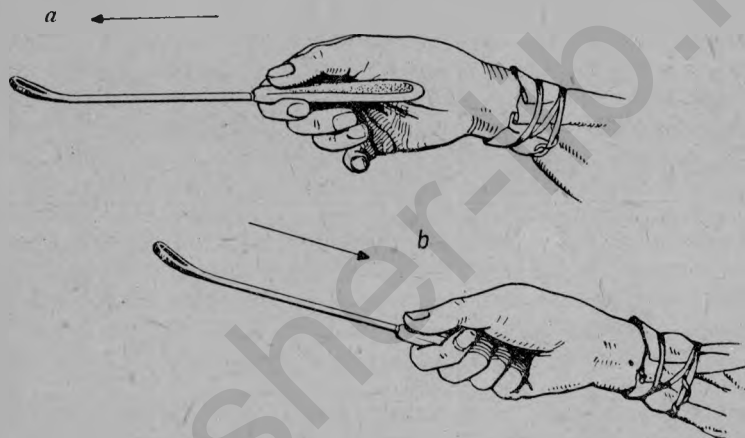


Рис. 25. Разрыв шейки при форсированном ее расширении. Образование подбрюшинной гематомы (Липман)

первые пулевые щипцы с передней губы наружного зева. Зонд следует вводить непосредственно в маточный зев, не касаясь им стенок влагалища или шейки. Когда зонд достигает дна матки, что дает вводящей руке ощущение сопротивления, указательный палец левой руки кладется на зонд у самого маточного зева и в этом положении вместе с зондом извлекается наружу. То деление на зонде, которого касается кончик пальца, обозначает в сантиметрах длину маточного канала. Если канал шейки предшествовавшими схватками достаточно раскрыт, то после зондирования непосредственно приступают к выскабливанию. Кюретка или ложка, которыми производят выскабливание, должны быть по возможности большими и

широкими. Чем инструмент меньше и уже, тем он опаснее. Поэтому, если канал шейки недостаточно раскрыт, то его следует расширить при помощи расширителей Гегара, которые вводятся номер за номером в канал шейки. Если введение какого-либо расширителя встречает значительное сопротивление, то вводят снова предыдущий номер, оставляют его на минуту в канале и затем только пробуют ввести следующий номер. Усилие, которое при этом применяется, должно медленно нарастать и при введении более толстых номеров не переходить известной границы, в противном случае в результате грубого и насильственного расширения могут получиться внутренние разрывы шейки. Глубокие внутренние разрывы ведут к кровотечению в клетчатку широких связок со всеми его последствиями (рис. 25), но и небольшие трещины являются нежелательным осложнением, так как способствуют образованию параметритов в случае присоединения малейшей инфекции. При беременности до 2—2¹/₂ месяцев достаточно канал шейки расширить до 12—13-го номера Гегара.



Р и с. 26 *a*. При введении кюретки в матку, ее держат двумя пальцами руки без всякого напряжения. *b* Обратное движение—выведение кюретки из матки производится энергично. Рукоятка инструмента зажата в кулак

В качестве инструментов для производства выскабливания применяются ложки и кюретки. Кюретки представляют то преимущество, что обрывки ткани застревают в петле инструмента и легче извлекаются из матки (Губарев). Для опорожнения беременной матки берутся кюретки тупые или полуострые, при пробном выскабливании—полуострые или острые. Кюретку, как и всякий другой инструмент, следует вводить в полость матки „мягкой рукой“; почувствовав сопротивление, следует не форсировать продвижения кюретки, а тщательно ориентироваться относительно того, чем сопротивление может быть вызвано. Определение момента, когда кюретка достигает дна матки, служит важнейшим условием для предотвращения прободения матки при выскабливании. Рисунок 26 *a* показывает, как оператор должен держать кюретку в руке при введении ее в матку. Самое соскабливание слизистой оболочки матки или плаценты производится при выведении кюретки из матки по направле-

нию к выходу. При этом инструмент придавливается к соответственной стенке матки, благодаря чему и происходит соскабливание ткани. Рисунок 26 b показывает, с какой энергией кюретка выводится из полости матки. Возможность прободения матки при обратном движении кюретки обычно представляется мало вероятной. При выскабливании следует придерживаться известной системы: один соскоб должен ложиться рядом с другим. Сначала выскабливают одну стенку матки, например переднюю, затем заднюю и наконец боковые поверхности ее. Повторно обходят полость матки кюреткой меньшего калибра, отдельно выскабливаются дно матки и оба рога. Когда слизистая соскоблена, то движение кюретки по мышечному слою матки производит характерный хруст, что и служит доказательством того, что в этом месте слизистая соскоблена полностью. При полном опорожнении беременной матки последние, сокращаясь, как бы охватывают инструмент. Длина полости при этом резко уменьшается, и кровотечение прекращается. Промывание матки, часто применявшееся прежде после выскабливания, ныне большинством совершенно оставлено. Вместо него некоторые применяют смазывание полости матки йодной настойкой. Если случай асептический и при операции точно соблюдены правила асептики, то и это мероприятие является излишним. Некоторое значение может иметь дезинфекция полости матки после выскабливания при операции лихорадочного выкидыша.

У женщин нерожавших нередко при выкидыше в ранние сроки беременности плодное яйцо можно найти целиком родившимся в растянутый шейный канал, в то время как наружный маточный зев еще не совсем раскрыт (цервикальный аборт). В этих случаях достаточно расширить, что легко удается, наружный зев и плодное яйцо извлечь какими-нибудь щипцами. Матка обычно в это время хорошо сокращена, и выскабливание производить в этих случаях излишне.

Одним из способов опорожнения полости матки от плодного яйца является применение абортцанга. Не подлежит сомнению, что в опытных руках и в подходящем случае применение абортцанга дает прекрасные результаты: матка опорожняется быстро и без большой травматизации. Но, с другой стороны, самые ужасные по своим размерам и характеру повреждения матки и брюшных органов происходили при опорожнении матки при помощи щипцеобразных инструментов (корнцанг, абортцанг). И это неудивительно. Прежде всего в самой матке перфорационное отверстие отличается своей величиной. Когда стенку матки перфорирует зонд, расширитель Гегара или кюретка, то перфорационное отверстие имеет размер, соответствующий калибру инструмента. При перфорации корнцангом происходит следующее: не заметив прободения врач открывает абортцанг, чтобы захватить им плодное яйцо. При этом он еще больше разрывает стенку матки (рис. 27). В раскрытый инструмент может попасть кишечная петля, которая захватывается щипцами, отрывается от своей брыжейки, подвергается разможеванию, а иногда и разрыву с выходением содержимого кишки в брюшную полость. Особенно опасен в этом отношении корнцанг. Абортцанг, имеющий широкие закругленные бранши, более пригоден, но только при известных условиях. Основное пра-

вило при пользовании им следующее: замкнутый инструмент вводят через достаточно раскрытый шейный канал в полость матки так, как это делается при введении кюретки. Инструмент доводят осторожно до дна матки, затем вытягивают немного обратно и только теперь его раскрывают. Поворачивая его затем немного в стороны, для того чтобы отслоенные части плодного

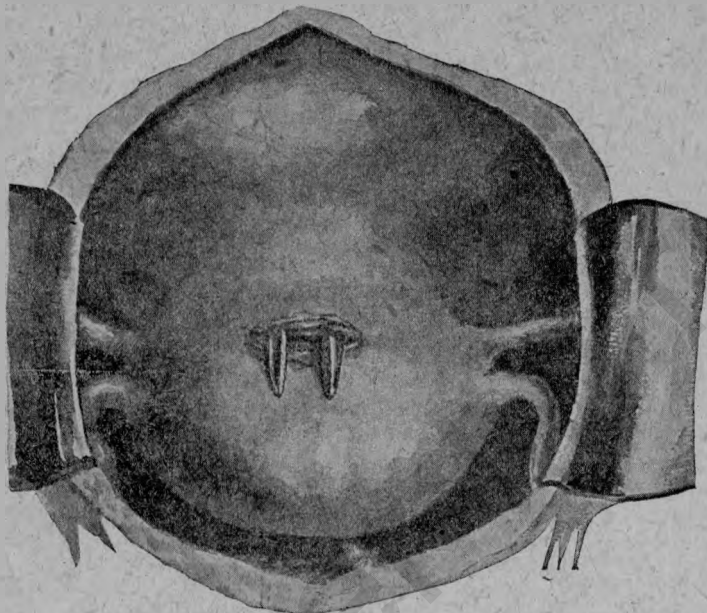


Рис. 27. Прободение матки корицангом.

яйца попали между браншами, его вновь закрывают и извлекают наружу. Щипцеобразным инструментом можно еще пользоваться вводя его в полость матки через широко раскрытую шейку вместе с пальцем, под контролем которого и захватывают части плодного яйца. К сожалению эти правила не всегда соблюдаются. Повреждения при этом получают таких размеров и характера, какие, как уже выше было сказано, при других способах не встречаются. Поэтому начинающему, малоопытному врачу лучше вовсе абортангом не пользоваться. Ни в каком случае не должен применяться при опорожнении матки корицанг. Им можно захватить торчащие и видимые в наружном маточном зеве части плодного яйца, но ни в коем случае его не следует вводить в полость матки.

Послеоперационный уход сводится к обмыванию наружных половых органов и заботе о правильной функции мочевого пузыря и кишечника. При плохой обратной инволюции матки применяют препараты спорыньи (эрготин и пр.) В случае наступления какого-либо осложнения вопрос решается в зависимости от характера и течения осложнения. Срок пребывания больной в постели после выкидыша зависит от течения послеоперационного периода и общего состояния. При безлихорадочном течении и удовлетворительном общем состоянии срок этот равняется 3—4 дням.

Кровотечения могут возникнуть после искусственного аборта, произведенного при помощи выскабливания.

Причиной продолжающегося кровотечения может явиться атония матки вследствие функциональной недостаточности ее мышцы на почве конституциональных особенностей при наличии миоматозных узлов, хронического воспаления, или при истощающих болезнях, как например туберкулез и пр. При атоническом кровотечении применяют препараты спорыши (эрг тин и пр.), тампонацию влагалища, лед на живот и пр. Чаще всего причиной продолжающегося кровотечения при производстве искусственного аборта является оставление в матке частей плодного яйца хотя бы и весьма незначительных. После того как кюреткой будут отделены от стенки матки последние остатки плодного яйца, матка сократится, и кровотечение остановится.

Причиной кровотечения при производстве искусственного аборта может явиться прободение матки.

Предупреждение и борьба с кровотечением как осложнением хирургического вмешательства в гинекологии являются одной из основ оперативной гинекологии и выходят за пределы намеченной в этом издании задачи. Но в отношении прободения матки все же необходимо сделать отступление и включить в круг разбираемых здесь вопросов, ибо с этим осложнением приходится нередко сталкиваться врачу, повседневная оперативная деятельность которого ограничивается выскабливаниями и аналогичными операциями из области так называемой „малой хирургии“.

ПРОБОДЕНИЕ МАТКИ

ДИАГНОСТИКА

Прободение матки является весьма серьезным осложнением операции выскабливания. Прогноз прободения в значительной мере зависит от того, будет ли оно во-время распознано или нет. Вот почему диагностике прободения должно быть уделено самое серьезное внимание. Параллельно со значением своевременного распознавания прободения идет и трудность его диагностики.

Перфорация распознается главным образом по внезапному вхождению инструмента в матку на такую глубину, которая не соответствует длине ее полости, определенной до начала выскабливания при помощи двуручного исследования и зондирования. У оперирующего нет при этом ощущения, что вводимый в матку инструмент встречает то сопротивление, которое должна оказать ему маточная стенка. Инструмент как бы проваливается и уходит в „безбрежное“. Правда, некоторые авторы склонны думать, что указанное явление не является достоверным признаком перфорации, ибо в некоторых случаях оно может быть результатом внезапной атонии матки. Для зонда предполагается еще возможность проникновения его через неповрежденную матку в фаллопиеву трубу.

Несколько десятков лет назад этот вопрос вызывал еще оживленные споры. В последнее время большинство авторов склоняются все же к тому, что внезапный провал инструмента практически должно рассматривать как симптом прободения. Такого взгляда не могут поколебать прежде всего те случаи предполагаемого внезапного атонического расширения матки, которые окончились без операции выздоровлением больных, ибо точно такое же течение и исход наблюдаются и в заведомых случаях перфорации. Недоказательными являются также и те случаи, в

которых предположенная перфорация не была обнаружена при лапаротомии. Ибо, как указал уже в свое время Штрассманн, лапаротомия может не обнаружить перфорационного отверстия, если оно не является проникающим или если оно находится в области шейки матки и ведет в клетчатку таза. Даже и пенетрирующее повреждение матки может при исключительных обстоятельствах не быть распознано при лапаротомии. Так одним из наших ординаторов был оперирован ночью экстренно доставленный случай разрыва беременной трубы, причем им не была распознана имевшаяся наряду с лопнувшей трубной беременностью произведенная кем-то перфорация матки. Небольшое перфорационное отверстие находилось как это выяснилось на вскрытии (больная умерла от перитонита), в углу матки у места отхождения разорванной трубы и было закрыто сгустками и пленками, крепко к этому месту принашившимся и скрившимися от оператора повреждение маточной стенки.

На происшедшее прободение может иногда указать внезапный шок. Необходимо однако отметить, что шок может не наступить даже после тяжелых осложненных перфораций матки. Мы видели например случай, когда у больной, доставленной в клинику с явлениями общего перитонита, лапаротомия обнаружила кроме обширного прободного отверстия в матке значительное проникающее повреждение кишечника. Между тем, как это удалось выяснить путем опроса самой больной, а также врача, производившего выскабливание, никакого шока при происшедшем прободении не наблюдалось. Первые вызвавшие тревогу симптомы появились в этом случае лишь на второй день после прободения.

Извлечение инструментом из матки сальника, кишечной петли или другого органа брюшной полости, как appendix, яичник и пр., служит несомненным доказательством прободения матки.

Бывают конечно и счастливые ошибки: я вспоминаю случай, когда врач привез в клинику больную, у которой он после произведенного по поводу неполного выкидыша выскабливания, когда по его мнению плодное яйцо уже было целиком удалено, внезапно к своему ужасу обнаружил в открытом шейном канале „кишечную петлю“. При осмотре оказалось, что то, что он принял за кишечную петлю, было вторым плодным яйцом.

Извлечение инструментом из матки сальника, жировой ткани тоже с несомненностью говорит за происшедшее прободение, но не простое, а осложненное повреждением сальника, брыжейки или appendix epiploici. Необходимо однако отметить, что правильно распознать характер и анатомическое строение извлеченного кусочка жировой ткани среди массы соскоба не так легко. И если оператор настолько хладнокровен и внимателен, что в состоянии произвести такое отличие, то нужно думать, что и самый момент перфорации не ускользнет от его внимания, и последняя будет тогда диагностирована не только по этому одному, но уже и по другим характерным признакам. Тем не менее постановка точной, в смысле размеров повреждения, диагностики имеет весьма существенное значение: такая диагностика предопределяет дальнейшие мероприятия, ибо, если при простом и неосложненном прободении матки в отдельных случаях еще и возможно применение консервативного лечения, то повреждение органа брюшной полости категорически диктует немедленное оперативное вмешательство. К сожалению точная диагностика размеров повреждения при прободении матки часто весьма затруднительна. Мы видели случаи, когда в сознании оператора даже и не пробуждалось какое-либо подозрение на перфорацию или когда в объективных симптомах, которыми она сопровождалась, не было никаких указаний на то, что органы брюшной

полости могли быть повреждены, и тем не менее такие осложнения обнаруживались при лапаротомии. С другой же стороны, осложненные повреждения, как на это также указывает в своей монографии Пегам (Pegam), чаще диагностируются, чем неосложненные. В первой категории случаев размеры прободного отверстия в самой матке обычно бывают более значительные. Отсюда и большее кровотечение и более часто встречающийся шок, а также нередко наблюдаемое выпадение через перфорационное отверстие брюшных органов. Эти симптомы не так легко проходят незамеченными.

Объективное исследование может в случае обильного внутреннего кровотечения обнаружить появление свободной крови в брюшной полости или быстро растущую гематому в заднем дугласовом кармане или между листками широкой связки.

В одном из случаев, описанных Пегамом, врач диагностировал прободение матки на основании резких болей, появившихся тотчас после произведенного им непосредственно после выскабливания промывания полости матки. Этот симптом не может однако считаться достоверным признаком прободения, ибо промывная жидкость может проникнуть в брюшную полость через фаллопиевы трубы при отсутствии повреждения в матке, особенно если промывание производится под высоким давлением и больная лежит с высоко поднятым тазом. Лацко (Latzko) диагностировал однажды прободение матки при следующих обстоятельствах: врач, производивший выскабливание, сделал промывание полости матки спиртом. Наступившее немедленно за промыванием явление острого отравления алкоголем вызвало подозрение на быстрое всасывание алкоголя из брюшной полости, куда он проник через перфорационное отверстие в матке, что и подтвердилось при производстве задней кольпотомии. Упоминаю об этих фактах не потому, что они могут значительно способствовать улучшению диагностики перфорации, но исключительно с целью лишний раз указать на ту опасность, которую таит в себе метод промывания полости матки после выскабливания.

Я хотел бы здесь указать еще на один симптом, на основании которого мне несколько раз удавалось диагностировать прободение матки в тех случаях, когда врач, производивший выскабливание, сам этого прободения еще не распознал. Данные, которые мне на словах сообщались оперировавшими и истолкование которых приводило меня к указанному диагнозу, заключались в следующем: во время выскабливания врач замечает, что кюретка перестает доставлять части плодного яйца, хотя кровотечение продолжается или даже усиливается и нет следовательно указаний на то, что полость матки вполне опорожнена. Это может произойти в самом начале операции, когда о том, что плодное яйцо полностью удалено, судя по скудному соскобу или отсутствию такового, еще не может быть и речи. Иногда это может случиться в конце операции; но тогда, несмотря на обильный соскоб, матка все же не сокращается и не охватывает кюретку так, как это бывает при полном ее опорожнении; кровотечение же продолжается, а иногда и усиливается.

Если кюретка, свободно экскурсируя в полости, новых масс плодного яйца не доставляет, кровотечение же продолжается, то это может быть результатом, либо того, что плодное яйцо или его части попали через перфорационное отверстие в брюшную полость, либо—кюретка находится не в полости матки а вне ее, т. е. в брюшной полости или в клетчатке таза. Тогда конечно доставка из матки частей плодного яйца прекращается. Кровь же из перфорированной матки может поступать как внутрь, так и наружу. В некоторых случаях кроме того наблюдают-

ся внезапная острая боль или явления шока, что служит значительным подкреплением для диагноза прободения. Само собою разумеется, что приведенный симптом начинающий и неопытный оператор может увидеть там, где перфорации нет, как например в начале операции, когда он еще не нащупал места прикрепления плодного яйца и работает кюреткой либо в полости матки между ее стенкой и плодным яйцом, либо даже в шейном канале.

Выше мы указывали, что уверенность в том, что произошло прободение, появляется тогда, когда из матки выпадает или извлекается один из органов брюшной полости. В других же случаях чаще всего можно только с большей или меньшей долей вероятности предположить перфорацию, так как многие симптомы, появляющиеся при перфорации, встречаются и при других патологических состояниях. Так например шок, явления внутреннего кровотечения, внезапные боли могут вызвать подозрение на внематочную беременность, с которой иногда и приходится дифференцировать прободение матки. Сомнение в диагностике может при этих симптомах возникнуть как в тех случаях, когда в полости матки оператор плодного яйца не обнаруживает, так и в тех, весьма редких случаях, когда маточная беременность комбинируется с внематочной беременностью. Впрочем дифференциальная диагностика между перфорацией и внематочной беременностью большого практического значения не имеет, так как в том и другом случае показуется немедленное оперативное вмешательство. Но случаев, сопровождающихся резкими симптомами, меньшинство. В большинстве же случаев симптомы не бывают столь явственно выражены, чтобы на их основании можно было с уверенностью диагностировать прободение матки. Меж тем опыт показывает, что прогноз прободения в значительной мере зависит от того, распознается ли оно или нет. В этом отношении мы на основании своего опыта твердо стоим за принцип немедленного оперативного вмешательства, ибо только таковое при всех видах этого повреждения дает наилучшую гарантию в благополучном исходе. Само собой разумеется, что для такого образа действия должны иметься соответствующие объективные условия, как надлежащая обстановка, техническая подготовка врача и пр.

Плохой исход наблюдается главным образом тогда, когда диагноз ставится поздно, или больная поздно поступает на операцию.

Отсюда ясно вытекает, какое огромное значение имеет своевременная диагностика перфорации, т. е. переход от подозрения к уверенности. Для этого среди диагностических методов находит себе частое применение способ контрольного зондирования матки. Что касается ценности этого метода, то нужно отметить, что зонд даже при многократном введении его в полость матки и тщательном ощупывании им ее стенок может и не обнаружить прободного отверстия, особенно если последнее мало. С другой стороны, при настойчивом стремлении отыскать перфорационное отверстие зонд может добавить новые перфорационные отверстия к уже имеющимся в матке или произвести прободение в такой матке, которая только ошибочно была сочтена за перфорированную. Контрольное зондирование противопоказано там, где полость матки инфицирована или где имеется хотя бы только подозрение на инфекцию, ибо при этом способе могут из полости матки поступить новые массы ин-

фекционного начала в брюшную полость и тазовую клетчатку. Таким образом контрольное зондирование допустимо прежде всего только в тех случаях, где возможность инфекции совершенно исключается. Необходимо указать еще на одну теневую сторону контрольного зондирования. Мы имеем в виду возможность судебной ответственности того врача, который с целью диагностирования предполагаемой перфорации произведет контрольное зондирование полости матки. Дело в том, что, если случай станет предметом судебного разбирательства и если при операции или при вскрытии трупа будут обнаружены одно или несколько перфорационных отверстий, происхождение которых может быть обьявлено зонду, то перед судебною властью может встать вопрос, кем же эта перфорация произведена: тем ли лицом, которое первым производило внутриматочные манипуляции, или тем врачом, который производил контрольное обследование полости матки зондом. Само собою разумеется, что такое соображение, как боязнь ответственности, ни в коем случае не должно иметь места при выборе какого-либо метода диагностики или лечения, раз интересы больной этого требуют. Но именно интересы больной вряд ли, как мы выше указывали, могут выиграть от применения контрольного зондирования особенно в случаях перфорации, которые произведены другими лицами. Поэтому в тех случаях, когда имеется более или менее реальное подозрение на перфорацию, и где обстоятельства дела таковы, что консервативное лечение представляет для больной опасность и где следовательно диагностика должна быть поставлена вполне точная, необходимо прибегнуть к другим диагностическим методам, из которых особенно нужно рекомендовать заднюю кольпотомию. Эта операция в указанных случаях имеет во многих отношениях значительные преимущества перед пробной лапаротомией. Она технически проста и сравнительно безопасна. В последнем отношении она особенно выгодно отличается от пробной лапаротомии, когда имеется дело со случаем инфицированным. Задняя кольпотомия не оставляет после себя (в случае, если бы подозрение не оправдалось) сколько-нибудь заметных следов. Применение этого метода в качестве диагностического представляет по нашему мнению во многих случаях меньший риск, чем оставление вопроса о перфорации неразрешенным. При всех указанных достоинствах диагностического метода задняя кольпотомия представляет еще то преимущество, что во многих случаях дает возможность провести также необходимые оперативно-лечебные мероприятия, если перфорация будет установлена.

Большие трудности для диагностики перфорации возникают в тех случаях, когда больная поступает уже с явлениями воспаления брюшины. Нередко исследующий врач не получает при этом достаточных сведений о характере предшествовавшего оперативного вмешательства. Иногда больные не только об этом умалчивают, но упорно и самым категорическим образом отрицают какую бы то ни было попытку избавиться от имеющейся или подозреваемой беременности. В тех случаях, когда больные поступают к врачу в тяжелом состоянии вследствие разлитого гнойного перитонита или общего сепсиса, установление причины заболевания не имеет уже решающего значения. Терапия в этих случаях остается одинаковой

и одинаково мало сулит успеха независимо от того, является ли настоящее заболевание результатом перфорации или инфекции. Иначе в случаях не столь тяжелых, когда общее состояние и воспалительный процесс таковы, что при своевременно принятых мерах большая еще может быть спасена. Тут точная диагностика и установление перфорации как причины начинающегося воспаления брюшины имеет существенное значение. Дело в том, что перитонеальные явления после внутриматочных манипуляций, особенно же после выскабливания беременной матки, могут наступить в результате прободения матки с последующей инфекцией или вследствие инфекции матки без ее прободения. В первом случае оперативное вмешательство дает наилучшие шансы на благоприятный исход. Этому взгляду придерживается громадное большинство авторов. Разногласия существуют только относительно размеров и характера оперативного пособия, которое колеблется от простой инцизии до экстирпации органа. В случаях же инфекции без прободения применяется прежде всего консервативное лечение, которому на смену может прийти операция, но лишь после того, как образовался экссудат.

Таким образом установление наличия перфорации или отсутствие таковой может в указанных случаях сыграть решающую роль в выборе того или иного метода лечения.

Каковы же клинические данные, на которых может базироваться дифференциальная диагностика в случаях начинающегося перитонита? В том и другом случае, т. е. как при перфорации с инфекцией, так и при инфекции без перфорации, наблюдаются перитонеальные явления, которые не дают прежде всего возможности детально исследовать органы половой сферы. Иногда для дифференциального диагноза можно найти опорные пункты в анамнестических данных. Так, если достоверно известно, что до выскабливания у больной никакого воспалительного процесса не было, а перитонеальные явления начались непосредственно после выскабливания, то в таком случае подозрение на перфорацию получает некоторое подкрепление, ибо асцендирующий путь инфекции через трубы требует обычно несколько большего промежутка времени, чем инфекция брюшины через перфорационное отверстие. Необходимо однако подчеркнуть, что такой ход развития заболевания наблюдается далеко не всегда. Наряду с теми случаями перфорации, когда воспаление брюшины начинает быстро развиваться непосредственно после выскабливания, наблюдаются также и такие, когда воспалительный процесс развивается медленно, крадучись, исподволь и не сразу приводит к тяжелому состоянию, в котором мы встречаем этих больных спустя некоторое время. В то же время встречается как известно случаи острого воспаления брюшины, которое бурно начинается непосредственно после аборта, хотя перфорации при этом вовсе не произошло. Причиной такого бурного начала воспалительного процесса непосредственно после выскабливания может служить например прорыв в брюшную полость гноинка (пиосальпинкса), нераспознанного перед выскабливанием. Все же это является редкостью. Поэтому бурное начало и быстрое нарастание перитонеальных явлений непосредственно после выскабливания больше говорит за перфорацию, особенно если эти явления разыгрываются на глазах врача, который сам производил выскабливание и хорошо знаком с обстоятельствами

дела. Труднее поставить диагноз, когда больную получаешь из чужих рук без предварительных достоверных анамнестических данных. Весьма соблазнительным для постановки диагноза в этих случаях является метод контрольного зондирования. Но выше мы уже указывали на отрицательные стороны этого метода. И если в свежем и неинфицированном случае контрольное зондирование в виде исключения еще и допустимо, то в случаях начавшегося пельвеперитонита оно противопоказано. Гораздо более ценным в этом отношении является метод пробной кольпотомии, о котором уже выше упоминалось.

В тех случаях, когда состояние больной не внушает серьезных опасений и диагноз прободения не имеет за собой большого вероятия, можно сначала выждать, приняв конечно необходимые консервативные меры, как покой, холод на живот и пр., и поместив больную в условия, допускающие возможность производства операции в любой момент. Непреодолимо трудной диагностика становится в тех случаях, когда доставленная с явлениями начинающегося перитонита больная скрывает факт бывшего вмешательства. Вопросы дифференциальной диагностики теряют свою остроту там, где картина перитонита уже развилась: от чего бы перитонит ни произошел, оперативное вмешательство, будь то кольпотомия, или лапаротомия, является методом, который по мнению большинства авторов может наиболее способствовать спасению больной.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Неоперативный метод

Переходим к вопросу о методах лечения перфорации матки. Не подлежит сомнению, что в целом ряде случаев прободение матки может окончиться благополучно без всякого оперативного вмешательства. Доказательством являются те случаи, в которых прободение своевременно не было распознано, но последствия прободения в форме рубца на матке обнаружены через некоторое время случайно при производстве лапаротомии по совершенно другому показанию. Еще лучшим доказательством бывшего прободения является обнаруженное во время лапаротомии врастание в толщу стенки матки салъника. Недавно Кронман описал случай, когда после нормальных родов вместе с плацентой выпал наружу салъник, который врос в стенку матки вследствие прободения ее во время предшествовавшего аборта. И наконец зарегистрировано большое число прободений, которые, будучи распознаны при выскабливании, не были подвергнуты операции и окончились благополучно. Тем не менее такие случаи не могут, само собою разумеется, служить доказательством того, что перфорация матки не требует немедленного оперативного вмешательства. Наоборот, изучение большого материала, накопившегося в старой и новой литературе по вопросу о лечении прободения матки, и наш личный опыт заставляют притти к выводу, что в большинстве же случаев это осложнение требует экстренной операции.

Первым условием для неоперативного лечения является полная осведомленность о всех обстоятельствах, при которых произошло

прободение. Полностью отдавать себе отчет во всех этапах операции, при которых прободение могло случиться, и благодаря этому правильно оценить размеры повреждения, поставить на основании учета всех данных правильный прогноз может только тот, кто сам производил выскабливание. Поэтому ограничиться консервативным методом лечения и взять на себя ответственность за отказ от операции может по нашему мнению только врач или лично производивший выскабливание, или как педагог руководивший операцией и наблюдавший за всеми ее этапами. Если же прободение произведено чужой рукой или произошло при обстоятельствах, которые во всех деталях врачу неизвестны, то консервативный метод лечения в свежих случаях прободения, о которых здесь прежде всего идет речь, мы считаем неуместным. Эти случаи необходимо оперировать. Следовательно вопрос о применении консервативного или оперативного метода лечения решается в зависимости от того, произведено ли прободение собственной или чужой рукой. Для того чтобы применить консервативный метод лечения, необходимо кроме того быть уверенным, что прободное отверстие мало, что ни наружного, ни внутреннего кровотечения нет, что случай не инфицирован, что в полость матки не выпали кишечная петля или сальник, что брюшные органы не поранены и что нет других побочных повреждений.

Только при этих условиях лечение прободения матки может проводиться консервативно. Полагать, что эти условия для консервативного метода лечения действительно имеются, можно только тогда, когда в чистом случае выскабливания (искусственный аборт и пр.) прободение произведено зондом, тонким расширителем Гегара, палочкой ламинарии, но не скоблящими или хватающими инструментами, как большая кюретка, абортцанг и корнцанг. При перфорации зондом или тонким бужом маленькое отверстие может благодаря сокращению маточной мускулатуры быстро закрыться и не дать значительного кровотечения. Все внутриматочные манипуляции должны быть при этом немедленно прекращены. Если выскабливание делалось при беременности, то при первом подозрении на прободение операция должна быть тотчас прервана, безразлично, опорожнена ли полость матки или нет. Если яйцо или части его еще остались в матке и наружу продолжает кровоточить, то плотно тампонируют влагалище, впрыскивают эрготин, на живот кладут лед. При такой консервативно-выжидательной терапии необходимо однако зорко следить за состоянием больной, для того чтобы не упустить момента, когда появившееся кровотечение или начинающийся перитонит потребуют оперативного вмешательства.

Если при операции выскабливания применялись более толстые расширители, или большие кюретки, то отверстие в матке может быть соответственно большего калибра. Большое отверстие в матке, даже в асептических случаях и не осложненных ранениями других органов, всегда показывает оперативное вмешательство, во-первых, потому, что при таких больших ранениях, как показывает опыт, кровотечения бывают сильные, и немедленное оперативное пособие предохранит больную от опасной анемии; во-вторых, еще потому, что если даже такая рана самопроизвольно заживет, то оставшийся

после нее широкий рубец представит собою *locus minoris resistentiae* в стенке матки и при последующих родах на месте широкого рубца может произойти разрыв матки.

Оперативные методы

Влагалищный метод. В случаях одной только перфорации матки без осложнений со стороны других брюшных органов оператор, владеющий вагинальной техникой, может применить вагинальный метод. Вагинальный метод имеет, как известно, то преимущество, что кольпотомия, особенно задняя — операция небольшая, непродолжительная, технически нетрудная; боли после этой операции незначительны, возможность образования грыжи, как после лапаротомии, отпадает. Главное же то, что шок от операции минимальный. Значительное преимущество вагинального метода в случаях прободения матки лежит еще в области психической. Вагинальную операцию женщины обычно считают менее серьезной, чем чревосечение. Если при этой операции матка не удаляется, то вагинальная операция не является в ее глазах катастрофой, как чревосечение, предпринимаемое вслед за простым выскабливанием. Поэтому при прободении матки без поранений других органов брюшной полости можно произвести переднюю или заднюю кольпотомию, выкатить наружу матку, выровнять разорванные края повреждения пожизнами и наложить на перфорационное отверстие швы.

При приготовлении такой больной к влагалищной операции допустима только дезинфекция наружных половых органов. Спринцевать же влагалище разумеется нельзя, иначе жидкость, которой мы спринцуем, вместе с содержимым влагалища попадет через перфорационное отверстие в брюшную полость и вызовет перитонит.

Конечно извлечь тело матки наружу через отверстие во влагалищном своде можно только в том случае, если объем матки не превышает известной величины. Но если беременность более позднего срока (например 3—4 месяца) и прободение произошло в начале операции, когда большая часть яйца находится в матке и она поэтому еще не могла сократиться, то извлечение ее через разрез во влагалище невозможно. Для этого необходимо предварительно матку опорожнить. Сделать это теперь при помощи кюретки или каких-либо щипцов конечно нельзя, не рискуя вовлечь в перфорационное отверстие сальник или кишечную трубку и поранить эти органы. В таком случае опорожнение матки должно быть произведено ручным способом после того, как свободный доступ в полость ее будет создан путем рассечения передней стенки шейного канала (*kolpohysterotomia ant.*)

Если местонахождение перфорационного отверстия известно, то выбор задней или передней кольпотомии будет зависеть от того, в каком месте матки перфорационное отверстие находится. Если перфорационное отверстие находится на передней стенке матки (что особенно часто случается тогда, когда матка во время выскабливания лежала в ретрофлексии), или если отверстие находится в дне матки, то передняя кольпотомия представит некоторое преимущество. Если же перфорационное отверстие находится в задней стенке матки, то легкий подступ к этому месту даст задняя кольпотомия. Но абсолютной необходимости придерживаться такого разделе-

ния нет: как через заднюю кольпотомию, так и через переднюю можно извлечь наружу всю матку и обревизовать любое место на ней. Правда, через переднюю кольпотомию это удобнее сделать по следующим соображениям: передняя кольпотомия, требуя со стороны оператора большей техники ввиду более сложных анатомических соотношений, дает больший простор для производства побочных операций, если таковые окажутся необходимыми. При наличии ретрофлексии, можно например сделать везикофиксацию. Если перфорационное отверстие находится на передней влагалищной стенке, то при везикофиксации зашитое перфорационное отверстие покрывается брюшиной задней стенки мочевого пузыря и будет изолировано от общей брюшной полости.

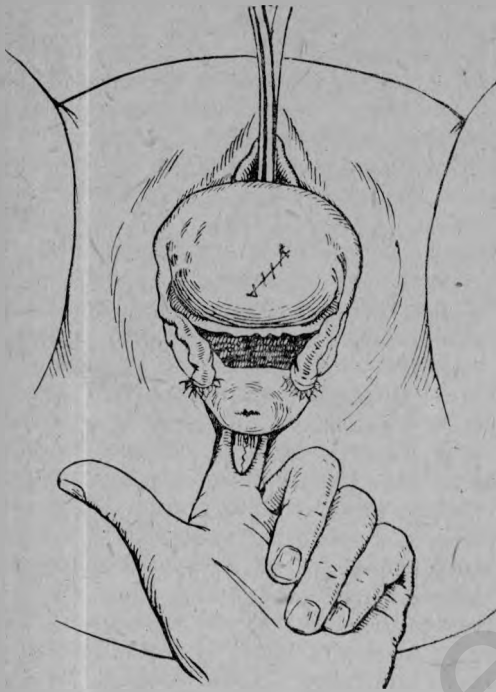
Но и задняя кольпотомия имеет также свое преимущество, а именно то, что ее можно использовать для дренажа. Дренажировать полость малого таза через задний влагалищный свод при прободении матки мы считаем мерой часто полезной, а иногда и необходимой.

При прободении матки, особенно если оно обширное, некоторое количество крови попадает в брюшную полость. Иногда это количество крови бывает более или менее значительным. Оперируя посредством кольпотомии, невозможно во время самой операции, удалить из брюшной полости всю скопившуюся там кровь. Если же оставить в заднем влагалищном своде отверстие, то остатки крови будут иметь выход наружу в ближайшее после операции время. Точно так же, если шов, положенный на перфорационное отверстие, не вполне остановит кровотечение, то отверстие в заднем своде будет тем предохранительным клапаном, через который просачивающаяся кровь будет выделяться наружу. Кровотечение будет тогда своевременно замечено и требуемое вмешательство немедленно произведено. Если же случай был подозрительным на инфекцию и все же мы решились сохранить пациентке матку, то дренаж тазовой полости через задний влагалищный свод еще более необходим.

Ввиду всех этих соображений по поводу выбора метода кольпотомирования мы в конкретном случае считаем целесообразным поступить так: если известно, что прободена задняя стенка матки, то производится задняя кольпотомия, зашивается перфорационное отверстие в матке, и оставляется небольшое отверстие в заднем влагалищном своде открытым для дренажа дугласова пространства. Во всех остальных случаях производится передняя кольпотомия, выкачивается наружу матка и накладываются на нее швы. Отверстие в переднем влагалищном своде наглухо зашивается. Если же желательно при этом дренировать дугласов карман, то производится тут же и задняя кольпотомия.

Отверстие в заднем влагалищном своде обшивается вместе с брюшиной и в него вставляется дренажная трубка или полоса марли. Впрочем дренаж дугласова кармана через задний влагалищный свод может быть сделан до закрытия переднего свода и именно со стороны этого последнего следующим образом и в следующий момент. Передняя кольпотомия сделана; тело матки извлечено и лежит впереди вульвы. Влагалищная часть матки при помощи пулевых щипцов одновременно вытягивается в *introitus vaginae*. Один или два пальца, подведенные позади влагалищной части, контролируют

ют задний влагалищный свод, в то время как корнцанг сверху перфорирует позади матки дугласов карман (рис. 28). Раскрывая корнцанг, мы увеличиваем сделанное отверстие. Отверстие это до окончания



основной операции оставляется незапшитым, и только, когда передний влагалищный свод вновь закрыт, оно обшивается несколькими кетгутовыми лигатурами. Зашивание перфорационного отверстия в матке производится по тому же методу, по которому зашивается стенка матки при кесарском сечении. Но так как края отверстия часто бывают рваные, то их приходится сглаживать ножницами или скальпелем. Затем уже проводятся сами швы, обычно в 2 или 3 этажа.

Если перфорация матки произошла при беременности, то наружные швы, захватывающие серозу вместе с подлежащей мышечной тканью, могут быть проведены наподобие лембертовских швов на кишечнике. Но затягивать их нужно с большой осторожностью, иначе они прорезываются, что ведет к кровотечению и требует нового обкалывания. Если же перфорирована была не беременная матка, то лембертовский шов наложить на нее труднее, и от него лучше вовсе отказаться. Если перфорационное от-

Р и с. 28. Для того чтобы провести дренаж через задний дугласов карман после того, как была произведена передняя кольпотомия, когда тело матки извлечено наружу и лежит впереди vulvae, один или два пальца левой руки подводятся со стороны заднего влагалищного свода под rotio vaginalis, где остаются для контроля, в то время как другая рука направляет корнцанг вдоль задней маточной стенки и перфорирует им дугласов карман.

верстие в матке расположено на передней стенке так, что оно может быть покрыто брюшиной мочевого пузыря, чрезвычайно подвижной вследствие рыхлой с ним связи. надежность шва от этого чрезвычайно выигрывает, так как соприкасающиеся перитонеальные поверхности быстро склеиваются (рис. 29).

Как уже было указано выше, влагалищный метод операции при перфорациях матки имеет большие достоинства и в случаях, неосложненных повреждениями внутренних брюшных органов, вполне применим. Но категорическим условием для применения влагалищного метода операции является, как уже выше указано, полная уверенность в том, что перфорация матки неосложнена побочными повреждениями. Такая уверенность может иметься только у того, кто перфорацию в данном случае сам произвел. Но если, как это часто бывает, приходится оперировать случаи перфорации, произ-

веденные чужой рукой, то этой уверенности уже ни в коей мере быть не может, и тогда более надежным путем является чревосечение. Последнее дает возможность осмотреть и определить состояние брюшных органов и более тщательно удалить из брюшной полости остатки плодного яйца, если они попали туда через перфорационное отверстие. Для того чтобы части плодного яйца остались в полости таза, не ускользнули вверх и не затерялись среди кишечных петель, мы советуем начинать лапаротомию в горизонтальном, а не тренделенбургском положении больной.

Выпадение через перфорационное отверстие органов брюшной полости. До сих пор мы рассматривали случаи прободения матки, не осложненные поранениями других органов брюшной полости.

Возьмем теперь такое положение: случай свежий и асептический, через отверстие в матке извлечены сальник или кишечная петля, но органы эти не повреждены. Даже и в этом случае можно в виде исключения, например при отсутствии условий для хирургического вмешательства, рискнуть применить тот же консервативный метод, а именно вправить сальник или кишечную петлю обратно в брюшную полость, а

затем затампонировать полость матки и влагалища подоформной или стерилизованной марлей, а в дальнейшем назначить постельный покой, оний и пузырь со льдом на живот (Чекетти Флейшман). Вправление этих органов значительно облегчается, если придать больной тренделенбургское положение. Отт рекомендует для вправления сальника следующий прием: шейка матки фиксируется щипцами и подтягивается к выходу при одновременном смещении внутренностей к диафрагме через брюшную стенку наружными при-



Рис. 29. Тело матки репонировано в брюшную полость. Извлечен паружу край брюшины мочевого пузыря. 2 пинцета Пеана оттягивают ее вверх. Брюшина пузыря таким образом эктропирована. Первая лигатура (1) проведена через 2 складки брюшины пузыря и завязана. Вторая (2) и третья (3) лигатуры проведены через брюшину, но еще не завязаны.

емами, лучше всего расположив для этого предварительно большую на кривой плоскости. Если выпавший кусочек сальника значительно поврежден, то перед вправлением его следует резецировать.

Приняв такой выжидательно-консервативный метод, как вправление через перфорационное отверстие органов брюшной полости необходимо конечно особенно зорко следить за дальнейшим состоянием больной.

Продолжающееся кровотечение обнаружится, так как кровь просочится через тампон; на внутреннее кровотечение укажет увеличивающаяся анемия. Точно так же не ускользнут от внимательного врача явления начинающегося перитонита. И в том и в другом случае необходимо немедленно оставить консервативный метод лечения и приступить к операции. Вообще же консервативный метод лечения при выпадении через отверстие в матке сальника или кишечной петли применим, повторяем, только в самых исключительных случаях. Как правило же в таких случаях показана операция, особенно если при перфорации извлечена была кишечная петля, так как очень часто через отверстие в матке сальник, кишечная трубка или ее брыжейка выпадают уже более или менее поврежденными. Не надо также забывать, что повреждение этих органов может не сразу быть замеченным.

Оперативные методы лечения септических случаев. Оперативное вмешательство показуется в случаях септических или же хотя бы только подозрительных на инфекцию, если даже прободение матки и не сопровождалось ранением кишечника или сальника. По указанным выше причинам в этих случаях известное преимущество имеет влагалищный метод операции.

Но что в таких случаях сделать с маткой, зашить в ней отверстие или удалить ее?

В случаях заведомо септических экстирпация матки является наиболее надежным методом, ибо из оставленной инфицированной зашитой матки инфекция может распространяться как в брюшную полость, так и в клетчатку. В случаях же, где только подозревается инфекция, приходится при решении вопроса сообразоваться еще с другими моментами, по аналогии с выбором метода операции при фибромиомах матки. Тут приходится считаться с возрастом больной, с тем, имеются ли у нее дети и пр. Если больная не молода и у нее имеются дети, то мы избираем более надежный путь и удаляем весь орган. Вообще же решение вопроса, инфицирована ли матка или нет, часто очень затруднительно. Особенно это затруднительно в случаях, где имела место попытка криминального аборта, обычно производимого рукой невежды в деле асептики. Известны случаи, когда швы, которыми была зашита повидимому не инфицированная матка вследствие последовавшего нагноения, прорезывались и из образовавшегося позади матки абсцесса исходила общая инфекция с летальным исходом (Шаута). Мы знаем, с другой стороны, случаи, где даже при имеющемся налицо перитоните экстирпация матки и шов кишечника послужили к спасению больной (Дедерлейн.) Мне пришлось оперировать таким же способом случаи прободения матки при септическом аборте с редкими по своей локализации и многочисленности пенетрирующими поранениями кишок, где экстирпация матки привела к благоприятному исхо-

ду. И надо согласиться с теми многочисленными операторами (главным образом венской школы), как Шаута, Гальбан и др., которые считают, что экстирпация матки всегда показана при безупречной асептике, при пенетрирующих поранениях кишечника, при значительном повреждении матки.

Что касается метода операции при уже имеющемся перитоните, то здесь удаление перфорированной матки вряд ли играет решающую роль. Личный опыт заставляет нас вместе с Иозер и Гейн полагать, что экстирпация матки, производимая у больной, находящейся в том тяжелом состоянии, которым сопровождается гнойный перитонит, является операцией, нередко превышающей силы больной, и что такая экстирпация часто только ухудшает прогноз. Поэтому при уже развившемся перитоните преимущество может иметь консервативный способ операции, цель которого дать сток гною: разрез брюшной стенки и дренаж брюшной полости. Дренаж может быть проведен также и через влагалище. В качестве иллюстрации я приведу два случая из материала нашей клиники:

В одном случае, доставленном в клинику 24/III 1925 г. с явлениями общего перитонита, появившегося после произведенного 2 дня назад прободения матки и поранения тонких кишок, больная была нами подвергнута лапаротомии при еще сравнительно удовлетворительном состоянии. При лапаротомии была зашита пенетрирующая рана в кишечнике, удалена перфорированная матка и широко дренирована брюшная полость. Случай кончился смертью через 12 часов после операции.

В другом случае больная 23 лет была доставлена в клинику 25/XI 1925 г. с явлениями общего перитонита в состоянии, которое в тот момент представлялось нам безнадежным. Из анамнеза больной выяснилось, что 21/XI, т. е. 4 дня назад, ей был произведен врачом аборт при двух месяцах беременности, после чего уже на следующий день появились симптомы перитонита, продолжавшие нарастать до доставления больной в клинику. Исследование per vaginam обнаружило выпячивание заднего влагалищного свода. Течение болезни, а главное анамнестические подробности, касающиеся хода операции и поведения оператора, не оставляли сомнения в том, что при выскабливании произошло прободение матки, вероятно всего с повреждением кишечника. Ввиду тяжелого состояния больной (пульс 150 при t° в 36° , facies purpuratica и пр.) лапаротомия представлялась нам операцией, превышающей силы больной. Поэтому мы ограничились вскрытием выпячивающегося заднего свода, причем выпущено большое количество гнойно-кровянистой жидкости с резко выраженным фекальным запахом. Состояние больной несколько улучшилось уже к вечеру того же дня, и с этого времени улучшение постепенно стало нарастать. Фекальные массы, выделяющиеся через разрез во влагалище, подтвердили наше предположение, что при перфорации матки произошло также и повреждение кишечной петли. Больная, претерпевшая еще ряд осложнений, была выписана через $4\frac{1}{2}$ месяца с самопроизвольно закрывшимся каловым свищем в сравнительно удовлетворительном состоянии.

Таким образом нужно считать, что простой дренаж через задний влагалищный свод оказался для последней больной с перитонитом при осложненном прободении матки спасительным методом. Считаю при этом необходимым еще раз подчеркнуть, что простой дренаж был применен здесь, как *ultimum refugium* у умирающей больной. Обычно же при повреждении кишечника показывается лапаротомия, при которой производится та или другая операция на кишечнике в зависимости от степени повреждения последнего.

Экстирпацию матки приходится производить нередко и тогда, когда имеется значительное повреждение в области шейки матки, так как такое поранение влечет за собой образование больших гематом в параметрии. Абсолютно показана экстирпация перфорированной матки, ткань которой носит признаки злокачественной дегенерации, например при раке или при деструкующем пузырьном заносе.

В случаях подозрительных на инфекцию, но когда из каких-либо соображений, например при отсутствии у больной ребенка и настойчивом ее желании иметь такового, мы решили сохранить матку, недостаточно для предотвращения инфекции брюшной полости зашить перфорационное отверстие. В этих случаях стремятся изолировать по возможности зашитое перфорационное отверстие от общей брюшной полости.

Выше было уже указано, что если перфорационное отверстие лежит в передней стенке матки, то мы имеем возможность, оперируя через передний влагалищный свод, изолировать перфорационное отверстие от общей брюшной полости, производя попутно везикофиксацию, т. е. пришив переднюю стенку матки к брюшине мочевого пузыря. Тогда пузырь покроет перфорационное отверстие и изолирует его от свободной брюшной полости (рис. 29).

Такая везикофиксация не служит препятствием для последующих родов.

Абдоминальные методы операции. То же самое можно произвести и при лапаротомии (рис. 30). Брюшиной мочевого пузыря, которая во время беременности особенно легко от него оттягивается можно покрыть даже дно матки и прикрепить ее к задней поверхности матки. Если перфорационное отверстие находится в задней стенке матки, то для его прикрытия можно воспользоваться сальником или сигмовидной кишкой. Можно, как предложил Сольмс, отделить от мочевого пузыря брюшину на протяжении от одной круглой связки до другой и покрыть ею, как чепцом, матку вместе с придатками, пришив ее край к задней поверхности матки (рис. 31 и 32).

Для подозрительных на инфекцию случаев прободения матки школой Бумма (Зигворт) был предложен следующий способ операции, имеющий целью, сохранив матку, поместить ее внебрюшинно.

Лапаротомия. Перфорационное отверстие в матке зашивается узловатыми кетгутовыми швами, проникающими через всю толщину маточной стенки. Поверх этого два этажа швов, захватывающих серозу матки. Затем приступают к помещению матки внебрюшинно. что производится так, как этого требует в каждом отдельном случае местонахождение перфорационного отверстия. Если перфорационное отверстие находится наверху, в дне матки, то поместить его внебрюшинно легко. Дно матки наклоняют кпереди и помещают в нижний угол разреза париетальной брюшины. Края париетальной брюшины пришиваются к задней поверхности матки позади находящегося в дне матки перфорационного отверстия, так что дно матки выглядывает из небольшого отверстия в *peritoneum parietale* в нижнем углу раны. По окружности этой верхушки матки париетальная брюшина пришивается к ней кетгутовыми швами, а затем прилегающие к ней с обеих сторон поверхности париетальной брюшины в свою очередь соединяются над ней кетгутовыми швами, покрывая таким образом перфорационное отверстие. Если перфорационное отверстие находится даже в задней стенке матки, то и тогда можно так перегнуть матку кпереди, чтобы дно ее поместилось в *excavatio-vesico-uterina*. Перфорационное отверстие будет тогда глядеть кверху и будет так же обшито брюшиной, как и в предыдущем случае. Каких-нибудь последствий от такого насильственного перемещения матки Зигворт не ожидает, так как перитонеальные сраще-

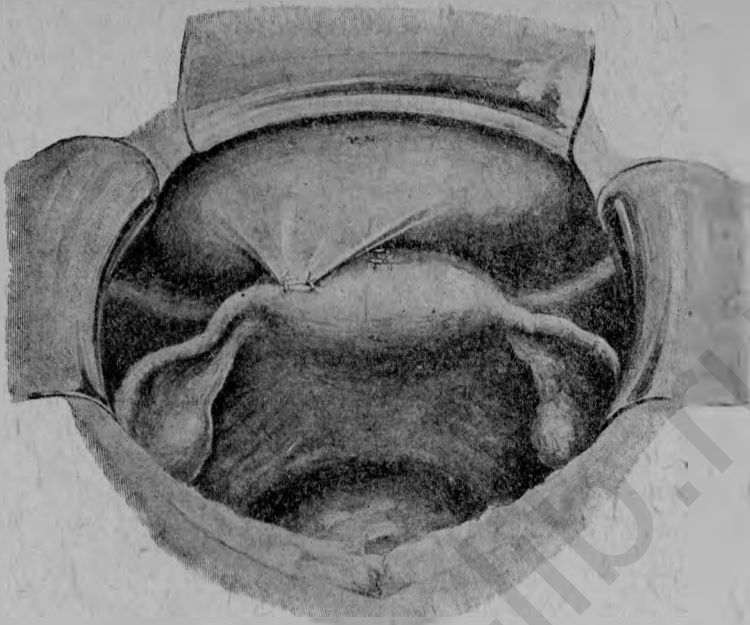


Рис. 30. Зашитая рана на передней стенке матки покрывается складкой брюшины, оттянутой от задней стенки мочевого пузыря

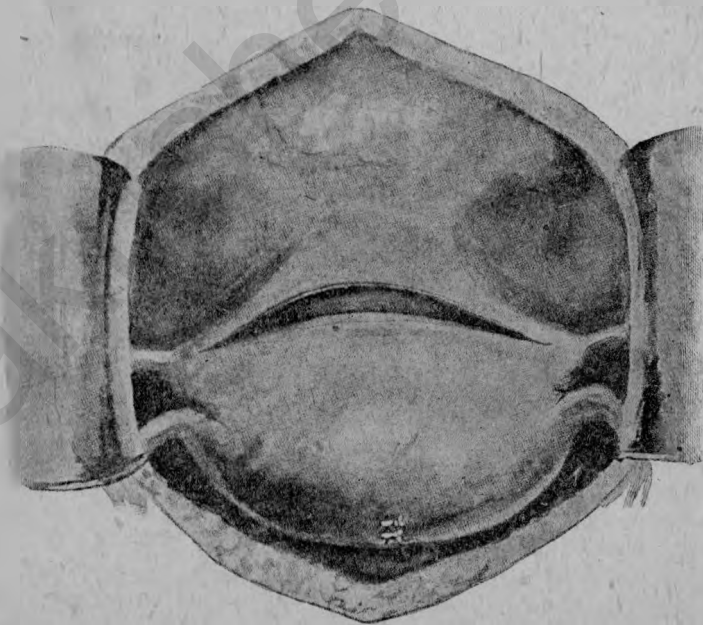


Рис. 31. Для того чтобы прикрыть брюшиной зашитую рану, находящуюся на дне или на задней стенке матки, проводят разрез через брюшинную складку от одной круглой связки до другой

ния легко поддаются действию тяжести матки, которая впоследствии возвращается в свое обычное положение. Загворт сообщил о 8 оперированных по этому способу случаях, давших хороший результат. Точно так же благоприятно окончились, как сообщил Фейн, 7 случаев, осложненных перфорацией, оперированных по консервативному

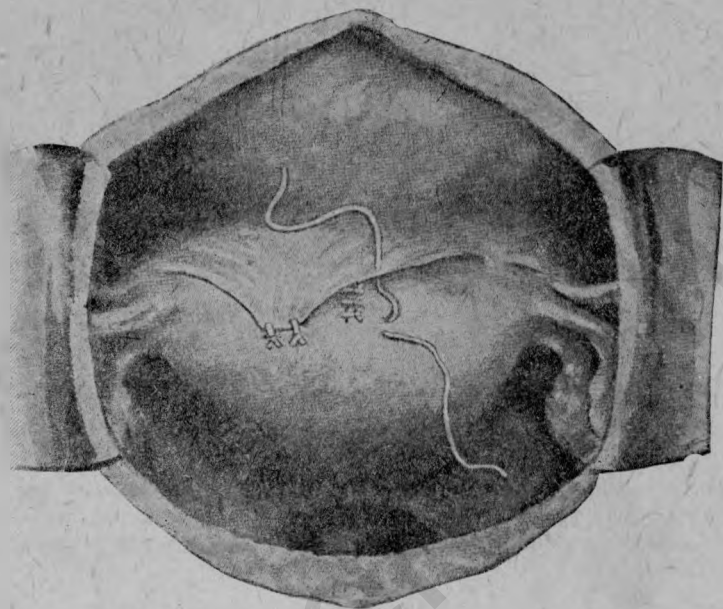


Рис. 32. Брюшиной как чепцом покрывают зашитое перфорационное отверстие

способу в той же клинике Бумма. Franz получил приблизительно одинаковые результаты как при зашивании перфорированной матки, так и при ее экстирпации, хотя зашитую матку даже не помещали экстраперитонеально. Мы видим следовательно, что по вопросу о том, как поступить с перфорированной маткой в случаях, подозрительных на инфекцию, мнения операторов расходятся.

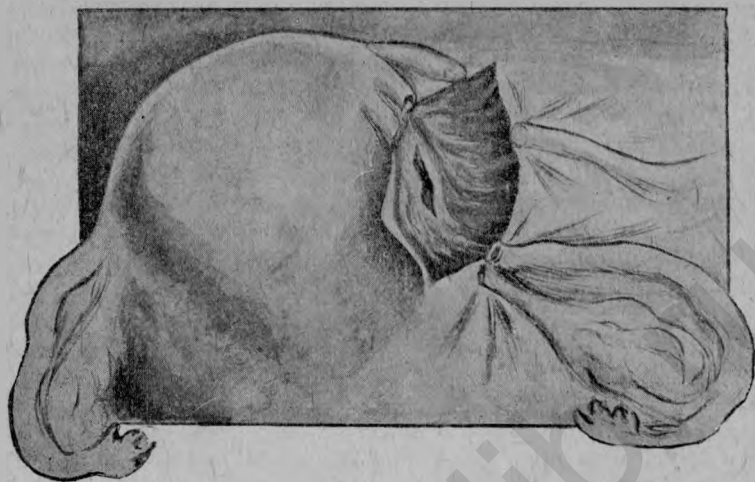
Наш опыт говорит за то, что в случаях, где перфорированная матка заведомо инфицирована, экстирпация является наиболее надежным способом операции. И только в тех случаях, где имеется лишь подозрение на инфекцию и условия таковы, что крайне желательно сохранить орган ввиду отсутствия детей и т. п., можно рискнуть сохранить матку. При этом непременным условием нужно поставить тщательную перитонизацию зашитого перфорационного отверстия и помещение его внебрюшинно или дренаж через вагину. Дренаж применим главным образом тогда, когда операция производится через влагалище, для чего, как мы снова указываем, должна быть полная уверенность, что перфорация не осложненная. Или же дренаж через вагину применяется в запущенных случаях при имеющемся уже перитоните, как *ultima refugium*, когда зашивание матки, ее экстирпация или даже лапаротомия с целью дренирования вследствие тяжелого состояния больной превышают силы больной.

При повреждениях, расположенных в области шейки, в клетчатке таза между листками широкой связки образуются гематомы, которые могут достигь больших размеров. Сюда же подбрюшинно могут попасть и части плодного яйца. Задачей оператора в этих случаях является не только удаление из-под брюшины гематомы или частей плодного яйца, но главным образом гемостаз, для чего нередко приходится отыскивать и перевязывать поврежденные сосуды. Что касается выбора метода операции, то тут мы олять-таки сталкиваемся с разногласием операторов. В то время как приверженцы радикального образа действий считают образование гематомы в широкой связке показанием к удалению матки, приверженцы консервативного метода этого показания не признают. Если гематома небольшая, то брюшина над ней рассекается, ступки свернувшейся крови удаляются, кровоточащие сосуды перевязываются, и брюшина в этом месте снова сшивается (Бумм шьет брюшину двойным рядом швов). При остановке кровотечения в параметрии необходимо тщательное следить за тем, чтобы в лигатуру не попал близко лежащий мочеточник. В случаях инфицированных, а также при образовании в широкой связке очень больших гематом, особенно в более поздние сроки беременности, консервативный метод операции нецелесообразен. Удаление же матки может создать условия, при которых возможно тщательное удаление всей скопившейся крови и достижение надежного гемостаза. Такая операция получает большое сходство с расширенной операцией рака шейки матки по способу Вертгейма. Как при этой последней, так и здесь нам приходится опасаться повреждения мочеточника, когда мы будем останавливать кровотечение в поврежденном параметрии. Поэтому, прежде чем приступить к перевязке сосудов и обкалыванию кровоточащих мест, следует проследить ход мочеточника. Для этого необходимо после перевязки *ligamenti infundibulo-pelvis* рассечь передний листок широкой связки до мочевого пузыря. После удаления гематомы можно легко проследить положение мочеточников и маточных сосудов и произвести перевязку сосудов. На другой неповрежденной стороне перевязка сосудов не потребует конечно препарировки мочеточника.

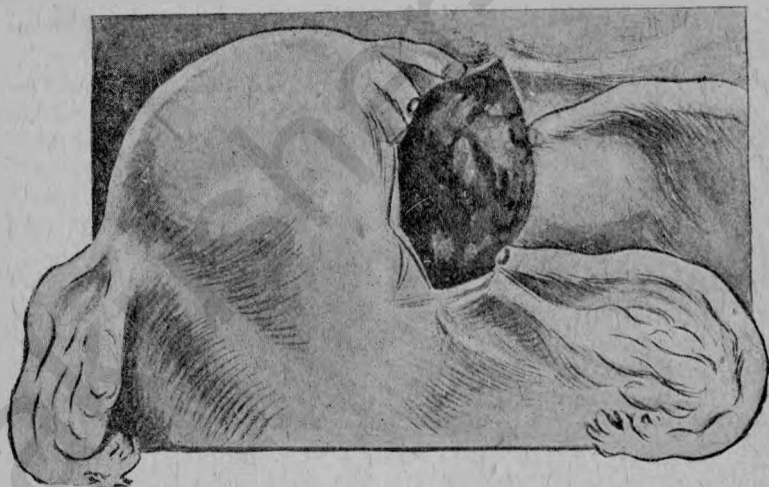
В одном из оперированных нами случаев перфорации инструмент, которым было произведено прободение матки, прошел внутрь широкой связки и отсюда через задний листок ее проник в брюшную полость возле *lig. ovar. propr.* Здесь мы для того чтобы удалить гематому в верхнем отделе широкой связки и зашить перфорационное отверстие, лежащее в верхнем отделе ребра матки, поступили следующим образом: сначала был произведен разрез через *lig. ovar. propr.*, фаллопиеву трубу и *lig. rot.* (а также брюшину, соединяющую их) у места отхождения их от матки, затем была удалена гематома, остановлено кровотечение, зашито перфорационное отверстие в матке, после чего маточный конец трубы был резецирован с целью стерилизации, а *lig. ovar. propr.* и *lig. rot.* были пришиты на свое место к матке (рис. 33 и 34).

Так как инфицированные случаи перфорации, а также случаи обширного разрыва шейки с образованием больших гематом в параметриях требуют полного удаления матки, а асептические случаи

повреждения тела матки могут быть подвергнуты консервативному методу операции, то суправагинальная ампутация матки, не находит себе широкого применения при прободении матки.



Р и с. 33. По удалении гематомы обнаруживается перфорационное отверстие, лежащее в верхнем отделе ребра матки.



Р и с. 34. Проведен разрез брюшины через перфорационное отверстие, лежащее в верхнем отделе заднего листка широкой связки. Разрез проходит через собственную связку яичника, трубу и круглую связку. В глубине видна гематома

Что касается придатков, то в большинстве случаев они при перфорации матки не страдают и при удалении матки их не за чем экстирпировать. Конечно при повреждениях их может явиться необходимость удалить яичник или трубу. Только в редких случаях может появиться необходимость удалить фаллопиеву трубу из технических соображений даже при оставлении перфорированной

матки, для того чтобы получить более широкий доступ к большой гематоме, образовавшейся в широкой связке и брыжейке трубы. Точно так же приходится оперировать на трубах, когда при операции по поводу прохождения желательного по тем или иным соображениям большую стерилизовать.

Общий метод операции при нарушении целостности кишечника. Как общее правило повреждение органов брюшной полости или хотя бы одно подозрение на таковое является показанием к лапаротомии. При нарушении целостности кишечника, если кишечная петля оторвана от брыжейки или в стенке кишки имеется значительный дефект, поврежденный участок приходится резецировать.

К случаям прободения матки, безусловно всегда требующим лапаротомии, необходимо причислить те случаи прободения, которые были произведены щипцеобразными инструментами, как абортанг и особенно корнцанг. Опыт показывает, что многие случаи прободения матки корнцангом сопровождаются повреждениями органов брюшной полости. Это необходимо иметь в виду, так как далеко не всегда повреждение кишечной петли или других органов брюшной полости может быть тотчас распознано. Ведь иногда одного ущемления кишечной петли между браншами корнцанга достаточно для того, чтобы вызвать в дальнейшем омертвление данного отрезка кишок. В свежих случаях прободения ощущение живота, состоящее из пульса и общая клиническая картина очень часто не дают доказательств происшедшего тяжелого поранения. Поэтому, если оператор знает, что прободение произведено корнцангом, он должен произвести лапаротомию.

В тех случаях прободения матки, когда извлечена и повреждена кишечная петля, Отт советует не делать попыток к ее вправлению по двум причинам: во-первых, чтобы не загрязнить брюшную полость и, во-вторых, чтобы не рыться в кишках для розысков поврежденного участка. Кишечную петлю, находящуюся во влагалище и подлежащую резекции, незачем извлекать из перфорационного отверстия не только до, но и после резекции. Резецированная часть кишки, извлекается из влагалища (Бумм). Не всегда кишечная петля, замеченная в зеве или влагалище, остается там же: во время перевозки больной в больницу или переноски на операционный стол петля часто снова ускользает в брюшную полость.

Вопрос о судьбе перфорированной матки при операции посредством лапаротомии будет решаться с тех же точек зрения, что и при оперировании при помощи влагалищного метода.

Поранения органов брюшной полости, которыми сопровождаются случаи перфораций матки, до чрезвычайности разнообразны. Так например наблюдались отрыв кишечника от его брыжейки, пенетрирующие и непенетрирующие поранения кишечника, поранения сальника, брыжейки и т. п. Действительность превосходит иногда фантазию. Описаны случаи, когда целые петли кишок отрезались, так как их принимали за пуповину плода. Мне пришлось оперировать случаи, в котором врач, прободав посредством корнцанга матку, прорвал кишку, оторвал яичник и отросток слепой кишки. Вертгейм сообщил об отрыве в одном случае мочеочника как от почки, так и от мочевого пузыря. Франке видел случаи отрыва посредством щипцов кука promotorii (!).

Такие необычайные повреждения требуют в каждом отдельном случае индивидуального способа операции и лечения.

Что касается способов оперативного пособия при повреждении сальника или кишки, то здесь могут потребоваться самые разнообразные мероприятия, начиная от простого обкалывания кровоточащего сосуда сальника или лембертовского шва на поврежденный серозный покров кишки и кончая резекцией того или иного отрезка кишки, наложения *anus praeternaturalis* и пр. На этих вопросах большой хирургии (главным образом брюшной хирургии) размеры настоящего руководства не дают возможности останавливаться. Укажем только на необходимость в случаях осложненного прободения матки планомерного и систематического осмотра органов брюшной полости на предмет обнаружения кровоточащих сосудов и главное повреждения кишечной трубки или его брыжейки, для чего весь кишечник участок за участком пропускается между пальцами, осматривается вместе с его брыжейкой и вновь погружается в брюшную полость. Нахождение поврежденного участка кишки не освобождает от обязанности осмотра всего тракта, так как, как показывает опыт, такие повреждения бывают нередко множественными. Осмотр всей брюшной полости необходим уже для того, чтобы между петлями кишок или в какой-нибудь нише не остались после операции остатки плодного яйца. В случаях инфицированных, а к таким относятся те, где имеется пенетрирующее повреждение кишечной трубки, брюшная полость дренируется. Область малого таза дренируется через влагалище. Брюшная полость выше малого таза дренируется через разрез брюшной стенки по средней линии или также по бокам.

Удаление из перфорированной матки остатков плодного яйца. Если при операции абдоминальным или вагинальным путем матка экстирпируется, то вопрос об удалении остатков яйца из полости матки отпадает сам собой.

Если же перфорационное отверстие зашивается и матка не удаляется, то возникает вопрос, как поступить с частями плодного яйца, оставшимися в ее полости. Во избежание осложнения послеоперационного течения эти остатки необходимо удалить. Произвести выскабливание после того, как перфорированная матка зашита, опасно, так как при этом могут пострадать швы. Произвести выскабливание до зашивания тем более опасно, так как размеры повреждения могут увеличиться, а также могут появиться новые осложнения. Опорожнять матку посредством выскабливания через шейный канал можно под контролем глаза или руки, охватывающей тело матки через разрез во влагалищном своде (*per kolbotomiam*). Метод этот однако представляет большие неудобства, особенно для контроля перфорационного отверстия глазом. При лапаротомии оператор не может производить выскабливание и в то же время контролировать место прободения. Тут или должно быть еще одно лицо, которое производило бы выскабливание, в то время как оператор контролирует его действия со стороны брюшной полости, или же поступают так: зашивают отверстие в матке; тело матки покрывают марлевыми салфетками; теперь края разреза брюшной стенки временно соединяют при помощи пулевых или иных шипцов и производят выскабливание *per vias naturales*; после этого раскрывают вновь брюшную полость, удаляют салфетки, контролируют зашитое перфо-

рациональное отверстие и зашивают окончательно брюшную полость (Марковский). Метод опорожнения перфорированной матки через канал шейки требует большой осторожности, чтобы не произвести нового поранения матки особенно в тех случаях, где имеется патологическое изменение маточной стенки. Если канал шейки недостаточно раскрыт и не поддается легко расширению, то и теперь оператору приходится работать при тех же опасных условиях, при которых произошло прободение. С другой стороны, боязнь новой перфорации может легко повести к недостаточно полному опорожнению полости матки от остатков яйца. Поэтому в тех случаях, где канал шейки недостаточно раскрыт и не может в достаточной мере быть расширен тупым путем, необходимо произвести рассечение шейки (влагалищное кесарское сечение) с тем, чтобы удалить остатки плодного яйца пальцем.

Другой метод опорожнения полости перфорированной матки от остатков яйца следующий: опорожнение производят через самое перфорационное отверстие, которое в случае надобности увеличивается при помощи разреза. Это легко произвести как при кольпотомии, так и при лапаротомии. При кольпотомии мы, выкатив матку, обкладываем ее марлевыми салфетками, которые не давали бы извлекаемым остаткам яйца попасть в брюшную полость. При лапаротомии во время выскабливания через перфорационное отверстие матку держат рукой или при помощи щипцов, обложив ее также салфетками.

Способ удаления остатков яйца через перфорационное отверстие при лапаротомии имеет еще то преимущество, что не требует перемены положения больной.

Мы при операциях по поводу прободения матки всегда опорожняем ее от остатков плодного яйца через перфорационное отверстие, увеличивая последнее, если в этом имеется надобность, небольшим разрезом. Если перфорационное отверстие не ведет в брюшную полость, а в параметрий, то для опорожнения матки мы делаем специальный разрез через переднюю стенку ее, как для малого кесарского сечения.

ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Экстренная помощь по поводу появившегося кровотечения может понадобиться не только во время производства аборта, но и в последующем послеоперационном периоде. Причиной кровотечения обычно является в этих случаях оставление в матке частей плодного яйца. Рациональной терапией является производство повторного выскабливания. Противопоказания к повторному выскабливанию будут в этих случаях те же, что и при лечении неполного выкидыша, т. е. наличие инфекции, вышедшей за пределы матки (см. выше „Неполный выкидыш“).

Чрезвычайно опасной операцией может стать повторное выскабливание в том случае, если причиной последовательного кровотечения является прорастание хориальными ворсинками стенок матки. Нормальная по своему строению ворсистая оболочка яйца благодаря своим цитолитическим свойствам прорастает в мышечный

слой матки, проедает ее на большую глубину в случаях прикрепления и развития яйца не в теле матки, а в ее перешейке (isthmus) или шейке (placenta isthmica et cervicalis).

Некоторые авторы (Панков и др.) сомневаются в том, может ли прикрепление и развитие яйца происходить исключительно в шейке, но полагают, что, прикрепившись первоначально в перешейке, яйцо может в своем дальнейшем развитии спуститься в шейку и повести к образованию placenta praevia isthmico-cervicalis.

Опубликованы однако случаи (Елкин и др.), которые заставляют думать, что яйцо может имплантироваться в самом шеечном канале. Аналогичный случай наблюдался в нашей клинике. Несомненно, что независимо от того, произошла ли первично имплантация яйца в шеечном канале или яйцо спустилось в шейку, имплантировавшись первоначально в перешейке, шейка может стать плодместилищем для яйца. Между тем шейка с ее слабой способностью к децидуальной реакции представляет для развития яйца неподходящую почву. Ворсинки яйца благодаря своим ферментативным свойствам прорастают в мышечную оболочку, истончают и узурируют шейку подобно тому, как это происходит при трубной беременности. В то время как при placenta praevia isthmico-cervicalis беременность может доходить до конца, шеечная беременность обычно прерывается в первую половину беременности. При начавшемся же выкидыше шеечная беременность может быть принята за обыкновенный шеечный аборт или за выкидыш при миоматозной матке. И действительно тело матки, сидящее на плодместилище, которым является шейка, имеющая размеры и консистенцию беременной матки, может быть легко принята за субсерозную фибромиому.

Если в таком нераспознанном случае шеечной беременности производить выскабливание, то истонченную, растянутую и узурированную стенку шейки может легко перфорироваться. Но если даже перфорация и не произойдет, то из плодместилища, представляющего тонкостенный мешок, неспособный к достаточному сокращению, продолжает кровоточить и после опорожнения. Вследствие этого кровопотери могут быть очень значительными и повести к гибели больной. Если тампонация плодместилища быстро не остановит кровотечения, то, не теряя времени, необходимо приступить к экстирпации матки. Бывают однако случаи, когда выскабливание при шеечной беременности, не распознанной и принятой за шеечный аборт, проходит гладко. Истонченная шейка не перфорируется и после опорожнения не кровоточит. Однако опасность не миновала. Кровотечение может наступить позже. Причиной последующего кровотечения являются оставшиеся между мышечными пучками ворсинки, которые в состоянии, как это бывает после трубного выкидыша, несмотря на гибель или удаление плода, продолжать свою разрушительную деятельность. Вследствие этого через некоторое время после выскабливания оставшиеся ворсинки могут вызвать новое профузное кровотечение.

В одном случае шеечной беременности наблюдавшимся в Гинекологической клинике II МГУ, нераспознанной и принятой за беременность в миоматозной матке, было предпринято выскабливание

ввиду начавшегося выкидыша. Выскабливание прошло гладко. После удаления 3-месячного плода и плаценты кровотечение прекратилось, матка сократилась. Небольшие повышения t° и незначительные кровянистые выделения были причиной того, что больную долго не выписывали из клиники. Через 3 недели внезапно профузное кровотечение. Больная — почти без пульса. Предполагая, что причиной кровотечения является оставшийся кусочек плацентарной ткани (матка казалась увеличенной, шейка приоткрытой), дежурным врачом было предпринято выскабливание. Но уже при первом введении кюретки инструмент провалился. Снова профузное кровотечение. Предпринятая тотчас же лапаротомия обнаруживает глубокое прорастание плацентарной ткани из узурированной шейки в тазовую клетчатку. Экстирпация матки. Летальный исход через несколько часов от острого малокровия. Такие случаи являются не только примером диагностических трудностей и диагностических ошибок, но указывают и на серьезность положения вещей при шеечной беременности, ибо даже после удаления плодного яйца, проросшие и лежащие между мышечными волокнами ворсинки еще надолго сохраняют цитолитическую способность, ведущую к новым повторным кровотечениям.

Невольно возникает мысль о том, не является ли наличие шеечной беременности уже показанием к экстирпации матки. Не лучше ли удалить матку до того, как это придется делать по витальным показаниям ввиду ничем не останавливаемого последовательного кровотечения. На этот вопрос мы склонны ответить утвердительно. Во всяком случае экстирпацию матки следует произвести безотлагательно, если после опорожнения плодовместилища, несмотря на тампонацию, кровотечение продолжается или если, как в нашем случае, спустя некоторое время после выскабливания внезапно появляется профузное кровотечение.

Другой случай шеечной беременности, наблюдавшейся за год до этого в той же клинике, оперирован посредством чревосечения; 5-месячный плод и плацента были удалены посредством кесарского сечения. Так как плодовместилище после удаления плодного яйца представляло вялый тонкий мешок, совершенно проросший плацентой и кровотечение продолжалось, то матка была тут же удалена. Случай окончился выздоровлением. В очень многих случаях, может быть даже в большинстве из них, шеечная беременность вначале не распознается и диагноз ставится только во время операции, предпринятой по поводу кровотечения. Если для остановки кровотечения предпринято выскабливание и во время такового появляется угрожающее кровотечение, усиливающееся, несмотря на то, что плодное яйцо как будто удалено полностью, а по конфигурации матки можно предположить наличие прикрепления яйца в области перешейка или шейки, то следует прекратить дальнейшее выскабливание. Если обстановка позволяет, безотлагательно приступают к удалению матки Abs. Каковы же те изменения в конфигурации матки, которые могут навести на мысль о шеечной беременности?

В предыдущем уже указывалось, что беременность в перешейке или шейке матки можно легко смешать с беременностью в миомазной матке, особенно в ранние сроки беременности. Действитель-

но при наличии общих и местных признаков беременности (синюшность, разрыхленность влагалища влагалищной части матки и пр.) мы находим следующие данные бимануального исследования: над влагалищной частью, которая будет тем короче, чем ниже в шейке прикреплено яйцо, возвышается мягкое тело, служащее непосредственным продолжением влагалищной части и по своей величине соответствующее сроку беременности по анамнестическим данным. Таким образом это мягкое тело принимается за беременную матку. В дне и несколько сбоку от предполагаемой беременной матки, как бы в углу ее, прощупывается другое тело, несколько более плотное, чем плодovместилище, легко принимаемое за фибромиому. Сметать шеечную беременность с беременностью в миоматозной матке тем легче, чем короче срок беременности и чем выше в шейке расположено яйцо. Чем меньшая часть шейки приняла участие в образовании плодovместилища, чем большая часть шейки сохранила свой нормальный канал, тем труднее установить наличие ненарушенной перешейчно-шеечной беременности и отличить ее от беременности, расположенной в теле матки.

Привившись в области перешейка или шейки матки, яйцо встречает здесь условия, резко отличающиеся от тех условий, которые имеются при беременности в теле матки, ибо слизистая шейка не обладает способностью к достаточной децидуальной реакции. Вследствие этого яйцо под влиянием цитолитических свойств трофобласта производит при своем дальнейшем развитии расщепление не в области *deciduae verae*, а мышечной стенки, прорастает таковую и врастает даже в параметрий. В той стенке шейки, в которой произошла прививка яйца, образуется вздутие. Шейный канал в этой части смещается и располагается эксцентрически. Чем ниже в шейке будет расположено яйцо, тем резче при гинекологическом исследовании обнаружится опухолеподобное вздутие одной из стенок шейки и смещение просвета шейного канала и маточного зева. Получается такая же картина, какая наблюдается при фибромиоме шейки матки. Разница лишь в консистенции: в то время как при шеечной беременности опухоль в области шейки отличается характерной для беременности мягкой консистенцией, миоматозный узел в шейке имеет более плотную консистенцию, чем беременная матка. Таким образом наиболее характерным признаком шеечной беременности является опухолеподобное вздутие шейки (Швейцер, Кермаунер, Гофштеттер, Яшке) и эксцентрическое расположение маточного зева. В ранние сроки беременности этот признак будет выражен тем яснее, чем ниже расположено место прикрепления яйца. В более поздние сроки указанные изменения имеют место даже в том случае, если первоначальное прикрепление яйца произошло не в шейке, а выше в области перешейка, ибо вместе с ростом беременности плацента может развиваться, расщепляя мышечную ткань по направлению к наружному зеву. В случае Елкина (5-месячная шеечная беременность) гинекологическое исследование до операции обнаружило как бы отсутствие шейки; вместо последней определялась полусферовидная опухоль значительно спускающаяся в просвет влагалища и напоминающая собою совершенно сглаженную шейку при родах. На месте наружного зева определялось лишь небольшое вдавление, как при атрезии. Здесь повиди-

тому имелось центральное прикрепление последа в шейке матки и равномерное его вращение во все стороны, вследствие чего конгло-тинированный зев находился в центре.

Таким образом диагностика пещечной беременности может бази-роваться на следующих данных субъективного и объективного ис-следования: нарушение функции мочевого пузыря, смещенного пре-вратившейся в опухоль шейкой, мягкая консистенция этой опухо-ли в сравнении с вышележащим меньшим и более плотным телом матки, эксцентрическое расположение паружного маточного зева.

В отношении методов лечения пещечной беременности нужно прийти к следующему заключению: пещечная беременность является вследствие склонности к большим кровопотерям и инфекциям весьма опасной патологией беременности и требует оперативного вмешательства. Наиболее надежным методом является экстирпация матки, произведенная посредством чревосечения. Хирург, опытный в вагинальных методах, может в первые месяцы беременности произвести операцию и через влагалище. В тех случаях, где желатель-но во что бы то ни стало сохранить матку, можно произвес-ти кесарское сечение; вскрывши матку разрезом в области пло-довместилища, удаляют плодное яйцо. Если после этого кровоте-чение продолжается, можно попытаться остановить его при помощи обкалывания кровоточащих мест, как это сделал со стороны влага-лица в своем случае Матей. Если пещечная беременность распознана только во время выскабливания, то выскабливание следует прер-вать, если условия таковы, что в случае необходимости нельзя пе-реходить к немедленному чревосечению. Прервавши выскабливание, производят плотную тампонацию шейки и влагалища и направляют больную в соответствующее лечебное заведение. Здесь можно либо немедленно произвести удаление матки, что, как уже сказано, является более надежным способом, либо делают попытку опорож-нить плодместилище при помощи кюретки с последующей тампо-нацией. Но приступить к выскабливанию следует только после того, как будут сделаны все приготовления к тому, чтобы в случае необ-ходимости можно было перейти от выскабливания к чревосечению. После выскабливания такие больные подлежат длительному наблю-дению. 2 случая пещечной беременности раннего срока, наблюдав-шиеся нами в течение последнего года в клинике Гос. научн. ин-та охматмлада, были успешно проведены по такому консервативному методу.

При экстирпации матки некоторым затруднением может служить то, что шейка представляет опухоль, величина которой зависит от срока беременности. Тут возникают те же трудности, что и при удалении пещечных фибромом. Здесь, как и там, опасность угрожает мочеточникам, которые лежат близко к опухоли. При пещечной беременности трудности усугубляются еще рыхлостью, гиперемией и кровоточивостью тканей.

При беременности большего срока иногда целесообразно предва-рительно уменьшить раздутую шейку, опорожнивши ее при помощи разреза, как мы это и сделали в одном из наших случаев, а затем произвести экстирпацию матки. Недостатком этого метода является то, что при разрезе матки и удалении плодного яйца теряется кровь: но зато при нем облегчается экстирпация. Если больная малокров-

на и кровь необходимо максимально экономить, этот метод нецелесообразен.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ФИБРОМИОМАХ МАТКИ

Кровотечения, требующие экстренной помощи, могут наблюдаться при фибромиомах матки. Так как эти кровотечения представляют не случайное и преходящее явление, а такое, которое в той или иной степени будет повторяться до тех пор, пока продолжают существовать причины, их порождающие, то и лучшим из методов лечения в этих случаях естественно будет тот, который не только устраняет непосредственную опасность данного момента, но и предотвращает возможность его повторения в будущем. Поэтому предсильном маточном кровотечении, приведшем больную с фибромиомой матки в состояние тяжелой анемии, экстренная помощь должна была бы одновременно быть и радикальной, т. е. состоять в операции удаления миоматозной матки или по крайней мере самой опухоли.

Если причиной кровотечения является рождающаяся подслизистая фибромиома на ножке, то удаление такой опухоли (фиброзного полипа) не представляет трудности. Опухоль захватывают крепкими щипцами Мюзо и откручивают ее, вращая щипцы вокруг их продольной оси в одну сторону. После откручивания полипа полость матки смазывается иодной настойкой. Если кровотечение продолжается, влагалище плотно тампонируют марлей. Откручивать опухоль более осторожно, чем перерезать ее ножку, ибо, потягивая за опухоль, можно инвертировать стенку матки, которую при отрезывании ножки легко поранить. А поранив стенку матки, необходимо уже удалить матку. Вот почему откручивание является методом выбора в тех случаях, когда, с одной стороны, профузное кровотечение, вызванное рождающейся опухолью, заставляет ее спешно удалить, а с другой стороны, условия работы заставляют максимально упростить самую операцию.

Если опухоль еще не настолько родилась из шейного канала, что ее можно надежно захватить щипцами, то необходимо открыть доступ в полость матки при помощи *Kolpohysterotomia ant.* (см. технику). Это тем более необходимо, что и к откручиванию опухоли следует приступать только после того, как точно установлено, что опухоль имеет ножку. Если опухоль сидит на широком основании, то открутить ее невозможно, вылущить же подслизистую опухоль из матки совершенно нецелесообразно, ибо после этого весьма трудно бывает остановить кровотечение из обширного ложа, которое к тому еще легко может инфицироваться.

В таких случаях несравненно целесообразнее удалить всю матку, чем оставить неполноценный и поврежденный орган, который может стать источником серьезнейших осложнений.

Итак, если малочное кровотечение при субмукозной фибромиоме требует неотложной оперативной помощи, а обстановка и условия данного момента не таковы, чтобы можно было, если понадобится, произвести также и экстирпацию матки, то к немедленному удалению опухоли можно приступить только в том случае, если опухоль (фиброзный полип) уже родилась из маточного зева и имеет тонкую

ножку, которую можно открутить. В остальных случаях приходится прибегнуть к временной остановке кровотечения при помощи тампонации. Наступившую передышку необходимо использовать для того, чтобы перевести больную в такое лечебное заведение, где ей может быть оказана радикальная оперативная помощь. Но и здесь не всегда можно немедленно оперировать больную. Обескровленные на почве длительных хронических кровопотерь миоматозные больные не обладают той способностью к быстрой регенерации крови, которая наблюдается у больных с острым малокровием при внезапной кровопотере, как например при внематочной беременности и т. п. Миоматозные больные попадают в руки врача нередко в таком тяжелом состоянии, с явлениями такой слабости, апатии, одышки, на почве хронической анемии, что всякая новая, хотя бы и небольшая кровопотеря, с которой связана операция удаления матки, может превысить их силы и повести к трагическому концу. Правда, современная наука находит средства быстро улучшать состав крови. Наиболее быстрым способом является переливание крови. Трансфузия крови в настоящее время применяется не только с целью компенсации внезапно нарушенного вследствие травмы кровяного баланса, но и в ряде хронических заболеваний, особенно при анемии. В оперативной гинекологии за последние годы все чаще применяется переливание крови в послеоперационном периоде и перед операцией в тех случаях, когда хронические кровопотери доводили больных до такого состояния, когда необходимое оперативное вмешательство становилось жизненно опасным. Рентгенотерапия, которая, как известно, нередко с успехом конкурирует с операцией при фибромиомах матки, при тех тяжелых формах анемии, когда количество гемоглобина падает ниже 25—20%, навряд ли целесообразна и небезопасна: ослабленный обескровленный организм не всегда в состоянии справиться с токсическим действием больших доз лучшей рентгена. При подслизистых фибромиомах, особенно рождающихся и гангренизирующих, даже горячие сторонники рентгенотерапии высказываются против облучивания. Да наконец самая возможность широко применять лучистую терапию у нас пока еще ограничена.

Таким образом остается значительное количество случаев фибромиом, которые из-за кровотечения требуют немедленного оперативного вмешательства в то время, как тяжелое состояние больных, обусловливаемое главным образом недостатком крови, недостатком поглощающих кислород элементов, делают операцию рискованной. Такое же состояние может встретиться не только при фибромиомах матки, но и в других случаях хронических маточных кровотечений, как например при тяжелых формах геморрагических метрпатий и пр. Во всех этих случаях переливание крови является единовременным пособием, которое немедленно уменьшает риск новой кровопотери при операции. В гинекологической клинике II Московского государственного университета мы неоднократно по приведенным показаниям с успехом применяли этот метод, за которым немедленно производилась радикальная операция. Во всех наших случаях мы могли наблюдать повышение количества гемоглобина непосредственно после переливания. Правда, через некоторое время часто уже со 2-го дня, количество гемоглобина начинало падать, в моче

появлялись следы желчных пигментов. Это падение гемоглобина скоро однако останавливалось, желчные пигменты в моче исчезали и кривая гемоглобина начинала вновь подниматься вверх. Тактическая задача, которую мы ставили перед собою,—воспользовавшись хотя бы временным быть может улучшением в состоянии больной, сделать ей жизненно необходимую операцию. Эта задача в наших случаях была вполне благоприятно разрешена.

Из нашего материала я в качестве примера приведу следующие 2 случая из статьи Брауде и Шварцман о переливаниях крови перед гинекологическими операциями в случаях тяжелых анемий, вызванных длительными кровопотерями, („Клиническая медицина“, 1928 г., № 16.)

С л у ч а й 1. Больная С., 37 лет. Диагноз: Fibromyoma uteri submucos. Страдает маточными кровотечениями в течение 2½ лет. Обильные кровотечения, продолжавшиеся 2—2½ недели, чрезвычайно изнурили больную. В промежутках между кровотечениями шли обильные желтые зловонные бели. Больная поступила 12/V 1927 г. в тяжелом состоянии: общая слабость, пульс частый, дыхание поверхностное. Больная среднего роста, плохого питания, кожа изжелта-бледная, слизистые оболочки очень бледны. Легкие—жесткое дыхание; сердце—границы несколько расширены (поперечник сердца—13 см), шум с первым временем над всеми отверстиями, в особенности над верхушкой. Гемоглобин—18%. Больную все время лихорадит (температура—37,9—38,4°), сильно кровоточит, выделения имеют отвратительный ихорозный запах. Все влагалище выполнено большой опухолью неправильной сферической формы, уходящей вверх широким основанием. Края сглаженной шейки матки с трудом достигаются. Поверхность опухоли некротическая. Тело матки представляет плотную опухоль, прощупывающуюся через брюшные стенки; верхняя граница опухоли стоит на середине между симфизом и пупком. 23/V сделано переливание крови по цитратному способу (перелито 500 см³). Уже во время переливания пульс у больной стал полнее, лицо порозовело, дыхание улучшилось. Через 20 минут после переливания приступлено к операции под общим эфирным наркозом. Родившаяся опухоль с маткой и кистой левого яичника, обнаруженной во время операции, удалена через влагалище. Послеоперационное течение гладкое, температура нисразу не поднималась выше 37,4°, количество гемоглобина, равнявшееся до переливания 18%, после операции равнялось 24%. На третий день после операции гемоглобин 25%. С 3-го дня количество гемоглобина стало падать, достигнув 21%, но уже с 9—10-го дня стало возрастать. 11/VI больная выписалась в хорошем состоянии.

Больная поступила в тяжелом состоянии; родившаяся во влагалище опухоль кровоточила; начинавшийся некроз грозил общим заражением крови. Количество гемоглобина было 18%. О рентгене не могло конечно быть и речи. Не оперировать—значило бы ждать, сложа руки, медленного печального конца. Оперировать немедленно было бы более чем рискованно, а пытаться поднять питание больной при наличии некроза было лишено всякого смысла. Мы не сомневаемся, что переливание крови в данном случае в значительной мере помогло больной справиться с наркозом и с операционной травмой и с незначительной, но неизбежной во время операции кровопотерей.

С л у ч а й 2. Больная Ф., 45 лет. Поступила 15/1 1928 г. Диагноз: Fibromyoma uteri submuc. et subser. multiplex; Sactosalpinx bilat. Pelve. peritonitis chr Поступила с жалобами на общую слабость, длительные изнуряющие кровотечения и ноющие боли внизу живота. В сентябре 1927 г. лежала в клинике по поводу множественной фибромиомы. Ввиду воспаления придатков матки и тазовой брюшины подвергалась консервативному лечению. Больная слаба, кожа изжелта-бледная, видимые слизистые оболочки обескровлены. Со стороны легких, кроме выдоха над верхушками ничего особенного; границы сердца в пределах нормы, шум над верхушкой. Пульс слабого наполнения. Гемоглобин (Сали) 30%. Моча нормальная. Влагалище выполнено опухолью величиной с яблоко, представляющей родившуюся из полости матки фибромиому. Цервикальный канал открыт. Тело матки содержит

фиброматозные узлы, прорастывающиеся через брюшную стенку. Матка ограниченно подвижна, с обеих сторон от нее прорастываются сактосальпинксы. Ввиду того, что больная теряла много крови и во избежание возможного некроза появившейся во влагалище опухоли решено оперировать немедленно. Вследствие предполагавшихся обширных спаек с тазовой брюшиной и с кишечником избран был комбинированный способ: удаление появившейся опухоли через влагалище и экстрипация матки per abdomen. 21/I сделано переливание 600 см³ крови по способу Элекера. Больная отлично перенесла переливание, порозовела. Через 20 мин. после переливания приступлено к операции под люмбальной анестезией. К концу операции анестезии нехватало, вследствие чего пришлось перейти на общий эфирный наркоз. Операция, как предполагалось, оказалось весьма трудной вследствие обширных спаек. Сделано полное удаление матки с придатками. Послеоперационный период протекал в общем нормально, если не считать поноса случайного характера, которым больная страдала с 12-го до 17-го дня. Больная выписалась в хорошем состоянии. 20/IV больная показывалась в клинику в отличном состоянии.

И в этом случае мы имели таким образом дело с родившейся во влагалище субмукозной фибромиомой. Случай был к тому еще осложнен воспалением придатков с обширными плотными спайками. Как и в первом случае, не могло быть и речи о рентгене. Переливание крови и здесь значительно уменьшило риск весьма трудной в техническом отношении операции. Количество гемоглобина, равнявшееся после операции 36%, к 4-му дню упало до 31%, но больная успела уже к этому времени оправиться от операционного шока.

Нельзя конечно утверждать, что переливание крови, даже проведенное с соблюдением всех предосторожностей (выбор донора при помощи тройной проверки, учет противопоказаний для переливания со стороны реципиента и пр.), является безразличным или совершенно безопасным вмешательством. Возможность опасной реакции немедленной или поздней, как это видно из литературы вопроса, отрицать нельзя. Но вряд ли эта возможность встречается чаще, чем всякие другие непредвиденные осложнения послеоперационного периода. Поэтому, считая, что для переливания крови как подготовительного акта к операции должны иметься веские показания, мы рассматриваем переливание крови как метод чрезвычайно благоприятный, способный в значительной степени уменьшить жизненный риск предстоящей операции. Но не всегда одно малокровие один недостаток элементов крови, поглощающих необходимый для жизненных функций кислород, является противопоказанием к немедленной операции. Тяжелое состояние больной может быть обусловлено также и болезнью сердца, часто сопровождающей фибромиомы матки (Myom Herz), тромбозами сосудов. Особенно тромбоз сосудов может сделать переливание крови противопоказанным. Наконец переливание крови является методом, который даже в больших клиниках требует известного времени для осуществления (подыскание подходящего донора). Нельзя поэтому его в настоящее время рассматривать в гинекологической практике как генеральный метод подготовки обескровленной больной к операции по поводу фибромиомы, метропатии и пр. В условиях участковой работы (да и не одной только участковой) переливание крови часто невыполнимо. Тут приходится пользоваться другим методом, который, правда, действует чрезвычайно медленно, оттягивает надолго момент операции, но тем не менее дает часто хорошие результаты.

В нашей клинике мы начали применять переливание крови обескровленным больным перед операцией лишь в середине 1927 г. Но и до этого времени мы могли в большинстве случаев успешно бороться с анемией и подготавливать нуждающихся в операции больных при помощи выжидательно-консервативного метода, заключающегося в полном покое, тампонаде влагалища, кровоостанавливающих средствах (secale, hydrastis, stypticin и пр.), диете. В свободные от кровотечения промежутки больные получали мышьяк и пр. На материале нашей клиники Михайлов и Малева („Гинекология и акушерство“, 1928 г., № 5) среди 251 случая фибромиом матки, оперированных за время 1923 — 1927 гг., нашли отмеченным количество гемоглобина в 180 историях болезни. Эти 180 случаев были оперированы со следующим содержанием гемоглобина в крови: в 44 случаях, т. е. в $\frac{1}{4}$ всех случаев, количество гемоглобина было ниже 50%, причем в 4 случаях оно было ниже 30%. Самый малый процент равняется 20 (1 случай). Все случаи окончились выздоровлением, причем в послеоперационном периоде никаких осложнений не было. При поступлении же этих больных в клинику у некоторых из них процент гемоглобина был еще ниже, почему и операция была отложена на некоторое время, в течение которого процент гемоглобина благодаря указанным мероприятиям значительно возрос. Так например у больной П., которая поступила в клинику с 13% гемоглобина, последний через 45 дней возрос до 42%; у больной К. гемоглобин с 20% за 35 дней возрос до 35%; у больной Д. с 20% за 80 дней—до 50%; у больной Б. с 27% за 14 дней—до 34%; у больной В. с 29% за 50 дней—до 55%; у больной К. с 31% за 19 дней—до 36%. Таким образом мы видим, что все эти больные в более или менее продолжительный срок накапливали кровь и благополучно переносили операцию, которая их освобождала навсегда от маточного кровотечения. Но были также больные, у которых состав крови, несмотря на лечение, не улучшался. На приведенном материале нашей клиники таких случаев было 3.

Привожу краткую историю болезни одного из них (цит. по работе Михайлова и Малевой):

Больная В. поступила в клинику в тяжелом состоянии с содержанием гемоглобина 20%, при наличии большого кровотечения, которое, как выяснилось при наблюдении, оказалась очередной менструацией. Операция не представлялась возможной. Тампонада, кровоостанавливающие средства, покой позволили по окончании менструации улучшить общее состояние больной, а количество гемоглобина поднять до 30%. Однако из-за желания путем выжидания получить еще большее улучшение момент для оперативного вмешательства был упущен, так как наступила еще более профузная менструация и состояние больной еще более ухудшилось, чем в самом начале. Однако вновь принятые те же меры позволили больной, уже дошедшей до весьма тяжелого состояния, постепенно за $1\frac{1}{2}$ —2 недели прийти в удовлетворительное состояние при 21% гемоглобина. Несмотря все-таки на достаточно тяжелое состояние, больной была произведена операция—полное удаление матки с рождающейся опухолью per vaginam. Состояние больной было удовлетворительное во время операции и в послеоперационном периоде. Выписалась выздоровевшей.

Две другие больные из числа 3, у которых при выжидательно-консервативном методе не наступило улучшения, поступили в клинику с 37 и 25% гемоглобина, но после следующей менструации, которую они провели в клинике, они дошли до 25 и 20% гемоглобина, когда и решено было больше не выжидать. И в этих случаях, являющихся с точки зрения консервативно-выжидательного метода

неудачными, операция и послеоперационный период протекли вполне благополучно, и больные выписались выздоровевшими. Случаи эти указывают, что, играя на повышение гемоглобина, надо зорко следить за тем, чтобы после некоторого улучшения в связи с новой профузной менструацией не наступило вновь ухудшение состояния больной. И если улучшение не наступает, то надо безотлагательно оперировать, ибо дальнейшее откладывание может привести больную еще в более тяжелое состояние, и риск операции окажется меньшим, чем риск выжидания. Весьма ценным может оказаться в случаях неудачи консервативно-выжидательного метода применение перед операцией переливания крови. Для иллюстрации приведем следующий случай (цит. по работе Брауде и Шварцмана).

Больная Б., 45 лет. Была доставлена в клинику 8/X 1927 г. в тяжелом состоянии по поводу сильного маточного кровотечения. Весь последний год больная теряла во время менструации много крови. Кровототери особенно усилились в последние 2 месяца, несмотря на то, что в одной из московских больниц ей было сделано выскабливание (микроскопический диагноз — *endometritis poliposa*). Больная ослаблена, цвет лица изжелта-бледный, слизистые оболочки бледные; больная не может сидеть. Легкие — притупление и выдох на верхушках; сердце — границы нормальны, резкий анемический шум; моча нормальна; гемоглобин 25%. Половые органы: разрыв промежности 2-й степени, опущение передней и задней стенок влагалища, матка увеличена до размеров семи недель беременности, плотная, подвижна. Придатки не прощупываются. Несмотря на покой и лечение, больная продолжала терять кровь, причем содержание гемоглобина упало до 20%. Вследствие нарастающей слабости решено было удалить влагалищным путем матку. 17/XI сделано было переливание 575 см³ крови по способу Элекера. Больная отличилась себя чувствовала после переливания, стала розовой, живой. Сейчас же после переливания была произведена под спинномозговой анестезией влагалищная экстирпация матки. Больная отлично перенесла операцию и проделала совершенно нормальный послеоперационный период. 3/XII больная выписалась в хорошем состоянии.

Такие случаи показывают, что применение выжидательно-консервативного метода имеет свои границы, точное определение которых однако невозможно. Вот почему метод переливания крови перед операцией не только укорачивает время пребывания больных в лечебном учреждении, но и обеспечивает их от дальнейшего ухудшения состояния, которое, хотя и очень редко, как показывает материал нашей клиники, все же иной раз в виде исключения наблюдается. Исход операции зависит от многих условий, среди которых процент содержания гемоглобина в крови занимает почетное место, но не является единственным решающим. Тем не менее, так как нельзя установить предельного содержания гемоглобина, при котором операция теряет большую долю опасности, то переливание крови, повышающее для момента операции содержание гемоглобина, должно уменьшить опасность операции. Оператор, приступающий к операции, получает большую уверенность в благополучном исходе. Какого бы взгляда ни придерживаться на сравнительную ценность консервативно-выжидательного метода или метода переливания крови, в каких бы условиях ни приходилось работать, в какой бы степени ни представлялась возможность ликвидировать самый источник кровотечения, первое, что всегда желательно сделать в экстренном случае, — это хотя бы на время остановить или уменьшить кровотечение. При доброкачественных процессах, как фибромиомы или метротатии, для остановки кровотечения можно всегда, как выше указывалось, применить тампонацию влагалища. Опыт нашей клиники показал, что опасности инфекции в противополож-

ность случаям рака здесь нет. Необходимыми условиями для этого является оставление тампона во влагалище не более чем на 12 часов и правильная методика его применения. Сюда относится прежде всего максимальное, насколько позволяет случай, соблюдение чистоты. Если кровоточит при закрытой шейке, то продезинфицировать влагалище и влагалищную часть матки, как это делается перед влагалищными операциями, легко и асептика при тампонации может быть соблюдена в достаточной мере. Другое дело, если надо тампонировать влагалище при родившейся во влагалище опухоли. Обычный метод дезинфекции влагалища не приводит к желаемой цели: позади опухоли остаются пространства, карманы и ниши, которых дезинфицирующие средства не достигают. Мы в этих случаях пользуемся для промывания влагалища не обычным влагалищным наконечником, а маточным катетром Фрич-Воземана с обратным током, который благодаря его кривизне легко обходит сферическую опухоль, вследствие чего кончик катетра достигает частей влагалища, лежащих позади опухоли. Это почти единственное применение Фрич-Воземановского катетра, которое он еще сохранил у нас после того, как мы почти совершенно отказались от всяких внутриматочных промываний. Обильно промывая влагалище дезинфицирующими (не ядовитыми) растворами при помощи этого катетра, удастся очистить его по крайней мере от грубых загрязнений. Если к тому еще тампонацию оставить во влагалище не надолго и при надобности тампон через 8—12 часов переменить, то явлений инфекции не наблюдается. Насколько при этом играет роль применение марли, пропитанной антисептическим составом (иодоформ и пр.), вопрос спорный. При гангренизирующих опухолях тампонацию производить нежелательно по тем же причинам, что и при раке шейки матки. Если операцию нельзя произвести немедленно, то приходится в этих случаях удовлетвориться назначением постельного режима, кровоостанавливающих средств, холода (лед на живот, прохладные спринцевания с вяжущими растворами, как буро-важидность и пр.). Нередко одни эти мероприятия ведут к уменьшению и постепенному прекращению кровотечения, по крайней мере на время.

Кровотечение при фибромиомах матки, имеющее характер мено- или метроррагии, происходит из слизистой матки, за исключением тех немногих случаев, когда кровоточит распадающаяся подслизистая опухоль. Так как интенсивность кровотечения зависит главным образом от массы слизистой оболочки и ее кровенаполнения, а также от сократительной способности маточной мышцы, то естественно может возникнуть вопрос о применении в качестве кровоостанавливающего средства выскабливания, при помощи которого не только удаляется кровоточащая слизистая, но и маточная мышца понуждается к лучшему сокращению. Такой метод нельзя признать целесообразным, ибо он так же, как и тампонация, является только временной мерой. К тому же выскабливание при миомах является опасной манипуляцией ввиду возможности повреждения опухоли, вследствие чего могут начаться некроз и инфекция. Субсерозное расположение опухоли в матке не гарантирует от того, что кроме диагностируемого узла имеются еще и внутриматочные, а может быть и подслизистые узлы. Поэтому при фибромиомах матки выскабливание как метод борьбы с кровотечением противопоказан.

МЕТОДИКА ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ КОЛЬПОТОМИИ

Предлагая для некоторых случаев неотложной оперативной помощи влагалищный метод операции, я считаю полезным остановиться на методике производства передней и задней кольпотомии. Лапаротомный метод более распространен, им владеют как хирурги, так и гинекологи. Влагалищным же методом пользуется значительно меньшее число операторов. Даже не все гинекологи владеют им в достаточной мере. Особенно это относится к методике передней кольпотомии, о которой у многих имеется представление как о сложной операции, между тем многие трудности, встречающиеся при производстве этой операции, легко устраняются при помощи весьма простых приемов. На этих приемах, в основе которых лежит знакомство с анатомическими данными, я хотел бы остановиться подробнее.

Передняя кольпотомия. Трудность передней кольпотомии заключается в том, что на прямом пути из влагалищного свода к брюшине лежит мочевого пузырь. Поэтому, разрезав влагалище и лежащую под ним фасцию, необходимо отодвинуть вверх пузырь, прикрепленный к матке слоем клетчатки. Только после этого становится возможным найти складку брюшины (*plica vesico-uterina*). Вскрыв ее, мы получаем доступ в брюшную полость.

Как при лапаротомии, так и при кольпотомии применяются разрезы различного направления и различной формы. Не приводя всех, укажу только на один лоскутный разрез (разрез Штрассеманна), который превосходит другие тем, что дает гораздо большее отверстие во влагалищном своде. Большой разрез всегда облегчает операцию. Продольный и поперечный разрезы (или комбинация обоих в форме T), которые применяются при кольпотомиях, дают слишком узкое отверстие, через которое с большим трудом извлекают матку и придатки, если эти органы увеличены. Узость операционного поля вполне справедливо вызывала нарекания в том, что приходится оперировать вслепую. Лоскутный разрез, дающий гораздо больший простор, а следовательно и возможность оперировать под контролем глаза, в значительной степени расширяет границы применения кольпотомии. Преимуществом лоскутного разреза является еще то, что благодаря ему не обнажается передняя стенка мочевого пузыря: пузырь отодвигается от матки, оставаясь в своей естественной связи со стенкой влагалища. Рекомендуются разрез дает лоскут имеющий форму перевернутой буквы П, т. е. состоит из одного поперечного разреза и двух боковых, проведенных вертикально к первому. Поперечный разрез должен быть проведен несколько ниже прикрепления мочевого пузыря к шейке матки, в противном случае им можно поранить пузырь. Но разрез не должен также лежать слишком низко на влагалищной части матки и близко от маточного зева, иначе рубец, который здесь образуется, может впоследствии оттягивать влагалищную часть матки вперед к симфизу и тем способствовать образованию *retroflexio uteri*. Разрез, повторяю, должен лежать чуть-чуть ниже места прикрепления пузыря к шейке матки. Как определить это? место Нижнюю границу пузыря можно определить, как это многие и делают, при помощи металлического катетра вводимого каждый раз в мочевого пузырь. (рис. 35). Но при таком способе моча будет попадать на операционное поле, что является

нежелательным в отношении асептики. Да и нет необходимости для определения места поперечного разреза прибегать к такому методу. Мы имеем для этого внешний признак, а именно последнюю *columnam rugarum*. Там, где кончается гладкий покров влагалищной части матки и начинаются складки *columnae rugarum*, там мы проводим

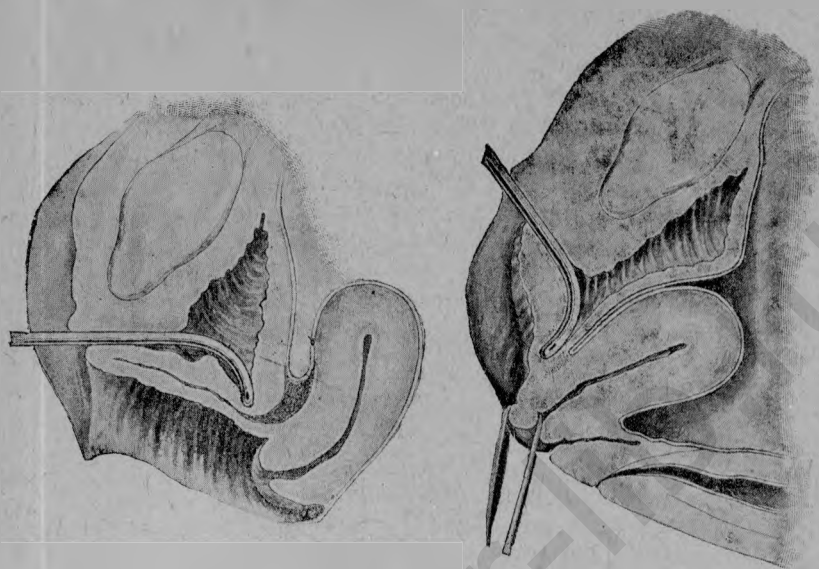
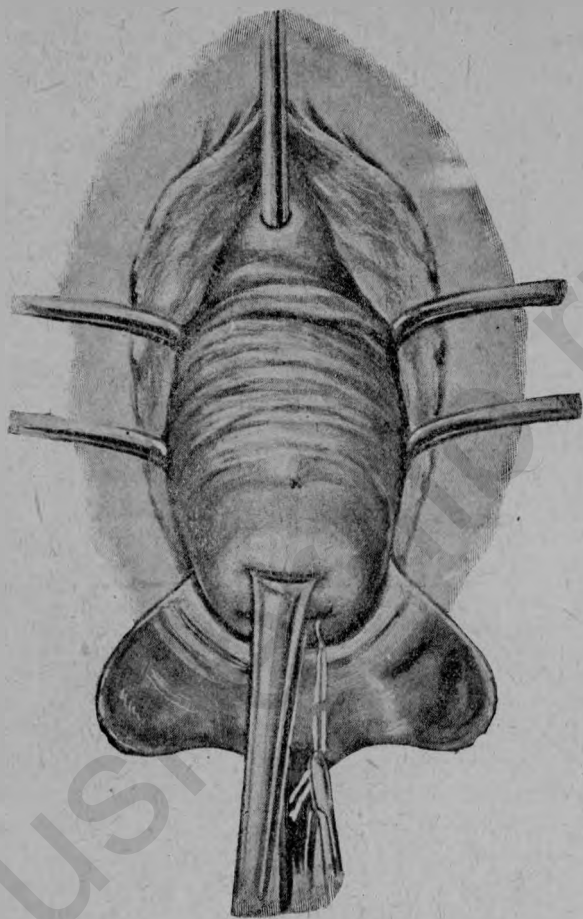


Рис. 35. Положение дна мочевого пузыря [в мочевой пузырь введен мужской металлический катетр (левый рисунок)]. (Смещение дна мочевого пузыря при извлечении шейки матки наружу (правый рисунок))

поперечный разрез (рис. 36). Ход операции, которой предшествует опорожнение пузыря, следующий: при помощи зеркал обнажается влагалищная часть матки, которая захватывается пулевыми щипцами или щипцами Мюзо, сильно потягивается вниз кзади и низводится в *introitus vaginae* до полного выворота переднего влагалищного свода (рис. 37); этим операция значительно облегчается. При отсутствии рубцовых тяжей в параментриях, ^{чит} в дугласовом пространстве полное низведение влагалищной части происходит легко, особенно у женщин, уже рожавших. Что касается операционных зеркал, то задний желоб, на котором лежит *portio vaginalis*, должен быть коротким; в противном случае он, упираясь в задний свод, будет препятствовать полному низведению влагалищной части матки. Можно обойтись вовсе без заднего зеркала: *portio vaginalis* лежит тогда на *commissura post.* и даже на самой промежности (конечно покрытой салфеткой). Два боковых крючка отводят малые срамные губы и обнажают (рис. 36.) таким образом передний влагалищный свод на всем его протяжении. Скальпелем проводят разрезы через влагалищную стенку, сначала поперечный, а затем на концах его 2 боковых. На дне этих разрезов виднеется более светлая, чем слизистая влагалища, фасция—*septum vesico-vaginale*. Эта фасция разрезается в том же направлении, что и влагалищная стенка (рис. 38). Приподымаем пинцетом получившийся лоскут и замечаем теперь, что в этом месте начинают

обрисовываться соединительнотканые волокна, которые прикрепляют стенку мочевого пузыря к шейке матки (рис. 39). Перерезаем эти волокна концами куперовских ножниц у самой шейки матки. Приподымаем теперь пинцетом влагалищный лоскут в другом месте



Р и с. 36. При извлечении в *introitu Us vaginae* шейки матки, вместе с последней смещается и мочевой пузырь. Введенный в него металлический катетр, своим концом выпячивает (X) влагалищную стенку и обозначает нижнюю границу мочевого пузыря. Эта граница совпадает с последней *columna rugata*. Через заднюю губу маточного зева проведена лигатура, на которой висит зажим. За эту лигатуру можно во всякий момент операции снова низвести шейку матки в *introitus vaginae*

рядом, здесь тоже начинают обрисовываться соединительнотканые волокна, идущие от пузыря к шейке матки. Перерезаем и их у самой матки. Так постепенно разрезаем все волокна, прикрепляющие к шейке матки мочевой пузырь у нижней его границы. Приподымая теперь пинцетом уже самую стенку мочевого пузыря, мы снова последовательно перерезаем все натягивающиеся при этом волокна клетчатки, лежащей между маткой и пузырем, и отделяем друг от друга оба эти органа (рис. 40).

Клетчатка, прикрепляющая мочевого пузыря к шейке матки и составляющая часть *fasciae endopelviniae*, представляет ткань довольно рыхлую, особенно у женщин уже рожавших, еще более рыхленную при беременности. Поэтому отделение пузыря от шейки матки можно производить и тупым путем: отодвигая пузырь вверх от шейки матки просто пальцем или пальцем, обернутым куском



Рис. 37. Положение больной, расстановка ассистирующих при влагалищной операции

марли. У женщин небеременных и нерожавших тупое отодвигание пузыря обычно бывает затруднительным, и применение насилия не раз приводило к поранениям пузыря. Поэтому у нерожавших я настоятельно рекомендую производить отделение пузыря от шейки только что описанным острым путем, особенно в самом начале, т. е. когда отделяется та часть пузыря, которая лежит ближе к маточному зеву, и только дальше ближе к телу матки можно отодвигать пузырь пальцем (рис. 41). Этот способ отделения пузыря имеет столь значительные преимущества, что я настоятельно рекомендую применять его как правило. При нем не разминается так мочевого пузырь, как при отодвигании его тупым путем. Но главное это то, что благодаря своей анатомичности этот способ обеспечивает сразу попадание в надлежащий слой клетчатки. А ведь как часто этот момент операции является для оператора камнем преткновения при производстве влагалищного кесарева сечения и передней кольпотомии. Когда отделение пузыря от матки закончено, приподымаем пузырь вверх по направлению к лонному сочленению при помощи тупого крючка или подъемника и отыскиваем брюшину. Ассистент в это

время попережному оттягивает влагалищную часть вниз. Очень часто уже в момент поднятия пузыря можно увидеть беловатый полудлунный край складки брюшины (*plica vesico-uterina*).

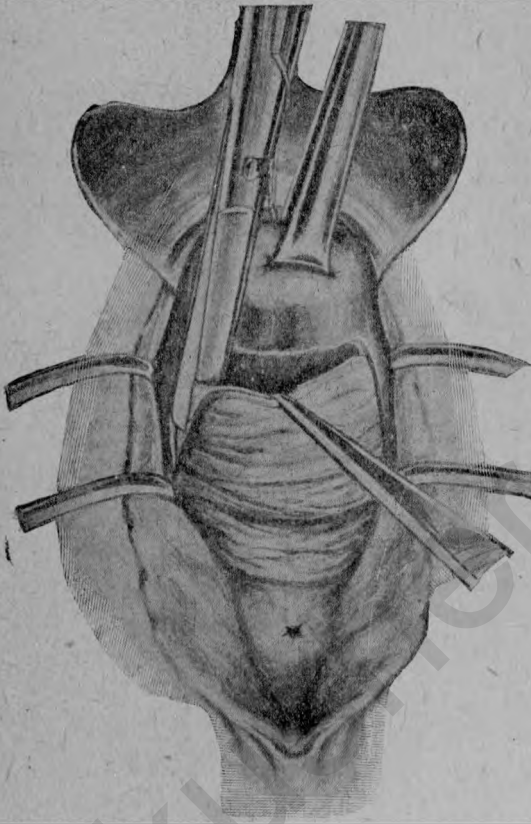


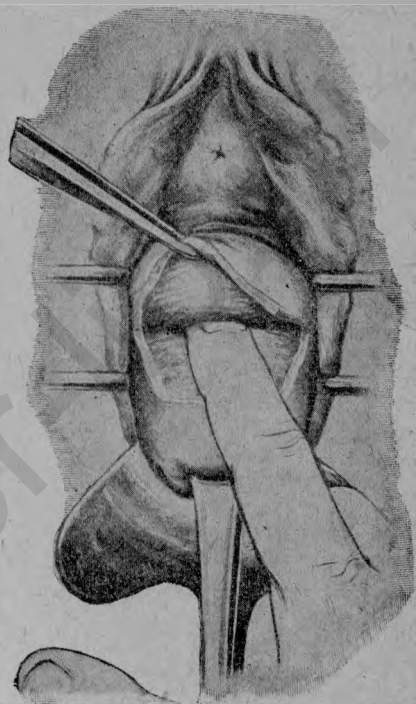
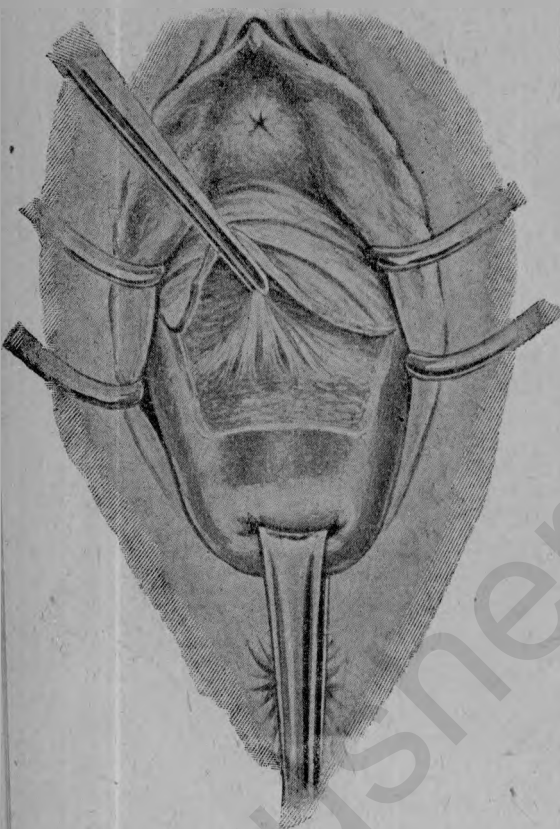
Рис. 38. Лоскутный разрез передней влагалищной стенки при *colpotomia ant.* В этом же направлении пинцетами разрезают тонкую фасциальную пластинку, лежащую между влагалищной стенкой и мочевым пузырем—*septum vesico-vaginale*



Рис. 39. Влагалищный лоскут поднимают пинцетом вверх, отчего начинают вырисовываться соединительнотканые волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к шейке матки. Эти волокна разрезают ножницами у самой шейки матки, чем кладут начало отделения мочевого пузыря от шейки матки

Если сразу край брюшинной складки не представится глазам, то ее легко может напупать палец как характерную тонкую подвижную гладкую складку. Край брюшины мы захватываем 2 пинцетами Пеана (рис. 42) и, убедившись еще раз, что это именно и есть брюшина, вскрываем ее ножницами между обоими пинцетами (рис. 43). Если в брюшной полости имеется кровь или другая жидкость, то по вскрытии плики эта жидкость выливается наружу. Один

или два пальца вводятся теперь в брюшную полость и определяют состояние органов. Если для извлечения матки наружу отверстие в брюшине оказывается недостаточно большим, то его увеличивают разрезом по пальцу (рис. 44). Нахождение и вскрытие брюшинной складки является нередко снова камнем преткновения при произ-



и с. 40. Начинающий отделяется от шейки мат- и мочевой пузырь приподымают пинцетом вверх, гчего обрисовываются волокна следующих слоев петчатки, соединяющей оба эти органа. И эти волокна разрезают ножницами у самой шейки

Р и с. 41. Дальнейшее отодвигание мочевого пузыря можно произвести пальцем

водстве передней кольпотомии. Трудно при кольпотомии отыскать брюшинную складку тогда, когда неправильно и не анатомично производилось отделение мочевого пузыря от шейки матки: либо совершается грубая ошибка, и отодвигается не мочевой пузырь от шейки, а влагалищная стенка от лежащего под нею мочевого пузыря, а пузырь остается прикрепленным к шейке матки, либо оператор слишком энергично отодвигал пальцем пузырь от шейки матки и при этом отодвинул далеко вверх самую складку брюшины. Метод отодвигания пузыря так, как он был выше описан, служит, повторяю, лучшим средством против подобных ошибок: благодаря ему при отделении пузыря от шейки матки оператор

сразу попадает в надлежащий слой, благодаря же тому, что пузырь весьма мало или почти вовсе не отодвигается пальцем, брюшина (*plica vesico-uterina*) остается большей частью лежать на месте. Но вот пузырь отодвинут, брюшина отыскана и вскрыта, и нужно извлечь наружу всю матку. Для извлечения тела матки можно пользоваться двумя методами. Как при одном, так и при другом нельзя извлекать наружу тело матки и одновременно с этим тянуть вниз влагалищную часть матки. При извлечении тела матки нужно снять с влагалищной части все инструменты и дать ей свободно уйти в глубь влагалища.

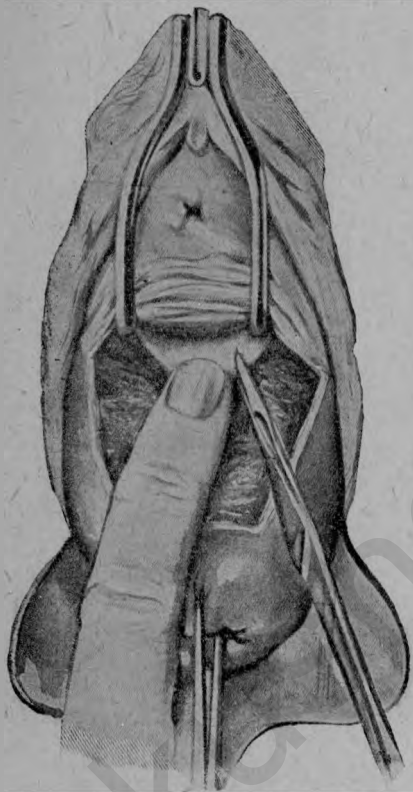


Рис. 42. Отсепарованный мочевой пузырь приподымают при помощи тупого крючка или подъемника. Пальцем стягивают подвижную беловатую складку брюшины и захватывают ее пинцетом

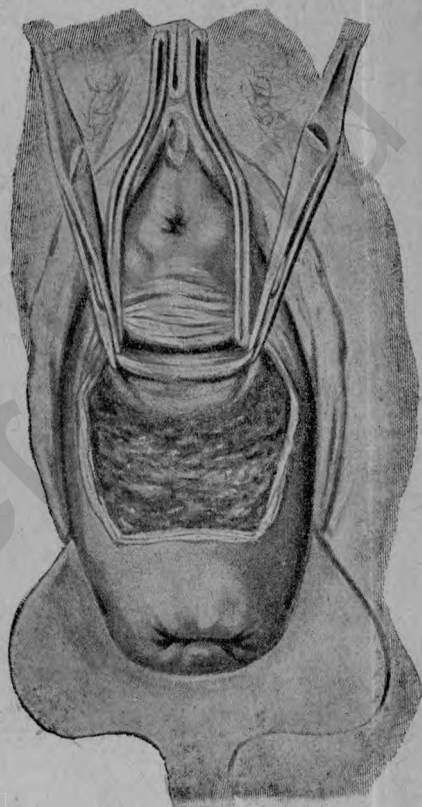
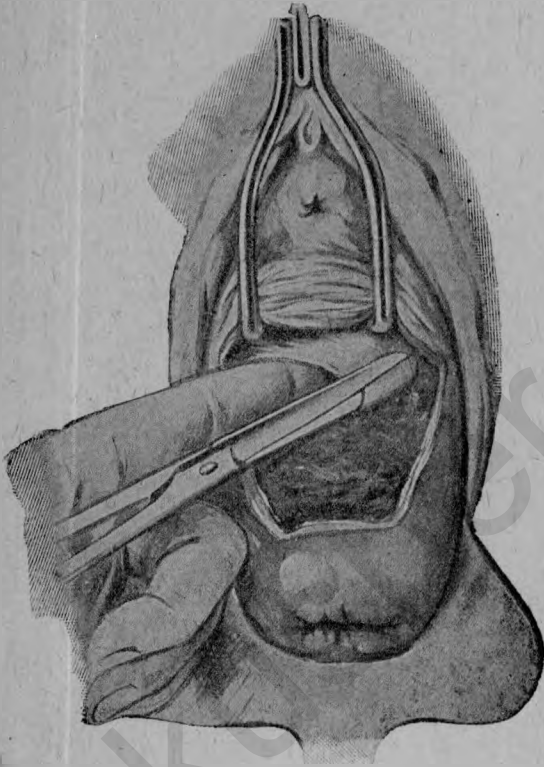


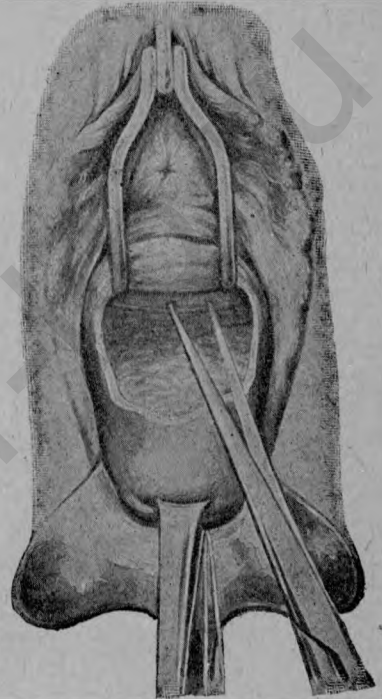
Рис. 43. Оттянув складку вверх убеждаются, что захвачена брюшина, которая переходит непосредственно на тело матки

Матка удерживается в тазу подвешивающим аппаратом, состоящим из соединительнотканых эластических и отчасти мускульных элементов и брюшины (конечно при одновременной поддержке со стороны тазового дна). Указанные фасциальные элементы составляют часть так называемой *fasciae endopelviniae* и достигают более значительной плотности в основании широких связок. Эти связки — *ligamenta cardinalia* (Кок) или *ligament. transvers. colli* (Макенрод), *ligament. suspensoria uteri* (Бумм), подвешивая матку и прикреп-

для ее в фронтальном направлении к стенкам таза, позволяют до известной степени вращать матку вокруг этой фронтальной оси, т. е. свободно наклонять ее вперед и назад, но не позволяют (когда они в исправном состоянии) значительно вытягивать всю матку вниз. При наклонении тела матки вперед влагалищная часть матки должна уклониться назад и наоборот. Получается нечто вроде простого рычага, место приложения которого будет находиться по середине его. При движении одного конца вперед другой конец его уйдет назад. Этот механизм мы должны иметь в виду при извлечении тела матки через передний влагалищный свод. В тот момент



Р и с . 44. Для увеличения сделанного в брюшине отверстия можно ввести в него палец левой руки и по пальцу продолжить разрез в обе стороны



Р и с . 45. После вскрытия складки брюшины (plicae vesico-uterinae) обнажается при помощи подъемника нижний сегмент передней маточной стенки, который и захватывается пудевыми щипцами

когда мы тело матки начнем извлекать наружу, влагалищная часть ее должна уйти в глубь влагалища. Поэтому с влагалищной части снимают щипцы, которыми ее до этого момента ниводили, но предварительно проводят через одну из губ наружного маточного зева шелковую лигатуру, завязывают ее и оставляют на ней висеть пеан. Это делается для того, чтобы можно было, потянув за лигатуру, во всякий момент вывести влагалищную часть матки снова наружу. Самое извлечение тела матки можно произвести посредством 1 — 2 пальцев, которые с задней поверхности матки захваты-

вают дно ее как бы крючком. Если придатки не увеличены и подвижны, то очень удобно извлечь сначала не матку, а придатки одной стороны, захватив их двумя пальцами; вслед за придатками в разрезе появится дно матки, которое пройдет через отверстие своей боковой поверхностью. Прохождение же матки через отверстие ее боковой поверхностью происходит легче, чем если она извлекается ее широкой передней поверхностью. Еще легче извлечь тело матки посредством пулевых щипцов. Это производится следующим образом: ассистент энергично оттягивает влагалищную часть вниз. Подъемник или тупой крючок вводится в отверстие брюшины и приподымает ее вверх. Таким образом обнажается блестящий гладкий край тела матки, который захватывается пулевыми щипцами

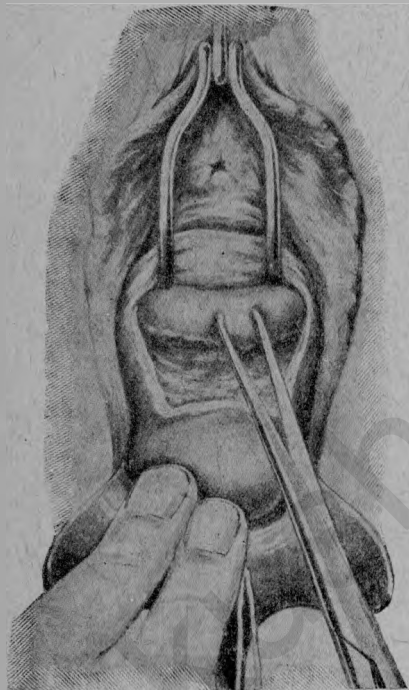


Рис. 46 Для того чтобы облегчить извлечение тела матки наружу, влагалищную часть, с которой сняты щипцы, отодвигают внутрь влагалища



Рис. 47. Если извлечение тела матки наружу встречает какие-либо затруднения, то вдоль матки в брюшную полость вводится палец, который определяет, имеются ли сращения с соседними органами

(рис. 45). С влагалищной части снимают щипцы и пальцами направляют ее в глубь влагалища, где она и исчезает (рис. 46). Теперь при потягивании за пулевые щипцы, которыми захвачен край тела матки, в отверстии брюшины появляется выпележащая часть тела матки, которая захватывается пулевыми щипцами. Первые пулевые щипцы снимаются, и ими захватывается выпележащая часть тела матки. Извлекать матку пулевыми щипцами следует так, чтобы не рвать ими ткань матки. Если спайки препятствуют извлечению матки, то их приходится разрывать пальцем (рис. 47) или разрезать

ножницами, когда они появляются в поле зрения. Но вот матка извлечена, далее следует извлечение придатков. Если производить это рукой, то для выигрыша пространства нужно оттянуть тело матки вниз и в сторону. Для этого мы захватываем матку маточными щипцами, поворачиваем ее на бок и оттягиваем вниз, соответствующие придатки очутятся тогда наверху. Если это левые придатки, то 2 пальца левой руки вводятся вдоль задней поверхности матки в брюшную полость и извлекают придатки как бы крючком. Теперь матку поворачивают на другое ребро и извлекают левой рукой придатки другой стороны таким же образом. Для извлечения придатков можно вместо пальцев пользоваться марлевым тампоном на корнцанге: матка, захваченная щипцами, оттягивается вниз и немного в сторону, вдоль задней поверхности ее вводят в брюшную полость марлевый тампон на корнцанге по направлению к придаткам одной стороны, рукоятка корнцанга опускается вниз, отчего тампон поднимается вверх и впереди, и выводит придатки наружу (рис. 48). Тонкие и неплотные сращения не препятствуют извлечению придатков таким способом. Более же плотные сращения, фиксирующие придатки в тазу, всегда приходится разделять. Тут нужна осторожность, чтобы не поранить приращенной кишечной петли. Для этого очень важно при помощи зеркал обнажить операционное поле. Если придатки представляют значительные опухоли, то для извлечения их иногда полезно вправить матку обратно в брюшную полость, прошив ее предварительно лигатурой, посредством которой ее можно впоследствии вывести наружу. Затем рукой или марлевым тампоном на корнцанге приближают опухоль к отверстию в брюшине, обнаженному зеркалами, и захватывают ее овариальными щипцами. Большая кистозная опухоль опорожняется при помощи троакара, после чего оболочка ее извлекается овариальными или другими щипцами. Но вот тело матки придатками извлечено наружу. Только теперь выводится наружу влагалищная часть матки, вправленная в глубину влагалища в то время, когда извлекалось из брюшной полости тело матки. Производится это простым потягиванием за ту шелковую лигатуру, которую мы специально для этой цели продели через одну из губ маточного зева и на которой оставили висеть пеан (рис. 49). Вся матка с придатками теперь перед нами. Дальнейший ход операции будет зависеть от той основной цели, ради которой производилась кольпотомия. Например при несложной перфорации матки будет запито перфорационное отверстие. Заканчивается кольпотомия тем, что по окончании целевой операции матка вправляется обратно в брюшную полость. Вправление матки производится таким образом: пальцы одной руки вправляют тело матки его ребром в отверстие влагалищного свода и брюшины, а другой рукой в это время тянут по направлению к себе влагалищную часть матки за лигатуру, продетую через нее (рис. 49). Край брюшины можно извлечь двояким способом: 1) при помощи 2 пинцетов, 2) при помощи пальца. При помощи 2 пинцетов захватывают влагалищный лоскут, поднимают его и обжимают заднюю стенку пузыря, которую перебирают пинцетами постепенно вверх и доходят таким образом до края брюшины, который и захватывают двумя пеанами или кохера-

ми. Другой способ заключается в том, что вводят указательный палец ладонной поверхностью вверх под лонное сочленение в брюшную полость, нащупывают заднюю стенку пузыря и, согнув этот палец крючком, извлекают гладкую покрытую брюшиной заднюю стенку пузыря наружу (по направлению к себе); палец другой

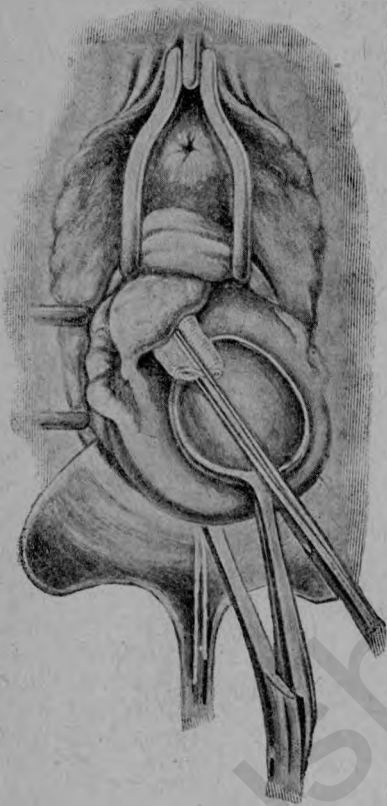


Рис. 48. Извлечение придатков матки при помощи тупфера

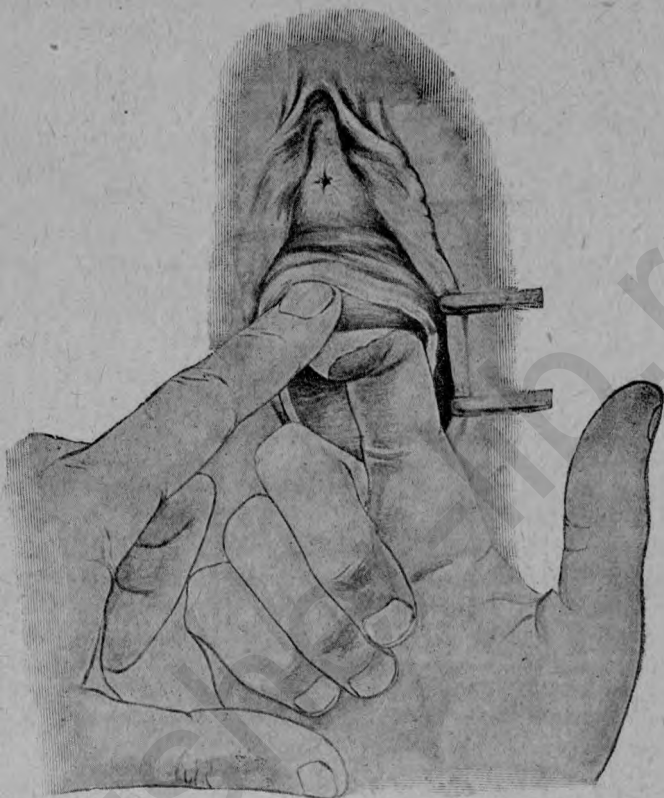


Рис. 49. Для того чтобы облегчить вправление тела матки обратно в брюшную полость, снова извлекают влагалищную часть матки за оставленную на ней лигатуру

руки в это время отодвигает влагалищный лоскут вместе с прикрепленной к нему передней стенкой мочевого пузыря назад (от себя). В результате на согнутом крючком пальце остается край брюшины *plicae vesico-uterinae* (рис. 50). Отверстие в брюшине зашивается непрерывным кетгутовым швом, затем зашивается отверстие во влагалищном своде, т. е. пришивается на свое место влагалищный лоскут, как это описано при влагалищном кесарском сечении.

Задняя кольпотомия (*Kolpotomia post. Kolpocoeliotomia post.*) т. е. вскрытие дугласова пространства со стороны заднего влагалищного свода, является главным образом подготовительной операцией, дающей доступ в брюшную полость. При помощи задней кольпотомии так же, как и посредством передней кольпотомии, можно проникнуть в малый таз и произвести необходимую опера-

цию на внутренних половых органах. Заднюю кольпотомию производят часто с целью дренажа, а также в качестве пробного разреза с диагностической целью. Пробная кольпотомия имеет в целом ряде случаев весьма существенные преимущества перед пробной лапаротомией. Пробная задняя кольпотомия—операция непродолжительная



Р и с. 50. Нахождение края вскрытой *plicae vesico-uterinae*: указательный палец, введенный в брюшную полость, захватывает как бы крючком ясно ощущаемый край брюшины и вместе с мочевым пузырем извлекают его наружу. Палец другой руки отодвигает мочевой пузырь кзади, после чего на пальце, согнутом крючком, остается один только край брюшины.

и технически нетрудная, при ней совокупность явлений, которые известны под названием „шока“ операции, опасность послеоперационного перитонита и *ileus*, а минимальны; возможность образования грыжи, как после лапаротомии, отпадает. Эти значительные преимущества пробной кольпотомии перед пробной лапаротомией позволяют с более легким сердцем решиться в сомнительном случае на пробную кольпотомию. Поэтому многие авторы считают заднюю кольпотомию показанной в тех случаях, где комбинированное двуручное исследование не дает ясной картины, как например при подозрении на внематочную беременность или на прободение матки.

Техника задней кольпотомии следующая: влагалитная часть матки захватывается пулевыми щипцами или щипцами Мюзо за заднюю губу и сильно оттягивается по направлению к лонному

сочленению. Короткое желобоватое зеркало оттягивает заднюю влагаллищную стенку. Перед нами теперь задний влагаллищный свод, на котором вырываются маточно-крестцовые связки. Между последними расположено дно дугласова пространства. Это то место, которое должно быть вскрыто (рис. 51).

Разрез во влагаллищном своде может быть продольный или поперечный. Мы и применяем следующий метод: продольный разрез ведет-

ся по середине влагаллищного свода. Начинается он в том месте, где слизистая влагаллища, которая к влагаллищной части прилегает плотно, становится более подвижной. Разрезав стенку влагаллища и раздвинув ее края пинцетами, мы имеем перед собой слой рыхлой клетчатки. Позади него будет лежать брюшина дугласова пространства. Чтобы вскрыть оба эти слоя, мы поступаем следующим образом: раздвинув края разреза во влагаллищной стенке двумя клеммами, которые передаются ассистирующим, мы захватываем пинцетом лежащую на дне разреза ткань (клетчатка плюс брюшина). Полученную складку ткани оттягиваем по направлению к себе и рассекаем ее одним ударом ножниц. Направление ножниц для этого момента мы видим на рис. 52. Неопытный оператор делает часто ту ошибку, что, разрезав стенку влагаллища, начинает манипулировать пальцем в ране, стараясь разыскать брюшину. От такого манипулирования в рыхлой клетчатке, лежащей между влагаллищной стенкой и брюшиной, брюшина может отодвинуться вскрыть ее теперь становится только труднее. Сделав отверстие в брюшине, мы увеличиваем его в направлении влагаллищного разреза. Если один продольный разрез оказывается недостаточным, то по середине его делаем еще один поперечный. Таким образом получается крестообразный разрез, который дает достаточно места как для исследования органов таза, так и для того, чтобы извлечь матку во влагаллище и сделать ее совершенно доступной для осмотра. Очень часто по окончании целевой операции мы сделанного отверстия наглухо не зашиваем, а только уменьшаем его 4 кетгутовыми лигатурами, помещенными на концах крестообразного разреза. Каждая из этих лигатур захватывает край влагаллища

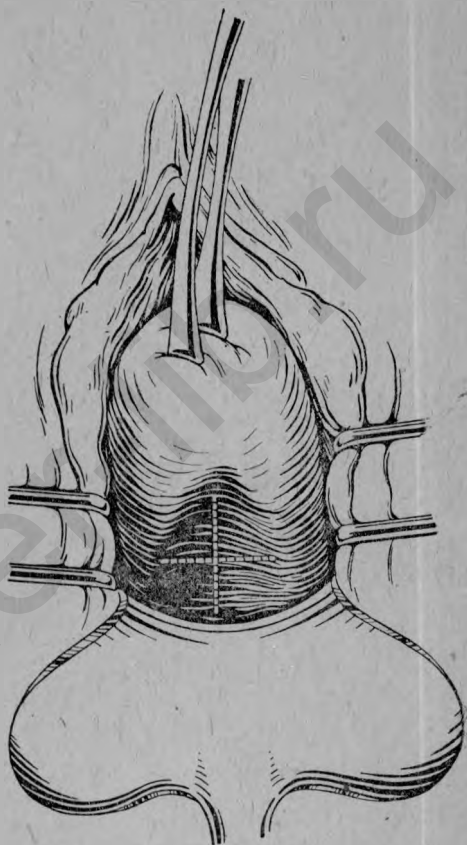
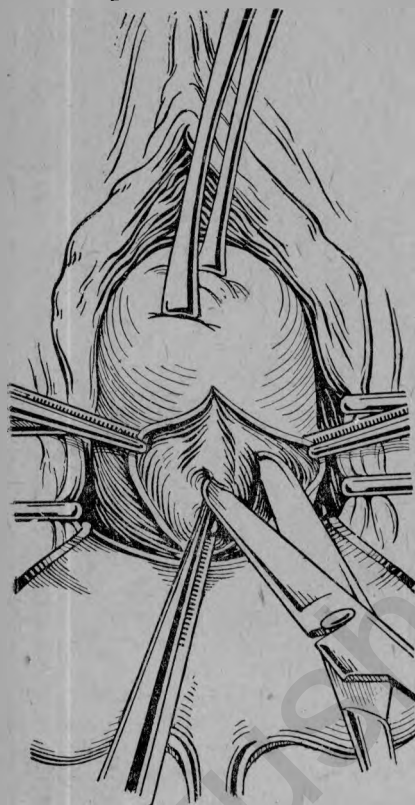


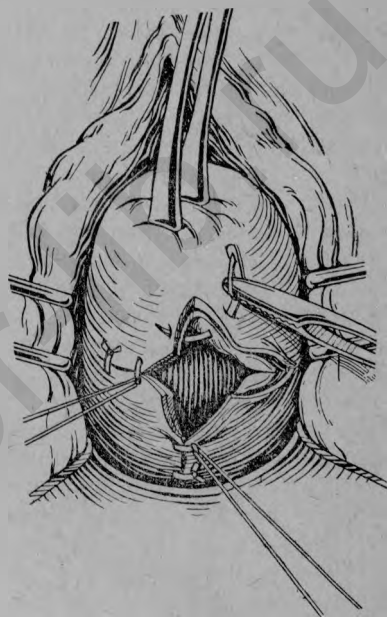
Рис. 51. Для производства задней кольпотомии влагаллищная часть матки извлекается щипцами, которыми захвачена задняя губа маточного зева и оттягивается в верх к клитору. Пунктиром обозначено направление разреза продольного, поперечного или крестообразного

еще один поперечный. Таким образом получается крестообразный разрез, который дает достаточно места как для исследования органов таза, так и для того, чтобы извлечь матку во влагаллище и сделать ее совершенно доступной для осмотра. Очень часто по окончании целевой операции мы сделанного отверстия наглухо не зашиваем, а только уменьшаем его 4 кетгутовыми лигатурами, помещенными на концах крестообразного разреза. Каждая из этих лигатур захватывает край влагаллища

и край брюшины одной стороны разреза и переходит на противоположную сторону разреза, захватывая сначала край брюшины, а затем и край влагалища (рис. 53). После того как лигатуры, проведенные во всех 4 углах крестообразного разреза, уменьшили отверстие, края последнего обшиваются непрерывным кетгутовым швом, соединяющим край влагалища с краем брюшины. В оставшееся небольшое отверстие вводится полоска стерилизованной или антисептической



Р и с . 52. Стенка влагалища разрезана в продольном направлении. Края раны раздвинуты пинцетами. Пинцетом захватывают подлежащую рыхлую клетчатку и полученную складку перерезают ножницами



Р и с . 53. Зашивание крестообразного разреза. Лигатуры проводят через края влагалищной раны, подхватывая края брюшины

марли или дренажная трубка, которые вставляются в зависимости от случая на один или несколько дней. Подобный дренаж через задний влагалищный свод имеет меньше отрицательных сторон, чем метод дренирования через брюшностеночный разрез или передний влагалищный свод, и потому может свободно применяться во всех случаях, где нет абсолютной уверенности в полном гемостазе, или в случаях, подозрительных на инфекцию. В тех случаях, где есть уверенность как в полном гемостазе, так и в отсутствии всякой инфекции, рана может быть зашита наглухо.