

И. Л. Б Р А У Д Е

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ
В АКУШЕРСТВЕ
И
ГИНЕКОЛОГИИ

МЕДГИЗ • 1947

ПРОФ. И. Л. БРАУДЕ

Заслуженный деятель науки

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ
В АКУШЕРСТВЕ
И
ГИНЕКОЛОГИИ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

*Второе
дополненное издание*

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1947 — МОСКВА

Редактор *С. Б. Рафалькес*
Технический редактор *А. Ефимова*

А00952. Подписано к печати 6/У 1947 г.
Формат бум. 70×108/16. Заказ 1272.
Печ. л. 20. Уч.-изд. л. 28,2. Зн.ков
в 1 печ. л. 59 000. Тираж 15 000 экз.
Цена 21 руб. Переплет 1 руб.

16-я типография треста «Полиграф-
книга» ОГИЗа при Совете Министров
СССР, Москва, Трехпрудный, 9

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие ко второму изданию	7
Предисловие к первому изданию	7
Введение	9
I. Кровотечения из половых органов	12
Общие показания к неотложной помощи при кровотечениях из половых органов	12
Методика временной остановки угрожающего кровотечения	13
Методика исследования для определения источника кровотечения	15
Маточные кровотечения в первые месяцы беременности	16
Выкидыш	16
Показания и противопоказания к активному вмешательству	16
Методика и техника опорожнения матки при выкидыше	17
Пальцевой способ	18
Инструментальный способ	18
Лечение инфицированного выкидыша	22
Шеечная беременность ранних сроков	23
Кровотечения в первом и втором периодах родов	25
Предлежание плаценты (placenta praevia)	25
Клиническая картина и симптоматология	25
Диагностика	26
Методы лечения	28
Вскрытие плодного пузыря	29
Метод Виллет-Гаусс-Иванова	30
Кесарское сечение	31
Поворот на ножку по Бракстон-Хиксу и метрейриа	32
Ведение послеродового периода	34
Борьба с малокровием (профилактика и лечение)	34
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	35
Клиническая картина и симптоматология	35
Диагностика	37
Методы лечения	38
Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах	40
Кровотечения при неотделившейся плаценте	41
Истинное приращение плаценты	41
Клиническая картина и симптоматология	41
Диагностика	42
Методы лечения	42
Атонические (гипотонические) кровотечения после рождения плаценты	43
Повреждения половых органов во время родов	45
Разрывы влагалища и промежности	45
Кровотечения из разрывов наружных половых органов	54
Кровоизлияния в клетчатку (гематомы)	54
Разрывы шейки матки	55
Высоко идущие разрывы шейки матки	57
Отрыв влагалищного свода от шейки матки	60
Разрыв матки	61
Механизм возникновения самопроизвольного разрыва матки	61
Клиническая картина и симптоматология угрожающего разрыва матки	62

Диагностика	64
Атипические и «бессимптомные» разрывы матки	64
Клиническая картина и симптоматология совершившегося разрыва матки	66
Диагностика	68
Насильственные (виолентные) разрывы матки	69
Предупреждение разрывов матки	70
Лечение разрывов матки	72
Консервативное лечение неполного разрыва матки	72
Тампонация матки. Техника	73
Консервативное лечение полного разрыва матки	74
Оперативное лечение разрыва матки	75
Подготовка больной к операции	75
Методика операции	76
Техника консервативной операции	77
Техника надвлагалищной ампутации матки	79
Техника полной экстирпации матки	82
Техника экстирпации матки через влагалище	85
Лечение поздно распознанного разрыва матки	86
Борьба с анемией и шоком при разрывах матки	86
Добавление: Разрыв мочевого пузыря в родах	87
Выворот матки	88
Выворот матки в родах	88
Техника вправления выворота матки	90
Выворот матки вне беременности и родов	90
Техника операции по методу Кюстнер-Пикколи	92
Маточные кровотечения при полипах и фибромиомах	93
Слизистые полипы	93
Фиброзные полипы	95
Техника удаления миоматозной матки через влагалище	101
Кровотечение при раке шейки матки	112
Борьба с анемией после остановки наружного или внутреннего кровотечения	112
II. Кесарское сечение	115
Показания к кесарскому сечению	115
Абсолютные показания	115
Относительные показания	116
Методика операции	121
Классическое брюшностеночное кесарское сечение	124
Перешеечно-шеечное (ретровезикальное) кесарское сечение	129
Кесарское сечение при декомпенсации сердечной деятельности	135
Влагалищное кесарское сечение	137
Кесарское сечение в инфицированных случаях	141
Операция Порта	143
Кесарское сечение с оставлением искусственного свища матки	144
III. Ущажение ретрофлексированной беременной матки	146
IV. Препятствия к родам и к родоразрешению, встречающиеся со стороны мягких родовых путей	149
Препятствия со стороны девственной плевы	149
Препятствия со стороны промежности	149
Перинеотомия	149
Эпизиотомия	151
Параректальный разрез по Шухардту	152
Препятствия для родов со стороны влагалища	154
Препятствия для родов со стороны шейки матки	154
V. Комбинация фибромиомы матки с беременностью, родами и послеродовым периодом	156
Некроз фибромиомы матки во время беременности	156
Фибромиома матки и выкидыш	157

Фибромиома, осложняющая последовый и послеродовой периоды	158
VI. Комбинации кисты яичника с выкидышем, родами и послеродовым периодом	160
VII. Роды при наличии рака шейки матки	162
Клиническая картина и диагностика	162
Радикальная операция рака шейки матки	163
VIII. «Острый живот»	172
Внематочная беременность	172
Клиника трубной беременности при разрыве беременной трубы	172
Дифференциальная диагностика	177
Лечение	179
Оперативное лечение	180
Техника операции	186
Консервативное лечение	192
Клиника трубной беременности ненарушенной и в стадии выкидыша	192
Прогрессирующая трубная беременность	192
Нарушенная трубная беременность (трубный выкидыш)	194
Замочная кровяная опухоль	197
Техника операции	201
Редкие формы трубной беременности	203
Интерстициальная беременность	203
Межсвязочная беременность	205
Яичниковая беременность	206
Брюшная беременность	206
Одновременное сочетание внематочной и маточной беременности	207
Беременность в зачаточном роге матки	207
Внематочная беременность поздних сроков	209
Яичниковые кровотечения	213
Лечение	214
Перекручивание ножки опухоли или целого органа половой сферы (Ф. Е. Петербургский)	215
Клиническая картина и диагностика	216
Лечение	218
Непроходимость кишечника при беременности, в родах и в послеродовом периоде (Е. А. Булыгина)	221
Клиническая картина	221
Лечение	226
Острый аппендицит при беременности и в родах (А. А. Лебедев)	231
Клиническая картина	231
Лечение	237
Перитонит (А. В. Гиллерсон)	239
Послеродовой перитонит	239
Клиническая картина	239
Лечение	241
Перитонит с образованием осумкованных гнояников	245
Клиническая картина	245
Лечение	246
Перитонит после септического выкидыша	250
Клиническая картина	250
Лечение	251
Прободной перитонит	251
Клиническая картина	251
Лечение	253
Гонококковый перитонит	255
Клиническая картина	255
Лечение	258
IX. Гнойные скопления	259
Гнойный параметрит и пельвиоцеллюлит	259
Клиническая картина	259
Лечение	260

Абсцесс бартолиниевой железы	270
Клиническая картина	270
Лечение	270
Абсцесс парауретральных желез	274
Гнойный послеродовой мастит	274
Клиническая картина	274
Лечение	276
X. Повреждения женских половых органов	281
Повреждения половых органов, связанные с по- ловым актом	281
Повреждения от проникновения в половые ор- ганы инородных тел	284
Инородные тела, вводимые в половой канал с лечеб- ной целью	284
Инородные тела, вводимые в половой канал с целью вызвать аборт	285
Инородные тела, попадающие в мочеполовую систему при мастурбации или вводимые с целью усиления полового чувства при половом акте	286
Повреждения, возникающие по типу «падения на кол»	288
Повреждения от тупой травмы	289
Колотые, резаные и огнестрельные раны поло- вых органов	290
Повреждения, возникающие при врачебных мани- пуляциях и операциях	291
Поверхностные повреждения	291
Повреждения органов брюшной полости	291
Прободение матки	295
Клиническая картина и диагностика	295
Методы лечения	299
Неоперативный метод	299
Оперативные методы	300
Влагалищный метод	300
Выпадение через перфорационное отверстие органов брюшной полости	303
Лечение инфицированных случаев	304
Общая методика операции при нарушении целостности кишечника	307
Удаление из перфорированной матки остатков плодного яйца	307
XI. Послеоперационные осложнения (М. И. Малева)	309
XII. Предметный указатель	314

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Ограниченные размеры руководства не позволили в свое время охватить вопросы неотложной хирургии в акушерстве и гинекологии в полном объеме. Так, опущены были показания к неотложной хирургической помощи, например, при воспалительных заболеваниях в тех случаях, когда воспалительный экссудат переходит в нагноение.

Сейчас стало возможным несколько расширить содержание руководства. Поэтому в него включен ряд вопросов из раздела гнойной хирургии; как-то: операции при гнойном параметрите (пельвеоцеллюлите), абсцессах бартолиниевой железы и парауретральных желез и гнойном послеродовом мастите.

Рисунки к операциям при параметрите сделаны ассистентом клиники, канд. медицинских наук В. И. Сапожниковым, которому я приношу большую благодарность.

И. Брауде

Москва, март 1946 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Неотложную хирургическую помощь в акушерстве и гинекологии должны оказывать не только высококвалифицированные специалисты, имеющие солидную подготовку в области оперативной гинекологии и оперативного акушерства, но и участковые врачи, хирурги и рядовые акушеры-гинекологи, работающие в районных учреждениях и на сельском участке.

Опыт преподавания акушерства и гинекологии как районным (участковым) врачам, так и врачам, специализирующимся и повышающим свою квалификацию в данной области, показывает, что вопросы оказания экстренной хирургической помощи, особенно при кровотечениях и так называемом «остром животе», являются для них чрезвычайно актуальными. Именно здесь врачи в практической работе особенно часто проявляют неуверенность, а подчас и полную беспомощность.

Поэтому мне казалось, что имеется настоятельная потребность в издании руководства по неотложной хирургической помощи в акушерстве и гинекологии, которым могли бы пользоваться врачи различной квалификации. Настоящая книга должна быть советчиком врача при поста-

новке диагноза, выборе метода лечения, оценке показаний к немедленному вмешательству и технике операции в тех ответственных случаях, когда здоровье и даже жизнь беременной, роженицы, родильницы или гинекологической больной подвергается большой опасности.

Сознавая всю трудность и ответственность поставленной перед собой задачи, я отдаю свой труд на суд читателя.

Приношу глубокую благодарность моим сотрудникам: проф. А. Б. Гиллерсону, доцентам А. А. Лебедеву, М. И. Малевой, Ф. Е. Петербургскому и д-ру Е. А. Булыгиной, написавшим отдельные главы настоящей книги, талантливому художнику Е. А. Зерновой, изготовившей для книги необходимые рисунки, редактору книги доц. С. Б. Рафалькесу, а также моей жене и другу Р. О. Брауде, много помогавшей мне своими советами при составлении книги и при ее редактировании.

ВВЕДЕНИЕ

В данной книге я не останавливаюсь на общих вопросах оперативной гинекологии. Все, что относится к подготовке к операции, стерилизации перевязочного и шовного материала, инструментов, дезинфекции рук, методов анестезии и пр., все, что касается общей методики хирургического вмешательства, выбора инструментария и пр., в данной книге опущено. Для ознакомления с этими вопросами мы отсылаем читателя к руководствам по оперативной гинекологии. Здесь же мы только вкратце коснемся некоторых моментов подготовки к операции, которые диктуются особенностями и подачей неотложной помощи.

Неотложную оперативную помощь приходится оказывать в самых разнообразных условиях, но всегда отвечающих современным требованиям клинического и больничного комфорта, а иногда даже и в примитивных с точки зрения хирурга условиях. К счастью, результаты оперативного вмешательства не столько зависят от обстановки, сколько от знаний и искусства врача. Опытный хирург может создать обстановку, пригодную для производства экстренной операции, при помощи весьма скромных средств. Помещение, предназначенное для производства операции, должно быть прежде всего чисто и хорошо проветриваемое. Нельзя оперировать в комнате, в которой находились инфекционные больные (особенно септические или больные с открытыми гнойниками). Само собой понятно, что в операционной или в комнате, которая будет в данном случае служить операционной, должна находиться только кровать, необходимая для операции; в ней не должно быть никаких занавесей и покрывал. Потолок, пол и стены должны быть протерты влажными полотенцами (Отт рекомендует применять для этого полотно, смоченные дезинфицирующими растворами, например, раствором сульфиды 1 : 2000). Операционная комната должна быть теплой. В случае надобности ее можно быстро обогреть зажженным в тазу дегидрированным спиртом (если спирта нет, можно воспользоваться керосиновой лампой). Достаточно сжечь стакан спирта, и температура в небольшом помещении поднимется на 2—3. Чтобы при этом не было запаха, надо следить, чтобы спирт не выгорал до конца (Губарев).

Вопрос освещения операционного поля в примитивной обстановке, конечно, сложнее. Если операцию делают днем влажным способом, то вполне достаточно придвинуть операционный стол к незанавешенному окну. При операции брюшностомной пупки такого освещения может оказаться недостаточно, особенно если приходится оперировать в глубине таза при положении больной на наклонной плоскости. В таких случаях приходится пользоваться искусственным светом. Там, где есть электричество, операционное поле может быть хорошо освещено яркой лампочкой, а чтобы свет не слепил оперирующего, желательно надеть на лампочку металлический или какой-либо иной рефлектор. При операции в глубине

таза надо, чтобы свет переносной лампочки направляло специально лицо. При отсутствии электрического освещения пользуются любым источником света, например, керосиновой лампой.

При этом надо помнить, что при источниках освещения типа керосиновой лампы нельзя применять для наркоза легко воспламеняющиеся жидкости, например, эфир, из-за опасности взрыва.

В качестве операционного стола можно применить любой стол, лишь бы он был устойчив и мог выдержать больную. При влагалищных опера-



Рис. 1. Импровизированные ногодержатели из простыни; два лица складывают ее наискось.

а, б, в, z — концы простыни.

циях можно использовать кровать, если она достаточно высока, положив больную поперек. Оперирующий 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 оперирующий усаживается так, что его горизонтально поднятые руки находятся на уровне наружных половых органов больной.



Рис. 2. Импровизированные ногодержатели из простыни; простыню закручивают в одну сторону.

а, б, в, z — концы простыни.

На ноги больной надевают чулки, жгательно стерилизованные. Согнутые в коленях ноги притягивают к туловищу и удерживают их в этом положении специальными ногодержателями. Если ногодержателей нет, то ноги держат помощники.

Можно сделать ногодержатели и из простыни: длинную простыню берут два помощника за два противоположных конца а и z (рис. 1) и закручивают ее в одну сторону (рис. 2). Середину полученного жгута кладут под шею больной, а два длинных конца проводят под притянутыми к туло-

вищу коленями по направлению изнутри кнаружи и связывают их с короткими концами (рис. 3).

Придать больной необходимое при чревосечении тренделенбургское положение на простом столе весьма трудно. Можно создать лишь подобие тренделенбургского положения, перекинув ноги больной через плечи стоящего спиной к ней помощника.



Рис. 3. Импровизированные ногодержатели из простыни. Середину жгута, полученного из простыни, кладут на шею. Длинный конец жгута проводят под коленом с внутренней стороны на наружную и здесь связывают с коротким концом.

а, б, в, г — концы простыни.

Оперировать при отсутствии стерилизованного материала невозможно, так как без автоклава можно стерилизовать только инструменты (кипячение в любой кастрюле, в самоваре и пр.). При небольших оперативных пособиях, например, при выскабливании, зашивании небольших ран, куски марли или ваты можно прокипятить в кастрюле, которая обязательно должна быть накрыта крышкой, а затем отжать прокипяченный материал предварительно продезинфицированной рукой. При отсутствии стерилизованного белья можно пользоваться свежевывглаженным. Глажение слегка влажного белья горячим утюгом делает белье стерильным (Колосов). Прекрасным аппаратом для приготовления и сохранения стерилизованной воды является самовар.

1. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ОБЩИЕ ПОКАЗАНИЯ К НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кровотечение из половых органов всегда является тревожным симптомом. Обращаемость женщин за врачебной помощью по поводу кровотечений всегда большая, и больная прежде всего ждет от врача экстренных мер, чтобы остановить кровотечение. Однократную потерю даже большого количества крови обычно женщины переносят хорошо, если кровотечение быстро ликвидируется. Точно определить максимальную однократную потерю крови, которую может перенести женщина, невозможно. Большую роль при этом играет состояние сердечно-сосудистой системы: женщины со здоровой сердечно-сосудистой системой переносят острые потери крови несравненно лучше.

Оказывая помощь при кровотечении, врач должен прежде всего быстро ориентироваться в состоянии больной и, в зависимости от ее состояния, составить себе план действий.

По первому впечатлению, производимому больной, мы получаем и первые данные для оценки положения; общеизвестно значение степени бледности кожи и видимых слизистых оболочек, характера пульса и дыхания. Особенно велико значение двух последних факторов. Несмотря на резкую бледность, пульс может быть удовлетворительным как по своей полноте; так и по частоте (80 ударов в минуту), дыхание достаточно глубоким, ровным и медленным (около 20). Это значит, что сердечно-сосудистая система хорошо справляется с кровопотерей и важные для жизни центральные органы, как сердце, мозг, удовлетворительно снабжаются за счет периферической кровеносной системы, и, следовательно, непосредственной угрозы для жизни в данный момент нет. Иначе обстоит дело, если имеется частый пульс плохого наполнения. Чем чаще (120 ударов в минуту и больше) и слабее пульс, чем легче сдавливается артерия, тем серьезнее положение; сердечная слабость нарастает, а поверхностное учащенное дыхание указывает на кислородное голодание, даже если пульс замедлен. Кровяное давление (максимальное) падает до 100—80 мм ртутного столба и ниже.

Таким образом, угрожающими симптомами при кровотечениях являются: бледность кожных покровов и слизистых, синеватая окраска губ, слабый, частый или неровный пульс и поверхностное, учащенное дыхание. Появление одышки, повторям, ухудшает прогноз даже в том случае, если пульс не ускорен, а замедлен. Затем наступают явления, указывающие на малокровие мозга: головокружение, потемнение в глазах, звон и шум в ушах, повторная зевота, рвота. Холодный липкий пот, заострившиеся черты лица, расширенные зрачки, беспокойный взгляд, возбужденное состояние, усиливающаяся одышка при еле прощупываемом нитевидном

пульсе—все это грозные признаки приближающейся гибели больной от острого малокровия. В это время кровотечение может быть и невелико, но если организм значительно обескровлен предшествовавшим кровотечением, то и небольшая кровопотеря может повести к смерти.

Отсюда вытекает и поведение врача, когда ему приходится оказывать помощь при кровотечении. При всяком сильном кровотечении необходимо прежде всего остановить его, а затем уже принимать меры для поднятия сердечной деятельности и для борьбы с малокровием. Если же причиной падения сердечной деятельности является не столько кровопотеря, сколько болезненное состояние сердечно-сосудистой системы, то следует сперва применить средства, возбуждающие сердечную деятельность; а затем уже останавливать кровотечение. Бывают случаи (предлежание плаценты, разрыв матки), когда при кровотечении начинают борьбу с анемией и шоком до основной операции. При всяком кровотечении из половых органов, являющемся по своей интенсивности угрожающим, необходимо прежде всего остановить его, а надежно и окончательно остановить кровотечение можно лишь после того, как будет определен его источник. С этого, следовательно, и нужно начинать.

В некоторых случаях кровотечение бывает настолько сильное, а явления малокровия так быстро нарастают, что врач не имеет возможности путем планомерного обследования установить источник кровотечения, особенно если ему приходится оказывать пособие без помощников да еще в неблагоприятной обстановке. Тогда он вынужден действовать с наибольшей быстротой и применить хотя бы в качестве временной меры такой метод, который обеспечивал бы успех вне зависимости от источника кровотечения. Такие случаи наблюдаются главным образом в акушерской практике (разрывы шейки, тяжелые атонические кровотечения и пр.), в гинекологической же они являются редкостью (тяжелые повреждения).

МЕТОДИКА ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ УГРОЖАЮЩЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Универсальным методом остановки угрожающего кровотечения из половых органов является прижатие брюшной аорты. Но надо отметить, что длительное сокращение матки и окончательная остановка кровотечения наступают под влиянием этого метода только в случаях послеродовой атонии. Обычно же прижатие аорты является временной мерой и применяется лишь с целью выиграть время для перевозки больной в соответствующее больничное учреждение или для подготовки ее к операции.

Прижатие аорты к позвоночнику может быть произведено различными способами. Браун (Braun) советует прижимать аорту ладонью, поставленной на ребро мизинцем вглубь по направлению к позвоночнику; чтобы усилить прижатие, врач, наклонившись вперед всем телом, давит предплечьем другой руки на ладонь, прижимающую аорту. Шпигельберг (Spiegelberg) и др. советуют сжимать аорту тремя средними пальцами, а двумя крайними удерживать ее на месте. Так как рука, сжимающая аорту, быстро устает, то Колосов рекомендует производить прижатие вдвоем: сперва один сжимает аорту, а пальцы другого спокойно лежат поверх пальцев первого. Когда рука первого устает, то второй нажимает на пальцы первого, и таким образом продолжается сдавливание аорты.

Лучшим способом является сжатие аорты кулаком (рис. 4). Шмидт рекомендует сжимать аорту кулаком следующим образом: врач становится справа от больной; кулак левой руки, продвигаемый выше дна матки по направлению левого края пульсирующей аорты, прижимает ее средними фалангами пальцев; тыльная поверхность руки обращена к левой стороне

больной. Захватив правой рукой левую в области лучезапястного сустава и навалившись на правую руку всей тяжестью туловища, можно довольно долго, по крайней мере минут 15, не уставая, сдавливать аорту. Мы также рекомендуем производить сжатие аорты подобным способом. При этом мы советуем сжимающему стать на низкую табуретку, поставленную сбоку кровати или операционного стола.

Длительное прижатие аорты достигается путем применения специальных аппаратов, как, например, аппараты Риссмана (Rissmann), Зерта (Sehrt), Газельгорста (Haselhorst) и др.

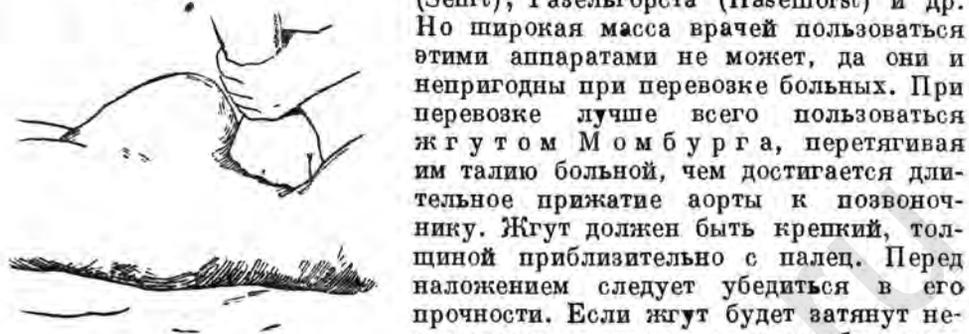


Рис. 4. Прижатие аорты кулаком.

Но широкая масса врачей пользоваться этими аппаратами не может, да они и непригодны при перевозке больных. При перевозке лучше всего пользоваться жгутом Момбурга, перетягивая им талию больной, чем достигается длительное прижатие аорты к позвоночнику. Жгут должен быть крепкий, толщиной приблизительно с палец. Перед наложением следует убедиться в его прочности. Если жгут будет затянут недостаточно сильно и кровообращение в артериальной системе ниже перетянутого места не прекратится, это вызовет венозный застой и кровотечение усилится. Если жгут будет наложен правильно, то пульсация бедренной артерии прекращается (рис. 5). На этом рисунке представлено применение специального жгута, снабженного для закрепления крючком и цепочкой. Простой резиновый жгут завязывают двойным или даже тройным узлом.



Рис. 5. Наложение жгута Момбурга. После наложения жгута Момбурга пульсация бедренной артерии прекращается.

Наложение жгута является мерой почти героической, ибо это мероприятие далеко не безопасно. Если жгут оставляют надолго на больной, то травмируется кишечник и в нем развиваются геморрагические инфаркты. Наиболее тяжкие и притом наиболее частые осложнения наблюдаются со стороны органов дыхания и кровообращения. Опасность, возникающую от выключения из кровообращения нижней половины туловища в момент наложения жгута и от внезапного повышения вследствие этого кровяного давления, можно предотвратить, медленно затягивая жгут. Значительно

большую опасность представляет момент снятия жгута, так как при этом наблюдается резкое падение кровяного давления. Для уменьшения этой опасности Момбург и другие авторы советуют перед снятием жгута забинтовывать снизу доверху обе ноги, а после снятия жгута медленно и постепенно разбинтовывать их. Впрочем, этот прием некоторые авторы считают бесполезным. Нарушение сердечной деятельности, наблюдающееся при применении жгута, объясняется тем, что при снятии жгута перегруженная угл. кислотой кровь из нижней половины туловища устремляется к сердцу, что вызывает нарушение работы нервного аппарата.

Сколько времени жгут может быть оставлен на больной, точно сказать трудно. Его оставляют обычно на полчаса, иногда немного дольше (по Фейглю даже на 2—3 часа), пока все приготовления к операции не будут закончены или пока больная не будет доставлена в ближайшую больницу.

Из сказанного ясно, что прибегать к этому способу остановки кровотечения следует только в случаях действительно крайней необходимости. Но все же при наличии жгута врач, особенно работающий на участке, будет чувствовать себя спокойнее, зная, что в случае нужды он сможет на время надежно остановить кровотечение на половых органах.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Если больная находится в удовлетворительном состоянии, а кровотечение все же продолжается, то прибегать к прижатию аорты для остановки кровотечения не следует. В этих случаях необходимо прежде всего отыскать источник кровотечения и, в зависимости от этого, предпринять то или иное вмешательство.

Поэтому, быстро ориентировавшись в общем состоянии больной, врач сразу приступает к исследованию половых органов. Стремясь как можно скорее остановить кровотечение, подающие помощь могут упустить из виду, что малейшая оплошность, ведущая к нарушению правил асептики, может при кровотечениях из половых органов повлечь за собой самые тяжелые последствия. Первая червотая своими последствиями погрешности в асептике происходит нередко именно при первом гинекологическом исследовании. Не только недостаточная дезинфекция рук врача или употребляемых им инструментов является причиной инфекции, но чаще всего плохая подготовка больной при оказании ей первой помощи. Погрешности такого рода совершают не только молодые неопытные врачи, но иногда и врачи с большим стажем. Нам приходилось видеть, как в амбулаториях, женских консультациях, приемных покоях гинекологических больных, жалующихся на кровотечения, клали на гинекологическое кресло и исследовали через влагалище, не обмыв предварительно вульвы, которая в этих случаях обычно покрыта подсохшей, нередко разложившейся кровью. Что толку в том, что врач вымыл тщательно руки или даже надел стерильную перчатку, если при введении пальца во влагалище он заносит в него инфекцию с загрязненной вульвы! Как часто при исследовании кровоточащих женщин врачи дезинфицируют руки так же, как при исследовании всякой амбулаторной больной! А ведь разница здесь громадная: если при гинекологическом исследовании женщины, у которой нет ни кровотечения, ни свежих повреждений в половом аппарате, и вносится во влагалище некоторое количество бактерий (конечно, не гонококк или особо вирулентные виды стрептококка), то в неповрежденном влагалище эти бактерии не развиваются и быстро из него исчезают. Но если эти же бактерии попадают на поврежденную поверхность влагалища или шейки или занесены во влагалище при начавшемся выкидыше, то они встречают весьма благо-

приятные условия для своего развития и могут вызвать тяжелую инфекцию.

Поэтому необходимо требовать, чтобы при наличии кровотечения врач, тщательно продезинфицировав руки, сначала осмотрел наружные половые органы. Если в них повреждений нет и кровь вытекает из влагалища, то прежде всего делают туалет наружных половых органов и окружающих тканей: лобок, бедра и промежность обмывают теплой водой с мылом или раствором лизоформа. Лучше всего этот туалет производить не рукой, а тупферами, т. е. кусками стерильной ваты или марли, захваченными длинным пинцетом или коридангом. После того как область вульвы будет очищена от запекшейся или свежей крови, половые губы раздвигают и дезинфицирующим раствором очищают вход во влагалище и только после этого приступают к исследованию влагалища пальцем, который вновь тщательно дезинфицируют. Если для исследования применяют зеркала, то они должны быть простерилизованы. Если анамнез указывает на наличие выкидыша или свежего повреждения половых органов, что может потребовать немедленного оперативного вмешательства, то, наряду с обмыванием наружных половых органов, производят и бритье волос на них. Таким образом, к гинекологическому исследованию готовят женщину так же, как к влагалищной операции. Подготовки влагалища до выяснения диагноза делать не следует, ибо при открытых кровоточащих ранах или открытой полости матки промывание влагалища дезинфицирующим раствором может нанести огромный вред, так как вместе с промывной жидкостью в матку может быть занесена инфекция.

Какой из методов гинекологического исследования применить сначала — исследование пальцем или зеркалами, в некоторых случаях не имеет существенного значения, а в других случаях ответ на этот вопрос может дать анализ анамнестических данных. Если анамнез говорит за то, что имеются повреждения влагалища или шейки, то целесообразнее произвести сначала осмотр в зеркалах, в остальных же случаях сначала исследуют пальцем.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ БЕРЕМЕННОСТИ **ВЫКИДЫШ (*abortus*)**

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К АКТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Кровотечение из полости матки при беременности означает всегда начавшуюся частичную отслойку плодного яйца. В этих случаях имеется начавшийся или так называемый угрожающий выкидыш, представляющий, разумеется, угрозу не жизни и здоровью больной, а продолжению беременности: при угрожающем выкидыше кровотечения не бывают угрожающими. Если при беременности наступает сильное или постепенно усиливающееся кровотечение, требующее оказания немедленной помощи, то в этих случаях мы обычно имеем дело с начавшимся или неполным выкидышем.

Следует отметить, что смертельные кровотечения при выкидышах, если они не осложнены повреждением половых органов, встречаются чрезвычайно редко. В литературе зарегистрированы только единичные случаи смерти при выкидыше от кровотечения. Было бы, однако, большой ошибкой недооценивать значение кровотечений при выкидыше, так как обильные кровопотери ослабляют организм, делают его малоустойчивым в отношении инфекции и таким образом если не прямо, то косвенно подвергают жизнь больной опасности. Показанием к вмешательству при выкидыше является интенсивность кровотечения.

Лучшим методом лечения начавшегося и неполного выкидыша является инструментальное опорожнение матки. Противопоказанием к этому является прободение матки (см. раздел о прободении матки). Не только в тех случаях, когда установлен факт прободения, но даже при одном подозрении, что при преступном вмешательстве произошло повреждение матки, следует предпочесть консервативный метод лечения выкидыша. В этих случаях при сильном кровотечении, кроме медикаментозных средств (спорынья, питуикрин) и применения холода на живот, прибегают к тампонации влагалища. Тампон оставляют на 12—24 часа. В случае необходимости тампонацию можно повторить.

Противопоказанием к активному вмешательству при выкидыше является также наличие воспалительного процесса в области матки, яичников, труб, тазовой брюшины и клетчатки. При исследовании больной необходимо обратить внимание на симптомы, которыми сопровождается воспаление. Помимо общих симптомов, как повышение температуры, учащение пульса и пр., при исследовании обнаруживают болезненность, отечность, инфильтрацию в области половых органов и окружающих тканей. Необходимо, чтобы все классические симптомы воспаления имелись налицо в каждом отдельном случае. Уже одна болезненность при пальпации органов малого таза должна обратить на себя внимание исследующего. Опухоль придатков, экссудат в тазу сделают даже и для малоопытного врача очевидным, что имеется воспаление, абсолютно противопоказующее активный метод лечения. При остром воспалении противопоказуется даже тампонация влагалища, так как давление тампона причиняет травму. В этих случаях ограничиваются применением сокращающих средств и холода на живот.

Помимо выскабливания, другие хирургические вмешательства при выкидыше применяются чрезвычайно редко. Они показаны главным образом при наличии подслизистых и даже внутриматочных (интрамуральных) фибромиом, если опухоль резко изменяет конфигурацию полости матки и способствует образованию в ней бухт и карманов, куда не проникает ни палец, ни инструмент (ложка, кюретка). В подобном случае приходится удалить матку либо влагалищным путем, либо при помощи чревосечения; при лапаротомии можно большей частью ограничиться надвлагалищной ампутацией матки; если же матка инфицирована или если опухоль расположена в области шейки, то производят полную экстирпацию матки (технику влагалищной экстирпации матки см. «Маточные кровотечения при полипах и фибромиомах», технику экстирпации матки при помощи брюшностеночного чревосечения см. «Разрыв матки»).

Экстирпация матки может понадобиться и при наступлении в связи с выкидышем некроза опухоли, сопровождающегося тяжелыми общими явлениями, особенно когда к некрозу присоединяется инфекция опухоли (см. «Комбинация фибромиомы матки с беременностью, родами и послеродовым периодом»).

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ОПОРОЖНЕНИЯ МАТКИ ПРИ ВЫКИДЫШЕ

Дезинфекцию наружных половых органов проводят обычным способом. Предварительно больная опорожняет мочевой пузырь или мочу спускают катетером. Влагалище не спринцуют. Если при исследовании в нем оказываются сгустки крови или части плодного яйца, то их удаляют тупферами. Затем во влагалище вводят зеркала и под контролем глаза тщательно протирают шейку матки и стенки влагалища тупферами, смоченными спиртом или каким-нибудь дезинфицирующим раствором. Шейку смазывают водной настойкой. Опорожнение полости матки можно произвести двумя

способами: пальцевым и инструментальным. Предварительная подготовка влагалища при обоих способах одна и та же. Если опорожнение производят пальцевым способом, то зеркала удаляют, при инструментальном — их заменяют чистыми. Рука, пальцы которой вводятся в полость матки, должна быть особенно тщательно продезинфицирована. Лучше всего оперировать в резиновых перчатках.

Опорожнение матки пальцем является более безопасным способом, так как при нем почти не встречается прободения матки. Опасность же инфицирования полости матки при инструментальном методе (выскабливании) операции меньше. Кроме того, при выскабливании матка не подвергается разминанию, как это бывает при опорожнении ее пальцем. Перед тем как приступить к опорожнению матки, необходимо самым тщательным образом ориентироваться относительно ее величины и положения при помощи двуручного исследования.

Пальцевой способ. Опорожнить матку можно одним или двумя пальцами, в зависимости от степени раскрытия шейки и срока беременности. При двухмесячной беременности и проходимости зева для одного пальца можно опорожнить матку одним пальцем (во влагалище вводят два пальца, а в матку один — указательный или лучше средний). Наружной рукой со стороны брюшной стенки, надавливая на дно матки, как бы насаживают ее на палец, введенный в матку. Таким образом активно работающий внутренний палец получает возможность с помощью наружной руки достигнуть дна матки и целиком отслоить яйцо, ватем палец выводится обратно во влагалище, а наружная рука выдавливает вслед за пальцем во влагалище содержимое матки. При более позднем сроке беременности (3—4 месяца) в матку нужно ввести два пальца. Если плод еще не родился, то сначала извлекают его, захватив двумя пальцами за ножку. Головка плода как относительно большая часть застревает у внутреннего зева; если при этом слишком энергично тянуть за туловище, то головка отрывается и остается в полости матки. Поэтому после извлечения туловища лучше произвести каким-нибудь пинцетом прободение головки, застрявшей у внутреннего зева, после чего она легко извлекается вместе с туловищем. Если головка все же оторвется и останется в полости матки, то извлечь ее в целом виде очень трудно и поэтому приходится ее перфорировать. Для перфорации головки мы рекомендуем следующий прием: одной рукой обхватывают матку со стороны брюшных покровов, один или два пальца другой руки вводят в полость матки, отыскивают ими головку и «припирают» ее к стенке матки. Так как наружная рука поддерживает в этом месте стенку матки со стороны брюшных покровов, то можно легко перфорировать головку находящимся внутри матки пальцем. Затем в сделанное в головке отверстие вводят палец и таким путем ее извлекают. Извлечь головку можно также и следующим приемом: палец, находящийся в полости матки, выводят во влагалище и наружной рукой выжимают тело матки, как это делают при выжимании плаценты по способу Креде в последовом периоде: головка тогда проскакивает во влагалище, откуда ее легко удалить. Иногда головка не сразу попадает во влагалище, а застревает в канале шейки; откуда ее извлекают корнцангом или другим инструментом.

Инструментальный способ. При выкидыше ранних сроков (2—2½ месяцев) почти всегда применяют выскабливание, так как шейка матки в это время обычно не пропускает пальца. Приступая к выскабливанию, необходимо сначала зондом определить длину и направление маточного канала. Для этого зеркалами обнажают влагалищную часть матки, захватывают пулевыми щипцами переднюю губу маточного зева; после этого переднюю

ложку зеркала (подъемник) удаляют, а заднюю передают ассистенту; пулевые щипцы хирург берет в левую руку и низводит ими шейку матки, а в правую руку берет зонд так, чтобы рукоятка лежала свободно между большим и указательным пальцами. Если помощника нет; то поступают так: два пальца левой руки вводят во влагалище и под их руководством захватывают пулевыми щипцами заднюю губу маточного зева; затем вводят во влагалище заднюю ложку зеркала; пулевые щипцы, которыми захвачена задняя губа, берут в левую руку и, оттягивая их вниз по направлению к заднему проходу, прижимают ими ложку зеркала к задней стенке влагалища. Зеркало тогда само по себе держится во влагалище. Зонд следует вводить непосредственно в маточный зев, не касаясь им стенок влагалища или шейки. Когда зонд достигает дна матки, что дает руке ощущение сопротивления, указательный палец левой руки кладут на зонд у самого маточного зева и, не снимая пальца, извлекают зонд наружу. Та цифра деления на зонде, которой касается кончик пальца, обозначает в сантиметрах длину полости матки вместе с шеечным каналом. Если канал шейки достаточно раскрыт предшествовавшими схватками, то после зондирования приступают к выскабливанию. Для выскабливания берется самая широкая кюретка, которая только может пройти через канал шейки в данном случае. Чем кюретка уже, тем она опаснее. Поэтому если канал шейки недостаточно раскрыт, то его следует расширить расширителями Гегара, которые вводятся номер за номером в канал шейки. Если введение расширителя встречает значительное сопротивление, то вводят снова расширитель предыдущего номера, оставляют его в канале около минуты и затем пробуют ввести расширитель следующего номера. Усилие, которое при этом применяется, должно медленно нарастать и при введении более толстых расширителей не следует 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 (рис. 6) со всеми его последствиями; небольшие трещины также являются нежелательным осложнением, так как могут способствовать образованию параметритов. При беременности до 2—2½ месяцев канал шейки достаточно расширить до 12-го номера расширителя Гегара.

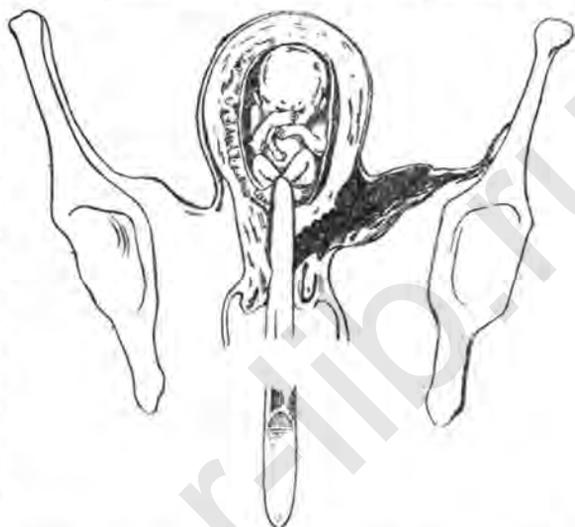


Рис. 6. Глубокий внутренний разрыв шейки матки с образованием подбрюшинной гематомы (по Липману).

Для выскабливания можно применять ложки и кюретки. Кюретки имеют то преимущество, что обрывки ткани задерживаются в петле инструмента и легче извлекаются из матки (Губарев). Для опорожнения беременной матки применяют тупые или полустрые кюретки; при пробном выскабливании—полустрые или острые. Кюретку, как и всякий инструмент, следует вводить в полость матки «мягкой рукой»: почувствовав сопро-

тивление, не следует форсировать продвижение кюретки, а необходимо сначала ориентироваться относительно того, чем это сопротивление может быть вызвано. Определение момента, когда кюретка достигает дна

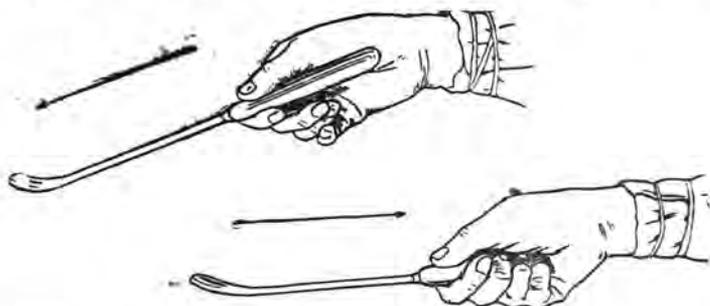


Рис. 7. Положение кюретки в руке при выскабливании. Вверху—введение кюретки в полость матки; внизу—выведение кюретки из матки.

матки, служит важнейшим условием для предотвращения прободения матки при выскабливании. Рис. 7 (вверху) показывает, как надо держать в руке кюретку при введении ее в матку. Само выскабливание слизистой



Рис. 8. Приведение матки в положение антеверзии—флексии после выскабливания.

оболочки матки или частей плодного яйца производится при выведении кюретки из матки по направлению к выходу. При этом инструмент прижимают к соответствующей стенке матки. Нижняя часть рисунка показывает, как выводится кюретка из полости матки; возможность прободения матки при этом мало вероятна.

При выскабливании следует придерживаться известной системы. Так, например, сначала выскабливают переднюю стенку матки, затем заднюю

и наконец боковые. Повторно обходят полость матки кюреткой меньшего размера, тщательно выскабливая дно матки и оба трубных угла. Когда содержимое матки полностью удалено, то движение кюретки по мышечному слою матки сопровождается характерным хрустом, что и служит доказательством того, что в этом месте слизистая соскоблена. При полном опорожнении матка, сокращаясь, как бы обхватывает инструмент. Промывание матки, часто применявшееся после выскабливания, теперь почти не



Рис. 9. Извлечение кишечной петли корцингом, которым произведено прободение матки (по Липману).

применяется. Вместо этого некоторые врачи смазывают полость матки йодной настойкой; если выкидыш асептический и при операции были точно соблюдены правила асептики, то это смазывание является излишним. Некоторое значение может иметь дезинфекция полости матки после выскабливания при операции лихорадящего выкидыша.

По окончании выскабливания необходимо придать матке наклон кпереди. Для этого двумя пальцами, введенными во влагалище, отодвигают влагалищную часть назад, а наружной рукой наклоняют тело матки кпереди (рис. 8).

Иногда у нерожавших при выкидыше в ранние сроки беременности плодное яйцо целиком рождается в растянутый канал шейки, в то время как наружный маточный зев еще не раскрыт [шеечный аборт (рис. 10)]. В этих случаях достаточно расширить наружный зев и щипцами извлечь плодное яйцо. Матка обычно уже хорошо сокращена, и выскабливание является излишним.

Одним из способов инструментального опорожнения полости матки является применение абортганга. Не подлежит сомнению, что в опытных

руках и в подходящем случае применение абортцанга дает прекрасные результаты: матка опорожняется быстро и с минимальной травмой. Однако самые грозные по своим размерам и характеру повреждения матки и брюшных органов происходят именно при опорожнении матки при помощи щипцеобразных инструментов (корнцанг, абортцанг). Перфорационное отверстие, сделанное ими, обычно велико, кроме того, врач, не заметив прободения, раскрывает абортцанг, чтобы захватить им плодное яйцо, и при этом еще больше разрывает стенку матки. В раскрытый инструмент может попасть кишечная петля, которая захватывается щипцами (рис. 9), отрывается от брыжейки, подвергается размоложению, а иногда и разрыву; содержимое кишки попадает в брюшную полость. Повреждения кишки чаще всего наблюдаются при применении корнцанга. Абортцанг, имеющий широкие закругленные бранши, менее опасен, если его вводят закрытым в полость матки через достаточно раскрытый шейный канал. Доведя абортцанг до дна матки, его надо слегка потянуть обратно и только после этого раскрыть. Затем абортцанг слегка поворачивают в стороны; тогда отслоенные части плодного яйца попадают между браншами, после чего абортцанг закрывают и извлекают наружу. Ни при каких условиях при опорожнении матки не следует применять корнцанг. Им можно лишь удалять находящиеся в канале шейки части плодного яйца.

Послеоперационный уход сводится к уходу за наружными половыми органами и заботе о правильной функции мочевого пузыря и кишечника. При плохой обратной инволюции матки применяют препараты спорыньи (эрготин и пр.), питуикрин и др.

Выкидыши поздних сроков беременности (6—7 месяцев) протекают по типу родов: сначала появляются маточные сокращения, раскрывается шейка, затем начинается изгнание плода и последа. Кровотечение, требующее оказания экстренной помощи, наблюдается главным образом в послеродовом периоде. Если сильное кровотечение начнется в самом начале родовой деятельности, когда шейка матки еще непроходима (преждевременная отслойка, предлежание плаценты), то применяются методы лечения, описанные в соответствующих разделах настоящего руководства. Операцию желательно производить под общим наркозом (эфир).

ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ВЫКИДЫША

Особенностью течения инфицированного выкидыша является наличие лихорадки. Однако наблюдаются случаи, протекающие, особенно вначале без высокой температуры и тем не менее кончающиеся смертью больной от сепсиса. Высокая температура сама по себе также не всегда является признаком тяжелой инфекции.

Для постановки диагноза, для правильной оценки состояния больной и угрожающей ей опасности и для выбора правильного метода лечения необходимо учитывать, помимо температуры, еще и характер пульса, выделений и состояние тазовых органов, определяемое при гинекологическом исследовании: подъем температуры выше 38° , а в некоторых случаях лишь до $37,2-37,5^{\circ}$, но сопровождающейся частым пульсом, гнилостными или гнойными выделениями, болезненностью матки, придатков, окружающей брюшины и клетчатки, большинство авторов считает признаками инфицированного выкидыша.

Когда имеются признаки общего заражения (септицемия, септикопиемия, перитонит) или местного воспалительного процесса (воспаление матки, ее придатков, тазовой клетчатки и тазовой брюшины), всякое активное вме-

шательство—выскабливание или опорожнение полости матки пальцем—безусловно противопоказано. Налеты, обнаруживаемые при лихорадочном выкидыше на слизистой влагалища или шейки матки, также являются противопоказанием к активному вмешательству (Бубличенко).

При выборе метода лечения необходимо к каждому отдельному случаю подходить индивидуально. Прежде всего надо попытаться установить причину выкидыша и в случаях, подозрительных на преступное вмешательство (криминальный аборт), воздержаться от активного метода лечения. Затем следует учесть интенсивность кровотечения, общее состояние больной и обстановку, в которой она находится. Так, например, если обстановка такова, что в случае наступления профузного кровотечения скорая помощь для больной не обеспечена; то при отсутствии явных противопоказаний к операции придется опорожнить матку, несмотря на наличие лихорадки. Если лихорадящая больная поступает с угрожающим кровотечением, то врач обязан, несмотря на лихорадочное состояние, немедленно произвести опорожнение матки. Если же лихорадящая больная с небольшим кровотечением поступает в благоустроенное лечебное учреждение, то едва ли есть необходимость немедленно приступать к операции. В таком случае может быть применена выжидательная (выжидательно-консервативная или выжидательно-активная) терапия.

Что касается метода опорожнения, то в случаях, подозрительных на преступное вмешательство, следует предпочесть пальцевый способ, если канал шейки проходим для пальца. В общем же методика и техника опорожнения матки в инфицированных случаях ничем не отличаются от обычной.

ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ РАННИХ СРОКОВ

Неотложная хирургическая помощь при выскабливании беременной матки может понадобиться не только при ее перфорации. Показанием к хирургическому вмешательству может послужить кровотечение; не прекращающееся после выскабливания, тампонации и прочих мероприятий. Причиной такого кровотечения может явиться прорастание хориальными ворсинками мышечного слоя матки, что бывает в тех случаях, когда плодное яйцо прикрепляется и развивается не в теле матки, как обычно, а в области ее перешейка или шейки. При начавшемся выкидыше шеечная беременность может быть принята за шеечный аборт или за выкидыш при мюматозной матке. И действительно, тело матки, сидящее на плодном месте, которым в данном случае является шейка; по размерам и консистенции напоминающее беременную матку; может быть принято за субсерозную фибромиому. Если в таком нераспознанном случае шеечной беременности производят выскабливание; то истонченную и растянутую стенку шейки легко перфорировать. Если перфорация даже и не произойдет, то кровотечение из плодместилища; представляющего тонкостенный мешок, неспособный к достаточному сокращению; будет продолжаться и после того, как плодное яйцо будет удалено. Вследствие этого кровопотери может стать очень значительной и повести к гибели больной. Если тампонация плодместилища не остановит быстро кровотечения, то, не теряя времени; необходимо приступить к экстирпации матки. Наблюдались, впрочем, случаи, когда выскабливание при нераспознанной шеечной беременности; принятой за шеечный аборт, проходило гладко. Но в отдельных случаях позже все же наступало кровотечение. Причиной последующего кровотечения являются оставшиеся между мышечными пучками ворсинки, которые продолжают свою разрушительную деятельность, несмотря на гибель или удаление плодного яйца.

Выше уже указывалось, что беременность в шейке матки можно принять за беременность в миоматозной матке, особенно в ранние сроки ее. В этом случае при наличии признаков беременности (синюшность, разрыхленность влагалища, влагалищной части матки и пр.) двуручное исследование обнаруживает, что над влагалищной частью, которая будет тем короче, чем ниже в шейке матки прикреплено яйцо, возвышается мягкое тело, являющееся непосредственным продолжением влагалищной части и по своей величине соответствующее сроку беременности. Это мягкое тело можно принять за беременную матку, в действительности же это увеличенная «раздутая» шейка матки, служащая плодомместилищем. Вверху или несколько сбоку от плодомместилища прощупывается другое, более плотное тело, принимаемое за фибромиому. Сместить шеечную беременность с беременностью в миоматозной матке тем легче, чем меньше срок беременности и чем выше в шейке матки расположено яйцо.

Привившись в области перешейка или шейки матки, яйцо прорастает мышечную стенку, иногда вплоть до параметрия. В стенке шейки матки, в которой произошла прививка яйца, образуется вздутие. Шеечный канал в этой части смещается и располагается эксцентрически (рис. 11). Чем ниже в шейке матки прикрепится яйцо, тем резче при гинекологическом исследовании обнаружится вздутие одной из стенок шейки матки и смещение просвета шеечного канала и маточного зева. Получается такая же картина, как и при фибромиоме шейки матки. Разница лишь в консистенции: в то время как при шеечной беременности опухоль в области шейки матки отличается характерной для беременной матки мягкой консистенцией, миоматозный узел в шейке матки имеет более плотную консистенцию. Таким образом, наиболее характерным признаком шеечной беременности является вздутие шейки [Швейцер, Кермаунер, Гофштеттер, Яшке (Schweizer, Kermauner, Hofschätter, Jaschke)] и эксцентрическое расположение маточного зева. В ранние сроки беременности этот признак будет выражен тем яснее, чем ниже прикреплено яйцо. В более поздние сроки указанные изменения будут наблюдаться даже тогда, когда первоначальное прикрепление яйца произошло не в шейке матки, а в области перешейка, так как с ростом беременности плацента может развиваться, расслаивая мышечную ткань по направлению к наружному зеву.

В общем диагностика шеечной беременности может базироваться на следующих субъективных данных и результатах объективного исследования: функция мочевого пузыря, смещенного превратившейся в опухоль шейкой матки, нарушена; консистенция этой опухоли мягче консистенции вышележащего тела матки, наружный маточный зев расположен эксцентрически.

От шеечного аборта шеечную беременность можно отличить на основании следующих признаков: наружный маточный зев лежит при шеечном аборте в центре (рис. 10), а при шеечной беременности — эксцентрически (рис. 11); при шеечном аборте цервикальный канал растянут, и палец, введенный в него, свободно проникает со всех сторон между яйцом и более или менее гладкой стенкой шейки матки; при шеечной же беременности исследующий палец либо вовсе не проникает между яйцом и стенкой шейки матки, либо проникает лишь на одной стороне; при этом внутренняя поверхность цервикального канала кажется как бы изъеденной; внутренний зев при шеечном аборте приоткрыт, при шеечной беременности — закрыт.

Шеечная беременность, вследствие наблюдающейся при ней склонности к значительным кровопотерям и инфекции, является весьма опасной патологией беременности и требует неотложного оперативного вмешательства.

ства. Наиболее надежным методом является экстирпация матки, произведенная посредством чревосечения. Хирург, хорошо владеющий влагалищным методом оперирования, может в первые месяцы беременности произвести операцию и через влагалище. Если же желательно во что бы то ни стало сохранить матку, можно произвести кесарское сечение, вскрыв матку разрезом в области плодместилища, и удалить плодное яйцо. Если после этого кровотечение продолжается, можно попытаться остановить его при помощи обкалывания кровоточащих мест [Матей (Mathey)]. Однако такой консервативный метод операции представляет известный риск.

Если шейная беременность распознана только во время выскабливания, а условия таковы, что в случае необходимости нельзя будет немедленно приступить к чревосечению, то выскабливание следует прекратить. Прервав выскабливание, плотно тампонируют шейку матки и влагалище и направляют больную в соответствующее лечебное учреждение. Итак, к выскабливанию можно приступить только после того, как будут сделаны все приготовления к тому, чтобы в случае необходимости можно было перейти от выскабливания к чревосечению. После выскабливания больные должны продолжительное время оставаться под наблюдением.



Рис. 10. Цервикальный аборт (по Бумму).



Рис. 11. Шейная беременность. Шейный канал и маточный зев расположены эксцентрически.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (*placenta praevia*)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И СИМПТОМАТОЛОГИЯ

Характер и время появления кровотечения при предлежании плаценты зависят в значительной мере от вида предлежания. При полном (центральном) предлежании кровотечение часто появляется в последние месяцы беременности. Большей частью первое кровотечение бывает умеренным. Оно может возникнуть без всякого внешнего повода или при незначительном напряжении, сотрясении и т. п. Так же неожиданно, как оно началось, кровотечение может и остановиться, но в дальнейшем оно обязательно повторится либо до начала родовой деятельности, либо при первых схватках. При частичном (бок о в о м) предлежании кровотечение может (хотя и реже, чем при полном) появиться во время беременности; обычно оно бывает и менее сильным; при начавшейся родовой деятельности кровотечение с каждой схваткой усиливается или возобновляется. При краевом предлежании кровотечение начинается

только с появлением первых схваток. Следовательно, чем сильнее кровотечение в конце беременности, чем оно чаще повторяется и чем раньше возникает, тем скорее можно предположить наличие полного (центрального) предлежания плаценты. При полном предлежании плаценты лишь в очень редких случаях до начала родовой деятельности совершенно не бывает кровотечения [Панков (Pankow)].

Следует также отметить, что полного соответствия между интенсивностью кровотечения и видом предлежания может и не быть; сильное кровотечение может наблюдаться не только при центральном, но и при боковом или даже при краевом предлежании.

С началом родового акта при всех видах предлежания плаценты является более или менее сильное кровотечение, которое при краевом предлежании может прекратиться только после разрыва плодного пузыря. При остальных видах предлежания кровотечение неизменно возобновляется или усиливается при каждой новой схватке. Это настолько характерно, что одного; повторяем, этого симптома—кровотечения в конце беременности или в начале родов—достаточно, чтобы заподозрить предлежание плаценты, но окончательный диагноз может быть поставлен только после влагалищного исследования беременной или роженицы.

Причиной кровотечения при беременности и в родах могут служить также полипы шейки матки, лопнувший варикозный узел и т. п. Но все это очень редкие случаи. Чаще, но далеко не так часто, как при предлежании плаценты, причиной кровотечения может быть преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Кровотечение при предлежании плаценты опасно, так как, начавшись до родов или в первом периоде родов, оно уже не прекращается на протяжении всего родового акта. Как бы незначительны ни были кровопотери в отдельные периоды беременности или родового акта, они, суммируясь, в конце концов, доводят женщину до сильного малокровия. Даже при краевом предлежании, при котором разрыв пузыря нередко ведет к остановке кровотечения в периоде раскрытия, кровотечение часто возобновляется в последовом периоде и может стать серьезной угрозой для жизни женщины. Статистика показывает, что в большинстве случаев смерть при предлежании плаценты наступает от кровопотери в последовом и послеродовом периодах. Ввиду этого врач должен относиться крайне внимательно ко всякому случаю появления крови во время беременности или в начале родов и своевременно принимать необходимые меры на тот случай, если причиной кровотечения окажется предлежание плаценты.

Первым мероприятием при подозрении на предлежание является стационарирование больной в родильном доме, который по своей организации и обстановке соответствует тяжести случая. Здесь больная либо остается для наблюдения, либо, если обстоятельства требуют этого, немедленно подвергается операции.

ДИАГНОСТИКА

Точный диагноз может быть поставлен лишь при влагалищном исследовании, когда через проходимую для 1—2 пальцев шейку матки прощупывается непосредственно над маточным зевом характерная губчатая, легко кровоточащая плацентарная ткань. При пальцевом исследовании кровотечение обычно возобновляется или усиливается. Если зев закрыт, то непосредственно ощутить пальцами плацентарную ткань; разумеется, невозможно. Тем не менее и в этом случае предположительный диагноз

предлежания плаценты может быть в достаточной мере обоснован. Как уже подчеркивалось, появление в конце беременности или в самом начале родового акта повторных кровотечений говорит за предлежание плаценты. Наружное исследование обнаруживает обычно подвижность предлежащей части. Сама по себе эта подвижность не является подозрительной, во-первых, потому, что большей частью предлежание плаценты наблюдается у повторнородящих, а во-вторых, потому, что первое кровотечение часто появляется задолго до срока родов, т. е. тогда, когда предлежащая часть и у первородящих еще подвижна. Но для диагностики важно то, что при предлежании плаценты предлежащая часть плода не только подвижна, но и стоит высоко над входом в таз. Кроме того, при влагалищном исследовании можно со стороны влагалищного свода получить ощущение мягкой массы плаценты, лежащей впереди предлежащей части. При центральном предлежании плаценты через влагалищный свод прощупывается толстая масса плаценты, при краевом—более тонкий край плаценты. При сильном кровотечении у повторнородящей зев оказывается обычно уже проходимым для пальца и таким образом ткань плаценты ощущается им непосредственно. При низком прикреплении плаценты палец, введенный в слегка приоткрытый зев, ощущает не плацентарную ткань, а шероховатую поверхность, принадлежащую атрофированным остаткам ворсинок, сохранившимся после образования chorion laeve.

Для того чтобы при закрытом зеве подтвердить диагноз предлежания плаценты, необходимо исключить другие, правда, весьма редкие, источники кровотечения, которые встречаются в акушерской практике, а именно: шеечные полипы, варикозные узлы и рак шейки матки. Поэтому если анамнез и данные наружного исследования дают основание заподозрить предлежание плаценты, а при влагалищном исследовании зев оказывается закрытым и исследующие пальцы непосредственно не ощущают плацентарной ткани, то необходимо произвести осмотр шейки и влагалища в зеркалах. Если при этом будет установлено, что кровотечение исходит не из шейки или влагалища, то для установления диагноза предлежания плаценты надо еще исключить наличие преждевременной отслойки плаценты, прикрепленной на нормальном месте. Такая дифференцировка основывается на данных анамнеза и наружного исследования. В пользу диагноза преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты говорят следующие данные: напряженное состояние матки и некоторая ее болезненность при ощупывании, прекращение движений плода и исчезновение сердцебиения. Часто при этой патологии наблюдается наличие белка в моче (нефрит, нефропатия). Быстро наступившая смерть плода при сравнительно небольшом наружном кровотечении является наиболее важным признаком преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (Панков). Точно так же за отслойку говорит несоответствие между количеством выделяемой крови и степенью наступившего малокровия. Обильное наружное кровотечение при наличии живого ребенка, при отсутствии напряжения и болезненности матки говорит за предлежание плаценты. Если вскоре после первого исследования производят повторное исследование, то при предлежании плаценты можно через раскрывшийся за этот промежуток времени зев прощупать плацентарную ткань. При исследовании надо, однако, помнить, что за плацентарную ткань можно принять сгустки крови, скопившиеся между маточной стенкой и плодными оболочками при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. В последнее время для диагностики предлежания плаценты применяют рентгеновский метод исследования.

Исследование через влагалище может при предлежании плаценты вызвать кровотечение,

поэтому такое исследование необходимо производить крайне бережно и осторожно, а главное, лишь в такой обстановке, которая позволяет в случае необходимости тотчас произвести ту или иную операцию. В условиях работы женской консультации или амбулатории, в колхозном родильном доме влагалищное исследование при подозрении на предлежание плаценты производить не следует, а нужно поместить беременную в стационар, где имеется квалифицированная врачебная помощь и надлежащая для операции обстановка. Когда больная помещена в соответствующее лечебное учреждение, то уже здесь при наличии кровотечения должно быть сделано как наружное, так и влагалищное исследование. Все правила асептики и антисептики следует соблюдать особенно тщательно, так как плацентарная площадка расположена в этих случаях в ближайшем соседстве с маточным зевом и исследующие пальцы могут притти с ней в непосредственное соприкосновение.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В основу индивидуального плана лечения этой опаснейшей акушерской патологии должна быть положена правильная оценка общего состояния больной и тех анатомо-физиологических условий, которые являются причиной кровотечения при предлежании плаценты и обуславливают его механизм.

Анатомической особенностью, оказывающей влияние на выбор метода операции и технику ее выполнения, является значительное кровенаполнение, рыхлость и хрупкость тканей нижнего сегмента матки и ее шейки, что ведет к опасным разрывам при форсированном извлечении плода. В функциональном отношении играет роль плохая сократительная способность матки, наблюдающаяся в этих случаях также и в третьем периоде родов и ведущая к профузным кровотечениям в последовом периоде. Особенно опасные кровотечения в последовом периоде наблюдаются в тех случаях, когда ворсинки плаценты, расположенной близ шейки матки, врастают глубже, чем обычно. Расположение плацентарной площадки вблизи влагалища с его богатой бактериальной флорой, плохая родовая деятельность, необходимость применения оперативных вмешательств и обескровленность организма при предлежании плаценты являются часто источниками возникновения и развития тяжелых послеродовых заболеваний.

Учитывая указанные анатомо-физиологические особенности, можно при выборе метода лечения в каждом отдельном случае предлежания плаценты исходить из следующей общей схемы.

Если кровотечение, вызвавшее подозрение на предлежание плаценты, появляется во время беременности или при полном отсутствии родовой деятельности, то вначале во многих случаях лечение может быть консервативным: постельное содержание в родильном доме. Лишь в редких случаях первое кровотечение, появившееся во время беременности, может быть столь обильным, что врачу придется немедленно прибегнуть к

операции. В большинстве случаев беременность можно довести если не до самого конца, то хотя бы до такого срока, когда плод является уже жизнеспособным. Кроме постельного содержания, необходимо в этих случаях принять и другие меры, которые способствовали бы сохранению беременности: забота о правильной функции кашечника (соответствующая диета), воздержание от излишних влагалищных исследований, а также от всякого рода мероприятий, которые часто применяются при маточных кровотечениях (холод на живот, спорынья и пр.).

Если, несмотря на указанный режим, кровотечение не остановится или даже усилится и если при этом начнется родовая деятельность, то необходимо немедленно прибегнуть к оперативному вмешательству.

Вскрытие плодного пузыря. При отсутствии значительной анемии при краевом предлежании плаценты и открытии шейки на 2—3 пальца следует вскрыть плодный пузырь. При наличии родовой деятельности головка после отхождения вод опускается, прижимает собой и тампонирует кровоточащий участок маточной стенки; от которого отделился край плаценты; дальнейшая отслойка плаценты прекращается, нижний сегмент вместе с плацентой передвигается вверх по плоду, и родовой акт принимает нормальный характер. Вскрытие плодного пузыря при полном отсутствии родовой деятельности может оказаться неэффективным и потребовать дополнительных мероприятий, например, применения метрейриза или метода Виллет-Гаусс-Иванова и т. п.

Вскрытие плодного пузыря при предлежании плаценты следует производить пулевыми щипцами, так как при плотных оболочках вскрытие пузыря пальцем может вызвать дальнейшую отслойку плаценты и, следовательно, усиление кровотечения. Так как при краевом предлежании плаценты головка плода может быть еще подвижной над входом в таз, то во избежание выпадения пуповины воды следует выпускать медленно, регулируя их отток рукой, находящейся во влагалище.

В большинстве случаев краевого предлежания плаценты и даже в некоторых случаях бокового ее предлежания вскрытие плодного пузыря (особенно при начавшейся родовой деятельности) останавливает кровотечение. Этот метод лечения предлежания плаценты чрезвычайно прост и в техническом отношении доступен каждому участковому врачу; по сравнению с другими оперативными методами лечения предлежания плаценты он наименее опасен в отношении возможности внесения инфекции и, что также очень важно, дает сравнительно малый процент детской смертности. Так, по Яковлеву, смертность детей в родах при предлежании плаценты равняется 10%, а матерей—0%, а по данным Волкова, смертность детей в родах равна 5,5%. Одной из главных причин смертности детей в этих случаях является недоношенность. Впрочем, если, кроме смертности детей в родах (анте- и интранатальная смертность детей), учесть и смертность детей после родов, хотя бы во время пребывания их в родильном учреждении, то процент детской смертности окажется значительно выше при всех методах лечения предлежания плаценты и, в частности, при применении разрыва плодного пузыря. Но, повторяем, эффективным методом лечения вскрытие плодного пузыря может явиться лишь при наличии краевого или незначительной степени бокового предлежания плаценты. Весьма важным условием для эффективности этого метода является хорошая родовая деятельность. Если она не наступает, то предлежащая часть плода не будет тампонировать кровоточащую стенку нижнего сегмента матки и разрыв плодного пузыря окажется недостаточным для прекращения кровотечения. В подобных случаях, кроме разрыва плодного пузыря,

необходимы еще и другие мероприятия. Из них можно указать метрейризм, поворот по Бракстон-Хиксу и метод Виллет-Гаусс-Иванова.

Метод Виллет-Гаусс-Иванова. Имеющиеся данные говорят за то, что в случаях предлежания плаценты, о которых сейчас шла речь, метод может служить хорошим дополнением к разрыву плодного пузыря.

В 1925 г. на заседании Акушерско-гинекологического общества в Лондоне Виллет предложил при предлежании плаценты накладывать на головку ребенка специальные щипцы (scalps-forcers). Эти щипцы, несколько напоминающие щипцы Мюзо, имеют на концах, захватывающих в складку кожу головки плода, небольшие площадки; на одной имеются зубчики, на другой—соответствующие зубчикам отверстия. Подвешивая к щипцам груз, можно добиться тампонирующего действия головки на кровоточащую стенку нижнего сегмента матки, как это наблюдается при применении метрейриза. В 1932 г. ассистент моей клиники А. А. Иванов, не зная о предложении



Рис. 12. Способ Виллет-Гаусс-Иванова. Кожа головки ребенка захвачена пулевыми щипцами.

за счет асфиксии детей вследствие большой кровопотери матерей и пр. Ряд других авторов [Мерчл (Marschall) из Ливерпуля, Лоррен (Lorrain) из Парижа, Паль (Phal), Бургер (Burger) из Венгрии, Русин (акушерская клиника, Ярославль), Патушинская (из акушерской клиники в Воронеже)] также дает весьма положительную оценку этому методу.

В Воронежской клинике этот метод применялся следующим образом. При открытии зева на 1—2 пальца вскрывали плодный пузырь. На головку плода под контролем глаза в зеркалах или под контролем пальцев руки, введенной во влагалище, накладывали 2 пары пулевых щипцов и захватывали ими кожу головки в складку (рис. 12). К пулевым щипцам привязывали полосу марли, перекидывали ее через блок и к ней подвешивали груз в 500—600 г. Кровотечение во всех 25 случаях, опубликованных Патушинской, тотчас останавливалось; вскоре начинались схватки, и роды заканчивались через несколько часов. В 1 случае наступила смерть матери; 10 детей погибли. В единичных случаях на том месте, где кожа головки плода была захвачена пулевыми щипцами, наблюдались инфильтрация или кровоизлияние, которые быстро проходили.

Для той категории случаев предлежания плаценты, о которой сейчас шла речь, т. е. для случаев краевого предлежания или небольшой степени бокового предлежания, при хорошем общем состоянии большой можно в большинстве случаев ограничиться либо разрывом плодного пузыря, либо разрывом пузыря с последующим применением метода Виллет-Гаусс-Иванова. Реже в этих случаях возникает необходимость в применении других методов лечения, как поворот по Бракстон-Хиксу или метрейризм.

Как уже указывалось выше, считать в настоящее время вопрос о применении метода Виллет-Гаусс-Иванова окончательно решенным нельзя. Нам кажется, что в условиях работы сельского врача этот метод может быть применен при наличии мертвого или нежизнеспособного плода, причем открытие зева должно быть не меньше чем на 2 пальца.

Если же врач сельского участка является опытным хирургом, то в случаях предлежания плаценты при наличии живого плода и сохранившейся шейке матки, особенно при обильном кровотечении, нам кажется, он добьется лучших результатов, применив кесарское сечение.

Кесарское сечение. При центральном предлежании плаценты или при значительной степени бокового предлежания, которые сопровождаются сильными повторными кровотечениями, особенно при наличии признаков острого малокровия; поведение врача должно быть иным. Если больная находится в акушерском учреждении, приспособленном для хирургических операций; то наиболее эффективным методом лечения в этих случаях будет брюшностеночное кесарское сечение. При кесарском сечении прежде всего сокращается время, в течение которого больная теряет кровь. Остановка кровотечения при этом методе также более надежная, и вся операция производится под контролем зрения. Особенно благоприятные результаты получаются при кесарском сечении для ребенка. Так, на материале Бауманского родильного дома (б. филиала нашей клиники), собранном Волковым за последние 10 лет, на 39 случаев кесарского сечения; произведенного по поводу предлежания плаценты, были лишь 5 случаев мертворожденности, что составляет 2,8%, в то время как при повороте по Бракстон-Хиксу смертность детей в родах равнялась почти 75%. На том же материале (39 случаев кесарского сечения на 209 случаев предлежания плаценты) материнская смертность равнялась 2,4% (5 случаев смерти). Из этих 5 случаев смерти матери 3 случая падают на операцию кесарского сечения; а 2—на другие методы. Этот относительно высокий (по сравнению с другими оперативными методами) процент смертности матерей объясняется тем, что кесарскому сечению подвергались лишь самые тяжелые случаи предлежания плаценты.

В последние годы со стороны некоторых акушеров наблюдалось увлечение кесарским сечением; выражающееся в чрезмерном расширении относительных показаний к этой операции. С таким крайним хирургическим направлением в акушерстве, угрожающим упрощенчеством, необходимо вести решительную борьбу.

Что касается применения кесарского сечения при предлежании плаценты, то здесь скорее наблюдается несколько сдержанное отношение. Кесарское сечение если и применяется, то нередко уже чересчур поздно. Не удивительно поэтому, что плохой исход, наступающий в подобном случае, отпугивает некоторых акушеров от применения кесарского сечения при предлежании плаценты, но виной неудачи здесь является, конечно, не метод, а слишком позднее его применение. Поэтому, повторяем, в тех случаях, когда диагностировано центральное предлежание плаценты или когда имеется значительное кровотечение при закрытой шейке матки, не позволяющей распознать степень предлежания плаценты, особенно в тех случаях, когда имеются уже признаки малокровия, следует немедленно приступать к кесарскому сечению. Наиболее эффективным методом лечения кесарское сечение будет в том случае, если предлежание плаценты встретится у старой первородящей или если оно сочетается с какой-нибудь акушерской патологией, например, с относительной узостью таза и т. п. Но и кесарское сечение не может спасти больную, если оно предпринято слишком поздно, когда больная уже обескровлена и не в состоянии поэтому перенести кровотечения и шока, связанного с чревосечением. Отсюда вытекают следующие положения: кесарское сечение следует, во-первых, предпринимать своевременно, т. е. до появления симптомов резкого малокровия; во-вторых, если при кесарском сечении после наложения швов на опорожненную матку и

впрыскивания сокращающих средств (эрготин, питуин, крин и пр.) кровотечение все же продолжается, необходимо тут же произвести надвлагалищную ампутацию матки. К этому методу следует прибегать, если при кесарском сечении обнаруживается, что плацента расположена в шеечно-перешеечной части матки. В подобном случае истонченная и проросшая хориальными элементами стенка матки не сокращается, кровеносные сосуды плацентарной площадки не сжимаются и кровотечение не прекращается. В одном случае кесарского сечения, произведенного в нижнем сегменте матки, мы остановили кровотечение в области плацентарной площадки путем обкалывания кровоточащего участка восьмиобразными швами.

Бургер указывает, что в тех случаях, когда к кесарскому сечению приходится прибегать уже при наличии значительного малокровия, можно произвести «предкесарскую» ампутацию матки (*amputatio uteri praesaeptae*), т. е. сначала ампутировать беременную матку, а затем ампутированную матку тут же вскрыть при помощи разреза. Преимуществом этого метода является то, что обескровленной больной сначала перевязывают сосуды, снабжающие кровью матку, а затем производят ампутацию. Поэтому во время операции потеря крови значительно меньше, чем при кесарском сечении, при котором наблюдается довольно значительное кровотечение из разреза маточной стенки.

Выбор метода, которым следует производить кесарское сечение при предлежании плаценты, и методика его приведены ниже в разделе «Кесарское сечение».

Расположение плаценты в нижнем сегменте матки считалось обстоятельством, вынуждающим обходить место прикрепления плаценты и производить разрез не в нижнем сегменте матки (перешеечно-шеечное или ретровезикальное кесарское сечение), а в области тела матки или ее дна (классическое кесарское сечение).

Как сообщили Панков в 1926 г. и Бургер в 1939 г., кесарское сечение при предлежании плаценты производится теперь большинством авторов в нижнем сегменте. Преимущества шеечного кесарского сечения, по мнению этих авторов, так велики, что вполне окупают большую потерю крови во время самой операции. Несмотря на эти преимущества, нам кажется, что для многих врачей, особенно участковых, шеечное кесарское сечение, особенно в тех случаях, когда на месте разреза лежит плацента, часто сопровождается сильными кровотечениями, почему настаивать на нем едва ли нужно.

Большинство авторов считает, что при предлежании плаценты не следует применять влагалищное кесарское сечение. Показания к нему могут встретиться лишь в очень редких случаях (как, например, при значительно недоношенном или мертвом плоде), когда можно перфорировать последующую головку. Особенно показано влагалищное кесарское сечение, когда при беременности в 5—6 месяцев и предлежании плаценты начинается выкидыш и сильное кровотечение заставляет опорожнить матку при закрытом или недостаточно открытом зеве.

Поворот на ножку по Бракстон-Хиксу и метрейриз. Врач, не имеющий возможности сделать кесарское сечение, когда для этого имеются показания, оказывается в трудном положении. Перед ним возникает альтернатива: либо прибегнуть к одному из «старых» акушерских способов лечения и сделать поворот по Бракстон-Хиксу или применить метрейриз, либо принять меры к перевозке больной в другое учреждение. При чрезвычайном разнообразии клинических проявлений предлежания плаценты невозможно дать точные указания, которые были бы пригодны для

любого случая, встречающегося в акушерской практике сельского врача. Необходимо лишь помнить, что из «старых» акушерских способов лечения предлежания плаценты поворот на ножку по Бракстон-Хиксу (при открытии зева приблизительно на два пальца) — операция в техническом отношении трудная, может быть, даже самая трудная в акушерстве. Для того чтобы ее успешно произвести, необходим, несомненно, большой опыт. Применение метрейриза при малом открытии (открытие на один палец) в техническом отношении операция также нелегкая. Кроме того, метрейриз имеет недостатки, о которых мы скажем ниже. Отсюда ясно, что во многих случаях сельский врач поступит правильнее, если при первом подозрении на предлежание плаценты не станет дожидаться появления неотложных показаний к операции, а заблаговременно направит женщину в соответствующее лечебное учреждение.

Если сельскому врачу приходится перевозить больную с уже начавшимся кровотечением на далекое расстояние, то возникает необходимость предупредить большую кровопотерю в дороге. Нередко в таких случаях прибегают к тампонации влагалища. Этот метод; столь эффективный во многих случаях гинекологической, а иногда и акушерской патологии, при предлежании плаценты может оказаться мало эффективным; при открытии зева на 2—3 пальца тампонация может способствовать еще большей отслойке плаценты и проникновению инфекции в область плацентарной площадки. Поэтому, относясь вообще отрицательно к влагалищной тампонации при предлежании плаценты; мы можем допустить ее применение лишь в тех случаях; когда приходится перевозить на далекое расстояние больную с обильным кровотечением при закрытой или едва проходимой для пальца шейке. Вместе с тем если врач, не имея возможности сделать кесарское сечение, но хорошо владеет техникой акушерских операций, то он, несомненно, вправе прибегнуть к «старым» способам лечения предлежания плаценты и провести роды на месте.

Поворот на ножку по Бракстон-Хиксу получил в Советском Союзе значительно большее распространение, чем метрейриз. Существенным недостатком метрейриза при предлежании плаценты является то, что введенный метрейринтер смещает предлежащую головку. Поэтому, когда метрейринтер рождается, головка во многих случаях не вступает в таз и не тампонирует кровоточащего участка. Кровотечение возобновляется, и; чтобы остановить его, приходится вновь войти в матку и произвести поворот на ножку.

Из всего вышеизложенного вытекает, что при наличии значительной анемии метрейриз безусловно противопоказан. Но в подходящих случаях метрейриз может иметь и некоторые преимущества перед поворотом на ножку по Бракстон-Хиксу: в то время как для поворота необходимо открытие шейки матки минимум на два пальца, метрейриз возможен при меньшем открытии; кроме того, при применении метрейриза не нужен наркоз. Смертность детей при метрейризе меньше, чем при повороте. Поворот вообще не следует производить, если после отхождения вод прошло больше 12—15 часов. Впрочем, это противопоказание не играет большой роли в случаях предлежания плаценты, так как здесь обычно приходится вмешиваться еще при целом пузыре.

В общем поворот по Бракстон-Хиксу показан главным образом при боковом предлежании плаценты и особенно при мертвом или нежизнеспособном плоде. В подобном случае можно, перфорировав последующую головку, ускорить рождение плода, не рискуя при этом повредить

шейку матки. Повреждение же при предлежании плаценты обычно сильно гиперемированной шейки матки может повести к смертельному исходу. Отсюда вытекает правило, запрещающее при предлежании плаценты производить извлечение плода после поворота его на ножку.

Сильное кровотечение, наблюдающееся преимущественно при центральном предлежании плаценты, и значительное малокровие требуют, как уже указывалось выше, применения кесарского сечения. Но кесарское сечение может оказаться неприменимым не только потому, что его невозможно организовать, но и ввиду наличия каких-либо к нему противопоказаний (например, инфекция), и тогда даже в благоустроенном родильном доме приходится и квалифицированному оператору прибегать к одному из «старых» способов лечения предлежания плаценты, в частности, к повороту на ножку по Бракстон-Хиксу. Поворот на ножку по Бракстон-Хиксу показан и в тех случаях предлежания плаценты, когда при угрожающем кровотечении, требующем немедленного вмешательства, больная находится в условиях, не позволяющих быстро предпринять кесарское сечение. При этих условиях всякому врачу, будь он квалифицированный специалист акушер-гинеколог или участковый сельский врач, придется прибегнуть к повороту на ножку, но, повторяем, без извлечения плода (технику см. в руководствах по акушерству).

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Успешное применение одного из «старых» методов лечения предлежания плаценты спасает роженицу от дальнейшей кровопотери только в первом и втором периодах родового акта. Но этим опасность для жизни женщины еще не устранена: как уже указывалось, чаще всего смерть от кровопотери наступает в случаях предлежания плаценты не перед, а после рождения ребенка. Третий период родов является для роженицы с предлежанием плаценты самым опасным, так как нормальное отделение плаценты в этих случаях бывает редко и плацентарный период сопровождается обильным кровотечением. Поэтому если в последовом периоде начинается вновь кровотечение, то надо тотчас же, не прибегая к методу Креде, удалить плаценту рукой. Если же к моменту рождения ребенка больная потеряла уже много крови, то следует тотчас же после рождения ребенка войти рукой в полость матки и удалить плаценту.

БОРЬБА С МАЛОКРОВИЕМ (ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Одним из эффективнейших методов борьбы с малокровием является переливание крови. Оно также широко применяется в случаях острого малокровия при предлежании плаценты. Но и переливание крови не может помочь, если его сделают слишком поздно или если перельют кровь в недостаточном количестве. Поэтому в отношении переливания крови при предлежании плаценты можно выдвинуть следующие положения: в каждом случае предлежания плаценты следует предусмотреть необходимость переливания крови и заранее обеспечить возможность такового. Переливание крови следует производить не только тогда, когда уже появились признаки угрожающего жизни малокровия, но и заблаговременно, т. е. при начальной или умеренной степени малокровия: особенно полезно переливание крови перед перевозкой больной

в другое лечебное учреждение. Конечно, если для того, чтобы сделать переливание крови, потребуется много времени, а у больной имеется сильное кровотечение, то едва ли целесообразно откладывать перевозку. Бургер совершенно правильно указывает, что при предлежании плаценты следует переливать кровь не только после операции, но также до или во время операции.

Что касается количества переливаемой крови, то приходится руководствоваться состоянием больной, учитывая не только частоту пульса, количество гемоглобина и красных кровяных телец, но главным образом кровяное давление: чем ниже максимум кровяного давления, тем неотложнее переливание крови и тем больше должно быть количество переливаемой крови (в среднем 400—500 см³).

Резюмируя все вышесказанное, можно прийти к заключению, что лучшим методом лечения предлежания плаценты в «легких случаях» (краевое и частично боковое предлежание) является разрыв плодного пузыря, в случае надобности дополненный методом Виллетт-Гаусс-Иванова; в тяжелых случаях (центральное или боковое предлежание, сопровождающееся значительным кровотечением) — кесарское сечение, а при невозможности его — поворот на ножку по Бракстон-Хиксу или метрейриз. Поворот на ножку по Бракстон-Хиксу (или метрейриз) показан также тогда, когда при умеренном кровотечении совершенно отсутствует родовая деятельность; особенно же он показан при сильном кровотечении и значительной недоношенности. Лечение предлежания плаценты должно сопровождаться переливанием крови, которое следует производить не только после операции, но и до нее, а если нужно, то и до перевозки больной для операции в соответствующее лечебное учреждение. При отсутствии возможности сделать переливание крови применяют другие методы борьбы с острым малокровием (вливание физиологического раствора или раствора глюкозы и пр.).

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

В большинстве случаев преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты происходит в конце беременности или во время родов. Клинические симптомы появляются чаще всего в периоде раскрытия и значительно реже в периоде изгнания. Отслойка наблюдается при преждевременных родах в 43,7%, при срочных — в 56,3% (Яковлев). Отслойка плаценты от стенки матки может произойти на любом участке: в центральной части плаценты или ближе к ее периферии, на большем или меньшем протяжении (рис. 13 и 14). От этого в значительной мере будет зависеть и клиническая картина.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И СИМПТОМАТОЛОГИЯ

Нарушение связи между плацентой и стенкой матки, на каком бы протяжении оно ни произошло, сопровождается наружным и внутренним кровотечением и во многих случаях образованием ретроплацентарной гематомы. Если отслойка произошла на небольшом участке и при этом образовалась лишь небольшая гематома, то никаких клинических симптомов это осложнение не даст. Если же отслоилась значительная часть плаценты, то в большинстве случаев появляется более или менее обильное кровотечение. При полном отделении плаценты очень быстро появляются симптомы острого малокровия матери и гибели плода. При этом можно наблюдать резкую бледность, цианоз губ, малый частый пульс (вначале

пульс, вследствие раздражения ветвей блуждающего нерва перерастянутой маткой, может быть редким и полным), обморочное или беспокойное состояние; иногда тошноту и рвоту. Характерными признаками служит появление болей в животе, увеличение его размеров, резкая напря-



Рис. 13. Преждевременная отслойка плаценты в ее центральной части. Наружного кровотечения нет.

женность, болезненность, увеличение объема матки (несоответственно сроку беременности) и плотная консистенция нерасслабляющейся матки. Определить положение плода невозможно, движения его не ощущаются,



Рис. 14. Наружное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

сердцебиение не выслушивается. Родовая деятельность часто отсутствует или ослабевает. Выделение крови незначительно; кровь скопляется внутри матки и образует большую гематому между стенкой матки и плацентой. Эта гематома выпячивает иногда стенку матки, и ее можно обнаружить при ощупывании живота по ее эластической, а иногда и плотной консистенции. В этих случаях обращает на себя также внимание несоответствие между небольшим наружным кровотечением и общим тяжелым состоя-

нием больной, что указывает на наличие внутреннего кровотечения. В редких случаях наблюдается кровотечение в плодный пузырь, вследствие чего воды окрашиваются кровью. Если отслойка произошла на небольшом участке в центральной части плаценты, то малокровия может и не быть или оно может быть не резко выражено; наружного кровотечения при этом нет, плод может остаться живым. Но если отслойка произошла в центральной части плаценты на месте разветвления больших кровеносных сосудов, которые оказываются прижатыми образовавшейся под ними гематомой, то даже при удовлетворительном общем состоянии матери плод может погибнуть.

ДИАГНОСТИКА

Если отслойка плаценты произошла на почве механической травмы, то диагностика не трудна. Так, например, если появились вышеописанные симптомы в связи с падением на живот или после удара в живот, то диагноз отслойки плаценты напрашивается сам собой. Редко встречающиеся случаи кровотечения, совпавшего с травмой, но явившегося следствием разрыва варикозного узла или происходящего из ракового новообразования на шейке матки, которое до этого не давало никаких симптомов, можно легко дифференцировать путем осмотра влагалища и шейки матки зеркалами. При отсутствии явного этиологического фактора, что наблюдается в большинстве случаев отслойки плаценты, диагноз может быть труден. Гидрамнион, многоплодная беременность, чрезмерно короткая пуповина, предшествовавшие воспалительные процессы эндометрия, токсикозы беременности (нефропатия, эклампсия), хронический нефрит и прочие этиологические факторы; считающиеся причиной отслойки плаценты, далеко не всегда ведут к ней; некоторые же из них, как, например, короткая пуповина, могут вовсе не фигурировать в анамнезе, да и не могут быть определены до окончания родов. Все же совершенно игнорировать анамнез при подозрении на преждевременную отслойку плаценты не следует. Особенного внимания в этом отношении заслуживает наличие данных, говорящих за токсикоз беременности или нефрит (анализ мочи). Наружное кровотечение может дать повод заподозрить предлежание плаценты; характер кровотечения при отслойке плаценты может быть несколько иной, чем при ее предлежании: при предлежании, если пузырь цел, кровотечение появляется или усиливается при каждой новой схватке, при отслойке же кровь часто выделяется непрерывно. После разрыва пузыря кровотечение при предлежании плаценты иногда уменьшается или даже совсем прекращается (последнее может говорить за низкое прикрепление плаценты), при преждевременной же отслойке плаценты кровотечение после отхождения вод не прекращается, а иногда даже усиливается. За преждевременную отслойку будет говорить, как уже указывалось, внезапное появление болей, быстро наступающая анемия, исчезновение сердцебиения плода, напряженное состояние, плотная консистенция и болезненность матки, невозможность ясно прощупать части плода. При влагалищном исследовании в области маточного зева, в отличие от предлежания плаценты, не определяется ткань плаценты (иногда за плаценту могут быть приняты сгустки крови, скопившиеся здесь при отслойке). Клиническая картина преждевременной отслойки может имитировать картину неполного разрыва матки, разрыва плодоместиллица при внематочной беременности, внутреннего кровотечения из подбрюшинного варикозного узла. Иногда приходится дифференцировать отслойку плаценты от перекрута ножки опухоли яичника или фаллопиевой трубы, от острого аппендицита при беременности и т. п. Панков обращает внимание на то, что при перекруте опухоли; а также при остром аппендиците боль возникает на одной стороне, а при отслойке плаценты она диффузно рас-

пространяется по всему животу. Отсутствие резкого малокровия, наличие сердцебиения плода будут в этих случаях также говорить против отслойки плаценты.

При дифференцировании отслойки плаценты от внутреннего кровотечения на почве разрыва варикозного венозного узла, расположенного в стенке матки или в широкой связке, за отслойку говорит исчезновение сердцебиения плода. Разрыву матки часто предшествует бурная родовая деятельность, причем после разрыва боли сразу прекращаются; при этом можно констатировать, что части плода стали особенно ясно прощупываться или что предлежащая часть отошла вверх (см. раздел о разрывах матки). При эктопической беременности последних месяцев напряженное состояние брюшной стенки и боли обычно не сопровождаются симптомами резкой анемии; при разрывах плодоемностища в более ранние сроки эктопической беременности анамнестические данные о сроке последней менструации будут говорить против отслойки плаценты; кроме того, данные, полученные в том и в другом случае при влагалищном исследовании (см. раздел о внематочной беременности), будут резко отличаться друг от друга.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В принципе лечение отслойки детского места заключается в скорейшем родоразрешении. Выбор метода зависит от акушерских условий, а также от обстановки, в которой женщина находится.

При значительном малокровии и закрытом зеве необходимо сделать кесарское сечение. Если в данной обстановке сделать операцию нельзя, то больную следует немедленно перевести в соответствующее учреждение. Если перевести больную абсолютно невозможно, то прибегают к способам, ускоряющим роды. При закрытом зеве и слабой родовой деятельности или полном ее отсутствии пытаются вызвать или усилить родовую деятельность впрыскиваниями питуикрина; если зев пропускает 1—2 пальца, то, кроме того, разрывают плодный пузырь. Если раскрытие шейки все же задерживается, то прибегают к метрейризу; при этом можно ограничиться введением небольшого баллона, после рождения которого открытие становится вполне достаточным для того, чтобы произвести комбинированный поворот. Привесив груз к извлеченной ножке, можно добиться ускорения родов; особенно если (при мертвом ребенке) перфорировать последующую головку. Если преждевременная отслойка плаценты началась не в самом начале родовой деятельности, а через некоторое время, что наблюдается главным образом тогда, когда при полном открытии и хорошей родовой деятельности плодный пузырь остается целым, то в этих случаях достаточно вскрыть плодный пузырь, чтобы дальнейшая отслойка прекратилась и кровотечение остановилось.

Если больная находится в учреждении, где может быть произведена любая акушерская операция, то при значительном малокровии и неподготовленных для родоразрешения родовых путях необходимо, как уже указывалось, срочно произвести кесарское сечение: при живом ребенке и при ригидной шейке у первородящей—брюшностеночное, при наличии мертвого плода у повторнородящей, особенно при недоношенности, допускается и влагалищное кесарское сечение.

Врачу, владеющему влагалищным методом операции, едва ли целесообразно применять брюшностеночное кесарское сечение у повторнородящей при мертвом плоде, ввиду возможности сравнительно легко извлечь плод, перфорировав его головку; влагалищное кесарское сечение допустимо лишь при небольшой степени малокровия роженицы и при отсутствии симптомов просачивания крови из матки в брюшную полость, как это

наблюдается иногда при нефрите и нефропатии. При живом ребенке методом выбора всегда будет брюшностеночное кесарское сечение.

Что касается методики брюшностеночного кесарского сечения, то при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты нет никакого основания отказываться от преимуществ шеечно-перешеечного кесарского сечения (см. раздел о кесарском сечении).

При угрожающе тяжелом состоянии больной, которое при преждевременной отслойке плаценты почти всегда сочетается с гибелью плода, мы рекомендуем надвлагалищную ампутацию матки без предварительного извлечения плода. Такой метод имеет еще и то преимущество, что предупреждает возможность появления после операции атонии, которая так часто наблюдается при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и является нередко причиной сильной кровопотери не только в последовом, но и в раннем послеродовом периоде. Удаление матки необходимо в тех случаях, когда при чревосечении в брюшной полости обнаруживается кровь, просочившаяся через стенку матки, что свидетельствует о пропитывании кровью маточной мышцы.

Такая пропитанная кровью маточная мышца оказывается неспособной к последующей ретракции.

Если показания к родоразрешению появляются в тот момент, когда родовые пути уже подготовлены, то и в клиническом учреждении при головке, находящейся в полости таза, и живом плоде следует наложить щипцы, а при мертвом плоде — сделать перфорацию и краниоклазию, при подвижной же головке и наличии прочих условий — поворот и извлечение плода, а если нужно, то и перфорацию последующей головки. Если кровотечение умеренное, общее состояние роженицы хорошее и родовая деятельность приняла регулярный характер, для ускорения родов может оказаться достаточным вскрытие плодного пузыря. Слабую родовую деятельность можно усилить впрыскиванием питуикрина.

При хорошем состоянии больной, малом открытии шейки и при подвижной над входом в таз предлежащей части можно прибегнуть к метрейризу, который, усиливая родовую деятельность, ускоряет раскрытие шейки, а затем уже произвести поворот на ножку и извлечение плода. При мертвом плоде вместо метрейриза и последующего поворота может оказаться целесообразным метод Виллетт-Гаусс-Иванова (см. раздел о предлежании плаценты). Возможно также, что и при живом плоде этот метод окажется эффективным. Недостаток литературных данных и собственного опыта не позволяет нам пока делать какое-либо окончательное заключение по этому вопросу.

После самопроизвольного рождения плода или его извлечения (в случаях преждевременной отслойки плаценты) всегда можно ожидать атоническое кровотечение как в последовом периоде, так и в раннем послеродовом. Поэтому особенно важное значение приобретает рациональное ведение последового периода и тщательное наблюдение за родильницей в первые часы после родов. В некоторых случаях плацента рождается вслед за рождением ребенка. Если после этого кровотечение продолжается, то прибегают ко всем тем мероприятиям, которые обычно применяются в случаях послеродового атонического кровотечения (введение препаратов спорыньи, гипофиза; прижатие аорты, тампонация матки и влагалища и пр.). Если после рождения плода плацента не выделяется, а кровотечение продолжается, то следует немедленно применить способ Креде, а если и он не дает результата, то надо выделить плаценту рукой. После удаления плаценты применяют все указанные выше меры борьбы с атоническим кровотечением. Если все-таки эти мероприятия будут безрезультатны, то надо удалить матку.

Если хирург, владеющий влагалищным методом операции, прибегает к экстирпации матки влагалищным путем, то он сможет это сделать во время прижатия аорты (наложение жгута Момбурга или какого-нибудь специального компрессора). Врач, не владеющий этим методом, должен удалить матку брюшностеночным путем.

Самое важное при лечении преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты — это своевременное родоразрешение, когда общее состояние больной еще удовлетворительно. Запоздавшее родоразрешение дает плохой прогноз.

Как указывается в разделах, посвященных лечению разрывов матки и предлежания плаценты, благоприятному исходу операции при наличии угрожающего малокровия, несомненно, способствует переливание крови, которое и в случаях преждевременной отслойки плаценты следует производить не как *ultimum refugium*, а заблаговременно, т. е. пока еще нет резкого малокровия, но по клинической картине можно ожидать в дальнейшем наступления малокровия. В случае необходимости следует делать также повторные переливания крови в достаточных количествах.

Применение такого метода позволит не только добиться лучших результатов предпринимаемой в клинике или родильном доме операции, но, вероятно, поможет и сельскому врачу, не имеющему возможности произвести операцию на месте, довести больную до ближайшего лечебного учреждения.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Патологические кровопотери (по инструкции Министерства здравоохранения кровопотери в количестве 750 г считаются патологическими) наблюдаются как до, так и после отделения последа от стенки матки. Кровопотери становятся опасными для жизни в зависимости от того, как реагирует на них организм данной женщины: так, потери 1 500 г крови для одной больной является уже смертельной, тогда как другая хорошо переносит и гораздо большие потери. По Гентеру, наблюдались случаи выздоровления после кровопотери даже в 3 600 г. Понятно, что при оценке опасности, которую представляет собой для жизни кровопотеря, не следует придерживаться шаблона. В различных реакциях организма на последствия кровопотери большую роль играет состояние сердечно-сосудистой и нервной системы данной больной, что в большинстве случаев очень трудно предвидеть. Поэтому приходится главным образом учитывать уже наступившую реакцию на кровопотерю, для чего необходимо тщательно наблюдать за больной, у которой кровопотеря превышает средние физиологические нормы.

Одной из главных причин кровотечений в последовом периоде, за исключением случаев разрыва мягких частей родового канала, является неправильное ведение последового периода. Следовательно, профилактикой кровотечения в этом периоде родов является прежде всего правильное его ведение (методику см. в руководствах по акушерству). Но если кровотечение уже возникло, то помощь должна быть оказана немедленно.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НЕОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЕ

Для лечения кровотечений, появившихся до отхождения плаценты, почти исключительно применяются акушерские приемы и методы, о которых говорится в руководствах по акушерству. Исключением из общего правила является кровотечение в последовом периоде при истинном приращении плаценты.

ИСТИННОЕ ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PLACENTA ACCRETA S. INCRETA)

Клиническая картина и симптоматология. Истинное приращение плаценты обычно не вызывает никаких симптомов ни в течение беременности, ни во время первого и второго периода родов. Лишь в третьем (последовом) периоде возникает кровотечение, которое, как правило, приводит к смертельному исходу, если роженице не будет экстренно оказана необходимая хирургическая помощь. Смертельное кровотечение, угрожающее роженице в последовом периоде, возникает в этих случаях совершенно неожиданно. В редких случаях кровотечение появляется во время беременности, и тогда оно по своему характеру ни чем не отличается от кровотечений при угрожающем выкидыше. В тех редких случаях, когда при истинном приращении плаценты беременность прерывается и наступает выкидыш, опорожнение матки пальцем или инструментом может и не остановить кровотечения. Такой случай опубликовала Глейзер из клиники Близнянской. При выскабливании может легко произойти перфорация матки. По этому поводу Шмид (H. Schmid) высказывает предположение, что если бы перфорированные матки чаще подвергались гистологическому исследованию, то чаще обнаруживалось бы в качестве предрасполагающего к перфорации момента вращение ворсин в мышцу матки.

Если беременность при *placentae accretae* донашивается, то иногда наблюдается слабость родовой деятельности или самопроизвольный разрыв матки в родах и даже до наступления родовой деятельности. В большинстве же случаев истинного приращения плаценты, как уже указывалось, никаких клинических симптомов до рождения ребенка не наблюдается. Иногда и в последовом периоде не бывает кровотечения, и лишь задержка плаценты в течение многих часов заставляет врача принять необходимые меры к ее выделению. А так как выжимание плаценты по Креде не дает в этих случаях никакого эффекта или вызывает кровотечение, то приходится прибегнуть к ручному отделению, при котором и обнаруживается приращение плаценты. Полностью отделить плаценту рукой в этих случаях невозможно. В лучшем случае удастся удалить лишь отдельные куски плаценты, причем отличить в полости ткань плаценты от ткани матки по ощущению, получаемому рукой, невозможно. Точно так же невозможно удалить плаценту ложкой или кюреткой, так как ворсинки хориона, вследствие отсутствия полноценной децидуальной оболочки, глубоко прорастают в мышечную ткань матки. Даже на препарате удаленной матки не всегда удается выделить из маточной стенки всю плацентарную ткань (Шмид). Понятно поэтому, что попытки акушера отделить плаценту вызывают лишь усиление кровотечения, которое ничем не может быть остановлено; матка остается при этом большой, анемия нарастает, и если немедленно не будет произведена операция, то больная погибнет от острой анемии. К сожалению, операцию в подобных случаях часто делают слишком поздно. Поэтому, несмотря на удаление матки, больные нередко все же погибают.

Если истинное приращение плаценты имеется лишь на ограниченном участке, то кровотечение начинается вскоре после рождения плода.

Поэтому вмешательство оказывается необходимым в самом начале последового периода; невозможность выделить плаценту по Крете заставляет акушера войти рукой в полость матки и попытаться отделить пальцами приросшую часть плаценты. Такая попытка и при частичном приращении плаценты не сопровождается успехом, и исход может быть таким же печальным, как и при полном приращении плаценты.

Диагностика. Распознать истинное приращение плаценты во время беременности или в родах до наступления последового периода невозможно. Некоторое подозрение могут вызывать случаи повторных кровотечений во время беременности у женщин, у которых акушерский анамнез отягощен абортами, особенно если они сопровождались аменореей вследствие чересчур энергичного или повторного выскабливания или после выскабливания в пуэрперальном периоде, а также после многократных прижиганий слизистой матки сильнодействующими средствами или после энуклеации подслизистых фибромом, после кесарского сечения и пр. Предположить приращение плаценты можно также в тех случаях, когда диагностируется предлежание плаценты, особенно же при наличии перешеечно-шеечной плаценты. Течение родового акта нередко отличается в этих случаях крайней слабостью схваток.

Все это вызывает лишь подозрение на приращение плаценты; точная же диагностика может быть поставлена только при попытке ручного отделения плаценты, к которому приходится прибегнуть вследствие начавшегося в последовом периоде кровотечения и невозможности выделить плаценту, или в том случае, когда плацента самостоятельно не выделяется в течение многих часов, а попытки выжать ее по способу Крете остаются безрезультатными.

Методы лечения. Как только диагноз истинного приращения плаценты поставлен (а этот диагноз, повторяем, может быть поставлен лишь во время неудавшейся попытки отделить плаценту рукой или ложкой), необходимо тотчас приступить к операции удаления матки. Если плацента расположена, как обычно, в теле матки, то достаточно сделать путем брюшностеночного чревосечения надвлагалищную ампутацию матки; если же приросшая плацента расположена в нижнем сегменте матки или в ее шейке (шеечно-перешеечное прикрепление плаценты), то необходима полная экстирпация матки. Лапаротомия—это единственный путь операции для участкового хирурга. Специалист-гинеколог, хорошо владеющий методом влагалищного чревосечения, может удалить матку и влагалищным путем. Мы лично рекомендуем этот метод лишь для тех случаев, когда больная еще необескровлена. Влагалищная экстирпация матки сопровождается большей кровопотерей, чем брюшностеночная операция, поэтому то огромное преимущество, которое обычно имеет влагалищная операция перед брюшностеночным чревосечением в отношении операционного шока, отпадает в тех случаях, когда преобладают явления анемии.

Подготовка больной к операции, метод обезболивания и техника надвлагалищной ампутации матки или полной ее экстирпации обычные.

Если истинное приращение плаценты наблюдается не в благоустроенном родильном доме или в больнице, то врач, убедившись, что имеет дело с подобной патологией, должен немедленно прекратить дальнейшие попытки к отделению всей плаценты и удалить из полости матки лишь те части, которые он уже отделил от стенки матки, а затем плотно затампонировать матку и влагалище. Если при этом силы больной окажутся на исходе и появятся признаки резкого малокровия, то тампона-

цию следует производить, прижав аорту каким-нибудь из применяемых в акушерской практике способом (наложение жгута Момбурга, прижатие аорты рукой). Так как тампонация может в лучшем случае помочь лишь временно, и вероятнее всего, что после удаления тампона кровотечение возобновится, а кроме кровотечения, над больной нависает еще угроза инфицирования оставшихся в матке частей последа, то необходимо приложить все усилия к тому, чтобы затампонированную больную перевести в хирургическое отделение или срочно вызвать хирурга, который и произведет экстирпацию матки на месте.

Случаи патологического прикрепления плаценты иной этиологии, как, например, при расположении плаценты над субмукозной фибриомой матки, встречаются еще реже и представляют лишь казуистический интерес. Диагностика и методика лечения — те же, что и при истинном приращении плаценты.

АТОНИЧЕСКИЕ (ГИПОТОНИЧЕСКИЕ) КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Причиной атонических (гипотонических) кровотечений, возникающих после рождения плаценты, чаще всего бывают задержавшиеся в матке кусочки плацентарной ткани или целые дольки плаценты. Если осмотр плаценты вызывает подозрение на задержку плацентарной ткани, то полость матки необходимо обследовать рукой. После удаления остатков плацентарной ткани кровотечение обычно останавливается.

Если даже целостность плаценты не вызывает особых сомнений, но кровотечение, несмотря на все принятые меры (массаж матки, сокращающие средства, прижатие аорты рукой), не останавливается, то необходимо войти рукой в полость матки для того, чтобы удостовериться в отсутствии задержки плацентарной ткани, попутно удалить из нее пристеночные сгустки крови и, наконец, для того, чтобы произвести массаж матки на кулаке. Гипотония (эссенциальная) матки может явиться следствием перерастяжения ее при многоводии и многоплодной беременности, при затяжных родах, быстром извлечении ребенка, в результате инфекции во время родов и септических заболеваний при предшествовавших родах и абортках, патологической функции эндокринной системы, в частности; гипофиза и надпочечников, и пр. Диагностика атонии (гипотонии) матки базируется на следующих симптомах: контуры матки неясно определяются вследствие ее мягкой и дряблой консистенции; дно после рождения ребенка стоит выше, чем обычно, и доходит иногда до уровня мечевидного отростка; если массажем удастся вызвать сокращение матки, то при надавливании на матку появляется кровотечение со сгустками. Но как только массаж матки прекращают, она снова приобретает прежние неясные контуры, дно ее поднимается к мечевидному отростку, полость вновь наполняется кровью и сгустками и малокровие нарастает. Для дифференциальной диагностики между гипотоническим кровотечением и кровотечением из разрыва мягких родовых путей, в частности, из разрыва шейки матки, необходим осмотр зеркалами (см. «Разрывы шейки матки»); для дифференциальной диагностики с задержкой частей плаценты необходимо тщательно осмотреть родившуюся плаценту. Иногда необходимо применение некоторых специальных методов исследования плаценты (см. руководства по акушерству). Чтобы остановить атоническое кровотечение, в акушерстве применяется целый ряд консервативных методов, включающих как медикаментозные средства (спориныя, эрготин, питуикрин и пр.), так и механические (массаж матки, прижатие аорты, тампонация).

Бауэрэйзен (Baueisen) советует в этих случаях тампонировать марлей, смоченной глицерином, класть холод на живот, производить промывания матки горячими растворами или спиртом и пр.

Все эти средства должны применяться в определенном порядке (примерные схемы см. в новейших руководствах по акушерству Гентера, Скробанского, Малиновского и Кушнира, Выдрина и др.). Заметим лишь, что из всех применяемых в акушерстве методов (кроме хирургических) наиболее надежным, но и весьма серьезным по своим последствиям (опасность инфекции) является плотная тампонация матки и влагалища, к которой поэтому следует прибегать лишь после того, как другие (нехирургические) средства оказались неэффективными. Но даже и тампонация не всегда дает эффект, если сократительная способность матки значительно нарушена.

Так бывает, например, при описанной Р. Мейером (R. Meyer) базальной гиперплазии децидуальной оболочки. При этой патологии граница между мышечной стенкой матки и спонгиозным слоем децидуальной оболочки при микроскопическом исследовании представляет собой не ровную, как обычно, а весьма извилистую линию вследствие того, что базальные слои спонгиозного слоя вдаются в мышечный слой неравномерно и на различную глубину; эти слои разъединяют мышечные пучки, чем и понижают сократительную способность матки. В одном случае Нюрнбергера плотная тампонация матки и влагалища остановила кровотечение лишь на очень короткое время, пока была прижата аорта, а затем кровь стала просачиваться через тампон. В том, что тампонация была достаточно тугой, нет сомнения, так как полоса марли, которой были затампонированы матка и влагалище, имела 21 м длины.

В редких случаях атонического кровотечения, не останавливающегося несмотря на то, что все консервативные методы были уже применены в последовательном порядке и технически правильно, как к *ultimum refugium* приходится прибегнуть к одному из хирургических методов. Одним из них является метод Генкеля (Henkel). Он заключается в ущемлении параметриев специальными щипцами (некоторые применяют для этой цели и щипцы Мюзо). Технически этот метод весьма прост: после опорожнения мочевого пузыря влагалищную часть матки захватывают пулевыми щипцами и возможно больше оттягивают ее вниз и в сторону. Таким образом на противоположной стороне обнажается боковой свод. Со стороны этого свода накладывают перпендикулярно к щипцам, вытягивающим шейку, и, следовательно, перпендикулярно к ребру матки, крепкие щипцы Мюзо, которые вместе со стенкой влагалищного свода захватывают и мышцу матки на уровне внутреннего зева. То же самое проделывают и на другой стороне. Таким образом маточные сосуды оказываются зажатыми в основании параметриев. Щипцы оставляют на 12—24 часа. Метод Генкеля не вполне безопасен, так как щипцами Мюзо можно повредить мочеточники.

У нас этот метод получил благоприятную оценку со стороны Тиканадзе. Во избежание повреждения мочеточников щипцами Мюзо Тиканадзе в одном из своих двух случаев наложил вместо щипцов Мюзо кишечные зажимы, Левин надевает на браши щипцов Мюзо с этой же целью резиновые трубки. Кирштеттер (Kirstätter) применил метод Генкеля в 19 случаях и в 17 из них имел успех; Циммерман (Zimmermann) применил с успехом метод в 17 случаях; Цангемейстер, Опитц, Керер (Zangemeister, Opitz, Kehler) и др. высказываются отрицательно о методе Генкеля, но Генкель считает, что возражения их носят априорный и теоретический характер, так как эти авторы на практике его метод не применяли. Лабгардт (Labhardt), Йогансен (Johansen), Шмид (Schmid) и др. считают, что наложение щипцов Мюзо со стороны влагалища угрожает инфекцией. В последнее время Кервин (цит. по Фейгелю) предложил видоизменение приема Генкеля: вместо наложения зажимов Кервин рекомендует наложить со стороны сводов на оба параметрия по крепкой лигатуре и провести их через толщу шейки матки, не отсекавая влагалищных сводов.

Наиболее надежным способом борьбы с атоническим кровотечением, не останавливающимся, несмотря на планомерное и умелое применение

всех консервативных способов, или настолько бурным и неудержимым, что нет времени для планомерного проведения консервативных мероприятий, является экстирпация матки.

Для удаления послеродовой матки возможны два пути: брюшностеночное чревосечение или влагалищное. Производство лапаротомии, как это уже указывалось, безусловно доступно более широкому кругу хирургов. При лапаротомии, предпринимаемой по поводу атонического кровотечения, нет, конечно, необходимости удалять всю матку, а можно ограничиться ее надвлагалищной ампутацией. Если эту операцию, ввиду экстренности и тяжести случая, придется делать не специалисту, а практическому врачу, то операция может быть максимально упрощена и сведена к операции Порро в ее первоначальной модификации. В упрощенном виде операцию производят следующим образом: делают по средней линии продольный разрез длиной в 10 см. Лежащую непосредственно под брюшной стенкой дряблую матку извлекают наружу, вытягивают из брюшной раны и на месте перехода шейки в тело матки туго перевязывают толстой шелковой лигатурой, тесьмой, мягким резиновым катетером и т. д. Кровотечение тотчас же останавливается. Матку после этого отсекают, и культя шейки помещается внебрюшинно (вшивается в нижний угол брюшной раны). Этот метод имеет большие недостатки (некроз, нагноение в культе и в окружающей клетчатке), поэтому в подобном случае лучше сделать обычную надвлагалищную ампутацию матки (технику см. в разделе о разрывах матки).

Литературные данные указывают, что удаление матки при атонических послеродовых кровотечениях производится иногда слишком поздно и больные погибают, несмотря на сделанную операцию.

Главное затруднение при этих операциях заключается в своевременной постановке показаний к ним: трудно решиться на операцию, когда больная находится еще в удовлетворительном состоянии, а в то же время страшно упустить благоприятный момент для операции. Результат этих операций может быть значительно улучшен своевременным, сделанным еще на операционном столе, переливанием крови и повторным переливанием крови после операции.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ

Разрывы промежности и влагалища являются частым осложнением родов, особенно оперативных. Размеры и характер этих разрывов различны. Даже большие разрывы, распространяющиеся вглубь влагалища и проникающие через всю толщу промежности, и даже разрывы третьей степени; сопровождающиеся нарушением целостности прямой кишки, редко вызывают значительные кровотечения. Тем не менее все разрывы промежности и влагалища, независимо от их величины, следует тотчас же зашивать; незашитые могут стать источником заболевания в послеродовом периоде, вследствие проникновения через них инфекции, или вызвать в дальнейшем нарушения положения половых и соседних с ними органов со всеми вытекающими отсюда последствиями. Наилучшие шансы на заживление имеют разрывы, зашитые немедленно после родов.

Некоторые авторы советуют зашивать разрывы влагалища и промежности не тотчас по окончании родов, а на следующий день того, чтобы уменьшилась или исчезла отечность тканей, мешающая правильной ориентировке во время наложения швов. Такой метод, противоречащий общехирургическому правилу, мы считаем нецелесообразным. Конечно, в

случаях неблагоприятной для операции обстановки, например, если роды произошли ночью, при плохом освещении, можно наложить швы и на следующий день, а иногда даже спустя несколько дней, но это возможно лишь в случаях отсутствия у роженицы признаков общей или местной инфекции, т. е. при общем хорошем самочувствии, пульсе и температуре, при совершенно чистой, имеющей свежий вид и начинающей покрываться грануляциями поверхности раны. Многие акушеры считают целесообразным вторично накладывать швы и тогда, когда разрыв был своевременно зашит, но заживления не произошло. Вторичный шов нередко приводит к полному заживлению. По Винтеру, после наложения вторичного шва наблюдалось даже заживление разрывов третьей степени.

Относительно того, следует ли освежать раневую поверхность перед наложением вторичного шва, нет единого мнения. Несмотря на то, что многочисленные наблюдения показали, что оставленные грануляции не препятствуют заживлению, Винтер все же советует их соскабливать так, чтобы получились кровоточащие раневые поверхности, а главное, освежать ножом или ножницами эпителизирующиеся края раны.

Не отказываясь от применения вторичного шва и «запоздалого» первичного шва, т. е. от наложения швов через 1—2 дня, мы тем не менее считаем необходимым, как правило, зашивать промежность непосредственно после родов. После родоразрешающей операции мы часто накладываем швы даже до отхождения плаценты; это имеет то преимущество, что используется наркоз, примененный при родоразрешении. Некоторое значение может иметь и чисто психологический момент: радость и счастье роженицы не омрачаются, после того как она проснулась от наркоза, мыслью о предстоящей ей новой операции по поводу происшедшего разрыва. Возражением против такого метода могло бы служить опасение, что в случае приращения плаценты ее придется отделять и извлекать ручным способом, что может повредить только что наложенный шов. Это опасение не играет большой роли, так как если бы даже в единичных случаях и пришлось войти рукой в полость матки после того, как промежность уже будет зашита, то не обязательно при этом пострадает шов, а даже если бы после столь серьезного вмешательства, как ручное отделение плаценты, и пришлось вновь наложить несколько швов на промежность, то это не имело бы большого значения. И в этом случае можно было бы для наложения швов использовать тот же наркоз, который был применен при вхождении в матку рукой.

При очень больших разрывах, особенно при разрывах третьей степени, конечно, лучше выждать рождение последа.

Подготовка операционного поля при зашивании промежности—обычная для акушерских операций: на наружных половых органах подстригают или сбривают волосы; влажными тупферами удаляют запекшуюся кровь; затем наружные половые органы протирают спиртом и смазывают водной настойкой.

Если разрыв зашивают до рождения плаценты и выделяющаяся из матки кровь мешает правильной ориентировке при наложении швов, то можно ввести вглубь влагалища большой тампон из стерильной ваты или марли, который и будет впитывать в себя кровь. К этому способу можно прибегнуть и тогда, когда промежность зашивают после рождения последа, а из матки все же продолжает обильно выделяться кровь. Само собой разумеется, что в подобном случае нужно прежде всего выяснить причину кровотечения и принять все необходимые меры к прекращению его, а тампоном пользоваться только в качестве кратковременной меры на время наложения швов. Как только разрыв будет зашит, тампон из

влагалища следует удалить; мы всегда вводим тампон, конец которого захвачен корнцангом, пинцетом Кохера или каким-либо другим инструментом; инструмент, которым захвачен тампон и который торчит из влагалища, не мешает наложению швов и в то же время служит надежной гарантией, что тампон не будет забыт во влагалище.

При зашивании небольших разрывов длиной в 1—2 см, лежащих во входе и идущих главным образом во влагалище, нет надобности в анестезии, так как слизистая влагалища мало чувствительна к уколам. При зашивании больших разрывов необходим тот или иной вид обезболивания. Анестезия не только отвечает требованиям гуманности, но и зна-

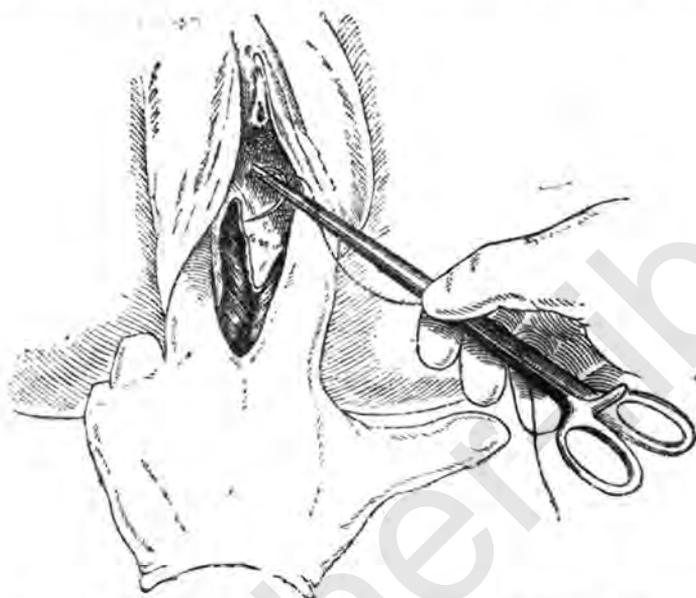


Рис. 15. Зашивание разрывов влагалища. Раздвинув введенные пальцы, обнажают рану в глубине влагалища.

чительно облегчает операцию, так как позволяет беспрепятственно и широко раскрыть рану на всем ее протяжении, правильно ориентироваться в размерах и направлении разрыва и точно определять его границы. А это необходимо, так как главной целью операции является полное восстановление функции поврежденных органов и тканей. Что толку в том, что будет зашита кожа промежности и слизистая влагалища, если поврежденные мышцы промежности и тазового дна не будут восстановлены! Результат операции в лучшем случае будет лишь косметический. Точно так же неудовлетворительным окажется результат операции, если при зашивании разрыва третьей степени концы поврежденного сфинктера заднепроходного отверстия не будут достаточно соединены. Эти концы, сокращаясь, скрываются в глубине раны, и без тщательного и беспрепятственного раскрытия раны их нелегко обнаружить. Наркоз же облегчает как ориентировку в ране, так и технику наложения швов.

Что касается метода наркоза, то хотя отрицательные стороны общего наркоза ввиду кратковременности операции в значительной мере отпадают, все же для применения общего наркоза должны иметься определенные показания. Едва ли уместно применять для наложения швов люмбальную анестезию. Лучше всего применить местное обезболивание новокаином. Недостатком инфильтрационного метода анестезии является

то, что он увеличивает отечность тканей, наблюдающуюся в родах, что может помешать хорошей ориентировке в топографических отношениях разорванных тканей. Меньшими недостатками в этом отношении обладает проводниковая новокаиновая анестезия; т. е. обезболивание нервных стволов, питающих область промежности и влагалища и окружающие их ткани.

Для операции наложения швов при разрывах промежности и влагалища родильницу кладут на стол или на поперечную кровать в положении для влагалищных операций. Для удержания ног в надлежащем положении очень удобны ногодержатели Отта. При отсутствии специальных ногодержателей можно пользоваться импровизированными, сделанными из простыни (см. «Введение»). Чтобы хорошо обнажить рану на всем ее протяжении, влагалище раскрывают подъемниками или влагалищными зеркалами. Но для этого необходим помощник.

Если же помощника нет, то можно применить следующий простой прием, которым мы всегда пользуемся при зашивании разрывов: двумя разведенными в стороны пальцами—указательным и средним левой руки в стерильной резиновой перчатке—раздвигают вход во влагалище и раскрывают влагалищную рану (рис. 15). Пальцы левой руки остаются во влагалище до тех пор, пока правой рукой не будут наложены швы на влагалищную рану. По мере того как рану в глубине влагалища зашивают, пальцы, раздвигающие влагалище, постепенно извлекают и ими раздвигают края раны в области задней спайки и промежности (рис. 16).

Если при наложении швов имеется помощник, то при больших разрывах для облегчения ориентировки следует захватить концы разрыва



Рис. 16. Обнажение раны в нижней части влагалища.

Клеммами или пинцетами и таким образом обозначить соответствующие друг другу точки, которые следует соединить. Как изображено на рис. 17, одним пинцетом захватывают верхний угол разрыва, двумя другими—концы разрыва в области задней спайки и еще двумя пинцетами—разрыв у кольца заднепроходного отверстия.

Техника наложения швов при разрывах первой степени очень проста: начинают зашивать сверху, проводя первый шов в углу влагалищной раны. Лигатуры рекомендуются применять кетгутовые. Вкол и выкол производят, отступя от края разрыва на 0,5—1 см. Иглой подхватывают ткани, лежащие в глубине раны.

Кожную рану промежности зашивают шелком или—еще лучше—силком, который не впитывает раневого секрета. Если разрыв не глубок или если разорванная мышца уже сшита погружным кетгутовым швом, то края кожной раны можно соединить металлическими скобками.

Разрыв второй степени идет далеко во влагалище (рис. 18), часто по обеим сторонам *columnae rugarum*; на промежности он часто распространяется почти до заднепроходного отверстия. В глубину разрыв достигает мышц тазового дна (*m. levator ani*). Вследствие расхождения поврежденных мышц в глубине образуются полости, наполняющиеся кровью. Если в глубине раны имеются кровотокающие сосуды, то их необходимо перевязать или обколоть кетгутowymi лигатурами. Затем приступают к зашиванию раны во влагалище. Если во влагалище имеется два боковых разрыва, то постепенно зашивают сначала один, а затем другой. Далее погружными кетгутowymi швами (или непрерывным кетгутowym швом) соединяют раневые поверхности в глубине разорванной промежности.

На рис. 19 виден погружной непрерывный кетгутový шов, соединяющий глубокие слои раны промежности; поверх этого шва проведены узловатые швы, соединяющие края раны стенки влагалища и кожи промежности.

При разрывах третьей степени нарушается целостность жома заднепроходного отверстия (*sphincter ani*) и стенки прямой кишки. Нередко разрыв сопровождается значительным повреждением паравагинальной и парасакральной клетчатки. Для наложения швов в этих случаях требуется не только знание методики подобной операции, но и наличие благоприятных условий; очень важную роль здесь играет хорошее освещение операционного поля. Поэтому если разрыв третьей степени произошел ночью, в обстановке, не отвечающей указанным требованиям, то разумнее будет отложить операцию до утра, когда созданы благоприятные условия значительно легче. Днем, кроме того, легче обеспечить себе помощь товарища — врача или акушерки.

Винтер считает целесообразным отложить зашивание разрыва третьей степени до следующего дня еще и потому, что такие разрывы возникают обычно при тяжелых акушерских операциях, нередко настолько утомляющих врача, что произвести новую и притом сложную операцию, требующую тонкой техники, ему часто уже не под силу.

Главная задача при зашивании разрыва третьей степени заключается прежде всего в том, чтобы возможно точнее соединить края раны в стенке прямой кишки и разорванной круговой мышце сфинктера, концы которой, благодаря ретракции, исчезают в глубине раны. Выполнив эту часть операции, мы превращаем разрыв третьей степени в разрыв второй степени, который зашивают по вышеуказанному методу.

Штеккель советует начинать зашивание со сфинктера. Чтобы превратить разошедшуюся широкую рану прямой кишки в щелевидную, мы считаем более целесообразным начинать зашивание с верхнего угла разрыва прямой кишки.

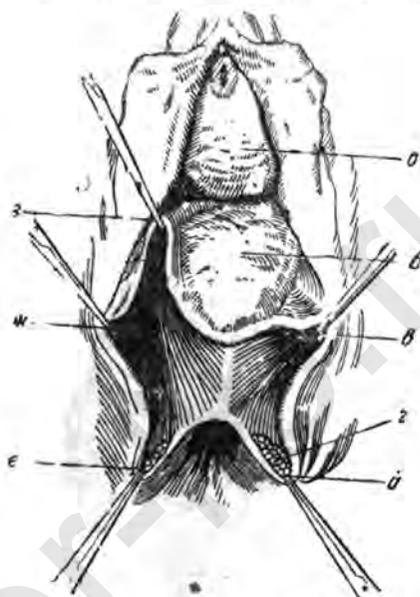


Рис. 17. Обнажение полного разрыва промежности (по Бумму).

a — *columna rugarum anterior*; *b* — *columna rugarum posterior*; *с* и *д* — задний сфинктер; *е* — *sphincter ani*; *д* и *е* — разрыв заднепроходного отверстия; *ж* — верхний угол разрыва во влагалище.

Весьма распространенным и почти общепринятым является следующий метод зашивания кишки: тонкие лигатуры из шелка или кетгута (чаще применяется последний) проводят через края кишечной раны так, чтобы игла не прокалывала самой слизистой, а проходила бы только через подслизистую (рис. 20). Тогда лигатура после завязывания будет лежать вне просвета кишечной трубки. Для того чтобы края слизистой кишки плотно прилегали друг к другу, необходимо (при проведении лигатур слева направо) делать на левой стороне раны выкол, а на правой — вкол на самой границе слизистой. Для точного выполнения указанных требований (а для успешного заживления это необходимо) нужно не

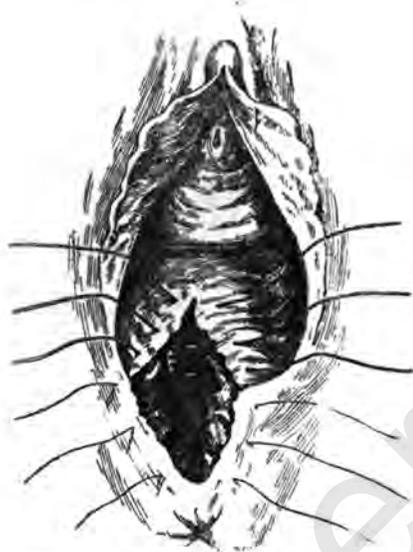


Рис. 18. Наложение швов при разрыве второй степени.

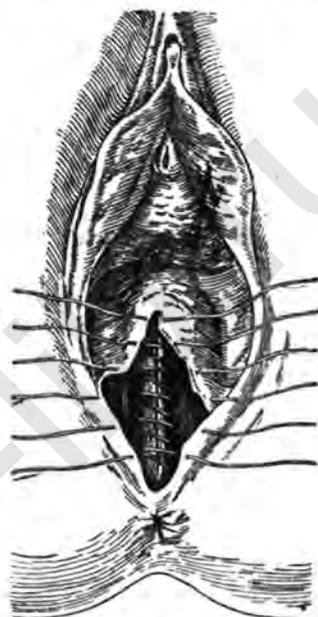


Рис. 19. Зашивание разрыва влагалища и промежности. Наложен непрерывный погружной шов, проведены поверхностные узловатые лигатуры.

только владеть известной техникой, но и иметь соответствующую обстановку, хорошее освещение, достаточное число помощников. При наличии этих условий результаты получаются хорошие. Когда же приходится оказывать оперативную помощь в обстановке, не вполне отвечающей указанным требованиям, возможны упущения, плохо отражающиеся на процессе заживления и приводящие к неудовлетворительным результатам. Поэтому мы применяем следующий способ, который не требует такой педантичности и легко выполним при менее благоприятных для операции условиях. Зашивание начинаем, как и при предыдущем способе, с угла разрыва. Для швов берем тонкий шелк. Лигатуру проводим через слизистую кишки так, чтобы после завязывания узел лежал на слизистой в просвете кишечной трубки. Для этого иглу вкалываем на одной стороне разрыва, например, на правой, со стороны слизистой и выводим наружу под слизистой; на другой же стороне иглу вкалываем со стороны подслизистой, а выводим со стороны слизистой. Лигатуру оставляем длиной, и она остается лежать в просвете кишки. Следующие лигатуры

проводим таким же образом. При этом нужно соблюдать следующие правила: каждую уже завязанную лигатуру при проведении следующей не следует потягивать кверху, как это делают обычно, а, наоборот, оставлять ее свисающей (рис. 21).

После того как со стороны слизистой кишки зашита на всем протяжении, накладываем шов на концы жома заднепроходного отверстия.

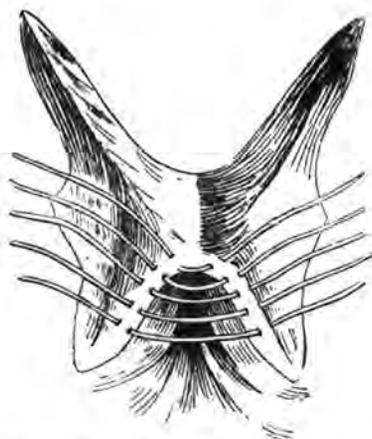


Рис. 20. Наложение швов на разрыв прямой кишки. Швы, проведенные через стенку прямой кишки, не захватывают ее слизистой оболочки.



Рис. 21. Наложение тонких шелковых швов на кишечную рану. Швы проводятся таким образом, что после завязывания их узлы будут лежать на слизистой прямой кишки.

Этим швом должны быть захвачены концы кольцевой мышцы, которые после разрыва ретрагировались и скрылись в глубине. Их нужно извлечь из глубины при помощи небольшой круто изогнутой иглы, которую вкалывают на одной стороне и круто выкалывают у края раны на этой же стороне; на другой стороне проделывают то же самое (рис. 22). Концы сфинктера также могут быть соединены лигатурой, проведенной со стороны кожи промежности (рис. 23). После того как прямая кишка зашита, мы соединяем наиболее глубокий слой раны рядом погружных тонких кетгутовых швов, которые слегка захватывают мышечный слой кишки с окружающей клетчаткой. Таким образом, разрыв третьей степени превращается в глубокий разрыв второй степени, который и зашивают обычным способом. Шелковые лигатуры, которыми при этом методе была зашита прямая кишка, лежат, следовательно, в просвете кишечной трубки и по окончании операции свисают в виде пучка из заднепроходного отверстия. В послеоперационном периоде они постепенно прорезываются. А так как узел лежит в просвете кишки, то и лигатуры прорезываются туда же и постепенно выходят наружу. Этим методом мы пользовались на протяжении всей своей оперативной деятельности как в свежих слу-

чаях, так и при операциях старого разрыва третьей степени и неизменно получали хорошие результаты. Простота этого метода делает его особенно ценным для тех случаев, которые приходится оперировать не в клинической обстановке.

После зашивания кожной раны последнюю смазывают iodной настойкой, а всю вульву с промежностью и соседними участками (лобок, паховые сгибы)—стерилизованным вазелиновым маслом, чем предотвращается мацерация кожи и слизистой входа во влагалище. Затем на промежность кладут стерилизованную закладку из нескольких слоев марли или иного гигроскопического материала. Закладки меняют несколько раз в сутки. В остальном уход за раной заключается в простом соблюдении чистоты. Для этого 3 раза в день наружные половые органы осторожно обмывают



Рис. 22. Погружной шов, соединяющий края разорванной мышцы sphincter ani.



Рис. 23. Сшивание сфинктера. Концы сфинктера соединяют швом, проведенным со стороны кожи промежности.

при помощи стерильных туфферов слабым дезинфицирующим раствором, например, раствором марганцовокислого калия или борной кислотой. После каждой дефекации производит туалет промежности.

Этих простых мероприятий вполне достаточно, если рана зашита и края ее тщательно прилажены. В нашей клинике в последние годы промежность после зашивания облучают ртутно-кварцевой лампой.

Бедрa больной первые несколько дней держат связанными, но больная все же может двигать конечностями и поворачиваться. При глубоких, доходящих до прямой кишки, разрывах мы не рекомендуем ставить клизмы; если же у больной самостоятельного стула нет, даем на 2—3-й день легкое слабительное. Если температура у больной нормальная, то часто осматривать рану, раздвигая при этом ноги, излишне и даже вредно. При гладком течении послеоперационного периода кожные швы снимают на 6—7-й день.

После операции разрывов третьей степени в послеоперационном периоде необходима особая диета и дача слабительного. Прежде всего следует позаботиться о том, чтобы шов кишечника не подвергался травме при прохождении каловых масс. Необходимо избегать ранней дефекации,

т. е. дефекации раньше 6—7-го дня. При этом каловые массы не должны быть компактными и твердыми, а иметь полужидкую консистенцию. Соответственно этим требованиям следует и назначать диету, и регулировать действие кишечника. Особенно строгий режим необходимо соблюдать в отношении диеты: больная получает в первые 5 дней только сладкий чай, кофе с небольшим количеством молока, чистый бульон, минеральные воды, фруктовые соки; на 6-й день, кроме этого, ей дают пюре из слив, яблок, моркови. На 7-й день при той же диете дают слабительное. В последующие дни рацион постепенно усиливается. С 10-го дня больная переходит на общий стол. Швы с промежности удаляют на 6—7-й день. Если кишечник был зашит шелком, то лигатуры, лежащие внутри прямой кишки и выходящие из заднепроходного отверстия, 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. Мы не применяем ни того, ни другого и главное значение придаем строгой диете.

Особо следует упомянуть о так называемом центральном разрыве промежности (рис. 24). Встречается он очень редко, по Вилкелю 1 : 10 000.

Центральный разрыв может быть полным и неполным. При полном разрыве повреждение захватывает все слои; при неполном — кожа и слизистая влагалища остаются неповрежденными. В редких случаях мышца промежности разрывается до сфинктера, следствием чего является недержание кала (Гельцфельд, Бар). Перед наступлением разрыва промежность истончается, и на коже появляются трещины; части плода появляются между задней спайкой и заднепроходным отверстием. Как только обнаружен центральный разрыв промежности, необходимо немедленно рассечь ножницами передний мостик, чтобы повреждение не дошло до прямой кишки.

По окончании родов в подобном случае остается разрыв второй степени, который и зашивают обычным способом. Если профилактический разрез не был сделан, то сохранившийся на промежности передний мостик (остаток промежности между задней спайкой и передним краем разрыва) рассекают и центральный разрыв превращается в разрыв второй степени, к зашиванию которого и приступают. Таким же образом следует поступать и в тех случаях, когда центральный разрыв проникает в прямую кишку. Рассечением «заднего мостика» превращают его в открытый полный разрыв (третьей степени), а затем накладывают швы по вышеописанному способу.



Рис. 24. Центральный разрыв промежности.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАЗРЫВОВ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Чаще всего обильные кровотечения из наружных половых органов наблюдаются при повреждениях клитора или варикозно расширенных вен в области половых губ и промежности. Такое кровотечение останавливают обкалыванием кровоточащих сосудов восьмиобразным или матрацным швом. Кровотечение из кавернозных тел можно попытаться остановить длительным прижатием кровоточащего участка ватным или марлевым тампоном. В тех редких случаях, когда обильное кровотечение происходит из разрыва влагалища и промежности, для остановки кровотечения применяют наложение швов по тому же методу, как и при разрывах, не сопровождающихся сколько-нибудь значительным кровотечением.

КРОВОИЗЛИЯНИЯ В КЛЕТЧАТКУ (ГЕМАТОМЫ)

Кровоизлияния в клетчатку во время родов с образованием гематом чаще всего наблюдаются в области вульвы и влагалища. Нередко эти гематомы комбинируются друг с другом. Обычно гематома возникает на одной стороне. Величина гематомы бывает различной, достигая иногда размера детской головки.

Гематомы образуются при очень быстрых родах или при трудном извлечении ребенка щипцами, а иногда при долго длящемся периоде изгнания. Большая гематома вульвы может явиться препятствием к рождению ребенка. Гематома вульвы иногда вскрывается наружу и при этом может дать сильное кровотечение. Наблюдались случаи, когда гематома инфицировалась и являлась источником интоксикации и сепсиса. Ввиду этого гематому следует рассматривать как серьезное осложнение родового акта.

Д и а г н о с т и к а гематомы вульвы не представляет трудностей. Характерна жгучая боль в губе, чувство давления или распирания и появление напряженной багрового цвета опухоли губы.

Гематома влагалища дает менее яркую картину, хотя и она может достигать большой величины и уменьшать просвет влагалища; она может даже выпячиваться через *introitus vaginae* наружу и тоже служить препятствием к рождению плода. Большую гематому, возникшую до родов, следует вскрыть при помощи разреза, потому что если даже она и не представит препятствия для родов, то, будучи очень напряженной, она во время рождения ребенка может лопнуть, в результате чего возникнет рваная рана, которая заживает хуже, чем резаная.

В литературе описаны случаи, при которых наличие большой гематомы даже служило показанием к кесарскому сечению. Мы лично полагаем, что гематома вульвы или влагалища без наличия других осложняющих моментов едва ли может явиться серьезным показанием к производству кесарского сечения.

Техника вскрытия гематомы весьма проста: разрез делают в продольном направлении в месте наибольшего выпячивания и напряжения кровяной опухоли. Вопрос о том, следует ли по вскрытии гематомы удалять из нее сгустки крови, решается не всеми одинаково. Так как в некоторых случаях после удаления сгустков крови вновь возникло кровотечение (Керер), то после удаления всех сгустков необходимо тщательно осмотреть полость гематомы и перевязать или обколоть все кровоточащие сосуды. Если это не удается, надо плотно затампонировать полость стерильной марлей, которую Керер советует смочить стерильным раствором желатины или гипертоническим раствором поваренной соли, а затем выжать. Если кровотечения нет, то полость тампонируют рыхло. Хотя с технической стороны разрез гематомы — чрезвычайно

простая операция, все же следует помнить, что в результате ее может, как уже указывалось, возникнуть повторное тяжелое кровотечение.

В тех случаях, когда гематома обнаруживается уже после рождения ребенка и не увеличивается, вскрывать ее не следует, назначают покой, местно холод (пузырь со льдом или снегом), а впоследствии—рассасывающее лечение. Но если гематома нарастает или начинается ихорозное разложение ее содержимого, то и после родов ее необходимо вскрыть и опорожнить.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Небольшие разрывы шейки матки—разрывы наружного зева—возникают в родах у каждой первородящей. В громадном большинстве случаев они не влекут за собой каких-либо серьезных последствий. Но в тех случаях, когда разрыв достигает значительных размеров, особенно, если он распространяется на всю влагалищную часть матки или переходит на влагалищные своды, возникают обильные, даже угрожающие жизни, кровотечения. Диагноз может быть точно установлен путем осмотра шейки зеркалами. Для остановки кровотечения необходимо наложить швы. Так как кровотечение при разрыве шейки матки появляется уже во время прорезывания подлежащей части, а после рождения ребенка становится обильным, то с наложением швов необходимо торопиться. В отдельных случаях может понадобиться предварительное ручное отделение плаценты.

Если кровотечение обильное, а операцию наложения швов почему-либо нельзя произвести, то для временной остановки кровотечения необходимо наложить жгут Момбурга или прижать аорту рукой или каким-нибудь компрессором. Можно даже накладывать швы на шейку матки в то время, когда аорта еще прижата, что значительно облегчает ориентировку.

Техника зашивания. Подготовка операционного поля—обычная для всех акушерских операций; наружные половые органы обмывают антисептическим раствором и смазывают йодной настойкой. Если разрыв произошел в то время, когда роженица находилась под наркозом (акушерская операция, обезболивание родов), то для наложения швов наркоз следует продолжить. В случаях разрыва шейки матки, не сопровождающихся разрывом промежности, зашивание которой причиняет боль, можно наложить швы на шейку и без наркоза. Во влагалище вводят большие ложкообразные зеркала (удобнее всего для этой цели большие пластинчатые зеркала Дуайена) и ими обнажают обе губы маточного зева. Губы захватывают пулевыми щипцами и оттягивают вниз и несколько в сторону, противоположную той, на которой находится разрыв. Затем переднюю ложку зеркала передвигают немного в сторону разрыва и оттягивают ею боковой влагалищный свод. Разрыв шейки матки теперь ясно виден. Для зашивания пользуются кетгутом средней толщины (№ 3—4) и круто изогнутой иглой. При отсутствии кетгута можно шить шелком или иными лигатурами. Первый шов накладывают в самом углу разрыва. Если этот шов не остановит кровотечения, то накладывают еще один восьмиобразный шов несколько выше первого, который должен захватить и ушедший в глубину кровеносный сосуд. Затем отдельными узловатыми швами последовательно зашивают весь разрыв.

Если, обнажив влагалище зеркалами, не удастся увидеть верхний угол разрыва, то первый шов накладывают на то место разрыва, которое хорошо видно (рис. 25), и этой лигатурой пользуются как «держалкой». Потягивая за нее, еще ниже стягивают шейку матки и таким образом

постепенно доходят до угла разрыва, где и накладывают верхний шов (рис. 26). При зашивании шейки матки вкол и выкол иглы следует производить на каждой стороне разрыва не ближе 0,5—1 см от края, иначе лигатуры при затягивании могут прорезаться. Слишком часто накладывать швы не следует: расстояние между лигатурами должно быть не менее 1—1,5 см. Если после наложения швов кровотечение продолжается, то это значит, что имеется гипотония матки или кровоточащий сосуд не был захвачен лигатурой. В последнем случае наружного кровотечения может и не быть, но тогда в параметрии образуется гематома. Линия поведения врача в этих случаях аналогична той, которая показана при разрывах в области надвлагалищной части шейки матки или при распространении разрыва на влагалищный свод (см. раздел о разрывах матки).

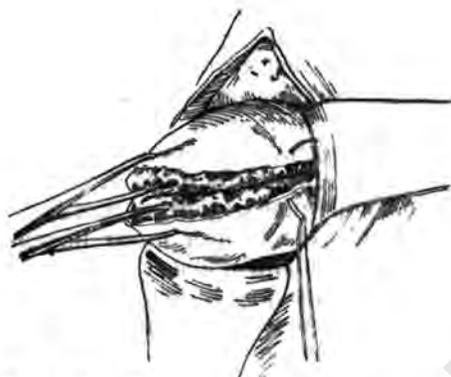


Рис. 25. Наложение шва на разрыв шейки матки в том месте, где он еще хорошо виден (по Фреунду).



Рис. 26. Наложение швов на разрыв шейки матки. Первым швом пользуются как «держалкой» для низведения верхнего конца разрыва шейки.

Так как разрывы шейки матки нередко сопровождаются разрывами влагалища и промежности, то после наложения швов на шейку зашивают и остальные разрывы.

Разрывы шейки матки, сопровождающиеся обильным кровотечением, должны быть зашиты в порядке неотложной хирургической помощи, которую должен оказывать и специалист-акушер, и участковый врач, работающий на сельском участке.

Разрывы маточной шейки, не сопровождающиеся кровотечением, врач, работающий в условиях сельского участка, зашивать не должен. Не имея ни помощника, ни соответствующей хирургической обстановки, при операции в глубине влагалища иногда можно невольно упустить что-либо в асептике, а это повлечет за собой серьезные последствия (послеродовой параметрит и т. п.). Поэтому сельскому врачу можно посоветовать зашивать шейку матки только в тех случаях, когда разрыв сопровождается кровотечением; если кровотечения нет, то и осматривать после родов шейку матки зеркалами сельскому врачу излишне. Поведение же врача-специалиста, работающего в условиях клиники или благоустроенного родильного дома, при разрывах шейки, даже если они не сопровождаются кровотечением, должно быть иным: ведь надо учитывать, что если такой разрыв не будет зашит, то на его месте образуется широкий, плотный рубец, который вызовет боковое смещение матки. Еще более серьезным послед-

ствием явится значительное зияние маточного зева. Оно может способствовать развитию эндоцервицита и эндометрита, что в свою очередь поведет во многих случаях к упорным белям, вторичному бесплодию, привычному выкидышу и пр. Все это, мне кажется, является достаточным основанием для того, чтобы требовать от специалиста, работающего в благоприятных для хирургической операции условиях, наложения швов на разрыв шейки матки даже в том случае, когда он не сопровождается обильным кровотечением. А так как подобный разрыв распознается только при осмотре шейки зеркалами, то отсюда вытекает второе требование, предъявляемое специалисту-акушеру, а именно: в каждом случае родов, при котором можно ожидать возникновения разрыва (извлечение плода при недостаточном раскрытии зева, ригидность шейки, особенно у пожилых первородящих, и т. п.), осматривать шейку зеркалами.

Высоко идущие разрывы шейки матки (разрывы, расположенные в надвлагалищной части шейки матки)

Близко к разрывам нижнего сегмента матки по клиническому течению, диагностике, прогнозу и методике лечения стоят высоко идущие разрывы шейки матки. Эти разрывы обычно насильственного происхождения и возникают во время акушерских операций. Они проникают в соседнюю клетчатку и сопровождаются образованием обширной подбрюшинной гематомы. В отношении прогноза и выбора метода лечения высоко расположенные разрывы шейки матки ничем не отличаются от неполных разрывов матки. Но так как механизм их возникновения обычно иной (насильственный разрыв), то при них не наблюдается каких-либо предвестников разрыва. Единственным симптомом этих разрывов является кровотечение. Оно начинается в момент разрыва шейки матки и становится тем сильнее, чем дальше распространяется разрыв на надвлагалищную часть шейки матки, на влагалищный свод, на параметрий. Следует отметить, что до извлечения предлежащей части кровотечения может быть незначительным; оно становится сильным лишь после извлечения ее. Иногда постепенно рождающиеся части плода уже покрыты кровью. Обильное кровотечение начинается обычно лишь вслед за рождением ребенка, который уже более не тампонирует мягких родовых путей. Кровотечение бывает особенно сильным, если при разрыве шейки повреждаются ветви маточной артерии, снабжающие кровью шейку матки и влагалищные своды. Эти веточки отходят от ствола маточной артерии еще до вхождения этой артерии в мышцу матки, поэтому просвет кровоточащего сосуда, даже если он очень мал, не зажимается при маточных сокращениях и кровотечение не останавливается. Кровь течет обычно непрерывной струей. Временами наружное кровотечение прекращается, так как кровь скопляется во влагалище и образует сгустки, которые временно задерживают излитие жидкой крови.

При одновременном наружном и внутреннем кровотечении в широкой связке образуется большая гематома, причем очень быстро развивается картина острого малокровия. В этих случаях приходится ставить дифференциальный диагноз между разрывом матки и ее атонией.

Если кровотечение началось вслед за оперативным извлечением ребенка, особенно, если операция была предпринята при неполном раскрытии шейки матки, то прежде всего можно предположить разрыв шейки. Если рука, лежащая на животе, обнаруживает хорошо сократившуюся матку, то подозрение на разрыв шейки матки значительно усиливается; при осмотре шейки зеркалами диагноз подтверждается. Если одновременно с кровотечением из разрыва шейки матки имеется также и атоническое кровотечение,

то наружное исследование, установившее атоническое состояние матки, может ввести врача в заблуждение; поэтому, если под влиянием срочно принятых против атонии мер (массаж матки, выжимание последа и т. п.) матка сокращается, а кровотечение не прекращается, необходимо немедленно осмотреть шейку матки в зеркалах. Ручное исследование может не дать ясного представления о состоянии шейки матки даже опытному врачу, так как стенки разрыхленной и максимально растянутой шейки тотчас после родов свисают во влагалище в виде складок и локутов с неясными контурами. Кроме того, осмотр зеркалами имеет огромное преимущество перед ручным исследованием, давая больше гарантий от внесения в родовый канал инфекции.

Для осмотра шейки матки и влагалища во время родов и после них нужны широкие и длинные пластинчатые зеркала Дуайена, которые позволяют хорошо обнажить влагалищные своды и сделать доступной осмотру шейку матки, свисающую после родов во влагалище.

Чтобы полностью обнажить глубокий разрыв шейки матки после родов, необходимо захватить пулевыми щипцами отдельно переднюю и заднюю губы маточного зева и отвести их друг от друга. При этом сразу обнаружится, на какой стороне расположен кровоточащий разрыв (маленькие некровоточащие разрывы в 1—2 см в расчет не принимаются). Для того чтобы можно было осмотреть разрыв на всем протяжении, необходимо оттянуть щипцами шейку матки в сторону, противоположную той, на которой находится разрыв. Если разрыв шейки матки так велик, что конец его заходит за влагалищный свод, то, чтобы обнажить его на всем протяжении, необходимо довольно энергично тянуть за шейку матки. Так как однозубчатые пулевые щипцы при сильном натяжении легко срываются и при этом ранят шейку, следует пользоваться тонкими двузубчатыми щипцами типа щипцов Мюзо (которыми и низводят губы маточного зева до уровня вульвы). Надавливание наружной рукой на дно матки, которое может производить акушерка или кто-либо из помощников, облегчает низведение шейки матки.

Прогноз прежде всего зависит от величины разрыва шейки матки. Если при глубоком разрыве повреждены ветви маточной артерии, то больной угрожает большая опасность и, если ей не будет быстро оказана хирургическая помощь, может наступить смерть от анемии. Особенно опасны разрывы шейки матки при предлежании плаценты, так как в этих случаях богатая кровеносными сосудами ткань шейки матки легко рвется. Предупреждение глубоких разрывов шейки матки в значительной мере связано с осмотрительностью и осторожностью врача; строго придерживающегося правила не производить насильственного извлечения ребенка при недостаточном раскрытии зева. Но если при этих условиях извлечение ребенка все же необходимо произвести ввиду наличия серьезных к тому показаний, то либо надо сделать насечки краев зева в двух-трех направлениях (с обоих боков и сзади), либо при сохранившейся шейке матки рассечь ее переднюю стенку, предварительно отсепарировав от нее мочевой пузырь (передняя кольпогистеротомия; технику см. в разделе о влагалищном кесарском сечении).

Лучшим методом лечения высоко идущих разрывов шейки матки является хирургический. Если при разрыве были повреждены ветви маточной артерии, вследствие чего в параметрии образовалась гематома, особенно же если был поврежден самый ствол маточной артерии, то клиническая картина (угрожающе нарастающая анемия, нарастающая гематома в клетчатке таза), прогноз и методика оперативного вмешательства ничем не отличаются от таковых при неполном разрыве матки. Как в том, так и в другом случае необходимо экстренное кровоостановление. Если же грозных

явлений нет и исследование зеркалами обнаруживает лишь разрыв шейки матки, то необходимо тотчас же наложить швы. Для того чтобы при глубоком разрыве шейки матки правильно наложить швы, необходимо хорошо обнажить операционное поле и отыскать верхнюю точку разрыва, которая обычно лежит высоко в своде. Для этого требуется обстановка хирургического отделения. При известных условиях (хорошее освещение, наличие помощника) можно создать надлежащую обстановку для операции и в любом больничном учреждении. Если подходящих условий нет, то надо перевести больную в больницу, предварительно плотно затампонировав влагалище и туго забинтовав живот; если перевозка невозможна, то надо затампонировать влагалище и наложить давящую повязку на живот уже в качестве лечебного метода и оставить тампон на 1—2 суток. Все же, если имеется малейшая возможность зашить разрыв, откладывать операцию не следует. Наложение швов значительно облегчается, если для временного прекращения кровотечения прибегают к наложению жгута Момбурга или прижимают аорту кулаком. Наркоз при этом часто бывает излишен. Подготовка к операции заключается в бритье волос на наружных половых органах и дезинфекции их; спринцевать влагалище при разрывах шейки матки, конечно, нельзя, так как промывная жидкость будет вместе с влагалищными выделениями затекать в рану, а через нее и в параметрий. Для того чтобы хорошо обнажить операционное поле во влагалищном своде, нужны большие пластинчатые зеркала (зеркала Дуайена). В зависимости от условий, конечно, приходится пользоваться имеющимися зеркалами, а иногда даже обыкновенными столовыми ложками, которыми при известной сноровке можно хорошо обнажить шейку матки и осмотреть влагалищные своды.

Чтобы правильно зашить глубокий разрыв шейки матки, нужно максимально низвести разорванную шейку и отклонить ее в сторону, противоположную той; на которой находится разрыв, так; чтобы можно было ясно видеть верхний угол разрыва; где и должен быть наложен первый шов. Этот шов является самым ответственным, так как в углу разрыва кровотечение обычно наиболее сильное. Обнажение разрыва шейки на всем его протяжении облегчается применением подъемника, открывающего боковой свод влагалища на стороне разрыва. Если низвести шейку настолько, чтобы обнажить угол разрыва; не удается, то сначала накладывают шов в том месте разрыва, которое хорошо видно, и завязывают шов; затем, потягивая за лигатуру, стягивают шейку еще ниже и таким образом достигают самой верхней части разрыва. При зашивании шейки матки нужно каждую лигатуру проводить через всю толщу разорванной стенки шейки, захватывая все ее слои. Если правильно наложенные швы не остановили кровотечения, то надо думать; что разрыв по внутренней поверхности маточной стенки идет выше; чем это видно со стороны влагалищного свода. Такой разрыв может пойти за внутренний зев и проникнуть в клетчатку; в некоторых случаях это может быть и не разрыв; а лишь глубокая трещина, не ведущая в клетчатку; но все же дающая значительное кровотечение. Если разрыв шейки матки сквозной и в клетчатке образовалась большая гематома, то такой случай нужно рассматривать как неполный разрыв матки. При отсутствии кровотечения в клетчатку можно поступить следующим образом: на передней поверхности шейки матки, на границе прикрепления переднего влагалищного свода; проводится поперечный разрез через влагалище, при помощи которого можно отделить мочевого пузыря от шейки матки. Этот разрез ведут подковообразно вокруг верхнего угла разрыва и продолжают немного по задней стенке шейки матки. Затем от шейки матки отделяют мочевой пузырь, который стараются отодвинуть повыше на стороне разрыва; при этом вместе с мочевым пузырем отхо-

дит и нижний отрезок мочеточника. На боковой стороне отодвигают от шейки стенку влагалища. При постепенном, но достаточно энергичном оттягивании шейки матки пулевыми щипцами можно осмотреть всю надвлагалищную часть шейки и наложить на разрыв швы. Сольмс (Solms) предложил таким же способом зашивать и разрывы, распространяющиеся на тело матки. С этим трудно согласиться: хотя в отдельных случаях разрывов шейки матки, распространяющихся и на ее тело, можно в виде исключения применить такой метод, но все же, как правило, в этих случаях показана лапаротомия. После того как разрыв шейки матки на всем протяжении зашит, влагалище плотно тампонируют, а на живот кладут давящую повязку.

Если разрывы шейки матки не сопровождаются сильным кровотечением, то показаний к немедленной операции нет, но так как такие разрывы впоследствии могут вызывать болезненные симптомы (патологические выделения, выкидыши, бесплодие и пр.), то все же, хотя и не в порядке экстренной помощи, их лучше зашивать.

Если разрыв шейки распространяется на влагалищный свод, то метод операции будет зависеть от того, насколько глубоко разрыв проник в соседнюю клетчатку. Если в клетчатке большой гематомы нет, то мы считаем целесообразным зашивать шейку матки полностью, а влагалищный свод лишь частично, оставив небольшой участок влагалищной раны на всякий случай открытым для обеспечения стока экссудата из близлежащей клетчатки. Затем влагалище плотно тампонируют для того, чтобы тампоном прижать влагалищный свод к подлежащей клетчатке и тем обеспечить в ней гемостаз.

Если же разрыв шейки матки проник далеко в параметрий и в нем образовалась большая гематома, то лечение должно быть таким же, как и при неполном разрыве матки.

Отрыв влагалищного свода от шейки матки (Kelpförrhexis)

Отрывы влагалищного свода от шейки матки (разрыв влагалищного свода) принадлежат к тем разрывам мягких родовых путей, которые как по механизму возникновения, так и по своему клиническому значению весьма близко стоят к разрывам матки. Разрыв влагалищного свода — самый опасный вид повреждения влагалища. Причиной этих разрывов редко бывают структурные изменения стенки влагалищного свода; иногда они возникают при механических препятствиях для родов, особенно при поперечном положении плода. Разрывы влагалищного свода обычно насильственного происхождения и возникают при акушерских операциях. Предрасполагающими моментами являются, во-первых, слабость укрепления влагалищных сводов со стороны соседних тканей, во-вторых, растяжение влагалища при всякой акушерской операции рукой акушера при введении ее непосредственно в матку. Перерастяжению подвергается не фиксированный нижний сегмент матки, а лишенный укреплений со стороны соседних тканей влагалищный свод. Поэтому при поперечных положениях плода операция поворота всегда связана с риском разрыва влагалищного свода.

Аналогичные условия для перерастяжения влагалищного свода могут наступить также при отвислом животе, при значительной гидроцефалии и пр. Отрыв шейки матки от заднего влагалищного свода сопровождается вскрытием брюшины дугласова кармана и дает картину проникающего разрыва матки, с той лишь разницей, что ствол маточной артерии и ее большие ветви при отрыве влагалищного свода не разрываются. Поэтому тампонация при разрыве влагалища (полоса марли вводится

сначала через отверстие разрыва в заднее дугласово пространство) дает лучшие результаты, чем тампонация при разрыве матки, и поэтому в отдельных случаях допустима.

При циркулярном или почти циркулярном отрыве влагалищных сводов от шейки матки, при котором разрыв проникает в брюшную полость, консервативное лечение разрыва неуместно. В подобном случае приходится прибегнуть к полной экстирпации матки, как при больших разрывах в нижнем сегменте матки.

При менее значительных повреждениях влагалищных сводов, особенно, если разрыв не проникает в брюшную полость, может быть применена и консервативная операция.

Для обнажения разрыва на всем его протяжении во влагалище вводят большие пластинчатые зеркала Дуайена. Непрерывным кетгутовым швом зашивают сначала рану в нижнем, более доступном ее конце и, потягивая за лигатуру вниз, постепенно доходят до верхнего конца разрыва, где и завязывают лигатуру. Винтер подчеркивает, что в случаях разрыва влагалищного свода следует шить именно непрерывным швом, так как при этом отпадает необходимость завязывать лигатуры в глубине влагалища и нет необходимости очень точно прилаживать друг к другу края разрыва.

РАЗРЫВ МАТКИ

Разрыв матки является самым тяжелым, самым опасным акушерским осложнением. Если он во время не распознан и женщине не оказана экстренная хирургическая помощь, то дело обычно кончается смертью матери и плода. При своевременно поставленном диагнозе и срочно предпринятой операции можно спасти многих матерей, а в отдельных случаях и детей. Большой частью разрыв матки происходит в родах, реже — до наступления родовой деятельности и еще реже — во время беременности.

Механизм возникновения самопроизвольного разрыва матки

Клиническая картина и симптоматология разрыва матки, которые играют ведущую роль в распознавании этого осложнения, зависят в значительной мере от тех причин, которые повели к разрыву. В некоторых случаях причиной разрыва матки служат механические препятствия. Сюда относятся:

1) несоответствие между тазом матери и величиной плода, как это бывает при узком тазе, а также при нормальном тазе, но ненормальной величине плода или его предлежащей части, например, при гидроцефалии;

2) патологические положения и вставления плода, при которых роды становятся невозможными, например, запущенное поперечное положение, задне-теменное вставление, лобное или лицевое предлежание с подбородком, обращенным кзади;

3) аномалии мягких частей, препятствующие рождению плода, стенозы канала шейки матки, тяжелые рубцовые изменения во влагалище и в параметриях;

4) ущемившиеся в тазу опухоли, в частности, опухоли яичника и пр. Что касается узкого таза как причины разрыва матки, то следует отметить, что разрывы чаще наблюдаются при умеренных степенях сужения. Это и понятно, так как при абсолютно суженном тазе врач и акушерские с самого начала ясно, что роды не могут произойти через естественные пути и что поэтому необходимо прибегнуть к соответствующей операции. Та же линия поведения диктуется и чрезмерной величиной плода или гидроцефалией. При небольших же степенях несоответствия между тазом

матери и величиной головки плода (клинически узкий таз) правильно определить возможность родов через естественные родовые пути значительно труднее.

Если препятствие к рождению плода оказывается непреодолимым, то усиливающаяся работа матки ведет к постепенной ретракции ее мышцы по направлению к дну матки; полость матки постепенно опорожняется, и плод под влиянием нарастающей частоты и силы схваток постепенно рождается в чрезвычайно растянутый и все более и более истончающийся нижний сегмент матки, который и разрывается. Поэтому местом разрыва в этих случаях является нижний сегмент матки, т. е. перешеек и шейка матки. Этот разрыв может распространиться вниз—на верхнюю часть влагалища или вверх—на область тела матки; в редких случаях наблюдается отрыв влагалищных сводов от матки.

Ясное и точное описание механизма разрыва матки, наступившего вследствие наличия механического препятствия к рождению плода, было дано Бандлем в 1873 г., поэтому такого рода разрывы и носят название «бандлевских».

Разрывы нижнего сегмента матки нередко имеют продольное направление и идут вдоль ребра матки. Иногда продольный разрыв на высоте контракционного кольца отклоняется в сторону и идет вдоль его границы. Разрывы нижнего сегмента могут идти и в другом направлении и иметь различную форму: трещины, щели, отверстия различной величины и формы. Края разрыва обычно истончены, разможены; мышца вблизи места разрыва иногда имбибирована кровью; нередко наблюдается отек всего нижнего сегмента и тромбоз его вен. На месте разрыва брюшины в некоторых случаях наблюдаются подбрюшинные гематомы. Особенно большие подбрюшинные гематомы возникают при так называемых неполных разрывах, когда разрыв проникает не через всю толщу стенки матки, а доходит лишь до брюшинного покрова. Разрыв матки может распространиться и на соседние органы, например, на мочевой пузырь, а в очень редких случаях и на прямую кишку.

Количество крови, излившейся при разрыве матки в брюшную полость или в подбрюшинные пространства (гематома широкой связки), зависит от ряда причин. Если в разрыв попадает маточная артерия или одна из ее крупных веток, что наблюдается при воспалительной инфильтрации тканей, или если разрыв произошел в области прикрепления плаценты, то кровотечение будет очень сильным. Кровоизлияние может быть сравнительно невелико, если матка хорошо сократилась или крупная часть плода, проникнув в разрыв, плотно его тампонирует. Небольшие кровотечения наблюдаются при разрывах в области старого рубца.

Вышеописанный механизм так называемого бандлевского разрыва нижнего сегмента матки обуславливает и всю клиническую картину как угрожающего, так и начавшегося и уже произошедшего разрыва.

Клиническая картина и симптоматология угрожающего разрыва матки

Если при рождении плод встречает непреодолимое препятствие, то родовая деятельность, постепенно усиливаясь, достигает крайней интенсивности: схватки становятся все сильнее, продолжительнее, принимают спазматический характер и, наконец, наступает тетаническое состояние маточной мускулатуры. По мере нарастания силы и частоты маточных сокращений изменяется состояние и поведение роженицы: страдания ее усиливаются, она становится крайне беспокойной, кричит, непрерывно тужится, жалуется на жажду. Пульс напряжен и учащен. Температура часто повышена. При наружном исследовании обращает на себя внимание необычная

форма живота: он сильнее вытянут в длину, чем обычно в родах. Матка занимает несколько косое положение, отклоняясь своим дном в сторону правого или левого подреберья, и выстоит над ним. Контуры матки отличаются неравномерностью: в то время как область дна матки выдается в виде хорошо контурирующегося плотного объемистого тела, расположенного в области одного из подреберьев, нижний отдел матки имеет несколько расплывчатую и более широкую форму и отделяется от верхнего отдела так называемым контракционным кольцом (по Малиновскому — ретракционное кольцо). Последнее, являясь границей между сокращенным полым мускулом и перерастянутым нижним сегментом матки, располагается в этих случаях гораздо выше, чем обычно, нередко достигая пупка. Чем выше расположено контракционное кольцо, тем больше опасность разрыва. За контракционное кольцо может быть принята верхняя граница перерастянутого мочевого пузыря. Но переполненный мочевой пузырь вытянут в длину и имеет небольшую ширину; тогда как контракционное кольцо вытянуто в ширину и имеет несколько косое направление. В сомнительном случае вопрос может быть разрешен путем катетеризации мочевого пузыря.

При высокостоящем контракционном кольце, в зависимости от толщины брюшной стенки, более или менее ясно обозначаются вытянутые и напряженные круглые связки; они вместе с контракционным кольцом имеют вид буквы V (Р. Фреунд). Само собой разумеется, что такая картина ясно вырисовывается лишь при тонкой брюшной стенке и высоко (выше пупка) расположенном контракционном кольце. Пальпация живота при угрожающем разрыве матки отмечает напряжение брюшной стенки и резкую болезненность в нижней части живота; круглые связки туго натянуты и плотны; определение подлежащей части крайне затруднено вследствие тетанического сокращения матки; с трудом удается прощупать сокращенный полый мускул, расположенный в верхней части живота. Не менее трудно из-за болезненности ясно определить части плода, тело которого почти целиком уже лежит в перерастянутом нижнем сегменте матки. А в некоторых случаях части плода прощупываются через истонченную стенку нижнего сегмента поразительно ясно; особенно под наркозом.

Напряжение и болезненность брюшной стенки в области нижнего сегмента лишают возможности ясно выслушать сердцебиение плода. Нередко затянувшиеся роды, преждевременное отхождение околоплодных вод и судорожные сокращения матки приводят к смерти плода, движения которого становятся перед этим особенно сильными и болезненными. Следует, однако, отметить, что усиление движений плода, наблюдающееся перед разрывом матки и являющееся результатом асфиксии плода, не играет никакой роли в механизме возникновения разрыва, как это думали акушеры до Боделока (Beaudeoque; 1746—1810).

Путем влагалищного исследования в некоторых случаях угрожающего разрыва матки можно обнаружить весьма ценные симптомы. Особенно ценные данные, вскрывающие причины и механизм происходящего перерастяжения нижнего сегмента матки, получаются в тех случаях, когда при влагалищном исследовании обнаруживается ущемление губы маточного зева между стенкой таза и вколоченной головкой. Как известно и как это особенно подчеркивал Бандль, ущемление губ маточного зева, которое может произойти при несоответствии между размерами головки плода и размерами материнского таза, прочно фиксирует нижний полюс шейки матки, в то время как верхний ее отдел по мере нарастания родовой деятельности отодвигается все выше и выше; вследствие этого происходит постепенное растяжение и истончение стенок цервикального канала и нижнего сегмента матки, заканчивающиеся разрывом.

Поэтому ущемление губы маточного зева при наличии других вышеописанных симптомов, особенно при бурной родовой деятельности, ясно указывает на угрожающую опасность разрыва и требует немедленной операции. Ущемленная губа маточного зева представляется наощупь толстой, мягкой, отечной, иногда свисающей в форме полипозного образования. Если ущемления нет, то влагалищное исследование мало облегчает постановку диагноза. Так как бандлевский разрыв матки возникает при наличии механического препятствия к рождению плода при затянувшихся родах, то при влагалищном исследовании обнаруживается отсутствие плодного пузыря.



Рис. 27. Угрожающий разрыв матки.

к рождению плода при затянувшихся родах, то при влагалищном исследовании обнаруживается отсутствие плодного пузыря.

Если губа остается долго ущемленной, то на ней может образоваться дефект. Впрочем, на месте этой язвы никогда, как это подчеркивал еще Бандль, не возникало разрыва; последний происходит не в точке фиксации зева, а гораздо выше — в области нижнего сегмента матки.

Диагностика. Из описания клинической картины родового акта, наблюдающейся перед возникновением бандлевского разрыва матки и отражающейся в ряде вышеописанных симптомов, можно установить следующие опорные точки для постановки диагноза: затянувшиеся

роды (преждевременное отхождение околоплодных вод); резко нарастающая интенсивность и частота родовых схваток, не ведущих к продвижению подлежащей части и заканчивающихся тетанусом матки, нарастающее беспокойство роженицы, беспрестанные стоны и крики; частый, напряженный пульс, нередко повышенная температура, сухой язык; изменение формы живота (матка вытянута в длину, косо расположена и состоит из двух частей — верхней, сократившейся, возвышающейся в области как бы одного из подреберьев, и нижней, раздавленной в ширину) (рис. 27), высокое стояние контракционного (ретракционного) кольца (на уровне пупка и выше); напряжение круглых связок; болезненность и напряжение живота в области нижнего сегмента матки; ухудшение или исчезновение сердцебиения плода.

Влагалищное исследование обнаруживает также отсутствие плодного пузыря, иногда ущемление, отечность губ маточного зева, большую головную опухоль, занимающую в некоторых случаях все влагалище, а при поперечном положении — вколотившееся плечико.

Атипичские и «бесимптомные» разрывы матки

Типичный разрыв матки встречается довольно редко. Персианинов на 120 случаев отметил лишь в 4 симптомокомплекса Бандля, Азлецкий в 2 из 20 случаев. Атипичная клиническая картина разрыва матки наблюдается главным образом в тех случаях, когда разрыв происходит не вследствие механических препятствий, а потому, что в стенке матки имеется тот или иной дефект (плохо заживший рубец после кесарского сечения, после вылушения из матки миоматозных узлов, после бывшего прободения

матки при выскабливании и т. п.). Воспалительные процессы в стенке матки также могут оставить после себя очаговые изменения, представляющие собой *locus minoris resistentiae*. Септические процессы, возникающие в полости матки во время родов, при преждевременном отхождении вод и проникшей в матку инфекции также могут вызвать воспалительную инфильтрацию стенки матки, вследствие которой ткань матки делается более хрупкой и ломкой. Среди 20 случаев разрыва, опубликованных Азлецким, имеется 3 случая разрыва при общем сепсисе и воспалительных изменениях мышечной стенки матки, возникших во время родов. Неполноценность стенки матки наблюдается в месте глубокого вставания в нее хориальных ворсинок, как, например, при предлежании последа, при перешеечно-шеечной беременности.

Естественно, что в тех случаях, где причина разрыва кроется в наличии дефекта в строении стенки матки, разрыв будет расположен соответственно местонахождению этого дефекта, а не в области нижнего сегмента, как при разрывах, происходящих по механизму Бандля. Само собой разумеется, что и клиническая картина течения родов до момента разрыва также будет иной. Разрыв может произойти не на высоте тетанических схваток, а при умеренных, иногда даже при вялых схватках, а также и до наступления родовой деятельности, и во время беременности.

Таким образом, угрожающий разрыв только в некоторых случаях сопровождается ясными симптомами, в значительной же части случаев подготавливающийся разрыв вовсе не дает симптомов или они так неясны, что угроза разрыва может быть и не замечена врачом. По Азлецкому, «бессимптомный» разрыв имеет место в 53,38% случаев. Даже при наличии механического препятствия для рождения плода симптомокомплекс Бандля может быть неясно выражен и при разрыве могут отсутствовать те яркие симптомы, которые предвещают наступление разрыва. Это может наблюдаться в тех случаях; когда у повторнородящей с умеренно суженным тазом данным родам предшествовали роды, которые хотя и произошли через естественные родовые пути, однако были очень «трудными», т. е. длительными и затяжными, несмотря на хорошую родовую деятельность. Во время этих трудных родов целостность нижнего сегмента матки могла быть нарушена: в нем могла образоваться трещина или неполный разрыв, не давшие симптомов во время родов и прошедшие незамеченными. При последующих родах, когда несоответствие между головкой плода и тазом матери осталось то же или даже немного увеличилось, рубец, оставшийся в нижнем сегменте, может разорваться до наступления бурной родовой деятельности и до появления тетанического состояния матки. Естественно, что в подобном случае роды будут протекать менее бурно, чем было описано выше, и тем не менее разрыв произойдет по механизму Бандля.

Что касается кровотечения, то в противоположность бандлевским разрывам при «бессимптомных» разрывах, которые наблюдаются главным образом после кесарских сечений или других операций на матке, кровотечение из места разрыва бывает сравнительно невелико. В тех случаях, когда бандлевские разрывы возникают на почве механического препятствия к родам и одновременной несостоятельности (рубца) мышечной стенки нижнего сегмента, эти случаи ближе подходят к случаям «бессимптомного» разрыва и кровотечение может быть также небольшим.

Разрыв матки может произойти без наличия бурных схваток и судорожного состояния маточной мускулатуры даже при вялой родовой деятельности. Эти наблюдения привели Вербова к отрицанию теории Бандля. Вербов утверждал, что разрыв возникает только в тех случаях, когда перешеек с самого начала родов бывает вялым, малобользненным, слабо сокращающимся и рвется вовсе не от чрезмерного растяжения, а от врож-

денной или приобретенной (на почве бывших воспалительных процессов) хрупкости. Болезненные схватки, описанные Бандлем, Вербов относит к симптомам наступающего или уже происшедшего разрыва. Такой же концепции придерживались и другие отечественные авторы (Н. Е. Чистяков, А. В. Александров, Н. А. Мельников). В противоположность им В. Я. Илькевич считал, что так называемые «бессимптомные» разрывы могут иметь место при отсутствии кольца сокращения Бандля, при зятувшихся родах с плохо раскрывающейся шейкой, когда никакого несоответствия между материнским тазом и подлежащей головкой плода нет и когда область нижнего сегмента не перерастянута и не напряжена. Подобные случаи, по его мнению, наблюдаются редко, тогда как симптомокомплекс Бандля, несомненно, наблюдается при разрывах чаще.

В тех случаях, когда разрыв происходит вследствие неполноценности маточной стенки на почве рубцовых изменений после операции, после случайных повреждений, ручного отделения приросшей плаценты, выскабливаний матки в послеродовом периоде, воспалительных процессов и пр., какие-либо предвестники могут отсутствовать и разрывы возникают иногда до наступления родов и даже во время беременности. Само собой разумеется, что в подобных случаях разрыв может произойти совершенно неожиданно, вследствие чего установить момент, предшествующий разрыву, и предупредить его своевременным опорожнением матки невозможно. Опасность разрыва может быть в значительной степени предотвращена, если взять под особое наблюдение беременных или рожениц с неблагоприятным акушерским анамнезом. Поэтому в борьбе с разрывом матки весьма большое значение может иметь тщательно собранный у беременной или у роженицы анамнез, в котором такие моменты, как предшествовавшие тяжелые роды, окончившиеся оперативным вмешательством и сопровождавшиеся осложнениями в послеродовом периоде, многочисленные аборты, сопровождавшиеся воспалительным процессом или повторными выскабливаниями, ручные отделения плаценты, предшествовавшие операции на матке, и т. п., должны фиксироваться и оцениваться как предрасполагающие к разрыву матки. Особенное значение этим моментам нужно придавать в случаях затяжных родов при высоко стоящей, подвижной головке и наличии родовой деятельности (часто болезненной), полном открытии зева и давно отошедших водах.

В некоторых случаях при наличии рубца после кесарского сечения можно предвидеть возможность разрыва матки, особенно, когда рубец в матке а priori внушает сомнение в своей прочности. Плохой рубец наблюдается в тех случаях, когда послеоперационный период после бывшего кесарского сечения протекал с осложнениями: нагноением брюшной стенки, длительной лихорадкой, экссудатами и инфильтратами в тазовой клетчатке или в брюшине. Наоборот, если послеоперационный период протекал гладко, то по логике вещей можно предположить, что и заживление маточной раны после кесарского сечения было хорошее.

Клиническая картина и симптоматология совершившегося разрыва матки

Не менее характерна симптоматология и клиническая картина совершившегося разрыва. Бесперывные схватки, от которых так мучительно страдала больная, сразу прекращаются. В момент разрыва некоторые роженицы отмечают особенно резкую боль («как будто в животе что-то разорвалось или лопнуло»), затем возбужденное состояние стихает, наступает полное успокоение. При неполном разрыве, когда в тазу образуется значительная предбрюшинная гематома, иногда появляются резкие крестцовые боли, иррадиирующие в нижнюю конечность, соответствующую местоположе-

нию гематомы (симптом Талера). Более или менее быстро наступают явления перитонеального шока и острого малокровия. Эти явления нарастают в зависимости от ряда обстоятельств: величины разрыва, его местоположения, характера (полный или неполный разрыв), быстрого или медленного возникновения, наличия повреждений больших кровеносных сосудов и нервных аппаратов или отсутствия таковых. Нередко тотчас после разрыва наступает коллапс. В других случаях явления шока и малокровия развиваются медленно: появляется бледность кожных покровов и видимых слизистых, дыхание становится поверхностным, лицо покрывается холодным потом, глаза западают, пульс становится частым, слабым и нитевидным или вовсе исчезает, появляется рвота, вздутие живота. Перитонеальные явления быстро развиваются, особенно при полных разрывах, когда большое количество крови изливается в брюшную полость и в нее же рождается и плод. Следует, однако, заметить, что и при неполных разрывах, сопровождающихся образованием гематомы в широкой связке, может появиться метеоризм (раздражение брюшинных листков широкой связки излившейся в нее кровью). В одном случае неполного разрыва матки, наблюдавшегося недавно в нашей клинике и нераспознанного дежурными врачами, мы заподозрили возможность неполного разрыва матки на основании сообщения врача о том, что после родов у больной появился метеоризм. Обследование родильницы подтвердило наше предположение. На этот симптом указывали также Крауль, Ланковиц, Яковлев. Почти как правило, после разрыва матки появляется наружное кровотечение, часто обильное, иногда небольшое. Это зависит опять-таки от величины, местоположения и характера разрыва. Часто наружное кровотечение не обильно, так как крупная часть плода тампонирует место разрыва.

Описанный симптомокомплекс, столь характерный для момента возникновения разрыва, наблюдается далеко не во всех случаях. Нередко самый момент разрыва проходит незаметно для женщины и для врача. Об этом свидетельствует ряд сообщений (Яшке, Вербов, Малявинский, Днепров, Азлецкий и др.). Их наблюдения мы можем подтвердить и на основании нашего опыта.

Не всегда прекращаются схватки сразу же после разрыва; наблюдались случаи, в которых родовая деятельность продолжалась и после разрыва (Яшке, Жилов, Демьянов). В одном из случаев Малявинского, несмотря на возникший разрыв, произошло самостоятельное рождение доношенного ребенка. Аналогичные случаи наблюдали и мы. Жолли (цит. по Фреунду) собрал в литературе сообщения о 26 случаях разрыва (в том числе 2 собственных наблюдения), в которых после происшедшего полного или неполного разрыва матки схватки продолжались регулярно, в некоторых случаях произошли самопроизвольные роды, и разрыв матки был обнаружен лишь в третьем периоде родов, а в некоторых—лишь на вскрытии.

В тех случаях, когда произошел полный разрыв и ребенок родился в брюшную полость, наружное исследование дает весьма характерную картину: предлежащая часть плода, которая во время бурной родовой деятельности была прижата ко входу в таз, оказывается высоко лежащей над входом в таз или сбоку от входа и прощупывается (в противоположность тому, что было перед наступлением разрыва) чрезвычайно отчетливо, да и все части плода ясно определяются; получается впечатление, что они лежат под самой брюшной стенкой. Рядом с плодом—над симфизом—прощупывается хорошо сократившаяся матка. При значительном внутреннем кровотечении перкуссия может обнаружить наличие жидкости в брюшной полости; в моче иногда обнаруживается кровь.

При менее ясных симптомах, особенно, если разрыв был неполный, т. е. когда разорвалась только мышца матки, а брюшинный покров уцелел, картина может быть иной: плод в этих случаях целиком или частично остается в полости матки. Попавшая в разрыв часть плода вместе с кровью, излившейся в клетчатку, отслаивает на большем или меньшем протяжении брюшину и остается в подбрюшинном пространстве. В этих случаях плод прощупывается менее ясно, чем при полном разрыве. Рядом с маткой развивается и растет по направлению к стенке таза и вверх мягкая опухоль — подбрюшинная гематома. В случаях проникновения в клетчатку воздуха пальпация живота дает ощущение «хруста снега» (эмфизема клетчатки). Явления анемии могут быть выражены так же резко, как и при полном разрыве.

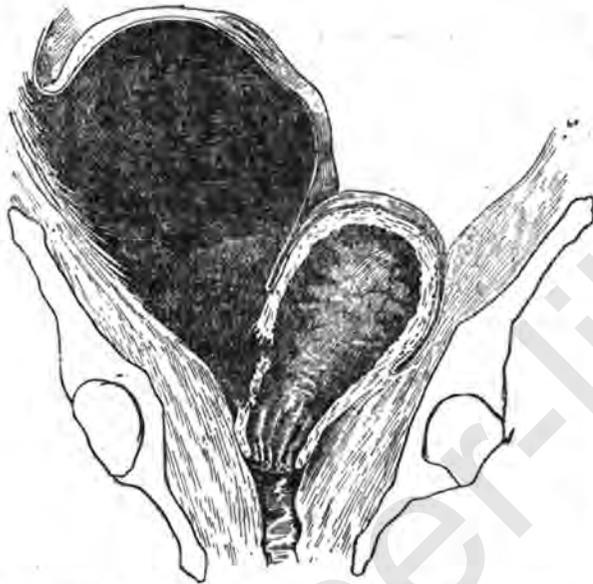


Рис. 28. Неполный разрыв матки. Образование большой подбрюшинной гематомы.

Исследование обнаруживает, что предлежащая часть, находившаяся во входе в таз, оказывается отошедшей вверх, даже если плод остался целиком в матке.

Диагностика. Клиническая картина и симптоматология разрыва матки позволяют выдвинуть следующие основные моменты для постановки диагноза разрыва: предшествовавшая бурная родовая деятельность и внезапная смена ее полным покоем; внезапное или более медленное появление признаков острого малокровия и перитонеального шока; наличие наружного кровоте-

чения; появление свободной жидкости (кровь) в брюшной полости, обнаруживаемое с помощью перкуссии живота (полный разрыв), или появление постепенно увеличивающейся мягкой опухоли рядом и сбоку от матки, что также может быть обнаружено при пальпации и перкуссии живота (рис. 28). При выхождении плода в брюшную полость наружное исследование живота позволяет чрезвычайно ясно прощупать части плода под самой брюшной стенкой, а рядом с плодом, несколько сбоку от входа в таз, можно прощупать хорошо сократившуюся матку; если плод остался в полости матки, то этот симптом, разумеется, отсутствует, но предлежащая часть обычно оказывается отошедшей вверх и чрезвычайно подвижной; сердцебиение плода после разрыва матки обычно исчезает. Влагалищное исследование обнаруживает кровотечение и отсутствие предлежащей части. При введении руки в матку (а таковое показано, если клиническая картина наводит на мысль о возможности разрыва) разрыв становится очевидным. В отдельных случаях предлежащая часть плода (головка) может находиться в полости таза, и тогда определить рукой наличие разрыва становится невозможным. Но если данные, обнаруженные при общем осмотре роженицы и наружном исследовании живота, все же говорят за разрыв, то необходимо произвести плодоразрушающую операцию,

извлечь плод и после этого обследовать рукой полость матки. При таком обследовании диагноз разрыва будет точно установлен. Так как опасность нераспознанного разрыва матки чрезвычайно велика (острое малокровие, перитонит, сепсис), то необходимо поставить себе за правило в каждом мало-мальски подозрительном случае после родов производить ручное обследование полости матки. При этом надо помнить, что разрыв может находиться не в полости матки, а в области шейки и вести отсюда в параметрий. Поэтому, если при обследовании полости матки разрыв не будет обнаружен, необходимо обследовать пальцами шейку с внутренней ее стороны, а маточный зев и влагалищные своды осмотреть зеркалами.

Подозрение на происшедший разрыв может быть вызвано внезапным появлением болей, которые, на короткое время стихая, вновь усиливаются, особенно при перемене положения, при наружном исследовании, дефекации, и появлением метеоризма или других симптомов раздражения брюшины.

Галактионов обращает внимание на то, что при разрыве матки больная обычно лежит на боку с согнутыми в коленных суставах и приведенными к животу ногами; по его мнению, это объясняется тем, что при таком положении большой брюшная стенка расслабляется и давление ее на поврежденную матку уменьшается. К этому необходимо добавить, что нарастающие явления «острого живота», как рвота, напряжение брюшной стенки и пр., конечно, могут наблюдаться и при других заболеваниях органов брюшной полости; однако признаки нарастающего малокровия заставляют прежде всего думать о разрыве матки, для диагностики которого необходимо, повторяем, немедленно произвести влагалищное исследование.

Насильственные (виолентные) разрывы матки

В редких случаях разрыв матки может произойти под влиянием значительной травмы при наличии совершенно нормальной беременности. Обычно разрыв под влиянием травмы происходит вследствие недостаточности маточной стенки, особенно на определенном ее участке, например, в месте рубца или при глубоком прорастании ворсин плаценты в толщу маточной мышцы и т. п. Но преимущественно насильственный разрыв матки происходит при акушерских операциях. Разрыв матки во время операции может явиться результатом самой операции, предпринятой неопытным врачом, при отсутствии надлежащих условий для ее выполнения или при грубо произведенной операции с приложением недопустимой силы. Особенно опасны попытки поворота плода при запущенном поперечном положении и форсированное извлечение щипцами головки, стоящей во входе в таз, особенно при нераспознанном несоответствии между головкой и тазом (узкий таз, гидроцефалия и пр.).

В громадном большинстве случаев насильственный разрыв происходит во время акушерской операции, если симптомы подготовлявшегося самопроизвольного разрыва не распознаются и операция извлечения плода доводится до конца. Само собой разумеется, что эти разрывы можно предотвратить, если акушер (или акушерка) сумеет распознать признаки угрожающего разрыва, если он владеет техникой акушерских операций, особенно плодоразрушающих, и применяет при операциях наркоз. Таким образом, насильственный разрыв матки свидетельствует во многих случаях об ошибке, допущенной в оценке случая, и недоучете имевшихся в этом случае противопоказаний к производству акушерской операции, о неумелой технике ее выполнения. В отдельных случаях это может говорить о недостаточной высокой квалификации врача или акушерки.

В отношении симптоматологии насильственного разрыва матки следует указать на следующий характерный признак: операция поворота, предпринятая в трудных условиях (давно отошедшие воды, большой плод и т. п.), неожиданно удается поразительно легко; как бы играючи. Эта неожиданная легкость должна вызвать подозрение на происшедший разрыв. В остальном симптоматология насильственного разрыва та же, что и самопроизвольного. Насильственный разрыв при запущенном поперечном положении может произойти не только в момент самого поворота плода, но уже при введении для этой цели руки во влагалище, так как влагалищный свод в этих случаях к моменту операции уже максимально растянут.

Разрыв при запущенном поперечном положении может произойти не во влагалищном своде, а в нижнем сегменте матки, когда введенная рука вывела из влагалища в полость матки вколоченное плечико плода, вследствие чего растяжение влагалищного свода уменьшилось, а растяжение нижнего сегмента увеличилось. Все же разрыв матки чаще происходит в момент самого поворота, так как в это время резко увеличивается растяжение и без того истонченного нижнего сегмента.

При разрыве, происшедшем во время операции наложения щипцов, извлечение плода не облегчается, как это наблюдается при повороте. Нередко при насильственном разрыве может возникнуть вопрос о том, произошел ли разрыв во время операции или до нее. Решить этот вопрос часто очень трудно, особенно при отсутствии тщательного наблюдения или подробных и точных записей в истории родов.

Насильственный разрыв обычно распознается поздно, поэтому и прогноз его часто плох. В большинстве случаев не только диагноз, но даже подозрение на разрыв возникает уже после извлечения ребенка, когда начинается кровотечение, не имеющее характера атонического, или когда появляются симптомы шока и внутреннего кровотечения. Уловить и не просмотреть эти признаки разрыва—самая главная обязанность врача, производящего операцию, особенно если она представляла технические трудности. Поэтому справедливо требование многих авторов производить обследование шейки и нижнего сегмента матки после каждого более или менее трудного поворота или трудной эмбриотомии.

При акушерских операциях, часто сопровождающихся повреждением влагалища или шейки матки, может появиться наружное кровотечение вследствие разрыва или атонического состояния матки. Поэтому необходимо фиксировать внимание на тоне матки: мягкая консистенция матки наблюдается при атониях; плотная—при разрыве. Чрезвычайно большое значение имеет общее состояние женщины (явления шока, нарастающая анемия); необходимо, впрочем, отметить, что не всегда эти явления бывают резко выражены тотчас после разрыва. В некоторых случаях неполного разрыва явлений шока может и не быть, анемия может нарастать медленно, тогда как в других случаях явления шока и резкой анемии, наблюдавшиеся тотчас после разрыва, временно уменьшаются в результате падения кровяного давления и связанного с ним временного прекращения кровотечения. Но это улучшение очень редко может быть длительным.

Предупреждение разрывов матки

При угрожающем разрыве матки необходимо немедленно закончить роды при помощи одной из плодоразрушающих операций; при предлежании головки следует произвести перфорацию и краниоклазию, а при последующем извлечении плода, если плечевой пояс велик,—клейдотомию, при поперечном положении плода—декапитацию или эмбриотомию. В этих

случаях глубокий наркоз необходимо применить не только для обезболивания во время операции, но и с целью расслабления тетанически сокращенной матки и предупреждения таким образом разрыва, который может произойти во время самой плодоразрушающей операции. Само собой разумеется, что не только операция, но и все подготовительные к ней мероприятия, как перевод роженицы в операционную, укладывание ее на операционный стол или поперечную кровать, должны производиться крайне осторожно и лишь после впрыскивания морфина и дачи наркоза.

Итак, как только обнаружатся симптомы угрожающего разрыва матки, следует тотчас же впрыснуть больной 1—2 см³ 1% раствора морфина, а затем осторожно произвести наружное и влагалищное исследование. Если исследование подтвердит намечающийся разрыв, то необходимо немедленно дать общий наркоз, и только после того, как больная будет в глубоком наркозе, можно будет ее перенести в операционную. При несоблюдении этих мер наблюдались случаи разрыва во время переноски роженицы. Ослабление угрожающих симптомов под влиянием морфина не является поводом для отсрочки операции, так как, несмотря на дачу морфина, наблюдались случаи разрыва матки во время подготовки больной к операции.

В условиях работы сельского участка плодоразрушающие операции являются единственными, к которым следует прибегнуть для предотвращения угрожающего разрыва матки, независимо от того, жив еще ребенок или уже погиб. В условиях работы хорошо организованного родильного дома или клиники в отдельных случаях может быть произведено и кесарское сечение. Некоторые авторы считают необходимыми условиями для кесарского сечения наличие живого плода и отсутствие инфекции.

У нас в 1911 г. Грамматикати предложил при запущенном поперечном положении прибегать вместо эмбриотомии к кесарскому сечению, несмотря на наличие мертвого плода и инфекции. Аналогичного мнения держится и Щербина. Интересный материал в пользу расширения показаний к кесарскому сечению при запущенном поперечном положении приводят Дмитриев и Клюков (1929), Хатунцев (1932) и Ставская (1939).

Опасность кесарского сечения в подозрительных на инфекцию и в инфицированных случаях уменьшается при применении метода перешеечно-шеечного кесарского сечения; в тяжело инфицированных случаях рекомендуется надвлагалищная ампутация или полная экстирпация матки. В некоторых инфицированных случаях запущенного поперечного положения матка экстирпировалась без предварительного ее вскрытия. Кроме того, при наличии тяжелой инфекции могут быть применены и другие методы; как, например, операция Порты (помещение матки после кесарского сечения вне брюшной полости), оставление маточно-брюшного свища по методу Зельгейма (Sellheim) и пр. Несмотря на имеющийся в современной литературе материал, подтверждающий возможность родоразрешения при запущенном поперечном положении путем абдоминальной операции, все же при наличии явной инфекции опасность этой операции не следует преуменьшать. Если при живом ребенке мать; осведомленная об опасности операции, все же на ней настаивает; то следует применить либо метод перешеечно-шеечного кесарского сечения, если инфекция не представляется тяжелой, либо один из методов удаления матки, либо такие методы, как операция Порты (Portes) или операция Зельгейма, в случаях тяжелой инфекции.

Лечение разрывов матки

Надо считать установленным, что с развитием хирургических методов лечения разрывов матки результаты лечения в последнее время, несомненно, улучшились. Тем не менее прогноз разрыва все еще остается довольно тяжелым. Исход зависит от ряда причин: характера и размеров разрыва, величины кровопотери, наличия инфекции, времени и качества оказанной помощи. В редких случаях наблюдается внезапная смерть от шока, вызванного; согласно мнению Соважа (Sauvage), разрушением франкенгейзеровского ганглия и соседних нервных аппаратов матки; в 40% смерть при разрыве матки наступает от острой анемии, а в 60% от перитонита и сепсиса [(Пфорт (Pfort)]. Вероятно, как указывает Зигварт (Sigwart), угроза смерти от инфекции в действительности еще больше, так как некоторые из тех больных, которые быстро погибли от острой анемии, вероятно, погибли бы впоследствии от инфекции, даже если бы их организм и справился с первоначальной кровопотерей. Поэтому главной задачей предпринятого лечения должна быть не только надежная остановка кровотечения из места разрыва, но и создание таких условий, которые максимально способствовали бы успешной борьбе организма с инфекцией, проникшей во время разрыва в брюшную полость или в пропитанную кровью клетчатку обширных подбрюшинных пространств. Само собой разумеется, что наибольшие гарантии и в этом отношении дает немедленное хирургическое вмешательство.

При выборе метода лечения не имеет значения, был ли разрыв самопроизвольным или насильственным; развились ли явления шока и анемии бурно или постепенно, диагностирован ли полный разрыв или неполный, т. е. не проникающий в брюшную полость, хотя, впрочем, в последнем никогда не может быть абсолютной уверенности. Хирургическое вмешательство при разрывах матки заключается в громадном большинстве случаев в немедленном чревосечении.

При затруднениях, возникающих относительно возможности чревосечения, на выбор метода лечения может оказать влияние уточнение размера и особенно характера и местоположения разрыва в матке. Большое значение имеет дифференциальная диагностика между полным и неполным разрывом. Если все говорит за то, что разрыв матки неполный, следовательно, брюшина цела, нет непосредственной угрозы перитонита и необходимо лишь остановить кровотечение, то допустим консервативный метод лечения.

Консервативное лечение неполного разрыва матки

Если при неполном разрыве матки состояние больной удовлетворительное, гематома в параметрии не увеличивается и нет наружного кровотечения, то при невозможности произвести чревосечение на месте и затруднительности перевозки больной в другое лечебное учреждение можно применить консервативный метод лечения. Начинать это лечение можно, разумеется, лишь при опорожненной матке. Поэтому, если разрыв обнаружен в то время, когда плод еще находится в матке, необходимо прежде всего извлечь плод и притом наиболее щадящим для матери способом. К таким способам относятся перфорация и краниоклазия при головном предлежании, извлечение и перфорация последующей головки при тазовых предлежаниях и эмбриотомия, чаще всего декапитация, и удаление плода при поперечных положениях. Вслед за извлечением плода удаляют рукой и плаценту. После этого приступают к тампонации полости матки длинной и широкой полосой марли. Винтер рекомендует производить тампонацию

стерильной полосой марли, в которую зашита необезжиренная (не эпителизирующая кровь) вата. Фрейд советует производить влажную тампонацию (стерилизованная марля, смоченная стерильным физиологическим или рингеровским раствором, к которому добавлено 20 капель раствора адреналина 1:1 000). Тампонируют сначала полость матки, а затем влагалище. Тампонацию следует производить осторожно, чтобы не увеличить разрыва, но в то же время и достаточно плотно. Рыхлая тампонация матки не только не останавливает кровотечения, но, не достигая цели, может даже явиться еще одним источником инфекции. Особенно плотно надо тампонировать влагалище.

Как ни проста кажется методика тампонации, однако очень часто ее делают неправильно: либо в матке (особенно в области дна и трубных углов) остаются «пустые места», либо—что бывает при чересчур энергичной и неосторожной тампонации—тампон увеличивает размеры и глубину разрыва. Наш преподавательский опыт говорит о том, что даже опытные в акушерских операциях врачи нередко плохо владеют методом тампонации и технически плохо ее выполняют.

Тампонация матки. Техника. Тампонацию матки необходимо производить под общим наркозом. Так как больная после разрыва матки находится обычно в состоянии большого или меньшего шока, то требуется очень мало наркотиков (эфир, хлорэтил, закись азота), поэтому опасность наркоза при этих операциях ничтожна и во всяком случае меньше опасности усиления шока, который происходит в случаях производства операции без наркоза.

Подготовка к операции—обычная: дезинфекция наружных половых органов. Спринцевание влагалища категорически запрещается. Большими дуайеновскими зеркалами раскрывают влагалище и сухими тупферами очищают его от скопившихся в нем сгустков крови; губы маточного зева захватывают пулевыми щипцами, которыми низводят шейку матки в *introitus vaginae*. Конец полосы марли, предназначенной для тампонации, захватывают длинным пинцетом или корнцангом и вводят в полость матки до самого дна. Постепенно заполняют марлей сперва один угол матки, затем другой и, наконец, весь купол матки. Прежде чем заполнить марлей всю полость матки, мы 1—2 раза по ходу тампонации вводим 2 пальца в полость матки и под контролем наружной руки, охватывающей дно матки, как бы «утрамбовываем» введенную марлю. Этим мы добиваемся равномерной и плотной тампонации маточной полости. Когда тампонирующая полоса марли достигает места разрыва матки



Рис. 29. Тампонация матки при неполном разрыве.

в нижнем сегменте (местоположение разрыва должно быть установлено перед тампонацией при помощи ручного обследования полости матки), то ее осторожно вводят в отверстие разрыва, которое заполняется совсем рыхло, только для того, чтобы оставить отверстие приоткрытым для оттока крови, скопившейся в подбрюшинном пространстве, куда ведет разрыв из матки (рис. 29). После этого продолжают тампонацию оставшейся неза- тампонирующей части матки и влагалища; влагалище, как уже указывалось выше, тампонируется особенно плотно. Тампон оставляют обычно на сутки. По окончании тампонации на живот накладывают давящую повязку, для чего пользуются туго скатанной скатертью, простыней, полотенцем. Для противодействия можно положить на живот мешок с песком, а со стороны наружных половых органов — толстый кусок ваты. Давящая повязка укрепляется при помощи Т-образного полотняного бинта или полотенца.

По окончании этих манипуляций приступают к мероприятиям, направленным на борьбу с коллапсом (введение физиологического раствора или раствора глюкозы, сердечные средства, переливание крови и пр.).

Такой паллиативный метод лечения разрывов матки допустим, повторяем, лишь в тех случаях, когда по всем данным можно предположить наличие неполного разрыва, если он не сопровождается тяжелыми явлениями коллапса и если отсутствуют необходимые условия для хирургического вмешательства. Во всех остальных случаях необходимо как можно скорее произвести чревосечение.

Консервативное лечение полного разрыва матки

Если разрыв матки в родах происходит в условиях, исключающих всякую возможность производства чревосечения, а быстрая и бережная перевозка больной в соответствующее учреждение почему-либо невозможна (в наше время с развитием автомобильного движения, санитарной авиации и пр. такие случаи крайне редки), то врачу волей-неволей приходится прибегнуть к консервативному методу лечения. Если ребенок еще не родился, то прежде всего необходимо произвести родоразрешение при помощи плодоразрушающей операции; если же ребенок находится в брюшной полости, то ничего другого не остается сделать, как войти рукой через разрыв матки в брюшную полость, захватить плод за ножку, извлечь его через разрыв обратно в матку, а затем вывести наружу. Если плацента также родилась в брюшную полость, то ее находят, продвигая руку вдоль пуповины, конец которой фиксируют наружной рукой, и тоже извлекают наружу; если плацента находится еще в матке, то ее выделяют рукой. Затем приступают к тампонации матки. Техника тампонации была описана выше. Но в подобных случаях необходимо, чтобы тампонирующая полоса марли сначала была продвинута через разрыв в брюшную полость и служила дренажем, а главным образом для того, чтобы воспрепятствовать выпадению кишечных петель или сальника через разрыв в матку. Тампонада полости матки и особенно влагалища должна быть плотной. После того как тампонада будет закончена, на живот накладывают давящую повязку. Необходимо подчеркнуть, что все манипуляции надо производить под наркозом, во-первых, для того, чтобы избавить больную от страданий, во-вторых, чтобы предотвратить появление нового шока, который может быть вызван всеми этими манипуляциями, и, в-третьих, чтобы дать возможность врачу спокойно, планомерно и тщательно провести всю операцию.

Оперативное лечение разрыва матки

Подготовка больной к операции. Если разрыв обнаружен после рождения ребенка и больная находится в хорошо организованном родильном учреждении, то без всяких предварительных манипуляций ее кладут на операционный стол. Если же для организации чревосечения требуется некоторое время или перевозка в больницу, то при сильной кровопотере (наружное или внутреннее кровотечение) следует наложить жгут Момбурга. Не имея под рукой жгута, Зигварт с успехом применял толстую веревку. Жгут Момбурга может быть особенно полезным, если отсрочка операции непродолжительная (полчаса—час).

При применении жгута Момбурга необходимо стянуть талию больной так сильно, чтобы аорта была полностью зажата, доказательством чего будет служить исчезновение пульса в бедренной артерии. Так как правильное наложение жгута возможно лишь при отсутствии сопротивления со стороны мышц брюшной стенки, то его надо накладывать под наркозом. В наркозе больная должна оставаться до тех пор, пока жгут не будет снят, иначе при возвращении нормального мышечного тонуса в связи с прекращением наркоза или даже повышением его в связи с рвотными движениями жгут может распутиться и ослабить прижатие аорты, вследствие чего кровотечение возобновится [Пегам-Амрейх (Pegam-Amreich)]. Прижатие аорты жгутом Момбурга—метод, далеко не безопасный; особенно опасен он при больном сердце, для которого очень нежелательны резкие колебания кровяного давления, возникающие при наложении и снятии жгута; чрезвычайно опасно применение жгута и у обескровленной женщины во время коллапса. При применении жгута Момбурга наблюдались случаи повреждения кишечника, проявлявшиеся в тяжелых поносах, некрозе кишечной стенки, а также в расстройстве мочеиспускания (недержание мочи). Поэтому область применения жгута Момбурга (в качестве временного кровоостанавливающего метода) при разрыве матки весьма ограничена; в частности, он неприменим в тех случаях, когда перевозка больной должна продолжаться больше 1 часа. Все другие методы прижатия аорты в этих случаях также неприменимы; специальных инструментов, как, например, компрессорий Зерга и др., в той обстановке, при которой требуется перевозка больной, обычно не имеется, а прижатие аорты рукой в течение длительного времени невозможно. В подобных случаях больную приходится перевозить без всяких подготовительных манипуляций.

Вопрос о подготовке больной к перевозке ее в другое учреждение, если после разрыва плод целиком или частично проскользнул в брюшную полость или остался еще в матке, в каждом случае будет решаться в зависимости от того, где находится плод. Если плод находится в матке, то необходимо извлечь его, так как во время переезда он может проскользнуть через разрыв матки в брюшную полость и этим вызвать новое и на этот раз, может быть, смертельное кровотечение. Кроме того, после извлечения плода матка лучше сокращается, что значительно уменьшает опасность дальнейшего кровотечения из разрыва во время перевозки. Значительное преимущество метода опорожнения матки в подобных случаях Зигварт видит также и в возможности последующего наложения жгута Момбурга, что невозможно до тех пор, пока плод находится еще в матке. Извлечение плода, находящегося в матке, должно быть сделано с максимальной осторожностью и, конечно, только посредством одной из плодоразрушающих операций, а не при помощи наложения щипцов или поворота на ножку. Наиболее бережно можно произвести извлечение плода при помощи перфорации и краниоклазии тогда, когда головка плода уже опустилась в таз. Плаценту также необходимо удалить, но применять значительную

силу, прибегая к приему Креде, опасно. Если плацента при «легком» применении метода Креде не выделяется, то производят ручное отделение. Затем; как уже было указано выше, тампонируют матку и влагалище или, в подходящем случае; накладывают жгут Момбурга. Впрыскиванием питуэкрин, эрготина, сердечных средств заканчивается подготовка больной к перевозке.

Предварительное извлечение плода через естественные родовые пути может понадобиться не только как подготовительное мероприятие к перевозке больной с разрывом матки. К этому же методу придется прибегнуть и перед чревосечением, если головка находится уже в полости таза, иначе при чревосечении будет трудно или даже невозможно удалить плод из матки. Если же головка подвижна над входом в таз или ее еще удается отодвинуть при влагалищном исследовании, то без предварительных вмешательств следует непосредственно приступить к чревосечению.

Если при полном разрыве матки плод уже родился в брюшную полость и лежит рядом с сократившейся маткой, то перед перевозкой извлекать его из брюшной полости через разрыв маточной стенки нецелесообразно; такая манипуляция лишь увеличит разрыв и вызовет новое кровотечение. В этих случаях следует перевозить больную без всякой предварительной оперативной подготовки. Само собой разумеется; что в тех случаях, когда плод уже находится в брюшной полости, наложение жгута Момбурга или иные методы прижигания аорты противопоказаны. Когда больная уже доставлена в хирургическое отделение больницы или родильного дома или когда операция производится в том же учреждении, в котором произошел разрыв, больную следует по возможности сразу положить на операционный стол и провести на нем подготовку к операции, которая должна быть крайне упрощена: дезинфекция брюшной стенки, катетеризация мочевого пузыря, удаление из влагалища тампона, если таковой был введен. Затем; не теряя времени, приступают к чревосечению. Вопрос о том, следует ли непосредственно перед операцией вводить сердечные средства, делать вливания физиологического раствора или переливание крови, большинство авторов решает в отрицательном смысле во избежание повышения кровяного давления и усиления кровотечения. Мы лично полагаем, что в тех случаях, когда предварительное переливание крови не вызывает задержки операции, нет основания отказываться от его благотворного влияния на состояние шока и анемии и опасаться наступления кровотечения; которое после разрыва матки останавливается не столько под влиянием падения кровяного давления, сколько вследствие сокращения опорожненной матки.

Методика операции. Брюшная полость вскрывается разрезом по средней линии. Длина разреза зависит от того, находится ли еще плод в брюшной полости или он уже извлечен через естественные родовые пути. В первом случае разрез должен быть более длинным и проводится за пупок, во втором он идет от лобка до пупка. Если плод находится в брюшной полости, то сначала извлекают его и послед (если он также родился в брюшную полость), затем выводят и осматривают матку и устанавливают размеры и характер повреждения. Кровь из брюшной полости не вычерпывают, но чтобы кровь не заливала операционного поля, его отгораживают большими марлевыми салфетками или мягкими полотенцами, введенными в брюшную полость.

Разорванную матку удаляют, так как в большинстве случаев разрыва она инфицирована. Опасность перитонита в этих случаях заключается не в однократном занесении инфекционного материала в брюшную полость во время разрыва, а в последующих повторных поступлениях инфекции из пuerперальной матки.

При разрывах в нижнем сегменте матки, особенно, если была повреждена какая-нибудь более крупная ветвь маточного сосуда, к опасности инфекции присоединяется еще опасность нового кровотечения, которое для обескровленной больной может явиться жизненной угрозой. В общем методом выбора при оперативном лечении разрыва матки является ее удаление. Исключение могут составить явно неинфицированные случаи, где небольшой разрыв произошел на месте рубца, оставшегося, например, после кесарского сечения. В этих случаях может быть применен консервативный метод операции.

Техника консервативной операции. При консервативном методе операции необходимо перед наложением швов на рану сгладить разможенные края разрыва скальпелем или куперовскими ножницами или вырезать остатки старого рубца на матке. Это дает возможность хирургически правильно соединить края раны в маточной стенке во всю ее толщину и сохранить таким образом в будущем нормальную функ-

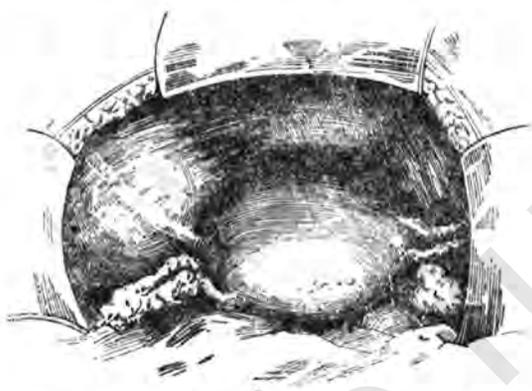


Рис. 30. Операция при неполном разрыве матки. По вскрытии брюшной полости обнаруживается обширная подбрюшинная гематома (в левой широкой связке).

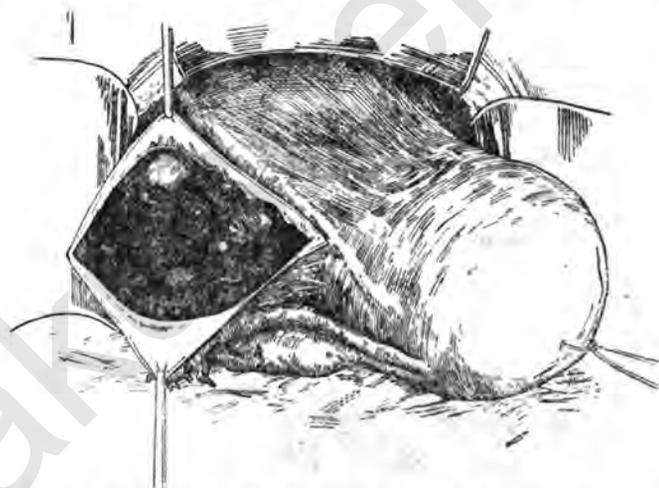


Рис. 31. Операция при неполном разрыве матки. Брюшина над гематомой рассечена вдоль круглой связки.

цию матки. Если разрыв неполный и над разрывом мышечной стенки сохранилась брюшина, под которой образовалась гематома (рис. 30), то сначала следует рассечь брюшину (рис. 31), удалить из-под нее жидкую кровь и сгустки и наложить лигатуры на поврежденные сосуды (рис. 32), особенно на брызгающие артерии, или обколоть диффузно кровоточащие участки ткани и только после полного гемостаза соединить края раны. Затем зашивается брюшина.

Легче всего провести такой консервативный метод операции в тех случаях, когда разрыв находится в области тела матки или ее дна. При консервативной операции разрыва матки трудно провести надежный гемостаз, если разрыв расположен по ребру матки и ведет в параметрий. Рыхлая

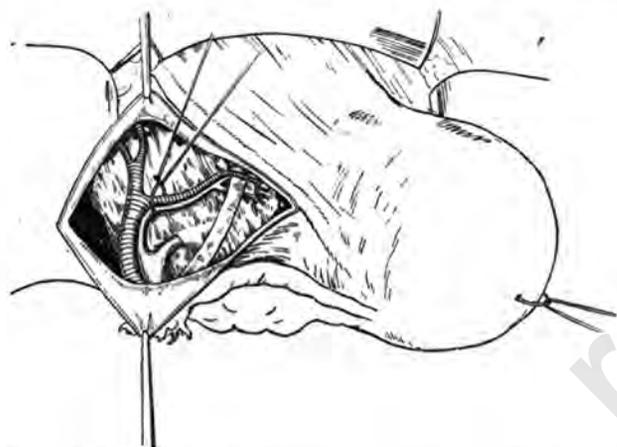


Рис. 32. Наложение лигатуры на маточные сосуды после удаления гематомы.

клетчатка, окружающая шейку матки и распространяющаяся подбрюшинно до боковых стенок таза, а вверх к почечной области, пропитывается кровью; поврежденные сосуды, сокращаясь, уходят в глубину. Поэтому

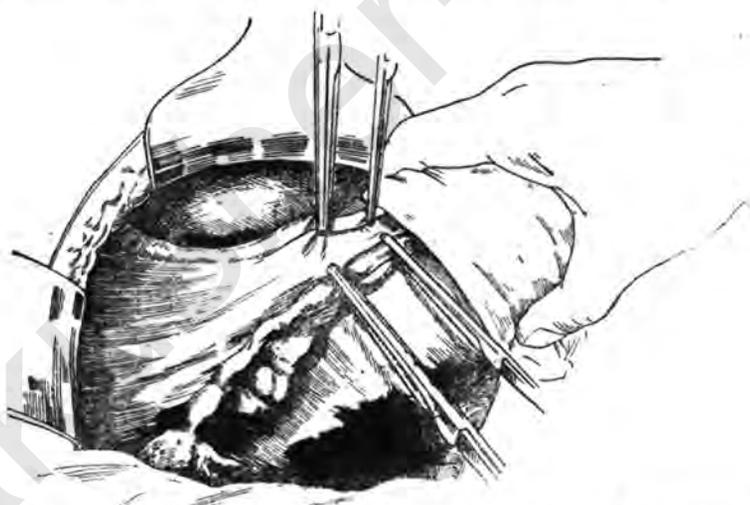


Рис. 33. Наложение зажимов на круглую связку и собственную связку яичника вместе с фаллопиевой трубой.

консервативный метод операции разрыва может быть применен лишь в редких случаях; как правило же, здесь показано удаление матки. Трудности в отношении гемостаза могут, впрочем, возникнуть в подобном случае и при удалении матки. Для достижения надежного гемостаза при наличии гематомы в параметрии мы перевязываем либо подчревную, либо маточную артерию у места ее отхождения от подчревной.

При консервативном методе операции, который, как уже было сказано, следует применять лишь в «легких» случаях разрыва, а главное, когда нет подозрения на инфекцию, вопрос о дренаже брюшной полости, естественно, совершенно отпадает. Следует здесь же упомянуть, что даже в инфицированных случаях мы весьма редко прибегаем к дренажу.

Рана зашивается отдельными кетгутовыми лигатурами в два этажа. Перитонизация производится обычно при помощи непрерывного кетгутового шва, наложенного на подобие лембертовского и захватывающего вместе с брюшинным покровом матки немного и подлежащей мышечной ткани. Если разрыв произошел вблизи места отхождения круглой связки, то для перитонизации можно использовать и эту связку. Если разрыв лежит на передней стенке матки вблизи маточно-пузырной складки брюшины, то зашитое отверстие покрывают брюшиной мочевого пузыря (см. раздел о прободении матки).

Техника надвлагалищной ампутации матки. Удаляя разорванную беременную матку, не следует захватывать ее ни пулевыми щипцами, ни щипцами Мюзо, так как при сильном потягивании щипцы рвут ткань и вызывают кровотечение, специальные же маточные щипцы, применяемые в оперативной гинекологии, не годятся, так как они слишком малы, поэтому, обернув матку полотенцем или марлевой салфеткой, захватывают ее рукой или двумя зажимами Кохера, наложенными

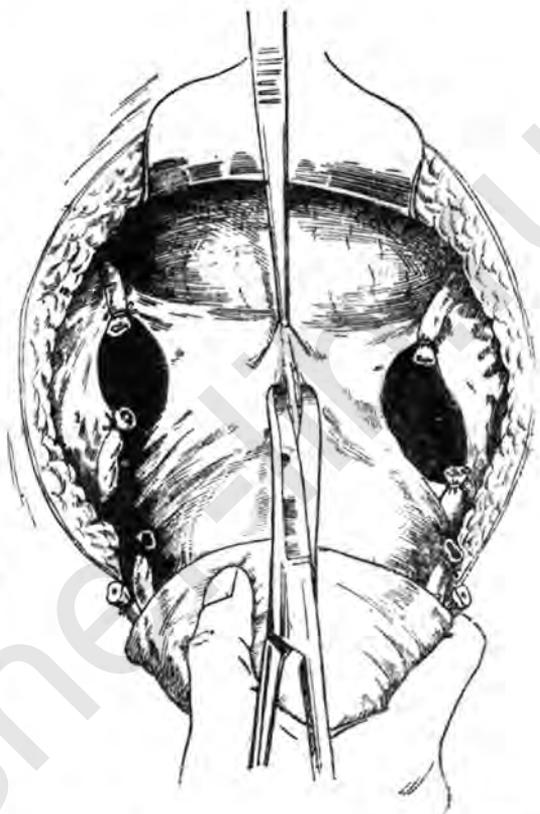


Рис. 34. Рассечение брюшины пузырно-маточной складки.

на верхний отдел широкой связки у ребра матки (у места отхождения круглой связки, фаллопиевой трубы и собственной связки яичника). Затем приступают к удалению тела матки. Матку отводят в сторону и накладывают один зажим Кохера на собственную связку яичника, захватывая им фаллопиеву трубу, а второй зажим на круглую связку. Ближе к матке (медиально) соответственно этим двум зажимам (латеральным) накладывают еще два зажима для предотвращения обратного венозного кровотечения из матки (рис. 33). Верхний отдел широкой связки разрезается между зажимами. Зажимы заменяются лигатурами, затем матку отводят в противоположную сторону и продельвают то же самое.

Если почему-либо необходимо удалить не только матку, но и придатки, то зажим накладывают не на собственную связку яичника и трубу, а на *lig. infundibulo-pelvicum*. Затем оттягивают матку назад, перерезают брюшину вдоль пузырно-маточной складки (рис. 34) и отделяют на небольшом расстоянии мочевого пузыря от шейки матки. Разрез брюшины продол-

жимают в обе стороны до перерезанных круглых связок с каждой стороны. Снова оттягивают матку в сторону, и перпендикулярно к ее ребру накла-



Рис. 35. Перевязка маточных сосудов. На маточную артерию (обычно с артерией захватывается и вена) накладывают 2 зажима Кохера, между которыми сосуды будут перерезаны.

дывают на маточные сосуды зажим Кохера. Для того чтобы не было обратного венозного кровотечения из матки, у самого ребра матки на сосуды накладывают еще один зажим (контр-клемма) (рис. 35), затем сосуды перерезают между двумя зажимами и заменяют нижний зажим лигатурой. То же проделывают и на другой стороне. Приблизительно на уровне внутреннего зева матку отсекают от шейки. После удаления матки оставшуюся культю шейки зашивают 3—4 сквозными кетгутовыми лигатурами, соединяющими переднюю и заднюю стенки шейки матки (рис. 36). Затем приступают к перитонизации. Перитонизацию мы производим непрерывным кетгутовым швом. Сначала прокалываем иглой заднюю стенку оставшейся культы шейки матки, а затем соответствующий край брюшины пузырно-маточной складки и завязываем шов (рис. 37). Еще 2—3 раза прокалывается последовательно задняя стенка культы шейки матки и соответствующий ей край пузырно-маточной складки (предварительно отрезают концы лигатур, наложенных на культю шейки), после этого культя оказывается покрытой брюшиной, как чепцом. Затем той же лигатурой продолжают перитонизацию культей круглой связки и придатков. Для этого, начиная от правого угла культы шейки матки, подхватывают 1—2 раза иглой край заднего листка брюшины широкой связки, затем культя перевязанной яичниковой связки, трубы и круглой связки и, наконец, край брюшины пузырно-маточной складки в том месте, где она не была пришита к задней стенке культы шейки матки. Получается кيسетный шов (рис. 38), при помощи которого (после затягивания лигатуры) все вышеупомянутые культы оказываются погруженными в клетчатку (рис. 39). То же проделывают на другой стороне, и таким образом культя круглой

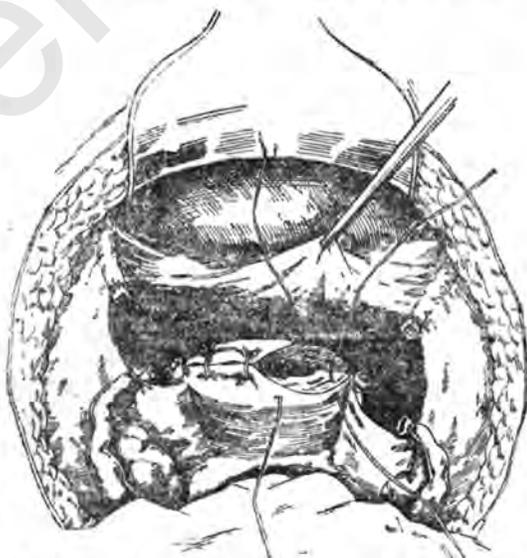


Рис. 36. Зашивание культы шейки несколькими кетгутовыми лигатурами.

связки, трубы и яичниковой связки другой стороны оказываются также погруженными в клетчатку. Перитонизация (двойная, как при экстирпации) закончена. Применяя подобный метод перитонизации уже в течение двух десятков лет (аналогичный метод перитонизации культи придатков применял Окинчиц), мы остались ему верны до настоящего времени. Его преимущество перед другими методами мы, так же как и Окинчиц, видим в том, что культи придатков и круглых связок фиксируются в углах культи шейки матки, что обеспечивает более прочное положение в тазу этой культи. Кроме того, кисетный шов накладывается быстрее, чем производится продольное сшивание краев брюшины широкой связки; в отношении тщательности, с которой культи погружаются под брюшину, кисетный шов также имеет несомненное преимущество.

В тех случаях, когда разрыв расположен выше перешейка, матку можно ампутировать высоко. Это позволяет оставить небольшую часть маточной слизистой и сохранить таким путем в некоторых случаях хотя бы скудную менструальную функцию. Если же разрыв расположен в дне матки, то вместо ампутации можно произвести дефундацию матки, при которой от матки отделяют только собственную связку яичника, трубу и круглую связку и циркулярно иссекают дно. Преимуществом этой операции является полное сохранение менструальной функции. Показанием к такой операции могут служить лишь большие разрывы в дне матки, так как при небольших разрывах может быть применен еще более консервативный метод операции — иссечение разрозненных краев раны и ее зашивание. Преимуществом последнего способа будет возможность сохранения не только менструальной, но и детородной функции.



Рис. 37. Начало перитонизации культи шейки матки.

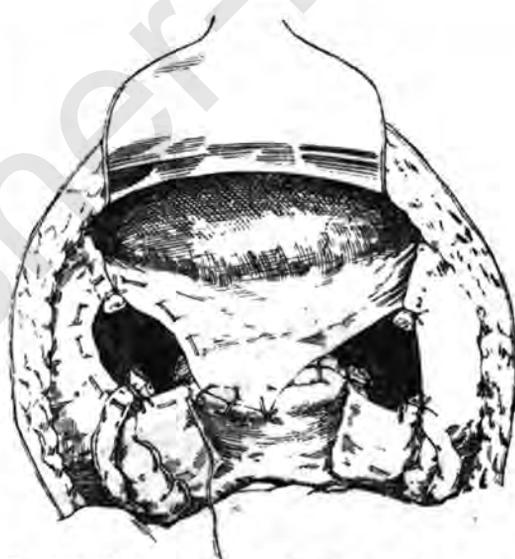


Рис. 38. Перитонизация культи шейки матки. Непрерывным швом к задней стенке культи шейки матки пришит край брюшины пузырно-маточной складки. Этой же лигатурой продолжают перитонизацию култей круглой связки, фаллопиевой трубы и собственной связки яичника, делая для этого кисетный шов (на левой стороне).

Техника полной экстирпации матки. В тех случаях, когда разрыв в заведомо инфицированном или подозрительном на инфекцию случае переходит на шейку матки или влагалищный свод, а также при разрыве нижнего сегмента с образованием гематомы в клетчатке необходима полная экстирпация матки.

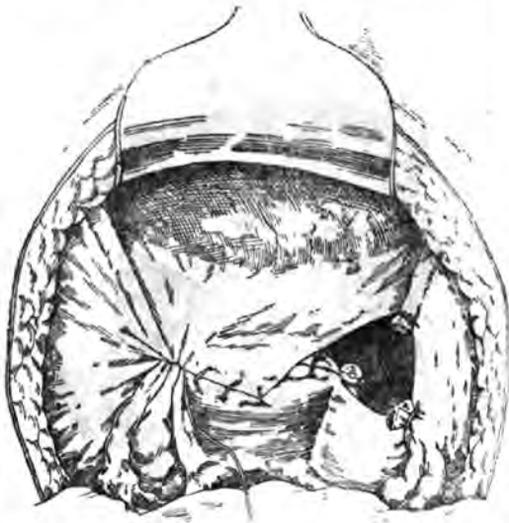


Рис. 39. Перитонизация культей связок. Кисетный шов затянут. Культи на левой стороне погружены.

Начинается операция так же, как и при надвлагалищной ампутации матки. Выведенную из брюшной раны матку ассистент оттягивает рукой в сторону, противоположную той, где находится разрыв; на этой стороне захватывают зажимами Кохера собственную связку яичника вместе с трубой и круглую связку; после наложения контрреммы у ребра матки связку яичника, трубу и круглую связку последовательно отсекают от матки. То же проделывают и на другой стороне. Затем перерезают пузырно-маточную складку брюшины и разрез ее доводят до круглой связки на каждой стороне матки. Мочевой пузырь отделяют от шейки на большем протяжении, чем при надвлагалищной

ампутации матки, т. е. до самого влагалища. Маточные сосуды захватывают на каждой стороне двумя зажимами Кохера: один зажим накладывают на расстоянии 1—1,5 см от ребра матки, а другой—у самого ребра в качестве контрреммы. Между обоими зажимами сосуды перерезаются. Первый зажим, нижний, заменяется кетгутовой лигатурой, второй—остается на матке. Ввиду того что после перевязки

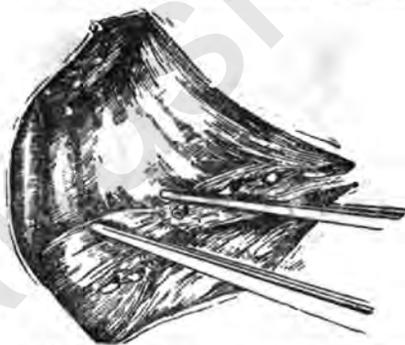


Рис. 40. Экстирпация матки. Наложение зажима Кохера на основание параметрия.



Рис. 41. Вскрытие влагалища при экстирпации матки.

маточной артерии отсечение шейки от параметриев сопровождается кровотечением из сосудов, необходимо с обеих сторон накладывать зажимы Кохера на основание параметриев ближе (во избежание повреждения мочеоточника) к ребру матки (рис. 40), после чего клетчатка у самого ребра

матки перерезается. Затем (это можно сделать и до отсечения параметриев) матку оттягивают к симфизу, перевязывают и перерезают маточно-крестцовые связки и между ними надсекают задний листок брюшины. Теперь матка соединена лишь с влагалищной трубкой. Влагалищный свод (у места его прикрепления к шейке) можно вскрыть спереди, сзади или сбоку; мы предпочитаем вскрывать влагалище сбоку (рис. 41) при помощи куперовских ножниц, держа их перпендикулярно к стенке влагалища. В сделанное в стенке влагалища отверстие вводим на корнцанге полоску марли, чтобы осушить влагалище. Эту полоску марли мы не выводим обратно, а проталкиваем корнцангом по направлению к выходу из влагалища и оставляем там до окончания операции. Затем через разрез во влагалище смазываем шейку матки и влагалищные своды подной настойкой, после чего разрез увеличиваем ножницами в обе стороны и через него захватываем переднюю или заднюю губу маточного зева щипцами Мюзо. Потягивая за эти щипцы, отсекаем куперовскими ножницами шейку матки от влагалищных сводов и удаляем весь препарат. Край разреза влагалища ассистент захватывает в это время зажимами. Теперь надо решить вопрос о том, зашить ли влагалище наглухо или применить один из видов дренажа. Мы лично считаем, что в тех случаях, когда инфекция проникла в брюшную полость и в подбрюшинные пространства с их рыхлой клетчаткой, целесообразнее с помощью тщательной перитонизации закрыть брюшную полость наглухо. Если имеется большая гематома или подбрюшинная клетчатка пропиталась кровью, то должен быть обеспечен отток крови или экссудата из подбрюшинных пространств. Дренажировать эти подбрюшинные пространства при помощи резиновых трубок, которые своим давлением могут повредить соседние органы, особенно мочеточник, или дренировать их при помощи марлевых салфеток, которые быстро пропитываются кровью и поэтому перестают выполнять функцию дренажа, а служат лишь источником развития инфекции, с нашей точки зрения не следует. Поэтому отток крови или образующегося экссудата из подбрюшинных пространств должен происходить самопроизвольно. Для этого мы в случае необходимости дренировать подбрюшинные пространства после удаления матки (чаще всего к этому приходится прибегать при операциях по поводу рака шейки матки) применяем «бестампонное» дренирование. Делаем это следующим образом. Переднюю стенку влагалища сшиваем с брюшиной пузырно-маточной складки 1—2 лигатурами, точно таким же образом сшиваем заднюю стенку с брюшиной дугласова кармана; с боков влагалище остается незашитым. Таким образом, боковые подбрюшинные пространства, оставшиеся после удаления матки, непосредственно сообщаются с влагалищной трубкой, и оставшаяся в них кровь или образующийся в них воспалительный экссудат будет стекать во влагалище. Затем производим обычным способом перитонизацию, т. е. непрерывным кетгутовым швом соединяем передний и задний листки брюшины (посредине, где каждый из них уже соединен лигатурами со стенкой влагалища, брюшина сшивается поверх них), далее, начиная от культей круглых связок, накладываем на каждой стороне кисетный шов, прокалывая 1—2 раза иглой задний листок широкой связки, культы яичниковой связки, фаллопиевой трубы и круглой связки (рис. 38). Если вместе с маткой удаляют и придатки, то кисетный шов ведут по заднему листку широкой связки, захватывая вместе с культами яичниковой связки и культу воронко-тазовой связки (*lig. infundibulo-pelvicum*). Таким образом происходит перитонизация клетчатки и всех образовавшихся при экстирпации матки культей. Для более надежного ограждения брюшной полости от проникновения в нее инфекции из инфицированной раны в клетчатке мы применяем метод двойной перитонизации; усвоив этот метод еще в кли-

нике Бумма, мы придерживаемся его и по настоящий день. Метод этот заключается в следующем. После соединения краев брюшины при помощи непрерывного кетгутового шва и погружения в глубину клетчатки культи мы накладываем поверх первого непрерывного шва еще второй тонкий непрерывный кетгутовый шов (мы пользуемся при этом кишечной иглой), который еще раз захватывает складки брюшины впереди и позади первого перитонеального непрерывного шва. Таким образом мы получаем двухэтажный перитонеальный шов, который, по мнению Бумма; Зигварта, Окшича и согласно нашему личному опыту, создает более надежную защиту против проникновения инфекции из подбрюшинной клетчатки в брюшную полость.

При операции по поводу разрыва матки в родах могут возникнуть затруднения, которые при экстирпации матки обычно не встречаются. Так, при боковых разрывах матки, особенно бандлевских; может оторваться маточная артерия или одна из ее веток. Разорванный сосуд, сокращаясь, уходит в глубину рыхлой отечной клетчатки, и здесь конец его теряется. Клетчатка вокруг сосуда пропитывается кровью; и в этом месте возникает гематома, которая может достигь больших размеров. Найти в этих случаях маточную артерию у ребра матки, как это обычно делается при ее экстирпации, становится нелегко, еще труднее найти и перевязать мелкую ветку маточного сосуда, которая, оторвавшись, скрывается в глубине пропитанной кровью клетчатки. При падении кровяного давления у обескровленных больных кровотечение из поврежденного сосуда может остановиться само по себе, но если этот сосуд при операции не будет перевязан, то после операции, благодаря принятым мерам, кровяное давление повысится и вследствие этого кровотечение возобновится. Как бы незначительна ни была эта кровопотеря, она может стать причиной гибели больной, несмотря на своевременно произведенную операцию.

Мысль, что причиной смерти при разрывах матки, несмотря на немедленно произведенную операцию надвлагалищной ампутации или полной экстирпации матки, может явиться кровотечение из оставленной без перевязки разорванной ветви маточного сосуда, возникла у нас уже много лет назад. На эту мысль навел нас случай гибели больной, несмотря на быстро произведенную дежурным врачом операцию. Была произведена обычным способом надвлагалищная ампутация матки и одновременно удалена из параметрия имевшаяся там подбрюшинная гематома. После операции были предприняты все необходимые меры борьбы с анемией, и все же смерть наступила при явлениях нарастающей анемии. При вскрытии обнаружилось новое скопление крови в подбрюшинном пространстве; причем кровотечение произошло из неперевязанной при операции ветви маточной артерии. Нам известны и случаи выздоровления, несмотря на то, что из-за невозможности отыскать разорванный или оторвавшийся сосуд; его не перевязывали, а заканчивали операцию обычным способом. Таков случай Майзеля. Подобные случаи так же неубедительны, как неубедительны и случаи хорошего исхода при разрыве матки, проведенные без операции. Мы лично убеждены, что не раз причиной плохого исхода операции явилось именно последующее кровотечение из скрывшегося в глубине неперевязанного сосуда. Поэтому нужно поставить себе за правило при удалении разорванной матки обеспечить гемостаз самым надежным образом. Едва ли кто-нибудь станет оспаривать это положение в принципиальном отношении. Что касается практического осуществления этого принципа, то даже опытному хирургу иногда бывает трудно отыскать в глубине пропитанной кровью клетчатки сократившийся и спавшийся мелкий кровеносный сосуд. В подобных случаях мы выходили из положения следующим образом: мы разрезали брюшину над гематомой, удаляли

сгустки крови, затем раздвигали оба листка широкой связки, как при радикальной операции рака шейки матки, отыскивали подчревную артерию (*a. hypogastrica*) и перевязывали либо ее, либо маточную артерию у места отхождения ее от подчревной. Даже при наличии большой подбрюшинной гематомы можно без труда отыскать и перевязать подчревную артерию. Если бы при огромной гематоме; распространяющейся подбрюшинно по направлению к почечной области; и встречались затруднения, то, перевязав и перерезав *lig. infundibulo-pelvicum* и пожертвовав придатками этой стороны, можно расщепить брюшину широкой связки (за ее культю) до места деления *a. iliaca communis* на *a. iliaca externa* и *a. hypogastrica* и проследить ход последней до отхождения от нее маточной артерии.

При диффузном кровотечении из околоматочной клетчатки для гемостаза поступают следующим образом: жертвуют придатками этой стороны и перевязывают; а затем перерезают *lig. infundibulo-pelvicum*; круглую связку перевязывают и перерезают несколько отступя от матки, как при вертгеймовской операции; разрезают передний листок брюшины, начиная от культи *lig. infundibulo-pelvicum* до культи круглой связки и немного дальше по направлению к мочевому пузырю; удаляют из параметриев сгустки крови и пальцами широко раздвигают оба листка широкой связки; на заднем листке широкой связки отыскивают мочеточник и выделяют его до места впадения в мочевой пузырь; мочеточник отводят крючком в сторону; чем обеспечивают возможность без риска его повреждения захватить клеммами (зажимами Кохера) кровоточащую клетчатку, пока не будет достигнут полный гемостаз. Маточная артерия обязательно перевязывается.

В зависимости от особенностей каждого отдельного случая разрыва, в частности, местоположения его, может встретиться необходимость видоизменить отдельные этапы операции. Так; например; если разрыв матки проходит в поперечном направлении вдоль контракционного кольца так, что передняя стенка шейки матки вместе с мочевым пузырем оказываются оторванными от тела матки, то оставлять лоскут оторвавшейся шейки не следует. При экстирпации матки в подобных случаях приходится оторванный конец шейки захватить щипцами Мюзо и; потягивая щипцы, отсепаровать от шейки матки и мочевой пузырь; после этого остаток передней стенки отсекают от влагалищного свода. В тех случаях, когда разрыв матки в нижнем сегменте сопровождается отрывом влагалищного свода от шейки, вскрытие влагалищной трубки во время лапаротомии становится излишним; влагалищная часть матки может быть захвачена щипцами через имеющийся во влагалищном своде разрыв.

После того как операция экстирпации матки окончена и из брюшной полости удалены жидкая кровь и сгустки; необходимо проверить состояние соседних органов, особенно после насильственных разрывов, при которых не раз наблюдались повреждения кишечника, мочевых органов и пр.

Техника экстирпации матки через влагалище. Экстирпацию матки после ее разрыва можно производить и влагалищным путем, но для этого нужен ряд условий: прежде всего полная уверенность в том, что разрыв не проникает в брюшную полость (неполный разрыв) и, следовательно, кровь или инфицированное содержимое матки не попали в брюшную полость. Необходимо также быть уверенным в том, что при разрыве не произошло повреждения артериального сосуда, перевязка которого при влагалищном методе операции может стать трудной. И, наконец, не менее важным условием является опыт хирурга в производстве влагалищных чревосечений. Все эти условия, конечно, чрезвычайно ограничивают применение влагалищного метода операции при разрывах матки. Но примененный в подходящем случае этот метод имеет и некоторые

преимущества, как, например, незначительный операционный шок, меньшее количество необходимого для ингаляционного наркоза наркотического средства. Невзирая на эти преимущества, хирург и акушер-гинеколог, не имеющие большого опыта в производстве влагалитных чревосечений, при разрыве матки не должны прибегать к влагалитному методу экстирпации. Что же касается специалистов, владеющих методом влагалитных чревосечений, то и для них применение этого метода при разрывах матки должно быть крайне ограничено, так как редко можно быть уверенным, что брюшина при разрыве не пострадала.

Подготовка операционного поля при влагалитной экстирпации матки обычная для влагалитных операций; спринцевать влагалитце, разумеется, нельзя.

Операция начинается с обнажения шейки матки; для этого пользуются длинными и широкими дуайеновскими зеркалами. Затем эти зеркала заменяют другими, такими же широкими, но более короткими. Переднюю и заднюю губы маточного зева захватывают двузубчатыми щипцами Мюзо. Низведение шейки происходит, благодаря рыхлости тканей связочного аппарата, очень легко. Ввиду того что матка в этих случаях очень большая, разрез во влагалитном своде должен также быть соответственно большим. Это достигается тем, что к циркулярному разрезу вокруг шейки добавляют еще два боковых перпендикулярных. Таким образом, получается на переднем влагалитном своде лоскутный разрез Штрассмана, а горизонтальная линия этого разреза переходит в круговой разрез (вокруг шейки матки). Технику влагалитной экстирпации матки см. в разделе «Маточные кровотечения при полипах и фибромиомах».

Лечение поздно распознанного разрыва матки

В отдельных случаях разрыв матки распознается поздно—через несколько часов или даже на следующий день, когда уже развились явления, ясно указывающие на происшедшую травму. Если диагностируется полный разрыв, то и в этом случае показано немедленное чревосечение. При неполном разрыве, на что может указывать ряд симптомов [боли, часто односторонние; умеренное или значительное малокровие, появление наддупартовой связкой вскоре после родов резистентности (гематомы) сбоку от матки или выпячивание бокового влагалитного свода, нередко—метеоризм, в отдельных случаях дизурические явления], может быть применено консервативное лечение, особенно если все эти явления не нарастают. При консервативном методе лечения применяется покой, давящая повязка, холод на живот, сокращающие и болеутоляющие средства (опий, препараты спорыньи и пр.). Шютте (Schütte) предлагал при наличии большой подбрюшинной гематомы опорожнять ее при помощи бокового разреза брюшной стенки и через этот же разрез дренировать подбрюшинные пространства. Этот метод можно применить в случаях поздно распознанных разрывов при отсутствии угрожающей анемии и перитонеальных явлений, при удовлетворительном состоянии больной и при наличии лишь небольшой, а главное, не нарастающей гематомы. Если имеются явления раздражения брюшины (метеоризм, болезненность живота, учащенный пульс, рвота и пр.), то немедленно приступают к чревосечению.

Борьба с анемией и шоком при разрывах матки

Разрыв матки обычно вызывает явления острой анемии и шока, с которыми необходимо бороться не только до и во время операции, но и по окончании операции. Лучшим средством против острого малокровия и шока

является переливание крови (см. раздел о внематочной беременности). Если произвести переливание крови невозможно, то применяют другие средства для повышения кровяного давления, падение которого связано с уменьшением количества циркулирующей крови. С этой целью применяют подкожные и внутривенные вливания физиологического раствора и глюкозы, ректальные капельные вливания этих растворов. Для воздействия на вазомоторный центр применяют вдыхание углекислоты или карбогена (кислород в смеси с 5% углекислоты). Из медикаментозных средств, действующих на вазомоторный центр, применяют адреналин, стрихнин, камфору, кардиазол, кофеин. Последние, действуя на вазомоторный центр слабее, чем адреналин и стрихнин, тонизируют сердечно-сосудистую систему. К мероприятиям, направленным к повышению кровяного давления, относится, по Эппингеру, также и улучшение функции брюшного пресса, играющего большую роль в удалении крови из брюшных депозитов, в которых кровь скопилась во время шока. В этом отношении помогает бинтование живота, применение тяжести (мешок с песком) на живот. Умеренное согревание (но не перегревание!) тела также способствует улучшению тонуса периферических сосудов. Все же наилучший эффект в борьбе с анемией и шоком дает, повторяем, переливание крови. Поэтому применение его при разрывах матки является одним из важнейших лечебных мероприятий.

ДОБАВЛЕНИЕ

РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РОДАХ

Острые повреждения мочевого пузыря во время родов возникают одновременно с повреждениями половых органов. Хотя повреждения мочевого пузыря едва ли могут угрожать жизни роженицы, но последствия их бывают так тяжелы, а шансы на их самопроизвольное заживление так ничтожны, что хирургическое лечение свежих повреждений мочевых органов приобретает характер неотложной помощи.

Разрывы мочевого пузыря иногда наблюдаются при разрывах матки в родах и очень редко во время беременности. Анатомическая связь мочевого пузыря с шейкой матки обуславливает частые повреждения мочевого пузыря в области его дна. Величина и характер разрыва зависят от механизма его возникновения или от инструмента, которым нанесено повреждение. Если, например, разрыв произошел от того, что при перфорации головки плода перфоратор соскользнул и перфорировал *septum vesicovaginale*, то рана мочевого пузыря может иметь более или менее гладкие края. Если же разрыв произошел при наложении щипцов или явился результатом ранения осколками черепных костей плода, то края раны бывают рваные, разрозненные и т. д. Отсутствие самостоятельного мочеиспускания, отсутствие мочи в пузыре при его катетеризации, появление крови через катетер, выделения с запахом мочи вызывают подозрение на повреждение мочевого пузыря. Диагноз ставится путем тщательного осмотра влагалища и шейки матки зеркалами и зондирования обнаруженного отверстия каким-нибудь длинным тонким инструментом (металлический мужской катетер, изогнутый длинный маточный зонд и пр.). Более точные данные получаются при введении в мочевой пузырь через катетер какой-нибудь окрашенной стерильной жидкости (например кипяченое молоко); появление этой жидкости во влагалище подтверждает наличие дефекта в мочевом пузыре.

Разрыв стенки мочевого пузыря должен быть по возможности тотчас же зашит. Для этого прежде всего нужно полностью обнажить рану со стороны влагалища и найти края разрыва в стенке мочевого пузыря. В некоторых случаях надо линейным разрезом увеличить отверстие во влагалищной стенке, чтобы в пределах раны возможно лучше отделить стенку мочевого пузыря от стенки влагалища, что даст возможность тщательно зашить рану в пузыре. В качестве лигатуры мы применяем тонкий, но крепкий кетгут.

Круто изогнутая тонкая игла захватывает стенку пузыря, не прокалывая слизистой. Отверстие зашивают небольшим количеством отдельных узловых швов, завязывая которые необходимо следить, чтобы края раны были тщательно прилажены друг к другу. Многие хирурги зашивают стенку пузыря в два этажа. Гораш рекомендует шить отдельно края слизистой мочевого пузыря. После того как рана в пузыре зашита, скальпелем или ножницами подравнивают края влагалищной раны и зашивают ее также отдельными кетгутовыми (или шелковыми) лигатурами. Заживлению способствует покойное состояние мочевого пузыря в послеоперационном периоде. Для этого тотчас после операции вводят в него через уретру постоянный катетер, который

и оставляют на 5—7 дней. Необходимо следить, чтобы катетер лежал правильно и не закупоривался мочевыми солями. Полезно ежедневно промывать мочевой пузырь через катетер маленькими порциями (50—70 см³) 2% стерильного борного раствора. Если катетер закупорился, его необходимо немедленно сменить. Атабеков и некоторые другие авторы являются противниками постоянного катетера, считая его инородным телом, мешающим заживлению пузырного свища.

К сожалению, несмотря на принятие всех мер, операция при разрыве пузыря далеко не всегда дает благоприятные результаты.

Если разрыв мочевого пузыря произошел одновременно с разрывом матки, влагалище же осталось неповрежденным, то при чревосечении мочевой пузырь зашивают со стороны брюшной раны. Делают это следующим образом: сначала удаляют матку, как это было описано выше. Так как при экстирпации матки мочевой пузырь полностью отделяется от шейки матки, то разрыв в стенке мочевого пузыря сам собой обнажается и становится доступным для изолированного зашивания. Сшивание краев разрыва в стенке мочевого пузыря производят таким же способом, как и зашивание свежего разрыва мочевого пузыря через влагалище. После того как рана в мочевом пузыре зашита, ее необходимо укрыть, пришив край брюшины маточно-пузырной складки к краю передней влагалищной стенки, т. е. сделать то, что обычно делают с целью перитонизации, после того как матка отсечена от влагалищных сводов. Послеоперационный уход такой же, как и после зашивания мочевого пузыря через влагалище.

ВЫВОРОТ МАТКИ

ВЫВОРОТ МАТКИ В РОДАХ

Выворот матки чаще всего происходит в связи с родовым актом, но наблюдается чрезвычайно редко.

По Яшке, один случай выворота наблюдается на 300 000—400 000 случаев родов; по Гентеру, на 135 000 родов в петербургских родильных приютах был 1 случай выворота, а на 200 000 родов в родильном доме им. Снегирева не было ни одного случая острого выворота; последующая статистика того же учреждения, в которую вошло 70 000 родов, дала 2 случая выворота (М. И. Рыжков).

Выворот чаще встречается при доношенной беременности и в большинстве случаев у первородящих, особенно у очень молодых. Синявская описала случай острого выворота матки при полном выкидыше 24 недель, наблюдавшийся ею в 1938 г.

Необходимыми условиями для возникновения выворота являются, во-первых, полнейшая атония маточной стенки и, во-вторых, давление на дно матки со стороны брюшной стенки или потягивание за прикрепленную к дну матки плаценту; опухоль и т. п.

Острый полный выворот матки независимо от причин и механизма его возникновения всегда сопровождается серьезными симптомами, среди которых видное место занимают явления перитонеального шока и кровотечения из плацентарной площадки. В момент выворота, вследствие травматизации брюшины, покрывающей матку, и натяжения маточных связок, родильница испытывает резкую боль. Нередко начинают также развиваться явления перитонеального шока. Пульс учащается, лицо бледнеет и покрывается холодным потом, иногда наступает обморок. В редких случаях появляется метеоризм. По Яшке, причиной смертельных исходов в трети случаев являются кровотечения. В дальнейшем могут развиваться и явления септического характера (в 2% наблюдавшихся случаев выворота больные погибли от сепсиса).

Общая смертность колеблется в пределах от 6 до 20% и в среднем равняется по Цангмейстеру (Zangemeister) 16%. Эти цифровые данные с достаточной убедительностью указывают на необходимость в каждом случае острого выворота матки предпринимать экстренное вмешательство.

Диагностика полного выворота пuerперальной матки в сущности не представляет трудностей, если помнить о возможности такого осложнения в родах. Весьма характерны данные объективного исследо-

вания, особенно при полном вывороте матки. При исследовании обнаруживают во влагалище или впереди вульвы шаровидную опухоль мягкой консистенции. Иногда на этой опухоли сидит плацента, и тогда диагностика несомненна. Если плацента уже отделилась, то при внимательном осмотре поверхности опухоли иногда можно заметить маточные отверстия фаллопиевых труб. При двуручном исследовании наружная рука на месте дна матки обнаруживает более или менее глубокую воронку.

Затруднения при постановке диагноза могут возникнуть при наличии переполненного мочевого пузыря; при резком напряжении брюшной стенки, при комбинации выворота с фибромиомой. Предварительная катетеризация мочевого пузыря, а также исследование под наркозом могут облегчить диагностику.

Неполные вывороты матки часто не сопровождаются характерными симптомами и поэтому нередко не распознаются. Большого значения это не имеет, так как частичный выворот в течение послеродового периода во многих случаях самоизлечивается.

В лечении острого выворота матки в родах имеется еще много спорного и неразрешенного, главным образом потому, что личный опыт каждого автора в этом вопросе весьма незначителен. Ряд моментов, как явления шока, сопровождающие острый выворот, опасность кровопотери при выжидании и трудности; возникающие при попытке вправить выворот, говорят в пользу немедленного вмешательства при вывороте матки. Такую линию поведения необходимо рекомендовать, несмотря на то, что были описаны случаи самопроизвольного вправления матки при выжидании в течение нескольких дней и даже нескольких недель (в 1939 г. Ерина опубликовала 2 собственных наблюдения из родильного дома Чарджоу Туркменской республики).

Ряд литературных данных указывает на опасность вправления выворота при наличии у больной явлений шока.

По Цангемайстеру, на 172 случая вправления выворота в 14 случаях (8%) наступила смерть в связи с самим вмешательством. Отсюда он делает вывод, что к вправлению следует приступать лишь по истечении некоторого времени. Филипс (Philips) (цит. по Гентеру) собрал из английской литературы 184 случая выворота; при немедленном вправлении смертельный исход наблюдался в 30%, при выжидании—в 5%.

Приводимые данные едва ли могут поколебать господствующий принцип целесообразности немедленного вправления выворота, но они дают основание внести в этот принцип известный корректив, сводящийся к тому, что в тех случаях, когда больная находится в состоянии тяжелого шока, вправление выворота следует отложить на несколько часов, в течение которых при помощи аналептических средств надо вывести больную из состояния шока.

Это частичное ограничение принципа немедленного вмешательства Яшке считает возможным несколько расширить, включая в число противопоказаний к немедленному вправлению и те случаи, когда вправление, несмотря на применение глубокого наркоза, встречает большие затруднения. Вместе с тем он указывает, что легче побороть явления шока, чем осложнения, наступающие после большой кровопотери, с которой связан метод выжидания. Глубокий эфирный наркоз, применение аналептических средств (камфора, кофеин и пр.) дали возможность Яшке в 2 случаях выворота матки не только устранить явление шока, но и легко вправить выворот, не вызвав при этом нового шока, что, по данным литературы, иногда наблюдалось при вмешательствах.

Поэтому в случае возникновения острого выворота матки в родах надо возможно скорее под глубоким наркозом вправить его.

Техника вправления выворота матки. Наружные половые органы, а также вывернутые матку и влагалище обмывают спиртом и смазывают йодной настойкой. Если плацента еще не отделилась, то ее отделяют, затем смазывают плацентарную площадку йодной настойкой и после этого приступают к вправлению матки. Для того чтобы при вправлении матки не выскальзывала, ее покрывают стерильной марлей; затем, обхватив левой рукой влагалище и шейку вывернутой матки, оператор сложенными пальцами правой руки производит осторожное давление на дно матки. Получающееся вначале небольшое вдавление постепенно расширяется и углубляется; и когда в вывернутом дне матки получается довольно глубокая воронка, то дальнейшее вправление происходит уже как бы само собой. В этот момент левая рука оператора, переведенная на брюшную стенку, захватывает тело вправленной матки и, слегка массируя его, удерживает матку от повторного выворота. О случаях повторного выворота имеются сообщения в литературе. Так как одним из условий возникновения выворота является, как уже указывалось, атоническое состояние матки, то во избежание повторного выворота, необходимо повысить тонус мышц матки тотчас после вправления, впрыскивая большой питуинрин, эрготин или какой-либо другой препарат спорыньи.

Если вправить выворот, несмотря на применение глубокого наркоза и правильной техники, не удастся, то вместо того чтобы по несколько раз повторять бесплодные попытки, что лишь увеличивает травму и усиливает угрозу инфекции, лучше прибегнуть к хирургическому методу; который был предложен Кюстнером и в дальнейшем подвергся Вестмарком (Westmark), Борелнусом (Borelius) и Пикколи (Piccoli) небольшим модификациям.

Так как хирургический метод операции выворота применяется преимущественно в гинекологической практике; то описание этой операции мы приведем ниже.

Если выворот произошел несколько дней назад и уже имеются признаки инфекции или если началась гангрена матки, то операция должна заключаться в удалении матки влагалищным путем.

ВЫВОРОТ МАТКИ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ (НЕРОДОВОЙ ВЫВОРОТ)

Выворот матки вне беременности и родов наблюдается еще реже, чем пuerперальный. Особенно редко наблюдается полный выворот (*inversio completa*); когда вывернутая наизнанку матка лежит во влагалище, и *inversio totalis*, когда одновременно с выворотом матки имеется и выпадение влагалища.

Выворот матки независимо от причины, вызвавшей его [рождающаяся подслизистая фибромиома матки (онкогенетический выворот), увеличивающийся пролапс влагалища («идиопатический» выворот)], возникает медленно. Только при насильственном вывороте, являющемся следствием грубого извлечения маточного полипа (см. раздел о полипах), наблюдаются острые онкогенетические вывороты.

Естественно, что при неродовых выворотах явления перитонеального шока у больных обычно отсутствуют, а явления инфекции развиваются реже и еще реже приводят к септическому процессу.

Обычно симптомы выворота, в частности, онкогенетического, мало отличаются от тех симптомов, которые вызываются рождающимися подслизистыми фибромиомами. И в том, и в другом случае симптомом, заставляющим прибегнуть к операции, является кровотечение.

Частичные некрозы вывороченной слизистой матки, являющиеся источником инфекции, встречаются, по Яшке, одинаково часто при обоих видах выворота.

Выворот матки при пролапсе, как это видно из литературных данных, редко вызывает симптомы, которые могли бы служить показанием к неотложной операции. Однако случай, наблюдавшийся в нашей клинике в конце 1939 г. (больная П., 55 лет, история болезни № 540), показывает, что выворот, сопровождавшийся пролапсом, может довести больную до кахектического состояния и требует поэтому скорейшего оперативного вмешательства (рис. 42). Правда, значительное истощение имелось, вероятно, у нашей больной и до возникновения выворота и служило, надо полагать, одним из условий, приведших к вывороту (атоническое состояние мышцы матки). Но как бы то ни было, тяжелое состояние больной настолько усугублялось выворотом выпавшей матки, что операцию необходимо было сделать почти по витальным показаниям.

У больной, кроме выворота, имелся еще и огромный пролапс влагалища. После удаления матки, учитывая истощенное состояние больной и отсутствие у нее половой жизни, решили произвести операцию Нейгебауэра-Лефора. Эта операция, наиболее легкая как в техническом отношении, так и в смысле операционной травмы, дает в подходящих случаях прекрасные результаты. Для того чтобы, помимо создания как бы двустольчатого узкого влагалища, укрепить еще и тазовое дно, к операции Нейгебауэра-Лефора была присоединена перинеопластика с сшиванием леваторов. Больная хорошо перенесла операцию и выписалась с хорошим пластическим результатом операции пролапса.

Д и а г н о с т и к а неродового выворота матки при полном пролапсе чрезвычайно проста. При осмотре обнаруживается розовато-красноватого цвета неровная слизистая вывороченной наизнанку матки, которая отличается от более белой и гладкой поверхности выпавшего влагалища.

При онкогенетическом вывороте, особенно в тех случаях, когда вывороченная матка лежит во влагалище, необходимо произвести самое тщательное двуручное исследование и обратить внимание на то, прощупывается ли наружной рукой дно матки или на его месте отмечается более или менее глубокая воронка.

Ручное вправление выворота вместе с пролапсом невозможно. Операция в этом случае может быть произведена лишь острым путем.

При онкогенетическом вывороте операция заключается в том, что сначала вылучают опухоль, вызвавшую выворот матки. Как всегда при удалении подслизистой опухоли, ее нельзя просто отрезать, так как при этом можно повредить стенку матки и вызвать значительное кровотечение, а иногда при этом может произойти сквозное ранение стенки матки и повреждение кишок (см. раздел о полипах). Если опухоль имела не толстую



Рис. 42. Полный выворот матки при ее пролапсе (собственное наблюдение).

ножку, то после ее вылуцения матка может быть сохранена, особенно, если операция производится еще у молодой женщины. Затем пальцами производят вправление вывернутой матки, как это было описано выше для случаев выворота матки в родах. Часто такой метод вправления у гинекологических больных не дает результата, тогда вправление матки производят острым путем по влагалищному методу Кюстнер-Пинколи.

Техника операции по методу Кюстнер-Пинколи

После тщательной дезинфекции наружных половых органов, влагалища и вывернутой матки спиртом и подной настойкой захватывают матку рукой или пулевыми щипцами и оттягивают кверху. Поперечным разрезом рас-



Рис. 43. Операция выворота матки. Поперечный разрез через задний влагалищный свод.

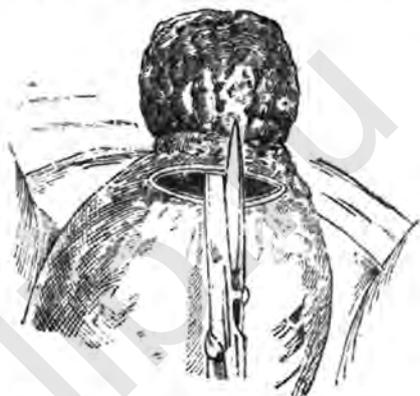


Рис. 44. Разрез через заднюю стенку матки при операции выворота.



Рис. 45. Начало вворачивания матки (эндометрий вворачивается внутрь).

секают задний влагалищный свод и брюшину дугласова пространства (рис. 43) и проникают таким образом в брюшную полость (*kolpotoμία posterior*). Через отверстие вводят указательный палец левой руки внутрь воронкообразного мешка, который образовала брюшинная поверхность вывернутой матки, чтобы выяснить, нет ли в мешке кишечной петли или сальника. Фаллопиевы трубы всегда находятся в этом мешке, яичники же, удерживаемые своими связками, не всегда опущены. Убедившись в том, что брюшных органов в мешке нет (если же они имеются в мешке,

их отодвигают в брюшную полость туфером), рассекают матку по задней ее стенке, начиная от задней губы шейки до дна матки (рис. 44). После этого, захватив оба края маточного разреза между указательными и большими пальцами, рассеченную матку выворачивают брюшинной поверхностью наружу, а слизистой оболочкой внутрь (рис. 45 и 46). Это удается очень легко. После этого вправленная матка лежит дном книзу; задняя (рассеченная) стенка матки направлена кпереди, передняя (целая) — кзади.

В этот момент матка находится в таком же положении, как и при влагалищной экстирпации, когда задний свод вскрыт и матка, подтягиваемая за дно, вывихивается кпереди и книзу [Фор (Fauré)].



Рис. 46. Продолжение вворачивания матки.

Если матку оставляют, то необходимо сначала зашить сделанный в ее стенке разрез, а затем вправить ее в брюшную полость и зашить разрез в заднем влагалищном своде. Если же матку решено удалить, то, не зашивая в ней разреза, производят влагалищную экстирпацию обычным способом.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИПАХ И ФИБРОМИОМАХ

Под полипами подразумеваются образования самого разнообразного характера. Так, например, плацентарные полипы представляют собой задержавшуюся и организовавшуюся дольку или часть последа, сидящую на широком основании в полости матки; другие полипы, образовавшиеся на слизистых оболочках матки, состоят как бы из ткани самой слизистой, но патологически измененной. Большинство их представляют собой ограниченные гиперплазии слизистой оболочки, возникшие на почве воспаления.

СЛИЗИСТЫЕ ПОЛИПЫ

Наиболее типичными из них являются цервикальные полипы. Под влиянием воспалительного процесса, особенно хронического, слизистая оболочка цервикального канала гипертрофируется. Она и в нормальном состоянии образует складки, напоминающие полипозные образования, при воспалительном же отеке или гипертрофии эти складки еще сильнее выбухают, вытягиваясь в настоящие полипы. Гораздо реже полипы образуются на влагалищной части матки, возникая здесь на почве папилляр-

ной эрозии. Отдельные *ovula Nabothi*, появляющиеся на влагалищной части матки и ведущие нередко к фолликулярной гипертрофии шейки, могут при значительном развитии наружу вытягиваться и также принять форму полипа (*ovulum Nabothi pendulum*). Полипы могут быть единичными или множественными. Они могут достигать значительных размеров, но большей частью не превышают величины горошины. В редких случаях полипы шейки матки представляют собой настоящее новообразование слизистой оболочки—полипозную аденому.

Полипозные образования возникают также и в матке. Слизистая оболочка тела матки (физиологически подвергающаяся циклическим изменениям) под влиянием воспалительных процессов, функциональных расстройств, связанных с гормональными влияниями, утолщается, гиперплазируется. Утолщение слизистой оболочки матки может иметь при этом неравномерный характер, отдельные участки, наиболее гипертрофированные, начинают выбухать над остальной поверхностью слизистой оболочки. Под влиянием маточных сокращений полипозные утолщения постепенно вытягиваются в длину и приобретают «ножку», которая при рождении полипа через маточный зев легко сдавливается; отток крови через проходящие в ножке венозные сосуды становится затрудненным или вовсе прекращается. В результате этого в полипе возникают застойные явления: появляется отек, кровоизлияния в ткань, кровотечения наружу. Иногда происходит перекручивание ножки полипа, что ведет к его некрозу. Изредка маточные полипы подвергаются раковому перерождению.

Слизистые полипы, возникшие у пожилых женщин, плотны и эластичны, вследствие чего при выскабливании могут и не попасть в соскоб (Опитц). При микроскопическом исследовании полипов, удаленных у пожилых женщин, необходимо быть особенно внимательным, чтобы не принять за доброкачественный полип рак, который изредка развивается в виде полипозного образования.

В шейчных слизистых полипах очень часто наблюдаются воспалительные явления, расстройства кровообращения, ведущие к отеку, кровоизлияниям в ткань, изъязвлениям и кровотечениям наружу, а иногда и к полному некрозу. В редких случаях наблюдается и перерождение слизистого полипа в рак. Ввиду этого слизистые полипы матки следует всегда удалять и по возможности исследовать гистологически.

Самым простым способом удаления слизистых полипов, какой бы величины они ни были, является их откручивание. Эта операция доступна не только специалисту, но и участковому врачу.

Техника откручивания весьма проста: после дезинфекции влагалища обнажают зеркалами влагалищную часть матки и протирают ее спиртом. Затем тщательно смазывают иодной настойкой шейку матки и свисающий во влагалище полип. Ножку полипа захватывают каким-нибудь инструментом, например, корнцангом, который вращают вокруг его продольной оси в одну и ту же сторону до тех пор, пока полип не открутится. При тонкой ножке полип откручивается очень быстро и абсолютно безболезненно. После удаления полипа место его отхождения вновь смазывают иодной настойкой. Так как после удаления сильно васкуляризированных полипов иногда наблюдаются кровотечения, то лучше удалять полип не амбулаторно, а в стационаре, особенно если ножка полипа не очень тонка. Если полип откручивают в амбулаторной обстановке, то во избежание последующего кровотечения следует плотно затампонировать

влагалище стерилизованной полосой марли и оставить тампон на 12—20 часов. Так как причиной возникновения слизистых полипов шейки матки являются главным образом воспалительные процессы, то после удаления полипа необходимо провести еще систематическое лечение первопричины патологического процесса, которая привела к образованию полипа (эндоцервицит, эрозия шейки, фолликулярная гипертрофия шейки и пр.).

Слизистые полипы тела матки нередко бывают множественными и сопровождаются более или менее диффузной гипертрофией всей слизистой оболочки матки. Поэтому после откручивания маточного полипа необходимо произвести еще и выскабливание матки. Но во многих случаях к немедленному выскабливанию полости матки могут иметься противопоказания — воспалительные процессы в области внутренних половых органов или некроз полипа. В этих случаях операцию выскабливания следует отложить или заменить ее каким-нибудь другим методом лечения, как, например, прижиганием формалином или иодом, внутриматочными впрыскиваниями по Грамматикати и пр.

Кроме слизистых полипов, полиповый вид могут иметь опухоли (фибромиомы) матки, если они, выпячивая слизистую оболочку, свисают в просвет маточного канала и под влиянием сокращений маточной мышцы рождаются во влагалище.

ФИБРОЗНЫЕ ПОЛИПЫ

Из опухолей матки чаще всего принимают вид полипа подслизистые фибромиомы матки (фиброзные полипы), дающие характерную клиническую картину этого страдания.

Фибромиомы возникают и локализуются чаще всего в теле матки, особенно в задней стенке и в дне матки. Значительно реже они встречаются в шейке матки и опять-таки главным образом в задней ее стенке. Большую редкость представляют фибромиомы влагалищной части матки, где они чаще локализуются на передней губе маточного зева.

Возникнув первоначально под слизистой оболочкой тела матки, фибромиома под влиянием маточных сокращений постепенно изгоняется в сторону наименьшего сопротивления и таким образом медленно рождается в полость матки или в цервикальный канал, приобретая более или менее ясно выраженную ножку. Рождающиеся опухоли, благодаря ухудшению питания через растянутую ножку, в сосудах которой нередко возникает тромбоз и пр., часто подвергаются некрозу, который начинается в нижнем полюсе опухоли.

Самым частым симптомом, вызываемым подслизистой фибромиомой матки, являются маточные кровотечения типа меноррагий. Кровотечения эти бывают тем обильнее и длительнее, чем ближе расположена опухоль к слизистой оболочке матки, чем больше она ее выпячивает в полость матки и чем больше опухоль по своей форме приближается к типу фиброзного полипа. Процесс рождения фиброзного полипа сопровождается схваткообразными болями, которые появляются или усиливаются во время менструации (дисменоррея). После того как в полипе возникли дегенеративные изменения и начался распад, к меноррагии присоединяется кровотечение из распадающейся опухоли. Таким образом, кровотечение приобретает характер мено-метроррагии. Кровопотери могут быть настолько интенсивными, что вызывают у больной резкое малокровие.

К явлениям малокровия могут присоединиться симптомы инфекции, исходящей из гангренозного распада опухоли. Таким образом, при развитии подслизистой фибромиомы в полип в клинической картине будут преобладать явления меноррагии и дисменорреи, после же рождения полипа—явления метроррагии, а в некоторых случаях также распада и инфекции.

Ясно, что чем крупнее полип, тем значительнее опасности, с ним связанные. Но надо также отметить, что при рождении даже небольшого полипа могут наблюдаться значительные кровопотери. Объясняется это тем, что, кроме родившегося полипа, матка может содержать еще и другие



Рис. 47. Фиброзный полип; место отхождения неясно.



Рис. 48. Фиброзный полип, исходящий из влагалищной части матки.

миоматозные узлы, которые, независимо от полипа, сами по себе также могут вызывать маточные кровотечения.

Ввиду приведенных выше соображений иногда при кровотечениях на почве фиброзных полипов не следует ограничиваться удалением только полипа, а надо производить радикальную операцию удаления всей миоматозной матки.

Так необходимо поступать во всех случаях, где имеется полип, сидящий на широком основании, или где матка, кроме родившегося полипа, содержит еще и узлы, которые по своей величине или расположению вызывают те или иные болезненные симптомы, а также в тех случаях, когда лихорадочное состояние и ихорозный характер выделений указывают на наличие инфекции в полости матки или даже на распространение инфекции на маточную стенку. Удаление в подобном случае всей инфицированной матки влагалищным путем с дренированием через влагалищный свод является иногда более безопасной операцией, чем энуклеация одного лишь полипа, особенно полипа, имеющего широкое основание.

В тех же случаях, когда фиброзный полип имеет сравнительно тонкую ножку, когда ясно выраженных признаков инфекции маточной стенки нет, на что может указывать температура, пульс, картина крови, реакция оседания эритроцитов, данные гинекологического исследования (отсутствие болезненности при пальпации и пр.), достаточно удалить только полип. Если, кроме этого полипа, других миоматозных узлов в матке нет, то удаление полипа окажется методом, для данного случая достаточно

радикальным. В других же случаях, особенно при множественной фибромиоме и наличии больших опухолей, удаление полипа является предварительным вмешательством, имеющим целью прекратить их хронические выделения и подготовить таким образом больную к последующей радикальной операции.

В практике участкового врача могут встретиться случаи, когда, несмотря на наличие показаний к экстирпации матки, он все же должен



Рис. 49. Полип, исходящий из цервикального канала.

будет прибегнуть к удалению одного лишь полипа, а именно в тех случаях, когда кровотечение настолько сильно, что помощь должна быть оказана немедленно, а поблизости нет соответствующего лечебного учреждения. По удалении полипа кровотечение может прекратиться, что даст возможность отложить радикальную операцию и позволит перевести больную даже в далеко отстоящее лечебное учреждение.

В техническом отношении такая операция удаления полипа доступна не только квалифицированному специалисту-гинекологу, но и каждому практическому врачу, пользующемуся в своей работе оперативными методами лечения. Само собой разумеется, что основной предпосылкой для успеха является правильная диагностика как характера полипа — дифференцирование его от злокачественного новообразования или от выворота матки, — так и места его расположения.

На рис. 47 изображен фиброзный полип, место отхождения которого не может быть определено ни при пальпации, ни при осмотре зеркалами: полип может исходить из влагалищной части матки (рис. 48), из цервикального канала (рис. 49), из полости матки (рис. 50).

При дифференциальном диагнозе между фиброзным полипом и злокачественной опухолью следует помнить, что в редких случаях в шейке матки могут встречаться саркомы, представляющие собой полипозные образования гроздевидной или узловой формы; иногда саркоматозный полип состоит как бы из нескольких лопастей, иногда же он напоминает ворсинчатое образование. Саркома шейки матки может образоваться из слизистой оболочки или прорасти через нее, исходя вначале из мышечной стенки шейки. Отличительной особенностью саркомы шейки матки является ее мягкая консистенция, в то время как фиброзный полип имеет



Рис. 50. Полип, исходящий из тела матки.

более плотную консистенцию. Поверхность саркомы отличается от поверхности фиброзного полипа тем, что она состоит, как уже было указано выше, из множества соединенных воедино образований, тогда как фиброзный полип представляет собой как бы одно целое. На разрезе саркома шейки матки имеет мозговидный характер; поверхность разреза влажная, окраска равномерно беловатая или желтоватая, иногда с кровоизлияниями в ткань; фиброзный же полип имеет на разрезе характерный для фибромиомы слоистый вид и менее влажную, чем при саркоме, поверхность. Быстро рецидивирующие полипы весьма подозрительны на злокачественное новообразование—саркому или рак. В сомнительном случае гистологическое исследование опухоли обязательно.

После того как установлено наличие фиброзного полипа, необходимо определить место его отхождения, т. е. надо установить, исходит ли он



Рис. 51. Частичный выворот матки при рождении полипа на толстой ножке.

а — начало выворота; б — дугласов карман; в — задний влагалищный свод.

из тела матки, из дна ее или из шейки; еще важнее определить, имеет ли опухоль широкое основание или тонкую ножку. Если полип соединен со стенкой матки ножкой, которая доступна осмотру, то для методики оперативного пособия почти безразлично, откуда ножка исходит: для удаления полипа достаточно отсечь ножку у самой опухоли. Так как больные с такими полипами нередко уже в значительной степени обескровлены, то желательно предупредить новую, хотя бы и незначительную кровопотерю при операции. Поэтому, перед тем как отсечь ножку, ее перевязывают лигатурой или накладывают на нее зажим Кохера, который снимают через 24 часа. Если же ножка полипа не очень тонка, то отсекать полип таким способом ни в коем случае не следует, так как при рождении опухоли, соединенной со стенкой матки более толстой ножкой, может произойти частичный или полный выворот стенки матки, вследствие чего при отсечении ножки может быть повреждена стенка матки (рис. 51). Подобное повреждение стенки матки, особенно если оно сквозное, иногда ведет к тяжелейшим последствиям. Выворот стенки матки может произойти не только при самопроизвольном рождении полипа, но и в том случае, когда за полип сильно тянут при операции (рис. 52); поэтому никогда не следует с силой извлекать полип из матки. Если полип закрывает маточный зев и его ножка не видна, то, чтобы сделать ее доступной осмотру, следует слегка потянуть за полип, захватив его какими-нибудь

щипцами (пулевыми или щипцами Мюзо; рис. 53). Если легкого потягивания, чтобы обнажить ножку полипа, окажется недостаточно, то, прежде чем приступить к откручиванию, надо разрезать наружный маточный зев или сделать кольпогистеротомию. Предположить, что полип исходит из тела матки и имеет короткую ножку, можно в тех случаях, когда он лишь по временам появляется в зеве, главным образом во время менструации. При исследовании больной в этот период можно обнаружить полип в маточном зеве, между тем как при гинекологическом смотре вне менструации его во многих случаях обнаружить не удастся. На этой почве иногда возникают разногласия между врачами, исследовавшими больную в различное время. Откуда бы ни исходил фиброзный полип, имеющий толстую ножку, отсекают такую ножку никогда не следует, а нужно вылу-



Рис. 52. Начало выворота матки при извлечении полипа.

а — выворот задней стенки; б — дугласов карман; в — задний влагалищный свод. Пунктиром обозначено место возможного повреждения стенки матки при отсечении ножки полипа.

Рис. 53. Обнажение ножки полипа путем легкого потягивания за полип.

чить опухоль из капсулы после предварительного ее рассечения. Капсула, как при всякой подслизистой фибромиоме, состоит из слизистой оболочки матки, нередко подвергающейся при рождении полипа изъязвлению, и тонкого слоя подлежащей мышечной капсулы фибромиомы.

Подготовка операционного поля производится обычным для влагалищных операций способом; спринцевать влагалище в этих случаях не следует во избежание затекания жидкости из влагалища в полость матки. Дезинфекция производится главным образом спиртом и иодной настойкой при помощи туфферов.

Очень важно дезинфицировать полип вместе с его ножкой; для этого в цервикальный канал несколько раз вводят на зонде узкую, пропитанную иодной настойкой полоску марли.

Операция производится следующим образом: после обнажения зеркалами влагалищной части матки полип захватывают крепкими щипцами, например, щипцами Мюзо, и, слегка потягивая за них, обнажают ножку опухоли. О том, что не следует сильно вытягивать полип во избежание выворота стенки матки, было уже сказано выше. Концами длинных, несколько изогнутых (куперовских) ножниц или скальпелем надсекают капсулу опухоли по ее периферии; ближе к ножке (рис. 54); разрез должен обойти все основание опухоли. После этого опухоль откручивают, вращая в одном направлении щипцы, которыми она была захвачена. Вылу-

щение происходит очень быстро. При откручивании опухоли кровотечения обычно не бывает, так как сосуды капсулы, питающие опухоль, при



Рис. 54. Вытупение полипа после того, как капсула у его основания рассечена.

энергичном вращении опухоли перекручиваются и закручиваются, что имеет большое значение для больной, поступающей в таких случаях на операцию уже обескровленной.

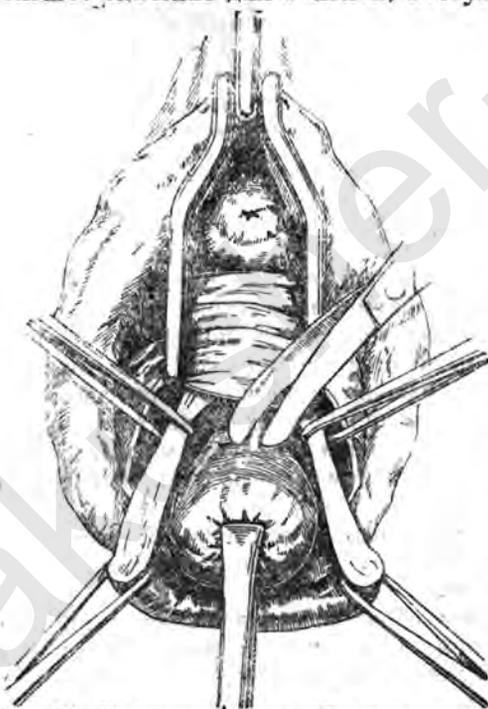


Рис. 55. Удаление полипа. После того как передняя стенка шейки матки рассечена, надсекают капсулу полипа у его основания.

осмотру, его вытупают указанным выше

способом. Если же опухоль лежит еще выше, т. е. в полости матки, то для получения доступа к ней может

оставшееся после вытупления опухоли, смазывают подной настоек. Влагалище тампонируют марлевой ползской, которую удаляют через 8—12 часов. Оставшаяся ножка полипа быстро укорачивается и постепенно атрофируется.

Если опухоль еще находится в расширенном цервикальном канале, необходимо перед ее вытуплением, как уже указывалось выше, осмотреть ее основание. Если при осторожном легком потягивании полипа это не удастся вследствие еще недостаточного раскрытия наружного маточного зева, то зев надсекают спереди. Если и это мероприятие оказывается недостаточным, а маточный зев в достаточной мере истончен, открытие зева увеличивают при помощи боковых насечек длиной в 1—1,5 см. Когда весь полип становится доступен

способом. Если же опухоль лежит еще выше, т. е. в полости матки, то для получения доступа к ней может

оказаться необходимым, особенно у молодой больной, у которой желательно сохранить матку, произвести кольпогистеротомию, подобно тому как это делают при влагалищном кесарском сечении (технику см. в разделе о кесарском сечении).

После того как передняя стенка шейки рассечена до внутреннего маточного зева или даже чуть выше, опухоль откручивают или выщипывают по методу, описанному выше для удаления полипов, уже родившихся во влагалище (рис. 55 и 56).

Если после того, как сделана кольпогистеротомия, оказывается, что опухоль сидит в полости матки на широком основании, то после выщипывания опухоли следует тотчас же сделать экстирпацию матки.

Техника удаления миоматозной матки через влагалище

В прежнее время, когда влагалищное чрезвсечение давало значительно лучшие результаты, чем брюшностеночное, гинекологи старались оперировать фибромиомы по возможности через влагалище. В настоящее время прибегать к весьма сложному методу влагалищной экстирпации матки при наличии больших опухолей в большинстве случаев нецелесообразно. Однако при наличии рождающейся, распадающейся и инфицированной фибромиомы матки, которую невозможно надежно продезинфицировать и весьма опасно изглекать через брюшную рану, экстирпация матки через влагалище имеет огромное преимущество перед операцией брюшностеночным путем. Поэтому если опухоль можно вдавить в таз и она по своей величине не превышает объема матки при беременности трех месяцев, то во многих случаях, особенно при рождающейся во влагалище опухоли, мы оперируем влагалищным путем. Если объем матки даже больше указанного, но опухоль состоит из отдельных узлов, из которых каждый может быть извлечен через разрез во влагалищном своде, то мы, учитывая угрозу инфекции брюшины из распадающегося угла, стараемся произвести операцию влагалищным путем.

Большое значение имеет отсутствие препятствий к низведению шейки матки в преддверие влагалища. Для того чтобы убедиться в этом, необходимо сделать своего рода пробную тракцию, разумеется, после того, как больной дан наркоз: захватив шейку матки щипцами Мюзо, мы с постепенно нарастающей силой стягиваем шейку вниз, одновременно производя качательные движения в стороны. Если таким образом удастся низвести влагалищную часть матки в преддверие или даже наружу, то шансы на удачу операции значительно увеличиваются.

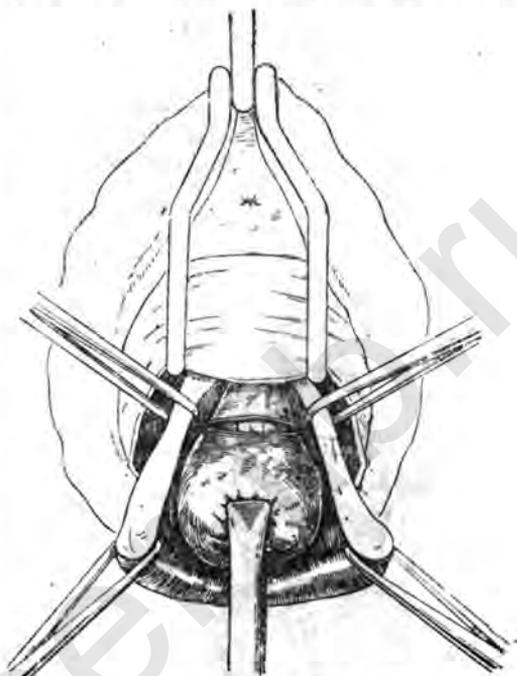


Рис. 56. Удаление полипа. Капсула рассекается вокруг всего основания полипа.

Меньшее значение для возможности сделать операцию имеет ширина влагалища; если оно узкое, то можно расширить его разрезом по Шухардту, проведенным на одной или даже на обеих сторонах.

Техника операции при рождающихся фибромиомах матки заключается в следующем. Наружные половые органы дезинфицируют обычным способом; мочу спускают катетером. Дезинфекция влагалища и рождающейся или уже родившейся фибромиомы требует особой тщательности и отнимает довольно много времени. Применять для дезинфекции влагалища, как обычно, спринцевание в этих случаях нельзя. Можно, пожалуй, допустить промывание влагалища через маточный наконечник с двойным током (маточный катетер Фрич-Бозе-

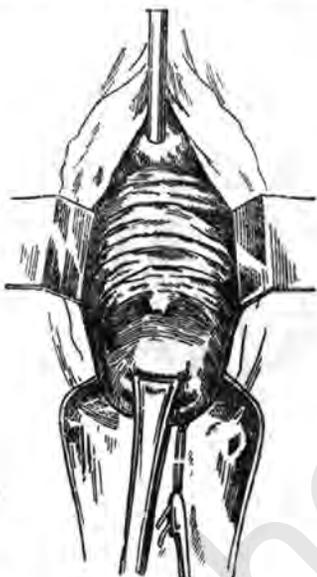


Рис. 57. Экстирпация матки. Нижняя граница мочевого пузыря лежит на линии последней *colunnae rugarum*. Для проверки в мочевой пузырь введен катетер.

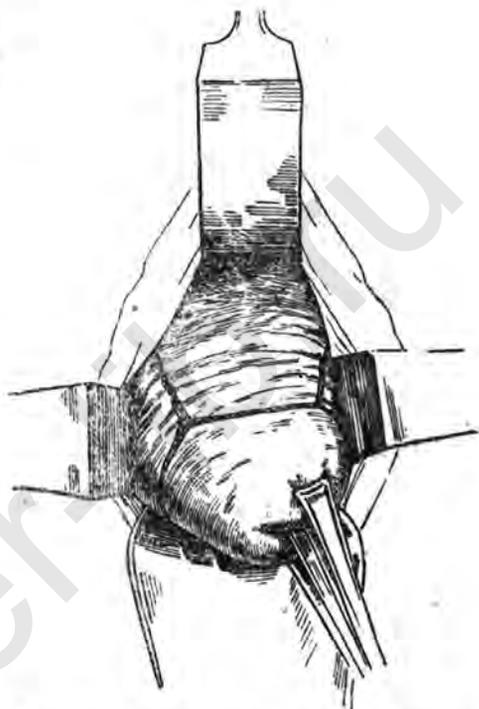


Рис. 58. Экстирпация матки. Циркулярный разрез вокруг шейки матки. На передней стенке к нему добавлены два боковых разреза.

мана), но и такой метод не совсем безопасен, так как промывная жидкость может все же проникнуть в матку и даже задержаться между миоматозными узлами. Мы предпочитаем поэтому всю очистку и дезинфекцию влагалища и имеющейся в нем опухоли производить в зеркалах тупферами, обильно смоченными сначала спиртом, а затем иодной настойкой. Берем минимум 3—4 тупфера, смоченных спиртом, и столько же, смоченных иодной настойкой. Стараемся обойти со всех сторон опухоль. Кроме того, узкую полосу марли, тоже обильно смоченную иодной настойкой, вводим на зонде Плейфера через маточный канал до основания опухоли или ее ножки. Эту манипуляцию мы производим 1—2 раза; во время подготовки сменяем также и зеркала.

Если опухоль уже родилась во влагалище и закрыла маточный зев, то после обработки влагалища и опухоли только что описанным способом, мы откручиваем опухоль, захватив ее одними или двумя щипцами Мюзо.

Омертвевшая опухоль нередко при этом рвется, и ее приходится удалить по частям. После удаления опухоли можно захватить шейку матки и, как указывалось, протереть цервикальный канал смоченной йодом полоской марли, вводимой на зонде Плейфера.

Только после этой подготовки приступают к самой операции.

Если решено экстирпировать матку, то ложкообразные зеркала, употреблявшиеся при подготовке к операции, заменяют операционными. Заднюю ложку заменяют операционным зеркалом, имеющим короткую и широ-

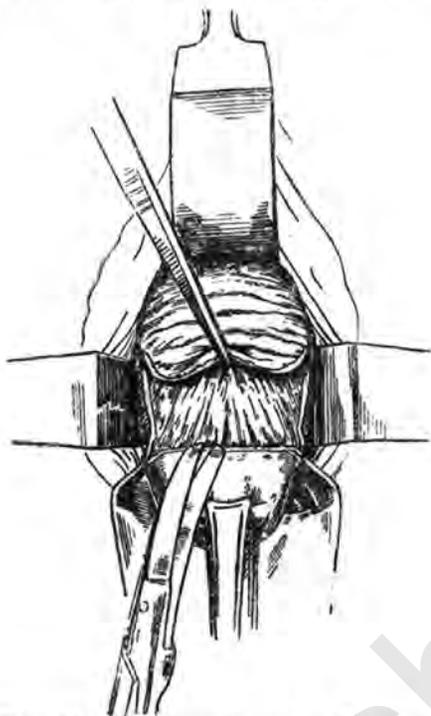


Рис. 59. Экстирпация матки. Пинцетом приподнимают влагалищный лоскут; куперовскими ножницами надрезают у самой шейки волокна, соединяющие ее с мочевым пузырем.



Рис. 60. Экстирпация матки. Отодвигание мочевого пузыря пальцем.

кую пластинку для оттягивания кзади влагалищной стенки и промежности; для раздвигания боковых стенок влагалища пользуются узкими пластинчатыми зеркалами («боковики»).

Для обнажения переднего влагалищного свода пользуются подъемником.

Если с самого начала операции решено произвести экстирпацию матки, то сначала делают скальпелем циркулярный разрез вокруг шейки на уровне прикрепления влагалищных сводов. Спереди этот разрез проводят на том уровне, где гладкая поверхность слизистой влагалищной части граничит с поперечной складкой (*columnae rugarum*) передней влагалищной стенки (рис. 57). На этом же уровне проводят разрезы с боков и сзади; получившийся круговой разрез проникает через всю толщину влагалищной стенки (рис. 58).

К поперечному разрезу на передней стенке матки добавляют еще два боковых разреза, перпендикулярных к первому (рис. 58). Таким образом спереди образуется лоскутный разрез, предложенный Штрассманом,

благодаря чему разрез увеличивается и извлечение через образовавшееся во влагалищном своде отверстие облегчается даже при наличии сравнительно больших опухолей (в общей сложности величиной до размеров матки на третьем месяце беременности). Затем приступают к отделению мочевого пузыря от передней стенки шейки матки сначала острым путем (рис. 59), а затем тупым (рис. 60).

Закончив отделение мочевого пузыря и отодвинув его подъемником вверх, обнажают пузырно-маточную складку брюшины, вскрывают ее и таким образом заканчивают переднюю кольпотомию (рис. 61, 62). Если почему-либо найти пузырно-маточную складку сразу не удастся, то задерживаться на этом не следует: при последующем рассечении перед-

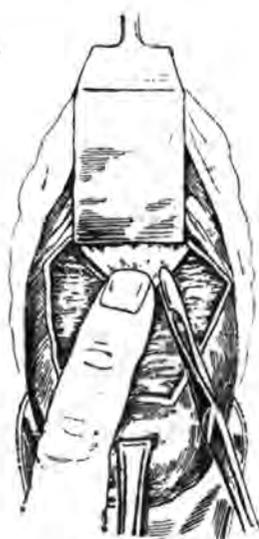


Рис. 61. Экстирпация матки. Пузырно-маточная складка брюшины обнажена и захвачена зажимом Писана.



Рис. 62. Экстирпация матки. Вскрытие пузырно-маточной складки брюшины по пальцу, введенному в небольшой разрез, сделанный в середине брюшной складки.

ней стенки шейки пузырно-маточная складка брюшины (мочевой пузырь в это время опять-таки отодвигается подъемником вверх) вскрывается сама собой.

Вскрытие заднего дугласова кармана через задний влагалищный свод в тех случаях, когда полость матки, вероятно, инфицирована (некроз полипа), мы предпочитаем производить в последнюю очередь и сначала переходим к отсечению матки от параметриев. Для этого ассистент сильно оттягивает шейку матки в сторону и вниз; второй ассистент «боковым» отодвигает боковую стенку влагалища в противоположную сторону. Рассеченную стенку влагалищного свода отодвигают пальцем или тупфером вверх и обнажают таким образом основание параметрия, которое перевязывают (рис. 63), а затем перерезают (рис. 64). В этот момент шейка матки сразу поддается вниз. Теперь обнажается нисходящая ветка маточной артерии вместе с сопровождающими ее венами. Сосуды захватывают двумя зажимами Кохера и перерезают между ними, после чего верхний зажим заменяют лигатурой, а нижний («контрклипма») оставляют на матке для того, чтобы предотвратить из нее обратное кровотоечение. Можно не на-

кладывать зажимов на приводящие сосуды, а перевязать их сразу лигатурой (рис. 65), контрремму же наложить после того, как лигатура будет завязана, и уже после этого перерезать сосуды (рис. 66). То же самое проделывают и на другой стороне. Таким образом шейка матки постепенно отсекается от основания широких связок, что в дальнейшем значительно облегчает извлечение матки через передний влагалищный свод. Если

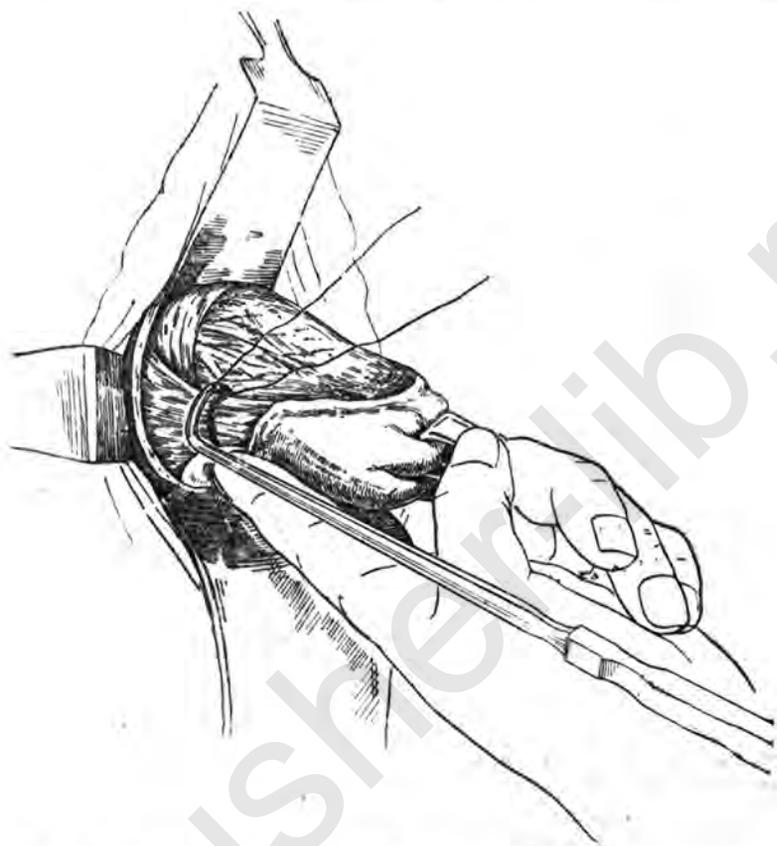


Рис. 63. Экстирпация матки. Перевязка клетчатки в основании параметрия.

брюшина до этого не была вскрыта, то ее вскрывают. Если, несмотря на это, извлечение матки встречает затруднения, то перевязывают и перерезают маточно-крестцовые связки (рис. 67).

Если матка незначительно увеличена, то ее извлекают через передний влагалищный свод. Для этого ассистент продолжает оттягивать матку вниз до тех пор, пока оперирующий не захватит тело матки, вставившееся нижним сегментом в разрез (подъемник предварительно вставляется через разрез в переднем своде в брюшную полость) (рис. 68). После этого с шейки снимают щипцы, которыми она извлекалась. Предварительно через губу маточного зева проводят лигатуру, оставляя длинные концы, чтобы в нужный момент шейку можно было опять извлечь наружу. Шейку матки отодвигают вглубь влагалища (рис. 69), после чего потягиванием за пулевые щипцы удается извлечь вышележащий участок тела матки. Снова захватив уже другими пулевыми щипцами следующий участок матки,

постепенно извлекают его и так продолжают до тех пор, пока не будет извлечена вся матка. При извлечении необходимо время от времени контролировать пальцем, введенным вдоль тела матки в брюшную полость (рис. 70), нет ли сращений между маткой и окружающими органами. Если окажется, что имеются рыхлые спайки, то их разделяют пальцем, плотные же спайки разрезают ножницами под контролем зрения, т. е. разрезают только те спайки, отхождение которых от матки хорошо видно.

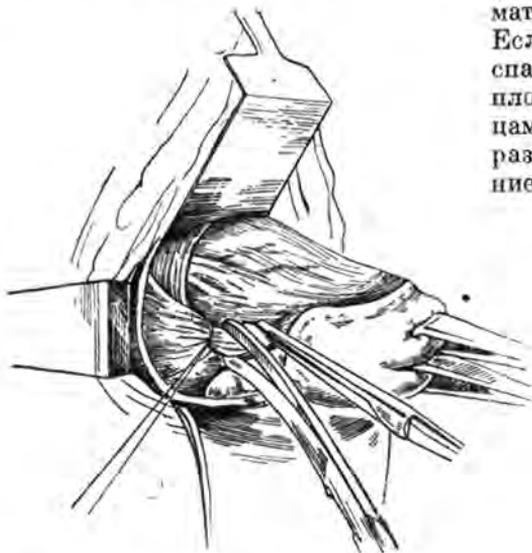


Рис. 64. Экстирпация матки. Перевязанная клетчатка в основании параметрия перерезается.

Если матка так велика, что не может целиком пройти через разрез в сводах, то предварительно ее рассекают пополам по передней стенке.

Делают это следующим образом. После того как мочевой пузырь будет отсепарован от шейки матки, подъемником его отодвигают вверх и, начиная от наружного маточного зева, захваченного с боков двумя пулевыми щипцами или щипцами Мюзо, разрезают прямыми ножницами переднюю стенку шейки матки по средней линии (рис. 71), пока не вскрыется (если она предварительно не была вскрыта) пузырно-маточная складка брюшины. Затем подъемник вставляют в отверстие брюшины и ведут разрез по передней стенке матки вверх на ее тело, захватывая другими пулевыми щипцами вышележащие отрезки маточной стенки. После этого



Рис. 65. Экстирпация матки. Перевязка нисходящих ветвей маточных сосудов (по Пегаму).

пулевые щипцы (или щипцы Мюзо) снимают, а шейку, прошитую лигатурой, отодвигают кзади вглубь влагалища и продолжают извлекать постепенно разрезаемую до самого дна стенку матки. Извлеченную матку отсекают от широких связок, начиная сверху; предварительно накладывают зажимы Кохера: один на круглую связку и другой на собственную связку яичника вместе с фаллопиевой трубой; медиально от них накладывают вторую пару зажимов соответственно первым, у самого ребра матки (контр-

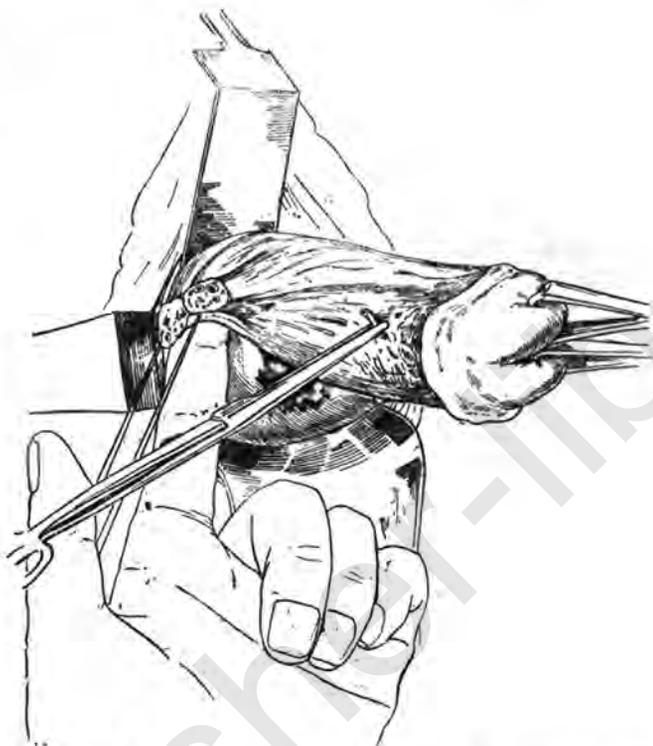


Рис. 66. Экстирпация матки. Наложение контрклеммы после перерезки маточных сосудов,

клеммы). Ткань (связки и сосуды) между зажимами разрезают ножницами (рис. 72). Латеральные зажимы заменяют лигатурами, оставляя длинные концы. Контрклеммы оставляют на препарате. На одной стороне, например, на левой, лигатуры захватывают зажимами Кохера, а на противоположной стороне — зажимами Пеана. Благодаря этому после удаления матки можно безошибочно определить, какая из лигатур принадлежит левой стороне, а какая — правой. На каждой стороне матку постепенно отсекают от широкой связки; у наложенных лигатур оставляют длинные концы; отдельными лигатурами перевязывают восходящие ветви маточных сосудов. В последнюю очередь перерезают брюшину заднего дугласова кармана. Препарат удаляют. После этого приступают к перитонизации культи и закрытию брюшной полости. Сначала извлекают край пузырно-маточной складки брюшины. Для этого в брюшную рану вводят указательный палец, обращенный ладонной поверхностью к симфизу, и, согнув его крючком, выводят наружу заднюю стенку мочевого пузыря, покрытую брюшиной; пальцем другой руки отодвигают передний доскут влагалища вместе с прикрепленной к нему передней

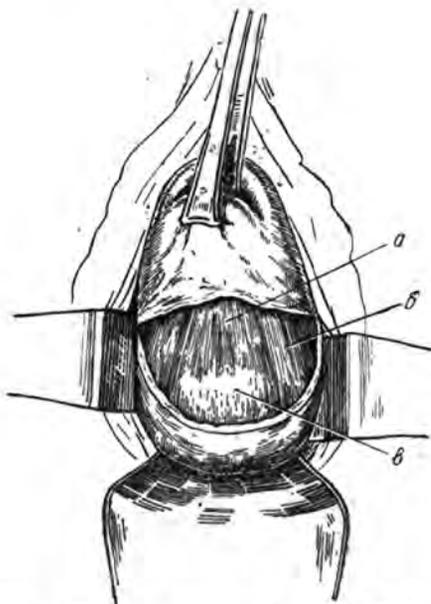


Рис. 67. Экстирпация матки. Шейка матки подтянута вверх.
a — рiсса Douglasi; *б* — маточно-крестцовая связка; *в* — прямая кишка (по Пегаму).



Рис. 68. Экстирпация матки. Начало извлечения тела матки через разрез в переднем влагалищном своде.



Рис. 69. Экстирпация матки. Для извлечения тела матки через разрез в переднем влагалищном своде шейку матки отодвигают вглубь влагалища.

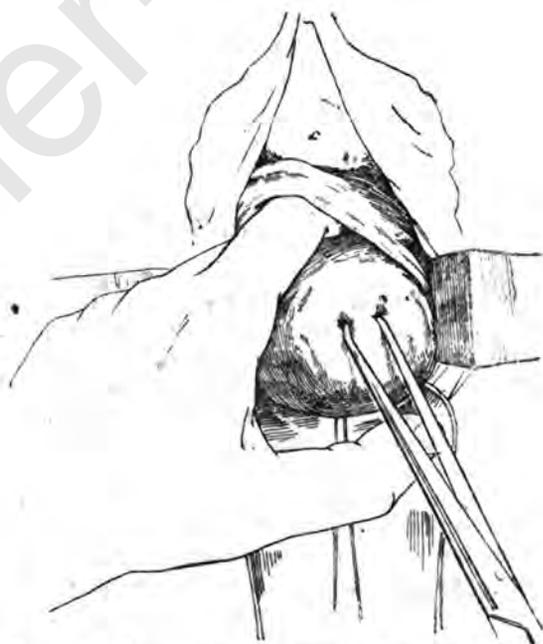


Рис. 70. Экстирпация матки. При извлечении матки палец, введенный в брюшную полость, разъединяет имеющиеся сращения.

стенкой мочевого пузыря; в результате на конце согнутого крючком пальца остается край брюшины, который захватывают зажимами Пьеана. Вместо пальца можно ввести в брюшную рану небольшой марлевый тупфер. Извлекать брюшину также можно двумя анатомическими пинцетами: ими приподнимают сначала край влагалищного лоскута, затем извлекают лежащую под ним стенку мочевого пузыря и, наконец, лежащий под ним край брюшины. Задний край брюшины, прилегающий непосредственно к заднему краю влагалищ-

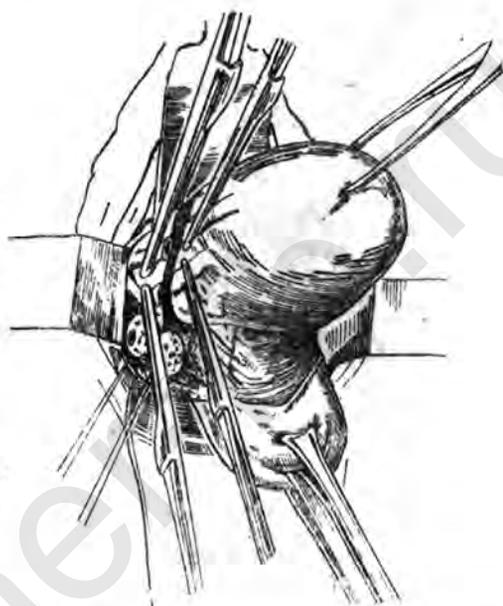
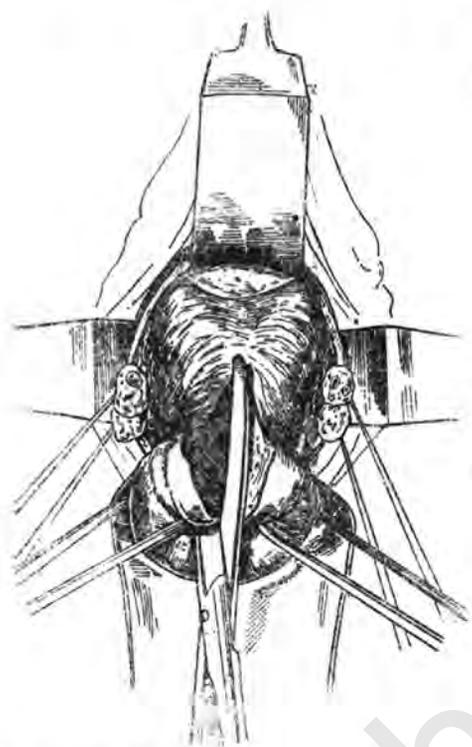


Рис. 71. Экстирпация матки. Рассечение передней стенки матки перед извлечением ее наружу.

Рис. 72. Экстирпация матки. После извлечения матки накладываются зажимы: один — на круглую связку, другой — на собственную связку яичника вместе с фаллопиевой трубой; затем медиально накладывают две контрреммы и между обеими парами зажимов рассекают ткани.

ного разреза, легко захватывается зажимами. Теперь передний и задний листки брюшины сшивают несколькими лигатурами следующим образом: первую лигатуру проводят через передний край брюшины вблизи верхней культи, принадлежащей придаткам, а следующую — через задний край брюшины вблизи нижней культи, принадлежащей основанию широкой связки (рис. 73). Во время завязывания этой лигатуры ассистент слегка вытягивает культи за длинные концы лигатур так, чтобы культи находились немного впереди соединяемых краев брюшины. После того как шов, закрывающий брюшину, будет завязан, его вторично завязывают по ту сторону вытянутых ассистентом культей (рис. 74).

Таким образом эти культи фиксируются в углу раны, причем теперь они оказываются лежащими внебрюшинно. Таким же образом фиксируют внебрюшинно и культи противоположной стороны. Оставшееся незашитым в брюшине отверстие закрывают двумя-тремя лигатурами (рис. 75). Затем сшивают края влагалищной раны.

На случай хотя бы незначительного выделения крови из клетчатки мы вставляем между краями влагалищной раны узенькую марлевую полоску (фитиль), которую удаляем на следующий день; влагалище же тампонируем большой марлевой салфеткой, которую удаляем еще раньше (через 8—12 часов).

В случае явной инфекции мы не зашиваем наглухо рану, а оставляем небольшое отверстие (в брюшине и во влагалищном своде), через

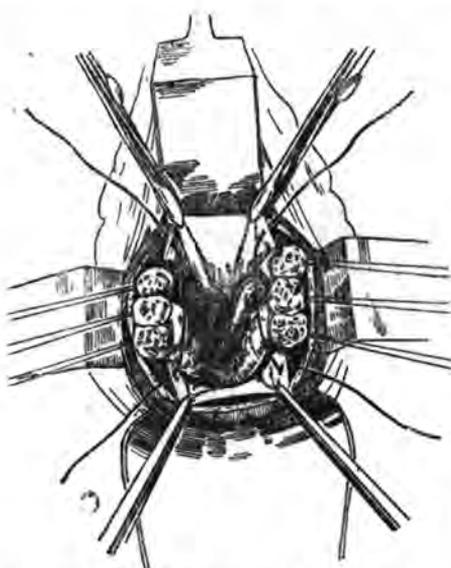


Рис. 73. Экстирпация матки. Лигатуры проведены через передний и задний листки брюшины вблизи перевязанных культи.

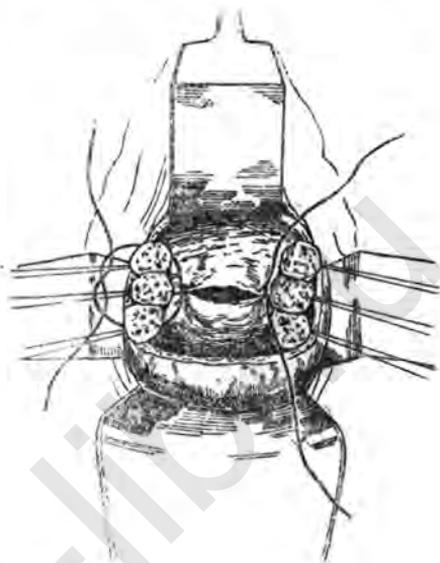


Рис. 74. Экстирпация матки. Слева лигатура, соединившая передний и задний листки брюшины, обводится вокруг слегка подтянутых культи; справа вокруг культи лигатура завязана; таким образом культи помещаются внебрюшинно.

которое с целью дренирования вводим полоску марли неглубоко в брюшную полость и оставляем ее на 1—2 дня.

Если миоматозная матка так велика, что извлечь ее целиком через отверстие во влагалище невозможно, то применяют кускование опухоли (рис. 76, 77, 78).

В тех случаях, когда при наличии рождающегося фиброзного полипа показана экстирпация матки, а произвести операцию влагалищным путем невозможно, приходится поневоле прибегать к брюшностеночному чревосечению. Ввиду опасности, угрожающей брюшине при извлечении инфицированной опухоли через брюшной разрез, необходимо принять ряд мер к уменьшению этой опасности. Прежде всего следует перед операцией особенно тщательно продезинфицировать влагалище, шейку матки и самую опухоль так, как это было описано выше при подготовке к влагалищной экстирпации. Иногда можно прибегнуть desperately еще и к другим приемам: так, например, если рождающаяся опухоль имеет ножку, то сначала можно удалить опухоль, а затем снова самым тщательным образом обработать спиртом и йодной настойкой основание опухоли, шейку и влагалище и только после этого приступить к чревосечению. Можно, кроме того, во время чревосечения, перед тем как отсечь шейку матки от влагалищных сводов, наложить на влагалище

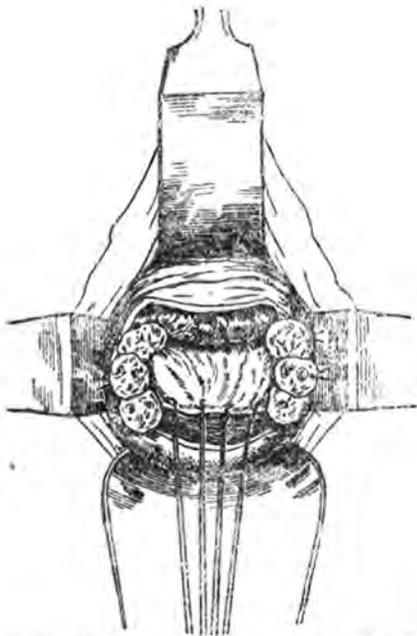


Рис. 75. Экстирпация матки. Брюшина зашита; культя фиксирована внебрюшинно.

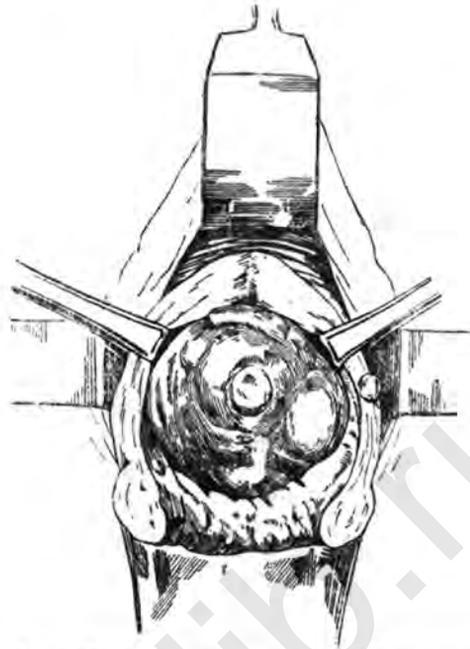


Рис. 76. Экстирпация матки. После рассечения передней стенки шейки обнаружен большой миоматозный узел, который невозможно выдвинуть и извлечь целиком.

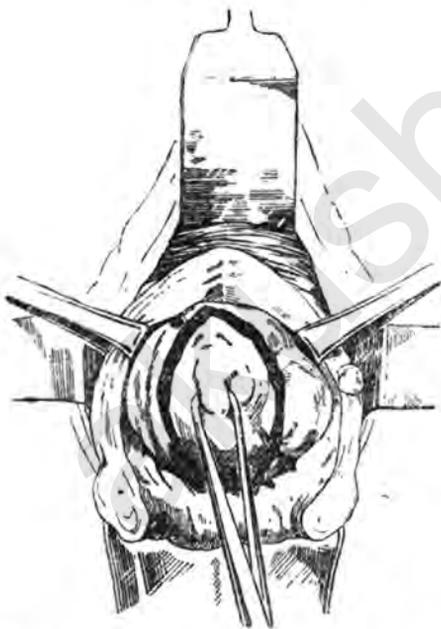


Рис. 77. Экстирпация матки. Кускование миомы.

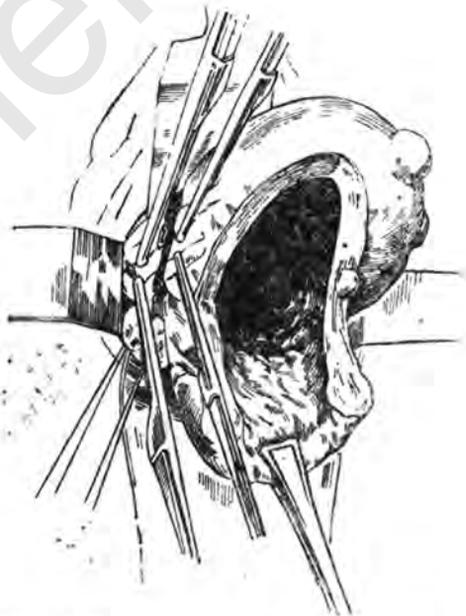


Рис. 78. Экстирпация матки. После уменьшения объема матки путем кускования миомы матка извлекается наружу. Наложение клемм и отсечение матки от связок и фаллопиевых труб

жом, как мы это делаем при радикальной операции по поводу рака шейки матки. Особенно тщательно необходимо во время операции обкладывать салфетками или полотенцем удаляемую матку для того, чтобы защитить брюшные органы от соприкосновения с нею. По окончании экстирпации можно дренировать брюшную полость по Микульчу.

Абдоминальная экстирпация миоматозной матки проводится по тому же методу, который описан в разделе о разрывах матки.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Угрожающие кровотечения вследствие распада опухоли наблюдаются в запущенных случаях рака шейки матки очень редко. Плотная тампонация влагалища, часто с успехом применяемая при гинекологических кровотечениях как временное мероприятие, при распадающемся раковом новообразовании шейки матки или влагалища нежелательна, так как она ведет к задержке ихорозных выделений и таким образом может способствовать распространению инфекции по лимфатическим и кровеносным путям.

Если раковая опухоль имеет форму цветной капусты, то распавшиеся части следует удалить острой ложкой, ножом или ножницами, а затем произвести основательную коагуляцию аппаратом Пакелена. Коагуляция до полного обугливания является одним из лучших паллиативных средств при лечении профузного кровотечения из распадающейся злокачественной опухоли шейки матки. При коагуляции целесообразно пользоваться трубчатым зеркалом из дерева, которое не накаляется, как металлическое, благодаря чему можно избежать ожогов. Для коагуляции употребляются каленое железо, аппарат Пакелена или гальванокаутер. Мы пользуемся всегда аппаратом Пакелена. Во время коагуляции деревянное зеркало охлаждают, поливая его из кружки Эсмарха холодной водой.

При коагуляции необходимо соблюдать осторожность, чтобы не повредить мочевой пузырь или прямую кишку, но в то же время коагуляция должна производиться достаточно энергично—до полного обугливания раковой ткани и прекращения кровотечения. Образовавшийся кратер смазывают иодной настойкой, крепким карболовым раствором, присыпают ксероформом или тампонируют подоформной марлей. Некоторые авторы рекомендуют тампонировать мешочками из марли, наполненными белой глиной. Марлю удаляют на 2-й день, а с 6—7-го дня назначают спринцевания влагалища прохладным раствором буровской жидкости или перекиси водорода.

БОРЬБА С АНЕМИЕЙ ПОСЛЕ НАРУЖНОГО ИЛИ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Как видно из методики лечения патологических состояний, сопровождающихся наружным или внутренним кровотечением из половых органов женщины, борьба с последствием кровотечения—анемией—начинается тотчас после того, как кровотечение тем или иным способом окончательно или хотя бы временно остановлено. Было также указано, что в отдельных случаях борьбу с острым малокровием следует начинать еще до окончательной остановки кровотечения, т. е. до операции. Так, например, введение физиологического раствора, введение сердечных средств, перели-

вание крови можно произвести у сильно обескровленных (больных до начала операции, но при условии, что для операции все уже готово. В случаях предлежания плаценты и разрыва матки можно применять эти средства не только перед операцией, но и перед перевозкой больной в другое лечебное учреждение, т. е. задолго до операции.

Весьма большую роль в борьбе с острой анемией и шоком играет правильная оценка состояния больной, распорядительность и спокойствие врача, умение предотвратить легко возникающую в этих случаях панику, особенно во внебольничной обстановке, и последовательно провести необходимые в данный момент мероприятия. Самое важное в борьбе с острой

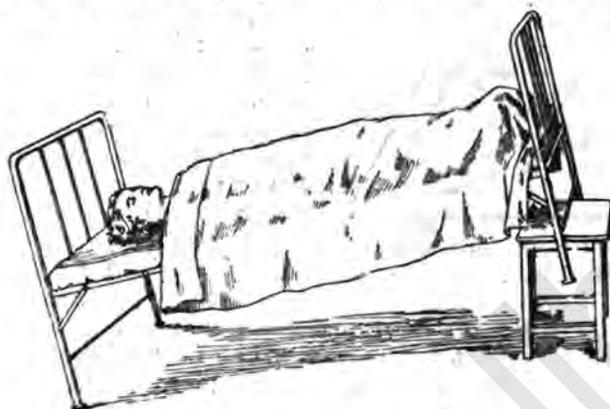


Рис. 79. Положение больной при тяжелой анемии. Ножной конец кровати приподнят.

потерей крови—это восполнение потери ее, для чего применяется переливание крови. С техникой переливания большинство врачей знакомо. В ряде разделов мы уже останавливались на показаниях к переливанию крови и его методике. Конечно, не одно только переливание крови является эффективным методом борьбы с острым малокровием. Приносят пользу и другие методы и средства. Из сердечных средств целесообразнее всего применять те, которые действуют быстро и не отягощают ослабленного кровопотерей сердца, например, кофеин. Питурикрин особенно хорош в случаях малокровия после атонических кровотечений.

Впрыскивание камфоры, этого наиболее широко употребляемого сердечного средства, нежелательно в случаях атонического кровотечения, так как камфора может повлечь расслабление сократившейся матки (Шмид).

Если больная не была под общим наркозом, то ей можно давать в небольших количествах (с ложечки) горячий крепкий кофе или чай. Большие количества жидкости могут вызвать рвоту. Для введения в организм жидкости, лекарственных веществ и даже крови можно применять клизмы; обескровленный организм быстро всасывает жидкость из прямой кишки. Поэтому при анемии рекомендуются клизмы из 100—200 см³ физиологического раствора, к которому можно добавить 8—10 капель раствора адреналина 1 : 1000. Такую клизму можно через известные промежутки повторить несколько раз. Если больная не удерживает клизмы, то, поставив клизму, следует зажать задний проход. Большие количества жидкости можно ввести при помощи капельной клизмы. Как показала работа сотрудницы нашей клиники Бинемсона и других, хороший эффект дают гемоклизмы. Вводить жидкость в прямую кишку следует под невысоким давлением через мягкий резиновый (нела-

тоновский) катетер. Ректальное введение жидкостей, как и введение их через рот, может дать эффект лишь в случаях умеренной анемии. При тяжелых случаях анемии, где необходимо быстро повысить кровяное давление, ректальный путь введения жидкости оказывается чересчур медленным. В подобных случаях необходимо ввести подкожно или внутривенно не более 1 л (1 000 см³) физиологического (0,7—0,9%) раствора поваренной соли. К физиологическому раствору можно добавить несколько капель раствора адреналина 1 : 1 000. Одновременно — или даже прежде всего — следует принять меры к тому, чтобы у обескровленной больной важнейшие органы (сердце, головной мозг) получили максимальное количество имеющейся в организме крови. Для этого под ножной конец кровати, на которой больная лежит без подушки, подставляют табуретку

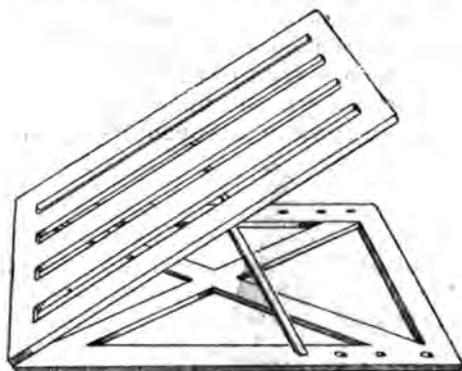


Рис. 80. Складная рама для изменения положения больной в кровати.

или стул (рис. 79). В нашей клинике имеется специальная рама (рис. 80), которую ставят в кровать под ноги больной (эту же раму можно использовать для того, чтобы придать больной полусидячее — фовлеровское — положение для лучшего оттока при дренировании брюшной полости).



Рис. 81. Аутотрансфузия крови.

При анемии кладут также на живот тяжесть, чтобы кровь не скоплась в области сосудов органов, иннервируемых спланхникусом. Можно усилить снабжение сердца и головного мозга кровью из тех областей организма, которые временно могут обходиться меньшим количеством крови для этого применяют бинтование нижних и верхних конечностей (рис. 81).

Для того чтобы забинтованным конечностям придать высокое положение; можно под ноги больной подставить табуретку или опрокинутый стул, а руки подвесить к штативу для эсмарховской кружки.

II. КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРСКОМУ СЕЧЕНИЮ

При рассмотрении ряда тяжелых акушерских осложнений, требующих неотложной хирургической помощи, приводились и показания к кесарскому сечению. В акушерской практике могут встретиться случаи, в которых кесарское сечение, не являясь единственно возможным, т. е. неизбежным методом родоразрешения, все же будет для данного случая наилучшим выходом из создавшегося тяжелого положения. Надо помнить, что наилучшим; т. е. наиболее безопасным методом, кесарское сечение может быть лишь в определенный момент родового акта и в течение лишь короткого времени. Так, например, если при поперечном положении плода у старой первородящей, страстно желающей иметь ребенка, воды отошли при очень малом открытии шейки и почти полном отсутствии родовой деятельности; то для квалифицированного акушера наиболее бережным и эффективным методом ведения родов будет кесарское сечение, но лишь при условии, что операция будет произведена немедленно, так как при длительном выжидании может подняться температура, выпасть пуповина, что значительно увеличит опасность операции и снизит шансы на получение живого ребенка. Таких примеров может быть приведено очень много. Всякая акушерская операция, если для нее имеются показания, должна быть, как правило, произведена безотлагательно. В этом смысле операция кесарского сечения, по каким бы показаниям она ни производилась, всегда является неотложной.

Показания к кесарскому сечению принято делить на абсолютные и относительные.

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

Абсолютные показания к кесарскому сечению встречаются довольно редко. Одним из показаний служит абсолютно суженный таз, т. е. таз с истинной конъюгатой, не превышающей 5—6 см. Но при крупном плоде абсолютное показание к кесарскому сечению дает и несколько более емкий таз, например, при истинной конъюгате, равной 7 см. Определение истинной конъюгаты далеко не всегда является точным, поэтому прав Малиновский, указывая, что разумнее поступит тот врач, который в сомнительном случае будет считать, что имеет дело с абсолютным показанием к кесарскому сечению.

Абсолютным показанием к кесарскому сечению служат также опухоли костного таза, значительно уменьшающие емкость его, а также опухоли тазовых органов (фибромиомы матки, опухоли яичников и пр.), ущемленные в тазу и по своей величине являющиеся непреодолимым препятствием к извлечению плода даже после

краниотомии или эмбриотомии. Наличие значительных рубцовых сужений влагалища; не позволяющих произвести плодоразрушающую операцию, следует также считать абсолютным показанием к кесарскому сечению.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

Кесарское сечение по относительным показаниям может быть произведено лишь при наличии известных акушерских условий. Таковым прежде всего является отсутствие инфекции у матери.

Если наличие живого и жизнеспособного плода является общепризнанным показанием к операции, то отсутствие инфекции не всеми авторами и не для всех случаев считается в настоящее время обязательным (исключения могут составить случаи угрожающего или происшедшего разрыва матки, когда кесарское сечение производится и при мертвом плоде). Спорным является также вопрос о том, какие случаи следует признать инфицированными: только ли случаи, когда уже имеются явные признаки инфекции (лихорадка, наличие экстрагенитальной инфекции и пр.), или и случаи, когда указанных признаков нет, но воды уже давно отошли или когда роженица была подвергнута многократному влагалищному исследованию и т. п. В общем в настоящее время, благодаря обогащению оперативного акушерства новыми методами кесарского сечения (шеечное или ретроперитонеальное кесарское сечение) и усовершенствованию техники операции (техника шва), в тех случаях, когда явной инфекции нет, а имеется лишь подозрение, некоторые акушеры применяют шеечное кесарское сечение (технику см. ниже). При явной инфекции—классическое с последующей надвлагалищной ампутацией матки или ее полной экстирпацией, а также операцию Порто или Зельгейма (см. ниже).

Нередко вопрос о кесарском сечении по относительным показаниям встает перед врачом при наличии узкого таза. При значительных степенях сужения таза, например, при длине истинной конъюгаты в 7,5 см, когда роды живым доношенным плодом невозможны через естественные родовые пути, показания к кесарскому сечению будут при учете интересов плода стоять весьма близко к абсолютным показаниям; в подобном случае, если со стороны матери нет серьезных противопоказаний к чревосечению (заболевания легких, сердца, общие инфекционные заболевания, гнойники на брюшной стенке и пр.), врач должен настаивать на производстве кесарского сечения и добиться у роженицы согласия на эту операцию (во многих случаях важно убедить в необходимости кесарского сечения также и мужа больной или ее родственников). Только при наличии указанных противопоказаний к чревосечению или при категорическом отказе роженицы от кесарского сечения волей-неволей приходится прибегнуть к плодоразрушающей операции—перфорации головки плода. В редких случаях значительной степени сужения выхода таза (воронкообразный таз) линия поведения врача будет аналогичной.

При второй степени сужения таза (истинная конъюгата равна 7,5—9 см) рождение живого плода через естественные родовые пути будет возможно лишь при его малой величине. В этих случаях будет иметься узкий таз в «анатомическом», но не в «клиническом» отношении; при нормальной величине плода такой таз будет узким в «клиническом» отношении, что дает показание к кесарскому сечению. И, наконец, при первой степени сужения (истинная конъюгата—9—11 см) рождения живого плода через естественные родовые пути можно ожидать лишь при его нормальной (не выше средней) величине, при наличии хорошей родовой деятельности, хорошей конфигурации головки и правильном ее предлежании и вставлении. Поэтому в тех случаях первой степени сужения таза, когда имеется лобное

или лицевое предлежание или же задне-теменное вставление, необходимо также предложить роженице кесарское сечение. Таким образом, не только путем учета размеров таза, но главным образом путем оценки соотношений между емкостью таза и величиной головки, а также после точного определения вида предлежания, характера вставления головки и наблюдения за родовой деятельностью можно правильно установить наличие или отсутствие показаний к кесарскому сечению при первой степени сужения таза.

Надо помнить, что даже в тех случаях, когда акушер, суммируя все указанные факторы, приходит к заключению, что размеры таза и размеры плода не являются показанием к операции, все же может наступить момент, когда операция явится необходимой; таковы, например, случаи, когда после полного открытия шейки головка долго не опускается в таз или появляются признаки асфиксии плода. Таким образом, для того чтобы правильно решить вопрос о применении кесарского сечения при узком тазе; одной из наиболее сложных акушерских патологий, от врача требуется всегда максимум опыта и знаний.

Весьма редким показанием к кесарскому сечению может служить поперечное положение плода. Такое показание может встретиться при малом открытии зева и выпадении пуповины, если роженица настойчиво желает иметь ребенка. Точно так же редким показанием к операции кесарского сечения при поперечном положении может явиться отхождение вод при очень малом открытии зева у первородящих, особенно у старых, при настойчивом желании иметь ребенка. И, наконец, показанием может служить поперечное положение при наличии узкого таза; оно относится, впрочем; больше к показаниям к кесарскому сечению при узком тазе.

Показание к кесарскому сечению может возникнуть при э к л а м п с и и. Вопрос о методике лечения эклампсии до настоящего времени не может считаться окончательно решенным, и спор между приверженцами активного (оперативного) и консервативного метода лечения все еще продолжается. Наиболее распространенным среди советских акушеров методом лечения эклампсии является в настоящее время консервативный метод. В основу консервативного лечения эклампсии положены методы, способствующие уменьшению отеков, понижению кровяного давления, улучшению кровообращения в органах, особенно в мозгу, уменьшению таким образом внутричерепного давления, уменьшению рефлекторной возбудимости коры мозга и понижению чувствительности к раздражениям со стороны нервных окончаний (методы Строганова, Бровкина и др., кровопускание).

Если, несмотря на примененную консервативную терапию, припадки повторяются так же часто и общее состояние не улучшается; то при наличии соответствующих акушерских условий показано бережное родоразрешение. При выборе метода операции, предпринимаемой по поводу тяжелой эклампсии, следует исходить прежде всего из интересов матери, а не плода. В громадном большинстве случаев показана подобная «средняя линия» лечения эклампсии.

В редких случаях тяжелой эклампсии, особенно при так называемой уремической форме, характеризующейся с самого начала тяжелой интоксикацией, угнетением центральной нервной системы, очень высоким кровяным давлением, резким понижением диуреза и значительным повышением количества белка и патологических форменных элементов в моче, изменением глазного дна, а иногда и наличием желтухи, а также при тяжелой бессудорожной форме эклампсии показано форсированное родоразрешение. При отсутствии родовой деятельности или в начале родов, когда

акушерские условия не позволяют прибегнуть к родоразрешению при помощи обычных акушерских операций.

Кесарское сечение показано и при так называемой рецидивирующей форме эклампсии беременных, которая в отношении прогноза принадлежит к числу тяжелых. Таким образом, при лечении эклампсии необходима самая строгая индивидуализация.

Кесарское сечение при эклампсии может быть сделано либо брюшно-стеночным, либо влагалищным путем. Выбор метода зависит от ряда обстоятельств. Необходимым условием для применения влагалищного метода операции является, как это уже подчеркивалось, опыт хирурга в производстве влагалищных операций, а также состояние плода: при живом и жизнеспособном плоде следует предпочесть брюшностеночный путь.

Декомпенсация сердечной деятельности является одним из относительных показаний к кесарскому сечению. Болезни сердца у беременных встречаются довольно часто: по Фрею (Freu), каждая двадцатая беременная страдает пороком сердца. Среди пороков сердца на первом месте стоит недостаточность двустворчатого клапана. Большей частью беременность и роды при этом пороке сердца протекают благополучно. Если, несмотря на принятые меры (медикаментозное лечение, покой), наступают явления декомпенсации, то приходится прибегнуть к аборт. Некоторые авторы считают, что если при пороке сердца сердечная мышца работает хорошо и декомпенсация не наступает, то беременность может быть сохранена при условии непрерывного врачебного наблюдения за беременной (Скробанский). Пороки аортальных клапанов дают худший прогноз; особенно опасен стеноз левого венозного отверстия. Смертность беременных и рожениц с митральным стенозом очень велика (по Гальбану она равняется 28%, а у других авторов — еще выше).

Решение вопроса о том, следует ли при болезни миокарда или пороках клапана прервать или сохранить беременность, обычно предоставляют терапевту. Но если у беременной явления декомпенсации наступают во второй половине беременности или при родах, то оценка состояния сердца и вся борьба с явлениями декомпенсации ложится на плечи акушера или участкового врача, который в данном случае оказывает акушерскую помощь. При оценке сердечной деятельности и постановке прогноза следует также учитывать данные анамнеза: чем старше больная, тем серьезнее прогноз; особенно после перенесенной инфекции. Прогноз тем хуже, чем раньше у беременной наступили явления декомпенсации. Точно так же серьезен прогноз, если явления декомпенсации наблюдались у больной и до беременности. Опасность нарастает, если, несмотря на принятые меры (строгий постельный режим, забота о функции кишечника, правильная диета, сердечные средства и пр.), явления декомпенсации (одышка, цианоз, тахикардия, отеки, увеличение печени и пр.) продолжают держаться или нарастать. В подобном случае необходимо срочное родоразрешение. Вообще, если у беременной, страдающей болезнью сердца, появляются признаки декомпенсации, то, прежде чем приступить к операции родоразрешения, необходимо вывести больную из состояния декомпенсации.

При слабой родовой деятельности или ее отсутствии, при наличии закрытой шейки методом выбора является операция кесарского сечения.

Если плод нежизнеспособен, опорожнение матки можно произвести влагалищным путем при помощи кольпогистеротомии (влагалищное кесарское сечение). При жизнеспособном плоде показано брюшностеночное кесарское сечение. Одним из показаний к кесарскому сечению является **предлежание плаценты**, которому в настоящей книге посвящен специальный раздел. Операция показана при сильном кровоте-

нии, особенно при отсутствии регулярной родовой деятельности и наличии анемии. В этих случаях кесарское сечение производится в интересах матери, которой угрожает смерть от кровопотери. Поэтому операция может быть показана не только при жизнеспособном плоде, но и в том случае, если имеется сомнение в его жизнеспособности, а также при мертвом плоде.

Если при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, которой в настоящей книге также посвящен специальный раздел, имеются показания (нарастающая анемия) для немедленного родоразрешения, а родовые пути еще не подготовлены для того, чтобы можно было извлечь плод при помощи одной из обычных акушерских операций (щипцы; поворот с извлечением, плодоразрушающие операции), то и в этом случае показано кесарское сечение. У первородящих при еще закрытом зеве следует произвести брюшностеночное кесарское сечение, у многородящих, особенно если зев немного открыт, — влагалищное кесарское сечение. Участковый врач, не имеющий опыта во влагалищных операциях, естественно, должен сделать брюшностеночное кесарское сечение.

Опухоли половых органов значительной величины, ущемленные в тазу и вследствие этого резко уменьшающие его емкость, служат абсолютным показанием к кесарскому сечению. Если опухоль даже не является препятствием к рождению плода через естественные родовые пути, то плохая родовая деятельность, иногда наблюдающаяся при множественных фибромиомах, особенно у старых первородящих, если ее не удастся усилить фармацевтическими средствами, может явиться показанием к кесарскому сечению.

Относительным, но близко стоящим к абсолютным показаниям к кесарскому сечению является рак шейки матки. Хотя самопроизвольные роды наблюдались даже в запущенных случаях рака шейки матки, тем не менее они являются угрозой для жизни матери и плода, ввиду возможности появления обильного кровотечения. Поэтому в операбельных случаях рака следует сделать кесарское сечение с последующей радикальной операцией удаления матки по Вертгейму, а в неоперабельных случаях — кесарское сечение и надвлагалищную ампутацию матки с последующей радио-рентгенотерапией оставшегося рака.

Наличие мочеполового свища может служить относительным показанием к кесарскому сечению, так как, возникшая большей частью при затяжных родах, вследствие несоответствия между величиной головки и размерами таза, свищ при последующих родах легко рецидивирует. Поэтому только при отсутствии несоответствия можно вести роды выжидательно [Кюстнер (Küstner)].

Рубцы в матке после бывшего разрыва в родах или иного повреждения, возникающего при врачебных манипуляциях и операциях (прободение матки, вылушение миоматозного узла и пр.), могут служить относительным показанием к кесарскому сечению, если данные анамнеза и объективного исследования дают основание сомневаться в прочности рубца. Таким же редким показанием к кесарскому сечению могут служить вскрывшиеся гнойники в области наружных половых органов и влагалища, как, например, вскрывшийся абсцесс бартолиниевой железы, и т. п.

В ряде вышеприведенных акушерских осложнений; дающих показания к кесарскому сечению, уже фигурировала в качестве фактора, усиливающего или обуславливающего показание к операции, опасность, угрожающая жизни плода. В последнее время некоторые авторы (Скробанский; Ставская и др.) подчеркивают необходимость включить в число относительных показаний к кесарскому сечению *переносимость*

плода при беременности свыше 290 дней. Это показание обуславливается тем, что, вследствие регрессивных изменений в плацентарной ткани при переносимой беременности, плоду угрожает опасность асфиксии в конце беременности или в родах. Кроме того, переносимый плод обычно имеет большую величину, что может явиться источником несоответствия между размерами плода и таза. Поэтому уже при небольшом сроке перенашивания рекомендуется вызвать родовую деятельность применением медикаментозных средств, а в случае их неуспеха прибегнуть к кесарскому сечению. Если роженица находится в агонии или только что умерла, кесарское сечение производится для спасения жизни плода. Агональное состояние матери и жизнеспособность плода должны быть определены *ex consilio*. Только при внезапной смертельной опасности для беременной можно не дожидаться прибытия второго врача (Петерс и Нейман). Показания к кесарскому сечению на умирающей должны устанавливаться каждый раз точно таким же образом, как и показания к любой операции. Ответственность за правильность показаний и за создание соответствующей обстановки для операции, если дело идет об умирающей, лежит на оперирующем враче (Гарфундель).

Само собой разумеется, что при беременности до 32 недель производить кесарское сечение для спасения плода беспечно.

Кесарское сечение по своей технике, по ясности топографических соотношений и доступности беременной матки для производства на ней операции принадлежит к числу самых простых хирургических операций. В этой технической доступности кесарского сечения кроется большая опасность крайнего упрощенчества в акушерстве, которое может выразиться в том, что всякое затруднительное положение, встречающееся в акушерской практике, будет разрешаться путем применения кесарского сечения. Такому крайнему хирургическому направлению в акушерстве могут прежде всего способствовать хорошие непосредственные результаты; получаемые в настоящее время после операции кесарского сечения. Конечно, соблазнительно путем относительно легкой хирургической операции обойти все трудности; стоящие нередко на пути родоразрешения влагалищным путем при той или иной акушерской патологии. Все же надо помнить; что кесарское сечение и по настоящее время дает не столь уже ничтожный процент смертности. А главное; кесарское сечение нередко оставляет после себя серьезные последствия, как-то: неполноценный рубец, угрожающий при последующих родах разрывом матки, сращения, препятствующие возникновению новой беременности, и т. д. Это значит, что кесарское сечение снижает детородную функцию женщины, делает ее относительно бесплодной и создает угрозу даже ее жизни при последующих беременностях и родах. Ввиду всего этого следует энергично бороться против огульного применения кесарского сечения в тех случаях, когда для родов естественным путем имеется лишь относительное препятствие, которое может быть устранено не только при помощи кесарского сечения. Это особенно относится к операции кесарского сечения при небольших степенях сужения таза.

Что касается условий, при которых может быть произведено кесарское сечение, то, несмотря на литературные данные, мы все же считаем опасным производить кесарское сечение при наличии инфекции, сопровождающейся повышенной температурой, гнойными выделениями, или после длительного безводного периода родов, а также после влагалищных исследований, произведенных вне лечебного учреждения или ненадежной в смысле асептики рукой.

Правда, некоторые методы кесарского сечения позволяют применять его и в подозрительных в смысле инфекции случаях. Все же правильно оценить степень опасности операции в этих случаях, сопоставить ее с серьезностью показаний к кесарскому сечению — дело весьма ответственного и трудное и должно быть предоставлено опытного специалиста. Для участкового врача или хирурга, не являющегося специалистом в области акушерства, строгое соблюдение классических акушерских условий для производства кесарского сечения должно быть обязательным. Исключения составляют, конечно, случаи абсолютного сужения таза (истинная конъюгата 5 см); когда родоразрешение влагалищным путем невозможно даже после эмбриотомии. Строго ограничивая для участкового врача круг применения кесарского сечения только что приведенными условиями, мы не считаем, что круг показаний к кесарскому сечению должен быть для него более узким, чем для специалиста акушера-гинеколога. Особенно не следует ограничивать участкового врача в применении кесарского сечения по тем видам акушерской патологии, которые угрожают жизни матери. Сюда относятся главным образом случаи предлежания плаценты. При значительном кровотечении, угрожающем роженице острым малокровием, кесарское сечение является и для участкового врача методом выбора, если он владеет техникой операции и может обеспечить асептические условия в отношении обстановки, материалов и инструментария.

МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ

Среди большого количества модификаций, применяемых в современном акушерстве, мы остановимся лишь на тех, которые по своей простоте могут быть рекомендованы прежде всего участковому врачу, а также на тех несколько более сложных модификациях, которые могут быть рекомендованы хирургам и специалистам, уже имеющим некоторый опыт в подобном рода операциях. Обработка брюшной стенки и наружных половых органов такая же, как и перед любой полостной гинекологической операцией. Обработки влагалища мы, как и большинство акушеров, не производим; ибо она может оказаться не только иллюзорной, но и вредной, так как при манипуляции может нарушиться целостность влагалищного эпителия, который является защитой против внедрения инфекции. А в некоторых случаях, как, например, при предлежании плаценты, обработка влагалища становится опасной, так как она может усилить кровотечение. Поэтому вся подготовка половых органов к операции кесарского сечения должна заключаться лишь в бритье волос на лобке и в области наружных половых органов, в обмывании кожи бедер и наружных половых органов при помощи тупферов и какого-нибудь дезинфицирующего раствора с последующим вытиранием стерильным полотенцем или сухими тупферами. Если на вульве имеются ссадины или экскориации, то их смазывают йодной настойкой.

От катетеризации мочевого пузыря перед операцией классического кесарского сечения во многих случаях можно воздержаться. Больная должна помочиться непосредственно перед операцией. Если же мочеиспускание у нее затруднено и мочевого пузыря недостаточно опорожняется или если предполагается произвести перешеечно-шеечное кесарское сечение, то мочевого пузыря перед операцией опорожняется катетером. Затем роженица переводится на операционный стол; брюшная стенка, которая предварительно была тщательно обработана бензином и спиртом (особенное

внимание должно быть уделено очистке области пупка), дважды смазывается подной настойкой. Затем операционное поле обкладывается стерильными простынями и салфетками.

Наиболее распространенным способом анестезии при кесарском сечении является ингаляционный наркоз. Чаще всего применяется эфир. Впрыскивание морфина непосредственно перед кесарским сечением противопоказано, так как морфин может вызвать асфиксию новорожденного. Применяется также спинномозговая анестезия.

Широкое применение она нашла в клинике Штрассмана. Фридман, опубликовавший из этой клиники 100 случаев кесарского сечения, проведенных под спинномозговой анестезией (0,05 тропокаина), с 5% смертности матерей и 4% смертности детей, рекомендует придавать оперируемой после анестезии положение со слегка приподнятой верхней половиной туловища. Преимущество лумбальной анестезии при кесарском сечении Матвеев видит в том, что операция проходит почти бескровно. При применении новокаина Бахшт советует вводить 5% раствор в количестве от 0,125 до 2 см³, что равняется 0,0625—0,1 препарата. Фейгель широко применяет спинномозговую анестезию при операции кесарского сечения, за исключением тех случаев, где показанием для операции служит кровотечение; доза—5% раствор новокаина в количестве 3 см³.

Спинномозговая анестезия не требует специального наркотизатора, так как ее производит сам оперирующий, и поэтому она казалась бы особенно уместной в практике участкового врача; принужденного работать большей частью с крайне ограниченным числом помощников. Но, принимая во внимание, что участковый врач применяет кесарское сечение главным образом как неотложную операцию в случаях тяжелого кровотечения, например, при предлежании плаценты, при котором происходит падение кровяного давления, а спинномозговая анестезия в свою очередь его понижает; то именно в этих случаях она может быть противопоказана.

Значительное преимущество в этих случаях имеет местная анестезия: 1) она является наиболее безопасным методом обезболивания для матери и для ребенка, 2) не требует специального наркотизатора, 3) не понижает сократительной способности матки, вследствие чего и наблюдается меньшая потеря крови при операции. Последнее обстоятельство имеет особенно большое значение в случаях производства кесарского сечения при остром малокровии. Местную анестезию следует особенно рекомендовать при кесарском сечении в условиях работы участкового врача.

Ввиду того что методика местной анестезии мало известна акушерам, мы считаем целесообразным здесь ее привести.

Анестезирующим раствором служит 0,25—0,5% раствор новокаина с прибавлением раствора адреналина 1:1000 в количестве 3 капель на 100 см³ раствора новокаина. В последнее время среди гинекологов начинает получать распространение метод проф. Вишневецкого, который пользуется 0,25% раствором новокаина, приготовленным на рингеровской жидкости.

Приготовление новокаинового раствора по Вишневецкому. Соли раствора должны подвергнуться некоторой обработке, возможной, по мнению Вишневецкого, в любой обстановке. NaCl обычно содержит кристаллизационную воду, загрязнен, нередко содержит примесь магния и других элементов, поэтому соль растворяют в дистиллированной воде, раствор фильтруют и выпаривают, после чего получают белые кристаллы.

Перекристаллизованную соль прокалывают и хранят в закупоренной склянке, откуда и берут навески для раствора. То же делают и с CaCl₂. Все это можно проделать на примусе в обыкновенной эмалированной посуде. Жидкость при хранении в хорошо закрытой бутылке не портится. Ею можно пользоваться для приготовления обезболивающих растворов для подкожных вливаний.

Приготовленная указанным способом жидкость фильтруется еще раз и доводится до кипения; в этот момент в нее всыпают соответствующее количество новокаина для получения 0,25% его раствора. Жидкость с новокаином кипит еще 1 минуту, затем ее снимают с огня и в еще кипящий раствор прибавляют адреналин. В окончательной прописи анестезирующий раствор имеет следующий состав:

Rp. NaCl	5,0
KCl	0,075
CaCl ₂	0,125
Aq. destill.	1000,0
Novocaini	2,5
Sol. Adrenalini hydrochlorici 1:1000	2,0
Sterilis!	
MDS. Для анестезии	

Для местной анестезии этот раствор впрыскивается в теплом виде.

«Если кому-либо описанная методика приготовления раствора покажется сложной,—говорит Вишневский,—то он может взять в качестве растворителя просто слабый гипотонический раствор (0,5—0,6%) поваренной соли». Для инфильтрации брюшной стенки, которую только и нужно анестезировать при кесарском сечении, конечно, достаточно применить последний раствор.

Для анестезии необходимо иметь 2 шприца: 1 шприц двухграммовый с тонкой иглой для кожной анестезии и 1 шприц пяти- или десятиграммовый с длиной (10—12 см) иглой для впрыскивания раствора в толщу брюшной стенки.

Анестезия брюшной стенки по инфильтрационному методу производится следующим образом. Сначала по линии будущего разреза тонкой иглой, вкалываемой внутривожно, образуют кожный желвак (рис. 82), который должен быть длиннее, чем самый разрез. Когда желвак готов и на всем протяжении на коже образовалась «лимонная корка», то в подкожную клетчатку, по возможности, до самого апоневроза, впрыскивают 5—10 см³ раствора; иглу при этом вкалывают в вертикальном направлении.

Вишневский советует придерживаться следующей техники подкожной инфильтрации брюшной стенки: введя иглу в подкожную клетчатку, продвигают ее в глубину к апоневрозу и впрыскивают часть раствора; при извлечении иглы оставшийся в шприце раствор вырывают под самую кожу для того, чтобы подкожная инфильтрация сделала кожный желвак еще более напряженным. Обезболенная зона подкожной клетчатки должна заходить за пределы кожного желвака как вверх, так и вниз.

Как только инфильтрация кожи и подкожной клетчатки закончена, немедленно делают разрез до апоневроза. Затем несколько раз вырывают по 5—10 см³ раствора в место соединения апоневрозов средней линии. Этим достигается пропитывание предбрюшинной клетчатки анестезирующим раствором. Вишневский считает обязательным производить впрыскивание по обе стороны от средней линии под переднюю пластинку апоневроза прямых мышц живота правой и левой стороны (рис. 83). Фасция

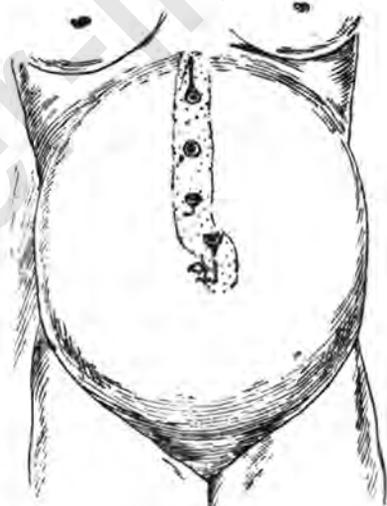


Рис. 82. Инфильтрационная анестезия (по Вишневскому). Кожный желвак по линии предполагаемого разреза (при кесарском сечении), впрыскивание в подкожную клетчатку до апоневроза раствора новокаина.

разрезается по средней линии, потом вскрывается брюшина; затем, приподняв осторожно края брюшной раны, производят анестезию париетальной брюшины. Для этого по обе стороны разреза под париетальную брюшину впрыскивают несколько шприцев раствора, прокалывая при этом и заднюю стенку влагалища прямой мышцы для того, чтобы и она была омыта раствором (рис. 84). Этим заканчивается анестезия брюш-

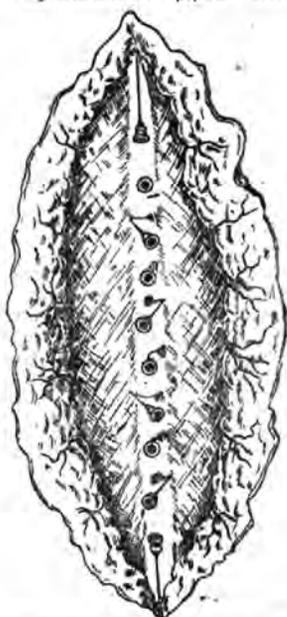


Рис. 83. Инфильтрационная анестезия (по Вишневскому). Впрыскивание раствора в среднюю линию и под переднюю пластинку влагалища прямой мышцы живота.

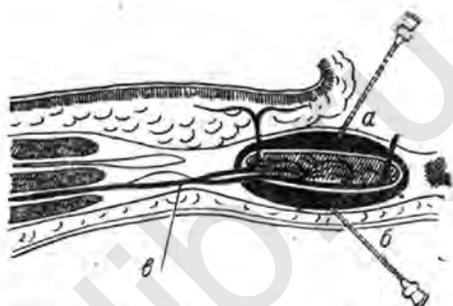


Рис. 84. Инфильтрационная анестезия (по Вишневскому).

a — введение раствора через переднюю пластинку апоневроза; *b* — введение раствора во влагалище прямой мышцы через заднюю пластинку при анестезии париетальной брюшины по вскрытию брюшной полости; *c* — межреберный нерв.

ной стенки. Если анестезия полная, то при дальнейших манипуляциях на матке, которая остается *in situ*, кишечные петли не появляются в ране и не мешают ходу операции.

КЛАССИЧЕСКОЕ БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

Участковому врачу и врачу, имеющему лишь скромный опыт в производстве подобных операций, рекомендуется избрать наиболее простой способ операции — классическое кесарское сечение. Подготовка и наркоз обычные (см. выше). Оперирующий становится по левую сторону больной. Продольный разрез брюшной стенки проводится по средней линии длиной в 15—20 см. Разрез начинают немного выше лона и ведут, огибая пупок с левой стороны (во избежание перерезки *lig. hepatico-umbilicale*), до середины между пупком и мечевидным отростком; таким образом, большая половина разреза лежит ниже пупка. Разрез брюшной стенки ведется послойно. После вскрытия брюшины обнажается передняя поверхность беременной матки. Других брюшных органов в ране, как правило, не видно. В разрез вводится рука (обычно правая), которая продвигается по дну матки на ее заднюю стенку и выводит матку наружу (эвентрация матки) (рис. 85). Затем края разреза брюшной стенки в верхней его части сближаются пулевыми щипцами или временными швами для уменьшения размеров раны. Тесерь матка лежит на временно закрытой брюшной стенке. Для того чтобы лучше изолировать

брюшную полость от затекания в нее крови и околоплодных вод, матку с боков и сзади обкладывают стерильными полотенцами и марлевыми салфетками и приступают к ее разрезу. Из всех предложенных разрезов маточной стенки следует рекомендовать разрез по передней стенке матки. Разрез вновь взятым свежим скальпелем ведется строго по средней линии, длина его равняется приблизительно 12—14 см; при такой величине разреза ребенок свободно через него извлекается. Рассекать стенку матки следует осторожно, чтобы не поранить ребенка. В разрез выпячиваются обычно околоплодные оболочки, которые прорывают рукой; этой же рукой захватывают плод за ножку и извлекают его наружу. Пуповину перере-

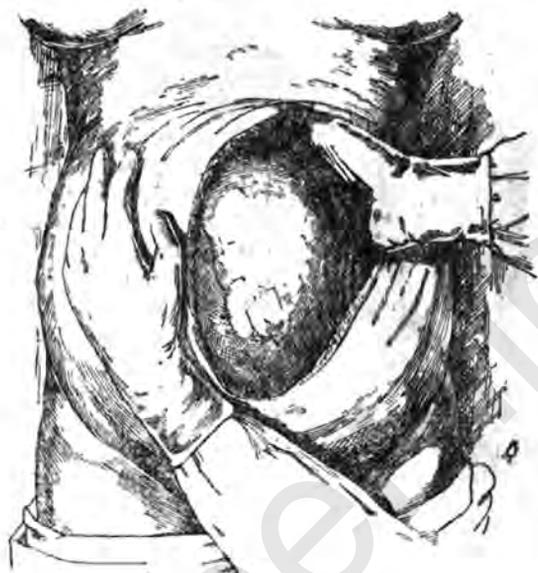


Рис. 85. Эвентрация матки при классическом кесарском сечении.

зуют между двумя зажимами и ребенка передают акушерке или помощнику. Надо тщательно следить, чтобы при передаче не коснуться чего-либо нестерильного. Если в разрез матки вставляются не оболочки, а плацента, то, ни минуты не медля, не обращая внимания на кровотечение, надо отслоить рукой от маточной стенки плаценту до края оболочек, прорвать их и извлечь ребенка наружу.

После рождения ребенка послед удаляют потягиванием за пуповину при одновременном выжимании матки рукой, как при приеме Креде, или же путем ручного его отделения. Этот этап операции часто сопровождается довольно значительным кровотечением. Поэтому после удаления плаценты или еще до этого оперируемой впрыскивают под кожу сокращающие средства (эрготин, питуикрин). При атоническом кровотечении массируют матку снаружи или производят массаж на руке, введенной в полость матки. Однако самым лучшим способом остановки атонического кровотечения является скорейшее наложение швов на матку. Еще до наложения первого шва полезно применить следующий прием, аналогичный приему, предложенному Оттом: в верхний угол маточного разреза вставляется узкий подъемник, которым матка подтягивается вверх. Это подтягивание способствует прекращению кровотечения и, кроме того, фиксирует матку в удобном для зашивания

положении (рис. 86). После наложения первого шва подъемник удаляют и матку фиксируют подтягиванием за лигатуру. По мере зашивания маточной раны матка сокращается и по окончании наложения швов она становится более твердой, а поверхность ее как бы морщинистой (шагреновой). Следует помнить, что самым ответственным этапом операции кесарского сечения в отношении прогноза является наложение швов на матку. Перед зашиванием матки обязательно надо произвести осмотр удаленной плаценты; после этого приступают к зашиванию матки. Осмотр производит помощник или оперирующий, перед которым раскладывают плаценту.

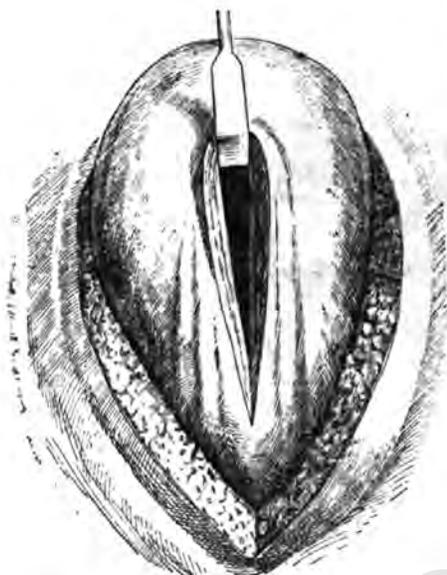


Рис. 86. Кесарское сечение. Узкий подъемник, введенный в верхний угол разреза маточной стенки, растягивает рану, что способствует уменьшению кровотечения.

При малейшем сомнении в целостности последа необходимо проверить рукой полость матки; если в ней имеются остатки оболочек, то их удаляют марлевыми туфферами.

Маточную рану зашивают минимум в два этажа. Сначала проводят ряд узловых кетгутовых швов на расстоянии 1 см один от другого. Эти швы не должны проникать в полость матки. Вкол производится в средний слой миометрия, выкол — на границе между мышцей и отпадающей оболочкой (рис. 87). Концы швов коротко отрезаются. Это будут швы первого (нижнего) этажа. Для второго (верхнего) этажа можно пользоваться либо узловыми швами, либо непрерывным кетгутовым швом, который отнимает меньше времени и в то же время достаточно надежен. Этот шов захватывает серозный покров матки вместе с поверхностным мышечным слоем маточной стенки (рис. 88). Между обоими этажами швов не должно оставаться «мертвого пространства». Для получения лучшего результата весьма рекомендуется наложить еще один (третий) непрерывный тонкий кетгутовый шов (на круглой кишечной игле); который соединит над вторым этажом швов две параллельные складки ткани, состоящие из брюшинного покрова и поверхностного тонкого слоя мышцы — так называемый лембертовский шов (рис. 89).

После того как матка зашита, из брюшной полости удаляют полотенца и марлевые салфетки, осушают брюшную полость, если туда попали околоплодные воды или кровь; погружают в нее сократившуюся матку и прикрывают ее спереди сальником. Брюшную рану зашивают послойно: на брюшину накладывают непрерывный тонкий кетгутовый шов, на мышцы — очень тонкие узловые кетгутовые швы, на фасцию — ряд крепких (средней толщины) кетгутовых швов, а на кожу — узловые шелковые швы и металлические скобки.

Для того чтобы не образовалось обширных сращений между маточным швом и швом брюшной стенки, Марковский рекомендует производить разрез брюшной стенки как можно выше, а разрез матки — как можно ниже.

Метод классического кесарского сечения без предварительной эквентрации матки может представить для начинающего хирурга некоторые вполне, впрочем, преодолимые трудности. Разрез передней стенки матки,

так же как и при эквентрации, должен быть произведен строго по средней линии, тогда в разрез попадают лишь наиболее мелкие сосуды.

Следует учитывать, что при беременности матка лежит в брюшной полости повернутой на правое ребро (правое ее ребро направлено кзади, а левое—кпереди). Следовательно, срединный разрез брюшной стенки не будет совпадать с серединой передней поверхности матки. Поэтому, перед тем как вскрыть матку, ей придают такое положение, чтобы передняя ее поверхность лежала в горизонтальной плоскости.

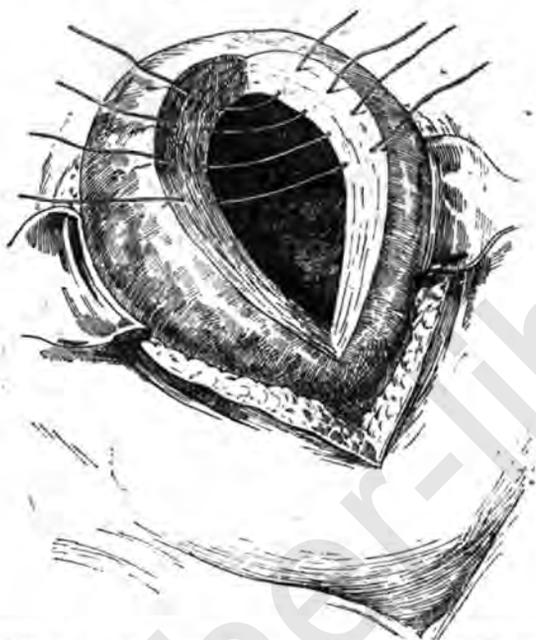


Рис. 87. Кесарское сечение. Наложение швов на разрез маточной стенки при классическом кесарском сечении; глубокие швы, не захватывающие слизистую оболочку матки.

Разрез брюшной стенки проводится между лоном и пупком. Затем в брюшную полость вводят несколько больших марлевых салфеток, что предохраняет полость от затекания в нее околоплодных вод и крови при вскрытии матки. Брюшными зеркалами раздвигают края брюшной раны и обнажают переднюю стенку матки. Один из ассистирующих через брюшную стенку пододвигает отклоненное кзади правое ребро матки кпереди и таким образом придает ей горизонтальное положение. Разрез матки длиной в 12 см ведут вверх от места перехода брюшины с матки на мочевой пузырь (*plica vesico-uterina*). Таким образом, разрез занимает часть нижнего сегмента и часть тела матки. Этот разрез, особенно рекомендуемый Францем (Franz), имеет то преимущество, что после операции образуется меньше спаек и сращений с кишечными петлями, чем при разрезе, расположенном высоко в теле матки и особенно в ее дне. Кровотечение, которое наблюдается при разрезе маточной стенки, не требует для остановки каких-либо особых мероприятий, так как обычно оно прекращается, как только опороняется матка. Ребенка удаляют за ножку. Для уменьшения кровотечения в момент извлечения ребенка впрыскивают эрготин и питуикрин. Некоторые авторы впрыскивают сокращающие средства непосредственно в толщу матки. Тотчас после извлечения ребенка вставляют в верхний

угол маточного разреза узкий подъемник, которым матка подтягивается вплотную к брюшной стенке (рис. 86). Этим достигается не только натяжение маточной раны и уменьшение кровотечения, как уже об этом упоми-



Рис. 88. Кесарское сечение. Непрерывным кетгутовым швом зашивают верхний слой маточной стенки (второй этап).

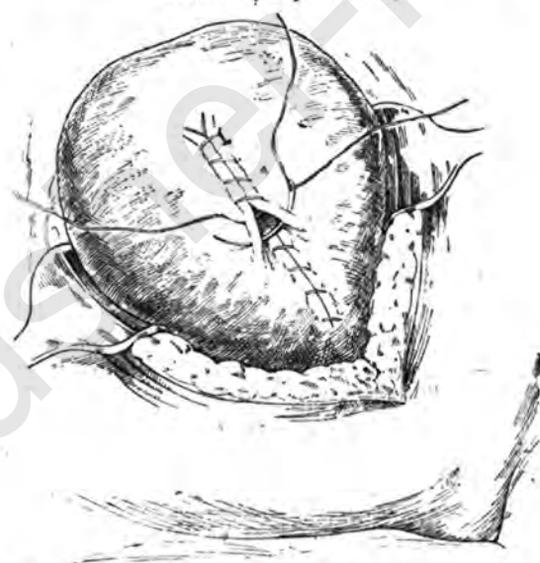


Рис. 89. Кесарское сечение. Непрерывный кетгутовый лембертовский шов соединяет две складки поверхностного серозно-мышечного слоя матки (третий этап).

налось выше, но и брюшная полость ограждается от затекания в нее крови из матки. Кроме того, матка, подтянутая вплотную к брюшной ране, хорошо ее тампонирует и препятствует выходу сальника или кишеч-

ных петель из раны во время операции (Франц). Плаценту выжимают при одновременном потягивании за пуповину или отслаивают рукой, введенной в полость матки. Для наложения швов матку выводят из брюшной раны. Маточную рану зашивают в два или три этажа по способу, уже описанному выше. После этого брюшную полость осушают от крови и околоплодных вод и брюшную рану зашивают послойно. Преимущества кесарского сечения без эквентрации матки—меньшая величина разреза, меньшая травматизация брюшины и лучшие отдаленные результаты (меньшее образование спаек и сращений). Поэтому имеются все основания рекомендовать его врачам, уже имеющим некоторый опыт в операции кесарского сечения.

Сравнительно высокая смертность, которая все еще наблюдается после операции классического кесарского сечения, частота осложнений, как непосредственных, так и отдаленных, заставляют изыскивать новые модификации кесарского сечения, которые были бы свободны от этих недостатков.

В последнее время широкое распространение получил метод перешеечно-шеечного внутрибрюшинного или трансперитонеального цервикального кесарского сечения.

ПЕРЕШЕЕЧНО-ШЕЕЧНОЕ (РЕТРОВЕЗИКАЛЬНОЕ) КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

После вскрытия брюшной полости продольным разрезом от лона до пупка при положении больной с поднятым тазом (положение Тренделенбурга) пузырно-маточная складка брюшины (*plica vesico-uterina*) рассекается в поперечном направлении (рис. 90). Нижний край брюшной складки вместе с предварительно опорожненным мочевым пузырем отодвигают по шейке матки вниз по направлению к влагалищу; верхний край брюшины также отодвигается немного вверх по перешейку. Получается обнаженный от брюшины участок шейки и перешейка, на котором производится разрез, достаточный для извлечения плода. Продольный разрез идет вверх до края маточной брюшины; так как он проходит через сравнительно тонкую мышечную стенку шейки матки и перешейка, то его надо вести очень осторожно, чтобы не поранить ребенка.

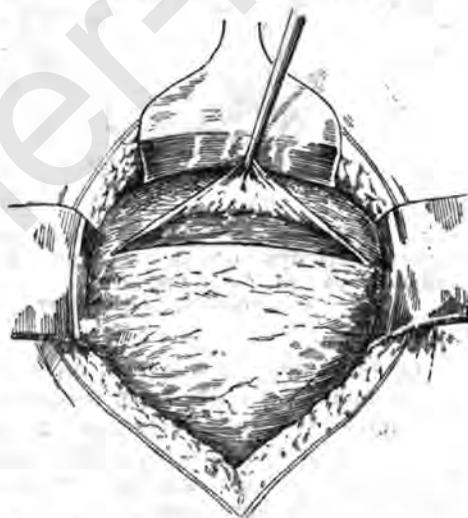


Рис. 90. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Поперечный разрез брюшины.

Извлечение плода при перешеечно-шеечном кесарском сечении иногда бывает затруднительно. При тазовых предлежаниях или поперечном положении плод извлекается за ножку, при головном—при помощи пальца, введенного в ротик плода при одновременном выжимании головки с боков. Для выведения головки были предложены специальные инструменты. После опорожнения матки разрез в ней зашивают кетгутовыми швами в два этажа. Нижний край маточно-пузырной складки брюшины вместе с мочевым пузырем подтягивают кверху и пришивают на место. Таким образом, маточные швы полностью прикрываются мочевым пузы-

рем и брюшиной и надежно изолируются от брюшной полости. Главным преимуществом метода является лучшее заживление маточной раны ввиду того, что мышцы нижнего сегмента матки находятся в послеродовом периоде в относительном покое. Кроме того; при этом методе лучше обеспечивается перитонизация, благодаря чему удается избежать послеоперационных сращений. Опасность проникновения инфекции в далеко лежащие участки брюшины при перешеечно-шеечном кесарском сечении меньшая, чем при классическом. Кроме того, при последующих беременностях реже встречаются разрывы матки.

Веттервальд в 1926 г. собрал из литературы 3 600 случаев, в которых было применено перешеечно-шеечное кесарское сечение со смертностью лишь в 3—3,5%. У нас защитниками этого метода явились: Черкасов, сообщивший на VIII Всесоюзном

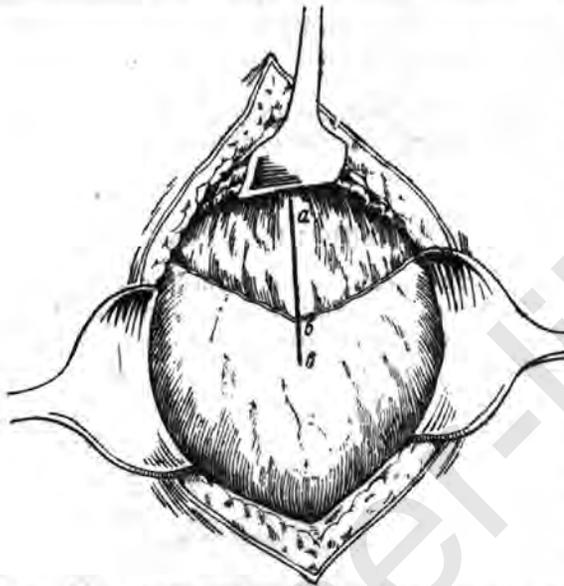


Рис. 91. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Мочевой пузырь отодвинут вниз. Перешеечно-шеечный разрез (аб) продлен на 2—3 см на область тела матки (бс).

съезде в 1928 г. о 34 случаях трансперитонеального кесарского сечения, не давших ни одного случая смерти матери или ребенка; Писемский применил этот метод при давно прошедших водах и затяжных родах и имел, по сообщению Чертока, на 24 операции 1 смертельный исход, а также Кипарский, Соловьев, Пальмов, Гусаков и др. Даже при предлежании последа некоторые авторы (Зигель, Штеккель, Панков, Пальмов, Исаакян) предпочитают применять не корпоральное, а шеечное кесарское сечение.

Число последователей этого метода все увеличивается, и в настоящее время в большинстве клиник применяется перешеечно-шеечный метод. Классическое же кесарское сечение применяется главным образом лишь при предлежании плаценты.

Однако нельзя сказать, чтобы эта операция широко применялась всеми врачами, которым в практической работе приходится производить кесарское сечение. Главным затруднением является извлечение плода через небольшой разрез; захватывающий лишь перешеек и часть шейки. Если даже рассечь всю шейку вплоть до наружного маточного зева или даже до влагалища, как это рекомендует Штеккель, то и тогда получается разрез всего лишь в 10 см, ибо, как подчеркивает Штеккель, разрез не должен захватывать тела матки. Для того чтобы через такой небольшой разрез извлечь головку, необходимо, как уже было указано, либо наложить щипцы, либо вывести ее при помощи введенного в ротик плода пальца при одновременном выдавливании головки из разреза в матку. Таким образом, если проводить разрез матки только в области ее шейки и перешейка, то к операции кесарского сечения необходимо или присоединить операцию наложения щипцов или специального инструмента, или же применить иной способ выведения головки. Кроме того, насильственно извлекая головку, можно повредить маточную рану. Даже в тех случаях, когда через шеечный разрез головка извлекается без повреждения маточ-

ной раны, все же приходится преодолевать известные трудности, вследствие чего плод нередко рождается в асфиксии. Затруднения, возникающие при извлечении ребенка через небольшой разрез в области перешейка и шейки, являются большим минусом этого вида кесарского сечения. Между тем все эти затруднения очень легко устранить, доведя разрез не до края переходной складки пузырно-маточной брюшины (plica vesico-uterina), а продолжив его несколько выше. Конечно, это не будет тогда перешеечно-шеечным кесарским сечением в его «чистом» виде, а так сказать, «расширенным» перешеечно-шеечным кесарским сечением с незначительным вовлечением в разрез нижнего отрезка тела матки (рис. 91). При этом способе извлечение ребенка происходит легко и быстро, не требует применения каких-либо инструментов или сложных способов, асфиксии во время извлечения головки не наступает, и, таким образом, шансы на сохранение жизни ребенка повышаются. Увеличение разреза на 2—3 см при его минимальной величине в 10 см не может являться отрицательным моментом для непосредственного или отдаленного результата операции. Что касается перитонизации дополнительных 2—3 см разреза, т. е. того участка, который лежит выше места прикрепления к матке переходной складки брюшины (рис. 92), то эту перитонизацию мы производим, либо подтягивая и пришивая к матке несколько выше ее первоначального расположения (если разрез удлинен в сторону тела матки всего лишь на 1—2 см) нижний край брюшины вместе с отсепарованным мочевым пузырем, либо пришиваем край брюшины на ее место, чем восстанавливается нормальная пузырно-маточная

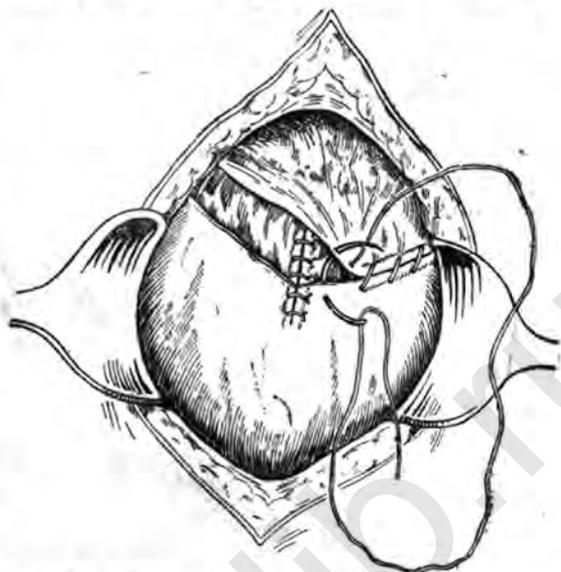


Рис. 92. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Продольный разрез маточной стенки зашит в два этажа. Непрерывным петлевым швом край брюшины пузырно-маточной складки пришивается на свое место.

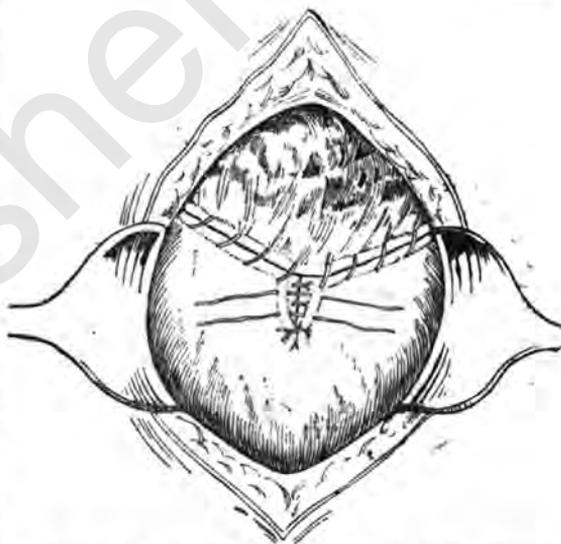


Рис. 93. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. После того как край брюшины пузырно-маточной складки пришит на место, накладывают два петлевых лембертовских шва на зашитый разрез, продленный с перешейка на тело матки.

ваным отрезок в 2—3 см, лежащий выше прикрепления брюшины, мы перитонизируем, как при классическом кесарском сечении, несколькими серо-серозными мышечными швами наподобие лембертовских (рис. 93).

Мы применяем такой способ перешеечно-шеечного кесарского сечения уже на протяжении многих лет и всегда бываем им удовлетворены. В последнее время среди акушеров-гинекологов начинает получаться распространение модификация кесарского сечения, отличающаяся от только что описанного перешеечно-шеечного кесарского сечения направлением разреза на маточной стенке (поперечный разрез).



Рис. 94. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Брюшина пузырно-маточной складки разрезана в поперечном направлении, небольшой разрез проводится скальпелем в поперечном направлении через маточную стенку.

Многие авторы [Дерфлер (Doerfler), Гепперт (Geppert), Крауль (Kraul), Керр (Kerr), Ли (Lee)] заново разработали метод, впервые предложенный в конце прошлого века Керером (Kehrer), и широко его рекомендовали. Среди советских акушеров-гинекологов поперечный разрез при перешеечно-шеечном кесарском сечении также начинает приобретать сторонников (Фейгель, Сердюков и др.). Дерфлер, который является ярким сторонником этого метода, предварительно выводит всю беременную матку через брюшную рану (эвентрация матки). Большинство приверженцев этого метода не делает эвентрации матки и производит поперечный шеечный разрез в матке *in situ*.

Больная находится в положении Тренделенбурга. Продольный послойный разрез брюшной стенки проводят от лобка до пупка. По вскрытии брюшной полости брюшную рану раздвигают зеркалами. Матку обкладывают салфетками. На уровне пузырно-маточной складки брюшины или чуть выше брюшину рассекают в поперечном направлении и мочевой пузырь отодвигают немного книзу. Разрез маточной стенки проводят на этом же уровне. Для того чтобы передняя стенка шейки, по которой делают разрез, была напряжена, Крауль предлагает следующий прием: ассистент энергично отодвигает рукой вверх тело матки, покрытое марлевой салфеткой; при этом нижний маточный сегмент плотно облегает

головку и натягивается над ней. Этот прием позволяет легко найти пузырно-маточную складку, не применяя крутого тренделенбургского положе-

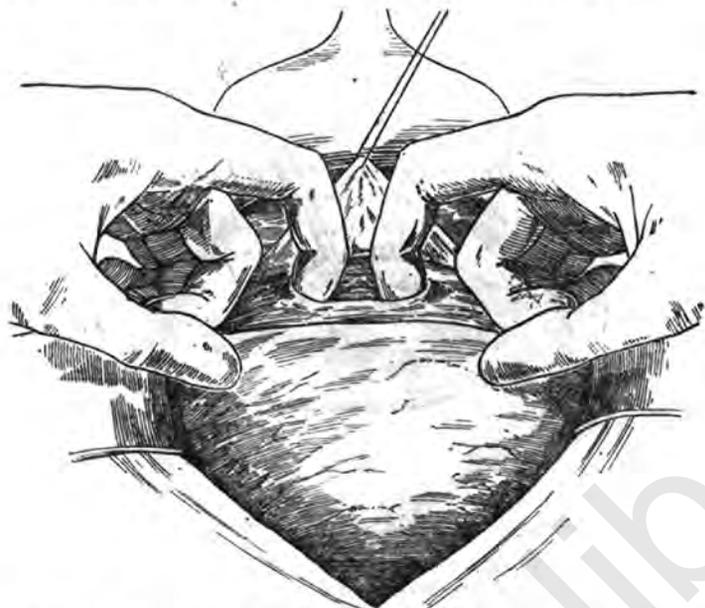


Рис. 95. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Два пальца, введенные в разрез, расширяют рану тупым путем.

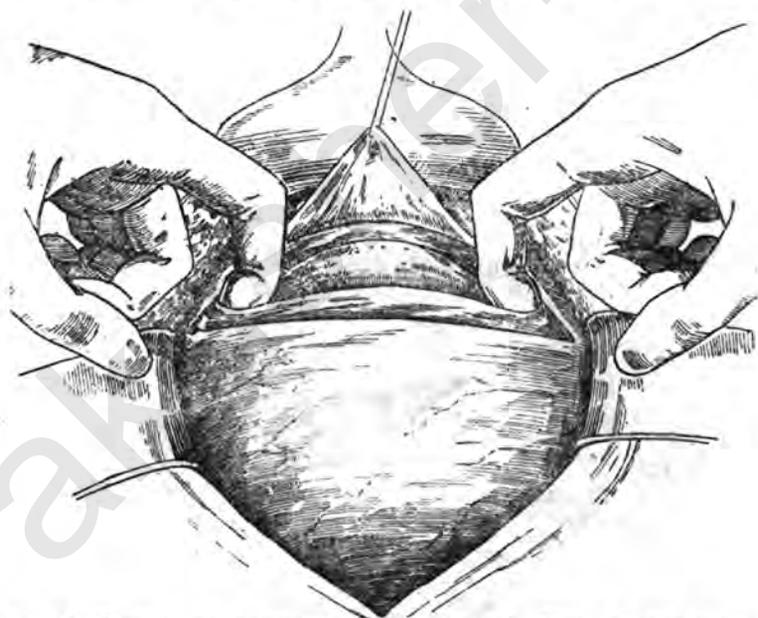


Рис. 96. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Рана в стенке матки увеличена тупым способом на всем протяжении разреза брюшины. В глубине виден плодный пузырь.

жения. Гепперт советует левой рукой отодвинуть головку вверх и провести поперечный разрез по передней стенке шейки ниже отодвинутой головки. Сначала делают маленький поперечный разрез в середине шейки

(рис. 94). Затем указательными пальцами рану раздвигают в обе стороны (рис. 95 и 96) аналогично тому, как при лапаротомии раздвигают прямые

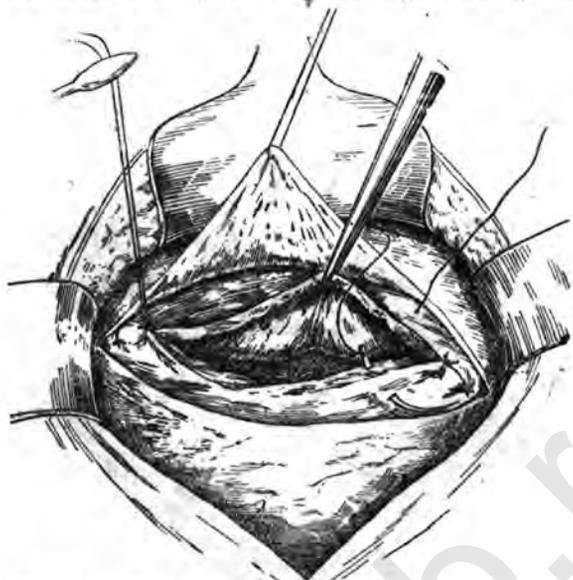


Рис. 97. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Маточная рана зашивается одно- или двухэтажным швом.

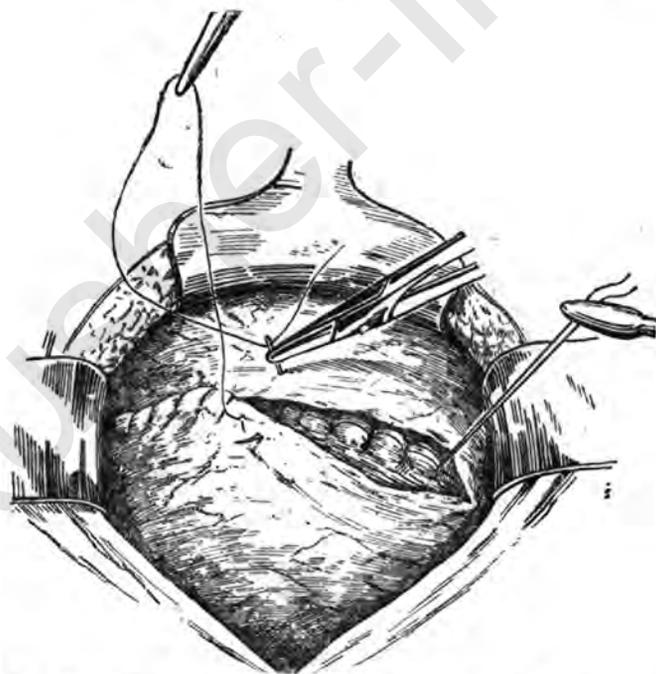


Рис. 98. Перешеечно-шеечное кесарское сечение. Непрерывным кетгутовым швом соединяются края разреза брюшины.

мышцы живота. Кровотечения при этом почти не бывает. Повреждение больших сосудов у ребра матки при тупом раздвигании мышечных пучков невозможно. После извлечения ребенка и удаления послера края

маточной раны прилегают друг к другу, и таким образом создаются весьма благоприятные условия для зашивания маточной раны и для ее заживления. Маточную рану зашивают двумя рядами швов. Сначала накладывают ряд узловых кетгутовых швов; захватывающих толщу мышечной раны (слизистая оболочка не прокалывается) (рис. 97). Поверх накладывают непрерывный кетгутовый шов, захватывающий поверхностные слои нижнего и верхнего края мышцы или стягивающий их наподобие лембертовского шва. В заключение непрерывным кетгутовым швом край пузырно-маточной складки брюшины пришивают на свое место (рис. 98). Маточный шов теперь полностью перитонизирован.

Вопрос о том, какой из двух разрезов — продольный или поперечный — целесообразнее при перешеечно-шеечном кесарском сечении, решить трудно.

Бургер, являющийся в последнее время приверженцем поперечного разреза, ограничивает его применение лишь теми случаями, когда подлежащей частью является головка. Мотивирует он это тем, что при поперечном разрезе область внутреннего зева (контрационное кольцо) остается неповрежденной. Поэтому, если подлежащей частью является не головка, то приходится произвести поворот и извлечение плода за ножку, во время чего может произойти судорожное сокращение оставшегося целым внутреннего зева, что затруднит извлечение головки.

КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Если операция кесарского сечения предпринимается при декомпенсации сердечной деятельности, когда тяжелая одышка не позволяет больной принять горизонтальное положение, то операцию проводят при полусидячем положении больной (рис. 99). Разрез брюшной стенки проводят не как обычно — между пупком и лобком, а между пупком и мечевидным отростком. На этом уровне расположено дно беременной матки, а разрез в области дна матки при вскрытии брюшной стенки выше пупка может быть сделан на матке *in situ*, т. е. без ее эвентрации. Точно так же *in situ* будет сделано опорожнение матки и зашивание маточной раны.

Наиболее бережным и вполне эффективным методом обезболивания в этих случаях является местная анестезия. Необходимо анестезировать только брюшную стенку, так как разрез маточной стенки и зашивание его при положении матки *in situ* не вызывают боли.

Беременная находится на операционном столе в сидячем или полусидячем положении и ногами опирается на низкую табуретку. Вместо обычного операционного стола можно воспользоваться и гинекологическим креслом со спущенными ногодержателями или даже простым креслом.

При решении вопроса о положении больной на операционном столе следует иметь в виду и необходимость предоставления оперируемой известных удобств. Эту сторону вопроса совершенно правильно подчеркивает А. В. Вишневский, указывая, что при операции, производимой под общим наркозом, положение больной на операционном столе впе-



Рис. 99. Надпупочный разрез при кесарском сечении в сидячем или полусидячем положении больной.

ресует оператора главным образом с точки зрения облегчения техники операции, удобства наркоза и возможности немедленного вмешательства в случае наступивших осложнений вследствие наркоза; об особом комфорте для больной при применении общего наркоза обычно не думают. Когда же операция производится под местной анестезией и больная в продолжение всей операции сохраняет полностью сознание, необходимо создать ей максимум комфорта. Малейшее неудобство положения к известному моменту скажется и неизбежно отразится на общей чувствительной сфере больной, подняв ее восприимчивость и сделав ее менее устойчивой. А это отзовется на успешности операции. При операциях на органах брюшной полости этот момент имеет особое значение, так как операция требует расслабления брюшной стенки, а оно не может быть полным, если больная во время операции находится в неудобном положении. Это совершенно справедливое указание Вишневого приобре-



Рис. 100. Кесарское сечение у сердечной больной. Зашитый продольный разрез, проведенный через дно матки

тает, конечно, еще большее значение, когда операция на брюшной полости производится в конце беременности у женщины с тяжелым сердечным заболеванием.

Брюшную стенку готовят обычным образом (бензин, спирт и йодная настойка). Затем приступают к анестезии брюшной стенки, начиная от мечевидного отростка и кончая на 1—2 пальца ниже пупка. Для местной анестезии пользуются инфльтрационным методом.

Вскрыв брюшную полость между пупком и мечевидным отростком, в нее осторожно вставляют брюшные зеркала или ретракторы, которыми раздвигают края брюшной раны и обнажают дно матки. Эта манипуляция должна быть проведена бережно, чтобы не вызвать у оперируемой болезненного ощущения и вследствие этого рефлекторного напряжения брюшной стенки и появления в ране кишечных петель. В брюшную рану вводят марлевые салфетки и тщательно обкладывают ими матку. Эти салфетки впитывают в себя кровь и околоплодные воды. В ране появляется верхний отдел передней стенки матки и ее дно. Через дно матки, спускаясь немного на переднюю стенку, проводят продольный срединный разрез, вскрывающий полость матки (рис. 100). Плодные оболочки разрывают, и введенная в матку рука обычно тут же находит ножки плода; захватив одну из них, извлекают плод. В остальной операции проводится по такому же способу, как и обычное классическое кесарское сечение. Для того чтобы после опорожнения матки не было резких колебаний внутрибрюшного давления, необходимо, чтобы тотчас же после опорожнения матки ассистент сжал руками с боков брюшную стенку. Как только будет окончена операция, надо туго забинтовать живот или положить на него на несколько часов тяжелый мешок с песком.

Точно так же должны быть своевременно введены сердечные средства — кофеин, камфора и пр.

При декомпенсации сердечной деятельности у беременной с нежизнеспособным плодом (до 7 месяцев беременности) родоразрешение может быть легко осуществлено при помощи влагалищного кесарского сечения

(кольпогистеротомия), которое, как и всякая влагалищная операция, дает несравненно меньший операционный шок, чем лапаротомия. Применение влагалищного кесарского сечения у некоторых сердечных больных затрудняется тем, что из-за одышки больная не может находиться во время операции в горизонтальном положении. Если же одышка незначительна и больная может пролежать на операционном столе хотя бы полчаса, то у повторнородящей, особенно при недоношенном и нежизнеспособном плоде, влагалищное кесарское сечение следует решительно предпочесть брюшно-стеночному.

ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ (SECTIO CESAREA VAGINALIS)

Влагалищное кесарское сечение является лишь подготовительной операцией к родоразрешению через естественные родовые пути. Поэтому если имеется несоответствие между емкостью таза и объемом плода, то получить живого ребенка при этом способе трудно или даже невозможно. Но даже и при отсутствии такого несоответствия быстрое извлечение ребенка через недостаточно подготовленные мягкие родовые пути увеличивает опасность операции для ребенка и ведет к повышению детской смертности в родах. В этом отношении влагалищному кесарскому сечению можно противопоставить брюшно-стеночное кесарское сечение, при котором шансы на получение живого ребенка наиболее благоприятны. Но если сопоставить опасности, которые угрожают женщине при брюшно-стеночном и влагалищном методе кесарского сечения, то во многих случаях преимущество окажется на стороне влагалищного. Это относится к тем случаям, когда общее тяжелое состояние женщины, болезни сердечно-сосудистой системы, легких, почек и пр. заставляют отдавать предпочтение таким оперативным методам, которые обычно не сопровождаются «перитонеальным шоком».

Влагалищное кесарское сечение применяется при тяжелых заболеваниях и осложнениях во время беременности и родов, когда для спасения матери требуется быстрое родоразрешение, несмотря на недостаточное раскрытие цервикального канала, как, например, при преждевременной отслойке прикрепленной на нормальном месте плаценты. Влагалищное кесарское сечение показано при тяжелых заболеваниях матери, не связанных с беременностью и требующих быстрого и бережного опорожнения матки во второй половине беременности (тяжелые формы туберкулеза, порока сердца, нефрита и пр.). Оно применялось и при тяжелых токсикозах беременности (Окинчиц, Скробанский и др.). При лихорадочных заболеваниях, особенно при септических процессах во время родов и при поздних абортках, показывающих быстрое опорожнение матки, влагалищное кесарское сечение считается многими [Винтер (Winter) и др.] опасным методом ввиду возможности быстрого распространения инфекции через свежую рану. Однако эту операцию с успехом применяли Окинчиц, Калмыков, Побединский и др.

Предлежание плаценты является весьма спорным показанием к производству влагалищного кесарского сечения.

Дедерлейн (Döderlein) является сторонником этого метода. Пуппель (Puppel) считает показанным влагалищное кесарское сечение лишь при нежизнеспособном плоде. Из 14 его больных одна погибла от гипостатической пневмонии. Из отечественных авторов защитниками метода при предлежании плаценты являются Селицкий, Сазонов и др.; Винтер, Бар (Bar), Парышев, Богданов, Жмакин и др. высказываются против этого метода ввиду имеющих изменениях стенки матки на месте прикрепления плаценты, сильной васкуляризации (кровотечение из разреза) и опасности дальнейшего разрыва шейки. Спорным является также вопрос о том, при каких формах предлежания плаценты следует производить эту операцию: Кренг считает ее показанной в тех случаях, когда послед прикреплен к задней стенке шейки, Окинчиц, Тавилдаров и др. — когда он прикреплен центрально, с чем не согласны Новиков, Парышев и др.

Считая, что угрожающее кровотечение при предлежании плаценты покажет немедленное брюшностеночное кесарское сечение; мы полагаем возможным применить влагалищное кесарское сечение лишь при нежизнеспособном или при доношенном, но мертвом плоде, особенно в тех случаях, когда имеются какие-либо противопоказания к лапаротомии.

Показанием к влагалищному кесарскому сечению может в редких случаях служить агония матери при отказе ее (или ее родных) от брюшностеночного кесарского сечения.

Опасность, угрожающая жизни плода, едва ли может служить показанием для производства влагалищного кесарского сечения, разве только в тех редких случаях, когда без этой операции ребенок безусловно должен погибнуть и мать согласна на эту очень рискованную операцию. Жмакин, Селицкий и др. возражают против производства влагалищного кесарского сечения в интересах плода, так как извлечение доношенного ребенка может встретить затруднения, ведущие к возникновению серьезных повреждений у матери и вероятной гибели плода.

Влагалищное кесарское сечение обладает целым рядом общеизвестных преимуществ, присущих влагалищному методу хирургических операций. Наибольшее развитие и распространение влагалищное кесарское сечение получило в 1905—1912 гг. В последние годы, благодаря усовершенствованиям, введенным в методику брюшностеночного кесарского сечения; влагалищное кесарское сечение во многих случаях начало уступать свои позиции брюшностеночному методу. Тем не менее и в настоящее время влагалищное кесарское сечение является операцией, во многих случаях спасительной для матери (в меньшей степени для плода) при целом ряде осложнений родового акта. Особенно ценна эта операция при необходимости произвести по медицинским показаниям преждевременное прерывание беременности поздних сроков.

Основным условием для операции является соответствующая больничная обстановка и, главное, опыт оператора во влагалищных методах операции.

В качестве подготовки к обезболиванию при нежизнеспособном плоде может быть применено впрыскивание 1—2 см³ 1% раствора морфина или пантопона за полчаса-час до операции (при жизнеспособном плоде введение морфина незадолго до родоразрешения противопоказано). Так как при влагалищной операции ингаляционный наркоз может быть неглубоким, то при отсутствии значительных расстройств со стороны дыхания может быть применен короткий эфирный наркоз или даже один только «рауш» (оглушение) при помощи эфира или хлорэтила.

Местная инфильтрационная анестезия новокаиновым раствором также может быть применена с успехом и в этом случае имеет, конечно, большие преимущества; но она не всегда дает полный эффект. Причина заключается в том, что боль не является результатом разреза влагалищного свода или шейки матки, а возникает при потягивании шейки матки, что вызывает натяжение связок, покрытых чувствительной париетальной брюшиной и не всегда хорошо обезболенных со стороны влагалища. Нужно признать, что недостаточное обезболивание связочного аппарата в известной степени зависит от недостаточного опыта гинекологов в этом виде анестезии. Но даже при удавшейся местной анестезии безболезненной будет лишь операция на шейке матки, внутриматочные же манипуляции, особенно при большом сроке беременности, все же будут болезненны. Поэтому более эффективной, чем местная анестезия; оказывается лумбальная анестезия, конечно, при том условии, что кровяное давление у больной не понижено. Файт (Veit), Писаревский и др. считают даже возможным оперировать вовсе без наркоза.

Методика операции влагалищного кесарского сечения была разработана Дюрссеном. Первоначально после отделения мочевого пузыря от шейки матки он производил разрез как передней, так и задней стенки шейки. В дальнейшем эта методика подверглась самим Дюрссеном и другими авторами некоторым модификациям. Для того чтобы энергичным потягиванием хорошо низвести шейку матки в преддверие влагалища и широко обнажить передний влагалищный свод, Дюрссен предложил использовать метрейринтер.

Введенный в полость матки и наполненный стерильной водой или каким-нибудь дезинфицирующим раствором (1% раствор лизоформа и т. п.) в количестве 300—500 см³ метрейринтер служит хорошей рукояткой, позволяющей энергично низводить шейку матки, и выгодно отличается от щипцов (пулевые, щипцы Мюзо) в том отношении, что совершенно не травмирует легко рвущуюся в конце беременности ткань шейки матки. Недостатком метода комбинированного применения метрейринтера с влагалищным кесарским сечением является то, что его можно применять лишь в тех случаях, когда подлежащая часть плода подвижна. Трудности возникают также при ригидности шейки матки у первородящих. Бумм видоизменил метод Дюрссена в том отношении, что стал производить разрез лишь по передней стенке шейки матки. Вместо первоначально применявшегося продольного разреза передней влагалищной стенки и Т-образного разреза, который стали применять впоследствии, Штрассман предложил применять при влагалищном кесарском сечении лоскутный разрез передней влагалищной стенки.

Подготовка наружных половых органов—обычная для влагалищных операций. Лишь в отношении подготовки влагалища может быть применена в различных случаях различная методика. Если операция производится до начала родовой деятельности при закрытой шейке, то влагалище дезинфицируют, как перед гинекологической операцией, т. е. его тщательно протирают в зеркалах спиртом и смазывают йодной настойкой. При открытом зеве и отходящих водах такая дезинфекция слизистой влагалища в значительной мере теряет свою ценность; поэтому многие ограничиваются лишь подготовкой наружных половых органов. Перед началом операции необходимо выпустить мочу катетером.

Техника операции. Влагалищную часть шейки матки обнажают зеркалами. Переднюю губу маточного зева захватывают с двух сторон пулевыми щипцами или щипцами Мюзо и низводят ко входу во влагалище до полного выворота передней влагалищной стенки. Первородящим с ригидными тканями предварительно делают влагалищно-промежностный (шухардтовский) разрез для устранения сопротивления со стороны тазового дна.

Защитниками применения влагалищно-промежностного разреза при влагалищном кесарском сечении у нас являются Тавилдаров, Подгорецкий, Вербов, Бумм, Селицкий и др. допускают применение влагалищно-промежностного разреза только в исключительных случаях, ввиду того что он усиливает травму мягких родовых путей и увеличивает таким образом опасность инфекции.

Если цервикальный канал еще закрыт, то его сначала расширяют бурами Гегара до проходимости для пальца. В области прикрепления переднего влагалищного свода к шейке матки, что соответствует последней поперечной складке слизистой влагалища (*columna rugarum*), проводят в поперечном направлении разрез через влагалищную стенку. На обоих концах разреза мы делаем еще по короткому вертикальному разрезу. В результате получается лоскутный разрез влагалищной стенки (рис. 101); этот лоскут вместе с лежащим под ним мочевым пузырем отделяют от шейки матки либо тупым путем при помощи марлевого тупфера или пальца; обернутого марлей, либо острым путем. Мы отдаем предпочтение острому способу, так как он проводится под контролем глаза. Мочевой пузырь должен быть

отделен и отодвинут выше внутреннего маточного зева. Пузырно-маточная складка брюшины обнажается, но не вскрывается. Таким образом, вся операция проводится внебрюшинно. При доношенной беременности, когда разрез шейки должен быть проведен за внутренний зев, брюшинную складку можно также немного отодвинуть вверх от места перехода ее на тело матки. После этого, вставив во влагалищный разрез подъемник, оттесняют мочевой пузырь кверху; тогда обнажается передняя стенка шейки матки, которую рассекают по средней линии, начиная от наружного зева (рис. 102). Перехватывая затем пулевыми щипцами края разреза все



Рис. 101. Влагалищное кесарское сечение. Лоскутный разрез влагалищной стенки по Штрассману. Пинцет приподнимает край лоскута, куперовские ножницы рассекают соединительнотканые волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к стенке матки.

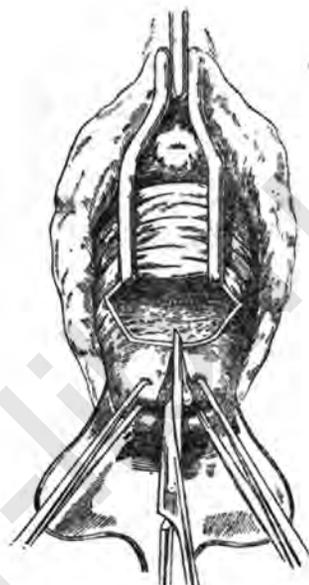


Рис. 102. Влагалищное кесарское сечение. Мочевой пузырь отодвинут от шейки матки. Передняя стенка шейки разрезается по средней линии.

выше, их постепенно стягивают вниз, а разрез продолжают немного за внутренний зев.

Родоразрешение производят при помощи поворота на ножку или щипцов—если ребенок жив, или перфорации головки—если плод мертвый или нежизнеспособный. Плаценту большей частью удаляют рукой. Затем зашивают разрез шейки (рис. 103) и влагалища, каждый в отдельности, узловыми кетгутовыми швами (рис. 104).

Самым важным моментом при зашивании шейки является определение верхней точки (конец) шеечного разреза, лежащей в области внутреннего маточного зева; здесь и должен быть наложен первый шов. Если конец разреза сразу отыскать не удастся, то первый шов проводят на доступной для глаза высоте и стягивают лигатуру вниз; тогда постепенно в операционном поле появляются более высоко лежащие участки разреза, а затем его верхний конец. Отсюда и начинают накладывать узловые кетгу-

товые швы, захватывающие всю толщу стенки шейки. Некоторые хирурги не захватывают при этом слизистой шеечного канала. Здесь эта предосторожность не столь важна, как при классическом кесарском сечении. Когда шейка зашита, удаляют подъемник, отводивший вверх влагалищный лоскут

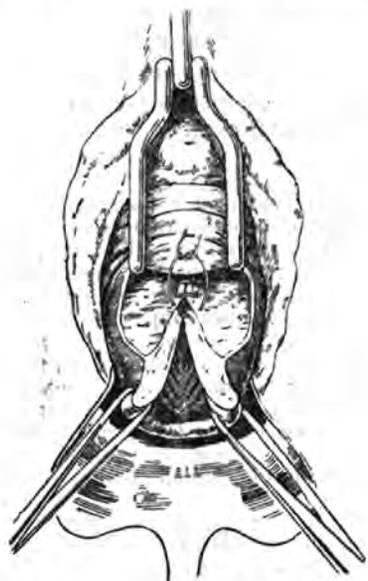


Рис. 103. Влагалищное кесарское сечение. После опорожнения матки разрез шейки зашивается отдельными кетгутовыми лигатурами.

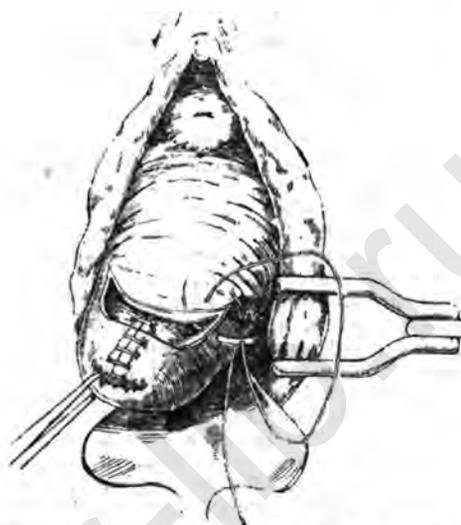


Рис. 104. Влагалищное кесарское сечение. Влагалищный лоскут пришивается на место.

снут вместе с мочевым пузырем, и пришивают влагалищный лоскут на место. В нижний край зашитой раны вводят небольшую полоску марли для того, чтобы обеспечить отток крови, которая может скопиться между пузырем и шейкой матки. Полоску удаляют через 8—12 часов.

КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ В ИНФИЦИРОВАННЫХ СЛУЧАЯХ

Одним из условий благоприятного исхода операции классического кесарского сечения является, как указывалось выше, отсутствие инфекции. Правда, определить наличие инфекции у роженицы не всегда легко. Обычно наличие инфекции признается в тех случаях, когда роженица лихорадит, но ведь хорошо известно, что половой канал, в частности, полость матки, может быть уже инфицирован, а температура тела может еще оставаться нормальной. Кроме того, повышенная температура тела может в одном случае явиться следствием местной и ограниченной инфекции, а в другом—инфекции, уже вышедшей за предел полости матки и даже генерализованной. Все это чрезвычайно затрудняет определение инфицированности случая и оценку характера инфекции. Большей частью практическому акушеру приходится судить о наличии инфекции на основании общих данных (температура тела, пульс, дыхание, самочувствие, выражение лица, гемограмма, реакция оседания эритроцитов). Косвенными указаниями являются длительность безводного периода родов, количество влагалищных исследований роженицы, особенно если они сделаны в неподходящей обстановке.

Современная методика кесарского сечения, особенно перешеечно-шеечного, позволяет рассчитывать на благоприятный исход операции не только в «чистых» случаях, но и в инфицированных. Но риск операции в этих случаях все же больше, чем в случаях неинфицированных. Поэтому для того чтобы решиться на кесарское сечение при наличии инфекции, необходимо прийти к убеждению, что оно будет представлять при данных условиях меньший риск для жизни и здоровья роженицы, чем другие акушерские операции. Общее мнение таково, что в инфицированных случаях требуется особая методика операции. Попытки разработать такую методику мы встречаем на протяжении всего периода развития операции кесарского сечения.

В 1907 г. Франк предложил перед вскрытием эвентрированной матки временно закрывать брюшную полость. Так как полной гарантии от заражения брюшной полости этот способ не дал, то Франк попытался осуществить идею Физика (Physick), высказанную последним в 1822 г. и заключающуюся в проведении операции внебрюшинным методом—путем отслойки брюшины мочевого пузыря и обнажения шейки матки, которая вскрывается поперечным разрезом. Но так как эта операция сопровождалась ранением мочевого пузыря, то Франк впоследствии разработал другой, так называемый трансперитонеальный метод. При этом методе брюшная полость вскрывается поперечным разрезом, проводимым на два пальца выше лона; брюшина пузырно-маточной складки надрезается у самого пузыря, отсепаровывается кверху и сшивается с соответствующим париетальным листком брюшины. Таким образом брюшная полость изолируется. Обнаженный нижний сегмент вскрывается также поперечным разрезом. Фейт видоизменил этот способ, заменив поперечный разрез брюшной стенки, брюшиной нижнего отдела матки и стенки матки продольным.

Мысль найти внебрюшинный путь к полости матки была осуществлена в дальнейшем благодаря работам Зельгейма, Кюстнера, Ляцко (Latzko) и Дедерлейна. Зельгейм предложил производить внебрюшинное кесарское сечение следующим образом: брюшная стенка разрезается по способу Ифаннштгиля (Pfannenstiel); брюшина отслаивается, начиная от задней поверхности прямых мышц и дальше по средней линии от мочевого пузыря кверху; мочевой пузырь отодвигается от шейки матки вниз; затем вскрывается обнаженный нижний сегмент матки, и извлекается плод. Выполнить эту операцию, не вскрывая брюшины, возможно, однако, лишь в том случае, когда переходная складка брюшины, благодаря начавшейся родовой деятельности, сама по себе отодвинулась высоко кверху и нижний сегмент матки уже растянут. В остальных случаях Зельгейм принужден был оперировать по методу, аналогичному методу Франка, т. е. трансперитонеально. Проводить операцию кесарского сечения внебрюшинным способом удалось лишь после того, как Ляцко, Кюстнер, Дедерлейн, использовали анатомические изыскания Зельгейма относительно топографии складки пузырно-маточной брюшины во время родов, предложили идти к шейке матки сбоку от мочевого пузыря. Такой путь был, впрочем, предложен еще в 1806 г. Йоргом (Yorg) и в 1820 г. был выполнен Ритгеном (Ritgen). Боделок (Baudeloque) в 1823 г. в 2 случаях применил метод Йорга, причем, как и Ритген, он сделал боковой разрез брюшной стенки поверх пупартовой связки и, отодвинув брюшину, проник во влагалище и таким путем извлек плод. Метод Йорга с успехом применили в 1870 г. Теодор, Гайар, Томс и Скене (Teodor, Gailar, Thoms, Skene) в Америке. Дальнейшие случаи применения *gastroelytrotomiaе* опубликовали Жиллет, Тайлор, Гайм, Эдис, Дункан и Иеветт (Gillette, Taylor, Hime, Edis, Duncan, Iewett).

Для уменьшения опасности кесарского сечения при ясно выраженной инфекции со стороны родовых путей Пиллор (Pillore) еще в 1854 г. предложил накладывать маточно-брюшностеночный шов, а Зельгейм (1908)—маточно-брюшностеночную fistулу, которая спустя некоторое время освежается и зашивается.

Предложенная Готтшалком (Gottschalk) в 1909 г. операция кесарского сечения в инфицированных случаях была впервые произведена в 1924 г. Портом (Portes). Эту операцию Порт назвал *exteriorisation temporaire de l'utérus*.

Из всех предложенных способов чаще всего, повидимому, применяется операция Порро, при которой удаляют инфицированную матку и таким образом устраняют источник инфекции в послеродовом периоде. Этот радикальный метод хотя и является наиболее безопасным в тех случаях, когда инфекция гнездится в полости матки, но удаление матки у женщины, находящейся в цветущем возрасте, представляет травму, чреватую серьезными последствиями. Вот почему методом, конкурирующим с операцией

Порро, является в настоящее время операция Порты, получившая распространение главным образом в романских странах и в Латинской Америке.

В Советском Союзе операция Порты большого распространения не получила. Отдельные сообщения у нас принадлежат Бубличенко из Ленинграда, Брунфону из Евпатории и др. В 1930 г. Дюверж (Duverges) из Буэнос-Айреса собрал из литературы 99 случаев операции Порты, к которым присоединил 3 своих случая. По Дювержу, смертность после операции Порты равняется 25%. В 4 случаях из 99 наступила повторная беременность. В случае Брунфона после операции также наступила беременность, окончившаяся извлечением ребенка через разрез на месте оставшегося в брюшной стенке язвенообразного участка кожи. В случае Крауля из Венской клиники после операции Порты матка самопроизвольно реинтегрировалась в брюшную полость, и вскоре у женщины вновь наступила беременность, которая окончилась самопроизвольными родами доношенным ребенком.

Операция Порты

(метод экстернизации матки, при котором матка временно изолируется от брюшной полости)

Разрез брюшной стенки проводится от лона до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Матка вместе с придатками выводится из брюшной полости и резко наклоняется к лону. Брюшная рана позади матки зашивается несколькими лигатурами, захватывающими всю толщину брюшной стенки вплоть до задней стенки матки. Нижние два шва должны захватить также заднюю поверхность шейки матки (рис. 105). При этом нужно следить за тем, чтобы нижние швы, прихватывающие матку, лежали

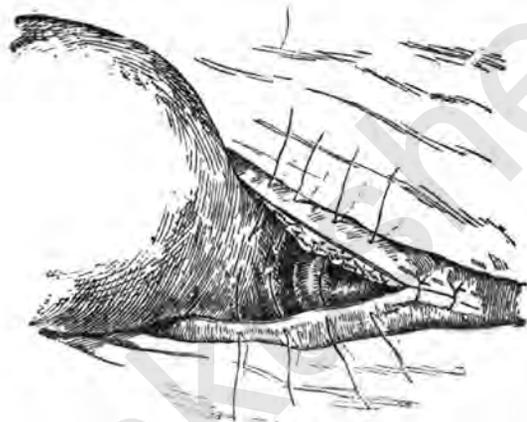


Рис. 105. Операция Порты. После выведения матки из брюшной полости брюшная рана позади матки зашивается (по Окничицу).

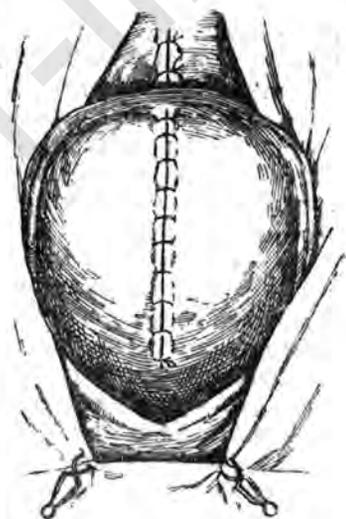


Рис. 106. Операция Порты. Зашитая матка лежит над зашитой брюшиной (по Окничицу).

книзу от головки плода, иначе они могут явиться препятствием к его извлечению. Если матка будет долго находиться в положении резкой антеверзии, то в ней может наступить нарушение кровообращения, а это явится причиной асфиксии плода. Поэтому эту часть операции следует производить быстро. Затем по передней поверхности матки делают разрез, вскрывают ее полость, удаляют плод и послед и зашивают маточную рану, как при классическом кесарском сечении. Матка, покрытая салфеткой, смоченной физиологическим раствором или стерильным вазелиновым или камфорным маслом, остается лежать впереди брюшной стенки (рис. 106).

Если инфицированная маточная рана не заживает и покрывается налетом, то швы удаляют и лишь после того, как рана совершенно очистится от налетов, ее зашивают вторично. Если заживление произошло первичным натяжением, то по истечении 20—30 дней матка, хорошо проделавшая послеродовую инволюцию, может быть погружена в брюшную полость (реинтеграция матки). К этому времени матка, сократившаяся до размера небольшого апельсина, имеет чистую розоватую, слегка кровоточащую при дотрагивании поверхность, придатки имеют нормальный вид, хотя и немного отечны.

Ход операции «реинтеграции» матки в брюшную полость следующий: операционное поле, т. е. рубец брюшной стенки, а также матку и придатки смазывают иодной настойкой. Разрез ведут по старому рубцу от верхнего его конца до матки. Вскрыв брюшную полость, в нее вводят палец, разъединяют сращения, образовавшиеся между париетальной брюшиной и маткой с придатками; освобождают также от сращений и шейку матки. После того как матка с придатками полностью освобождена от сращений, их погружают в брюшную полость, а брюшную стенку зашивают наглухо обычным путем.

КУСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ С ОСТАВЛЕННЫМ ИСКУССТВЕННОМУ СВИЦА МАТКИ

(операция Зельгейма)

Особенностью операции является попытка изолировать брюшную полость от полости матки и оставление маточного свища. Эта сравнительно редко применяемая операция должна, по мнению Бакшта, получить более широкое распространение. Технику операции Зельгейма в модификации Паунца (Paunz), которую Окинчиц и др. считают более простой и целесообразной, Бакшт описывает следующим образом. В умеренном тренделенбургском положении проводится срединный разрез от симфиза до пупка. По вскрытии брюшной полости париетальная брюшина приторачивается узловатыми кетгуговыми швами к висцеральной брюшине матки с таким расчетом, чтобы: 1) возможно большая часть передней поверхности матки лежала обнаженной в брюшной ране и 2) вместе с тем оставалась свободной кайма париетальной брюшины.

Узловатые швы накладывают крестиками для большей герметичности. В верхней части раны швы прихватывают также фасцию во избежание надрыва брюшины при экстракции младенца. В нижнем углу раны вскрывается складка пузырьно-маточной брюшины, пузырь несколько отсепаровывается книзу, и переходная складка пришивается к париетальной брюшине. Вслед за этим вскрывают продольным разрезом полость матки и извлекают ребенка. При черепном предлежании целесообразно извлечь головку щипцами: последние лишь незначительно увеличивают объем головки, а риск надрыва притороченной брюшины меньше, чем при извлечении рукой. По удалении последа края маточной раны приторачивают к оставляемому с этой целью свободным краем париетальной брюшины и полость матки тампонируют через раневое отверстие длинными полосами иодоформной марли так, чтобы рана зияла. Марля в послеоперационном периоде постепенно удаляется.

Париетальная брюшина непрерывным швом подшивается к коже брюшной раны, затем продольным разрезом рассекается покрывающая матку брюшина, которая отсепаровывается в обе стороны настолько, чтобы ее можно было сшить с париетальной брюшиной, подшитой к кожному разрезу. Разрез через толщу матки ведется по средней линии, освобожден-

ной от брюшины. Оригинальная методика Зельгейма делает необходимой повторную операцию с освежением краев для погружения матки в брюшную полость.

При модификации Паунца повторная операция не нужна, так как и матка, и брюшная рана гранулируют самостоятельно (в случае Паунца рана зажила через 3 месяца). Сшивая рану матки с брюшиной (не вшивая ее в кожу), Паунц действует, как хирург при холецистостомии: при последней фистула остается только в том случае, если желчный пузырь вшивается в кожу; если же вшить рану пузыря в париетальную брюшину, то фистула закрывается самостоятельно и таким образом устраняется необходимость повторной холецистэктомии.

Личного опыта мы в операции Зельгейма и Паунца не имеем.

III. УЩЕМЛЕНИЕ РЕТРОФЛЕКТИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ МАТКИ

(RETROFLEXIO ET RETROVERSIO UTERI GRAVIDI INCARCERATA)

При retroflexio-versio uteri gravidi mobile в большинстве случаев на третьем-четвертом месяце беременности матка принимает нормальное положение. При фиксированной ретрофлексии-версии беременной матки часто наступает выкидыш. В редких случаях как при фиксированной, так и при подвижной ретрофлексии-версии происходит ущемление в тазу тела матки, что является одним из весьма опасных осложнений беременности. Выполняя весь малый таз, ущемленная беременная матка сдавливает сзади прямую кишку, а спереди—шейку мочевого пузыря и внутреннее отверстие мочеиспускательного канала. Сдавление прямой кишки не угрожает немедленной опасностью, так как в кишечнике могут скопиться большие количества каловых масс, не вызывая этим серьезных расстройств, давление же влагалищной части матки на шейку мочевого пузыря и на уретру вызывает весьма серьезные осложнения: мочеиспускание затрудняется и становится невозможным. Скопясь в пузыре, моча растягивает его настолько, что верхняя граница пузыря доходит до уровня пупка или поднимается еще выше. Такое растяжение мочевого пузыря начинает отражаться и на проходимости мочеточников, и на функции почек. Тем не менее мочевой пузырь продолжает наполняться, и скоро настает момент, когда он либо должен лопнуть, либо, что обычно бывает, моча из него начинает прорываться наружу через растянутую и стечную уретру. Тогда наступает картина парадоксальной ишурии: с одной стороны, моча произвольно и непрерывно вытекает из уретры по каплям, а с другой стороны, пузырь остается переполненным, так как то количество мочи, которое произвольно вытекает через уретру, с избытком восполняется притоком мочи из почек. Результатом длительного перерастяжения стенки пузыря является нарушение ее питания и некроз. При отсутствии защитного механизма в виде нормальной струи мочи постоянное произвольное истечение мочи по каплям способствует проникновению микробов из уретры в мочевой пузырь. В некротизирующейся слизистой пузыря микробы находят благоприятные условия для развития своих патогенных свойств, в результате чего наступает гангрена. Из гангренозного цистита может развиваться восходящий пиелонефрит и общий сепсис. Возможен также и разрыв гангренизирующего мочевого пузыря, что может повлечь за собой смертельный перитонит. В редких случаях наблюдалось выздоровление после самостоятельного выделения через уретру омертвевшей слизистой мочевого пузыря с подлежащим тонким мышечным слоем, но при этом остаются серьезные последствия в виде рубцового сморщивания пузыря, образования в нем дивертикулов, расширения устьев мочеточников, запирательный аппарат которых перестает функционировать.

Ввиду большой опасности, с которой связано ущемление перегнутой или наклоненной кзади беременной матки, весьма важно своевременно распознать и устранить это осложнение беременности.

Д и а г н о с т и к а ущемления очень легка; среди анамнестических данных обращает на себя внимание появление в конце третьего или на четвертом месяце беременности жалоб на постоянные позывы к мочеиспусканию, причем каждый раз выделяется лишь несколько капель мочи. При наружном исследовании над лобком вместо матки (на четвертом месяце беременности матка обычно уже хорошо определяется снаружи) обнаруживается тонкостенная, флюктуирующая опухоль, доходящая до пупка и выше, — переполненный мочевой пузырь. При влагалищном исследовании обнаруживается, что влагалищная часть матки резко смещена вверх и вперед, а задний влагалищный свод выпячен объемистым телом беременной матки.

Возможны и диагностические ошибки. При наружном исследовании можно переполненный, доходящий до пупка мочевой пузырь принять за беременную матку пяти-шести месяцев, упустив из вида, что срок отсутствия менструаций меньше и не соответствует величине «матки». При влагалищном исследовании тело матки, выпячивающее задний влагалищный свод, может быть принято за ущемленную в тазу опухоль (фибромиома матки, киста яичника). Но если помнить о возможности ущемления ретрофлексированной беременной матки и взять себе за правило в каждом случае, где фигурируют жалобы на невозможность мочеиспускания, прибегать к катетеризации мочевого пузыря, то всегда легко будет поставить правильный диагноз. Катетеризация необходима не только для диагностирования, но и для лечения, так как придать беременной матке правильное положение можно лишь после опорожнения переполненного мочевого пузыря. Выпустить у больной мочу обыкновенным женским металлическим катетером в этих случаях невозможно, так как при вытянутой уретре катетер оказывается слишком коротким, поэтому необходимо пользоваться металлическим мужским катетером. Эластический же резиновый катетер может и не пройти через сдавленную шейкой матки внутреннее отверстие уретры.

После того как мочевой пузырь опорожнен, приступают к приведению матки в нормальное положение. Так как это вмешательство болезненно, то рекомендуется производить его под наркозом, который к тому же значительно облегчает вправление матки. Для подробного ознакомления с техникой этого вмешательства мы отсылаем читателя к учебникам и руководствам по акушерству. Здесь же мы остановимся лишь на тех методах лечения, к которым приходится прибегать, когда катетеризация мочевого пузыря не удается. Неудача эта может явиться результатом не только сильного прижатия уретры к лонной кости, но и закупорки уретры некротическими массами, отделившимися от стенки мочевого пузыря при ее гангренозности. Попытка уменьшить объем ретрофлексированной матки путем прокола плодного пузыря через цервикальный канал в большинстве случаев не удается, так как достичь высоко стоящую влагалищную часть матки можно лишь с трудом. Рекомендованный в прежнее время прокол матки и плодного яйца через задний влагалищный свод троакаром или толстой иглой от шприца опасен: при нем можно, во-первых, поранить крупный кровеносный сосуд и вызвать сильное внутреннее кровотечение, а во-вторых, можно инфицировать полость брюшины (Груздев). Поэтому в последнее время некоторые авторы, а в том числе и мы, прибегали в подобных случаях к лапаротомии.

При лапаротомии по поводу ущемления ретрофлексированной беременной матки необходима осторожность уже во время разреза брюшной стенки, чтобы не поранить высоко расположенный мочевой пузырь. Это само по себе тяжелое осложнение при наличии гангренозного цистита повлечет

за собой смертельный перитонит. Поэтому разрез брюшной стенки должен быть проведен выше, чем при обычной гинекологической лапаротомии, вскрытие же брюшины следует начинать на уровне пупка или еще выше. После вскрытия брюшной полости глазам хирурга представляется прежде всего переполненный мочевой пузырь; матка же скрыта позади него и выполняет полость таза. Для того чтобы извлечь ущемленное в тазу тело беременной матки, необходимо проникнуть рукой в полость таза (между маткой и задней стенкой таза), осторожными пилящими движениями пальцев разъединить сращения, если таковые имеются, и ладонной поверхностью руки вывести матку в рану. Для того чтобы матка вновь не запрокинулась, следует укоротить круглые связки. По окончании лапаротомии производят катетеризацию мочевого пузыря, что легко удается.

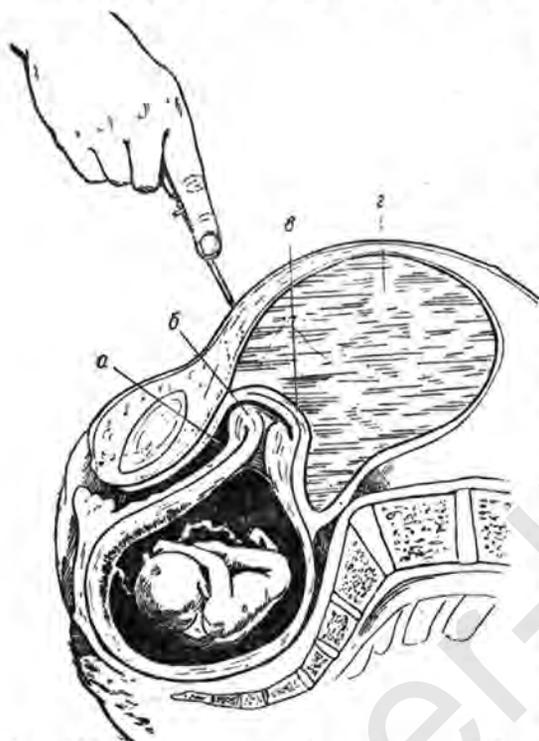


Рис. 107. Ущемление ретрофлектированной беременной матки. Пункция мочевого пузыря через брюшную стенку.

а — задний влагалищный свод; *б* — задняя губа маточного зева; *в* — передний влагалищный свод; *г* — мочевой пузырь.

В запущенных случаях, когда вся толща стенки мочевого пузыря вплоть до его брюшинного покрова поражена гангреной и только спайки с кишками предохраняют брюшную полость от излития в нее иخورозного содержимого мочевого пузыря, лапаротомия может стать опасным вмешательством. В этих случаях приходится либо пунктировать мочевой пузырь со стороны брюшной стенки, либо прибегнуть к наложению надлобкового пузырного свища (рис. 107). Пункция или наложение свища со стороны вла-

галища опасны потому, что инфицированная моча, попадая во влагалище, может вызвать инфекцию полового аппарата, особенно, если наступит выкидыш. При быстром опорожнении мочевого пузыря наблюдались случаи тяжелых кровотечений из пораженных гангренозным процессом кровеносных сосудов, разрывающихся вследствие внезапного изменения внутрипузырного давления, поэтому опорожнять его следует медленно, выпуская мочу отдельными небольшими порциями. Штеккель рекомендует в случаях появления такого кровотечения наполнить мочевой пузырь ледяной водой с прибавлением нескольких капель 1% раствора адреналина.

Если процесс гангреногенеза уже закончился, то удаление отторгнутых гангренозных тканей, особенно, когда они закупоривают уретру, желательно ускорить. Это можно сделать при помощи введенного в уретру корнцанга. В остальном лечение гангренозного цистита обычное для циститов.

Если процесс гангреногенеза уже закончился, то удаление отторгнутых гангренозных тканей, особенно, когда они закупоривают уретру, желательно ускорить. Это можно сделать при помощи введенного в уретру корнцанга. В остальном лечение гангренозного цистита обычное для циститов.

IV. ПРЕПЯТСТВИЯ К РОДАМ И К РОДРАЗРЕШЕНИЮ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ СО СТОРОНЫ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Рождение ребенка может встретить препятствие со стороны мягких частей родового канала в разных его отделах, от внутреннего зева до гименального кольца.

ПРЕПЯТСТВИЯ СО СТОРОНЫ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

Чрезмерно плотная девственная плева очень редко служит препятствием для самопроизвольных родов или для оперативного родоразрешения. Такую плотную плеву, особенно при некоторых редких формах гименального отверстия (гимен решетчатый, двухкончатый), необходимо рассечь. Скальпелем или ножницами рассекают девственную плеву сбоку, как показано на рис. 108. Разрез ведут до основания девственной плевы, продолжая его и в подлежащую клетчатку, и в мышцы. Если влагалище и промежность ригидны, то разрез удлиняют и углубляют, разрезая влагалищную стенку и лежащие под нею мышцы тазового дна. Разрез может быть произведен и по направлению кзади в виде *regiotomia mediana* (см. ниже).



Рис. 108. Разрез решетчатой девственной плевы.

ПРЕПЯТСТВИЯ СО СТОРОНЫ ПРОМЕЖНОСТИ

ПЕРИНОТОМИЯ

Препятствием к рождению ребенка может служить высокая и ригидная промежность. В подобном случае возникает опасность главным образом для плода, требующая неотложной хирургической помощи в виде перинеотомии или эпизиотомии.

Перинеотомия может производиться при наличии какой-либо недостаточности половой щели (врожденная узость, неподатливость входа во

влагалище и др.) или при ее патологическом состоянии (рубцы), а также и при совершенно нормальном входе во влагалище с профилактической целью для предотвращения разрывов промежности и последующего нарушения ее функции (Отт). Перинеотомия может иметь место и как операция, предшествующая или сопутствующая той или другой родоразрешающей операции (например, щипцам). Наконец, показанием к перинеотомии могут быть и те или другие патологические явления со стороны плода.

Тогда как в отношении применения перинеотомии или какой-либо другой операции для расширения входа во влагалище в патологических случаях разногласий среди акушеров нет, применение ее в качестве профилактического пособия при нормальных родах рекомендуется далеко не всеми: так, одни школы, например школа Отта, применяют перинеотомию принципиально довольно широко; другие придерживаются взгляда Красовского и находят возможным производить перинеотомию в зависимости от особенностей течения родового акта; наконец, третьи — школа Фейноменова — оспаривают целесообразность хирургического вмешательства с профилактической целью при нормальных родах.

Преимущество перинеотомии перед эпизиотомией заключается в том, что при перинеотомии обычно разрезают только кожу, мышцы же и фасция остаются неповрежденными. Перинеотомия показана главным образом там, где промежность во время прорезывания головки уже начала рваться посредине. Разрез должен соответствовать объему головки. В противном случае перинеотомия не может предотвратить большого разрыва промежности. Преимуществом перинеотомии является то, что при ней получается резаная рана с ровными гладкими краями, позволяющими хорошо ориентироваться и дающими наибольшие шансы на заживление первичным натяжением.

Несмотря на это, перинеотомия не должна применяться *largo manu* и быть типовым методом защиты промежности, что вполне осуществимо и другими, некровавыми методами. Перинеотомия показана только в том случае, когда разрыв промежности неизбежен, как, например, у старых первородящих с недостаточно эластичными мягкими частями или у инфантильных женщин с очень узкой вульвой, при рубцах на высокой промежности после пластических операций и т. п.

Техника этой операции весьма проста: во время врезывания головки одну браншу раскрытых прямых с тупым концом ножниц плашмя вводят между головкой и задней спайкой промежности, затем ножницы поворачивают на ребро и одним или двумя ударами (по возможности во время потуги) рассекают промежность посредине на протяжении 2—3 см (рис. 109).

Предложенный Оттом срединный глубокий влагалищно-промежностный разрез (*perineotomia mediana*), который более 30 лет последовательно применялся в его клинике в качестве профилактического метода, имеет целью сохранить целостность тазового дна во время родов. Отт обосновывает необходимость применения такого разреза главным образом тем, что, кроме открытых разрывов, после родов имеются еще так называемые «подкожные» разрывы, при которых кожа, как более эластичная ткань, остается целой, а разрываются мышцы и фасции тазового дна, что влечет за собой впоследствии опущение и выпадение матки и влагалища при совершенно расслабленной промежности. Повреждение мышц и фасций тазового дна не всегда удается предотвратить такими профилактическими мероприятиями, как применение различных положений роженицы, поддержание промежности и пр. По мнению Отта, необходимо прежде всего расширить тот путь, по которому должна пройти головка, т. е. рассечь мускулатуру тазового дна, задерживающую рождение головки. Этот прием не только предохраняет мышцы и фасции от разрыва, но сокращает

и длительность родового акта, делая излишним применение выходных щипцов. По мнению Генкеля, затянувшиеся роды всегда ведут к нарушению целостности тканей, причем повреждению подвергаются мышцы, соединительная ткань и нервы. Во избежание этих повреждений, которые являются предпосылкой для возникновения пролапсов, Генкель перешел к методу укорочения периода изгнания ребенка при помощи глубокого влагалищно-промежностного разреза.

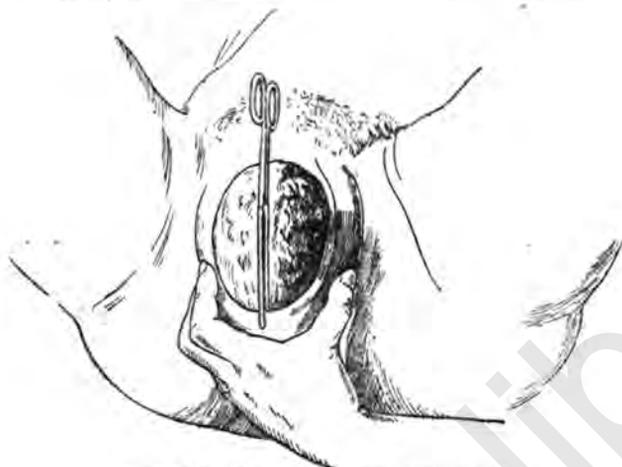


Рис. 109. Срединная перинеотомия.

Большое значение перинеотомия имеет как метод профилактики более редкой, но тяжелой формы разрыва—«центрального» разрыва промежности. При ягодичном предлежании перинеотомия имеет, кроме указанных, еще и то преимущество, что она дает возможность рукой проникнуть до паха ребенка и помочь выведению ягодичек в тех случаях, когда они не прорезываются сами. Извлечение ручек и головки при этом значительно облегчается. Глубокая перинеотомия некоторыми авторами (Генкель) особенно рекомендуется у старых первородящих при ягодичном предлежании.

ЭПИЗИОТОМИЯ

По тем же показаниям можно вместо срединной перинеотомии произвести боковой разрез—э п и з и о т о м и ю, которая отличается от срединной перинеотомии только тем, что разрез проводят обычно влево от входа во влагалище на 2—2,5 см сбоку от средней линии по направлению к седалищному бугру. Рассекается стенка влагалища, кожа промежности, поверхностная фасция и *m. constrictor cunni*. Получается зияющая рана, которая устраняет всякое препятствие к родоразрешению со стороны мягких частей родового канала и делает доступным осмотру глазом влагалищные своды и маточный зев. При таком разрезе кровотечение бывает иногда значительным и требует наложения зажимов и лигатур. Наблюдались также случаи повреждения прямой кишки. Поэтому, производя разрез необходимо соблюдать большую осторожность. По Бумму, повреждения прямой кишки возможны как при поверхностном, так и при глубоком влагалищно-промежностном разрезе. Если односторонняя эпизиотомия оказывается недостаточной для быстрого извлечения плода, то делают на другой стороне такой же разрез.

При наложении швов после косых разрезов надо обращать особое внимание на то, чтобы ткани были правильно соединены. Это лучше всего до-

стигается тем, что место, где разрез проходит через край малых губ, захватывается двумя зажимами, и таким образом создаются фиксационные точки для правильного соединения частей (Бумм).

ПАРАРЕКТАЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ ПО ШУХАРДТУ (SCHUCHARDT)

В чрезвычайно редких случаях при очень узком и неподготовленном влагалище, для того чтобы облегчить трудную акушерскую операцию, например, поворот у первородящей с неподатливыми мягкими частями, может потребоваться более глубокое рассечение мышц тазового дна. Для этой цели применяют параректальный разрез по Шухардту.



Рис. 110. Разрез по Шухардту (по Бумму).
а — направление разреза.

Половая щель растягивается двумя пальцами, введенными во влагалище. Если имеется помощник, то оперирующий вводит во влагалище указательный палец левой руки, а помощник — указательный палец правой руки и растягивают половую щель (рис. 110). Разрез начинают сбоку от задней спайки, обычно на левой стороне. Разрез идет через вульварное кольцо и *trigonum*, через влагалищную стенку, дугой огибает кожу промежности, оставляя в стороне заднепроходное отверстие, проникает в глубину через левый леватор и вскрывает седалищно-прямокишечную ямку (*fossa ischio-rectalis*). Прямая кишка остается в стороне справа (рис. 111 и 112).

Затем зашивают разрез во влагалище (рис. 113). Если сразу не удастся найти начало разреза, то первый шов проводят на том уровне раны, который доступен глазу; завязав лигатуру, стягивают ее вниз, и тогда легко обнаруживают верхний угол разреза, т. е. его начало, откуда и начинают наложение кетгутовых швов. После того как разрез влагалищной стенки зашит, на промежности еще остается зияющая овальной формы рана, которую следует зашить послойно. Сначала несколькими погружными тонкими кетгутовыми лигатурами соединяют края рассеченного леватора, подхватывая ими лежащую глубже жировую клетчатку *fossae ischio-rectalis*.

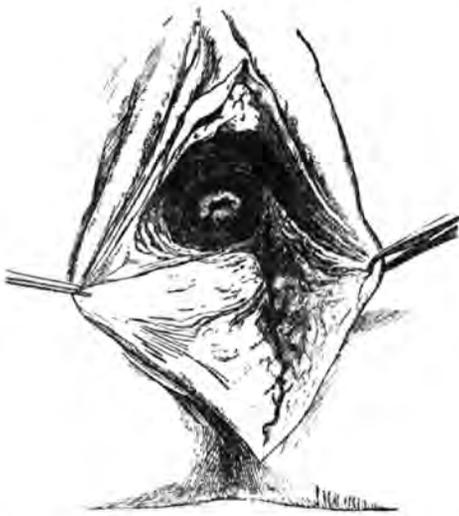


Рис. 111. Разрез по Шухардту. Если раздвинуть края разреза, обнажается шейка матки (по Бумму).

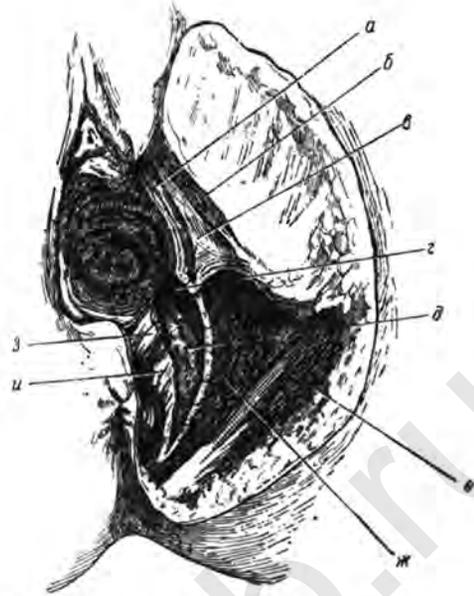


Рис. 112. Анатомические данные при разрезе по Шухардту (по Бумму).

а - trigonum; б - m. ischio-cavernos.; в - m. bulbo-cavernos.; г - cavum pelvicum subperitoneal.; д - rectum; е - m. glut.; ж и и - m. levator ani; к - a - trigonum вместе с m. [constrictoria ani].



Рис. 113. Зашивание разреза по Шухардту (по Бумму).



Рис. 114. Иссечение влагалищной перегородки; в глубине видна шейка матки. Непрерывным швом обшивается край раны, оставшийся после иссечения влагалищной перегородки.

Затем шелковыми, нитяными или проволочными лигатурами зашивают кожу с подлежащей мышечно-фасциальной тканью.

В гинекологической практике поверхностные и глубокие разрезы промежности применяют главным образом для того, чтобы облегчить производство влагалищной операции в тех случаях, когда узкое влагалище не дает достаточного доступа к лежащему в глубине операционному полю. Чаще всего этот разрез применяют при экстирпации матки через влагалище. Техника остается та же, что и в акушерских случаях.

ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ РОДОВ СО СТОРОНЫ ВЛАГАЛИЩА

Таковыми могут служить различного рода сужения (стенозы), врожденные и приобретенные. При врожденных сужениях кольцо сужения обычно бывает тонким. Его легко устранить простым разрезом, который производят в зеркалах под контролем глаза.

Если препятствием служит перегородка, разделяющая влагалище на два канала (при одной шейке матки), то перегородку можно рассечь по середине или иссечь целиком. Край сделанного разреза при стенозе или края раны, оставшиеся после иссечения влагалищной перегородки, обшивают непрерывным швом (рис. 114) по окончании родов.

Рубцовые сужения, возникшие после значительной родовой травмы или после глубоких некрозов влагалищной стенки, а также на почве инфекционных болезней или химических ожогов, являются показанием к брюшно-стеночному кесарскому сечению.

ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ РОДОВ СО СТОРОНЫ ШЕЙКИ МАТКИ

В случаях склеивания наружного маточного зева (*conglutinatio orificii externi*), когда его не находят или когда он определяется в виде маленькой ямки (хотя цервикальный канал уже сглажен и стенки его истончены до крайности), достаточно надавить на склеившийся зев пальцем или сделать несколько буравящих движений, чтобы зев быстро и полностью раскрылся. Если же на шейке имеются рубцы после операций, глубоких ожогов, обширных язвенных процессов и т. п., которые привели к такой неподатливости тканей, что роды через естественные пути становятся невозможными, то в некоторых случаях приходится прибегнуть к брюшно-стеночному кесарскому сечению. Менее значительные изменения при рубцовых стенозах в области наружного маточного зева или при врожденной ригидности шейки, особенно у старых первородящих, могут, если бескровное расширение пальцами не приводит к цели, потребовать и кровавого расширения в виде гистеростоматомии, т. е. разреза маточного зева. Это весьма простая операция при наличии совершенно сглаженной шейки и локализации стеноза в области наружного маточного зева, открытого не менее чем на 5—6 см ($2\frac{1}{2}$ —3 поперечных пальца). В зависимости от степени открытия делают 2, 3, а иногда и 4 разреза, каждый длиной в 2—2,5 см, что делает возможным рождение ребенка без надрывов шейки, которые могут вызвать кровотечение. Если делают 2 разреза, то их лучше расположить с боков, так как именно здесь возникают самопроизвольные разрывы. Если необходимо сделать 3 разреза, то целесообразнее расположить их следующим образом: один посредине сзади, а два — с боков и немного впереди. Если сравнить маточный зев с циферблатом часов, а направление разрезов с часовой стрелкой, то они будут показывать на $9\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$ и 6 часов (рис. 115). Сначала рекомендуется сделать разрез зева сзади, так как после разрезов, сделанных ближе впереди, маточный зев настолько отходит вглубь, что это значительно затрудняет доступ к задней поверхности его (Цангемейстер).

Если — что может понадобиться только в крайне редких случаях — необходимо сделать 4 разреза, то их можно расположить следующим образом: 2 разреза с боков спереди, а 2 разреза с боков сзади (соответственно часовой стрелке, показывающей 10 часов, 2 часа, 4 часа и 8 часов. Рассекать зев спереди по средней линии не рекомендуется потому, что если здесь разрез дальше надорвется, то может произойти повреждение мочевого пузыря.

Лучше всего проводить разрезы под контролем глаза, раскрыв широко влагалище зеркалами Дуайена. Такой метод требует наличия помощника и хорошего освещения; при отсутствии надлежащих условий разрезы приходится делать вслепую большими ножницами Зибольда или Рихтера под контролем введенных в зев пальцев. В большинстве случаев вслед за гистеростоматомией щипцами извлекают ребенка. Для того чтобы при этом не появились новые надрывы, необходимо сначала проверить, какое получилось открытие, а затем при первой же тракции вновь проверить, не чрезмерно ли натягиваются края зева. Если края зева все же тесно охватывают щипцы, необходимо эти края осторожно заправить за головку. При тракциях надо быть крайне осторожным, чтобы вместе с головкой не стянуть и шейку матки, которую в этот момент легко повредить. По окончании родоразрешающей операции шейку обнажают зеркалами и затем разрезы зашивают, хотя они обычно не кровоточат.

Подобные разрезы могут быть с успехом применены при стенозах или ригидности в области наружного маточного зева. По окончании операции прежде всего проверяют, не произошел ли в конце разреза вдобавок еще и разрыв в глубину, который может дать сильное кровотечение. При вышележащих стенозах шейки, особенно, если они находятся в области внутреннего зева, разрезы шейки нецелесообразны, так как если разрезы не достигают внутреннего зева, то они не эффективны, а если делать их глубокими, то спереди мешает мочевой пузырь, сзади можно повредить брюшину дугласова пространства, с боков — крупные кровеносные сосуды. Поэтому при высоко лежащих стенозах шейки рекомендуется влагалищное кесарское сечение (*sectio caesarea vaginalis*). Методику и технику см. раздел «Кесарское сечение».

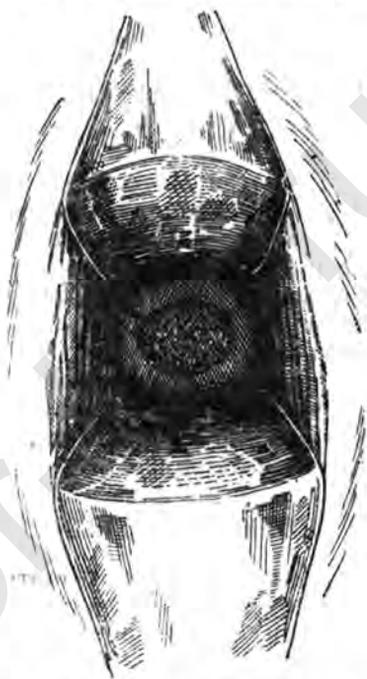


Рис. 115. Разрезы маточного зева (отмечены сплошными черными линиями).

V. КОМБИНАЦИЯ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, РОДАМИ И ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ

Несмотря на то, что фибромиомы матки встречаются у женщин весьма часто, комбинация этих опухолей с беременностью — явление сравнительно редкое. По господствующему в настоящее время взгляду сочетание фибромиомы с беременностью в громадном большинстве случаев не требует оперативного вмешательства: беременность, роды и послеродовой период могут протекать вполне нормально. Если даже опухоль и явится причиной какой-либо акушерской патологии, то во многих случаях эта патология может быть ликвидирована чисто акушерскими приемами и операциями.

Все же в некоторых случаях фибромиомы при наличии беременности требуют хирургического вмешательства. Сюда относятся прежде всего случаи некроза опухоли.

НЕКРОЗ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Наблюдающееся во время беременности быстрое увеличение опухоли (зависящее от ее роста и еще больше от гиперемии и отека), а также увеличение внутриматочного давления (вызываемое растущим плодным яйцом) ведут нередко к сдавлению, перегибу, смещению кровеносных сосудов, расположенных в капсуле опухоли. В результате этого может возникнуть частичный или полный асептический некроз опухоли.

Асептический некроз или некроз фибромиомы матки встречается у беременных гораздо чаще, чем у небеременных. Наиболее частым, а во многих случаях и единственным симптомом некроза опухоли являются боли. Вначале умеренные, при дальнейшем развитии процесса боли эти становятся интенсивными и могут принять характер острого приступа, сопровождающегося реактивными явлениями со стороны брюшины — рвотой, вздутием живота, задержкой стула и газов. Опухоль быстро увеличивается в объеме, становится мягкой, иногда даже как будто флюктуирующей, а главное, болезненной при ощупывании. Температура может оставаться нормальной, но общее состояние больной ухудшается. Припадок под влиянием покоя и болеутоляющих средств может пройти, но может и повториться, иногда еще в более сильной степени.

Тяжелые явления могут возникнуть в связи с кровоизлиянием в опухоль, в капсулу или даже в брюшную полость. К счастью, подобные осложнения во время беременности редки; несколько чаще инфекция и гангрена опухоли наблюдаются в послеродовом периоде. Если припадок более и явления раздражения брюшины, несмотря на принятые меры, не утихают, то приходится прибегнуть к хирургическому вмешательству.

Метод операции фибромиомы во время беременности может быть консервативным (вылущение опухоли) или радикальным (надвлага-

лишняя ампутация или полная экстирпация матки). Опыт показал, что операции на беременной матке не нарушают течения беременности, если они в техническом отношении проводятся бережно и тщательно. Консервативный метод операции может быть применен лишь в тех случаях, когда опухоль расположена не вблизи слизистой оболочки матки и поэтому нет опасности вскрыть полость матки. Непременным условием для консервативной операции служит отсутствие кровоизлияния в капсулу опухоли или некроза опухоли. Конечно, и в этих случаях не исключена возможность нарушения беременности после вылушения опухоли из матки. Консервативная операция при субсерозном расположении опухоли, особенно при наличии ножки, дает лучший прогноз, чем при внутривстеночном расположении большой опухоли, после вылушения которой остается обширное ложе, требующее тщательного гемостаза.

Обращаясь к своему опыту лечения случаев некроза фибромиомы во время беременности, мы должны отметить, что за время нашей почти 40-летней оперативной деятельности нам пришлось оперировать подобные случаи раз 5—6. Из этого мы разрешаем себе сделать вывод, что, вероятно, не всегда авторы ставили показания к операции фибромиомы во время беременности с достаточной строгостью. А между тем прогноз этих операций не так уже блестящ, особенно, если учесть не только непосредственные, но и отдаленные результаты консервативных миомэктомий, как, например, возможность разрыва матки при последующей беременности. И нужно согласиться с Альбрехтом (Albrecht), который считает, что если тяжелое состояние больной, сопровождающееся явлениями перитонита, требует при наличии полного некроза большой внутривстеночной фибромиомы срочной операции, то методом выбора является надвлагалищная ампутация матки.

Перекручивание ножки субсерозной фибромиомы или всей миоматозной матки во время беременности может также повести к некрозу опухоли или к кровоизлияниям в нее и вызвать клинические симптомы, характерные для «острого живота».

ФИБРОМИОМА МАТКИ И ВЫКИДЫШ

Распространенному мнению о том, что при фибромиомах матки выкидыш встречается часто, Альбрехт противопоставляет целый ряд статистик [Шауга (Schauta), Троель, Гофмейер (Hofmeier) и др.], указывающих, что выкидыши в этих случаях встречаются немного чаще, чем выкидыши у женщин, не имеющих фибромиомы. По Троелю, в первые 3 месяца беременности выкидыши при фибромиомах встречаются чаще, чем в более поздние сроки. Нюрнбергер и Франке (Franqué) считают, что выкидыши при фибромиомах встречаются лишь в 10—12%. Так как у беременных, страдающих фибромиомами, в первые 3—4 месяца нередко наблюдаются регулярные, каждый месяц повторяющиеся, или же нерегулярные кровотечения, то они могут вызвать подозрение на угрожающий выкидыш. Но эти кровотечения нередко происходят из истинной отпадающей оболочки, поэтому с предположением о начинающемся выкидыше нужно быть весьма осторожным (Нюрнбергер). В большинстве случаев, как уже указывалось выше, беременность при наличии фибромиомы матки может быть доведена до конца и роды могут протекать вполне нормально. Только при возникновении каких-либо серьезных осложнений показано оперативное вмешательство.

При наличии фибромиомы сократительная способность матки, вследствие того, что стенка ее начинена опухолевыми узлами, может быть понижена; поэтому, если наступает выкидыш, то течение его затягивается. При наличии фибромиомы полость матки может иметь неправильную форму; в ней иногда образуются ниши и карманы, в которых задерживаются части плодного яйца, кюретка же при выскабливании может в эти ниши и не проникнуть. Все это ведет к обильным кровопотерям, затяжному течению выкидыша, разложению содержимого матки и появлению лихорадочного состояния. Но, повторяем, совсем не обязательно, чтобы все эти осложнения встречались в каждом случае выкидыша при фибромиоме. В ряде случаев, когда небольшая опухоль расположена субсерозно или интритеночно и полость матки не деформирована, выкидыш может протекать по обычному типу. В этих случаях часто необходимо произвести выскабливание. Если полость матки, несмотря на фибромиому, сохранила свою более или менее правильную форму, то предпринятая в этих случаях операция выскабливания ничем не отличается от обычного выскабливания и дает такие же результаты. Если иногда и наблюдается более обильное кровотечение вследствие пониженной сократительной способности миоматозной матки, то с ним можно справиться при помощи медикаментозных средств (препараты спорыньи, питуэкрин) или применением холода на живот и пр. Если же кровотечение, несмотря на все принятые меры, не останавливается и у больной появляются признаки острого малокровия, то возникает необходимость удалить матку путем полной экстирпации или надвлагалищной ампутации.

Показанием к такой операции может также послужить наличие фибромиомы в случае лихорадящего выкидыша, независимо от того, является ли лихорадка результатом инфекции полости матки или некроза и инфекции опухоли. Точно так же возникает показание к удалению миоматозной матки, если лихорадка является результатом инфекции, возникшей после аборта. В подобном случае противопоказаниями к операции могли бы послужить переход инфекции за пределы матки и возникновение общего сепсиса.

Удаление миоматозной матки при выкидыше может быть произведено путем лапаротомии или через влагалище, в зависимости от величины матки. Влагалищный путь следует предпочесть в инфицированных случаях, при которых производится полное удаление матки.

В неинфицированных случаях, особенно у молодых женщин, преимущество брюшностволочного чревосечения будет заключаться в том, что операция может быть произведена по более консервативному методу: если опухоли расположены в теле матки, то может быть применена высокая надвлагалищная ампутация матки, а при расположении опухоли в дне матки—даже только ее дефундация.

Наиболее консервативный метод—вылущение опухоли с сохранением матки—может быть применен только при прогрессирующей беременности или после того, как выкидыш будет ликвидирован. Если же операция принимается из-за осложнения, наступившего уже во время выкидыша, т. е. главным образом из-за угрожающего жизни кровотечения, то, конечно, консервативный метод операции здесь неприменим и матку приходится удалить.

ФИБРОМИОМА, ОСЛОЖНЯЮЩАЯ ПОСЛЕДОВЫЙ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОДЫ

В последовом периоде при наличии в матке фибромиомы нередко наблюдаются кровотечения вследствие неправильного механизма отделения плаценты. Поэтому бережное ведение последового периода яв-

ляется в этих случаях особенно важным. Если после рождения плаценты кровотечение не останавливается, несмотря на то, что плацента полностью выделилась и уже были применены обычные в акушерской практике сокращающие матку средства, то следует удалить матку путем надвлагалищной ампутации или полной ее экстирпации (Альбрехт советует производить лапаротомию после предварительной тугей тампонады влагалища). Точно так же показана лапаротомия, если не отделившаяся плацента сидит над выпячивающимся в полость матки миоматозным узлом.

В позднем послеродовом периоде показанием к операции удаления матки могут служить тяжелые кровотечения, некроз и инфекция опухоли, симптомами которых является высокая температура, частый пульс, боли и особенно болезненность опухоли при ощупывании. При некрозе и распаде подслизистой опухоли к этим симптомам присоединяются обильные зловонные выделения. При некрозе и перекруте подсерозного узла появляются перитонеальные симптомы.

VI. КОМБИНАЦИИ КИСТЫ ЯИЧНИКА С ВЫКИДЫШЕМ, РОДАМИ И ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ

Прерывание беременности в связи с наличием кисты яичника встречается, по Гентеру, в 17%. Лечение выкидыша в этих случаях ничем не отличается от лечения обычного выкидыша. Нужно лишь помнить, что при пальцевом опорожнении матки наружная рука не должна травмировать опухоль или ее ножку и перекручивать ее.

Клиническая картина, диагностика и методы лечения острого перекручивания ножки кисты яичника во время беременности, родов и в послеро-



Рис. 116. Прокол кисты, ущемленной в дугласовом пространстве во время родов.

довом периоде те же, что и при перекручивании ножки опухоли у небеременной женщины (см. раздел о перекручивании яичниковых опухолей). То же относится и к другим осложнениям, возникающим в связи с наличием кисты (разрыв кисты, нагноение, некроз и пр.).

Роды при наличии кисты яичника могут протекать нормально, если опухоль невелика и расположена высоко в брюшной полости. Но если киста лежит на уровне входа в таз, то она может отодвинуть подлежащую часть и стать причиной серьезной акушерской патологии (неправильное поло-

жение плода, выпадение пуповины и пр.). Устранение этой патологии часто возможно при помощи акушерских методов операции (см. руководства по акушерству).

Иное дело, если во время родов опухоль яичника оказывается лежащей в малом тазу—обычно в заднем дугласовом пространстве, где она является непреодолимым механическим препятствием для рождения ребенка. Лишь при глубокой недоношенности плода и малой величине опухоли роды в подобном случае могут произойти через естественные родовые пути. Обычно же наступают угрожающие жизни осложнения: разрыв матки, в редких случаях разрыв кисты и в результате перитонит; сепсис. Ввиду этого расположение кисты в заднем дугласовом кармане требует немедленного хирургического вмешательства. Как правило, следует сделать чревосечение, затем кесарское сечение и после этого удалить кисту. Если на сельском участке сделать чревосечение нельзя, то по аналогии с другими случаями акушерского осложнения, требующего неотложной хирургической помощи, больную перевозят в соответствующее лечебное учреждение. Если же и этого сделать нельзя, то прибегают к проколу кисты, лежащей в заднем дугласовом кармане, через задний влагалищный свод при помощи троакара (рис. 116).

Опорожненная таким образом киста не представляет больше механического препятствия к рождению плода. Конечно, такая операция таит в себе большую опасность, так как при проколе со стороны влагалища может быть внесена инфекция в брюшную полость; кроме того, стенка кисты может быть травмирована при ущемлении ее в тазу рождающейся головкой, в результате чего возникает некроз со всеми его последствиями.

Поэтому такую паллиативную операцию можно допустить лишь в самых крайних случаях.

Если киста яичника обнаруживается до наступления периода изгнания, то возникает мысль о выведении опухоли из полости таза в брюшную полость для того, чтобы освободить дорогу плоду. Однако едва ли стоит делать настойчивые попытки к такому направлению опухоли: такие попытки редко ведут к успеху и только наносят травму матери и увеличивают опасность инфекции (Скробанский).

VII. РОДЫ ПРИ НАЛИЧИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Опасность родов при наличии рака шейки матки обусловливается, во-первых, механическим препятствием для родов, которое может представить раковая опухоль, во-вторых, тяжелым кровотечением, которое может возникнуть во время родового акта из пораженной раком шейки, и, наконец, инфекцией, исходящей из распадающегося новообразования. Бывают и счастливые исключения, когда роды проходят благополучно. Подобный случай описал в 1928 г. Шгерн из городской больницы в городе Шахты.

Несмотря на возможность исключительно благополучного исхода самого родового акта в начальных случаях рака шейки матки, указанные опасности при подобных родах настолько велики, что общепризнанным методом родоразрешения является кесарское сечение с последующей радикальной операцией по Вертгейму в случаях операбельных и надвлагалищной ампутацией матки в случаях неоперабельных.

Клиническая картина рака шейки матки у беременной ничем существенным не отличается от таковой при раке у небеременной женщины. За помощью беременная обращается обычно по поводу кровотечения или кровянистых выделений. В очень редких случаях рак обнаруживается случайно, например, при определении срока беременности. Во время родов рак шейки обнаруживается тоже главным образом при исследовании, принятом по поводу появившегося кровотечения. В редких случаях, когда плотный раковый инфильтрат делает шейку неподатливой, кроме кровотечения; может наблюдаться и прекращение продвижения предлежащей части. В результате этого плод может погибнуть, а у матери могут возникнуть тяжелые повреждения, ведущие к смертельным кровотечениям или к тяжелому септическому заболеванию.

В некоторых случаях диагностика не сложна, когда, например, при исследовании на месте шейки находят кровоточащую бугристую опухоль, а в далеко зашедших случаях—кратерообразную язву с инфильтрацией влагалищного свода или параметриев. При постановке диагноза надо помнить о возможности принять за раковое новообразование плацентарную ткань при предлежании плаценты, как это было в случае Фрея.

Методика операции в этих случаях должна быть наиболее простой: классическое кесарское сечение с эквентрацией беременной матки. Надвлагалищная ампутация матки, которая производится в случаях неоперабельных или тогда, когда врач, не владея техникой радикальной операции, не может по тем или иным условиям быстро перевести роженицу

в другое лечебное учреждение, делается по обычному способу (см. в разделе о разрывах матки).

Смысл надвлагалищной ампутации в подобном случае заключается в выключении обширной полости послеродовой матки, в которую легко проникает инфекция из раковой язвы на шейке. Оставшуюся после операции канкрозную шейку необходимо по окончании послеоперационного периода подвергнуть лечению лучистой энергией, для чего больная должна быть как можно раньше направлена в соответствующий лечебный кабинет.

Что касается радикальной операции (по Вертгейму), то к ней в показанных случаях следует приступать непосредственно после извлечения плода и плаценты через разрез маточной стенки. Оставлять плаценту в матке, которая все равно будет удалена при операции, нерационально, так как большая матка несколько затрудняет экстирпацию и кровопотеря во время операции будет значительно больше, чем после удаления плаценты и связанного с этим сокращения матки. Зашивать послоразрез маточной стенки, конечно, не следует, но во избежание кровотечения необходимо стянуть края разреза двумя-тремя щипцами Мюзо или соединить их несколькими лигатурами, проведенными через всю толщу маточной стенки. Возможность дезинфекции влагалища и ракового очага в шейке матки во время родов довольно иллюзорна. Мне кажется, что на дезинфекцию ракового очага со стороны влагалища не стоит тратить времени при вскрытой брюшной полости, тем более что возможность надежно продезинфицировать раковый очаг на шейке, даже в тех случаях, когда операция производится не в экстренном порядке и при отсутствии беременности, также довольно проблематична. Поэтому если при начавшемся кровотечении и открытой шейке невозможно было продезинфицировать раковый очаг до кесарского сечения, то прерывать операцию для дезинфекции не стоит. Целесообразнее по окончании кесарского сечения немедленно приступить к радикальной операции, поручив, если это возможно, кому-нибудь из незанятых на операции помощников протереть влагалище тупферами со спиртом и иодом, в то время как оперирующий уже приступил к экстирпации.

Переход к радикальной операции после кесарского сечения должен быть предусмотрен с самого начала, т. е. тогда, когда еще только приступают к чревосечению.

Для производства радикальной операции при раке матки—операции, чрезвычайно трудной и весьма длительной, делать большой разрез брюшной стенки, необходимый для эквентрации беременной матки, не следует. Мы рекомендуем сперва сделать кесарское сечение при помощи разреза брюшной стенки между лобком и пупком, а эквентрацию матки произвести после ее опорожнения через разрез в нижнем сегменте ее стенки (без отслойки мочевого пузыря). Центр тяжести в борьбе с распространением инфекции из ракового очага, как и вообще при операциях по поводу рака шейки матки, лежит в методике самой операции (изоляция ракового очага при помощи наложения влагалищного жома со стороны брюшной раны и пр.).

РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Самым важным в методике этой операции мы считаем предупреждение тех профузных кровотечений, которые наблюдаются при удалении парапетральной и паравагинальной клетчатки в глубине таза. Особенно большие трудности часто возникают при остановке венозного кровотечения из паравагинальной, паравезикальной и параректальной клетчатки, из которой кровь нередко льется, как из насыщенной жидкостью губки.

- Для того чтобы из глубоких слоев клетчатки не появилось неожиданно при перерезке слоев кровотечение, необходимо предварительно перевязать проходящие в них сосуды.

Латцко и Шифман показали, что в том сложном по своей анатомической структуре образовании, которое носит название параметриума и паракольпиума, имеются три пласта, которые лежат в различных плоскостях и которые можно легко отделить друг от друга тупым путем—пальцем или тулфером. Так как в этих пластах, расходящихся от шейки матки в виде шестилучевой фигуры (Фреунд), проходят сосуды, то, отделив тупым путем эти пласты друг от друга и перевязав каждый в отдельности или обколов в них сосуды, можно предупредить появление неожиданного кровотечения из глубины таза.

Учитывая эти анатомические данные, мы выработали следующую технику операции, которой пользуемся уже на протяжении почти двух десятков лет.

Операцию начинают с определения операбельности случая путем ощупывания области иликальных и obturatorных желез, параметриев, маточ-

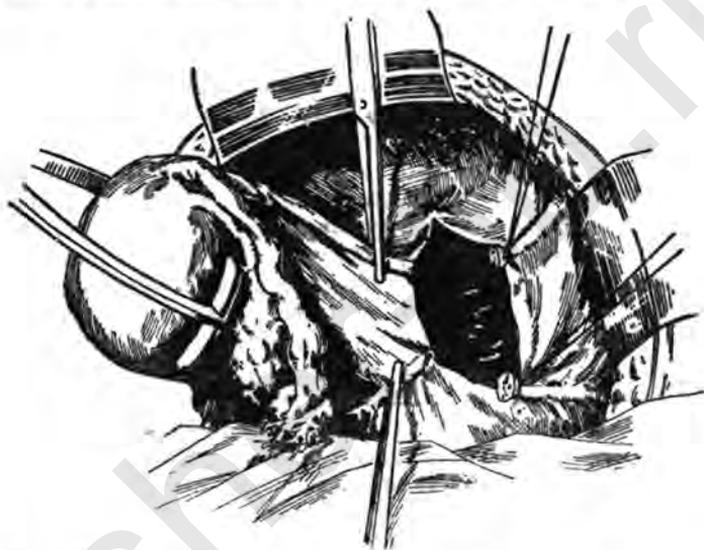


Рис. 117. Операция рака матки. После того как круглая связка и *lig. infundibulo-pelvicum* перевязаны и перерезаны, между ними разрезается брюшинный листок широкой связки.

но-крестцовых связок и подбрюшинных пространств у стенок таза. При отсутствии беременности матку захватывают маточными щипцами (рис. 117). Если же операцию производят после кесарского сечения, то опорожненную матку ассистент захватывает рукой или двумя крепкими зажимами, наложенными вдоль ребер матки на месте отхождения от нее фаллопиевых труб и собственных связок яичника. Затем сначала на одной стороне (обычно на правой) перевязывают и перерезают воронко-тазовую связку (*lig. infundibulo-pelvicum*) и круглую связку, последнюю—подальше от ребра матки; лигатуры оставляют длинными, они служат для натяжения брюшины широкой связки между образованными культиями. Натянутый таким образом передний листок брюшины широкой связки разрезают (рис. 117) и разрез ведут кпереди вдоль пузырно-маточной складки брюшины (рис. 118). То же проделывают и на другой стороне. Мочевой пузырь отсепаровывают от канкрозной шейки большей частью острым путем при

помощи куперовских ножниц. Затем приступают к обнажению мочеточников и маточных сосудов. Для этого указательными пальцами обеих рук, введенными в разрез в брюшине широкой связки, сначала на одной, потом на другой стороне раздвигают оба листка широкой связки (рис. 119) и обнажают среди рыхлой клетчатки мочеточник, оставшийся на заднем листке широкой связки, и в глубине ее маточные и подвздошные сосуды. На медиальном (заднем) листке широкой связки отыскивают мочеточник, который отделяют от брюшинного листка закрытыми куперовскими ножницами (рис. 120). Для того чтобы проследить ход мочеточника в нижнем отделе широкой связки до вхождения его в мочевой пузырь и перевязать лежащие над ним маточные сосуды, следует сильно оттянуть матку в противоположную сторону и немного кзади. После того как маточные сосуды у места отхождения их от подчревных сосудов будут перевязаны и перерезаны (рис. 121), мочевой пузырь отсепааровывают и от передней стенки влагалища для того, чтобы можно было удалить не только параметральную, но и паравагинальную клетчатку. Обнажив таким путем нижний отрезок мочеточника (у места вхождения его в мочевой пузырь), обнажают пласт рыхлой клетчатки, идущий от боковой стенки мочевого пузыря поверх мочеточника к нижнему отделу шейки

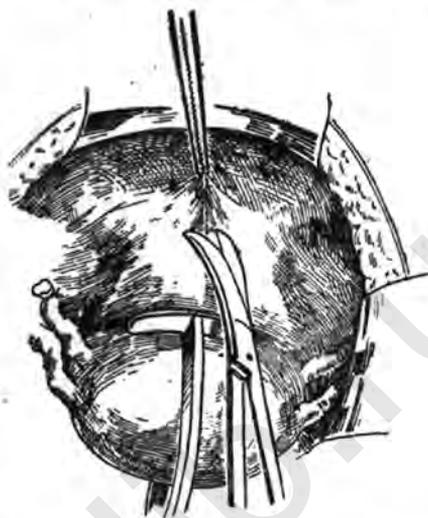


Рис. 118. Операция рака матки. Разрез пузырно-маточной складки брюшины.



Рис. 119. Операция рака матки. Раздвигание листков широкой связки двумя пальцами.

матки (рис. 122). Этот рыхлый пласт клетчатки, содержащий венозные сосуды, перевязывают лигатурой и перерезают. Если теперь энергично отвести отсепаарованный мочевой пузырь к симфизу, а отсепаарованный от шейки матки мочеточник — в сторону, то под мочеточником обна-

жается пласт более плотной соединительной ткани, идущий от ниже-боковой стенки мочевого пузыря к влагалищу—*lig. vesico-utero-vaginale* (рис. 123). Этот пласт, содержащий кровеносные сосуды, отделяют тупым путем, перевязывают и перерезают под мочеточником, чем исклю-

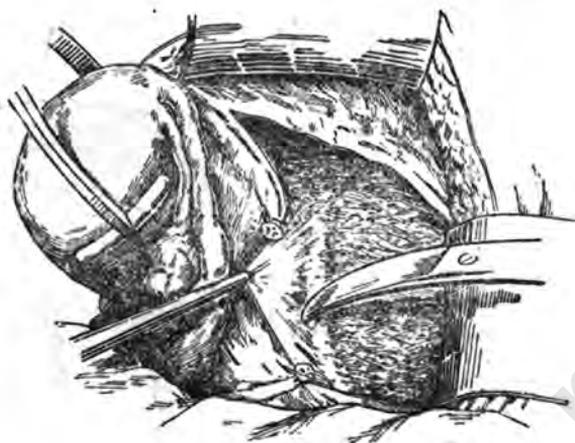


Рис. 120. Операция рака матки. Отделение мочеточника от медиального (заднего) листка широкой связки.

чается один из наиболее серьезных источников кровотечения в глубине тазовой полости. Затем матку оттягивают вперед по направлению к лону, брюшину дугласова кармана рассекают ножницами (рис. 124), пря-

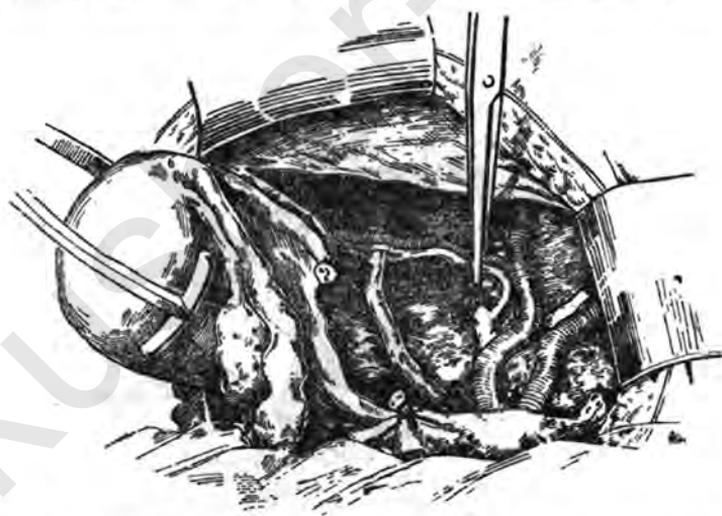


Рис. 121. Операция рака матки. Маточная артерия (вместе с сопровождающей веной) перевязывается и перерезается у места отхождения от подчрешних сосудов.

мую кишку отодвигают вниз и таким образом обнажают лишенные брюшинного покрова пласты клетчатки маточно-крестцовых связок (рис. 125). После перевязки и перерезки маточно-крестцового пласта у самой прямой кишки получают широкий доступ к параметральной и паравагинальной

клетчатке, идущей от бокового ребра шейки и влагалища под мочеточником к боковой стенке таза. Этот довольно плотный, мощный и содержащий кровеносные сосуды пласт также перевязывается и перерезается

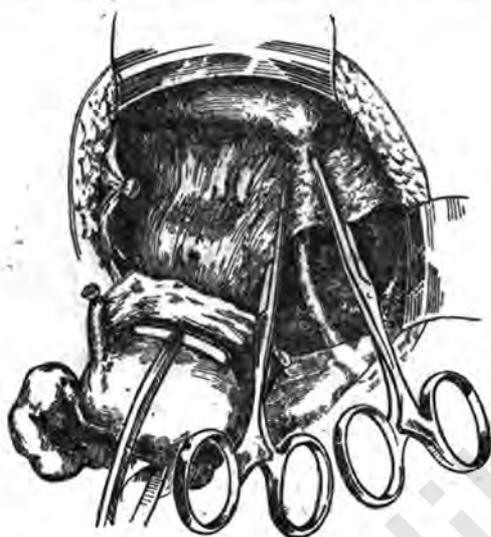


Рис. 122. Операция рака матки. Выделен пласт клетчатки, идущий вверх мочеточника от нижнего отдела шейки матки к боковой стенке мочевого пузыря.

(рис. 126), после этого весь препарат легко выводится в брюшную рану. Таким образом, пользуясь тем, что описанные пласты отделены друг от

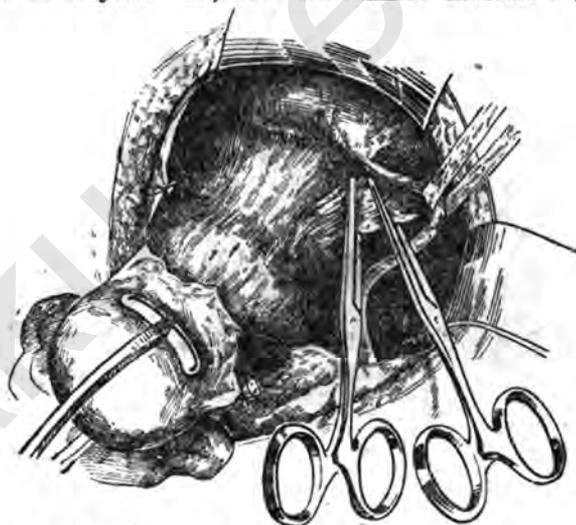


Рис. 123. Операция рака матки. Мочеточник отведен в сторону. Под ним виден пласт клетчатки, идущий от влагалища к боковой стенке пузыря.

друга рыхлой бессосудистой клетчаткой, можно весь трудный этап выделения параметральной и паравагинальной клетчатки провести более планомерно и, что особенно важно, бескровно. После этого весь препарат (матка

с придатками и окружающей клетчаткой и с отпрепарованными влагалищными сводами) остается соединенным лишь с влагалищной трубкой.



Рис. 124. Операция рака матки. Разрез брюшины дугласова кармана.

которую и нужно теперь отсечь. Но прежде необходимо оградить брюшную полость, насколько это возможно, от проникновения в нее ин-



Рис. 125. Операция рака матки. Обнажены пласти клетчатки маточно-крестцовых связок. На правый пласт наложен зажим Кохера.

фицированного содержимого из влагалища. Для этой цели мы накладываем на влагалище со стороны брюшной раны специальный жом (рис. 127). Благодаря этому жому распадающаяся и инфицированная раковая опухоль

надежно изолируется от соприкосновения с брюшиной в тот момент, когда после отсечения влагалища препарат извлекается через брюшную рану. Применение влагалищного жома имеет большое значение в профилактике



Рис. 126. Операция рака матки. Четвертый пласт клетчатки, идущий от бокового ребра шейки и влагалища к боковой стенке таза, захвачен зажимом Кохера.

загрязнения брюшной полости распадом из ракового очага. Но одного этого мероприятия недостаточно, так как ниже жома во влагалище остаются выделения, попавшие из ракового очага во время операции. Хотя этих выделений немного, но все же достаточно, чтобы вызвать зара-

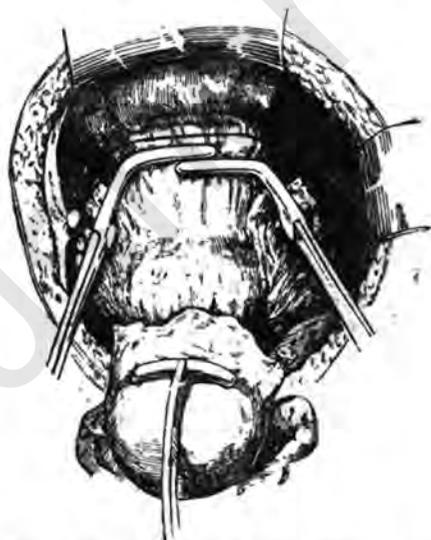


Рис. 127. Операция рака матки. На влагалище наложены два жома Вергейма. Черная линия обозначает место отсечения влагалища.

жение брюшины. Во избежание этого мы поступаем следующим образом: после того как оперирующий наложил жом со стороны брюшной раны, ассистент, не участвующий в чревосечении, вводит во влагалище марлевый тупфер и им осушает влагалище. Затем он вводит во влагалище тупфер,

смоченный спиртом, а затем тушфер, смоченный иодной настойкой, которыми протирает влагалище (рис. 128). Наложение жома и повторная дезинфекция влагалища в значительной мере предохраняют брюшную полость

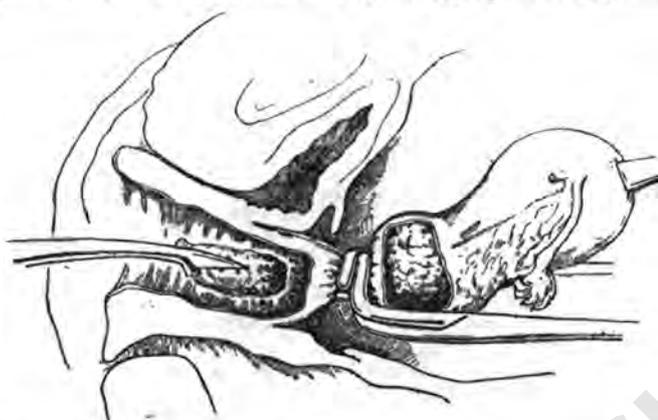


Рис. 128. Операция рака матки. После того как раковый очаг, благодаря наложению влагалищного жома, изолирован от влагалища, вновь производят дезинфекцию влагалища.

от попадания в нее инфекции из ракового очага. Последующая тщательная перитонизация дает возможность брюшине справиться с небольшим количеством инфекционного материала, занесенного в брюшную полость. Гораздо труднее бороться с инфекцией в обширных подбрюшинных пространствах, которые остаются в тазу после удаления клетчатки. Самым важным мероприятием в этом отношении является предупреждение стоаза секрета в подбрюшинных пространствах.

Различные способы дренирования этих пространств имеют значительные недостатки: дренажные трубки, тампоны часто не дают достаточного оттока, а главное, своим давлением иногда вызывают некроз стенки мочеоточника.

Приблизительно в середине 1924 г. мы перешли к другому весьма простому способу, который прекрасно обеспечивает отток секрета из подбрюшинных пространств во влагалище и не имеет отрицательных сторон дренажей. Способ этот был рекомендован Францем, а нами был лишь несколько видоизменен. Принцип этого метода заключается в том, что после отсечения матки и окружающей ее клетчатки от влагалищной трубки последнюю

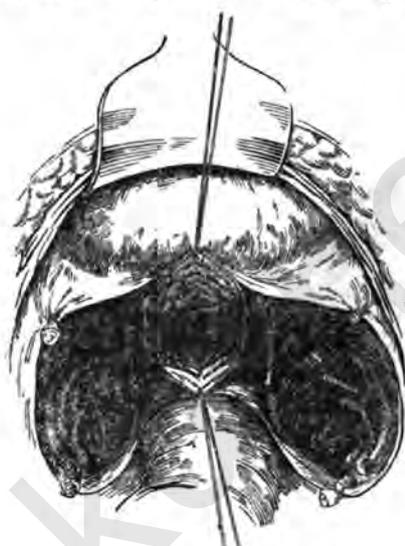


Рис. 129. Операция рака матки. Одна лигатура соединяет переднюю стенку влагалища с брюшиной мочевого пузыря, вторая—заднюю стенку влагалища с брюшиной прямой кишки.

не зашивают и не подтягивают швами к брюшине; таким образом, секрет, который образуется в подбрюшинных пространствах, в силу тяжести стекает в широко открытую влагалищную трубку. Недостатком этого метода является то, что мочевой пузырь и прямая кишка остаются не покрытыми брюшиной. Для того чтобы прикрыть пузырь

и дать ему некоторую опору, мы, в противоположность Францу, проводим по одной-две лигатуры через переднюю стенку влагалища и край брюшины пузырно-маточной складки, двумя другими лигатурами соединяем заднюю стенку влагалища с брюшиной дугласова кармана (рис. 129). Боковые стенки влагалища остаются незащитными

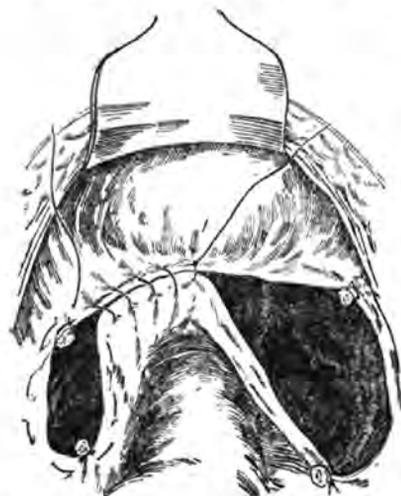


Рис. 130. Операция рака матки. Для перитонизации раны, оставшейся в малом тазу после удаления клетчатки, передний и задний листки брюшины соединяются непрерывным кетгутовым швом, заканчивающимся кисетным. При помощи последнего перевязанные культи погружаются в подбрюшинные пространства, откуда имеется сток во влагалище.



Рис. 131. Операция рака матки. Для более надежного отграничения брюшной полости от подбрюшинных пространств, оставшихся после удаления тазовой клетчатки, производят перитонизацию в два этажа. Для этого поверх непрерывного шва, соединившего края брюшины, проводят еще один непрерывный шов, соединяющий две складки брюшины, наподобие лембертовского серо-серозного шва на кишечнике.

и, свободно свисая, обеспечивают секрету полную возможность оттока. Затем поверх удаленных параметриев брюшина тщательнейшим образом сшивается, начиная от культи *lig. infundibulo-pelvicum* на одной стороне до культи этой связки на другой стороне (рис. 130). Как при всякой полной экстирпации матки, так и здесь мы производим перитонизацию в тазу в два этажа (рис. 131). Брюшная рана также зашивается наглухо.

VIII. «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Одной из самых частых причин возникновения у женщины «острого живота» является разрыв плодместилища при внематочной беременности, чаще всего разрыв беременной трубы.

КЛИНИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РАЗРЫВЕ БЕРЕМЕННОЙ ТРУБЫ

Диагностика легка в тех случаях, когда характерные для внематочной беременности анамнестические данные совпадают с объективными признаками внутреннего кровотечения и перитонеального шока. В этих случаях уже из анамнеза можно установить, что больная считала себя беременной на основании субъективных признаков (задержка менструации, тошнота и извращения вкуса, набухание грудных желез и пр.) или на основании диагноза врача. Далее выясняется, что заболевание возникло без всяких предвестников, внезапно, среди полного здоровья, в некоторых случаях после нескольких припадков болей внизу живота с преимущественной локализацией слева или справа; иногда больная не может указать, в каком именно месте возникла боль, особенно, если она сразу потеряла сознание.

При осмотре больной, у которой произошел разрыв плодместилища, прежде всего бросаются в глаза явления малокровия и слабости: резкая бледность кожи и слизистых оболочек, холодный пот, бледные или чуть синеватые губы, частое, поверхностное дыхание. Больная жалуется на шум в ушах, мелькание в глазах; иногда она жалуется на боль, отдающую в плечо или лопатку, чаще в правую, иногда в межлопаточную область [так называемый френикус симптом Элекера (Oeleker), — феномен, являющийся результатом раздражения грудобрюшного нерва кровью, излившейся в брюшную полость при лежащем положении женщины и достигшей грудобрюшной преграды]. Сознание больной большей частью ясное. Наблюдаются повторные обмороки, головокружение, жажда, анурия или олигурия. Температура обычно нормальная или даже субнормальная, иногда незначительно повышенная. В тех случаях, когда после излития крови в брюшную полость прошло уже некоторое время, температура может быть повышенной, что еще не говорит за наличие инфекции или воспаления; повышенная температура может объясняться всасыванием брюшной белков излившейся крови. Характерным является частый (120—160 ударов в 1 минуту), легко сжимаемый, нитевидный пульс.

Если разрыв произошел спонтанно и до этого не было никакой травмы (грубое гинекологическое исследование, значительное физическое напряжение, падение, ушиб и пр.), он может быть небольшим. В подобном слу-

чае внутреннее кровотечение необильно, брюшная полость не сразу переполняется кровью; сначала вокруг беременной трубы образуется гематома (haematocoele peritubaria) или заматочная кровяная опухоль (haematocoele retrouterina). Пульс в этих случаях становится мягким, плохого наполнения и учащенным, но все же осязаемым. В некоторых случаях даже при сильном внутреннем кровотечении и переполнении брюшной полости кровью пульс не учащен, а замедлен, что может быть объяснено раздражением разветвлений блуждающего нерва.

При значительном разрыве плодовместилища наблюдается картина острого, иногда тяжелейшего малокровия при полном отсутствии кровотечения наружу или при наличии небольших кровянистых выделений из влагалища. Одновременно появляется картина раздражения брюшины: живот вздут, болезнен, несколько напряжен, но прямые мышцы живота никогда не сокращены так сильно, как при перитоните. Многие авторы считают этот симптом патогномичным для внутрибрюшного кровоизлияния при разрыве беременной трубы. При пальпации и даже при легкой перкуссии обнаруживается резкая болезненность живота—признак Кулленкампа (Kullenkamp). Ясно выражен симптом Бломберга—появление резкой боли при быстром отнятии руки, медленно надавливавшей на брюшную стенку.

Кюллен (Küllen) и Геллендаль (Hellendal) наблюдали в свежих случаях обильного кровоизлияния в брюшную полость синеватое окрашивание кожи в области пупка, постепенно переходящее в желтовато-зеленоватое и оранжевое. Это явление они объясняли всасыванием многочисленными лимфатическими сосудами крови из брюшной полости через растянутую переднюю брюшную стенку. Нам наблюдать этот симптом не приходилось. Также мы никогда не наблюдали симптома Кушталова (шафранное окрашивание кожи ладоней рук и подошвенной поверхности стопы).

Если после разрыва плодовместилища прошло уже несколько дней, то в результате всасывания крови из брюшной полости наблюдается слегка желтушное окрашивание склер.

Большое диагностическое значение имеет перкуссия живота, которая обнаруживает при больших (1—2 л) кровоизлияниях в брюшную полость приглушение перкуторного тона в боковых отделах живота и подвздошных впадинах, а также над лоном (конечно, при опорожненном мочевом пузыре) и тимпанит в области пупка.

Можно было бы ожидать, что кровь в подобных случаях скопится главным образом в заднем дугласовом кармане ввиду того, что это самый глубокий карман в брюшной полости женщины. Однако при влагалищном исследовании, при наличии свежего внутрибрюшного кровоизлияния задний влагалищный свод может совершенно не выпячиваться. Это объясняется тем, что дугласово пространство является наиболее глубоким карманом брюшной полости лишь при вертикальном положении женщины, в горизонтальном же положении, в каком приходится исследовать таких больных, жидкая кровь, излившаяся в брюшную полость, отчасти благодаря перистальтике кишок, распределяется по всей брюшной полости, скопляясь в ее отлогих боковых частях.

Для того чтобы обнаружить наличие свободной жидкости в брюшной полости, производят перкуссию живота сначала при положении больной на спине, а затем при перемене положения со спины на бок. В то время как при положении больной на спине тимпанит обнаруживается вокруг пупка, а в отлогих боковых частях живота отмечается притупление перкуторного звука, при повороте больной на бок тимпанит появляется на противоположной стороне. Впрочем, изменение перкуторного звука при перемене положения больной ясно наблюдается лишь в свежих случаях

разрыва трубы, т. е. когда в брюшной полости имеется большое количество жидкой крови и лишь немного кровяных сгустков. Чем больше будет сгустков крови, тем слабее будет выражен этот феномен. Поэтому в не совсем свежих случаях перкуссия живота обнаруживает лишь приглушение перкуторного звука в отлогих частях живота, мало изменяющееся при перемене положения больной. Притупление может быть выражено неравномерно на обеих сторонах. При исследовании надо помнить о возможности наличия наполненного мочевого пузыря.

В общем при внематочной беременности наружное исследование, подкрепленное анамнестическими данными, говорящими за наличие беременности, позволяет почти наверняка поставить диагноз внутреннего кровотечения на почве разрыва плодоемности. Несмотря на это, совершенно игнорировать данные влагалищного исследования отнюдь не следует: оно может дать дополнительные данные, подтверждающие предполагаемый диагноз. При влагалищном исследовании иногда можно обнаружить несколько синюшную окраску слизистой оболочки входа во влагалище, сочность его и размягчение шейки, характерные для маточной беременности. Метеоризм и болезненность живота обычно не позволяют точно определить состояние внутренних половых органов. Применение же насилия в этих случаях не даст лучшего результата исследования, так как вызовет рефлекторное напряжение брюшной стенки, которое еще больше затруднит гинекологическое исследование, а кроме того, оно может принести и немалый вред, усилив внутреннее кровотечение. Поэтому и в коем случае не следует стремиться при указанных симптомах обязательно прощупать матку и ее придатки. Наоборот, гинекологическое исследование необходимо производить совсем легко, еле нажимая наружной рукой на брюшную стенку. При исследовании внутренней рукой иногда неясно ощущается тестоватая резистентность со стороны бокового свода вследствие скопления сгустков крови вокруг фаллопиевой трубы или в дугласовом кармане. Но ощущение тестоватой резистентности могут дать и каловые массы, скопившиеся в прямой или сигмовидной кишке. Только в редких случаях удается ясно определить увеличенную матку, которая при внематочной беременности имеет не шаровидную форму, как при нормальной беременности, а продолжает сохранять присущую ей в небеременном состоянии грушевидную форму. Иногда рядом с маткой определяется беременная труба мягковатой консистенции. Но большей частью влагалищное исследование, которое предпринимают с целью определить состояние матки и ее придатков, не приводит к ясным результатам. В очень многих случаях разрыва плодоемности при внематочной беременности обращает на себя внимание при исследовании резкая болезненность заднего влагалищного свода; попытка приподнять шейку матки тоже вызывает сильную боль. Некоторые авторы, особенно Мондор (Mondor), придают этому феномену, описанному Прустом (Proust) под названием «крик Дугласа», чрезвычайно важное значение в диагностике внематочной беременности. По нашим наблюдениям, равно как и по наблюдениям еще многих авторов, этот симптом далеко не постоянен, а кроме того, он не совсем характерен для внематочной беременности, так как боль при исследовании наблюдается и при воспалительных заболеваниях матки, придатков, окружающей брюшины и клетчатки, а также при аппендиците. Хотя этот феномен и нельзя использовать для уточнения характера процесса (воспаление или внутреннее кровотечение), он все же имеет несомненную ценность как показатель локализации процесса во внутренних половых органах; т. е. главным образом для того, чтобы отличить гинекологическое страдание от хирургического (перфорация язвы желудка или кишок, аппен-

дицит и пр.). При аппендиците болезненность обнаруживается главным образом в области дугласова кармана, при поднимании же шейки матки болезненность слабо выражена или ее совсем нет. При воспалении придатков матки, окружающей ее брюшины и клетчатки малого таза особенно болезненно именно смещение шейки по направлению к симфизу; дугласов карман менее болезнен.

Промтов рекомендует вызывать этот феномен пальцем, введенным во влагалище. Бианки (Bianki) для отличия внематочной беременности от маточной, осложненной каким-нибудь патологическим процессом (опухолью придатков и т. п.), рекомендует аналогичный прием, состоящий в смещении шейки по направлению к симфизу при помощи двух пальцев, введенных во влагалище.

Приводя эти диагностические приемы, мы считаем нужным отметить, что они могут иметь известную ценность для дифференциальной диагностики, главным образом при затяжном течении процесса. В случае же разрыва фаллопиевой трубы, дающего картину внезапной катастрофы, диагностика базируется главным образом на симптомах коллапса и перитонеального шока. Если же среди анамнестических данных совершенно отсутствует указание на более или менее резкую боль в животе, которая бы предшествовала обморочному состоянию или припадку слабости и головокружению, то это говорит против разрыва беременной трубы. Как мы уже упоминали выше, разрыв плодovместилца при внематочной беременности всегда сопровождается резкой болью в животе: «как будто что-то разорвалось», говорят часто больные, а затем уже, вследствие кровотечения в брюшную полость, наступает общая слабость, головокружение или обморок. В редких случаях боль может быть не резкой, но случаев, при которых бы совершенно отсутствовали боли при разрыве беременной трубы, нам не приходилось встречать. Боль, сопровождающая разрыв беременной трубы, является, как уже указывалось, результатом внезапного разрыва фаллопиевой трубы и раздражения брюшины излившейся в нее кровью.

Иногда сильному припадку режущей боли в момент разрыва трубы предшествуют менее интенсивные схваткообразные боли («трубная колика»). Эти боли являются следствием того, что нередко перед разрывом трубы происходит кровоизлияние в плодное яйцо. Плодное яйцо увеличивается в объеме, что вызывает перистальтику трубы, ощущаемую больной как «колика». Таким образом здесь наблюдается та же картина, как и при подготавливаемом трубном выкидыше. Вот почему в некоторых случаях разрыва беременной трубы, тщательно собирая анамнез, можно отметить повторные, более или менее интенсивные приступы схваткообразных болей, которые больная ощущала перед тем, как у нее наступил приступ режущей боли, вызвавший потерю сознания. Следует также отметить, что потеря сознания отнюдь не является постоянным признаком разрыва беременной трубы. Нередко эта потеря сознания лишь мимолетная, и больные, несмотря на тяжелейшее состояние коллапса, сохраняют совершенно ясное сознание.

Потеря сознания, обморочное состояние, общая слабость являются при разрыве плодovместилца следствием не только внутреннего кровотечения, но и перитонеального шока, сопровождающегося болевым симптомом.

Отсутствие в анамнезе данных, присущих беременности, не говорит еще против наличия внематочной беременности. Так, например, нарушение внематочной беременности (разрыв трубы или трубный выкидыш) может произойти в очень ранней стадии развития плодного яйца, еще до того,

как должна была наступить ожидаемая менструация. Таким образом, в данном случае задержки менструации не будет. Катастрофа может наступить за несколько дней, за день или в день ожидаемой менструации, и больная, заметив выделения крови, являющиеся результатом начинающегося выделения из матки децидуальной оболочки, примет это за менструацию, которая, по ее мнению, пришла в срок или даже немного раньше. В подобных случаях на вопрос о том, была ли задержка менструации, больная, конечно, ответит отрицательно. Между тем при внимательном и детальном опросе можно установить, что кровоотделение, которое больная приняла за менструацию, имело необычный характер: например, крови хотя и появились в срок или даже до него, были слабее, чем всегда, иногда лишь «мазались», но длились дольше, чем обычно, и продолжались вплоть до наступления катастрофы. Реже крови идут обильнее, чем всегда, иногда даже напоминая кровотечение при маточном выкидыше. Кровь, выделяющаяся из матки при нарушенной внематочной беременности, отличается более темным, шоколадным цветом. Особенно характерен для внематочной беременности затяжной характер кровянистых выделений. Что касается их цвета, то хотя, как уже указывалось, часто наблюдаются темные коричневатые выделения, но решающего значения этому признаку отнюдь не следует придавать. Точно так же, повторяем, не следует забывать, что при нарушенной внематочной беременности выделения могут быть и более интенсивными и переходить даже в кровотечение. В некоторых случаях появившееся кровоотделение прекращается и больше не повторяется, в других оно вновь появляется перед самым инсультом или вскоре после него. Это может наблюдаться в тех случаях, когда начавшееся было прерывание внематочной беременности остановилось, и беременность продолжала прогрессировать вплоть до того момента, когда произошел новый инсульт. Небольшие инсульты могут повторяться по нескольку раз, пока не произойдет разрыв беременной трубы, вызвавший катастрофу; каждый же небольшой инсульт сопровождается более или менее интенсивной болью и появлением более или менее длительных кровянистых выделений.

Для постановки диагноза в неясном случае может иметь значение клинический анализ крови. Резкое падение процента гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов при отсутствии значительного наружного кровотечения говорят за внутреннее кровотечение, т. е. в данном случае за наличие внематочной беременности. Лейкоцитоз иногда наблюдается в первые часы после кровотечения в брюшную полость; часто лейкоцитоз не наблюдается; в затянувшихся случаях, когда происходит всасывание крови из брюшной полости, количество лейкоцитов также может быть повышено. По данным Л. Феррара (L. Ferrar), лейкоцитоз увеличивается соответственно количеству излившейся в брюшную полость крови.

Реакция оседания эритроцитов при разрыве беременной трубы — такая же, как и при нормальной маточной беременности или несколько более ускоренная. Ускорение реакции оседания эритроцитов наблюдается вскоре после того, как произошел разрыв плодместилища (постепенно реакция начинает замедляться), или в затянувшихся случаях трубного выкидыша. Окинчиц отмечает понижение вязкости крови.

Биологическая реакция на беременность Ашгейм-Цондека для экстренной постановки диагноза неприменима, так как дает ответ через несколько дней. Предложенные модификации этой реакции позволяют немного ускорить ответ, но все же и они требуют приблизительно 2 суток.

Из других лабораторных методов исследования, не требующих большой затраты времени, укажем на так называемую пирамидоновую пробу Антошиной-Егорова (определение гематина в сыворотке крови).

Из вспомогательных диагностических методов применяется пробный прокол через задний влагалищный свод. Ввиду того что к заднему влагалищному своду непосредственно прилегает задний дугласов карман, пробный прокол представляет собой с технической стороны весьма несложное вмешательство, а так как излившаяся в брюшную полость кровь стекает в дугласов карман, то обнаружение ее путем прокола и отсасывания шприцем является доказательством наличия внутрибрюшного кровотечения. Некоторые авторы применяют пробный прокол чуть ли не в каждом случае, подозрительном на внутрибрюшное кровотечение, другие—только при наличии выпячивания и зыбления в заднем своде (в неясных случаях), когда приходится дифференцировать между замочной кровяной опухолью и тазовым экссудатом. Не отрицая диагностического значения пробного прокола для случаев подобного рода, мы лично не пользуемся им в случаях внезапного коллапса и шока, подозрительных на разрыв плодместилища при внематочной беременности. Как уже выше указывалось, при горизонтальном положении женщины жидкая кровь распределяется по всей брюшной полости, а в дугласовом кармане ее может и не быть. Кроме того, для пробного прокола больную нужно положить на операционный стол, придать ей положение для влагалищных операций и тщательно продезинфицировать наружные половые органы и влагалище, что является известной травмой. Все это может неблагоприятно отразиться на общем состоянии обескровленной больной (технику пробного прокола см. ниже).

Но, конечно, в тех случаях «острого живота», когда данные анамнеза не характерны для прервавшейся внематочной беременности, а данные объективного исследования, указывая на наличие жидкости в брюшной полости, не обнаруживают ясной картины заболевания и оставляют сомнения в том, имеется ли в брюшной полости кровь или воспалительный экссудат, пробный прокол вполне показан. Особенную ценность он приобретает в случаях выпячивания заднего влагалищного свода, когда при хроническом течении процесса приходится ставить дифференциальный диагноз между замочной кровяной опухолью (*haematocoele retrouterina*) и воспалительным выпотом.

При наличии свободной жидкости в брюшной полости пробный прокол можно произвести и через переднюю брюшную стенку. Для этого Липман (Liermann) советует положить больную на бок и, определив границы притупления перкуторного звука, произвести пробный прокол тонкой иглой, насаженной на рекордовский шприц.

Дифференциальная диагностика

Как видно из вышеизложенного, клиническая картина разрыва трубы складывается из ряда симптомов, из которых одни присущи беременности вообще, другие характерны для внезапно возникающего внутреннего кровотечения, а третьи относятся к симптомам «острого живота» и характерны в то же время и для перитонита. При преобладании ярко выраженных симптомов внутреннего кровотечения и беременности диагноз разрыва плодместилища (беременной трубы) довольно ясен.

Большие затруднения при постановке диагноза возникают, когда в клинической картине отсутствуют или неясно выражены признаки беременности, а преобладают перитонеальные явления. В этих случаях необходимо дифференцировать между внематочной беременностью и другими острыми заболеваниями органов брюшной полости, ведущими к явлениям «острого живота». Чаще всего приходится дифференцировать между разрывом беременной трубы и прободным перитонитом.

Различия в клинической картине видны из нижеследующей таблицы:

Разрыв плодовместилища при внематочной беременности (разрыв беременной трубы)	Прободной перитонит
<p>В анамнезе отмечаются нарушения менструации</p> <p>Внезапному коллапсу предшествует вошле удовлетворительное общее состояние</p> <p>Нередко вскоре после возникновения разрыва или спустя несколько часов появляется «Френикус-симптом»</p> <p>Резко выражены явления острого малокровия: падение кровяного давления, резкое падение числа эритроцитов и процента гемоглобина, отсутствие лейкоцитоза и умеренное ускорение реакции оседания эритроцитов</p> <p>Пульс частый, плохого наполнения (вялсвидный), но ритмичный</p> <p>Боли в животе после того, как острый приступ миновал, умеренные или слабо выраженные. Рвота резко выражена</p> <p>Язык влажный, не обложенный (особенно в свежих случаях) или незначительно обложенный</p> <p>Температура часто нормальная или субнормальная при измерении как в подмышечной впадине, так и в прямой кишке</p> <p>Брюшная стенка умеренно или лишь незначительно напряжена</p>	<p>В анамнезе нарушений менструации нет</p> <p>Коллапсу нередко предшествует заболевание брюшных органов (желудка, кишок, червеобразного отростка, придатков матки—пиосальпинкс)</p> <p>«Френикус-симптом» часто отсутствует</p> <p>Падение кровяного давления при отсутствии резкого падения числа эритроцитов, значительный лейкоцитоз и резкое ускорение реакции оседания эритроцитов</p> <p>Пульс частый, плохого наполнения, нерегулярный (аритмичный)</p> <p>Неослабевающие резкие боли в животе и мучительная рвота</p> <p>Язык сухой и обложенный</p> <p>Температура высокая. Температура может быть нормальной или субнормальной в подмышечной впадине и высокой в прямой кишке (переполнение и стаз венозной крови в мезентериальных сосудах)</p> <p>Брюшная стенка сильно напряжена и тверда, как доска</p>

Иногда приходится дифференцировать между разрывом беременной трубы и заворотом кишок при беременности. Признаки, общие для того и другого заболевания: субъективные и объективные симптомы беременности, болезненность, вздутие и резистентность живота, рвота, задержка газов. Признаки, отличающие друг от друга оба заболевания: при завороте кишок отсутствует резкая анемия, сильнее выражены метеоризм, рвота и запор, которые постепенно нарастают, перкуссия дает повсюду тимпанит, при разрыве беременной трубы иногда наблюдаются раздражение и позывы к мочеиспусканию и дефекации.

Впрочем, оба эти заболевания принадлежат к числу требующих экстренного хирургического вмешательства путем лапаротомии, ввиду этого возможное затруднение в постановке точного дифференциального диагноза между ними не может служить препятствием к лапаротомии, а уже во время лапаротомии будет, конечно, уточнен диагноз, и в соответствии с ним будет произведена и необходимая операция.

Диагностику разрыва беременной трубы легче поставить в тех случаях, когда разрыв сопровождается внезапным сильным внутренним кровотечением, появляющимся при какой-нибудь травме (неосторожное гинекологическое исследование). Чем грубее травма, чем больше срок беременности, тем обширнее разрыв и тем обильнее и опаснее внутреннее кровотечение.

Лечение

Как только диагноз внематочной беременности поставлен, тотчас же встает вопрос об операции. В настоящее время необходимость хирургического вмешательства при внематочной беременности, окончившейся разрывом плодместилища и кровоизлиянием в брюшную полость, общепризнана. Необходимо лишь решить вопрос, следует ли оперировать тотчас же, несмотря на то, что больная находится в очень тяжелом состоянии, с еле ощутимым пульсом, или целесообразнее отложить лапаротомию, а пока принять меры к улучшению общего состояния больной.

Для того чтобы стать на правильный путь, необходимо учесть следующие обстоятельства, о которых мы уже упоминали: тяжелое состояние больной является результатом двух компонентов—во-первых, острой анемии, возникшей на почве кровоизлияния в брюшную полость, и, во-вторых, перитонеального шока вследствие разрыва органа брюшной полости и внезапного излития большого количества крови, являющейся для брюшины инородным телом.

Так как большей частью тяжелое состояние больной и падение сердечной деятельности при разрыве беременной трубы зависят от внутреннего кровотечения, то мы считаем нецелесообразным откладывать операцию. Кроме того, при выжидании может вновь наступить внутреннее кровотечение. Что касается явлений перитонеального шока, то опыт показывает, что лучшим средством борьбы с ним является немедленное удаление разорвавшегося плодместилища (трубы) и остатков плодного яйца, а также по возможности и удаление крови из брюшной полости. Нередко к концу операции пульс улучшается, хотя степень малокровия остается такой же и ничего еще не предпринималось для улучшения сердечной деятельности и повышения кровяного давления. Это доказывает, что туалет брюшной полости сам по себе способствует ослаблению или снятию шока и что операция как таковая является методом борьбы с ним. Кроме того, при операции можно применить меры, повышающие кровяное давление, которые до операции были противопоказаны.

Таким образом, тяжелое состояние больной вследствие разрыва плодместилища при внематочной беременности, падение сердечной деятельности и кровяного давления не должны служить противопоказанием к немедленной операции. Необходимо лишь позаботиться, чтобы во время приготовления к операции больная не теряла больше крови, для чего в первую очередь ей необходим полный покой. Особенно важно создать условия полного покоя при перевозке больной. Если больную перевозят на недалекое расстояние зимой, по санной дороге, то покойное положение больной обеспечить просто: больную можно положить на розвальни на том же матрасе, на котором она лежала. Самый быстрый способ транспортировки—на санитарных самолетах, участие которых в подаче неотложной оперативной помощи получает в Советском Союзе все большее распространение. При перевозке больной полезно применять болеутоляющие средства.

Что касается вопроса о борьбе с падением сердечной деятельности, то повторяем, что до помещения больной в лечебное учреждение для операции повышать кровяное давление ни в коем случае не следует; поэтому введение сердечных средств или вливание физиологического или иных растворов, а также переливание крови до перевозки больной противопоказаны, но применение этих средств (особенно переливания крови) непосредственно перед началом операции, когда к операции все уже готово и надо лишь ослабить явления шока, вполне допустимо.

Оперативное лечение. Операция при свежем разрыве беременной трубы обычно не представляет технических трудностей. Так как подобные операции в большинстве случаев производятся в порядке экстренной помощи, то обычной для лапаротомии предоперационной подготовки больной, как подготовка кишечника и пр., производить не следует во избежание нарушения столь необходимого этим больным покоя. При больших кровопотерях мочи бывает мало, а потому опорожнять пузырь катетером перед операцией излишне. Достаточно, если больная самостоятельно помочится. В дезинфекции влагалища также нет особой надобности, тем более что при этом может усиливаться внутреннее кровотечение.

Подготовка брюшной стенки—обычная для чревосечения. Выбор метода разреза брюшной стенки диктуется состоянием больной: если оно тяжелое, то разрез должен быть самый простой, т. е. продольный по белой линии между лоном и пупком. Разрез по Пфанненштилю как более сложный можно применить лишь в случае удовлетворительного состояния больной. При выборе наркоза следует предпочесть метод, не понижающий кровяного давления. Из методов общего наркоза мы предпочитаем эфирный. Для местного обезболивания можно применить инфильтрационную анестезию новокаином. Следует, однако, отметить, что местная анестезия не получила еще широкого распространения среди гинекологов.

Техника операции. В момент вскрытия брюшной полости из нее струей льется жидкая кровь. Для начинающего оператора это всегда волнующий момент. На этом этапе операции не следует, однако, задерживаться. Надо быстро вскрыть брюшину во всю длину разреза и тотчас же приступить к удалению лопнувшей трубы, чтобы возможно скорее прекратить кровотечение в брюшную полость, так как оно может продолжаться и во время операции. Вскрыв брюшную полость, оперирующий быстро вводит руку в полость таза, нащупывает матку и продвигает руку вдоль задней ее стенки в дугласов карман, отыскивая опухоль, которую представляет собой беременная труба вместе с яичником. Опухоль осторожно извлекается наружу. Если случайно извлечена труба, в которой не оказывается беременности, то тотчас же вновь вводят руку в малый таз и извлекают придатки другой стороны. При извлечении придатков в брюшной ране появляется угол матки, а затем и дно.

В свежих случаях разрыва плодовместилища обычно удаляют только трубу. Если же при операции оказывается, что и яичник поражен каким-нибудь патологическим процессом, требующим его удаления (значительное перерождение, новообразование и пр.), то удаляют придатки целиком.

Чтобы удалить разорванную трубу, накладывают два кровоостанавливающих зажима Кохера: один—на маточный конец трубы (у угла матки) вместе с небольшим прилегающим отрезком ее брыжейки, другой—на

lig. infundibulo-ovaricum вдоль мезосальпинкса (рис. 132). Таким образом прекращается приток крови к разорванной трубе, и кровотечение останавливается. После этого трубу отсекают куперовскими ножницами. Если



Рис. 132. Операция трубной беременности. На маточный конец трубы и ее брыжейку наложены два зажима.

зажимы Кохера наложены таким образом, что концы их сходятся, то их сразу заменяют двумя кетгутовыми узловыми лигатурами. Для того чтобы между швами не оставалось кровоточащего промежутка, Пегам

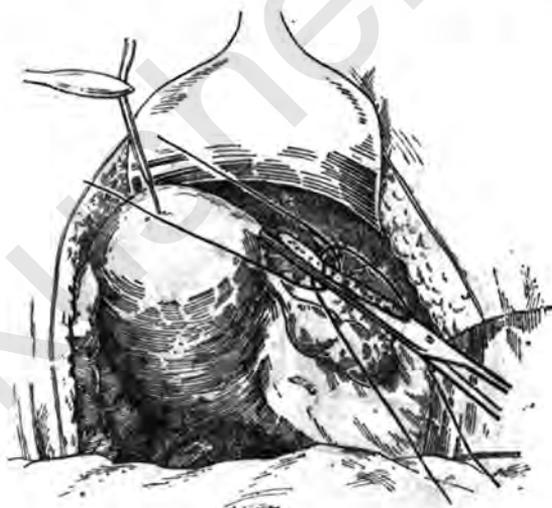


Рис. 133. Операция трубной беременности. На брыжейку резецированной трубы наложен петельный шов (по Пегаму).

рекомендует накладывать петельный шов (рис. 133). Если зажимы не захватили брыжейку трубы на всем ее протяжении (рис. 134), то по мере отсечения трубы на оставшуюся незажатой среднюю часть брыжейки накладыв-

вают третий зажим, который затем также заменяют кетгутовой лигатурой (рис. 135). Теперь остается только перитонизировать оставшуюся культю брыжейки трубы и маточный конец.



Рис. 134. Операция трубной беременности. Наложенные два зажима Кохера не захватили среднюю часть брыжейки трубы, которая будет захвачена еще одним зажимом (рис. 135).

Для перитонизации мы всегда широко пользуемся круглыми связками. После удаления трубы делается это следующим образом: на культю маточного конца трубы мы нашиваем небольшую петлю круглой связки, взятой



Рис. 135. Операция трубной беременности. На среднюю часть брыжейки трубы наложен еще один зажим.

у ее маточного конца (рис. 136). Для того чтобы погрузить небольшие культы, оставшиеся после перевязки брыжейки удаленной фаллопиевой трубы непрерывным швом, наподобие лембертовского шва на кишечнике,

две складки брюшины по обеим сторонам брыжейки трубы сближают на всем протяжении трубы. Такая перитонизация возможна лишь в том



Рис. 136. Операция трубной беременности. Петля круглой связки пришта триа кетгутowymi лигатурами к углу матки и покрывает культю резецированной трубы. Правее видны перевязанные культя брыжейки удаленной трубы.



Рис. 137. Операция трубной беременности. Непрерывным тонким кетгутowym швом пришивают круглую связку к остатку брыжейки трубы и заканчивают шов полукисетом.



Рис. 138. Операция трубной беременности. Если брыжейки трубы осталось так мало, что пришить к ней круглую связку затруднительно, то связку пришивают к яичнику и заканчивают непрерывный шов полукисетом.

случае, если после отсечения трубы осталась достаточно широкая полоса брыжейки, но это бывает редко. Большой частью после отсечения трубы брыжейки остается так мало, что для выполнения лембертовского шва

нехватает брюшины. Поэтому мы обычно поступаем следующим образом: пришив, как описано выше, короткую петлю из круглой связки к углу матки поверх культи маточного конца трубы, мы продолжаем перитонизацию при помощи той же круглой связки, которую соединяем непрерыв-

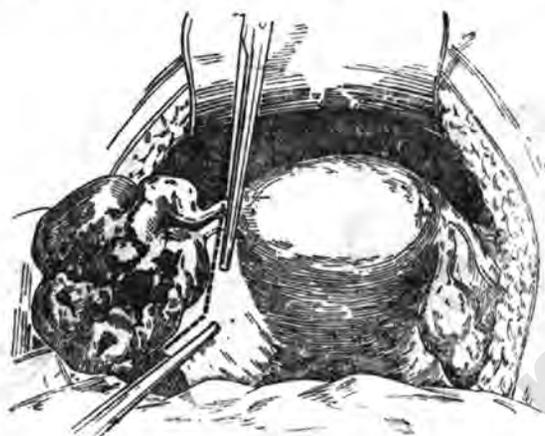


Рис. 139. Операция трубной беременности. Удаление беременной трубы вместе с патологически измененным яичником.

ным швом из тонкого кетгута с задним листком небольшого остатка брыжейки трубы (рис. 137) или с самим яичником (рис. 138). Этот короткий (в $3\frac{1}{4}$ стежка) шов заканчиваем так, что получается полукисетный шов.



Рис. 140. Операция трубной беременности. Перевязанные культи широкой связки после удаления трубы вместе с яичником.



Рис. 141. Операция трубной беременности. Перитонизация при помощи круглой связки культи, оставшихся после удаления трубы и яичника. Непрерывный шов заканчивается полукисетом.

В тех случаях, когда надо удалить трубу вместе с яичником, поступают следующим образом: один зажим Кохера накладывают на собственную связку яичника у угла матки, одновременно захватывая им и маточный конец трубы, другой зажим, наложенный на *lig. infundibulo-pelvicum*, захватывает верхнюю часть широкой связки и лежит параллельно

яичнику (рис. 139). После этого придатки отсекают куперовскими ножницами, а зажимы заменяют узловыми кетгутowymi лигатурами (рис. 140). Для перитонизации используют круглую связку, которую, начиная

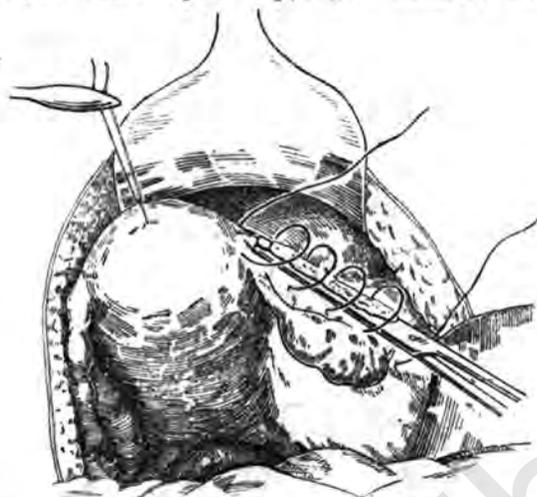


Рис. 142. Операция трубной беременности. Наложение обвивного шва на брыжейку трубы, захваченной во всю ее длину зажимом Кохера.

от маточного угла, сшивают непрерывным тонким кетгутowym швом с брюшиной заднего листка широкой связки, заходя полукисетным швом за культю *lig. infundibulo-pelvicum* (рис. 141).



Рис. 143. Операция трубной беременности. Завязывание обвивного шва после снятия зажима с культи брыжейки резецированной трубы.

Если состояние больной настолько тяжелое, что необходимо экономить каждую минуту и не задерживаться на тщательной перитонизации описанным выше способом, то применяют упрощенный способ: после отсечения трубы на оставшуюся брыжейку накладывают непрерывный обвивной шов также из тонкого кетгута (рис. 142, 143 и 144).

Некоторые авторы (Кипарский, Фейгель, Вачнадзе и др.) считают необходимым во избежание возникновения повторной внематочной беременности производить всегда глубокую клиновидную резекцию интерстициальной части трубы из угла матки. Случаи развития беременности в оставшейся интерстициальной части трубы (или первичной брюшной беременности) после удаления фаллопиевой трубы вышеописанным способом встречаются чрезвычайно редко. Но все же совершенно отрицать такую возможность нельзя. Время от времени сообщения подобного рода появлялись в печати (Вачнадзе, Бартлет).

Эти редкие случаи едва ли могут служить достаточным основанием для того, чтобы при операции трубной беременности всегда вырезать из угла матки интерстициальную часть фаллопиевой трубы. Надежной



Рис. 144. Операция трубной беременности. Обвивной шов завязан и стягивает брыжейку резецированной трубы.

профилактикой повторной внематочной беременности служит тщательная перитонизация оставшейся в углу матки культы трубы, как это изображено на рис. 136, 137, 138. С другой стороны, применение клиновидного иссечения интерстициальной части трубы во всех случаях трубной беременности может повести к серьезным осложнениям при последующей маточной беременности.

Так, например, Ланковиц опубликовал в 1935 г. следующий случай: у повторно-родящей 35 лет через 3 месяца после операции трубной беременности наступила нормальная беременность; во время родов у нее произошел разрыв матки в области трубного угла, где в свое время при операции внематочной беременности было произведено клиновидное иссечение интерстициальной части трубы.

Мы считаем, что клиновидное иссечение интерстициальной части трубы следует производить лишь при интерстициальной беременности, а также в тех случаях истмической беременности, когда плодное яйцо расположено у самого угла матки и иссечение интерстициальной части приходится делать по техническим условиям. В прочих же случаях трубной беременности необходимости в этом нет.

Техника удаления фаллопиевой трубы с клиновидной резекцией интерстициальной ее части. Брюшной конец фаллопиевой трубы захватывают какими-нибудь гладкими щипцами,

например, овариальными, и немного его приподнимают. На латеральную часть брыжейки трубы накладывают зажим Кохера и брюшной конец трубы отсекают (рис. 145). Второй зажим Кохера накладывают на оставшуюся



Рис. 145. Операция трубной беременности. Если плодное яйцо расположено в трубе у самого угла матки, то резекцию трубы начинают с ее ампулярного конца.

часть брыжейки трубы, которую снова отсекают непосредственно у самой трубы (рис. 146), пока не доходят до угла матки. Затем из угла матки



Рис. 146. Операция трубной беременности. Последовательное рассечение брыжейки трубы по направлению к матке.

иссекают глубокий клин, содержащий интерстициальную часть трубы (рис. 147). На веточку маточной артерии накладывают кровоостанавливающий зажим. Зажимы заменяют кетгутowymi лигатурами. Рану в маточ-

ном углу закрывают двумя узловыми лигатурами (рис. 148). Перитонизация культи производится, как описано выше.

При операциях по поводу трубной беременности может встать вопрос о том, как поступить со второй трубой. Единого мнения по этому вопросу



Рис. 147. Операция трубной беременности. Клиновидное иссечение маточного конца трубы.

нет. Одни авторы считают, что вторую трубу, даже патологически измененную, необходимо по возможности сохранить и после операции подвергнуть больной консервативному лечению. Другие, опасаясь повторной



Рис. 148. Операция трубной беременности. Культя брыжейки трубы перевязана. Проведены две лигатуры для закрытия раны, оставшейся в углу маточного конца трубы.

внематочной беременности, всегда удаляют вторую трубу. Существует и средняя линия поведения: вторая труба удаляется только тогда, когда она настолько патологически изменена, что возможность нормальной

функции ее исключается (заращение фимбриального конца, наличие гематосальпинкса, сактосальпинкса). Мы лично являемся сторонниками именно этой средней линии. Но независимо от взглядов на данный вопрос, надо учесть, что экстренная операция, производимая в тяжелейшем состоянии шока и коллапса, требует в отношении методики максимальной простоты. В этих случаях надо лишь сделать то, что необходимо для спасения жизни больной, не поддаваясь искушению, попутно с основной операцией устранить также все находимые во время чревосечения дефекты в области половой сферы или соседних с нею органов. Кстати, следует указать, что необходимость оперировать быстро не надо отождествлять со спешкой, равно как не следует укорачивать время операции за счет тщательности гемостаза.

Если операцию производят при образовавшейся кровяной замочной опухоли и если вокруг кровяной опухоли уже имеется фибринозная или даже соединительнотканная капсула, отделяющая опухоль от свободной брюшной полости, то операция, естественно, становится сложнее. Замочную опухоль приходится отделять от спаившейся с нею брюшины дугласова кармана и нередко от кишок и сальника. Эти сращения в свежих случаях бывают рыхлыми, и тогда их разъединение не представляет трудностей. При выделении опухоли из дугласова кармана рыхлая капсула разрывается, и в ране появляются сгустки крови вместе с остатками плодного яйца, которые удаляют рукой и марлевыми тупферами. Затем рукой же выделяют из рыхлой фибринозной капсулы самую трубу или все придатки. После этого осматривают извлеченную опухоль и решают вопрос о том, можно ли сохранить яичник или необходимо удалить придатки целиком. Само собой разумеется, что, прежде чем решиться на удаление яичника (вместе с беременной трубой), необходимо выяснить состояние яичника другой стороны. Если возникают затруднения в вылучении капсулы замочной кровяной опухоли, что наблюдается в застарелых случаях, когда уже организовалась более плотная соединительнотканная капсула, иногда приходится отказаться от полного удаления, так как при этом можно повредить кишечник (см. ниже «Замочная кровяная опухоль»).

Вопрос о том, как поступить при операции с жидкой кровью, излившейся в брюшную полость в случае разрыва беременной трубы, является до настоящего времени спорным. Одни авторы оставляют жидкую кровь в брюшной полости для того, чтобы брюшина всосала ее через свою лимфатическую систему; другие используют эту кровь для обратного вливания в вену больной (реинфузия или аутоинфузия крови), и, наконец, третьи вовсе не используют этой крови, считая, что оставление крови в брюшной полости может способствовать развитию инфекции и возникновению обширных брюшинных сращений, а обратное переливание крови, собранной из брюшной полости в вену, по их мнению, небезопасно. Причиной отказа от реинфузии крови служит, по одним авторам, то, что эритроциты после долгого пребывания в брюшной полости утрачивают свою осмотическую стойкость, а по другим авторам, то, что в крови вскоре после излития ее в брюшную полость происходит изменение плазмы, кровь становится дефибринированной и поэтому опасной для переливания.

Необходимым условием для реинфузии является свежесть и стерильность крови, излившейся в брюшную полость. Поэтому реинфузию можно производить, если после инсульта прошло не больше 16—24 часов и кровь, скопившаяся в брюшной полости, еще не изменила своего внешнего вида и если при лапаротомии в брюшной полости не обнаруживается никаких следов воспалительного процесса. Но так как даже при этих условиях реинфузия все же, по видимому, является не совсем безобидным мероприя-

тием, то прибегать к ней следует, по нашему мнению, лишь при такой степени анемии, когда такие мероприятия, как вливание физиологического раствора и пр., являются уже недостаточными, а донорской крови нет.

Чтобы произвести реинфузию, необходимо вычерпать из брюшной полости жидкую кровь. Для этого обычно берут стерилизованную суповую ложку. Для того чтобы в переливаемую кровь не попали даже мельчайшие сгустки, кровь процеживают через 6—8 слоев стерилизованной марли, которой покрывают большую стеклянную воронку. Процеженную кровь собирают в эсмарховскую кружку или в градуированный стеклянный сосуд, куда предварительно для предотвращения свертывания крови вливают 10% раствор лимоннокислого натрия из расчета 5—6 см³ на каждые 100 см³ переливаемой крови. Некоторые авторы смешивают собранную кровь с 4% раствором лимоннокислого натрия из расчета 10 см³ этого раствора на 100 см³ крови¹. Реинфузию крови производят либо во время лапаротомии после того, как кровотечение остановлено, либо по окончании операции. В последнем случае переливаемая кровь должна быть теплой, для чего сосуд с кровью ставят в теплую воду.

Детей следующим образом описывает технику реинфузии. Перед операцией готовят стерильный аппарат Боброва или простую бутылку (если переливание будет производиться тройником или сифоном); в подготовленный сосуд наливают 5—6 см³ стерильного 30% раствора лимоннокислого натрия и вставляют воронку, покрытую восемью слоями марли, смоченными тем же раствором цитрата. Аппарат Боброва или бутылку во избежание охлаждения собираемой крови ставят в сосуд с водой температуры 40°. Затем оператор приступает к операции: делает небольшой разрез, вскрывает полость, помощник приподнимает края раны и оператор начинает вычерпывать суповой ложкой кровь, вливая ее в воронку; затем оператор расширяет разрез, отыскивает источник кровоизлияния, останавливает кровотечение и продолжает собирать кровь. Затем один из ассистентов сразу же приступает к вливанию крови. Обычно для вливания пользуются одной из вен локтевого сгиба.

Количество обратно переливаемой крови обычно не превышает 400—500 см³, в отдельных случаях, как это видно из литературы, переливались и значительно большие количества (Наровчатский перелил в одном случае 1 400 см³, в другом—1 600 см³ крови и отмечает, что аутотрансфузию больших количеств крови больные переносят лучше, чем трансфузию больших количеств донорской крови).

Независимо от того, используется или не используется кровь, излившаяся в брюшную полость, для реинфузии, необходимо удалить ее из брюшной полости.

Кроме жидкой крови, необходимо удалить из брюшной полости и сгустки крови при помощи марлевых тупферов. Если жидкая кровь не используется для реинфузии, то брюшную полость осушают большими марлевыми салфетками или полотенцами. Так как количество крови бывает весьма значительно, то нужно было бы употребить много салфеток, из которых каждая до известной степени травмировала бы брюшину. Чтобы избежать этого, мы поступаем следующим образом: берем 1—2 большие салфетки и опускаем их в брюшную полость; салфетки напитаются кровью; мы их извлекаем, выжимаем в поставленный таз и вновь погружаем в брюшную полость. Эту манипуляцию мы повторяем несколько раз подряд. При этом салфетка остается теплой и мягкой и значительно

¹ В последнее время Ленинградский институт переливания крови перешел на применение лимоннокислого натрия высокой концентрации (30%) из расчета 2 см³ на 100 см³ крови (Шамов-Филатов).

меньше травмирует брюшину, чем сухие салфетки и полотенца. Еще бережнее удаляется жидкая кровь из брюшной полости при помощи водоструйного насоса.

Оставлять кровь в брюшной полости мы считаем нецелесообразным, так как это, повторяем, может вызвать осложнения в послеоперационном периоде и способствовать образованию обширных сращений, которые в дальнейшем вызывают у больной всевозможные жалобы. Поэтому, несмотря на то, что полное удаление жидкой крови из брюшной полости отнимает несколько лишних минут, все же там, где состояние больной это позволяет, мы стремимся возможно тщательнее осушить указанным способом брюшную полость.

В тех же случаях, когда тяжелое состояние больной требует возмещения кровопотери, мы до настоящего времени пользуемся переливанием консервированной донорской крови, так как такая кровь не внушает сомнений в ее стерильности.

Некоторые авторы применяют обратное переливание крови только при известных обстоятельствах, переливая в большинстве случаев донорскую, плацентарную кровь. Так, Аловский на 1 203 случая внематочной беременности произвел 104 раза переливание крови, причем только 12 раз была сделана реинфузия.

Кровь, полученную из брюшной полости, мы все же можем использовать в послеоперационном периоде, вводя ее в прямую кишку при помощи маленьких (50—100 г) или капельных клизм.

Переливание крови. С методикой переливания крови в настоящее время знакомы широкие массы врачей. Кроме того, этому вопросу посвящены специальные монографии и главы в руководствах по хирургии, к которым мы и отсылаем интересующихся. При невозможности обеспечить переливание крови соответствующей группы следует шире применять переливание крови нулевой группы, не ограничиваясь переливанием лишь 200 см³ крови, как это было решено в 1935 г. на Всесоюзной конференции по переливанию крови; можно переливать до 400—600 см³. Подробности см. в современных руководствах по переливанию крови.

Для решения вопроса о том, в каких случаях разрыва беременной трубы следует производить переливание крови и в каких можно ограничиться вливанием физиологического раствора (к физиологическому раствору рекомендуется прибавить 6—8 капель адреналина 1:1 000) или жидкости Рингер-Локка, следует отметить следующее: существенным критерием при оценке тяжести анемии является кровяное давление. Падение кровяного давления ниже 75—70 мм (не говоря уже о таких явлениях, как потеря рефлексов) настойчиво показывает переливание крови. Низкое кровяное давление может указывать не только на анемию, но и на состояние шока, а лучшим средством для борьбы с шоком является переливание крови. Само собой разумеется, что переливание крови при разрыве беременной трубы, равно как и другие мероприятия по борьбе с анемией, производят лишь тогда, когда внутреннее кровотечение уже остановлено, т. е. во время или по окончании чревосечения. В отдельных случаях при тяжелом шоке (падение кровяного давления ниже 70 мм) можно применить переливание крови (равно как и прочие мероприятия по борьбе с шоком и анемией) также и до операции, но при обязательном условии, что к операции уже все готово и операция будет произведена немедленно. При отсутствии этого условия, особенно если больную еще приходится перевозить куда-либо для операции, повышать кровяное давление рискованно, так как это может усилить или вновь вызвать внутреннее кровотечение.

которое остановилось именно из-за падения кровяного давления. В случае необходимости переливание крови может быть повторено после операции.

Консервативное лечение. Выше мы уже указывали, что единственно надежным методом лечения внематочной беременности является операция. Несмотря на такую принципиальную установку, могут, хотя и очень редко, все же встретиться случаи, когда немедленно произвести операцию невозможно либо ввиду наличия тяжелого заболевания сердца, легких или тяжелой острой инфекции и т. п., либо потому, что невозможно ни оперировать больную на месте, ни перевезти ее в соответствующее лечебное учреждение. Волей-неволей в таких случаях приходится, хотя бы временно, прибегнуть к консервативному методу лечения. Прежде всего необходимо предоставить больной полный покой и назначить ей строгий постельный режим; не следует также производить повторных гинекологических исследований, давать слабительные. На живот кладут пузырь со льдом, снегом или холодной водой. Из медикаментов применяют препараты опиума (внутрь, в свечах, или в виде подкожных инъекций). Не следует применять средств, повышающих кровяное давление (сердечные средства, вливания физиологического раствора). Диета должна быть жидкой, достаточно богатой витаминами и не дающей твердых каловых масс (фруктовые соки, бульон, глюкоза, фруктовые и овощные, особенно морковные, пюре, простокваша, кефир). При такой диете можно добиться мягкого стула при помощи клизмы. Этот режим необходимо проводить до тех пор, пока минует состояние тяжелого острого малокровия и опасность нового внутреннего кровотечения вследствие отрыва закупоривающих сосуды тромбов. На это большей частью требуется не менее недели.

КЛИНИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НАРУШЕННОЙ И В СТАДИИ ВЫКИДЫША (ВНУТРЕННИЙ РАЗРЫВ ПЛОДОВМЕСТИЛИЩА)

Как уже указывалось, угрожающему жизни кровотечению нередко предшествует один или несколько приступов боли. Непосредственными причинами этих приступов являются умеренные кровотечения из фимбриального конца трубы с образованием гематоцеле, а также растяжение фаллопиевой трубы скопившейся в ее канале кровью, которая может пропитать и погибшее плодное яйцо. Боли, вызванные растяжением трубы и ее усиленной перистальтикой, локализуются преимущественно на пораженной стороне.

Хотя приступы болей и указывают на происшедший или происходящий трубный выкидыш, тем не менее опасность разрыва трубы и угроза внутреннего кровотечения продолжают существовать, так как, несмотря на гибель яйца, сохранившийся в стенке трубы трофобласт может продолжать свое цитолитическое действие и в дальнейшем повести к наружному разрыву плодместилища. Правда, внутреннее кровотечение после гибели яйца и прекращения трубно-плацентарного кровообращения часто бывает менее профузным, чем при наличии живого плодного яйца, тем не менее и в хронически протекающих случаях прерванной трубной беременности не исключена опасность наступления внезапной катастрофы. Поэтому каждый случай внематочной беременности, как прогрессирующей, так и нарушенной, следует рассматривать как угрожающий по разрыву, и больную следует либо оперировать, либо поместить в такое лечебное учреждение, где всегда может быть произведена экстренная операция.

Прогрессирующая трубная беременность

Ненарушенная (прогрессирующая) трубная беременность ранних сроков не вызывает никаких симптомов и анамнестические данные не отличаются от таковых при нормальной (маточной) беременности. Нередко в анамнезе фигурирует более или менее длительное первичное или вторичное бесплодие, часто наблюдается большой промежуток между настоящей внематочной и предыдущей маточной беременностью. Очень часто из анам-

неза выясняется, что настоящей беременности предшествовал воспалительный процесс, от которого больная лечилась в течение более или менее продолжительного времени. Задержка менструации и субъективные признаки беременности (извращение вкуса, тошнота, склонность к рвоте и пр.) могут наблюдаться, как и при нормальной беременности, но чаще они отсутствуют или выражены слабее, чем при маточной беременности, так как нарушение трубной беременности в большинстве случаев наступает в очень ранние сроки.

При внематочной беременности раннего срока осмотр живота не дает никаких указаний на угрожающую опасность. При влагалищном исследовании слизистая входа во влагалище может напоминать слизистую при маточной беременности. Шейка матки размягчена, но меньше, чем при маточной беременности. Признак этот имеет лишь весьма относительное значение, так как зависит не только от субъективного впечатления исследующего, но и от консистенции шейки, имевшейся до наступления беременности (более плотная консистенция вследствие предшествовавшего воспалительного процесса). Тело матки несколько увеличено, но в меньшей степени, чем при маточной беременности такого же срока. Признак Гегара либо отсутствует, либо выражен слабее, чем при маточной беременности. У больных с податливой нежирной брюшной стенкой можно при двуручном исследовании обнаружить рядом с маткой опухоль колбасовидной формы, мягкой консистенции, более или менее подвижную, иногда с ясной пульсацией сосудов в основании параметриев. Иногда опухоль тесно прилегает к матке, иногда же ясно контурируется отдельно. Это зависит от места имплантации плодного яйца в трубе (ампулярная, истмическая интерстициальная трубная беременность). Величина опухоли зависит от срока беременности.

Исследование крови, химические и биологические реакции дают при прогрессирующей трубной беременности те же показатели, что и при маточной беременности. Таким образом, субъективные и объективные признаки часто бывают мало характерны для того, чтобы на их основании можно было поставить правильный диагноз. Единственный объективный признак, который дает повод заподозрить внематочную беременность, — это наличие мягкой опухоли, находящейся обычно сбоку и несколько кзади от матки. Но при жирной брюшной стенке маленькая мягкая опухоль часто не прощупывается, тем более что при подозрении на беременность исследование следует производить весьма осторожно, чтобы не нарушить ее: при маточной беременности может наступить выкидыш, а при внематочной — разрыв плодместилища. Производить диагностическое выскабливание в подобных случаях недопустимо. Кроме того, если даже при однократном исследовании и будет обнаружена рядом с маткой небольшая опухоль, это еще не доказывает наличие внематочной беременности: опухоль может быть воспалительного характера (оофорит) или это может быть ретенционная киста, маленькая киста яичника при наличии начальной маточной беременности, или даже желтое тело беременности. Так как точная диагностика прогрессирующей внематочной беременности невозможна, особенно в ранние ее сроки, то больная должна некоторое время находиться под наблюдением. Это позволит установить, увеличивается ли матка и изменяется ли величина опухоли. Если матка не растет, а опухоль увеличивается, то подозрение на внематочную беременность усиливается. Когда ненарушенная внематочная беременность достигает двух-трехмесячного срока, уже ясно определяется сбоку от слегка увеличенной матки мягкая, нередко продолговатая опухоль и часто ощущается пульсация со стороны бокового влагалищного свода. Так как разрыв беремен-

ной трубы может наступить внезапно, без всякого внешнего воздействия, вследствие цитолитического действия трофобласта, то при подозрении на прогрессирующую внематочную беременность необходимо поместить больную в соответствующее больничное учреждение. Если же диагноз прогрессирующей внематочной беременности можно считать установленным, то показана немедленная операция.

Нарушенная трубная беременность (трубный выкидыш)

Прежде всего остановимся на дифференциальной диагностике между маточным выкидышем и нарушенной трубной беременностью в тех случаях, в которых при двуручном исследовании не удается ясно обнаружить опухоль трубы. Как при трубном, так и при маточном выкидыше может наблюдаться задержка менструации, продолжительные кровянистые выделения и отхождение кусочков тканей. В обоих случаях матка увеличена в объеме. Различия клинической картины представлены в следующей таблице.

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
<p>Увеличенная матка имеет грушевидную форму, но увеличение не вполне соответствует сроку задержки менструации</p>	<p>Матка, увеличенная соответственно сроку задержки менструации, имеет шарообразную форму; при шеечном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки сидит на ней в виде небольшого колпачка</p>
<p>Незначительное наружное кровотечение, часто в виде коричневатой мази, обычно начинается после приступа болей</p>	<p>Довольно обильное наружное кровотечение, нередко яркочерного цвета, часто со сгустками, возникает до появления болей</p>
<p>Степень малокровия не соответствует количеству теряемой наружу крови</p>	<p>Степень малокровия соответствует количеству теряемой наружу крови</p>
<p>Боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей и имеют вначале тянущий, а затем и схваткообразный характер</p>	<p>Боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота, посредине и в крестце</p>
<p>Нередко наблюдается отхождение децидуальной оболочки целиком или в виде мелких срывков. Если выделившуюся ткань рассмотреть в стакане воды на свет, то характерных тонких, колеблющихся в воде ворсинок не видно</p>	<p>Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом, когда отошедшую ткань рассматривают на свет в стакане с водой</p>
<p>Нарушение трубной беременности начинается большей частью рано (между 4-й и 6-й неделей)</p>	<p>Спонтанное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й неделей)</p>
<p>Наружный зев закрыт</p>	<p>Наружный зев приоткрыт</p>
<p>При введении больших доз препаратов спорыньи кровотечение не прекращается [Гарш (Hirsch)]</p>	<p>Кровотечение временно прекращается</p>

Если при дифференциальной диагностике между трубным и маточным выкидышем рядом с маткой обнаруживается небольшая опухоль придатков, то для решения вопроса, является ли эта опухоль результатом

воспалительного процесса придатков или трубной беременности или это киста яичника, нужно учесть еще и следующее: при трубном выкидыше рядом с маткой имеется пульсирующая опухоль с неясными контурами, мягкой консистенции, большей частью колбасовидной формы. Иногда рядом с опухолью можно определить яичник. Если опухоль воспалительного происхождения, то она имеет плотную консистенцию. Прощупать яичник отдельно от трубы не удается. Если опухоль принадлежит яичнику (киста), то она имеет шаровидную форму, туго-эластическую консистенцию и хорошо контурируется. Односторонний гидросальпинкс может иметь такую же консистенцию, как и киста яичника, но отличается продолговатой формой. При наличии гидросальпинкса иногда можно прощупать яичник; гидросальпинкс лучше контурируется, чем опухоль трубы при внематочной беременности.

Если опухоль расположена в дугласовом кармане, то при дифференциальной диагностике между трубным выкидышем с образованием haematocoele и маточным выкидышем при retroversio-flexio uteri gravidi необходимо учитывать следующие моменты:

Внематочная беременность	Маточная беременность
<p>Болезненность в области дугласова кармана в случаях образования внематочной кровяной опухоли при исследовании через задний влагалищный свод весьма значительна</p>	<p>Тело беременной матки, лежащее в дугласовом кармане (при неинфицированном выкидыше), безболезненно при исследовании со стороны заднего влагалищного свода</p>
<p>При ректальном исследовании место отхождения маточно-крестцовых связок от матки лежит низко. Над лоном наружная рука определяет тело матки</p>	<p>При ректальном исследовании место отхождения от матки маточно-крестцовых связок лежит выше. Над шейкой, там, где должно быть тело матки, ничего не прощупывается</p>
<p>Затрудненное мочеиспускание возникает редко и в более поздние сроки внематочной беременности (после 5-го месяца)</p>	<p>Затрудненное мочеиспускание появляется на 3-м месяце беременности</p>
<p>Интенсивные припадки болей и кровянистые выделения наблюдаются с момента нарушения трубной беременности, т. е. они наступают уже в первые недели беременности</p>	<p>Кровянистые выделения бывают редко, а если наблюдаются, то гораздо позднее. Боли либо отсутствуют, либо выражены слабо. Из жалоб на первом месте стоят диурические явления</p>

Хронически протекающие случаи внематочной беременности приходится дифференцировать с хроническим или обострившимся воспалением придатков матки и затянувшимся трубным выкидышем. Как в том, так и в другом случае в анамнезе имеются указания на предшествовавший воспалительный процесс. Кровянистые выделения, появившиеся до срока ожидаемой менструации и имеющие затяжной характер, нередко встречаются в обоих случаях. Одностороннее утолщение придатков матки может наблюдаться не только при внематочной беременности, но и при воспалительных процессах, даже при гонорройных, если ко времени исследования процесс на одной стороне уже почти прошел и небольшие остатки его не обнаруживаются при гинекологическом исследовании. Наличие двусторонних опухолей не говорит против трубной беременности, так как на одной стороне может иметься трубная беременность, а на другой — воспалительный процесс придатков или гематосальпинкс.

Небольшие (до 38°) повышения температуры также не служат достоверным дифференциально-диагностическим признаком, так как при вне­маточной беременности повышенная температура бывает довольно часто даже при совершенно асептическом течении (всасывание белков крови). Кроме того, одновременно с трубным выкидышем может иметься и воспалительный процесс тазовых органов. Даже высокая температура не говорит против наличия вне­маточной беременности, так как температура может быть следствием присоединившейся инфекции, и, наоборот, нормальная температура бывает не только при вне­маточной беременности, но и при хронических воспалительных процессах. Одинаковый результат могут дать клиническое исследование крови (см. выше) и биологические реакции на беременность (после гибели яйца при трубном выкидыше реакция Ашгейм-Цондека становится отрицательной). Пульсация сосудов ощущается через влагалищный свод при вне­маточной беременности и при воспалении, особенно в стадии обострения. И все же при всем сходстве клинических симптомов тщательное гинекологическое исследование и сопоставление данных анамнеза и объективного исследования позволяют во многих случаях поставить правильную диагностику. В отношении анамнестических данных большее значение следует придавать, как уже вначале указывалось, отклонениям в характере «менструации» не столько в смысле ее задержки, сколько затяжного характера и незначительной интенсивности кровянистых выделений. Дифференциально-диагностические признаки, полученные объективным исследованием, можно представить в виде следующей таблицы.

Трубный выкидыш	Хроническое воспаление придатков
<p>Матка немного увеличена и размягчена</p> <p>При трубном выкидыше опухоль часто расположена в ампулярной или истмической части трубы (разрыв беременной трубы происходит чаще при имплантации яйца истмической, чем в ампулярной части); вследствие этого в месте ее отхождения от матки часто не обнаруживается утолщения; если оно и имеется, то болезненно при пальпации</p> <p>При трубном выкидыше яичник нередко определяется отдельно от опухоли</p> <p>Подвижность матки обычно сохранена</p>	<p>Матка если и увеличена, то все же имеет плотную консистенцию</p> <p>Воспалительная опухоль придатков широко отходит от угла матки, образуя с нею нередко как бы одно целое. Во всяком случае место отхождения трубы от матки всегда утолщено и болезненно при пальпации</p> <p>При воспалительной опухоли придатков яичник отдельно не определяется</p> <p>Матка в подвижности ограничена или неподвижна вследствие наличия обширных спаек</p>

Дифференциальная диагностика между трубным выкидышем и воспалительным процессом придатков матки нередко настолько трудна, и количество встречающихся при этом диагностических ошибок так велико, что, несмотря на имеющуюся огромную литературу, до настоящего времени имеют место непрекращающиеся попытки обогащения диагностики новыми данными, новыми наблюдениями. К сожалению, очень многие из них имеют весьма ограниченную ценность.

Так, в новейшей литературе имеется сообщение о признаке Эйзенштедтера [Eisenstedter (из Загреба)] при вне­маточной беременности. «Если,—говорит этот автор,—при наличии односторонней опухоли придатков матка отклонена в противоположную

сторону, хотя смещение это не обусловлено ни величиной опухоли, ни какими-нибудь иными изменениями в области половых органов, то мы с большой долей вероятности можем диагностировать внематочную беременность, особенно если анамнестические данные вызывают подозрение на таковую». Амрейх [Amreich (из Венской клиники)] считает характерным признаком воспалительной опухоли придатков, позволяющим отличить ее от трубного выкидыша, утолщение и болезненность места отхождения фаллопиевой трубы от матки. Прощупать при воспалении отдельно яичник от трубы невозможно, матка же фиксирована перитонеальными сращениями. В своей монографии Цехнович (1939) подтверждает правильность указаний Эйзенштедтера и Амрейха; Г. Гофман в своей монографии, относящейся к 1940 г., на основании данных своего большого материала отрицает специфичность признака Эйзенштедтера и выдвигает другой признак нарушенной трубной беременности раннего срока: «если матка смещена в противоположную сторону и внутренним исследованием легко и почти без боли удастся восстановить ее нормальное положение и если матка после исследования снова отклоняется от срединного положения...», то это говорит за внематочную беременность.

Несомненно, что, несмотря на все трудности дифференциальной диагностики между воспалительным процессом придатков матки и трубным выкидышем, очень часто удается все же прийти к правильному заключению в тех случаях, когда имеется возможность наблюдать за больной в течение некоторого времени. Наиболее характерным признаком внематочной беременности является то, что, несмотря на полный покой и постельный режим (больная должна быть помещена в стационар), опухоль продолжает увеличиваться, тогда как воспалительная опухоль в покойном состоянии больной обычно уменьшается. При трубном выкидыше увеличение опухоли сопровождается припадками болей («трубные колики»), причем, несмотря на эти припадки и ухудшение общего состояния, температура тела остается нормальной или лишь незначительно повышается. В связи с повторными инсультами и кровоизлияниями может появиться заматочная кровяная опухоль, желтушное окрашивание склер, увеличение малокровия и пр.

Если же увеличение опухоли идет за счет усиления или распространения воспалительного процесса, то одновременно с повышением температуры имеются и другие признаки воспалительного процесса (соответственные изменения лейкоцитоза, лейкоцитарной формулы, реакции оседания эритроцитов и пр.).

Заматочная кровяная опухоль (haematocoele retrouterina)

Если при трубном выкидыше кровь из ампулярного конца трубы быстро и обильно изливается в брюшную полость, то она скопляется в заднем дугласовом кармане и выпячивает его в просвет влагалища. Постепенно, благодаря организации наружных слоев гематомы и образованию сращений между дном матки, сальником и петлями кишок, образуется капсула, ограничивающая заматочную кровяную опухоль от общей брюшной полости. В анамнезе в большинстве случаев обращает на себя внимание задержка менструации, внезапное появление болей внизу живота, чаще с одной стороны; вскоре после этого из влагалища появляются темноватые кровянистые выделения и обнаруживаются другие симптомы (см. выше), характерные для трубного выкидыша. Далее из анамнеза можно выяснить, что боли постепенно стихли и сменились чувством тяжести внизу живота, давлением на низ; нередко к этому присоединяются затруднения при мочеиспускании и запоры. При объективном исследовании отмечаются явления малокровия, учащенный пульс, субфебрильная температура, субиктеричное окрашивание склер. Наружное исследование обнаруживает внизу живота опухоль, куполообразную сверху, а основанием своим уходящую широко вниз в полость таза. При влагалищном исследовании обнаруживается более или менее значительное смещение матки

вверх и кпереди, сглаживание или выпячивание заднего влагалищного свода, через который ощущается своеобразная мягкая, несколько тестоватая или эластическая, мало болезненная резистентность.

Иногда над этой опухолью или несколько сбоку удается прощупать мягкую опухоль, принадлежащую трубе. В подобном случае диагноз поставить легко. Дифференцировать чаще всего приходится между заматочной кровяной опухолью при внематочной беременности и пельвеоперитонитом после маточного выкидыша.

Наиболее характерным признаком пельвеоперитонита является сравнительно медленное развитие его после аборта и отсутствие явлений тяжелой анемии, как это бывает при внематочной беременности.

При нагноении заматочной опухоли, сопровождающейся высокой температурой и частым пульсом, дифференциальная диагностика становится невозможной; прекрасным диагностическим методом в этих случаях является пробный прокол.

П р о б н ы й п р о к о л, как и всякое хирургическое вмешательство, требует строжайшего соблюдения всех правил антисептики и асептики.

Подготовка операционного поля, т. е. наружных половых органов, влагалища и влагалищной части матки, — обычная для влагалищной операции. Необходимо лишь соблюдать при обработке влагалища большую осторожность, чтобы не нарушить целостности капсулы и сращений, отделяющих очаг от общей брюшной полости. Поэтому дезинфекция влагалища в этих случаях заключается в осторожном протирании в зеркалах влагалищной части матки и стенок влагалища марлевыми или ватными туфферами, смоченными спиртом, и смазывании этих органов подной настойкой. Затем сменяют зеркала и обнажают шейку матки. Во избежание разрыва спаек мы в острых случаях заболевания предпочитаем производить пункцию со стороны заднего влагалищного свода, не захватывая пулевыми щипцами, как это делают многие, заднюю губу маточного зева. Наша техника следующая: задней ложкой зеркала оттягиваем вниз заднюю стенку влагалища, переднюю ложку подводим под влагалищную часть матки (рис. 149). Пункцию делают длиной (в 8—10 см), не слишком тонкой иглой для того, чтобы через нее могла пройти не только жидкая кровь, но и мельчайшие сгусточки крови. Иглу насаживают на десятиграммовый шприц, который после этого еще раз проверяют. Прокол делают при полностью вдвинутом поршне шприца. Иглу при вколе следует направить несколько кпереди, чтобы не проколоть прямой кишки, фиксированной к крестцовой кости. Опасность повреждения подвижных петель кишок, как уже упоминалось неоднократно, ничтожна, так как петли ускользают от иглы. Иглу продвигают в глубину, пока не получится ощущения, что игла попала как бы в пустоту (обычно на 3—4 см). Затем приступают к отсасыванию содержимого полости. Поршень шприца оттягивают правой рукой в то время, как левая крепко придерживает иглу на месте насадки ее на шприц. Если жидкость не насасывается, то иглу очень медленно извлекают, другой рукой продолжают в то же время вытягивать поршень. Как только в шприце показывается кровь или иная жидкость, извлечение иглы тотчас приостанавливают. Если пункция не дала результата, иглу извлекают и пункцию повторяют либо на большую глубину, либо прокол делают немного отступив от места первого прокола. Если первый прокол, не давший результата, был сделан тонкой иглой, то при повторном проколе берут более толстую иглу.

В прежнее время многие (в том числе и мы) производили пункцию не в зеркалах, а под контролем пальцев левой руки, введенных во влагалище (правая рука держит шприц с крепко насаженной иглой). При таком методе легко может пострадать соблю-

дение правил асептики, которое здесь имеет такое же значение, как и при всякой другой брюшной операции. Поэтому предпочтение следует отдать пункции, производимой под контролем глаза в зеркалах.

В тех случаях, когда при двуручном исследовании скопление жидкости (крови) определяется впереди матки (при заращении заднего дугласова кармана, при расположении беременной фаллопиевой трубы впереди матки и т. п.), пробный прокол может быть произведен и через переднюю брюшную стенку. Необходимым условием для такого прокола является с нашей точки зрения скопление жидкости непосред-

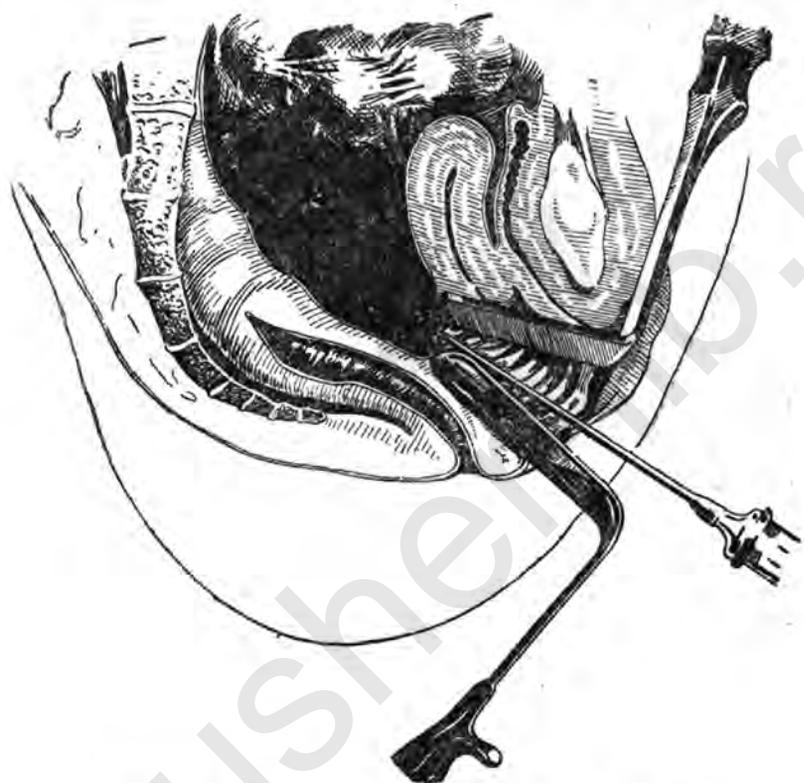


Рис. 149. Пункция через задний влагалищный свод.

ственно позади брюшной стенки. При наличии же подвижной опухоли, которая может оказаться воспалительной, мы не делаем пробного прокола, как это рекомендуют некоторые авторы. Если применение такой пункции можно допустить в клинической обстановке, то в условиях работы участкового врача этот метод применять не следует. Совершенно очевидно, что непосредственно перед пункцией, производимой со стороны брюшной стенки, моча должна быть спущена катетером. Место для прокола определяется перкуссией (приглушение перкуторного звука над лоном при опорожненном мочевом пузыре) и пальпацией (ощущение флюктуации). В этих случаях больная должна быть предварительно исследована через влагалище. Исследование должно быть очень тщательным, так как наблюдались случаи, когда нормальная беременная матка была принята за кровяную опухоль (haematocoele anteuterina). Произведенная в таком случае пункция беременной матки может дать осложнения.

Для пробного прокола через переднюю брюшную стенку пользуются рекордовским шприцем с насаженной на него иглой. При тонкой брюшной стенке употребляют обычную иглу, применяемую для подкожных или внутримышечных впрыскиваний. При толстой брюшной стенке приходится брать более длинную иглу—в 8—10 см (рис. 150 и 151).

Важное значение для постановки диагноза имеет правильная оценка результата пункции.



Рис. 150. Пробная пункция через брюшную стенку при кровоизлиянии в брюшную полость.

Если кровь, полученная при пункции, имеет кофейный цвет и особенно если имеются темные крупинки, то это говорит за то, что кровь старая, а не попавшая в шприц из сосуда влагалищной стенки, поврежденного при проколе.

Можно рекомендовать в сомнительных случаях «пробу на воду» Фейгеля. Она заключается в следующем: набрав в шприц хотя бы незначительное количество крови, в него дополнительно набирают еще 3—4 см³ физиологического раствора и выливают все содержимое шприца в стеклянный стаканчик, наполненный физиологическим раствором. Если кровь действительно старая, то на дно стаканчика выпадают мелкие кровяные сгусточки. Проба эта, по словам автора, ценна особенно в тех случаях, когда

в шприц удалось набрать лишь незначительное количество крови. Когда же в шприц легко набирается темная густая кровь, то сомнения отпадают и предлагаемая проба является излишней.

Установив в сомнительном случае при помощи пробного прокола наличие крови в брюшной полости, что в громадном большинстве случаев говорит за прервавшуюся внематочную беременность, следует тотчас же приступить к чревосечению. Немедленное чревосечение лишает пробный прокол его отрицательных сторон—опасности внесения инфекции из влагалища в кровяную опухоль и разрыва образовавшихся свежих спаек, ограничивающих тазовую область от общей брюшной полости.

Дедерлейн предложил вместо пробной пункции в сомнительных случаях производить пробную кольпотомию через задний влагалищный свод. Ряд авторов как иностранных [Файт, Вебер (Weber), Нюрнбергер, Тисс (Tiess), Амрейх и др.], так и отечественных (Отт, Кривский и др.) указывает на большую диагностическую ценность задней кольпотомии по сравнению с пробной пункцией. Несомненно, что пробная кольпотомия позволяет точнее поставить диагностику, чем пробная пункция. Но также

несомненно и то, что пробная кольпотомия является хирургическим вмешательством, требующим известного опыта в технике влагалищных операций. А этой техникой очень многие общие хирурги, а также и некоторые гинекологи не владеют в достаточной мере.

Поэтому для постановки дифференциального диагноза в сомнительном случае при наличии жидкости, скопившейся в малом тазу, следует прежде всего сделать пробный прокол, и только в случае его неудачи прибегнуть к пробной кольпотомии или даже к пробной лапаротомии (Франц, Губарев и др.).

Пробное выскабливание матки в диагностике внематочной беременности. При внематочной беременности в соскобе можно обнаружить децидуальную ткань, в то время как хориальных элементов в нем нет. Поэтому наличие децидуальной оболочки в матке при прочих симптомах, вызвавших подозрение на внематочную беременность, может подкрепить этот диагноз. Отсутствие же децидуальной оболочки будет говорить против внематочной беременности. Надо, однако, учесть, что в случаях тяжелого шока и острого малокровия вопрос должен быть решен немедленно, а гистологическое исследование соскоба требует нескольких дней.

При постановке диагноза в хронически протекающих случаях, т. е. главным образом при трубном выкидыше, выскабливание может вызвать новый инсульт, который, конечно, может окончиться трагически (случай Смольской, Сергеева и др.). Помимо этого, метод может оказаться несостоятельным, так как даже при наличии внематочной беременности в матке может не оказаться децидуальной оболочки, уже выделившейся из нее либо целиком в форме слепка маточной полости, либо, что наблюдается чаще, в виде мелких обрывков, смешавшихся с кровянистым отделяемым. Нахождение в соскобе децидуальных элементов может встретиться и при персистирующем желтом теле, или лютеиновой кисте. Отсутствие элементов ворсистой оболочки в соскобе еще не говорит с достоверностью и против маточной беременности, закончившейся полным выкидышем, который осложнился воспалительным процессом в придатках. Наличие в матке ворсистой оболочки может наблюдаться, правда, в очень редких случаях и при комбинации маточной и внематочной беременности. Все эти обстоятельства говорят против применения выскабливания в качестве диагностического метода в случае подозрения на внематочную беременность. Иным должно быть наше отношение к методу гистологического исследования тканей, самостоятельно выделяющихся из половых органов больной, с подозрением на внематочную беременность: в отдельных случаях гистологическое исследование может явиться подкреплением для клинического диагноза. Поэтому те ткани, которые самостоятельно выделились из полового канала, следует по возможности подвергнуть гистологическому исследованию.

В случаях прерывания внематочной беременности в виде так называемого трубного выкидыша, т. е. при отсутствии угрожающих жизни сим-



Рис. 151. Пробная пункция через брюшную стенку. Кишечная петля отходит от пунктирующей иглы, которая ее поэтому не прокалывает.

птомов, характерных для разрыва беременной трубы, операция тем не менее должна быть произведена возможно скорее. Эта необходимость диктуется тем, что даже после того, как трубная беременность уже прервалась, в стенке трубы может сохраниться активный трофобласт, под цитолитическим влиянием которого могут произойти новые инсульты, новые кровоизлияния.

В отношении методики и техники операция при прервавшейся трубной беременности мало отличается от операции при разрыве беременной трубы. Но она протекает в более спокойной обстановке, так как нет того тяжелого состояния больной, которое требует очень быстрых действий; нет и переполнения брюшной полости кровью, заливающей операционное поле, как в случаях разрыва трубы. С другой стороны, операция при трубном выкидыше может представить известные трудности вследствие того, что вокруг трубы уже образовались спайки с окружающими органами—сальником, кишечными петлями, париетальной брюшиной и пр. Сращения могут образовывать плотную капсулу вокруг кровяной опухоли, которая окружает трубу (*haematocoele peritubaria*) или локализуется позади матки (*haematocoele retrouterina*) и в редких случаях—впереди нее (*haematocoele anteuterina*).

Подготовка к операции и наркоз—обычные для чревосечения.

Разрез брюшной стенки производится либо по средней линии, либо поперечный—по Пфанненштилю. Перед вскрытием брюшины больной придается положение со слегка приподнятым тазом (по Тределенбургу). После вскрытия брюшины сальник и кишечные петли тщательно отгораживают от операционного поля салфетками; сращения между кишечником и трубным мешком рассекают куперовскими ножницами. Если имеется *haematocoele peritubaria*, образовавшаяся недавно, и между ней и окружающими тканями еще нет плотных сращений, то нередко удается выделить опухоль целиком вместе с фибринозной капсулой, образовавшейся вокруг кровоизлияния. После этого матку, взятую на временную лигатуру, выводят наружу и слегка оттягивают по направлению к здоровой стороне и кпереди.

Если из-за плотных сращений опухоль трудно выделить, то эти сращения (особенно с кишечником) надо рассечь куперовскими ножницами. Особенное внимание должно быть уделено тому, чтобы не повредить при этом стенки кишки. Иногда в техническом отношении может оказаться более выгодным высвободить сначала из сращений матку, а затем уже постепенно всю опухоль. После того как опухоль выведена в операционную рану, необходимо путем тщательного осмотра определить, что в этой опухоли подлежит удалению. Очень часто извлеченная опухоль включает, кроме трубы и окружающих ее кровяных сгустков, еще и яичник, который, вследствие образовавшейся фибринозной капсулы, может казаться слитым с общей массой опухоли. В большинстве случаев все же удается тупым и отчасти острым путем выделить яичник из опухоли и сохранить его полностью или частично. Только в редких случаях яичник оказывается при этом патологически настолько измененным, что сохранить его невозможно. Конечно, на решение вопроса об оставлении или удалении яичника могут оказать влияние не только технические условия, но и возраст больной, особенно же состояние второго яичника. Если оказывается возможным ограничиться удалением одной лишь трубы, то операцию производят точно так же, как и в свежих случаях разрыва беременной трубы. Если брюшина широкой связки на пораженной стороне настолько изменена, что перитонизация обычным способом затрудняется, то оставшиеся культы могут быть прикрыты сальником, прямой или сигмовидной кишкой, серозная оболочка которых пришта к матке.

Большая кровяная опухоль, образовавшаяся при трубном выкидыше, большей частью расположена позади матки в заднем дугласовом кармане. При наличии обширных и плотных сращений с окружающими тканями во многих случаях невозможно выделить опухоль целиком. Тогда поступают следующим образом: одним или двумя пальцами прорывают капсулу кровяной опухоли, проникают внутрь и опорожняют ее от сгустков крови пальцами или тупферами. Затем извлекают из мешка придатки и удаляют либо только трубу, либо придатки целиком. По возможности нужно удалить капсулу. Если никакого кровотечения нет и ложе опухоли остается сухим, то после перитонизации культи брюшную рану зашивают наглухо. Если же значительная часть капсулы не может быть удалена и из нее продолжает вытекать паренхиматозное кровотечение, то полость малого таза дренируют через задний влагалищный свод марлевой полоской. Для этой цели еще до закрытия брюшной раны ассистент вводит во влагалище изогнутый кориданг вогнутостью впереди и под контролем пальцев направляет его в задний влагалищный свод, подведя конец под шейку матки. При этом рукоятку кориданга надо максимально оттянуть назад, надавливая на промежность. Правильное направление кориданга со стороны влагалищного свода хирург может легко контролировать со стороны брюшной раны. После того как ассистент выпятил коридангом дно дугласова кармана по направлению к брюшной ране, хирург надрезает брюшину и подлежащую ткань, а ассистент проталкивает кориданг в дугласов карман. После того как кориданг прошел в брюшную полость, ассистент раскрывает его и таким образом увеличивает отверстие. Введенным коридангом он захватывает конец тампона и выводит его во влагалище. Брюшную полость зашивают наглухо. Если дренировать через влагалище невозможно (отсутствие помощника, облитерация заднего дугласова кармана и пр.), то дренаж может быть произведен через брюшную рану (дренаж по Микуличу).

Особое место в отношении метода операции занимают случаи инфицированной и нагноившейся замочной кровяной опухоли. Обычно в этих случаях имеется опухоль, окруженная плотной капсулой, которая надежно отграничивает полость таза от общей брюшной полости. Хотя в застарелых случаях прервавшейся внематочной беременности уже не бывает новых инсультов, но явления, вызываемые инфекцией и интоксикацией, все же требуют опорожнения опухоли. Чревосечение в этих случаях противопоказано ввиду опасности возникновения общего перитонита. Поэтому опорожнение инфицированного содержимого замочной кровяной опухоли следует произвести при помощи задней кольпотомии. Вскрыв кровяную опухоль со стороны заднего влагалищного свода, необходимо очень осторожно, чтобы не повредить капсулы, но в то же время и очень тщательно удалить тупферами сгустки крови из кровяного мешка, а затем дренировать его при помощи резиновой трубки или марлевых салфеток.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Интерстициальная беременность

Интерстициальная беременность является одним из весьма редких видов внематочной беременности.

Большинство литературных источников приводит весьма разноречивые данные в отношении частоты этой патологии, что зависит, повидимому, отчасти от неодинаково точной диагностики этой разновидности внематочной беременности.

Груздев до 1914 г. нашел в отечественной литературе лишь 13 опубликованных случаев интерстициальной беременности. На материале Г. Гофмана среди 1 039 слу-

чаев внематочной беременности, наблюдавшихся в клинике Фейгеля за 1932—1938 гг., интерстициальная беременность встретила 4 раза.

Файт и Верт (Werth) считают доказанным наличие интерстициальной беременности лишь в том случае, если полость матки свободна от элементов яйца и опухоль лежит медиально от места отхождения круглой связки и, кроме того, доказана связь опухоли с трубой. Руге-Симон (Ruge-Simon) указывает на следующий признак, позволяющий диагностировать интерстициальную беременность: дно матки расположено в круто-косом направлении, причем место отхождения придатков на пораженной стороне расположено выше, чем на здоровой. В отличие от беременности в зачаточном роге матки круглая связка отходит от опухоли, являющейся плодоместилищем медиально и ниже ее (Гентер). Впрочем, как замечает Глезмер (цит. по Гене), и этот признак не является постоянным, так как круглая связка может в зависимости от направления роста яйца располагаться как медиально, так и латерально от опухоли. Даже на анатомическом препарате трудно точно распознать интерстициальную беременность. Не удивительно поэтому, что она не диагностируется *in vivo*. Интерстициальная беременность нарушается обычно на третьем-пятом месяце и почти всегда

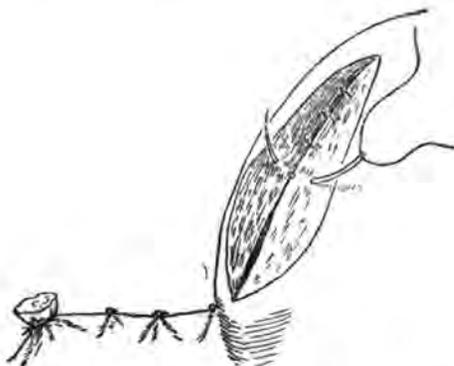


Рис. 152. Операция интерстициальной беременности. Наложение кетгутовых швов, захватывающих глубокий слой маточной стенки, после иссечения интерстициальной части трубы.



Рис. 153. Операция интерстициальной беременности. Наложение непрерывного кетгутового шва, захватывающего наружные слои маточной стенки (второй этаж).

в виде наружного разрыва плодоместилища. По Верту, типичным местом разрыва является задняя поверхность плодоместилища. Бывает и исключения, когда разрыв расположен спереди или несколько сбоку.

Клиническая картина разрыва при интерстициальной беременности отличается симптомами острого малокровия и перитонеального шока. Особенное внимание обращает на себя в этих случаях величина разрыва [Тэт (L. Tait)]. Наблюдающееся при этом значительное, иногда смертельное кровотечение Абуладзе объясняет не только величиной разрыва, но и плохой сокращаемостью маточной стенки вследствие вставания в ее толщу ворсинок хориона. Описаны, впрочем, случаи разрыва интерстициальной беременности, в которых не было ни значительного внутреннего кровотечения (случай Сериковой, Сновской и др.), ни большого разрыва.

Метод оперативного вмешательства в опубликованных случаях был различный: из 30 случаев, собранных Вертом, в 15 была применена консервативная операция (иссечение плодоместилища из угла матки вместе с трубой), в 13—надвлагалищная ампутация матки, в 1—полная экстирпация матки и в 1—влагалищная экстирпация матки. Гентер, который наблюдал около 10 подобных случаев, считает, что методика операции в этих случаях должна быть такой же, как и при других видах трубной беременности, и состоять из клиновидного иссечения плодоместилища из угла матки.

При клиновидном иссечении трубы из угла матки может быть вскрыта и полость матки. Раневое ложе должно быть тщательно зашито кетгутowymi лигатурами в два этажа (рис. 152 и 153). Перитонизация производится при помощи круглой связки. Опубликованы были отдельные случаи имплантации оставшегося отрезка трубы в матку после иссечения из нее плодместилища. Но так как интерстициальная беременность обычно кончается разрывом плодместилища, требующим быстрого, простого и надежного метода операции, то имплантация трубы, конечно, неприменима в большинстве случаев. В трудных случаях Гене считает возможным применить, как при межсвязочном развитии плодместилища, экстирпацию матки.

Межсвязочная беременность

Этот вид внематочной беременности представляет интерес главным образом потому, что при нем беременность достигает поздних сроков и даже доношивается.

Под этой формой внематочной беременности понимают такую, при которой яйцо, привившись в стенке трубы, обращенной к ее брыжейке (мезосальпикс), развивается в сторону широкой связки, раздвигая ее брюшинные листки. Межсвязочная беременность может быть первичной, когда плодное яйцо остается внутри первичного плодного мешка, или вторичной, когда плодное яйцо развивается между листками широкой связки после разрыва стенки трубы. По статистике Малиновского, среди 23 случаев внематочной беременности 11 падают на межсвязочную форму ее (первичную и вторичную). Благоприятный исход для детей при межсвязочных формах внематочной беременности объясняется, по Малиновскому, тем, что плодное яйцо, защищенное листками широкой связки; меньше раздражает брюшину и этим создает более благоприятные условия для течения беременности и развития плода, а также тем, что плодное яйцо при этой локализации лучше снабжается питательным материалом ввиду хорошей васкуляризации широких связок.

Несмотря на благоприятные условия развития плодного яйца при межсвязочной форме внематочной беременности, все же во многих случаях беременность нарушается и возникает внутреннее кровотечение. Кровотечение происходит в широкую связку. Образовавшаяся гематома может принять значительные размеры и распространиться подбрюшинно за пределы широкой связки. При схожих с обычной трубной беременностью анамнестических данных данные объективного исследования будут отличаться главным образом тем, что при расположении гематомы в широкой связке матка окажется смещенной в противоположную сторону.

Данные гинекологического исследования в этих случаях будут напоминать данные, получающиеся при гинекологическом исследовании в случаях свежего экссудативного параметрита.

Особенность методики операции при межсвязочной форме внематочной беременности заключается в том, что после вскрытия брюшной полости брюшина широкой связки разрезается над гематомой и из полости, образовавшейся между обоими листками широкой связки, удаляется плодное яйцо, а затем удаляется и фаллопиева труба. Если полость между листками широкой связки невелика и кровотечения из плодместилища нет, то операция заканчивается сшиванием обоих листков широкой связки непрерывным тонким кетгутowym швом. Если же полного гемостаза между листками широкой связки добиться не удастся, то приходится прибегнуть к тампонации полости полосой марли, которую выводят наружу через брюшную рану.

Чтобы в подобном случае можно было наглухо зашить брюшную рану, можно вывести дренирующую полосу марли через влагалище; делают разрез в боковом влагалищном своде. Ассистент должен ввести корцанг в боковой свод влагалища, выпятить им стенку свода по направлению к параметрию, после чего хирург разрезает влагалищный свод через брюшную рану. Так как разрез через боковой влагалищный свод представляет известную опасность повреждения мочеточника и крупной ветви маточных сосудов, то едва ли стоит прибегать к такому методу выведения тампона.

При наличии полости и продолжающемся кровотечении из глубины широкой связки может потребоваться даже экстирпация матки, которая позволит произвести более тщательный гемостаз внутри широкой связки.

Яичниковая беременность

Исход яичниковой беременности зависит главным образом от места прививки в яичнике оплодотворенного яйца.

При прививке яйца на поверхности яичника (*graviditas ovarialis superficialis*, *graviditas eroovarialis*) плодovместилище, обладая очень тонкой капсулой, легко и рано разрывается. При внутрифолликулярной прививке разрыв плодovместилища происходит тем раньше, чем ближе к поверхности яичника развивается яйцо. Чем глубже в фолликуле привилось яйцо, чем ближе к *hylus ovarii* развивается оно, где условия для питания особенно благоприятны ввиду богатой васкуляризации, тем больше шансов, что беременность достигнет большего срока и даже полной зрелости (доношенная яичниковая беременность). Особенно благоприятные условия для развития доношенной яичниковой беременности создаются тогда, когда плодovместилище, развиваясь в сторону хилуса, врастает в широкую связку (аналогия с внутрисвязочной трубной беременностью).

Разрыв плодovместилища при яичниковой беременности сопровождается симптомами внутреннего кровотечения и перитонеального шока, как и при разрыве трубной беременности, и диагностируется обычно, как последняя.

Методика операции аналогична той, которая применяется при разрыве беременной трубы, и состоит в экстирпации всей опухоли, заключающей в себе плодovместилище, яичник и трубу (см. операцию трубной беременности). Как и при разрыве яичниковой беременности в ранние сроки, так и при доношенной яичниковой беременности точная топическая диагностика ставится лишь во время чревосечения.

Кардинальными симптомами доношенной яичниковой беременности (на удаленном препарате) являются, по Леопольду (Leopold), наличие на стороне плодovместилища неизменной фаллопиевой трубы, непосредственный переход яичниковой ткани в стенку плодovместилища и переход собственной связки яичника на опухоль (плодovместилище), что должно быть подтверждено микроскопическим исследованием.

Брюшная беременность

Брюшная беременность уже давно привлекала к себе внимание исследователей главным образом с точки зрения возможности первичной имплантации яйца на брюшине (первичная брюшная беременность). Такую возможность на основании литературных данных последних десятилетий нужно считать доказанной.

С практической точки зрения чрезвычайно большое значение имеет следующий факт: оплодотворенное яйцо прививается первично главным образом на тех участках брюшины, которые защищены от перистальтики кишок [Гене (Höhne)], например, в заднем дугласовом пространстве;

первичная и вторичная прививка яйца могут произойти и на других участках брюшины, даже в области печени, селезенки и т. п. Поэтому если при подозрении на внематочную беременность при чревосечении в брюшной полости действительно оказывается кровь, но в области тазовых органов плодместилище не обнаруживается, то его следует искать где-либо в другом месте брюшной полости, даже в области печени, селезенки и пр.

Не только диагностика, но и техника операции в случаях раннего прерывания брюшной беременности может оказаться значительно труднее, чем при обычной трубной беременности, так как нередко приходится выделять плодместилище из сращений с кишечными петлями, сальником, париетальной брюшиной и пр.

В отношении диагностики и методики операции поздних сроков брюшной беременности см. раздел о доношенной внематочной беременности.

Одновременное сочетание внематочной и маточной беременности

В большинстве случаев сочетанная маточная и внематочная беременность не распознается. На материале, собранном Нейгебауэром, правильный диагноз ставился либо после опорожнения матки, либо при лапаротомии или вскрытии. Важным признаком считается отсутствие выделения крови из матки при наличии явных симптомов прервавшейся внематочной беременности (Гене).

Если при чревосечении по поводу распознанной внематочной беременности диагностируется имеющаяся одновременно маточная беременность, то последняя может быть сохранена.

В случае Аюпова из клиники Аршева в Ереване после удаления правой беременной трубы маточная беременность продолжалась, и только на восьмом месяце произошли преждевременные роды живым ребенком.

При сочетанной маточной и внематочной беременности нередко наблюдается инфекция трубного мешка или заматочной кровяной опухоли, возникших после трубного выкидыша. Ввиду значительных опасностей, угрожающих женщине при сочетанной маточной и внематочной беременности, операция распознанной внематочной беременности должна быть произведена как можно скорее.

Беременность в зачаточном роге матки

Одной из редко встречающихся разновидностей эктопической беременности является беременность в зачаточном роге матки. Внематочной беременностью в анатомическом значении этого термина такая беременность не является, так как яйцо прикрепляется в полости, принадлежащей матке, но в клиническом отношении она немногим отличается от трубной беременности. Исход ее такой же.

Беременность в зачаточном роге матки возникает тогда, когда слизистая полости, сообщающейся с трубой, недостаточно развита и вследствие этого не менструирует; иначе в зачаточном роге возникла бы гематометра, исключая возможность прививки яйца. Неполноценности в анатомическом и физиологическом отношении слизистой зачаточного рога соответствует и неполноценность его мышечной стенки. Под влиянием расплавляющего действия трофобласта яйца, прорастающего через слизистую оболочку, которая неспособна к полноценной децидуальной реакции, а также вследствие растяжения плодместилища растущим яйцом может произойти нарушение целостности мышечной стенки и в конечном итоге разрыв зачаточного рога.

В отличие от трубной беременности беременность в зачаточном роге матки часто достигает поздних сроков, а нередко и доношивается.

Чаще всего место разрыва находится в верхнем отделе медиальной стороны зачаточного рога; эта область хуже всего питается и вследствие этого во время беременности меньше гипертрофируется. Постановка анатомического диагноза во время операции нетрудна. От обычной трубной беременности беременность в зачаточном роге отличается тем, что труба на всем своем протяжении оказывается нормальной. От интерстициальной беременности она отличается тем, что при первой плодместилице является непосредственным продолжением матки, составляя с ней одно целое, в то время как при беременности в зачаточном роге плодместилице является отдельным образованием и связано ясно выраженной ножкой с нормальным рогом матки (Виноградов) (рис. 154). Кроме того, при интерстициальной беременности место отхождения придатков от матки лежит значительно выше, так как плодместилице, увеличиваясь, поднимает их кверху и кнаружи; при беременности в зачаточном роге место

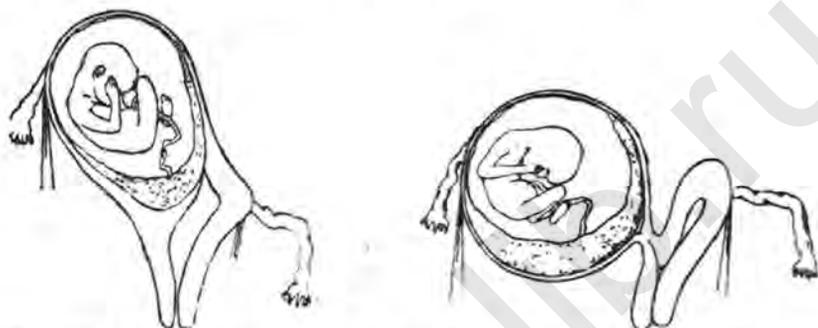


Рис. 154. Топографические соотношения при интерстициальной беременности (слева и при беременности в зачаточном роге матки (справа) (по Отту).

отхождения придатков и круглой связки лежит у основания плодместилице; так как растет преимущественно верхняя часть рога (Бекман, Виноградов).

Клиническая диагностика этой редкой формы эктопической беременности очень трудна. Особенно трудно распознать прогрессирующую беременность. По Юсти, правильные диагнозы до операции были поставлены лишь в 15% всех случаев. Диагностика базируется на данных анамнеза (отсутствие менструации и наличие обычных для беременности субъективных признаков) и объективного исследования (наличие рядом с беременным рогом матки другого — небеременного, расположенного наискось от первого и отклоняющегося от беременного постепенно в сторону, наличие между обоими рогами матки перемычки, расположенной в области перешейки, отхождение круглой связки от латерального полюса или передней поверхности плодместилице). Эти данные могут стать опорными пунктами для постановки диагноза беременности в зачаточном роге, если только помнить о возможности такой патологии (Гене, Тисс). Как видно из литературных данных, прогрессирующая беременность в зачаточном роге принималась чаще всего за трубную беременность, преимущественно за интерстициальную, реже — за кистому яичника или за беременность в миоматозной матке. По Абуладзе, при беременности в зачаточном роге плодместилице подвижно и безболезненно. При трубной беременности оно по мере роста яйца становится менее подвижным и тесно связано с маткой; кроме того, двуручное исследование при трубной беременности бывает болезненно.

Диагностика разрыва зачаточного беременного рога матки базируется на тех же данных анамнеза и объективного метода исследования, что и диагностика разрыва беременной трубы (см. выше).

Лечение беременности в зачаточном роге матки может быть только хирургическим. Так как разрыв беременного зачаточного рога может наступить совершенно неожиданно, помимо какого-либо внешнего воздействия или травмы, то операция должна быть произведена возможно скорее. Предложение, поддерживаемое Абуладзе и др., отложить операцию до того времени, когда плод станет жизнеспособным, имеет много противников. Еще менее допустимо такое выжидание в условиях работы практического врача. Метод операции должен быть наиболее простой и быстрый. Резекции подлежит зачаточный беременный рог; отходящую от него фаллопиеву трубу также надо удалить, так как в ней может возникнуть беременность.

При очень тяжелом состоянии больной практическому врачу легче и проще в техническом отношении произвести удаление маточного рога вместе с трубой и яичником. Поэтому во многих случаях так и приходится поступать. Техника подобной операции следующая: после вскрытия брюшной полости извлекают наружу оба рога матки—беременный и небеременный, перевязывают лигатурами и перерезают на стороне беременного рога *lig. infundibulo-pelvicum*, прилежащую к беременному рогу, часть широкой связки и ножку, соединяющую зачаточный рог с нормальным. Получившиеся культя перитонизируют при помощи оставшейся круглой связки, брюшины мочевого пузыря и широкой связки. В остальном поступают так же, как при разрыве беременной трубы, т. е. производят туалет брюшной полости и зашивают брюшную стенку. Если состояние больной не настолько тяжелое, чтобы заставить хирурга максимально упростить и ускорить операцию, то целесообразно на стороне разорванного рога сохранить яичник. В этом случае лигатуры накладывают на круглую связку, брыжейку фаллопиевой трубы и ножку рога, после чего их перерезают и препарат, состоящий из разорванного рога матки и фаллопиевой трубы, удаляют. Затем следует перитонизация и туалет брюшной полости.

Внематочная беременность поздних сроков

(доношенная или почти доношенная)

Внематочная беременность поздних сроков может до поры до времени не вызывать тяжелых симптомов, особенно в тех случаях, когда плод-вместилищем служит труба и плодное яйцо развивается в направлении мезосальпинкса—антралигаментарное развитие.

На том основании, что беременность может прогрессировать до того времени, когда плод станет жизнеспособным, ряд авторов [Пинар (Pinard), Секонд (Second), Френкель (Fraenkel), Зитцер, Снегирев, Губарев] считает возможным в тех случаях, когда внематочная беременность уже больше 6—7 месяцев, при хорошем самочувствии беременной выждать с операцией для того, чтобы получить жизнеспособный плод, предлагая оперировать лишь к приблизительному сроку его доношенности.

По данным Малиновского, оперативное вмешательство в поздние месяцы прогрессирующей внематочной беременности технически не труднее, чем в ранние, и результаты операции в самом конце беременности также не менее благоприятны, чем в более ранние сроки второй половины беременности.

Имеется, однако, целый ряд авторитетных защитников немедленного оперативного вмешательства при прогрессирующей внематочной беременности поздних сроков, как, например, Верг, Ольсгаузен (Olshausen), Гуссеров (Gusserow), Креинг и Дедерлейн, Шаута, Бумм и др., считающие, что всякую диагностированную внематочную беременность следует немедленно оперировать.

Приведенные разногласия касаются только тех случаев, когда прогрессирующая внематочная беременность поздних сроков не вызывает тяжелых явлений у матери, в противном случае показана немедленная операция.

В большинстве случаев внематочная беременность поздних сроков рано или поздно начинает причинять тяжелые страдания. Главные жалобы — постоянные мучительные боли в животе (хронический перитонит), которые особенно усиливаются при движении плода. Отсутствие аппетита, беспрерывная рвота (при нормальной беременности рвота наблюдается лишь вначале), бессонница, постоянные запоры истощают больную. Особенно ухудшается состояние больных, когда плод после разрыва оболочек попадает в брюшную полость и лежит среди спаявшихся вокруг него кишок. Наблюдались, впрочем, отдельные редкие случаи, когда при доношенной внематочной беременности появлялись лишь умеренные боли, из матки выделялась отпадающая оболочка и начинались регрессивные явления: плод плотно осумковывается, мумифицируется, извествляется, превращается в литопедион, а женщина начинает постепенно поправляться и вскоре менструальная функция восстанавливается. Известны случаи пребывания литопедиона в животе женщины в течение десятков лет. Но на такой благоприятный исход рассчитывать ни в коем случае нельзя. Даже в тех случаях, когда состояние беременной остается удовлетворительным, внезапно могут появиться тяжелейшие явления разрыва плодo-вместилища.

Но и помимо разрыва тяжелое состояние, выражающееся в приступах жестоких беспрерывных болей, лишь на короткое время уступающих морфину, метеоризм, анурия, иногда высокая температура заставляют прибегать к неотложной операции.

Диагностика внематочной беременности поздних сроков очень часто бывает ошибочной. Ошибки происходят часто не потому, что беременность не распознается, а потому, что неправильно определяется местонахождение плода и внематочная брюшная беременность рассматривается как внутриматочная. В некоторых случаях правильный диагноз был поставлен до операции после исследования пальцем или зондом полости матки, произведенным ввиду того, что схватки долгое время не вызывали надлежащего раскрытия зева.

В некоторых случаях удается разграничить матку от плодoвместилища, и тогда можно поставить диагноз при наружном исследовании. Граница эта определяется в виде борозды. Ввиду того что в большинстве случаев стенки живота напряжены и имеется резкая болезненность, иногда удавалось поставить диагноз при исследовании под наркозом. Если плацента прикрепляется ко дну матки, матка и плодoвместилище представляют одно целое и борозда между ними не обозначается. В некоторых случаях правильный диагноз был поставлен на том основании, что при наружном исследовании части плода прощупывались непосредственно позади брюшных покровов. Этого не бывает, когда плацента лежит на передней стенке плодoвместилища. С другой стороны, одно только ясное прощупывание частей плода непосредственно позади брюшной стенки, конечно, не позволяет еще с уверенностью диагностировать брюшную беременность, так как нередко при истонченных и дряблых брюшных покровах такое ощущение может получиться и при нормальной беременности. Важным признаком внематочной беременности последних месяцев Бекман считает появление сильных болей в брюшной полости. Эти боли объясняются, как уже указывалось, раздражением брюшины движениями ребенка, свободно лежащего в брюшной полости; если же плод лежит в трубе, боли объясняются растяжением стенки трубы. Но этот признак непостоянен и не всегда резко выражен.

Гене предлагает для таких случаев пробу с препаратом задней доли гипофиза (Pituglandol), о которой мы упоминали при диагностике беременности в зачаточном роге матки. Если в сомнительном случае ввести внутривенно 0,25 или 0,5 см³ питуглан-доли, то беременная матка тотчас же сокращается. Эти сокращения всей матки сами по себе ясно говорят о внутриматочном расположении плода. Кроме того, при наступившем сокращении ясно определяются круглые связки, идущие по направлению ко дну матки. Если же после введения питугландоли предполагаемое плодоемсти-лище вовсе не сокращается или сокращается слабо, то это является признаком распо-ложения плода в капсуле, лишенной мышечной стенки, т. е. признаком внематочной беременности.

В редких случаях, как, например, при мертвом плоде, при невоз-можности прощупать части плода вследствие значительного напряжения брюшной стенки, особенно если плацента прикреплена к брюшным орга-нам и лежит впереди плода, может быть не распознана и сама беременность. При сомнении в наличии беременности ясность в диагностику может внести рентгеновский снимок, который обнаруживает наличие не только живого, но и мертвого плода. При кратчайшем времени экспозиции, необ-ходимом для рентгеновского снимка («моментальный снимок»), этот метод какого-либо вредного влияния на живого ребенка не оказывает.

Для врача, работающего в условиях хорошо организованного родиль-ного дома или больничного учреждения, диагностика внематочной бере-менности поздних сроков облегчается указанными подсобными методами клинического исследования. Для сельского врача, не имеющего возможности широко пользоваться рентгеновским методом исследования, наиболее достоверными признаками этой патологии являются: интенсивные боли, резко уси-ливающиеся при движениях плода, болезнен-ность живота при ощупывании, нарастающая слабость и истощение больной на почве бес-сонницы, отсутствие аппетита и рвоты, нару-шения со стороны мочеиспускания и дефекаци и, наконец, прощупывание частей плода непо-средственно позади брюшной стенки или же про-щупывание матки отдельно от плода.

Путь, по которому производится оперативное вмеша-тельство в случаях внематочной беременности поздних сроков,—преиму-щественно брюшностеночный. Применяются два метода оперативного пособия: радикальный метод, состоящий в одновременном удалении ребенка, плодного мешка и последа, и удаление только ребенка с оставлением плаценты и марсуализация плода плодного мешка. Причина применения того или иного способа заклю-чалась не в расхождении взглядов по этому вопросу и далеко не всегда в разнице оперативного опыта и искусства хирурга. Хотя радикаль-ная операция признается лучшим способом, все же во многих случаях приходилось и приходится оставлять плаценту, так как при наличии обширных и прочных сращений ее с кишечником попытка удалить пла-центу может окончиться повреждением кишечника, а кроме того, общее тяжелое состояние больной не позволяло затягивать операцию и увели-чивать шок, применяя такие методы, как резекция поврежденного участка кишечной трубки. Все же радикальная операция (удаление всего плодоем-стиместилла) является методом выбора.

Техника радикальной операции. Производят разрез брюшной стенки, достаточный для извлечения плода. В некоторых, весьма редких случаях, когда доношенная беременность располагается в трубе, можно удалить ее целиком, как это делается при всякой экстирпации трубы. Если плод

живой, то предварительно стенку плодместилища вскрывают и извлекают плод, а затем уже удаляют весь плодный мешок. В тех случаях, когда плод лежит в брюшной полости свободно или в капсуле, ход операции будет следующий: вскрывают плодный мешок и извлекают плод; если он жив, перерезают пуповину между двумя зажимами и плод передают помощнику. При мертвом плоде пуповину просто перерезают. После этого необходимо хорошо ориентироваться относительно места прикрепления плаценты. Если плацента, как это часто бывает, прикреплена к матке и широкой связке, то отделение ее происходит легко и более или менее безопасно. После удаления плаценты можно в случае необходимости наложить на кровоточащие сосуды зажимы или обшить кровоточащие места лигатурами. Если остановить кровотечение не удастся, то Губарев советует перевязать артериальную дугу широкой связки: ветку маточной артерии около угла матки и яичниковую артерию в *lig. infundibulo-ovarium*. Само собой разумеется, что подобная операция доступна лишь квалифицированному хирургу, имеющему большой опыт в полостной хирургии. Если кровотечение все-таки продолжается, то надо поручить помощнику прижать рукой брюшную аорту, воспользовавшись прекращением кровотечения, удалить из малого таза кровь и перевязать ствол маточной артерии или подчревную артерию. Так же поступают, если плацента прикреплена не только к матке и широкой связке, но и частично к кишечнику и сальнику. Чем большая часть плаценты прикреплена к брюшным органам, тем опаснее момент отделения плаценты.

Несмотря на полный успех, которым сопровождалась во многих случаях радикальная операция внематочной беременности поздних сроков, едва ли можно считать, что такой метод всегда применим и что оставление плаценты является методом, в настоящее время недопустимым. Правильнее будет признать, что не только участковый хирург, но и крупный специалист может оказаться вынужденным прибегнуть к старому способу марсуниализации плодного мешка и плаценты. Хирург, приступающий к отделению плаценты от кишок, должен быть подготовлен к операции резекции кишки, так как во время отделения плаценты может произойти повреждение кишки (Франц, Дедерлейн).

Не подлежит сомнению, что участковому хирургу, которому в порядке неотложной хирургической помощи встретится случай внематочной беременности позднего срока, следует из осторожности отказаться от отделения плаценты, прикрепленной к брюшным органам, и применить способ марсуниализации. При инфицированном плодместилище, конечно, всегда показаны марсуниализация и дренаж вшитого в брюшную стенку плодного мешка.

Подходящими для применения влагалищного метода операции с нашей точки зрения представляются те редчайшие случаи внематочной беременности, которые сопровождаются высокой температурой вследствие распада и инфекции содержимого плодместилища, особенно при тяжелом общем состоянии больной и при таком положении плодместилища, которое представляло бы удобный доступ к нему со стороны заднего влагалищного свода (расположение плодместилища позади матки). Благоприятствующим обстоятельством, быть может, является смерть плода и прекращение кровообращения в плаценте как факторы, уменьшающие опасность кровотечения во время отделения последа.

Техника марсуниализации. Если после удаления плода оператор приходит к убеждению, что удалить плаценту или весь плодный мешок невозможно или опасно, то удаляют те части плодного мешка, которые отделены от органов брюшной полости и свободно свисают из брюшной раны, и после этого вшивают оставшиеся края плодного мешка в брюшную рану.

Полость мешка выполняют большими марлевыми салфетками, соединенными наподобие тампона Микулича, которые покрывают оставшуюся в брюшной полости плаценту. Полость плодного мешка постепенно уменьшается, плацента постепенно некротизируется и мало-помалу выделяется. На это обычно уходит 1—2 месяца.

ЯИЧНИКОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Внутреннее кровотечение может возникнуть из разорвавшегося сосуда яичника, из разрыва яичниковой гематомы или яичниковой кисты. Последний вид яичникового кровотечения встречается весьма редко. В случаях яичникового кровотечения клинический симптомокомплекс чрезвычайно напоминает картину внематочной беременности, разница лишь в отсутствии в анамнезе симптомов, присущих беременности: не было задержки менструации, тошноты, рвоты, нет синюшной окраски слизистых оболочек влагалища и шейки матки, нет соответствующего увеличения и размягчения матки. Но часто и в ранней стадии внематочной беременности этих симптомов тоже нет. Впрочем, на то или иное поведение врача не влияет дифференциальный диагноз между внематочной беременностью и яичниковым кровотечением при явлениях шока и коллапса, так как в обоих случаях необходимо немедленное чревосечение.

При отсутствии бурных явлений дифференциальный диагноз мог бы приобрести известное значение, так как при внематочной беременности даже при хроническом течении (как, например, при трубном выкидыше) методом выбора является все же лапаротомия, в то время как при гематоме в фолликуле или при гематоме в желтом теле большей частью следует воздержаться от операции и проводить случай консервативно, предписывая главным образом покой. Так как показаний к неотложному чревосечению в таких случаях нет, то надо оставить больную под наблюдением, непременно в больничной обстановке. В зависимости от полученных за время наблюдения новых данных (реакция Ашгейм-Цондека и пр.) и будет решаться вопрос об операциях.

Большое значение имеет постановка дифференциального диагноза между яичниковым кровотечением и приступом аппендицита. Важно это потому, что острый приступ аппендицита требует немедленного (в первые 24 часа) вмешательства, так как ранняя операция острого аппендицита дает наилучший прогноз.

В большинстве опубликованных в литературе случаев внутрибрюшных кровотечений из яичника имелись кровотечения из желтого тела (разрыв гематомы желтого тела). Реже внутрибрюшное кровотечение возникает вследствие разрыва гематомы в фолликуле. Небольшое или умеренное кровотечение из фолликула или из желтого тела яичника совсем не требует хирургического вмешательства. Как показывают новейшие литературные данные, дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями приходится ставить чаще всего потому, что небольшие яичниковые кровотечения дают клинический симптомокомплекс, больше всего напоминающий приступ аппендицита. Так как аппендицит наблюдается несравненно чаще, чем яичниковые кровотечения, то не удивительно, что диагностика этих кровотечений ставится правильно большей частью случайно при операции, предпринятой по поводу предполагаемого аппендицита. В дифференциально-диагностическом отношении следует отметить, что отраженные боли при аппендиците сосредоточиваются по преимуществу в области пупка и желудка, при острых же заболеваниях яичника они распространяются вниз. Яичниковые кровотечения встречаются чаще в возрасте между 16 и 30 годами и реже до наступления менструации

или перед климаксом [Вайль, Израэль, Сакетт (Israel, Sackett)]. Тошнота и рвота не являются частыми доминирующими симптомами яичниковых кровотечений. Разрыв граафова пузырька происходит чаще всего между 12-м и 18-м днем менструального цикла, тогда как разрыв желтого тела наблюдается в течение последней недели менструального цикла или во время самой менструации [Пратт (Pratt), Израэль]. В некоторых случаях больные связывают начало заболевания с какой-нибудь травмой (поднятые тяжести, удар в живот, половой акт и пр.). Поэтому при дифференциальном диагнозе между аппендицитом и яичниковым кровотечением необходимо учитывать и хорошо проанализировать указанные анамнестические данные. При объективном исследовании обращает на себя внимание напряжение брюшной стенки на стороне заболевания; боль резко выражена ниже точки Мак Бурнея. При апоплексии яичника исследование через влагалище (как пальпация, так и смещение внутренних половых органов) вызывает более резкие боли, чем при аппендиците, с которым легче всего смешать апоплексию правого яичника.

Для распознавания яичникового кровотечения от аппендицита Малиновский рекомендует пользоваться признаком Промгова, который состоит в следующем: при аппендиците исследование большой через прямую кишку вызывает значительную болезненность в области дугласова кармана, в то время как поднимание матки пальцем, упирающимся во влагалищную часть, почти безболезненно (исследующий палец должен продвигаться вверх по направлению дна дугласова кармана по средней линии, не отклоняясь от нее в стороны); при остром заболевании придатков отмечается обратное: чувствительность дна дугласова кармана незначительная, тогда как поднимание матки вызывает резкую боль. Появление крови из половых органов говорит за апоплексию яичника. По Снегиреву, при яичниковой апоплексии боли исчезают, как только появляется наружное кровотечение. За апоплексию говорит также внезапное увеличение яичника, особенно заметное в тех случаях, когда врач имел возможность исследовать больную до припадка и обнаружил нормальную величину яичника.

Повышенная температура и лейкоцитоз встречаются при ряде заболеваний и не могут служить опорными точками для дифференциального диагноза. Все же надо отметить, что при аппендиците лейкоцитоз и количество полинуклеаров бывают выше, чем при яичниковом кровотечении. Если, в конце концов, дифференциальный диагноз не может быть поставлен с достоверностью, то многие, особенно американские, авторы считают показанной операцию. Операция, говорят они, является методом выбора потому, что риск чревосечения незначителен, в то время как отсрочка операции при аппендиците чревата тяжелыми последствиями. Необходимо к этому добавить, что если при невыясненном диагнозе предпринимается чревосечение, то следует пользоваться не боковым разрезом, как для операции аппендэктомии, а срединным, при помощи которого могут быть тщательно осмотрены внутренние половые органы больной.

Лечение

При отсутствии явлений шока и коллапса, что указывает на наличие лишь небольшого яичникового кровотечения, лечение должно быть строго консервативным: постельный режим, холод на живот во время резких болей, запрещение половой жизни. Если от холода боли усиливаются, то пузырь со льдом заменяют согревающим компрессом или негорячей грелкой. Из болеутоляющих средств применяют белладонну с антипирином, пирамидоном и пр.

По окончании приступа назначают тепловые процедуры, как, например, теплые спринцевания, постепенно повышая температуру жидкости от 39° до 45° с прибавлением йода, глицерина и пр. (см. Брауде, Консервативное лечение женских болезней), осторожное электролечение и др. Само собой разумеется, что общий режим в отношении как диеты, так и функции кишечника играет также большую роль в этом лечении.

При значительных кровоизлияниях, особенно при кровоизлияниях в брюшную полость, показано чревосечение. Что касается методики операции, то при яичниковых кровотечениях она в принципе не отличается от операции при внематочной беременности в стадии свежего разрыва (см. раздел о внематочной беременности). При апоплексии яичника должно быть, конечно, прежде всего остановлено кровотечение из яичника. Если имеется большая гематома яичника, ткань которого в значительной мере разрушена кровоизлиянием, ничего другого не остается делать, как удалить яичник. В более легких случаях, когда значительная часть яичниковой ткани не разрушена кровоизлиянием и кровь лишь сочится из места разрыва, можно оперировать консервативно и сохранить часть яичника. В этих случаях достаточно удалить из полости яичника сгустки крови, перевязав тонким кетгутом кровоточащий сосуд, если таковой имеется (в доступной литературе нам встретился лишь один случай с кровотечением из разорванного сосуда), наложить тонкие кетгутовые швы, проведенные при помощи кишечной иглы через всю глубину дефекта, и соединить таким образом края разрыва яичника. В некоторых случаях может понадобиться предварительно сгладить ножницами или скальпелем неровные края раны.

ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ (TORSIO) НОЖКИ ОПУХОЛИ ИЛИ ЦЕЛОГО ОРГАНА ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Перекручиванию может подвергнуться ножка любой опухоли, исходящей из половых органов женщины, а также и самый орган, если он имеет брыжейку, например, фаллопиева труба или яичник; перекручивание всей матки или тела матки по отношению к ее шейке наблюдается чрезвычайно редко. Чаще всего перекручиванию подвергаются опухоли яичника, имеющие ясно выраженную ножку.

Патологоанатомические изменения в опухоли при перекручивании ее ножки зависят, с одной стороны, от быстроты, с которой происходит поворот опухоли по оси, а с другой — от степени перекручивания (полное, частичное, многократное и т. д.). Если перекручивание происходит медленно и не является полным, то изменения происходят сначала в тонкостенных, малоустойчивых венах ножки вследствие сжатия и прекращения оттока крови по ним, а упругие артерии продолжают пока снабжать опухоль артериальной кровью. В результате получается сильный венозный застой: опухоль быстро увеличивается, при этом часто происходят кровоизлияния в паренхиму опухоли; последняя резко меняет свою окраску: ее обычно блестящая, перламутрового цвета поверхность становится желтовато-коричневой, меднокрасной или багрово-синей. Иногда стенка опухоли разрывается и наступает кровотечение в брюшную полость. Если перекручивание ножки ведет к полному закрытию просвета артерий, то опухоль лишается питания, и вследствие этого может наступить ее смерть. Это омертвление представляет большую опасность для больной, так как опухоль может нагноиться, подвергнуться гнилостному разложению, что в свою очередь может повести к смертельному воспалению брюшины.

Обычно различают случаи острого и хронического перекручивания опухоли. О хроническом перекручивании говорят тогда, когда при чревосечении по поводу опухоли яичника находят перекрученную ножку, в то время как до операции болезненные явления не наблюдались. В случаях острого перекручивания ножки опухоли прежде всего появляются боли внизу живота, чаще всего после какого-нибудь физического напряжения, подъема тяжестей или резких движений, причем эти боли сопровождаются явлениями перитонизма: вздутие живота при нарастающих болях, тошнота, рвота, задержка стула и газов, учащенный пульс и т. д. При больших кровоизлияниях в ткань опухоли появляются, кроме того, признаки внутреннего кровотечения: слабый, частый и нитевидный пульс, бледность, похолодание конечностей и т. д. Помимо острых болей, в клинической картине обращает на себя внимание быстрое увеличение опухоли, которая делается более напряженной, плотной, а главное, болезненной при пальпации.

При отсутствии внутреннего кровотечения эти бурные явления постепенно ослабевают, живот становится менее напряженным, болезненность сохраняется только в области опухоли, пульс и самочувствие больной улучшаются: на 2—3-й день появляется ограничение подвижности опухоли вследствие реактивного воспаления брюшины с образованием спаек. Время от времени наблюдаются повторные приступы, которые могут иметь характер кишечной непроходимости; иногда может даже развиться настоящий илеус.

Дифференциальная диагностика острого перекручивания ножки опухоли яичника в типичных случаях обычно не представляет больших трудностей. Острое начало заболевания, сопровождающееся рвотой и болями в животе, быстрое появление строго очерченной, хорошо контурирующейся болезненной опухоли, увеличивающейся на глазах, данные анамнеза о ранее распознанной опухоли в малом тазу—все это с достаточной убедительностью говорит за перекручивание ножки опухоли. Двуручное исследование помогает решению вопроса. Опухоль яичника большей частью округлой формы, туго-эластической консистенции, подвижность обычно небольшая. Можно отдельно прощупать матку и трубу с яичником другой стороны. При кистах малой и средней величины в одном из сводов определяется полус перекрученной кисты. Иногда в острых случаях диагностики может помочь перкуссия, которая при перекрученной кисте даст притупление над опухолью.

Нередко распознавание перекрученных кист представляет известные затруднения, давая повод к смешению этого страдания с целым рядом других острых заболеваний органов брюшной полости. Явления при перекрученной опухоли яичника можно смешать, например, с явлениями при кровотечениях из яичника и при нарушенной внематочной беременности, так как в том и в другом случае клиническая картина сопровождается симптомами «острого живота».

При кистомах большой величины надо помнить о возможности смешения их с асцитом или с беременностью при наличии многоводия. Признаков, обычно обнаруживаемых при наружном исследовании беременной, как наличие частей плода и выслушивание его сердцебиения, при многоводии можно и не обнаружить. Тут необходимо учитывать и другие признаки беременности, в частности, то, что к концу беременности шейный канал при многоводии обычно пропускает конец пальца. При асците характерно притупление перкуторного звука в боковых отделах живота, а при кистомах—по средней линии; характерна также и форма живота:

при опухолях яичника живот имеет более округлые очертания, чем при асците. При перекручивании небольшой кисты, особенно правосторонней, ее приходится дифференцировать с аппендицитом.

Особый интерес для гинеколога может представить тазовая форма аппендицита, имеющего своеобразный симптомокомплекс. Начинается он, как обычный приступ аппендицита, но болезненность в правой подвздошной области может отсутствовать. Болевая область локализуется гораздо ниже и расположена чаще всего над лобком или влево от него. Виккер при этом отмечает дизурические явления: частые позывы или, наоборот, задержку мочеиспускания; при глубоком вдохе подчас появляется боль, локализующаяся за мочевым пузырем, вследствие чего больная задерживает вдох. При наличии такого синдрома исследование через влагалище может внести ясность в диагностику.

Перекрученная киста может быть также смешана с острой непроходимостью кишок. Клиническая картина илеуса чрезвычайно разнообразна в зависимости от вызвавшей его причины, от быстроты развития и от локализации в том или ином отделе, а главное — от степени вовлечения в процесс брыжейки кишок с ее сосудами и нервами. Острый илеус, особенно при ущемлении или завороте тонких кишок, как правило, начинается внезапно среди полного здоровья без видимого повода, без каких-либо предвестников, так же, как это мы наблюдаем и при острых перекручиваниях ножки кисты. Боли часто бывают чрезвычайно сильными и при значительном ущемлении могут вызвать нервный рефлекторный шок: полный и редкий пульс постепенно делается слабым и учащенным, появляется резкая бледность. Больные испытывают почти беспрестанные боли, которые периодически настолько усиливаются, что вызывают громкие стоны; стон таких больных сравнивают [Виккер, Лежар (Lejar)] со стоном роженицы (схватки кишечника). Во время этих кишечных схваток, внимательно осматривая живот, можно увидеть медленно продвигающуюся перистальтическую волну большей или меньшей величины. Если ощупывать в это время живот, то можно определить оплотневающий отрезок кишки, что является следствием напряжения ее мускулатуры, сокращения которой не в состоянии протолкнуть кишечное содержимое через препятствие. Виккер указывает, что эта перистальтическая волна часто заканчивается громким урчанием, которое можно сравнить со звуком, получающимся при быстром переливании воды из графина в стакан. «Усиленная перистальтика, выражающаяся в вышеописанном симптоме, местный метеоризм, неравномерное общее вздутие живота (асимметрический живот) при отсутствии стула и газов на фоне бурно начавшихся острых болей в животе, сопровождающихся тошнотой, рвотой и периодически повторяющимися стонами, составляют характерный синдром илеуса» (Виккер).

При подозрении на перекрученную кисту врачу приходится подумать и о возможности смешать перекрут кисты с ущемлением грыжи. Поэтому необходимо тщательно исследовать все возможные грыжевые ворота (паховая, бедренная, пупочная грыжи, а также грыжи белой линии и послеоперационные). Обычно при грыже ущемлению подвергается петля кишки вместе с ее брыжейкой, но надо помнить, что особенно опасно пристеночное ущемление кишки без участия брыжейки ввиду возможности омертвления. Практически надо считать весьма подозрительной на ущемление всякую грыжу, которая внезапно увеличилась, сделалась болезненной и не уменьшается в объеме при сдавливании.

Несколько своеобразную клиническую картину представляет собой заворот толстых кишок, преимущественно сигмовидной, который также может быть принят за перекрученную кисту. Заворот сигмовидной кишки обычно наступает внезапно среди полного здоровья. Иногда этому пред-

шествуют кишечные явления — колики и послабления (Орнатский). Основной признак заворота сигмовидной кишки — значительный метеоризм. В начале заболевания — местный метеоризм, отображающий рельеф перекрученной и растянутой толстой кишки (косой живот французских авторов), боли характера схваток различной интенсивности; кал и газы не отходят, но рвоты большей частью при этом не бывает. Заворот сигмовидной кишки часто самопроизвольно разворачивается и таким путем излечивается; таких больных нужно оставить под наблюдением и лечить консервативно (Самарин).

Можно принять за перекручивание опухоли яичника и почечную колику. В основе этого страдания чаще всего лежит каменная болезнь. Почечная колика имеет достаточно характерный синдром: острейшие боли, начинающиеся в области поясницы, иррадиирующие впереди по ходу мочеточника, отдающие в наружные половые органы, иногда сопровождающиеся позывом на мочеиспускание, резкой болезненностью при поколачивании соответствующей поясничной области (симптом Пастернацкого). Если исследовать первую порцию мочи после приступа, то в ней можно обнаружить выщелоченные эритроциты (Орнатский).

Редчайшей патологией, которая может симулировать перекрученную кисту яичника, является внезапное перекручивание ножки так называемой блуждающей или подвижной селезенки.

Перекрученную кисту легко можно смешать с воспалительным процессом придатков; воспалительная опухоль придатков широко и близко подходит к углу матки, составляя с ней как бы одно целое. Место отхождения трубы всегда угловато и резко болезненно при пальпации, яичник отдельно не определяется, матка ограничена в подвижности или совсем неподвижна вследствие обширных спаек. Опухоль яичника имеет более правильную шаровидную форму и туго-эластическую консистенцию. При ней можно отдельно прощупать матку, трубу и яичник другой стороны.

Перекрученную опухоль яичника можно смешать с перекрученной субсерозной фибромомой или перекрученным вокруг своей оси телом матки, а также с перекручиванием придатков матки. Чаще всего перекручивание матки наблюдается в пожилом возрасте, особенно тогда, когда большая субсерозная фиброма располагается в дне матки, а атрофическая шейка служит как бы тонкой ножкой. Перекрученные придатки, будь это одна труба или труба с яичником, образуют массивный конгломерат, обычно располагающийся в дугласовом кармане, и, вследствие вызываемых расстройств кровообращения, как и при всех заворотах вообще, в нем могут последовательно проходить стадии венозного застоя, ишемии вплоть до гангрены (Орнатский).

За перекрученную кисту можно принять гематометру и пиометру, протекающие иногда с симптомами «острого живота». Наконец, за перекрученную кисту яичника может быть принят переполненный мочевой пузырь и нормальная беременность, особенно если ретрофлексированная беременная матка ущемляется в малом тазу.

Лечение

Вопрос о том, необходимо ли немедленно оперировать больную с перекрученной кистой, несмотря на ее тяжелое состояние, т. е. не откладывать лапаротомию до тех пор, пока не пройдет перитонеальный шок и не улучшится общее состояние больной, мы, как и большинство авторов, решаем в положительном смысле. При выжидании возникают сращения, которые становятся тем плотнее, чем больше времени прошло от момента перекрута до операции. Кроме того, при длительном выжидании опухоль может

инфицироваться от кишечника, с которым она спаялась. При немедленной операции, когда спаек еще нет или они еще совсем рыхлы, техника операции значительно облегчается, и прогноз ее уже по одному этому значительно улучшается. Обращает на себя внимание тот факт, что у больных с перекрученной кистой, оперированных в стадии «острого живота», отмечается резкое улучшение самочувствия тотчас после операции, чего обычно не наблюдается после лапаротомий в других случаях.

Подготовка больной к операции — обычная для неотложных случаев. Мочевой пузырь опорожняется катетером.

Наркоз мы предпочитаем эфирный. Люмбальная анестезия применяется в тех случаях, когда ингаляционный наркоз противопоказан. Инфильтрационную анестезию раствором новокаина, широко применяемую хирургами, едва ли можно особенно рекомендовать, так как в случаях перекрученной кисты анатомо-топографические отношения нарушены вследствие имеющихся сращений и при этом виде анестезии могут предоставить известные затруднения при самой операции. Выбор разреза брюшной стенки зависит от величины перекрученной опухоли. Чаще всего пользуются продольным разрезом по белой линии живота. Длина разреза зависит от величины опухоли. Делать маленький разрез с тем, чтобы пункцией уменьшить объем кисты, мы в этих случаях не рекомендуем, так как содержимое кисты может оказаться инфицированным. После вскрытия брюшной полости в нее вводятся отграничивающие марлевые салфетки, при помощи которых кишечные петли перемещаются в верхний отдел брюшной полости. Затем, введя руку в брюшную полость, определяют топографические соотношения между опухолью и органами малого таза, наличие сращений и пр. Для выделения подвижной опухоли из брюшной полости можно применить разные способы. Прежде всего выведению кисты яичника, имеющей ножку, может мешать тренделенбургское положение, обычно применяемое при гинекологических чревосечениях, так как при нем киста «уходит» по направлению к диафрагме. Вывести опухоль можно рукой, вводя ее в брюшную полость позади опухоли; если это не удастся, то руку из брюшной полости выводят и, надавливая на оба края брюшной раны, отводят края раны под опухоль; таким образом опухоль сама выходит из брюшной полости. Рыхлые соединительнотканые спайки, имеющиеся между опухолью и париетальной брюшиной или маткой, довольно легко разрываются, расслаиваются осторожными пилящими движениями пальцев введенной руки. Если же имеются обширные и плотные сращения между опухолью, брюшной стенкой и кишками, то часто приходится разрез брюшной стенки увеличить, продолжив его кверху, а разъединение спаек производить острым и тупым путем обязательно под контролем зрения.

При разделении сращений нередко киста вскрывается и содержимое ее может попасть в брюшную полость. Поэтому, приступая к этой части операции, следует тщательно обложить опухоль со всех сторон большими марлевыми салфетками. При наличии широких и плотных сращений с кишками или мочевым пузырем необходимо соблюдать особую осторожность, чтобы не поранить стенки; поэтому не нужно стараться обязательно отделить опухоль полностью от кишечной стенки, а, как советует Ольсгаузен (Olshausen), оставить на кишке часть капсулы. Вообще, рассекая сращения между опухолью и кишечными петлями, нужно идти по стенке кисты, отделяя кишку от опухоли, а не наоборот. Если же при этом произойдет нарушение покрывающей кишку брюшины, то после остановки кровотечения необходимо наложить на дефект брюшины серо-серозный шов из тонкого кетгута при помощи круглой (кишечной) иглы.

При прободных ранениях кишки накладывается трехэтажный шов (на слизистую, мышечную и серозную оболочки). Если повреждена стенка

мочевого пузыря, то на нее также накладываются швы из кетгута в два этажа. При межсвязочных или ложномежсвязочных опухолях яичника нужно при выделении их из широкой связки помнить о близости мочеточника к опухоли, который легко может быть поврежден. Поэтому выделение опухоли из широкой связки нужно производить преимущественно пальцами. Некоторые хирурги (Липман, Окинчиц и др.) после выведения перекрученной опухоли из брюшной полости раскручивают ножку опухоли с тем, чтобы входящие в ее состав связки заняли нормальное положение. Такой способ, по мнению нашей клиники, представляет известную

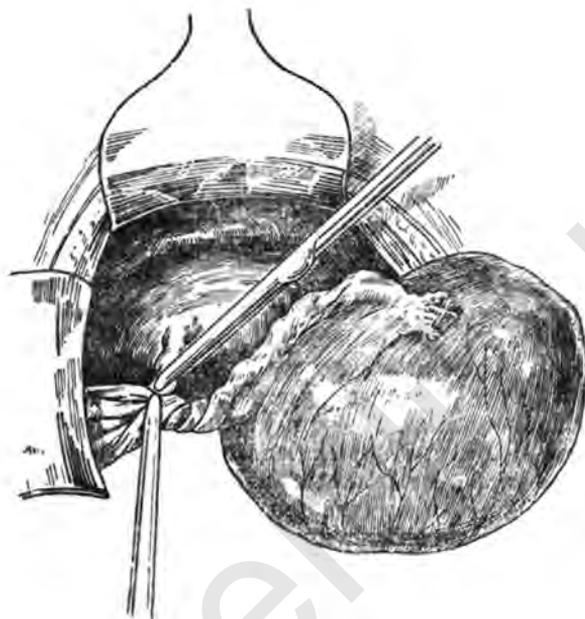


Рис. 155. Операция перекрученной кисты яичника. На перекрученную ножку наложены два зажима Кохера.

опасность: во время раскручивания ножки опухоли, в которой иногда имеются тромбированные сосуды, тромб или частицы его могут оторваться, попасть в круг кровообращения и вызвать эмболию. Ввиду этого в нашей клинике не производят раскручивания ножки опухоли, а перевязывают ножку кисты латерально от места перекрута. Обычно (при отсутствии перекручивания) при удалении кисты яичника сначала накладывают зажимы на *lig. infundibulo-pelvicum*, на листки широкой связки непосредственно под придатками (до ребра матки) и на *lig. ovarii proprium* вместе с маточным концом трубы и после этого отсекают опухоль; при перекрученных же кистах яичника трудно наложить на каждую связку отдельный зажим или лигатуру. В этих случаях достаточно наложить два кохеровских зажима: один с латеральной стороны ножки, другой — с медиальной, а затем куперовскими ножницами отсечь опухоль, а зажимы заменить лигатурами из кетгута (рис. 155).

Для перитонизации получившейся культи лучше всего пользоваться круглой связкой соответствующей стороны.

К задней стенке матки позади культи собственной связки яичника и трубы пришивают маленькую петлю из маточного конца круглой связки; следующую петлю круглой связки соединяют при помощи этого же шва

с задним листком широкой связки; шов этот заканчивается так, что культи прячутся в кисетном шве (рис. 141).

Но такая тщательная перитонизация не всегда удается. При нарушении очень больших и плотных сращений, при наличии обширных воспалительных изменений тщательная перитонизация становится невозможной. В таких случаях, особенно если можно предполагать загрязнение брюшной полости, рекомендуется вводить в брюшную полость тампон по Микуличу. Окинчиц указывает на то, что в течение первых 2 дней тампон не надо трогать; в течение последующих 4 дней надо постепенно удалить все тампоны; на 9—10-й день удаляется весь мешок, после чего рану промывают и зашивают.

В последнее время мы стали подтягивать и удалять тампоны уже со 2-го дня после операции и к 4—5-му дню удаляем весь мешок. При таком методе рана заживает значительно быстрее и на брюшной стенке не остается обезображивающего рубца.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Клиническая картина

Непроходимость кишечника, т. е. прекращение нормального передвижения кишечного содержимого по кишечной трубке, по существу является клиническим синдромом, в основе которого лежат различные причины.

Чаще всего причиной кишечной непроходимости является заворот кишок; в этих случаях обнаруживают перегиб и ущемление кишечника послевоспалительными спайками, тяжами, послеоперационными рубцами, далее следует torsio той или другой части кишечника вокруг своей оси, в большинстве случаев обусловливаемое удлинением брыжейкой кишечника. Реже наблюдаются случаи непроходимости вследствие ущемления внутренней грыжи или внедрения выпячивающегося отрезка в нижележащий, например, тонкой кишки в слепую; внедрение особенно часто встречается у детей. В пожилом возрасте причиной непроходимости нередко является закрытие просвета кишечника опухолью, чаще всего злокачественной (рак сигмовидной или прямой кишки). Сравнительно редко встречается артериомезентериальная непроходимость вследствие тромбоза сосудов брыжейки, без наличия механических причин, влекущих непроходимость. В то же время в большинстве случаев кишечной непроходимости, вызванной механическими причинами, рано или поздно развивается нарушение кровообращения в брыжейке вследствие ущемления ее сосудов, влекущее за собой гангрену кишечника (странгуляционные формы илеуса).

Несколько своеобразную форму илеуса представляют случаи, в которых кишечная непроходимость вызывается не механическим препятствием, а нарушением моторной функции кишечника (динамический илеус). Различают случаи пареза кишечника, чаще всего после операций в брюшной полости, и случаи спазма кишечника, возникающие как ответ на раздражение инородным телом. Чаще всего это клубки аскарид или желчные камни. В этих случаях выше инородного тела кишка спастически сокращена и просвет кишечника едва проходим для карандаша. Динамический илеус может развиваться рефлекторно как ответ на ограниченный воспалительный процесс, разрыв беременной трубы, почечный камень и др.

Имелось много попыток классифицировать многообразные как по клиническому течению, так и по патологическим изменениям заболевания

илеусом. С клинической точки зрения различают, как указывалось, динамический и механический илеус. Динамический илеус разделяют на две группы: спастический и паралитический. При первом спазм кишки, чаще тонкой, достигает такой степени, что просвет кишки совершенно исчезает. При паралитическом илеусе, наоборот, кишки утрачивают способность сокращаться, они парализованы (случай послеоперационного илеуса); наиболее тяжелая форма—илеус при перитоните.

Со времен Валя (Wahl) в хирургии укрепилось деление динамического илеуса на *с т р а н г у л я ц и о н н у ю* форму—илеус вследствие перетяжки, большей частью с вовлечением брыжейки, и *о б т у р а ц и о н н у ю* форму—илеус вследствие закупорки, сжатия (*compressio*).

Особенностям патологоанатомической и клинической картины более соответствует классификация Опеля: 1. Динамический илеус: а) спастический, б) паралитический. 2. Гемостатический илеус: а) эмболический, б) тромбфлебитический. 3. Механический илеус с гемостазом (ущемления, торзии). 4. Простой илеус: а) вследствие закупорки, б) вследствие сдавления.

В мировой литературе насчитывается свыше 200 случаев кишечной непроходимости, наблюдавшейся во время беременности, в отечественной же литературе опубликовано свыше 50 таких случаев.

Причины илеуса при беременности те же, что и в небеременном состоянии, т. е. оставшиеся после воспалительных процессов или после операций тяжки, перекручивание органов, ущемленные грыжки, кисты яичника, инородные тела.

Однако, по данным отечественных авторов, в 6,2%, а по данным иностранных авторов, в 15% причиной илеуса при беременности являлась непосредственно беременная матка. В этих случаях при операциях не находили никаких механических моментов, могущих вызвать непроходимость, кроме беременной матки, выполнявшей малый таз и плотно сдавливавшей тот или иной участок кишечника. Уменьшения размеров беременной матки—опорожнения ее или выведения из малого таза—оказывалось достаточно для устранения непроходимости.

Штеккель отрицает возможность чистого вида илеуса вследствие беременности; он считает, что главным этиологическим моментом является не давление беременной матки, а мышечная атония кишечника вследствие ослабления тонуса симпатической нервной системы. Мышечная атония распространяется и на мочеточники, и на матку. Есть указания на взаимную связь илеуса, пневиты (Гальтер) и атонического кровотечения после родов. Можно указать на случай Пенкерта и Михаэлиса (Penkert и Michaelis) из клиники Микулич-Радецкого (Mikulicz-Radezky), где, наряду с илеусом, оказался расширенным и правый мочеточник. Судаков полагает, что сдавление кишечника беременной маткой до степени непроходимости его является следствием взаимодействия нескольких причин, например, более резкого поворота беременной матки вправо кзади и ослабления моторной функции кишечника. Вольф, Гольдшмидт (Wolf, Goldschmidt) указывают на гидрамнион как на причину илеуса.

Как на одну из причин, способствующих возникновению илеуса, следует указать на кистозные опухоли яичника, особенно опухоли на длинной ножке. При смещении опухоли петли кишечника могут оказаться ущемленными ножкой (случай Холодковского, Атабекова, Неймана, Судакова). Микулич-Радецкий описывает случаи, когда беременность при миоме матки вызвала илеус. Наиболее постоянные симптомы илеуса—внезапная резкая, локализованная боль, тошнота и рвота, задержка кала и газов, местный метеоризм с высоким тимпанитом над ним.

Причина болей при илеусе окончательно не установлена; боли, очевидно, вызываются усиленной и бесплодной перистальтикой, с натяжением брыжейки. За такое происхождение болей говорит их перемежающийся характер. При странгуляционной форме илеуса боль можно объяснить нарушением брыжеечного кровообращения, что, по Опделю, ведет к нарушению питания нервных стволов. В далеко зашедших случаях боли стихают вследствие паралича пострадавшего участка кишечника.

Вначале наблюдается рефлекторного характера однократная или двукратная рвота пищей. Мондор считает ее ранним и постоянным симптомом непроходимости. Через некоторый промежуток времени рвота возобновляется, становится частой, небольшими количествами, рвотные массы окрашены желчью; наконец, появляется рвота с запахом кала—симптом, очень поздний, указывающий на тяжелое состояние. В случаях хронического течения илеуса и при непроходимости в нижних отделах кишечника рвоты может и не быть.

Кишечник выше места препятствия обычно сильно растянут, переполнен жидким содержимым, калом и газами. Экспериментальные данные Тальма, Кирштейна и Германи дают основание полагать, что большое количество содержимого в кишечной петле выше места препятствия есть результат наступающей при этом гиперсекреции желез желудка и кишечника. Переполнение кишечного просвета ведет к перерастяжению кишечной стенки иногда до необычайных размеров, а это последнее—к нарушению кровообращения в ней. Растянутые петли кишок выпячивают брюшную стенку, становятся видимыми. Этот характерный для илеуса местный асимметрический метеоризм довольно быстро переходит в общий метеоризм. При пальпации в области раздутой петли в начальной фазе болезни можно определить упругое эластическое тело цилиндрической формы—симптом Валя. При перкуссии в этом месте отмечается особо высокий тимпанит. При выслушивании обращает на себя внимание довольно резко выраженное урчание; по Спасокукоцкому, своеобразный звук—звон падающей капли.

Рано или поздно, в зависимости от вида и места непроходимости, удается определить звук плеска (Аншютц, Юкельсон, Складов, Шапиро). Далее при перкуссии можно определить или несимметричное притупление переполненной кишечной петли, или же двустороннее симметричное притупление экссудата.

В выпячивающих брюшную стенку петлях кишок часто можно видеть перистальтику. Это наиболее верный симптом кишечной непроходимости (Пиляр; цит. по Мондору): «кто говорит: заметная кишечная перистальтика—тот говорит: непроходимость».

В далеко зашедших случаях видимой перистальтики не наблюдается вследствие наступившего паралича кишечника. Брюшные стенки при пальпации податливы, мышцы умеренно напряжены, но не сокращены, как при перитоните. Симптом Блюмберга отсутствует. Температура в начале заболевания всегда нормальная или субнормальная, пульс не учащен, хорошего наполнения, дыхание не представляет изменений. Однако удовлетворительное общее состояние больной в первой фазе заболевания скоро сменяется резким ухудшением общего состояния. Большинство исследователей считает установленным, что содержимое непроходимой кишечной петли резко токсично вследствие высокого содержания продуктов неполного метаморфоза—гистаминов и полипептидов.

Распознавание илеуса сравнительно легко при абсолютной остро возникающей непроходимости и затруднено, когда непроходимость развивается медленно или когда к ней присоединяются уже явления перитонита.

У больной с явлениями илеуса анамнез должен быть собран особенно тщательно. Указание на перенесенные операции, воспалительные процессы в брюшной полости (холецистит, аппендицит, воспаления половых органов) может навести врача на мысль о кишечной непроходимости. Распознавание кишечной непроходимости во время беременности очень трудно; во-первых, потому, что беременная матка, особенно во второй половине беременности, затрудняет обследование живота; во-вторых, потому, что наиболее ранние симптомы непроходимости—боли и рвота—часто наблюдаются и при беременности, тем более что в начале заболевания боли имеют перемежающийся характер. Однако при тщательном наблюдении за состоянием матки удается установить, что во время приступа болей матка не напряжена. Для большей убедительности полезно некоторое время (30—40 минут) непрерывно следить за женщиной, положив ей на живот руку: отсутствие сокращений матки говорит за то, что роды не наступили. Необходимо произвести влагалищное исследование; оно подтвердит, что роды или не начались, или состоянии родовых путей совершенно не соответствует интенсивности болей. Для диагностики кишечной непроходимости имеет значение ректальное исследование больной. При наличии кишечной непроходимости *ampulla recti* пуста, симптом, на который указывает Греков,—расширение ампулы,—особенно ценен при непроходимости толстых кишок; при наличии заворота сигмовидной кишки при пальпации определяется отечность, рыхлость слизистой. Наличие слизисто-кровяных выделений при ректальном исследовании указывает на внедрение в области толстых кишок.

При дальнейшем наблюдении вскоре обнаруживается вздутие кишечных петель, становящихся видимыми вследствие выпячивания брюшной стенки. Меняющиеся контуры выпуклости должны вызвать сильное подозрение на кишечную непроходимость. Для кишечной непроходимости при беременности характерно отеснение матки раздутым кишечником в противоположную от локализации непроходимости сторону живота. Видимая на-глаз перистальтика кишок делает диагноз непроходимости очень убедительным.

Главный симптом непроходимости—задержка кала и газов—иногда появляется довольно поздно; у больной может быть даже стул, особенно при непроходимости тонкого кишечника, но стул, не приносящий облегчения, что должно вызвать у наблюдающего врача подозрение на непроходимость кишечника. Следует не только выяснить, был ли у больной стул, но и лично проверить его количество и качество. Орнатский указывает на большое диагностическое значение так называемой дублинской клизмы—клизмы из 1 столовой ложки скипидара и 3 стаканов воды; при отсутствии органической непроходимости через 3 часа появляется стул. Многие указывают на целесообразность применения сифонной клизмы у больной с подозрением на непроходимость. Кроме диагностического значения, она при динамической непроходимости оказывает и лечебный эффект, однако некоторые авторы (Мондор) не рекомендуют беспокоить больную повторными промываниями кишечника. Мондор считает, что зондирование толстых кишок, повторные диагностические клизмы—плохие приемы, и предпочитает им ректальное исследование пальцем.

В диагностике непроходимости может оказать услугу и рентгеновское исследование. При снимке в стоячем положении больной получают «опрокинутые чашки Клаубера», отображающие скопление газов в петлях, с горизонтальным уровнем жидкости в них.

Определение индикана в моче и прогрессирующее падение хлоридов являются ценным подкреплением клинических симптомов непроходимости.

Часто картина илеуса выявляется тогда, когда болезнь зашла настолько далеко, что предпринятое оперативное вмешательство уже не может спасти больную. Поэтому использование всех методов и приемов для ранней диагностики непроходимости обязательно для врача, имеющего перед собой больную с синдромом острого живота.

При дифференциальной диагностике необходимо прежде всего исключить другие заболевания брюшной полости с острым началом, у беременных — в первую очередь аппендицит. При аппендиците боли, вначале нелокализованные, не достигают такой интенсивности, как при непроходимости. Для аппендицита характерно наличие болезненной точки Мак Бурней; метеоризм менее выражен, перистальтика никогда не бывает видимой на-глаз. Защитное сокращение мышц, хотя бы и незначительное, имеется лишь над очагом поражения; высокая температура, учащенный пульс, гиперлейкоцитоз указывают на наличие аппендицита. При непроходимости, не осложненной перитонитом, эти явления не так резко выражены. Правда, не редки случаи аппендицита, осложненные явлениями непроходимости кишечника, но тщательное наблюдение и обследование позволяют установить, что непроходимость в этих случаях развилась как реакция на воспаление. При влагалищном или ректальном исследовании при наличии аппендицита можно найти инфильтрат в области аппендикса, иногда определяемый и пальпацией через брюшные покровы.

Разрывы паренхиматозных органов, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением, могут дать картину, сходную с картиной кишечной непроходимости. В ранние месяцы беременности приступ непроходимости кишечника может вызвать подозрение на внематочную беременность (внезапное начало, острые боли, явления шока нередко наблюдаются и в начале непроходимости), но при последней, кроме болей и рвоты, нередко также отмечается метеоризм, задержка кала и газов.

При внематочной беременности боли никогда не достигают такой остроты, как при непроходимости. Рвота бывает не всегда; никогда не бывает рвоты с каловым запахом. Общий метеоризм при внематочной беременности никогда не достигает такой степени, как при непроходимости; не отмечается и местного метеоризма. Симптом Валя отсутствует. Симптом Блюмберга, хотя бы в течение короткого времени, бывает более или менее резко выражен. Влагалищным исследованием можно установить наличие болезненной пульсирующей односторонней опухоли, иногда наряду с жидким содержимым в брюшной полости. Специфичны для внематочной беременности резкая болезненность при пальпации заднего дугласа («крик дугласа») и ослабление пульса при малейшем движении больной. При разрыве беременной трубы быстро нарастают явления анемии вследствие кровотечения в брюшную полость, что делает диагностику внематочной беременности несомненной.

Необходимо исключить возможность перекручивания кисты яичника или труб. При этих заболеваниях вначале преобладают симптомы шока с явлениями падения сердечной деятельности. При влагалищном исследовании легко удастся обнаружить контуры округлой болезненной напряженной опухоли, дающей при перкуссии тупой звук (при непроходимости — высокий тимпанит). Перекрученная опухоль быстро увеличивается, над ней можно прослушать шум, синхроничный с пульсом больной, определяется пульсация опухоли. Газы обычно отходят. Если у женщины уже ранее была диагностирована опухоль, врач должен обратить внимание на быстрое увеличение размера опухоли, изменение ее положения, что при наличии болей и резкой общей реакции организма делает диагноз перекрученной кисты несомненным. Диагностика затрудняется

в тех случаях, когда больная поступает в поздней стадии заболевания, так как при непроходимости первичное заболевание осложняется присоединившимся перитонитом. Следует упомянуть, что перекручивание кисты яичника иногда является причиной механической непроходимости. Особенно труден диагноз между непроходимостью кишок и перитонитом, тем более что в поздних стадиях непроходимость часто осложняется перитонитом. При кишечной непроходимости боли обычно острые, наступают приступами, при перитоните боли менее интенсивные, но постоянные, рвота менее обильная и менее частая. При кишечной непроходимости наблюдается местный метеоризм, урчание, при перитоните — отсутствие метеоризма, «тишина» при выслушивании. При кишечной непроходимости брюшная стенка податлива, почти безболезненна, при перитоните отмечается защитное сокращение мышц, болезненность при пальпации, симптом Блюмберга. При непроходимости в начале заболевания температура и пульс нормальны, при перитоните с самого начала имеется высокая температура, частый пульс, малого наполнения. При кишечной непроходимости реакция оседания эритроцитов резко ускорена, лейкоцитов имеется до 25 000. Если больная поступает в состоянии начинающегося перитонита при непроходимости или при перитоните с явлениями паралитической непроходимости, то симптомы заболеваний смешиваются. Точная диагностика почти невозможна.

Особенно трудна диагностика при послеродовой непроходимости и послеродовом перитоните, так как последний в отношении температуры и других клинических симптомов протекает менее остро, чем прободные формы перитонита.

Лечение

Лечение непроходимости кишечника исключительно хирургическое. Врач, заподозривший непроходимость кишечника, обязан немедленно вызвать на консультацию хирурга или направить больную в хирургический стационар. Чем раньше поставлен диагноз непроходимости, тем благоприятнее прогноз. Не следует дожидаться развития полной картины илеуса, а надо оперировать при первых признаках непроходимости. Юкельсон считает необходимым оперировать не только тогда, когда диагноз непроходимости несомненен, но и тогда, когда его нельзя исключить. По статистике Левина, на 1 165 случаев непроходимости кишок за последние 15 лет смертность составила 51%. Вик по 41 английскому госпиталю за 5 лет на 3 625 операций установил смертность в 38,8%. Причины высокой смертности — трудность диагностики, позднее оперативное вмешательство, ошибки при выборе метода операции. Рабинович приводит данные Макеевской больницы о результатах оперативного вмешательства в связи с временем операции.

Время операции	Число случаев	Из них окончились смертью
Первые 6 часов	43	1
» 12 »	34	5
» 24 часа	34	12
До 2 суток	26	14
» 3 »	30	15

Эти данные красноречиво говорят о благоприятном влиянии раннего оперативного вмешательства на исход болезни.

Эти указания бесспорны не только для случаев чисто хирургического илеуса, но и для случаев илеуса во время беременности и после родов.

Но в этих случаях возникает ряд специфических для данного состояния вопросов: 1. Следует ли прерывать беременность? 2. Какой метод родоразрешения следует предпочесть? 3. Какой метод хирургического вмешательства на кишечнике следует применить?

Разрешение вопроса о прерывании беременности в значительной степени зависит от срока ее. При беременности ранних сроков—4—5 месяцев—целесообразно произвести операцию по поводу непроходимости, а беременность сохранить. В ряде подобных случаев беременность развивалась в дальнейшем нормально и закончилась срочными родами (Федулов, Холодовский, Судаков). В тех редких случаях, где единственной причиной непроходимости оказывается беременная матка, беременность следует тотчас же прервать путем «малого» кесарского сечения. В этих случаях опорожнение матки давало тут же определенный терапевтический эффект (Русин, Рабинович-Бродская).

В том случае, когда непроходимость кишечника возникает при таком сроке беременности, когда плод уже жизнеспособен, в интересах матери и плода следует тотчас же приступить к родоразрешению. Гоше и Кот (Gochet и Cotte) считают, что выжидание спонтанного родоразрешения опасно, и чревосечение должно предшествовать родам. Оставление беременности в этих случаях себя не оправдывает; роды обычно наступают в ближайшие после операции дни, и плод рождается большей частью мертвым. Очевидно, аутоинтоксикация организма матери пагубно действует на плод (Фельдман и др.). Надо сказать, что ни в одном из тех случаев, когда беременность поздних сроков была оставлена, и оперативное вмешательство ограничилось лишь операцией по поводу непроходимости кишечника, она не была доношена до конца, наступали преждевременные роды, притом почти во всех случаях мертвыми плодами. Если же одновременно с операцией по поводу непроходимости кишечника производилось и кесарское сечение, то удавалось получить живой плод. Мы полагаем, что методом выбора в этих случаях является абдоминальное кесарское сечение, что подтверждают данные Судакова, Бирского, Рабинович-Бродской, Диканского и др.

Прогноз илеуса при беременности неблагоприятный; смертность матерей и детей колеблется от 30% по Найдичу до 69,64% по Микулич-Радецкому; Русину и др.

При устранении непроходимости кишечника оперативное вмешательство может быть и очень простым, и очень сложным. Характер оперативного вмешательства зависит от причины, вызвавшей непроходимость, от места поражения и от стадии, в которой попадает больная на операционный стол. В легких, неосложненных случаях, когда питание пораженной кишки мало нарушено, можно ограничиться рассечением спаек, расправлением заворота, раскручиванием. Обычно, как только препятствие устранялось, кровообращение восстанавливалось, петли кишок розовели. При наличии гангрены кишок все пораженные участки должны быть резецированы по тому или иному методу.

Большой тщательности требует подготовка больной к операции. В целях борьбы с обезвоживанием Самарин рекомендует перед операцией ввести под кожу физиологический раствор. Для уменьшения шока полезно перед операцией ввести морфин. До постановки диагноза лучше отказаться от назначения наркотиков, так как это может затемнить картину заболевания. Перед операцией следует сделать промывание желудка. Это уменьшит вздутие, удалит жидкость из желудка и двенадцатиперстной кишки, что облегчит состояние больной и предотвратит возможность захлебывания рвотой при наркозе. Операцию рекомендуется провести на согретом столе. При выборе места разреза брюшной стенки в случаях хирургич-

ческого илеуса следует исходить из тощической диагностики поражения. В случаях же илеуса при беременности единственно целесообразным является срединный разрез, так как он пригоден и для кесарского сечения и из него удобно манипулировать как для отыскания очага поражения, так и для операции на очаге. По вскрытии брюшной полости при наличии илеуса обычно обнаруживается обильный серозно-кровоянистый транссудат, переходящий при наличии перитонита в гнойный.

Если вопрос о сохранении беременности разрешается отрицательно, следует прежде всего опорожнить матку. Это целесообразно делать при поздних сроках беременности, где быстрое извлечение плода повышает шансы получить его живым и ведет к уменьшению самой матки, чем облегчаются условия операции на кишечнике. При беременности малых сроков (около 5 месяцев) в тех случаях, когда причиной непроходимости является матка, показано ее опорожнение, так как с опорожнением матки устраняется и причина, вызвавшая непроходимость, и обычно тут же восстанавливается проходимость кишечника.

Очагом поражения является граница между раздутыми и спавшимися кишками. Отыскивать очаг поражения следует крайне бережно, так как перерастянутые петли кишок при неосторожной манипуляции легко могут быть повреждены, а гангренизированные участки особенно легко ранимы. Целесообразнее всего начинать отыскание очага поражения с какой-либо спавшейся петли и постепенно, перебирая петли в оральном (восходящем) и аборальном (нисходящем) направлении, дойти до очага поражения. Это выгоднее и потому, что спавшиеся петли легко погружаются в брюшную полость, что предупреждает их высыхание и охлаждение. При всех преимуществах этого метода он не всегда применим. В ряде случаев раздутые петли кишечника не только занимают весь просвет раны, но и выпирают из нее; в этих случаях не следует пытаться непременно отыскать спавшуюся петлю и тем затянуть операцию; можно взять любую раздутую петлю, отметив исходный участок наложением временной лигатуры на брыжейку. Осмотр кишечника надо проводить строго последовательно, только таким путем можно быстро и бережно отыскать место поражения. Чтобы лучше ориентироваться в отношении петель, Юкельсон рекомендует, осторожно натянув петлю, дойти до конца брыжейки и, руководствуясь положением последней; решить вопрос: производить ли резекцию в оральном или аборальном отрезке (брыжейка идет сверху слева вниз направо). Для последующего течения благоприятнее, если отыскание места поражения проводится без эвентрации кишечника, так как при эвентрации охлаждаются и высушиваются кишки, что резко понижает резистентность кишечника. Иногда вздутие бывает так велико, что без эвентрации невозможны никакие манипуляции; в этих случаях эвентрированные петли следует обложить теплым полотенцем, смоченным согретым физиологическим раствором.

Метод оперативного вмешательства на кишечнике будет зависеть как от причины, вызвавшей непроходимость, так и от состояния кишечной стенки. Спайки, тяжи должны быть рассечены; вслед за этим в ряде случаев легко и быстро простой деторзией устраняется заворот, петля или узел кишки. При наличии заворота при неповрежденной стенке кишечника следует его раскрутить и этим закончить операцию. То же следует делать и в несложных случаях инвагинации. Когда механическое препятствие устранено, содержимое раздутых кишечных петель переходит в пустые отрезки ниже места препятствия, вздутие уменьшается, кровообращение восстанавливается. В тяжелых случаях, когда имеются явления гангрены кишок, оперативное вмешательство значительно усложняется.

Признаки гангрены кишечника следующие: фиолетово-черная окраска кишечника, тусклый брюшинный покров, отек кишечной стенки, нарушение циркуляции крови в сосудах—тромбоз вен, отсутствие артериального пульса в брыжейке.

Распутывание петли, узла, расправление заворота становятся в этих случаях рискованным мероприятием. Манипуляции на растянутой гангренизированной кишке грозят разрывом последней и неизбежным перитонитом. В этих случаях более бережным вмешательством будет резекция пораженного участка кишечника или выведение его из полости живота в брюшную рану. Пораженные гангреной участки кишки должны быть полностью удалены, в противном случае гангрена будет развиваться и оперированной неминуемо грозит перитонит. При резекции кишечника следует удалить, кроме гангренизированных, все отрезки кишки, у которых сосуды брыжейки затромбированы и не пульсируют. Юдин на основании своего огромного материала рекомендует не особенно экономить кишку в проксимальном отрезке и удалить лишние полметра, если этот отдел переполнен трансудатом, отечен и вяло сокращается. Концы кишки соединяются широким анастомозом конец в конец или бок в бок. Необходимость одномоментной резекции тонких кишок признается всеми хирургами. Если кишка нежизнеспособна, она должна быть резецирована.

Относительно же необходимости резекции толстых кишок, особенно сигмовидной, единого мнения нет. Юкельсон, выступая с программным докладом на Всеукраинском съезде хирургов в 1936 г., высказывался против одномоментной резекции толстых кишок. Тонкие стенки толстой кишки и гаустры, не дающие возможности идеального соприкосновения стенок, густое содержимое толстой кишки с обильной вирулентной флорой не обеспечивают необходимой прочности кишечному шву, и операция резекции толстых кишок все еще дает высокий процент смертности. В случаях гангрены при завороте Юкельсон рекомендует не резекцию, а выведение гангренизированной петли из брюшной полости и полное ее удаление. Здоровые участки кишки с хорошим кровоснабжением соединяются двустовкой и выводятся до наружного края раны, где и фиксируются. Через 48 часов гангренизированная петля отрезается по демаркационной линии. Образуется противоестественный задний проход, ликвидация которого—дело дальнейшего.

Способ Шлоффера улучшил результаты резекции толстых кишок. Операция показана главным образом при obturационной непроходимости сигмовидной кишки вследствие наличия опухоли (чаще раковой). Способ Шлоффера состоит в следующем: накладывается противоестественный задний проход, через который в течение нескольких дней кишки отмываются от каловых масс. На очищенном таким образом участке кишечника производится вторая операция—резекция obturированной части кишечника с наложением анастомоза конец в конец или бок в бок. Третий момент операции—закрытие калового свища—может быть проведен уже тогда, когда больная более или менее оправится. В последние годы появляется все больше и больше сторонников одномоментной резекции толстых кишок, причем обращается особое внимание на тщательность шва при соустье и его перитонизацию, трехэтажный шов, использование сальника для изоляции области кишечного шва от брюшной полости. Бабасинов (Институт неотложной помощи им. Склифосовского) сообщает о резекции толстого кишечника в 108 случаях с 21,8% смертности. Относясь отрицательно ко всякого рода пластическим операциям по поводу длинной брыжейки сигмовидной кишки, он рекомендует резекцию во всех случаях, когда состояние больного допускает эту операцию. Примененное при гангрене сигмовидной кишки в 11 случаях выведение ни разу

не дало выздоровления. Бабасинов считает, что показания к резекции сигмовидной кишки следует расширить и сообщает о случае, когда женщине на седьмом месяце беременности с ясно выраженным перитонитом была произведена резекция сигмовидной кишки и был наложен противоспонтанный задний проход (ввиду невозможности сшивания отрезков кишки). Произошли преждевременные роды. Больная выздоровела. При особенно тяжелом состоянии больной следует ограничиться наложением *anus praeternaturalis* как операцией отчаяния, чтобы дать выход токсическому содержимому кишечника, отложив радикальное вмешательство до улучшения состояния больной.

После устранения тем или иным путем непроходимости необходимо позаботиться об освобождении кишечника от переполняющего его токсического содержимого. Интоксикация больной после операции исчезает тем быстрее, чем скорее освобождается организм от кишечного содержимого, и, наоборот, после благополучно закончившейся операции больные погибают, если перистальтика кишечника быстро не восстанавливается. Это побуждает многих хирургов принимать меры к освобождению кишечника уже на операционном столе. Спасокукоцкий предлагает в целях дезинтоксикации удалять кишечное содержимое путем илеотомии и оттока содержимого; иногда таким путем удаляли из кишечника от 1 500 до 3 000 см³ жидкости. Козырев тоже предлагает освобождать кишечник от переполняющего его содержимого. Мельников для опорожнения тонких кишок предлагает накладывать каловый свищ по Витцелю, подшивая кишку к париетальной брюшине и устанавливая постоянный сифон (конец трубки опускается в сосуд, стоящий на полу). Самарин предпочитает дренировать кишечник путем энтеростомии. Практикуемый некоторыми хирургами метод «выдаивания» кишечного содержимого через полученное путем энтеростомии отверстие встречает серьезное возражение. Это ведет к загрязнению операционного поля и не дает в то же время возможности полностью освободить кишечник, задерживает операцию, травмирует и без того пораженную, часто отечную, кишечную стенку. Элькин высказывается против выжимания, считая, что быстрый переход гниющего содержимого из приводящего отрезка в выводящий ввиду большей всасывательной способности последнего может привести к смертельному отравлению больной. Юкельсон предлагает не опорожнять тонкого кишечника хирургическими методами, а быстро заканчивать операцию, прибегая к энтеростомии только тогда, когда не удастся погрузить в брюшную полость раздутые петли кишок. Юдин в случае резекции до наложения клемм на приводящий отдел кишечника отводит содержимое его в резецируемый отрезок кишечника, что освобождает кишечник от токсического содержимого толстых кишок. Большинство предполагает производить освобождение толстых кишок, вводя на операционном столе толстый зонд под контролем со стороны брюшной полости. Козырев рекомендует вводить на 20—25 см зонд с несколькими боковыми отверстиями за образованное соустье навстречу газам и жидкому содержимому и оставлять его на двое суток.

Повышение всасывания после уничтожения препятствия Брандес и Рот (цит. по Самарину) объясняют тем, что при растягивании слизистой кишки деятельность кишечных ворсинок прекращается, по устранении же препятствия функция их восстанавливается. Всегда имеющиеся в брюшной полости при кишечной непроходимости трансудат и экссудат должны быть тщательно удалены (Мельников, Козырев, Юдин, Элькин) путем повторного введения сильно отжатых марлевых салфеток.

В послеоперационном периоде за больной с кишечной непроходимостью требуется очень тщательный уход. На первом плане должны стоять меро-

приятня, способствующие восстановлению кишечной перистальтики и устранению шока. Динамическая непроходимость кишечника после операции нередко усиливается, и на борьбу с ней должны быть мобилизованы все методы медикаментозного воздействия. Из средств, возбуждающих перистальтику, с успехом могут быть применены препараты гипофиза: гипофизин, питуитрин, питуикрин. Очень благоприятный эффект оказывает введение в организм поваренной соли в целях как усиления перистальтики, так и выравнивания всегда нарушенного в организме при илеусе обмена хлоридов. Надо вводить 15,0—20,0 соли в день, лучше всего внутривенно в виде гипертонических растворов: 10—20% раствор по 20,0 повторно или 4% до 500,0. С успехом могут быть применены обильные клизмы, так как они повышают количество воды в обезвоженном организме больной.

Есть указания на благоприятное действие люмбальной новокаиновой анестезии в случаях упорной паралитической непроходимости после операции. Анестезия эта вызывает живую перистальтику, парализуя волокна симпатического нерва, тормозящего перистальтику. Состояние сердечно-сосудистой системы и явления шока также требуют серьезного внимания. В целях борьбы с шоком полезно введение глюкозы внутривенно в виде 20—40% раствора по 20,0 или в виде 5% раствора подкожно.

По почти единодушному признанию всех хирургов, при кишечной непроходимости прекрасный эффект дает переливание крови. Перелитая кровь способствует выведению большого из состояния шока и связывает циркулирующие в крови токсины. Юдин рекомендует одно переливание в 600—750 см³ делать до операции в целях борьбы с токсемией, а второе — после операции в целях уменьшения послеоперационного шока и дополнительного связывания токсинов.

Все терапевтические мероприятия в послеоперационном периоде следует проводить очень тщательно и педантично. При небрежном уходе можно потерять больную после успешно проведенной операции.

Из всего изложенного выше ясно, что прогноз при кишечной непроходимости в ближайшее после операции время достаточно серьезен; надо отметить, что и в отдаленном периоде у подобных больных нередко наблюдались рецидивы. Описаны случаи, когда операция производилась до трех раз. Правда, не описано ни одного случая рецидива илеуса у женщин, перенесших его при беременности.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Клиническая картина

Острый аппендицит начинается приступом, который в 50% случаев повторяется; после второго приступа рецидив бывает еще чаще (почти в 80% случаев). В подавляющем большинстве случаев приступу острого аппендицита предшествует скрытое воспалительное состояние червеобразного отростка. Вследствие воспалительной инфильтрации слизистой оболочки происходит закрытие просвета в проксимальной части отростка, что ведет к его закупорке и бактериальному разложению содержимого. Непроходимость отростка увеличивается из-за рубцовых изменений в нем и в окружающей его брюшине (сращения, перегибы, стенозы, стриктуры), что способствует рецидиву приступов. Уже через 12 часов после начала острого аппендицита можно наблюдать местный перитонит с фиброзными отложениями вокруг отростка. Этот процесс имеет преимущественно реактивно-пластический, экссудативный характер, благодаря чему может возник-

нуть анатомо-механический барьер, способный при благоприятных условиях локализовать процесс иногда уже в первые часы его развития.

При повторении приступов; а следовательно, при усилении пластического раздражения брюшины в одних случаях всасывание воспалительных продуктов; образующихся в замурованном отростке, почти прекращается и воспалительный процесс ликвидируется; оставляя после себя лишь явления, связанные с наличием ограниченного пластического перитонита; в других же случаях аппендикс, оставшийся полностью или частично проходимым; поддерживает состояние хронического воспаления, дающее по временам более или менее выраженные обострения воспалительного процесса. Эта скрытая инфильтрационная и очень часто абсцедирующая форма аппендицита может стать причиной прорыва абсцесса за пределы, в которых он локализован, вызвать обострение и повести к вторичным общим явлениям острого воспаления червеобразного отростка. Здесь речь уже будет идти не о первичном реактивном раздражении брюшины, а о вторичном септическом гнойном или прободном аппендиците. Такое же неблагоприятное течение процесс острого аппендицита может принять с самого начала. При внезапной полной закупорке отростка, содержащего каловые массы, под влиянием разлагающегося содержимого может наступить гангрена стенок червеобразного отростка с последующей перфорацией и поступлением разложившегося калового содержимого в свободную брюшную полость.

Таким образом, приступ острого аппендицита уже с самого начала дает совокупность клинических явлений, которые служат выражением легкой, средней или тяжелой формы перитонита. Последний сразу же может стать разлитым и протекать, как истинный; острый, гнойный перитонит или как гнилостный перитонит (перитонеальная септицемия). Он может развиваться и постепенно, т. е. представлять прогрессирующую форму.

Перитонит с самого начала может локализоваться, а так как анатомическое положение червеобразного отростка весьма разнообразно, то и локализация перитонита при аппендиците может быть самой разнообразной.

Наиболее частыми локализациями аппендикулярного абсцесса бывают: ретроцекальная область; правая подвздошная область, тазовая область. В тех случаях; когда развитию разлитого перитонита предшествует местный перитонит; развитие его может быть двухмоментным и даже трехмоментным: острый приступ аппендицита временно затихает; а спустя некоторое время возникает вновь с тем, чтобы дать начало развитию разлитого перитонита.

Предсказание при остром аппендиците зависит от тех осложнений, которые наступают большей частью уже в позднем периоде болезни: 1) абсцесс в правой подвздошной области; 2) абсцесс в правой поясничной области; 3) абсцесс дугласова пространства; 4) общий перитонит, 5) мезентериальная пиемия с многочисленными абсцессами в печени и легких.

Так как течение острого аппендицита крайне разнообразно, то предвидеть исход его в каждом отдельном случае невозможно. Поэтому острое воспаление червеобразного отростка причисляется к заболеваниям, которые подлежат неотложной хирургической терапии, и к острому аппендициту следует относиться так же, как и к внутреннему кровотечению.

Ранняя операция; произведенная до прободения червеобразного отростка, т. е. в первые 24 часа, во-первых, предотвращает все осложнения аппендицита, во-вторых, избавляет от опасностей как текущего, так

и будущих приступов, вероятность которых равняется 50—80%, и, в-третьих, дает возможность закрыть наглухо брюшную рану. Преимущество ранней операции острого аппендицита может быть продемонстрировано следующими статистическими данными хирургической клиники Института неотложной помощи им. Склифосовского, руководимой проф. С. С. Юдиным:

Время операции	Процент смертности
До суток	0,8
1—3 суток	1,3
3—4 »	11
4—5 »	14,3
Позже 5 суток	22

На тяжесть течения острого аппендицита оказывают влияние различные факторы и прежде всего смещение кишечника увеличивающейся в объеме беременной маткой. Это смещение происходит по направлению к диафрагме и несколько влево, следуя за движением матки кверху и ее поворотом вокруг своей оси к правой боковой брюшной стенке. Благодаря этому слепая кишка вместе с отростком поднимается кверху и отстается назад; при чрезмерной подвижности кишки (*coecum mobile*) аппендикс может оказаться у края печени. При таком смещении кишки и отростка у беременных при аппендиците меняется обычная локализация процесса, а вместе с тем и локализация болезненной точки Мак Бурнея.

Баер, Рейс и Аренс (Baer, Reiss и Agens) исследовали рентгенологически у 70 беременных положение аппендикса в разные сроки беременности. Оказалось, что после третьего месяца беременности отросток начинает смещаться вверх и к 5 месяцам достигает уровня гребешков подвздошной кости. Вместе с тем продольная ось аппендикса изменяет свое направление, двигаясь против часовой стрелки. Сначала отросток лежит горизонтально, верхушка его направлена к средней линии, а затем он принимает более или менее вертикальное положение, достигая последнего в 60% случаев к концу восьмого месяца беременности. По Фюгу и Обладену (Füth, Obladen), слепая кишка во время беременности сильно приподнимается; подъем ее начинается на четвертом месяце и к концу беременности она достигает уровня печени. Шумахер подтверждает это на основании рентгенографических исследований беременных в лежачем и сидячем положении.

В половине случаев аппендицит у беременных возникает во второй трети беременности, т. е. совпадает со смещением отростка под влиянием беременности. Смещение кишечника нарушает нормальное кровообращение в брюшной полости, что благоприятствует появлению застойных явлений. Вызванные этим венозная гиперемия, отечность и разрыхление слизистой оболочки кишечника делают ее легко ранимой и восприимчивой к инфекции.

Если вокруг червеобразного отростка имеются спайки, которые могли возникнуть даже при самом «легком» хронически протекавшем до беременности воспалении червеобразного отростка, то они могут при смещении отростка вызвать перегиб и стриктуру его и механическим путем привести к нарушению проходимости отростка и к бактериальному разложению его содержимого, что может явиться непосредственной причиной острого приступа аппендицита во время беременности.

Если спайки вокруг периаппендикулярного абсцесса, возникшего до беременности, будут нарушены во время родов или аборта вследствие внезапного уменьшения объема матки, то это поведет к распространению гноя в брюшной полости и к развитию перитонита. Последний при беремен-

мости протекает особенно неблагоприятно ввиду новых, возникших в связи с беременностью, анатомо-топографических соотношений в брюшной полости. Так, закрывая вход в малый таз, беременная матка препятствует скоплению и осумкованию гноя в заднем дугласовом пространстве, что в обычных условиях является нередким исходом гнойного аппендицита. В силу этого аппендикулярный перитонит при беременности часто сразу же становится общим. Этому способствует и высокое положение смещенного червеобразного отростка; сальник тоже поднимается кверху и вследствие этого не может принимать участия в ограничении очага путем слипчивого процесса. При прободении червеобразного отростка в поздние сроки беременности инкапсулирование периаппендикулярного абсцесса происходит или недостаточно полно, или путем образования спаек с маткой. В первом случае развивается немедленно общий перитонит, а во втором—появляются сокращения матки вследствие раздражения ее серозного покрова экссудатом. Последним объясняется то обстоятельство, что прободение аппендикса часто сопровождается преждевременными родами. По мнению Окинчица и Мюллера (Müller), привычный выкидыш и преждевременные роды часто являются следствием патологического состояния червеобразного отростка.

Таким образом, беременность создает благоприятные условия для генерализации процесса, чем и обуславливается тяжелое течение острого аппендицита у беременных. Поэтому каждую беременную с подозрением на заболевание острым аппендицитом следует оперировать немедленно.

Поскольку беременность, с одной стороны, почти как правило, ухудшает патологическое состояние червеобразного отростка и способна в любой момент активировать дремлющий аппендикулярный процесс, а с другой стороны, сама беременность постоянно находится под угрозой, постольку можно считать, что профилактическое возможно раннее удаление воспаленного червеобразного отростка у беременных является вполне целесообразной операцией.

Приступ острого аппендицита наступает внезапно, обыкновенно среди полного здоровья и часто ночью. Как правило, он начинается с появления боли. Соответственно степени боли лицо больной лихорадочно возбуждено; часто в поту, выражает испуг и страдание. Стремясь дать возможно больший покой раздраженному кишечнику, больная избегает резких движений, находится в вынужденном положении на боку или на спине с приведенными к животу ногами. Брюшная стенка в дыхании не участвует, дыхание грудное, частое, поверхностное и укороченное. Сначала боль приписывается заболеванию желудка, так как больная ощущает ее в подложечной или пупочной области, тем более что вслед за болью обычно появляются и диспептические явления. Однако при объективном исследовании можно отметить, что в подложечной области болезненности нет и что она локализуется чаще всего в правой подвздошной области. Спустя несколько часов (1—5) наступают диспептические явления: прежде всего тошнота, а затем может наступить также и рвота, однократная или повторная, вначале пищей, а затем и желчью. В это же время у больной может быть нормальный стул, иногда же стул бывает несколько раз в день обильный и жидкий. Язык умеренно обложен. Температура повышается и к концу суток достигает 39° , причем лихорадка носит почти постоянный характер. Пульс учащен, но не соответствует полностью температуре.

Так как воспаленный червеобразный отросток болезнен при давлении, то уже с начала приступа обнаруживается резкая боль при пальпации в области, соответствующей положению отростка. Чаще всего отросток лежит в правой подвздошной впадине, а потому боль при пальпации особенно резко проявляется именно здесь. По Мак Бурнею, самая болезненная точка лежит посредине между передней верхней подвздошной остью и пупком. По Ланцу, боли локализируются справа на границе между внешней и средней третью линии, соединяющей передние верхние ости. Однако, если принять во внимание, что червеобразный отросток является мигрирующим органом и может находиться в любом месте брюшной полости,—боль при исследовании может иметь разную локализацию, особенно же при беременности. Иногда при отсутствии боли в правой подвздошной области, где она бывает чаще всего, ее обнаруживают либо более кзади—в ретроцекальной области, либо ниже—в дугласовом пространстве. При исследовании больную следует положить на левый бок и пальпировать над гребешками подвздошной кости всю правую сторону живота. Если эта область окажется болезненной, то следует перейти к влагалитному исследованию. Болезненность дугласова пространства служит признаком аппендицита, особенно тогда, когда она сочетается с болезненностью в правой подвздошной области. Локализация боли в заднем дугласовом кармане возможна лишь в начале беременности, но не в поздние ее сроки, когда матка закрывает вход в малый таз и этим препятствует скоплению здесь гноя. Иногда болезненность отмечается на средней линии под пупком или над лобком, иногда в правом подреберье, спереди или сзади, или, наконец, в левой подвздошной области. Одним из важных диагностических признаков является симптом Блюмберга.

Больная ощущает такую же боль, если пытаются давлением обеих рук перегибать газы из сигмовидной кишки вверх в слепую (симптом Ровзинга). Яворский отмечает усиление болей в животе при поднятии правой ноги, а Брендо—боль справа при надавливании на левое ребро матки.

Одним из важнейших признаков острого аппендицита является реакция со стороны мышц брюшной стенки, появляющаяся в виде защитного сокращения (*défense musculaire*). При малейшей попытке пальпировать поглубже брюшная стенка становится твердой. Сокращение ее может быть разлитым и равномерным. Иногда оно бывает разлитым, но не равномерным и достигает максимума справа и внизу. Наконец, оно может быть сегментарным или локализованным чаще в правой подвздошной области. Во всех этих случаях имеет место перитонеальное раздражение. Кроме того, при остром аппендиците в большинстве случаев находят кожную гиперестезию илеоцекальной области, которую определяют, проводя по коже острием булавки или пощипывая симметричные места обеих подвздошных областей.

Симптомы острого аппендицита, наблюдаемые после перфорации червеобразного отростка, те же, но обыкновенно прободение отростка сопровождается усилением болей и ригидности брюшной стенки и возобновлением рвоты. Иногда после прободения отростка боли ослабевают вследствие уменьшения давления содержимого аппендикса на его стенки. В таких случаях, несмотря на улучшение самочувствия больной и уменьшение болей, пульс учащается, повышается температура; увеличивается размер болезненной области, появляется серая окраска лица и беспокойное выражение.

Д и а г н о з острого аппендицита у беременных очень затруднителен; причин диагностических ошибок во время беременности весьма много. При беременности отмечается замаскированность всех симптомов острого аппендицита, что, по мнению Пуппеля (N. Poppel), связано с тем, что чер-

веобразный отросток покрыт маткой. Напряженное состояние брюшной стенки, ввиду давления на нее беременной матки, затрудняет пальпацию живота. Адинамия брюшных мышц, обусловленная тем же, ступшевы-вает их защитное сокращение. Может отсутствовать и гиперестезия кожи. Поражает также отсутствие у беременных высокой температуры при ост-ром приступе аппендицита (Майзель). Такие важные симптомы острого аппендицита, как боль, тошнота и рвота, могут быть отнесены за счет самой беременности (схватки, чрезмерная рвота беременных). Высоко локализующаяся боль при аппендиците во вторую половину беременности может быть принята за боли при печеночной колике, холецистите, остром гастроэнтерите, язве желудка или двенадцатиперстной кишки. Боль в пояснице при ретроцекальном аппендиците можно смешать с болью при почечной и мочеточниковой колике, остром пиелите. Боли в тазу в ран-ние сроки беременности могут навести на мысль об аднексите, внематоч-ной беременности, перекручивании кисты яичника.

При дифференциальной диагностике острого аппендицита у беременных надо иметь в виду следующее:

Болезненные явления, вызванные беременностью	Симптомы острого аппендицита
<p>1. Родовые схватки. Приступы боли отделяются паузами. Продолжи-тельность и интенсивность болей нара-стает постепенно. Боли сопровождаются сокращениями матки, которая вне схва-ток расслабляется. Одновременно могут отходить воды. При влагалищном иссле-довании можно установить укорочение шейки матки и открытие ее канала. В начале беременности могут быть кро-вянистые выделения</p>	<p>1. Боль наступает внезапно, носит постоянный характер, ощущается в под-вздошной или в пупочной области</p>
<p>2. Чрезмерная рвота бере-менных. Начинается обычно рано; в конце первого или в начале второго месяца беременности. К началу четвер-того месяца рвота прекращается или за-метно ослабевает, усиливаясь в связи с едой и ощущением запахов. Больная истощена; склеры иногда желтуш-ны, в моче может быть обнаружен ацетон. Самопроизвольные боли отсут-ствуют. Могут быть боли при давлении на область солнечного и подчревного сплетений</p>	<p>2. Диспептические явления начинаются в виде тошноты; затем по-является однократная или многократная рвота через 1—5 часов после приступа. Приступ аппендицита чаще бывает во второй трети беременности</p>
<p>3. Острый гастроэнтерит. На-чинается с отрыжки, изжоги и тошноты; потом присоединяется рвота и понос. Живот «пучит», особенно в области ле-вого подреберья; подложечкой и в цен-тре наблюдается бурная перистальтика кишок. Живот мягкий; правая под-вздошная область менее болезненна, чем область желудка и тонких кишок</p>	<p>3. Диспептические явления начинаются только через 1—5 часов после приступа болей. Имеется защитное сокра-щение брюшных мышц. Болезненность в правой подвздошной области больше, чем в области желудка и тонких кишок</p>
<p>4. Печеночная колика и холе-цистит. Приступ начинается с внезап-ной непрерывной спазматической боли в правом подреберье, отдающей в правое плечо. Сопровождается (выраженной)</p>	<p>4. Боль. Наступает внезапно, носит постоянный характер, иррадирует вниз— в тазовую область и бедро—или же в по-ясницу. Субъективно боль определяется в подложечной области, а объективно мо-</p>

растущей на глазах желтухой, увеличением печеночной тупости и контурированием желчного пузыря. Болезненность при давлении в глубине правого подреберья и ниже угла правой лопатки. Непрерывная тошнота

5. Язва желудка. Боль в подложечной области отдает в последние грудные позвонки влево от остистых отростков. Припадок протекает при нормальной температуре. Кровяная рвота и кровавый стул. Пульс слабый и частый, как при внутреннем кровотечении.

Язва двенадцатиперстной кишки. Те же симптомы, кроме кровавой рвоты. Ограниченная боль в 11-м межреберном промежутке справа от позвоночника

6. Почечная и мочеточниковая колика. Боль начинается не в животе, а в спине, в области соответствующей почки. Боль очень резкая, «стреляющая»—распространяется от почки по направлению мочеточника и мочеиспускательного канала. Приступ протекает без температуры, при резком возбуждении, частом и малом пульсе и нередко сопровождается обмороком. Мочеиспускание учащено. Гематурия. Диагноз может быть подтвержден рентгеновским исследованием и цистоскопией

7. Острый пиелит. Начинается с озноба и высокой температуры. Боль локализуется в области больной почки (при беременности чаще справа), где отмечается положительный симптом Пастернацкого. Дизурические явления, нередко предшествующие началу заболевания. В моче имеется гной

жет быть обнаружена в правой подвздошной области. При поднятии ноги боль в животе усиливается (Яворский). Желтухи не бывает. Диспептические явления наступают через 1—3—5 часов после приступа болей

5. Те же симптомы, что и выше (п. 4). Кроме того, приступ сопровождается повышением температуры. Крови в рвотных массах и испражнениях нет

6. Приступ сопровождается повышенной температурой. Боли обычно начинаются в области живота; учащения мочеиспускания и гематурии не бывает

7. Начинается с приступа болей. Температура достигает 39° только к концу суток; лихорадка носит постоянный характер. Дизурические явления и пиурия отсутствуют, симптом Пастернацкого отрицательный

Что касается параметрита, а также газового и общего перитонита в позднем послеродовом периоде, с которыми приходится в это время дифференцировать острый аппендицит, то их симптоматология подробно излагается в специальных разделах. В специальных разделах этой книги обсуждается и симптоматология внематочной беременности, перекручивание кисты яичников и воспаление придатков, с которыми приходится дифференцировать острый аппендицит в начале беременности.

При подозрении на аппендицит должны быть также исключены и общие инфекционные заболевания, обнаруживающие симптомы, сходные с аппендицитом: грипп, брюшной тиф, пневмония и плеврит (правосторонний).

Лечение

Ввиду трудности распознать острый аппендицит во время беременности, необходимо каждую беременную с подозрением на заболевание аппендицитом немедленно госпитализировать и оперировать, если даже заболевание будет лишь подозрительным на аппендицит. При операции в со-

мнительном случае безопаснее удалить у беременной аппендикс, чем пропустить момент, когда операция еще может спасти больную. Чем раньше диагностирован у беременной аппендицит и чем скорее она оперирована, тем лучше будет исход.

Методика операции. В начале беременности брюшную полость вскрывают по Мак Бурнею. Более широкий доступ к аппендиксу при беременности дает разрез по наружному краю правой прямой мышцы живота (параректальный разрез Ленандера). В конце беременности и в родах рациональнее производить срединную лапаротомию, причем разрез следует проводить как можно более кнаружи.

Если случай аппендицита свежий и нет явлений перитонита, а червеобразный отросток легко доступен, следует удалить только отросток, беременность же должна быть сохранена. В этих случаях во избежание сокращений матки дренаж не применяют, а зашивают рану наглухо. Возможность нормального течения беременности и естественного, самопроизвольного родоразрешения после оперативного вмешательства по поводу аппендицита признает большинство хирургов; особенно обращает на это внимание Ростовцев. Другое дело, если окажется, что аппендикс трудно доступен, имеются спайки, перфорация или гангрена отростка с явлениями ограниченного перитонита, если стенка периаппендикулярного абсцесса образована беременной маткой или придатками или если матка сращена с салынком и петлями тонких кишок, образующими стенку абсцесса. Здесь возможность наступления преждевременных родов после операции весьма велика, а выжидание наступления самостоятельных родов опасно, так как в родах, вследствие внезапного уменьшения объема матки, может произойти разрушение спаек, ограничивающих местный процесс, что может повести в послеродовом периоде к распространению перитонита. Поэтому в таких случаях одновременно с операцией по поводу аппендицита показано и опорожнение матки.

Методика операции при этом может быть различной:

1. После вскрытия брюшной полости широко вскрывают периаппендикулярный абсцесс и, если аппендикс легко достижим, производят аппендэктомия. Аппендикс оставляют на месте, если выделение его невозможно или если оно связано с опасностью разрушения спаек, ограничивающих местный процесс, а полость абсцесса дренируют через брюшную рану по Микуличу. После этого приступают к опорожнению матки. Если матка участвует в образовании стенки абсцесса или если стенки матки изменены, делают операцию Порро. В противном случае матку опорожняют путем влагалищного кесарского сечения, что может быть выполнено ручным способом другим хирургом одновременно с операцией по поводу аппендицита. Операция может быть произведена и трехмоментно—по способу Панкова: а) аппендэктомия и после нее провизорная тампонада раны, б) влагалищное кесарское сечение и в) осмотр брюшной раны и окончательное дренирование гнойного фокуса.

2. Сначала делают кесарское сечение в области нижнего сегмента матки, а затем производят аппендэктомию. При наличии общего перитонита после кесарского сечения матку удаляют, а брюшную полость дренируют по Микуличу.

В тех случаях, когда при наличии общего гнойного перитонита необходимо после кесарского сечения удалить матку, возникает вопрос, следует ли удалить ее целиком или достаточно сделать надвлагалищную ампутацию. Считается, что при наличии общего гнойного перитонита полная экстирпация матки является более надежным и, следовательно, более правильным методом. При известных обстоятельствах можно ограничиться даже высокой надвлагалищной ампутацией (почти дефундацией) матки.

ПЕРИТОНИТ

(послеродовой, послеабортный, прободный, гонококковый)

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИТОНИТ

Послеродовой перитонит возникает после родов (абортов) в результате распространения вирулентной септической инфекции через стенку матки по лимфатическим путям. Реже инфекция переходит на брюшину через фаллопиевы трубы. В первом случае появлении перитонита предшествуют симптомы эндометрита, во втором—сальпингита.

На 973 случая вскрытия женщин, умерших от септических заболеваний после родов (782 случая) и после абортов (191 случай), разлитой перитонит, согласно данным, разработанным Рафалькесом и Кватером, был обнаружен в 369 случаях (37,9%), из них после родов 286 случаев (78%) и после абортов 83 случая (22%). В 136 случаях (32,6%) они обнаружили стрептококк, в 34 случаях (9,2%)—стафилококк, в 225 случаях (58,2%)—смешанную инфекцию, в 2 случаях—стрептококк+стафилококк и по одному случаю—диплококк, палочку Винцента, палочку газовой флегмоны. По Илькевичу, перитонит во время беременности и после родов вызывается в 63% случаев стрептококком.

Следовательно, разлитой перитонит является одной из основных причин смерти от септических заболеваний после родов (абортов) и вызывается преимущественно смешанной инфекцией.

Клиническая картина

Послеродовой перитонит возникает в первые дни после родов (на 4—5-е сутки). Уже с самого начала заболевания общая интоксикация может быть так сильно выражена, что затушевывает большинство клинических симптомов перитонита. Брюшина, вследствие влияния на нее общего отравления, не реагирует обычными симптомами. Так, болевой симптом при послеродовом перитоните выражен значительно слабее, чем при перитонитах другого происхождения. По Фромме (Fromme), при стрептококковом перитоните даже сильное давление на живот может вызывать лишь незначительные жалобы больной на боль, в то время как при перитонитах иного происхождения (прободных, травматических, послеоперационных) имеется постоянная самостоятельная боль, а также коликообразные и схваткообразные боли, связанные с перистальтикой кишечника; всякое прикосновение к брюшной стенке вызывает резкое усиление боли.

При разлитом перитоните кишечного происхождения ранними симптомами заболевания являются напряжение брюшной стенки и ригидность мышц живота (*défense musculaire*); для ослабления мышечного напряжения и уменьшения боли больные вынуждены лежать, несколько пригнув бедра к животу.

При послеродовом перитоните вздутие живота и сопротивление брюшных мышц могут вовсе отсутствовать. Так, Сюзор (цит. по Мондору) на 20 случаев послеродового перитонита наблюдал сокращение мышц только в двух. Объясняется это тем, что после родов тонус мышц брюшной стенки еще не успевает восстановиться. Брюшные стенки, перерастянутые в течение беременности, неспособны образовать «деревянный живот», а потому выкидание наступления такового может явиться роковой ошибкой.

При послеродовом перитоните, в отличие от других форм разлитого перитонита, парез кишечника развивается лишь постепенно, иногда только в последние дни. Это крайне затрудняет распознавание перито-

нита. Кишечные петли при этом раздуваются газами, истончаются, становятся проходимыми для бактерий. Перистальтика кишок постепенно ослабевает, а затем и вовсе прекращается, живот вздувается. Быстро нарастают явления интоксикации. В случаях послеродового перитонита не только отсутствует задержка стула и отхождение газов, наблюдаемые при обычных формах разлитого перитонита, но нередко появляется и упорный понос с зловонными испражнениями.

В то время как пластический выпот при гонококковом перитоните быстро ведет к отграничению инфекции, к ее локализации, воспалительный выпот при стрептококковом разлитом перитоните этими свойствами обладает в значительно меньшей степени. Этим, а также несравненно большей токсичностью септической послеродовой инфекции и условиями, в которых инфекция развивается, и объясняется нередко бурное распространение инфекции по брюшине и быстрое развитие картины тяжелой нарастающей интоксикации организма.

Наличие выпота в брюшной полости можно обнаружить либо перкусией (притупление перкуторного звука на отлогах местах и смещение тупости при перемене положения больной в тех случаях, когда экссудат еще не успел осумковаться), либо пункцией через задний влагалищный свод или через стенку живота (см. ниже). При производстве пункции не следует опасаться поранить иглой стенку кишки: точечное отверстие в кишке быстро спадается и склеивается. Пункцией удается получить прозрачный жидкий серозный экссудат с примесью белых или желтоватых хлопьев фибрина или же гной. Бактериоскопически (в мазке) определяется большое количество стрептококков, расположенных большей частью внеклеточно.

Разлитой послеродовой перитонит сопровождается тошнотой, отрыжкой, позывом к рвоте, икотой, а иногда рвотой пищевыми массами и кишечным содержимым. Вследствие примеси к рвотным массам крови они окрашиваются в бурый или черный цвет.

Послеродовой перитонит следует рассматривать как одно из проявлений общего септического заболевания. Все описанные выше симптомы перитонита протекают на фоне послеродового септического состояния: имеется высокая температура (до 40° и выше), отмечаются повторные ознобы, которые, по видимому, следует связать с поступлением новых порций инфекции в кровеносные и лимфатические пути. Пульс учащается до 130—150 и даже до 180 ударов в минуту, становится мягким, легко сжимаемым. Дыхание учащается и принимает реберный характер, так как дыхательные движения брюшной стенки вызывают боли и больная щадит брюшные мышцы, в дальнейшем брюшной тип дыхания затрудняется из-за вздутия живота. Нередко при наличии общей интоксикации у больной появляется выраженная эйфория: она становится возбужденной, беспокойной, но сознание большей частью полностью сохраняется. В отдельных случаях с нарастанием интоксикации сознание затемняется, появляется бред. Черты лица заостряются, глаза западают и окружаются темной тенью. Склеры приобретают грязновато-желтоватую окраску (гематогенная желтуха). Кожные покровы лица (щеки) имеют характерную синевато-красную окраску, губы же нередко окрашены в яркий пунцово-красный цвет. Язык, в начале болезни влажный, становится сухим, обложенным. Появляется характерный запах изо рта. Тяжелая общая интоксикация ведет к появлению в моче белка и значительного количества индикана. Наблюдается бактериурия, моча иногда содержит возбудителей заболевания.

Бактерийная и кишечная интоксикация вызывает усиленный распад эритроцитов—эритропению, падение процентного содержания гемогло-

бина. В начале болезни наблюдается значительный лейкоцитоз, выраженный нейтрофильный сдвиг влево, ускоренная реакция оседания эритроцитов. В особо тяжелых случаях вместо лейкоцитоза наблюдается лейкопения. Одновременно в крови нередко обнаруживается большое количество микробов (*septicemia peritonealis*).

Послеродовой разлитой перитонит отличается крайне тяжелым клиническим течением и сравнительно быстро ведет к смерти. Некоторое исключение составляют, пожалуй, послеродовые перитониты, возникающие в результате распространения септической инфекции из пораженных маточных труб на брюшину. В этих случаях клиническая картина заболевания развивается медленнее. Количество экссудата меньше, легче наступает склеивание кишечных петель как между собой, так и с пораженными отделами брюшины. Экссудат инкапсулируется; а отчасти всасывается. Явления общей интоксикации выражены слабее, чем при перитоните, возникшем вследствие распространения инфекции из плацентарной площадки через стенку матки по лимфатическим путям. Фромме указывает, что «если стрептококки проникают по лимфатическим путям, то они очень скоро попадают в общий круг кровообращения не только потому, что кровеносные пути могут быть заражены первично, но и потому, что завор микробов в сосудистую систему может происходить также путем прямого поступления из лимфатических путей. Поэтому в таких формах бактериологическое исследование крови дает положительный результат. Иначе дело обстоит при перитонитах, развивающихся вследствие распространения микробов по трубам. В этих случаях не происходит наводнения организма возбудителями инфекции, вследствие чего их не оказывается и в крови...».

Практическая ценность указаний Фромме несколько снижается вследствие того, что бактериологический контроль требует довольно много времени (не менее суток) и специально оборудованной для этих целей лаборатории, а это далеко не всегда доступно участковому врачу. Кроме того, — а это и есть самое основное, — в развитии послеродового разлитого перитонита каждый час промедления значительно ухудшает и без того плохое предсказание. Особенности течения послеродового разлитого перитонита, отсутствие ясных симптомов в начале развития болезни нередко затрудняют раннюю диагностику.

Лечение

Линия поведения врача при послеродовом перитоните определяется не столько наличием перитонита, сколько наличием общего септического состояния, выражением которого и является перитонит. Отсюда, по мнению отдельных авторов, — бесполезность оперативного лечения послеродового перитонита. Так, Крениг потерял всех оперированных им больных. Операция бесполезна при послеродовом перитоните, сопровождающемся тяжелыми явлениями интоксикации, сердечной слабостью (малый, частый пульс, цианоз, похолодание конечностей). В этих случаях операция, являясь дополнительной травмой, может лишь ускорить летальный исход.

Кисин на 10 случаев послеродового перитонита, оперированных по Бумму, ни в одном случае не наблюдал выздоровления. Все же многие акушеры и хирурги (Бумм, Фромме, Латцко, Леопольд, Менге, Мондор, Лежар, Винкель и др.) принципиально считают необходимым оперировать всякий послеродовой перитонит, как только он распознан. По их мнению, раннее распознавание и ранняя операция значительно повышают шансы на благоприятный исход. Леопольд предлагает оперировать таких больных, как только поставлен диагноз, но не позднее третьего дня. У 10 больных из 37 больных, оперированных в первый день, выздоровело 30%, а при операции на второй день — 19%.

Целью операции при послеродовом перитоните является удаление выпота из брюшной полости, создание надлежащего дренажа, ослабление пареза кишок.

Удаление экссудата, содержащего огромное количество высоковирулентных бактерий и продуктов их жизнедеятельности (токсины), уменьшает интоксикацию организма, содействует улучшению общего состояния больной; уменьшению пареза кишок и улучшению кровообращения в органах брюшной полости; а следовательно, и улучшению сердечной деятельности. Одновременно с прекращением или ослаблением рвоты после операции прекращается или уменьшается обезвоживание организма больной.

Характер оперативного вмешательства определяется в первую очередь состоянием больной в момент операции, а затем уже и изменениями, обнаруживающимися во время самой операции.

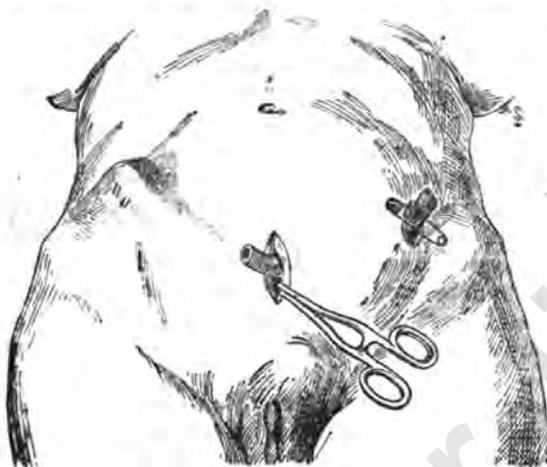


Рис. 156. Дренаж брюшной полости. Через разрез брюшной стенки в брюшную полость введена широкая резиновая трубка, конец которой выведен через противоположное отверстие в левой боковой стенке живота. Корицанг введен в брюшную рану позади передней брюшной стенки и выпячивает ее на месте будущего противоотверстия (по Бумму).

Методика и техника операции. Послойным срединным разрезом ниже пупка (от пупка до лона) вскрывают брюшную полость. Чревосечение производится либо под местной анестезией новокаином (0,25—0,5% раствор), либо под легким эфирным наркозом. Содержимое брюшной полости удаляют большими марлевыми тупферами, мягким полотенцем или водоструйным насосом. Брюшную рану широко раскрывают зеркалами и производят осмотр внутренних половых органов. Если источником перитонита являются придатки матки (трубы) и состояние больной позволяет, то их удаляют. Но так как операция не должна быть

длительной, то в тяжелых случаях следует ограничиться только вскрытием живота и дренированием его. Брюшная полость дренируется при помощи широких и мягких резиновых трубок или марлевых тампонов. Дренажные трубки вводят через срединный разрез живота в заднее дугласово пространство, а через боковые разрезы (противоотверстия)— в боковые отделы живота. Для того чтобы сделать противоотверстия, в брюшную рану вводится изогнутый корицанг, который проводится под брюшной стенкой в сторону и выпячивает ее боковой отдел. Над выпяченным корицангом послойно разрезается брюшная стенка; конец корицанга выводится через образовавшееся отверстие наружу и захватывает марлевый или, лучше, резиновый дренаж; который вводится в брюшную полость. Обычно делают два противоотверстия—справа и слева (рис. 156).

На срединный разрез передней брюшной стенки над и под дренажными трубками (марлевыми тампонами) накладывают послойно несколько узловатых швов (кетгутовые швы—на брюшину, мышцы и апоневроз; шелковые швы и скобки—на кожу). Марлевые тампоны, так же как и дренажные трубки, вводят в задний дугласов карман и в боковые отделы живота. Особенно полезен в этих случаях дренаж по Микулччу.

«Все хирурги,—пишет Фор,—должны были бы знать, что представляет собой дренаж Микулича; но не все знают». Поэтому мы позволяем себе кратко изложить технику его приготовления.

Тампон Микулича состоит из марлевого мешка, который выкраивается в виде круга, имеющего в диаметре 50 см. В центре мешка прикреплена крепкая шелковая нить, служащая для извлечения мешка. В марлевый мешок вводят 5—6 марлевых тампонов длиной в 1—1,5 м и шириной в 3—4 см. Тампоны состоят из марли, сложенной в 3—4 слоя. Для того чтобы знать, в какой последовательности надо удалять тампоны, на конце каждого тампона оставляют нитку с узелками: первый тампон имеет один узелок, второй—два и т. д. Мешок захватывают коридангом в месте прикрепления шелковой нити и вводят в рану так, чтобы кориданг и шелковая нить оказались внутри мешка. Затем стенки мешка расправляют таким образом, чтобы они прилегали к краям раны. Свободный конец мешка лежит вне раны. После этого в мешок вводят первый тампон с одним узлом, выполняя им тщательно дно, затем—второй, третий и т. д.

Удалять тампоны по Микуличу начинают с 3-го дня после операции. Первым удаляется тот тампон, который был введен последним. Если удаётся, то к 6-му дню; а там, где возможно, и раньше; удаляют все тампоны. С 8-го дня приступают к отделению самого мешка, потягивая его за шелковую нитку. Очень форсировать удаление мешка не следует. При очень быстром и особенно чрезмерно раннем его удалении можно легко вытянуть вместе с марлевым мешком и сальник; а иногда и кишечную петлю. В то же время оставлять надолго тампон Микулича в брюшной полости тоже нежелательно; так как это ведет к образованию обширных брюшинных сращений и может неблагоприятно отразиться на состоянии кишечной стенки; вызвать в дальнейшем жалобы на боли в животе и повлечь за собой нарушение нормальной деятельности кишечника. Для того чтобы уменьшить слипание стенок мешка с подлежащими органами и тканями, некоторые авторы рекомендуют пропитывать его стерильным жидким вазелином. При удалении марлевых тампонов и самого мешка мы охотно увлажняем их раствором риванола (1 : 1 000) или теплым физиологическим раствором. Это значительно облегчает удаление тампона и делает манипуляцию менее болезненной. Для улучшения оттока воспалительного экссудата можно во время чревосечения вскрыть задний дугласов карман (задняя кольпотомия) и вывести во влагалище тампон или дренажные трубки. При производстве задней кольпотомии можно не делать боковых контр-апертур.

Резиновые дренажи, выведенные из брюшной полости во влагалище, меняют со стороны влагалища через 1—2 дня; в зависимости от количества отделяемого, они могут быть полностью удалены на 5—6-й день после операции. Если вместо дренажных трубок во влагалище выводят марлевые выпускники; то последние начинают подтягивать уже на 2—3-и сутки после операции. К сожалению; дренажные трубки довольно быстро перестают отсасывать инфицированное содержимое брюшной полости вследствие склеивания вокруг них кишечных петель. Во избежание повреждения кишечных петель дренажные трубки не следует оставлять надолго. До того, как ввести в брюшную рану дренажи или марлевые тампоны; можно налить в брюшную полость раствор риванола (1 : 1 000) или эфир (*Aether sulfuricus pro parcosi*) в количестве 50,0. В одном случае разлитого перитонита мы с успехом применили вливание в брюшную полость раствора белого стрептоцида. Промывания брюшной полости после удаления из нее экссудата мы не делаем. После удаления дренажных трубок из брюшной полости в раневые отверстия можно временно ввести широкие марлевые полоски, хорошо пропитанные мазью проф. Вишневского (Ol. Cadini 3,0; Xeroformii 5,0, Ol. Ricini 100,0).

Тампоны по Вишневскому, являясь нежным раздражителем для раневой поверхности, имеют, несомненно, ряд преимуществ перед обычными

отсасывающими сухими марлевыми тампонами и могут быть оставлены в ране значительно дольше: рана быстро очищается, заживление ускоряется. Эти тампоны оказывают дезодорирующее действие на отделяемое раны, они легко и безболезненно удаляются из глубины раны.

Таким образом, операция при диффузном послеродовом перитоните технически не трудна и может быть легко выполнена участковым врачом.

Необходимо подчеркнуть, что как до операции, так и после нее внимание врача должно быть сосредоточено на улучшении сердечно-сосудистой деятельности, на уменьшении явлений общей интоксикации, т. е. на улучшении общего состояния больной. После операции больную следует прежде всего хорошо согреть, для чего ее обкладывают поверх одеяла грелками, которые меняют по мере остывания.

Больную укладывают в положении с несколько приподнятой верхней частью туловища (рис. 157). Подкожно или посредством капельной клизмы вводят нагретый до температуры тела физиологический раствор (же-



Рис. 157. Приподнятое положение верхней половины туловища больной при перитоните.

лательно пополам с 5% раствором глюкозы) в количестве 1—2 и более литров. Подкожные вливания и капельные клизмы делают в первые дни после операции два, а иногда и три раза в день. Для замедления всасывания к физиологическому раствору и глюкозе добавляется 8—10 капель адреналина (1 : 1 000) на 1 л жидкости. Чтобы вывести из организма токсины, некоторые вводят в вену раствор хлористого кальция (*Sol. Calcii chlorati*) 1% 100 см³ или 5—10% раствора 20 см³, или 30—40% раствора 5—10 см³, а также применяют его в виде микроклизм (1—2% раствора 100 см³) и капельных клизм. Одновременно назначается подкожное, а при необходимости и внутривенное введение сердечных средств (камфора, кофеин, дигален, строфантин). Инъекции сердечных средств производятся в зависимости от состояния больной—иногда через каждые 2—3 часа.

При явлениях пареза кишечника (задержка стула, газов, тошнота, рвота, отрыжка, икота) повторно назначают сифонные клизмы большими количествами теплой воды, а также обильные промывания желудка. В прямую кишку вставляют газоотводную трубку. Одновременно подкожно вводят растворы стрихнина (0,1% 0,5—1 см³ *Sol. Strychnini nitrici*), питуикрина (1 см³), физостигмина или эзерина (*Physostigmini salicylici* seu *Eserini salicylici* по 0,0005—0,001 два раза в день); сернокислого атропина (*Sol. Atropini sulfurici* 0,1% 0,5—1 см³) или внутривенно гипертонический (10%) раствор поваренной соли. Для уменьшения болей назначают наркотические средства (белладонну, пантопон *per se* или в сочетании с антипирином, пирамидоном, в виде свечей или подкожных инъекций).

После прекращения рвоты больной дают большое количество теплого питья. Раза два в день больную осторожно обтирают ароматным уксусом, одеколоном или просто влажным полотенцем.

Особое внимание должно быть также обращено на питание больных. Не следует давать очень много пищи; пища не должна содержать веществ, образующих большое количество отбросов (шлаков), а должна быть легко перевариваемой и хорошо усвояемой, содержащей большое количество питательных веществ, витаминов.

С успехом в послеоперационном периоде можно применить и трансфузию одногруппной крови в количестве 100—200 см³. Так как послеродовой перитонит возникает и протекает на фоне общего сепсиса, вызванного чаще всего высоковирулентной стрептококковой инфекцией, то рекомендуется применять 6,0—8,0 сульфидина в день равными частями через 4 часа per os или подкожно. В последнее время особенно рекомендуется немедленно после операции приступить к дополнительному лечению пенициллином. Вводят в общей сложности 1—1 $\frac{1}{2}$ —2 млн. оксфордских единиц натриевой соли пенициллина по 200 000 единиц в сутки равными порциями через 4 часа (в том числе и ночью).

ПЕРИТОНИТ С ОБРАЗОВАНИЕМ ОСУМКОВАННЫХ ГНОЙНИКОВ

Клиническая картина

Помимо разлитого послеродового перитонита, встречаются также послеродовые перитониты с образованием одного ограниченного гнойного скопления в тазовой брюшине или множественных осумкованных гнойников.

Первая форма является наиболее благоприятной. При ней в тазу образуется гнойное скопление (abscessus pelvis), отграниченное от вышележащих отделов брюшной полости склеившимися между собой петлями кишок и сальником. Заболевание характеризуется внезапным началом и возникает обычно на 5—6-й день после родов, чаще после аборта (особенно преступного). Температура повышается до 38° и более, появляются острые боли в животе, тошнота, рвота, пульс учащается, язык становится сухим, обложенным. Нижняя половина живота обычно напряжена, болезненна при пальпации, живот вздут, имеется выраженный симптом Блюмберга, нередко наблюдается частый жидкий стул. Общее состояние больных тяжелое.

Соответственно размерам воспалительного выпота определяется притупление перкуторного звука. Верхняя граница воспалительной опухоли не имеет ясных очертаний. При влагалищном исследовании через задний свод более или менее отчетливо определяется нижний полюс воспалительного выпота. Исследование в первые часы, а иногда и в первые дни заболевания затруднено из-за крайней болезненности. Смещения шейки матки и тела матки усиливают боль. В этом периоде заболевания влагалищным исследованием не удастся получить подробных данных. Это необходимо помнить для того, чтобы грубым исследованием не нарушить тех нежных спаек, которые отгораживают воспалительный выпот от остальной части живота, и таким образом не превратить местного септического перитонита в разлитой. Осторожным исследованием через прямую кишку удастся определить нижний полюс воспалительной опухоли (выпот), выпячивающей переднюю стенку прямой кишки. Опухоль имеет эластическую консистенцию, болезненна наощупь и не переходит на стенки таза, как это имеет место при воспалении тазовой клетчатки.

В отличие от гонококкового перитонита начало заболевания при ограниченном послеродовом перитоните не столь бурное, болевой синдром менее

выражен. Как увидим ниже, при гонококковом тазовом перитоните температура в начале заболевания выше, чем при послеродовом, но обычно в течение первых же дней болезни снижается. Наоборот, ограниченный послеродовой перитонит характеризуется затяжной лихорадкой, особенно при нагноении. Нагноение при послеродовом перитоните встречается значительно чаще, чем при гонококковом. Другие дифференциально-диагностические признаки между послеродовым и гонококковым перитонитом изложены при описании последнего.

Если условия позволяют, желательно произвести исследование крови. При этом обнаруживается высокий лейкоцитоз, увеличенное количество сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, падение числа лимфоцитов и значительное ускорение реакции оседания эритроцитов. При нагноении указанные сдвиги со стороны крови особенно выражены.

Характер воспалительного выпота определяется путем пункции через задний влагалищный свод, а при высоко расположенных тазовых гнойниках—пункцией через переднюю брюшную стенку (технику пункции через задний влагалищный свод см. в разделе о внематочной беременности).

Лечение

Лечение осумкованного гнойного послеродового перитонита сводится к широкому вскрытию и опорожнению гнойника с последующим хорошим дренированием гнойной полости. Операция не представляет технических трудностей.

Техника вскрытия заднего влагалищного свода (colpotomia posterior). Операцию задней кольпотомии производят под общим обезболиванием



Рис. 158. Пункция гнойного скопления в тазовой брюшине через задний влагалищный свод по пальцу.

эфиром, хлорэтилом, реже хлороформом. Глубокий наркоз не требуется. Можно ограничиться эфирным оглушением («рауш»). Больную укладывают в положение для влагалищных операций. После очистительной клизмы и бритья волос на наружных половых органах и на лобке больную подмывают теплым дезинфицирующим раствором и опорожняют мочевой пузырь. Наружные половые органы протирают спиртом и смазывают йодной настойкой. Под наркозом широко раскрывают влагалище ложкообразными зеркалами Симса и осторожно протирают сначала су-

хими тупферами, а затем спиртом и смазывают йодом. После этого переднее зеркало удаляют и заменяют подъемником, который заводится за шейку матки и оттесняет ее к лону. Мы не захватываем шейки матки пулевыми щипцами и стараемся возможно меньше смещать матку, чтобы не



Рис. 159. Задняя кольпотомия. Продольный разрез задней стенки влагалища в области свода.

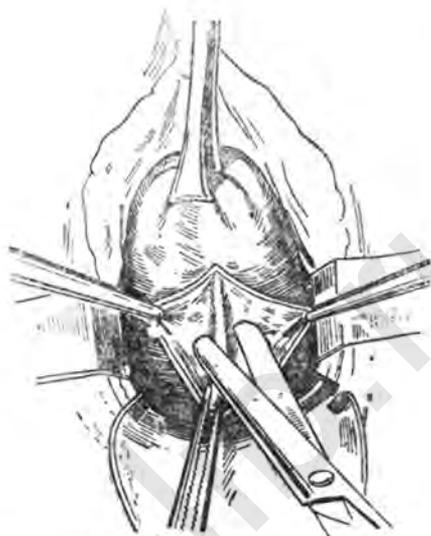


Рис. 160. Задняя кольпотомия. Рассечение брюшины заднего дугласова кармана.

нарушить рыхлых сращений, ограничивающих гнойник. Однако, если бы это создало врачу некоторые технические трудности, он может воспользоваться общепринятой методикой. При последней заднюю губу шейки матки захватывают крепкими пулевыми щипцами, слегка низводят книзу и оттягивают впереди по направлению к лону. Производится пунк-



Рис. 161. Задняя кольпотомия. Расширение отверстия в заднем влагалищном своде корнцангом.

ция через задний влагалищный свод (рис. 158). После обнаружения гноя шприц удаляют, а иглу оставляют. По верхнему краю иглы скальпелем делают поперечный или продольный разрез влагалищной стенки длиной в 3—4 см (рис. 159). Ножницами, скальпелем или концом корнцанга вскрывают брюшину заднего дугласова кармана (рис. 160). Раневое отвер-

стие расширяют тупым путем (корнцангом), корнцанг выводят из раны широко раскрытыми браншами (рис. 161). Если края раны кровоточат, их обшивают тонким узловатым кетгутовым швом (рис. 162).

Для того чтобы создать более широкий доступ к гнойному скоплению, можно воспользоваться крестообразным разрезом заднего влагалищного свода. После опорожнения гнойника полость его осторожно обследуют одним или двумя пальцами, после чего в нее вводят корнцангом одну или две широкие резиновые дренажные трубки (рис. 163). Влагалище очищают тупферами от гноя и крови и выполняют рыхло вокруг дренажных трубок мягкой марлей. Не следует туго тампонировать влагалище, так как это затрудняет мочеиспускание и вызывает боли. На

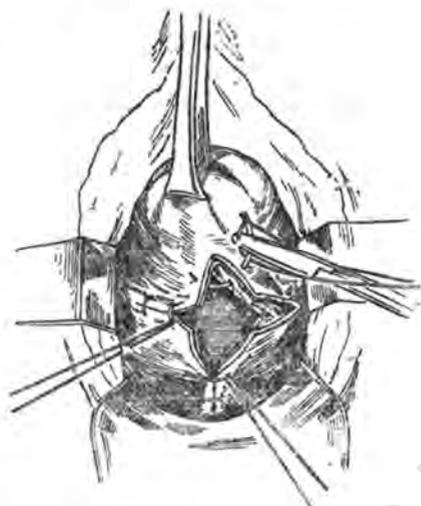


Рис. 162. Задняя кольпотомия. Крестообразный разрез. Сшивание углов раны после опорожнения тазового гнойника. В центре оставляют отверстие для введения дренажа.

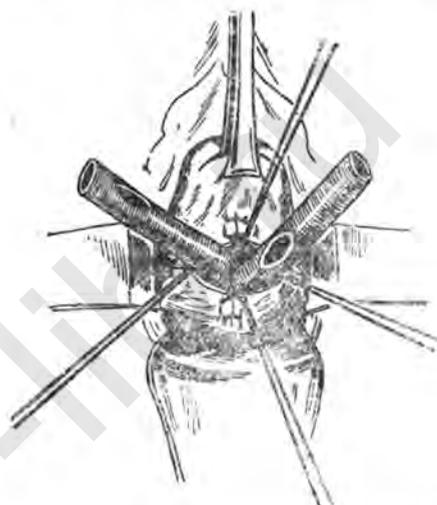


Рис. 163. Задняя кольпотомия. Дренаживание полости тазового гнойника резиновыми трубками (по Бумму).

следующий день марлю удаляют, а дренаж оставляют. Влагалище протирают раствором риванола 1 : 1 000 или промывают перекисью водорода. Не следует спешить удалять дренажные трубки, так как при раннем удалении дренажей наступает преждевременное склеивание краев раны, что ведет к задержке гнойного отделяемого. Температура снова поднимается, состояние больной ухудшается; приходится вторично раскрывать отверстие в заднем влагалищном своде.

При неосложненном послеоперационном течении дренажи удаляют через 6—8 дней после кольпотомии. Если просвет дренажной трубки закупорен гнойной пробкой или сгустком крови, то трубку рекомендуется промыть перекисью водорода или заменить ее свежей—можно меньшего калибра.

При производстве пункции заднего влагалищного свода и операции задней кольпотомии нужно иметь в виду, что не всегда экссудат заполняет дно заднего дугласова кармана и сглаживает или выпячивает задний влагалищный свод. Он может располагаться значительно выше, например, при наличии в малом тазу старых воспалительных или послеоперационных сращений, низко расположенных воспалительных опухолей

придатков матки, осумкованного скопления серозного выпота (рис. 164, 165, 166). В этом можно убедиться, если продвинуть пункционную иглу глубже. После вскрытия заднего влагалищного свода спайки разъединяют тупым путем, а серозное скопление удаляют; затем пальцами разрушают стенку гнойника и выпускают гной; гнойную полость дренируют.



Рис. 164. Тазовый гнойник в заднем дугласовом кармане. Выпячивание заднего влагалищного свода и задней стенки влагалища (по Лежару).



Рис. 165. Высоко расположенный тазовый гнойник (а); под ним в заднем дугласовом кармане скопление выпота (б) (по Лежару).

В таких случаях не всегда легко отличить нагноившийся экссудат от гнойных мешчатых опухолей придатков матки — писосальпинкса и пшоовара, расположенных в заднем дугласовом кармане. Опорожнять писосальпинкс во влагалище не следует, так как это ведет к образованию трубно-влагалищных свищей с постоянным и очень длительным истечением гноя. Образование свищей, не заживающих в течение многих лет, нередко делает молодых женщин инвалидами и требует в дальнейшем тяжелой и небезопасной для жизни операции удаления гнойного мешка трубы. При распознавании помогают анамнестические данные — наличие в прошлом воспалительных опухолей придатков матки. Мешчатые опухоли трубы имеют более определенные очертания, чем гнойный экссудат, инкапсулированный между маткой, придатками, стенками таза, кишечными петлями, сальником. Опухоли имеют более плотную консистенцию и большую подвижность. Послеоперационный уход после задней кольпотомии описан выше.



Рис. 166. Расположение тазового гнойника (а) над сращениями (б), закрывающими наиболее глубокую часть заднего дугласова кармана (по Лежару).

Вторая форма осумкованного послеродового перитонита характеризуется образованием множественных гнойников. Гнойники могут иметь различную величину. Клинически эта форма забо-

левания протекает тяжелее, чем описанный нами осумкованный гнойный перитонит с образованием одной полости. Лечение исключительно оперативное и сводится к опорожнению и дренированию гнойников путем брюшностеночного чревосечения и одновременной задней кольпотомии. Ввиду многочисленных гнойников необходимы дополнительные контр-апертуры в нижнебоковых отделах передней стенки живота.

Операция при множественных гнойниках тазовой брюшины может представлять для врача значительные технические трудности. Приходится разъединять склеившиеся между собой кишечные петли и органы малого таза. При этом возможно повреждение измененной воспалением стенки кишки. Может потребоваться дополнительная операция на кишках. Послеродовой перитонит с образованием множественных гнойников следует оперировать в условиях, в которых может быть оказана квалифицированная хирургическая помощь. Послеоперационное лечение такое же, как при разлитом послеродовом перитоните.

ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ СЕПТИЧЕСКОГО ВЫКИДЫША

Клиническая картина

Перитонит относится к тяжелейшим осложнениям септического выкидыша и встречается, по данным акушерской клиники Московского областного института акушерства, в два с половиной раза чаще, чем после родов. Он вызывается преимущественно стрептококковой инфекцией.

Мельников и Каржавина различают следующие формы разлитого перитонита после септического выкидыша: галопирующую, медленно развивающуюся и латентно протекающую. При галопирующей форме перитонита явления последовательно развиваются в течение нескольких часов или 2—3 дней. Вначале симптомы перитонита слабо выражены; превалируют признаки тяжелой общей интоксикации и нарушения сердечной деятельности. Симптомы перитонита присоединяются значительно позже. В отдельных случаях галопирующего перитонита явления общей интоксикации нарастают так быстро, что смерть наступает уже в течение первого-второго дня от начала заболевания.

Вторая форма разлитого перитонита после септического выкидыша характеризуется медленным развитием симптомов перитонита, постепенным их нарастанием и вызывается преимущественно смешанной инфекцией.

При третьей форме перитонита перитонеальные симптомы появляются поздно. Эта форма чаще всего встречается при септикопиемии, гнойном воспалении фаллопиевых труб, гнойном воспалении тазовой околоматочной клетчатки. Клиническая картина заболевания часто не ясна, и диагноз устанавливается иногда только на вскрытии.

В зависимости от формы перитонита и общие, и местные симптомы заболевания выражены неодинаково. Из местных симптомов следует указать на болезненность при пальпации нижней половины живота, напряжение (резистентность) брюшных стенок, положительный симптом Блюмберга.

Реакция брюшной стенки зависит как от степени и вирулентности инфекции, так и от реактивной способности брюшины. При высоковирулентной стрептококковой инфекции (особенно при анаэробном стрептококке), а также при пневмококковой инфекции реакция брюшины понижена. Она понижена также у истощенных, ослабленных и пожилых больных. В этих случаях резистентность брюшных стенок может отсутствовать даже при наличии большого количества гноя в животе. Появление повторной рвоты у больных, метеоризма, явлений непроходимости (задержка газов и стула) следует рассматривать как тяжелые симптомы заболевания. Частая рвота

ведет к обезвоживанию организма больной. У больных появляется жажда, они часто и много пьют, а это снова вызывает или усиливает рвоту. Септическая интоксикация и нарастающий метеоризм ведут к раннему развитию и быстро прогрессирующей слабости сердечно-сосудистой деятельности. Пульс становится частым, легко сжимаемым. Появляется цианоз губ, концев пальцев рук и ног, похолодание конечностей, одышка. Кровяное давление снижается. Больные делаются беспокойными, появляется эйфория, бред. Черты лица заостряются, щеки западают, глаза вваливаются. Лицо приобретает страдальческое выражение (*facies hippocratica*).

Картина крови при разлитом перитоните после септического выкидыша непостоянная. В случаях галоширующего перитонита картина крови может оставаться неизменной. Большинство же случаев перитонита сопровождается гиперлейкоцитозом, выраженным нейтрофилезом, небольшой анемией и появлением патологических форм эритроцитов, ускоренном реакции оседания эритроцитов.

Лечение

Характер и результаты лечения перитонита после септического выкидыша зависят от формы перитонита, характера инфекции и в значительной степени от раннего распознавания. При своевременно распознанном перитоните показана неотложная операция—чревосечение с последующим широким дренажем как со стороны брюшной раны, так и через задний влагалищный свод, который вскрывается со стороны брюшной полости. Для уточнения диагностики до операции может быть произведена пункция через задний влагалищный свод. Техника операции и послеоперационный уход за больными описаны выше.

Результаты хирургического лечения перитонита после септического выкидыша видны из данных, опубликованных Мельниковым и Каржавиной. Из 87 больных с перитонитом операция произведена 45: чревосечение—29 и задняя кольпотомия—16. После чревосечения выздоровело 13, умерло 16 больных, а после операции вскрытия заднего влагалищного свода выздоровело 2 и умерло 14. Следовательно, операцией выбора при перитоните является чревосечение. Для исхода операции большое значение имеет время производства операции: чем раньше произведена операция, тем выше процент выздоровления.

ПРОБОДНОЙ ПЕРИТОНИТ

Клиническая картина

В условиях работы практического врача прободные перитониты различного происхождения встречаются редко. Так, за 10 лет в нашей клинике и в гинекологическом отделении Государственного института физиотерапии (проф. Чернеховский) на материале, охватывающем свыше 5 000 гинекологических больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, прорыв гнойника придатков матки и тазовой клетчатки в свободную брюшную полость встретился всего лишь 3 раза, т. е. менее чем в 0,06%.

Прободение является результатом воспалительного процесса, его обострения и возникает чаще всего самопроизвольно (Ленорман, Жан-Луи, Лешейер, Петров; цит. по Мондору). Перфорация, следовательно, как бы предшествует перифоративная стадия, не всегда клинически достаточно ясно выраженная. Чаще всего она проявляется в нарастании перитонеальных симптомов: усиление болей, учащение

пульса, повышение температуры, ухудшение общего состояния. На протяжении преперфоративной стадии на ограниченном участке стенки пиосальпинкса или пиоооара, вследствие усиления воспалительных явлений, происходит постепенное разрушение мешка. При этом перфорация наступает тем скорее, чем сильнее растянута опухоль гнойным содержимым. Разрыв пиосальпинкса (или пиоооара), а также гнойников тазовой брюшины и тазовой клетчатки наступает обычно без подготовительной стадии, чаще всего в результате травмы (падение, ушиб, удар, чрезмерное физическое напряжение, внутриматочные манипуляции, роды и пр.).

Разрыв иногда может наступить вследствие грубого гинекологического исследования, а также при применении отдельных видов физической терапии.

Момент перфорации или разрыва гнойника характеризуется внезапным появлением острой режущей боли в животе («удар ножа»). Вначале боль носит разлитой характер—по всему животу; а затем удается выявить преимущественную локализацию этой боли (на месте перфорированного гнойника). Быстро развивается состояние коллапса (частый пульс, бледность, холодный, липкий пот). Одновременно появляется повторная, иногда обильная рвота, тошнота, икота. Живот вздувается, становится напряженным (деревянным) и очень болезненным при дотрагивании. При тщательной пальпации удается отметить ригидность мышц живота соответственно месту перфорации. Черты лица больной заостряются. Дыхание поверхностное, затрудненное, грудное. Больная становится беспокойной. Общее состояние быстро (на глазах) ухудшается.

Влагалищное исследование обнаруживает значительные воспалительные изменения в малом тазу; вокруг матки. Иногда через задний свод удается определить наличие свободного выпота в брюшной полости. Влагалищное исследование, а также смещение влагалищной части матки и тела матки очень болезненны. Пальпация заднего свода также вызывает резкую боль.

Перфорация или разрыв гнойных мешчатых опухолей трубы, яичника и тазовых гнойников может наступить как в остром, так и в хроническом периоде воспаления. В последнем случае до наступления перфорации жалобы больных могут быть нерезко выражены, а в отдельных случаях и вовсе отсутствовать. При внутреннем исследовании с одной или с обеих сторон от матки определяются той или иной величины хорошо контурирующиеся толстостенные, ограниченные в подвижности, малоболезненные или безболезненные мешчатые опухоли придатков матки с гнойным содержимым. В подавляющем большинстве случаев опухоли эти принадлежат фаллопиевым трубам, а значительно реже—яичникам. Нередко имеется гнойная воспалительная опухоль трубы и яичника. Лейкоцитоз в случаях хронического пиосальпинкса или пиоооара обычно отсутствует. Формула крови не дает заметных сдвигов со стороны отдельных морфологических элементов белой крови. Несмотря на давность заболевания и хорошее отграничение гнойного содержимого, реакция оседания эритроцитов ускорена, иногда значительно.

В каждом случае, где предполагается перфорация или разрыв гнойных опухолей придатков матки или гнойных скоплений брюшины и тазовой клетчатки, мы рекомендуем широко пользоваться не только влагалищным исследованием, но и исследованием через прямую кишку. Последнее позволяет иногда значительно лучше разобраться в характере анатомических изменений, имеющих в малом тазу, и распознать наличие жидкости (гноя), излившейся в свободную брюшную полость. В качестве надежного диагностического приема Зигварт и другие авторы рекомендуют пробную пункцию живота тонкой иглой, надетой на шприц «Рекорд».

Диагностическое значение имеет также наличие гиперлейкоцитоза, резко выраженного сдвига нейтрофилов влево при уменьшении числа лимфоцитов и отсутствии эозинофилов, а также ускоренная реакция оседания эритроцитов.

Следует полностью согласиться с Мовдором; указывающим; что «какова бы ни была начальная инфекция и каковы бы ни были вспомогательные условия, в этих случаях всегда имеет место особенно тяжелый перитонит, характеризующийся очень быстрым развитием». Такое определение перфоративного перитонита гинекологического происхождения определяет поведение врача у постели больной.

Перфорацию или разрыв воспалительных гнойных мешчатых опухолей придатков матки, а также гнойных скоплений в тазовой брюшине и клетчатке не всегда легко отличить от перфорации червеобразного отростка и других отделов желудочно-кишечного тракта. Тщательно собранный гинекологический анамнез (поскольку это позволяет состояние больной), наличие значительных воспалительных изменений со стороны внутренних половых органов, а также указанные выше клинические особенности течения заболевания позволяют отличить перфорацию гнойных воспалительных опухолей придатков матки от прободного аппендицита или прободения других отделов желудочно-кишечного тракта. Картину, сходную с перфоративным перитонитом, может дать внутреннее кровотечение вследствие наружного разрыва трубы при внематочной беременности и перекручивание опухоли.

Лечение

Как только rozpoзнана перфорация или разрыв гнойника присальпинкса, пиоовара, нагноившейся кисты яичника, гнойника тазовой клетчатки, больная должна быть немедленно оперирована. Тратить время на уточнение топической диагностики при заподозренной перфорации (разрыве) гнойного скопления непозволительно. Наличие симптомов внезапно возникшего «острого живота»; обусловленных перфорацией, показывает неотложную операцию. Недопустимо откладывать операцию до того момента, пока утихнут явления резкого раздражения брюшины. Операции не следует делать лишь в конечной стадии разлитого прободного перитонита при наличии явлений тяжелой интоксикации. В этих случаях операция бесполезна. Так же как и при послеродовом перитоните, характер операции определяется прежде всего состоянием больной. Чем тяжелее состояние больной, тем проще должна быть операция.

Техника операции. Под местной новокаиновой анестезией послойным разрезом по средней линии ниже пупка вскрывается брюшная полость. Марлевыми тупферами брюшная полость освобождается от гноя и дренируется или тампоном Микулича, который заводится в задний дугласов карман, или широкими марлевыми салфетками, которые вводят корнцангом в малый таз. Марлевым тампоном следует предпочесть широкие резиновые дренажи. Верхний и нижний углы раны над тампонами (дренажами) стягивают несколькими узловатыми шелковыми швами. Для обеспечения лучшего оттока гноя рекомендуется производить контрапературы в боковых отделах передней стенки живота, через которые вводят марлевые выпускники или дренажные трубки (рис. 156).

Опорожнение гнойника и дренирование брюшной полости в отдельных случаях может быть также осуществлено путем вскрытия заднего влагалничного свода (задняя кольпотомия—*kolpotomia posterior*—рис. 159, 160, 161, 162, 163). Задней кольпотомии обычно предшествует пробная пункция.

Заднюю кольпотомию следует и можно производить лишь в тех случаях, когда гнойное скопление располагается низко в заднем дугласовом кармане, когда последний не запаян воспалительными или послеоперационными сращениями между маткой, воспаленными придатками и кишечником или не занят конгломератными воспалительными опухолями придатков матки.

В этих случаях задняя кольпотомия становится невозможной или представляет большие технические трудности, и операцией выбора является брюшностеночное чревосечение. Если операция производится в первые часы после перфорации и состояние больной позволяет, желательно не только выявить источник перфорации, но и удалить перфорированный орган (одностороннее или двустороннее удаление труб; удаление трубы вместе с гнойно расплавленным яичником).

Если, помимо гнойных воспалительных мешчатых опухолей придатков матки, на операционном столе обнаруживаются значительные изменения со стороны матки, консервативной операции следует предпочесть полное удаление матки вместе с придатками. Повятно, что такие дополнительные операции, как, например, удаление придатков матки, в особенности же полное удаление матки вместе с придатками, требуют от врача специальной хирургической подготовки и должны производиться в хирургическом отделении гинекологического стационара или в общехирургических лечебных заведениях хирургами, имеющими известный опыт в оперативной гинекологии.

В тех случаях, когда производится полное удаление матки вместе с придатками, влагалище оставляется незащитым и широко дренируется. Мы не можем согласиться с мнением отдельных авторов, которые, помимо удаления придатков, производят надвлагалищную ампутацию матки. Хотя технически эта операция значительно проще, чем полное удаление матки, однако при этом оставляется часть заведомо инфицированного органа. Мы полагаем, что в этих случаях лучше ограничиться одно- или двусторонним удалением придатков матки с одновременным вскрытием заднего влагалищного свода.

У молодых женщин при операции на придатках требуется особенно бережное отношение к яичникам. Там, где это возможно, яичники следует сохранить полностью или по крайней мере оставить хотя бы небольшую часть яичниковой ткани, обеспечивающей сохранение менструации. Одновременно со стороны брюшной полости вскрывается задний влагалищный свод.

Через образованное таким путем отверстие во влагалище проводят марлевые выпускники или резиновые дренажные трубки. Брюшная стенка наглухо не зашивается. В живот вставляют, как указано выше, либо тампоны по Микуличу, либо широкие марлевые выпускники, либо резиновые дренажные трубки.

В случаях перфорации тазовых гнойников (брюшины и клетчатки) в свободную брюшную полость операция состоит только в широком вскрытии и дренировании брюшной полости. При перфоративных перитонитах, возникших в результате прободения матки при операции искусственного аборта, особенно криминального, единственным правильным методом является полное удаление перфорированной инфицированной матки. Только при общем тяжелом состоянии больной; исключая возможность производства большой гинекологической операции, какой является полное удаление матки, можно ограничиться вскрытием и дренированием брюшной полости с одновременным вскрытием и дренированием заднего влагалищного свода и зашиванием перфорационного отверстия.

При чревосечении может оказаться, что в перфорационном отверстии частично ущемлен сальник или кишечная петля. В этом случае сальник

над местом перфорации резецируют и обшивают или перевязывают. Кишку же, если она мало или вовсе не изменена, выводят из перфорационного отверстия, тщательно осматривают и опускают в брюшную полость. Если же кишечная стенка сильно изменена (имеются признаки некроза), то приходится делать резекцию, сшив приводящий и отводящий концы ее (конец в конец или боковое соустье).

Помимо ранней операции и возможно широкого дренирования брюшной полости, успех операции—ее исход—в значительной мере зависит от послеоперационного ухода за больной. После операции все внимание лечащего врача и персонала, ухаживающего за больной, должно быть направлено на поднятие общего тонуса организма, на улучшение сердечной деятельности, на освобождение организма от наводняющих его токсинов. Из медикаментозных средств в этом отношении первое место должно быть отведено сульфамидным препаратам и пенициллину.

ГОНОКОККОВЫЙ ПЕРИТОНИТ

Клиническая картина

Разлитой гонококковый перитонит встречается крайне редко. Гонококковое воспаление брюшины протекает преимущественно в форме местного, тазового перитонита.

Клинически различают первичный и вторичный гонококковый перитонит. Первый возникает в результате распространения гонококковой инфекции из нижнего отдела половых путей по слизистой матки и фаллопиевых труб; а также по лимфатическим путям (через стенку матки и тазовую клетчатку) на брюшину матки; ее придатков и на брюшину малого таза. Вторичный гонококковый перитонит—результат обострения уже существующего гонококкового воспаления, чаще всего придатков матки (труб).

Гонококковый перитонит, как правило, встречается в сочетании с двусторонним сальпингитом и исключительно редко сопровождается поражением тазовой (околоматочной) клетчатки. В отличие от септического перитонита гонококковое воспаление брюшины так же, как и пневмококковое, отличается доброкачественным клиническим течением. Смертельных исходов при остром тазовом гонококковом перитоните почти не наблюдается. Объясняется это прежде всего характером воспалительного выпота; образующегося при гонококковой инфекции брюшины, а также сравнительно малой токсичностью гонококкового токсина. Обильный пластический экссудат ведет к быстрому ограничению воспалительных очагов. Наступает склеивание пораженных органов с соседними органами свободной брюшной полости и малого таза.

Клинически острый гонококковый фибринозно-гнойный тазовый перитонит характеризуется бурным началом, которое обычно совпадает с концом менструации или возникает в первые 2—4 дня после окончания менструации. Внезапно появляются острые разлитые боли внизу живота, тошнота, позывы к рвоте. Исчезает аппетит. Пульс ускоряется и несколько опережает температуру, но остается хорошего или удовлетворительного наполнения; лишь в редких случаях наблюдается малый пульс. Язык суховат; обложен. Имеются поносы или; наоборот; запоры. Живот вздут, напряжен; болезнен при дотрагивании. Симптом Блюмберга ясно выражен. Лицо больной или вовсе не меняется; или мало меняется.

Если начало тазового перитонита совпадает с менструацией, последняя может усиливаться и удлиняться. При остром тазовом перитоните, сочетаю-

щемся, как правило, с воспалением матки и фаллопиевых труб, нередко наблюдается маточное кровотечение той или иной интенсивности. Острые, иногда довольно бурно протекающие начальные симптомы гонорройного тазового перитонита стихают к концу 2—3 суток. Боли ослабевают. Быстро улучшается общее состояние больной. Вздутие и напряжение мышц нижней половины живота уменьшается или исчезает. Температура падает литически. Пульс замедляется, наполнение его улучшается. Исчезают тошнота и позывы к рвоте. Улучшается аппетит. Язык становится влажным. Боли принимают непостоянный характер и локализуются в нижней половине живота—в пахах (в области придатков матки). Острый период воспаления нередко сопровождается дизурическими явлениями—учащенным, болезненным мочеиспусканием малыми порциями. Из-за болезненности и напряжения брюшных покровов нижней половины живота в первые часы и дни заболевания точно разобраться в данных внутреннего исследования не удастся. Имеется болезненность сводов, особенно заднего. Смещение шейки и тела матки усиливает боль. Нередко в сводах определяется ясная пульсация сосудов и пастозность. В начале заболевания воспалительные опухоли не определяются; они обнаруживаются лишь после того, как симптомы раздражения брюшины стихают и пальпация органов малого таза становится более доступной.

Со стороны крови отмечается повышенный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево и значительное ускорение реакции оседания эритроцитов. По мере стихания явлений воспаления лейкоцитоз становится нормальным; увеличивается количество лимфоцитов; появляются возинофилы. Реакция же оседания эритроцитов может еще долго оставаться ускоренной. При влагалищном исследовании на месте придатков матки обнаруживаются воспалительные конгломератные опухоли различных размеров, неоднородной консистенции, ограниченные в подвижности, болезненные при пальпации. Матка может отдельно не контурироваться и вначале образует вместе с придатками одну воспалительную опухоль, нередко выходящую за пределы таза. Опухоль может близко подходить к стенкам таза, но не переходить на них. В образовании воспалительных опухолей матки и ее придатков (труб), обнаруживаемых после ослабления перитонеальных явлений, принимают участие и кишечные петли (тонкие кишки, слепая кишка, сигмовидная кишка, прямая кишка, сальник, мочевой пузырь). Между маткой, увеличенными и измененными придатками, кишечными петлями, сальником и пристеночной брюшиной могут образоваться скопления воспалительной жидкости (setosele). В большинстве случаев острый период воспаления постепенно переходит в хронический, при котором или вовсе отсутствуют жалобы, или наблюдаются непостоянные жалобы, усиливающиеся при обострении заболевания.

Р а с п о з н а в а н и е гнойного тазового перитонита ставится на основании как анамнеза, особенностей клинического течения, так и данных бактериоскопии. Как указано, заболевание возникает в конце менструации или непосредственно по окончании менструации. В анамнезе нередко имеются указания на гоноррею мужа или на гоноррею самой больной (гоноррея нижнего отдела половых путей, мочеиспускательного канала; отмечается первичное или вторичное бесплодие). В ряде случаев заболевание возникает вскоре после начала половой жизни или после случайного полового сношения. Часто в анамнезе имеются указания на бели и дизурические явления, появившиеся вскоре после начала половой жизни. Понятно, что гонорройный тазовый перитонит может возникать и в результате асцендирования инфекции после родов или аборт. В этих случаях он обнаруживается обычно довольно поздно—к концу 2—3-й недели после родов или аборта, а иногда и через более длительные сроки.

Нам приходилось также диагностировать случаи первичного острого гонорройного тазового перитонита, возникшего уже через несколько дней после искусственного или самопроизвольного аборта.

Нагноение экссудата при гонококковом перитоните с образованием больших гнойных скоплений в малом тазу встречается нечасто. Признаки нагноения те же, как и при тазовом гнойном перитоните иной этиологии: затяжная лихорадка со значительными размахами между утренней и вечерней температурой, ухудшение общего состояния больной, нарастающие боли, увеличение воспалительной опухоли, гиперлейкоцитоз, усиление нейтрофильного сдвига и ускорение реакции оседания эритроцитов. Опухоль начинает выпячивать задний свод влагалища. По задней стенке влагалища, иногда довольно низко, определяется «порог» или «гребень»; который соответствует выпячиванию дна дугласова кармана гнойным экссудатом. Через прямую кишку на небольшом расстоянии от заднего прохода определяется полюс болезненной эластической опухоли, суживающей просвет кишки. Нередко ясно определяется размягчение—флюктуация. С увеличением экссудата матка смещается вперед и вверх по направлению к лону. При очень большом выпоте шейка почти не достижается или определяется у верхнего края лона, а иногда и несколько выше его. Мочепускание и дефекация становятся затрудненными и болезненными. Пункция обнаруживает гной.

Гнойный тазовый гонококковый перитонит приходится дифференцировать от гнойного воспаления тазовой (околоматочной) клетчатки и гнойников аппендикулярного происхождения. При параметрите верхняя граница инфильтрата отчетливая, инфильтрат сливается со стенками таза, уплощает своды, чаще имеет одностороннее расположение, плотную консистенцию, мало болезнен; стенка влагалища над ним не смещается. Заболевание возникает преимущественно в результате инфекции после родовой и абортной травмы. Начало заболевания хотя и острое, но не бурное и обычно не сопровождается явлениями раздражения брюшины или последние выражены слабо. При гонококковом же тазовом перитоните, как мы видели, начало заболевания бурное, болевой симптом резко выражен, налицо перитонеальные явления, верхняя граница экссудата не ясна, экссудат не переходит на стенки таза, имеет некоторую подвижность, образует во влагалище «порог». Одновременно обнаруживаются значительные изменения со стороны матки и ее придатков (труб). В анамнезе имеются указания на гоноррею больной или ее мужа, частые рецидивы (при вторичном перитоните), бесплодие, а в мазках из отделяемого шейки матки и прямой кишки обнаруживаются гонококки.

При наличии тазового гнойника аппендикулярного происхождения в анамнезе у больной имеются указания на расстройства со стороны функции кишечника (запоры), иногда приступы болей в илеоцекальной области. Заболевание сопровождается выраженными перитонеальными симптомами, болезненностью в точке Мак Бурнея, ограниченным напряжением (ригидностью) мышц живота над очагом воспаления. Боли отдают в пупок. Отмечаются положительные симптомы Блюмберга, Ровзинга и Ситковского. Нередко обнаруживается инфильтрация в области слепой кишки. Смещение шейки и тела матки не вызывает боли. Наоборот, приподнимание заднего дугласова кармана вызывает сильную боль. Задний свод не выпячен или незначительно выбухает. Экссудат ясно определяется через прямую кишку.

Труднее дифференцировать острый гнойный тазовый перитонит от острого пилсальпинкса той же или другой этиологии. Однако при воспалительных мешчатых гнойных опухолях труб и яичников, расположенных в заднем дугласовом кармане, контуры опухоли более отчетливы, чем

при скоплении гнойного экссудата. Удастся определить связь опухоли с маткой, с ее углом. Опухоль располагается сзади и в то же время сбоку от матки, тогда как выпот в тазовой брюшине локализуется по средней линии и над маткой. Удастся обнаружить измененные придатки другой стороны. При смещении матки вперед и в стороны вместе с ней смещается и опухоль. Болезненность при пальпации меньше. Перитонеальные симптомы менее выражены.

От несложившейся прервавшейся внематочной беременности с образованием заматочной кровяной опухоли гнойный тазовый перитонит (в том числе и гонококковый) можно отличить на основании данных анамнеза и главным образом течения заболевания (задержка менструации, отсутствие лихорадки; инсульты, кровянистые выделения, явления малокровия и др.; см. соответствующую главу), а также по характеру опухоли, определяемой через задний свод. Она имеет тестоватую консистенцию, мало болезненна наощупь. Диагностика становится трудной, когда организуемая позадне-маточная гематома инфицируется и нагнаивается. Тогда на первый план могут выступить симптомы гнойного тазового перитонита. Но и в этих случаях тщательно собранный анамнез помогает поставить правильный диагноз.

Лечение

Лечение распознанного гнойного тазового гонококкового перитонита сводится к вскрытию заднего влагалищного свода и последующему дренированию. Приступая к операции задней кольпотомии, надо быть уверенным в том, что воспалительная опухоль, прощупываемая через влагалище, образована гнойным скоплением в заднем дугласовом кармане, а не является низко расположенным позади матки пиосальпинксом. Вскрытие последнего представляет собой грубую ошибку, так как ведет к образованию не заживающего трубно-влагалищного свища с постоянным истечением гнойного отделяемого. Если точный диагноз затруднителен или невозможен, то при тяжелом состоянии больной и наличии большой воспалительной опухоли можно ограничиться пункцией (если необходимо—повторной) с отсасыванием возможно большего количества гноя и введением в полость гнойника раствора риванола (1: 1 000) или раствора красного или белого стрептоцида. При повторном отсасывании значительных количеств гноя в этих случаях общее состояние больной быстро улучшается и субъективные жалобы уменьшаются. Гнойник может быть опорожнен и через прямую кишку, особенно у девочек. После удаления дренажей больной назначают рассасывающее лечение в сочетании с вакцинотерапией, хемотерапией (стрептоцид, сульфидин и др.), пенициллинотерапией. В последнее время мы наблюдали хорошие результаты при повторном введении пенициллина в полость опорожненного гнойника (15 000—20 000 оксфордских единиц).

IX. ГНОЙНЫЕ СКОПЛЕНИЯ

ГНОЙНЫЙ ПАРАМЕТРИТ И ПЕЛЬВЕОЦЕЛЛЮЛИТ

Клиническая картина

Параметрит—воспаление околоматочной клетчатки—и пельвеоцеллюлит—воспаление всей тазовой клетчатки—характеризуются в начальной стадии гиперемией и серозным пропитыванием клетчатки. Если процесс прогрессирует, то в последующей стадии вместо мягкого отека появляется плотный экссудат (инфильтрат). В одних случаях экссудат, постепенно рассасываясь, либо полностью исчезает, либо оставляет после себя в области пораженных участков уплотнения, рубцы и спайки. В других случаях наступает расплавление параметрического инфильтрата, что ведет к образованию множественных мелких абсцессов, которые, сливаясь друг с другом, образуют разной величины гнойные полости или одно обширное скопление гноя, окруженное более или менее толстой капсулой.

Гнойные параметриты и пельвеоцеллюлиты встречаются реже, чем абсцессы дугласова кармана. Они возникают главным образом в связи с послеродовыми или послеабортными заболеваниями—инфекцией гноеродными стрептококками и только в исключительных случаях гонококками. Это обстоятельство следует учитывать, когда возникает вопрос о показаниях к хирургическому опорожнению гнойника. При гонорройной инфекции абсцесс, расположенный позади матки, может включать не только гнойный экссудат, образовавшийся в результате воспаления брюшины, но и гнойную опухоль трубы; гонорройный пиосальпинкс может прилегать непосредственно к заднему влагалищному своду и выпячивать его, что не всегда можно установить при влагалищном исследовании. Поэтому опорожнение гнойника, расположенного в заднем дугласовом кармане, может сопровождаться и вскрытием нераспознанного гонорройного пиосальпинкса, полость которого выстлана инфицированной слизистой оболочкой, продолжающей длительно выделять гной. В результате возникает незаживающий гнойный трубно-влагалищный свищ (см. раздел «Гонококковый перитонит»). При гнойнике в тазовой клетчатке это осложнение отпадает. Что же касается хирургического доступа к гнойнику, то при параметрите оно нередко значительно труднее, чем при пельвеоперитоните.

При дифференциальной диагностике следует руководствоваться следующими данными: параметрический экссудат часто односторонний; широко начинаясь у боковой стенки маточной шейки или ребра матки, он распространяется над боковым сводом влагалища по направлению к стенке таза и широко сливается с последней. Околوماتочная клетчатка расположена между брюшинными листками широкой связки, вследствие чего при остром параметрите могут наблюдаться и явления раздражения брюшины, особен-

но в случаях, когда в воспалительный процесс вовлекаются и придатки матки. Однако резкие явления раздражения брюшины при параметрите обычно отсутствуют, в то время как при тазовом перитоните они всегда ярко выражены и в картине заболевания стоят на первом плане. При распространении экссудативного процесса вдоль боковой стенки таза вверх экссудат достигает ниже-бокового отдела брюшной стенки и определяется непосредственно или даже высоко над пупартовой связкой (так называемый абсцесс Дююитрена, или абсцесс подвздошной впадины французских авторов).

Для дифференциального диагноза между гнойником тазовой клетчатки и внутрибрюшинным гнойником Гентер придает значение данным перкуссии: если экссудат, определяемый над пупартовой связкой, параметритический, то перкуторный звук будет приглушен или совершенно тупой, в то время как при внутрибрюшинном расположении гнойника звук будет носить тимпанический характер (см. также главу «Гонококковый перитонит»).

Лечение

Брюшностеночный путь вскрытия гнойника тазовой клетчатки. Когда абсцесс достиг брюшной стенки, в гнойный процесс может быть вовлечен и кожный покров: появляется инфильтрация, отечность кожи и покраснение ее на том участке, где готовится прорыв гноя наружу. На этом месте особенно ясно ощущается зыбление, которое к этому времени может занимать уже обширный участок над пупартовой связкой. Вскрытие гнойника в этой стадии его развития не представляет трудности. Оно может быть произведено под легким эфирным оглушением, местным замораживанием хлорэтилом и т. п.

Техника операции весьма проста: в том месте, где над пупартовой связкой ощущается наибольшее зыбление или заметно покраснение кожи, проводят параллельно пупартовой связке разрез через кожу и инфильтрованную клетчатку и сразу или при помощи легкого надавливания пальцем или зондом попадают в полость абсцесса. После того как гнойник опорожнится, полость засыпают белым стрептоцидом или промывают пенициллином и дренируют при помощи толстой дренажной трубки. Важно при этой операции не только вскрыть абсцесс, но и обеспечить широкий отток гноя из его полости, а для этого при обширном гнойнике разрез должен быть достаточно большой. Во избежание осложнений надо хорошо помнить расположение питающих брюшную стенку кровеносных сосудов, особенно в случаях, когда в гнойный процесс сама брюшная стенка еще не втянута и гнойник лежит под ней.

Кожа и подкожная клетчатка передней брюшной стенки ниже пупка снабжаются кровью главным образом из *a. epigastrica superficialis*, отходящей от бедренной артерии ниже пупартовой связки. Отсюда *a. epigastrica superficialis* направляется вверх, перекрещивает пупартовую связку по середине, и проходит снаружи от латерального края прямой мышцы живота. Веточки этой небольшой артерии анастомозируют с веточками других артерий, как *a. pudenda externa*, *a. epigastrica inferior*, *a. spermatica externa*. Глубокие слои брюшной стенки—прямая мышца и ее апоневроз—снабжаются кровью из *a. epigastrica inferior*—крупного сосуда, сопровождаемого двумя венами,—которая отходит от *a. iliaca externa* позади пупартовой связки. У медиального края внутреннего пахового кольца сосуд проходит между брюшиной и поперечной фасцией (*fascia transversa*) к задней поверхности прямой мышцы живота и направляется на поперечный палец медиальнее (но в более глубоком слое брюшной стенки) от *a. epigastrica superficialis* вверх к пупку, постепенно приближаясь к средней линии (рис. 167).

Таким образом, поверхностную надчревную артерию (*a. epigastrica superficialis*), сопровождаемую одной или двумя венами, лежащими между подкожной клетчаткой

и апоневрозом, надо искать на линии, идущей от середины пупартовой связки вверх к пупку, а глубокую надчревную артерию (*a. epigastrica inferior*), сопровождаемую обычно двумя венами, нужно искать в глубине брюшной стенки внизу под поперечной фасцией (между вею и брюшиной) на линии, которая проходит на один поперечный палец кнутри от линии, идущей вверх от середины пупартовой связки, т. е. от той линии, по которой направляются снизу вверх поверхностные надчревные сосуды.

При высоко и латерально расположенном гнойнике (гнойник подвздошной впадины) разрез проводят параллельно пупартовой связке, начиная от середины ее по направлению к передней верхней ости подвздошной кости. На этом участке надчревные сосуды не встретятся. При более низком расположении гнойника, когда разрез приходится вести над медиальной частью пупартовой связки, т. е. от середины ее по направлению к *tuber-*

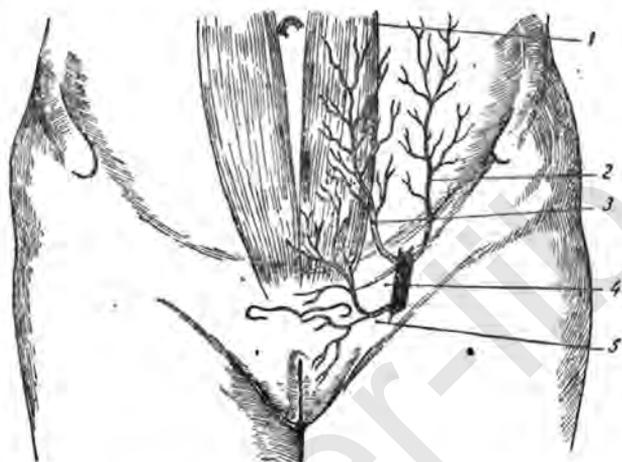


Рис. 167. Артерии, снабжающие кровью нижнюю половину передней брюшной стенки.

1 — прямые мышцы живота; 2 — *a. epigastrica superficialis*; 3 — *a. epigastrica inferior*; 4 — пупартова связка; 5 — *a. pudenda externa*.

culum pubicum, сосуды уже встретятся (вблизи *tuberculum pubicum* под подкожной клетчаткой лежат *vasa pudenda externa*, а латеральнее — надчревные сосуды). При разрезе эти сосуды должны быть профилактически перевязаны; иначе может возникнуть кровотечение, особенно опасное, если будет перерезана *a. epigastrica inferior*. Но если вследствие инфильтрации и отека брюшной стенки невозможно изолированно перевязать эти сосуды, то их следует зажать клеммами вместе с окружающими тканями, а затем обколоть и заменить клеммы лигатурами (Лежар).

Необходимость срочного вскрытия абсцесса газовой клетчатки, когда гнойный процесс достиг брюшной стенки или даже захватил ее, не вызывает никакого сомнения. Но следует ли операцию откладывать до наступления этой стадии развития гнойника? Не целесообразнее ли вмешаться до того, как абсцедирование распространится также и на брюшную стенку, когда появится отек или покраснение кожи и пальпация обнаружит над пупартовой связкой зыбление на обширном участке? Ведь при длительном выжидании в связи с изнуряющей лихорадкой и болями истощаются силы больной и ухудшается ее общее состояние. Кроме того, за время выжидания гной может прорваться в мочевой пузырь или прямую кишку, что является нежелательным осложнением, так как выздоровление при этом надолго задерживается; прорыв же гноя в брюшную полость угрожает общим перитонитом. Мы считаем, что опытный хирург или специалист

акушер-гинеколог должен ставить показание к вскрытию гнойника уже тогда, когда при характерном ремиттирующем типе лихорадки и соответственных изменениях пульса, при резких болях и нейтрофильном лейкоцитозе появляется инфильтрат над пупартовой связкой, который дает при пальпации ощущение тестообразной опухоли, или, по выражению Лежара, «плотной подушки». Можно уже совсем не сомневаться в непосредственной близости гнойника, если на каком-нибудь, хотя бы и небольшом, участке над пупартовой связкой появилось ясное зыбление. В сомнительном случае можно прибегнуть к пункции через кожу или после разреза кожи с подкожной клетчаткой—через апоневроз.

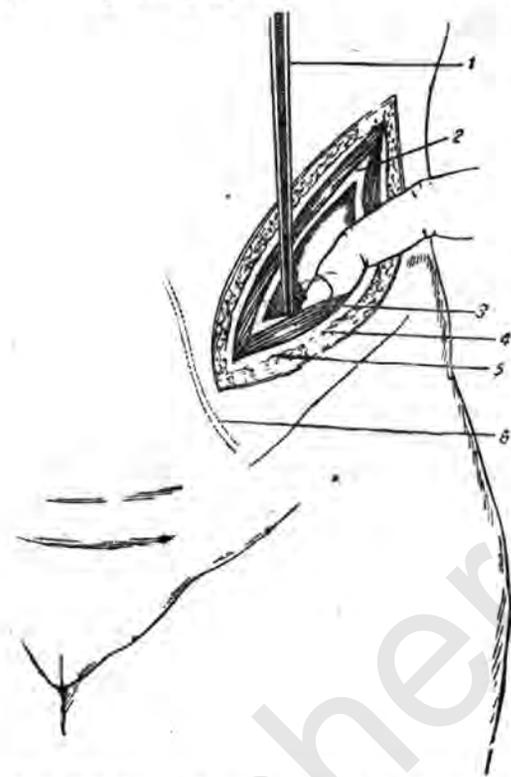


Рис. 168. *Laparotomia externa* при подвздошном гнойном скоплении (по Лежару). Палец и желобоватый зонд расслаивают отечную подбрюшинную клетчатку.

1 — зонд; 2 — поперечная фасция; 3 — внутренняя косая мышца; 4 — апоневроз наружной косой мышцы; 5 — подкожная клетчатка; 6 — *a. epigastrica inferior*.

Так как глубокие надчревные сосуды перекрещивают, как выше указывалось, пупартовую связку на поперечный палец внутри от линии, разделяющей пупартовую связку пополам, то в тех случаях, когда экссудат распространился в сторону и кзади от ребра матки и верхушка гнойника появилась над пупартовой связкой в ее наружной части, разрез начинают снаружки от указанной линии и ведут его по направлению к передней верхней ости подвздошной кости (рис. 168). На этом пути сосуды, как указано было, не встречаются. После разреза кожи и подкожной клетчатки края раны раздвигают, причем обнажается апоневроз наружной косой мышцы. Апоневроз рассекают в том же направлении, что и кожу с подкожной клетчаткой. Если волокна внутренней косой мышцы уже подверглись гнойному расплавлению, то достаточно произвести небольшое давление пальцем

к пункции через кожу или после разреза кожи с подкожной клетчаткой—через апоневроз. В прежние времена некоторые авторы рекомендовали разрезать твердые параметрические инфильтраты при полном отсутствии явного очага размягчения. Однако против такого слишком раннего разреза инфильтрата следует возражать: может возникнуть профузное кровотечение из плотной мозолистой ткани, при наличии венозных тромбов может возникнуть эмболия или, наконец, поражение соседних органов (Малиновский).

Первым и непременно условием для того, чтобы при операции вскрытия параметрального гнойника со стороны брюшной стенки (*laparotomia externa; s. extraperitonealis*) избежать опасного кровотечения в глубине раны и возможных побочных повреждений, является тщательное послойное препарирование.

Разрез проводится параллельно пупартовой связке на один поперечный палец выше ее или на два поперечных пальца выше паховой складки.

или зондом, чтобы открылся доступ к гнойнику, расположенному под апоневрозом. Если же волокна внутренней косой мышцы еще не подверглись гнойному расплавлению, то их раздвигают тупым способом и продолжают тем же методом поиски доступа к гнойному очагу, лежащему, как приходится тогда полагать, под *fasciam transversam*. Лежар рекомендует в подобных случаях применять желобчатый зонд, направив его книзу и кзади к заднему краю пупартовой связки и к тазовой полости (рис. 168). Этим приемом, по мнению Лежара, можно вскрыть гнойный очаг даже тогда, когда он расположен в подбрюшинном слое жировой клетчатки. Чтобы отыскать глубоко лежащий гнойник, можно прибегнуть к следующему способу: проникнув на той или иной глубине в область инфильтрата, можно при помощи пальпирования через рану отыскать флюктуирующий участок и произвести пробную пункцию. Получив гной, иглу оставляют на месте и вдоль нее тупым путем вскрывают гнойник.

Если высоко расположенный параметральный гнойник не достиг уровня подвздошной впадины и верхняя его граница определяется над средней (медиальной) половиной пупартовой связки, то здесь и производят разрез. Разрез длиной в 5—6 см ведут через кожу, подкожную клетчатку и апоневроз наружной косой мышцы, внутреннюю косую мышцу, поперечную фасцию. Мышечные волокна раздвигают желобчатым зондом. При помощи зонда проникают в капсулу гнойника. Во время послыдного препарирования профилактически перевязывают *vasa epigastrica superficialia*, *vasa epigastrica inferiora*, *vasa pudenda externa* (рис. 169). Гнойник иногда узнают по своеобразной ригидности окружающей его капсулы, которая может достигнуть значительной толщины. Если дорогу к гнойнику осторожно прокладывает путем послыдного препарирования, строго держась пупартовой связки и профилактически перевязывая встречающиеся на пути сосуды, опасность серьезных осложнений весьма невелика.

Однако нельзя полностью согласиться с Фреундом, который писал, что эту операцию можно «легко и совершенно безопасно выполнить, если только работать путем препарирования и держаться вплотную к пупартовой связке, чтобы не поранить брюшину».

Можно согласиться с Фреундом, что повреждение брюшины при операции не представляет большой опасности.

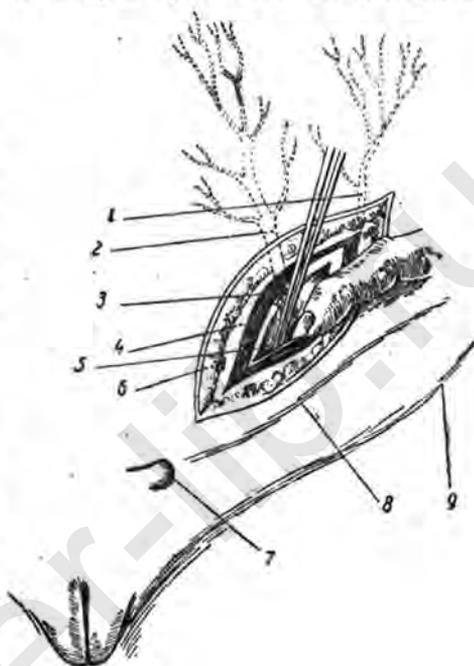


Рис. 169. *Laparotomia externa* при параметральном гнойнике, верхняя граница которого определяется над медиальной половиной пупартовой связки.

Разрез проведен параллельно пупартовой связке (8) на один палец выше нее или на два пальца выше паховой складки (9) через кожу и подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы (4), внутреннюю косую мышцу (3), поперечную фасцию (5). Во время послыдного препарирования профилактически перевязывают *vasorum epigastricae superficialia* (1), *vasorum epigastricae inferiora* (2), *vasorum pudenda externa* (6). После того как в глубине брюшной стенки проведен разрез через поперечную фасцию, дальнейший путь к гнойнику прокладывают при помощи желобчатого зонда. Зонд должен быть направлен книзу и кзади к заднему краю пупартовой связки *tuberculum pubis* (7).

Если на пути к параметральному гнойнику и будет поранена брюшина, то это произойдет до того момента, когда полость гнойника будет вскрыта, причем отверстие в брюшине можно немедленно зашить. В своей «Оперативной гинекологии и основах абдоминальной хирургии» проф. А. П. Губарев писал: «Мне случилось однажды 5 раз поранить брюшину, прежде чем удалось найти гнойное скопление. На течении этого случая это не отразилось ничем». Мы также не видели серьезных последствий от подобного повреждения. Но мы имели смертный случай, правда, единственный на протяжении тридцатипятилетней хирургической деятельности, когда при опорожнении гнойника через разрез над пупартовой связкой кровотечение в глубине раны не было полностью остановлено и больная погибла через

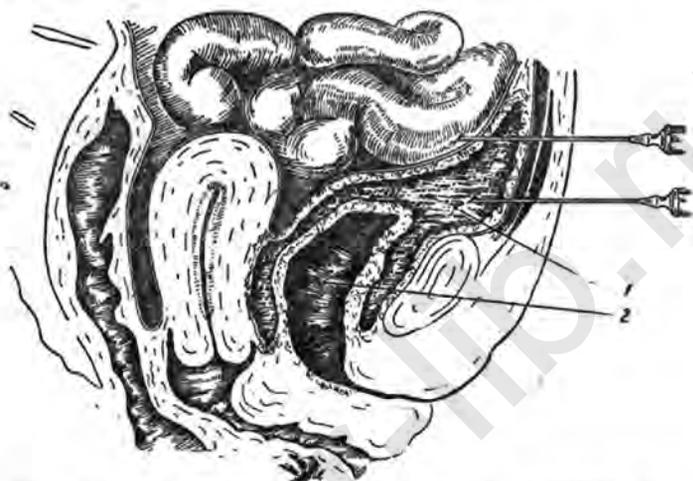


Рис. 170. Пробная пункция гнойника при переднем параметрите.

Игла в полости гнойника (1). Чересчур глубокий прокол: игла (верхняя) проникла через брюшную стенку в брюшную полость. Мочевой пузырь (2).

несколько часов от острого малокровия. *Laparotomia externa* может считаться операцией «легкой и безопасной» (Фреунд) лишь в тех случаях, когда над пупартовой связкой обнаруживается значительное выпячивание с совершенно ясным выблиением, отечностью и покраснением кожи, указывающими на готовящийся здесь прорыв гноя.

При глубоко расположенном гнойнике в тазу операция не безопасна и, несомненно, требует от оператора известного опыта и хирургического искусства.

Когда гнойный процесс, развиваясь в сторону около предпузырной клетчатки, достигает *sacum Retzii* и отсюда распространяется вверх вдоль передней брюшной стенки, то здесь непосредственно под брюшной стенкой между пупком и лобком обнаруживается плоский, наподобие щита, инфильтрат — *pelvicellulitis para- et praeservicalis*, или «*plastron abdominalis*» французских авторов. Передний параметрит встречается сравнительно редко. Для того чтобы вскрыть этот гнойник, необходимо прежде всего при помощи катетера опорожнить мочевой пузырь, который может быть прижат, деформирован и смещен. Затем следует произвести пункцию, дабы убедиться в наличии гноя. Пункцию производят по средней линии брюшной стенки, там, где перкуссия дает совершенно тупой звук.

Выбирая при переднем параметрите место для пункции, следует иметь в виду, что гнойник в этих случаях имеет, напомним вновь, плоскую

форму. Поэтому, пунктируя, не следует глубоко вкалывать иглу, так как она может проникнуть в брюшную полость и проколоть припаянную к брюшной стенке кишечную петлю (рис. 170). При неправильных положениях матки или опухолях; оказывающих давление на шейку мочевого пузыря, мочевой пузырь может быть смещен вверх, и его верхушка может оказаться на несколько поперечных пальцев выше лона; в этих случаях при чересчур глубоком проколе игла может попасть в мочевой пузырь (рис. 171). Впрочем; особой опасности в этом случае пункция обычно не представляет, но запутать оператора при отыскании гноя, конечно, может. Получив при пункции гной, иглу не извлекают, а пользуются ею как указателем направления для разреза. Разрез делают продольный, сначала небольшой.

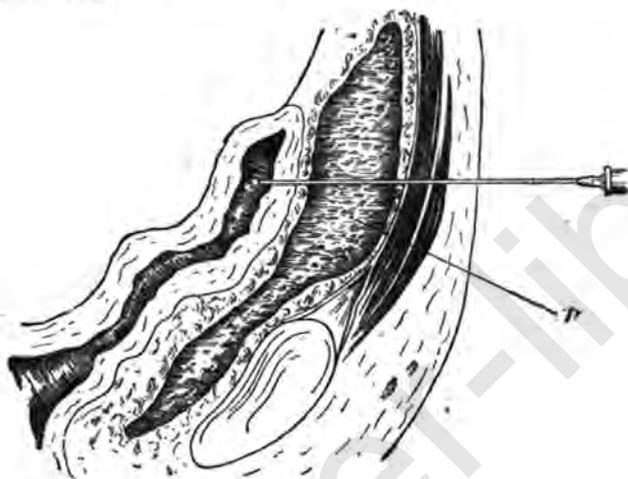


Рис. 171. Пробная пункция гнойника при переднем параметрите. Мочевой пузырь смещен вверх, вследствие чего его верхушка расположена выше лона. При слишком глубоком проколе через брюшную стенку игла проникает в мочевой пузырь. Полость гнойника (л).

В него вводят палец, обследуют полость гнойника и, если необходимо, увеличивают разрез по направлению к лону. Полость гнойника дренируют.

Влагалищный путь вскрытия гнойного параметрита. Если гнойное воспаление околоматочной клетчатки развивается преимущественно в сторону влагалищного свода, вскрытие гнойного скопления может быть произведено через влагалищный свод.

Подобно тому как вскрытие гнойника над пупартовой связкой (paragotomy externa) может представить собой весьма простую операцию в тех случаях, когда уже стал намечаться прорыв гноя наружу, точно так же вскрытие гнойника через влагалищный свод может стать весьма простой операцией, когда гнойник оказывается отделенным от влагалищной трубки лишь истончившейся стенкой влагалища. В подобных случаях вскрытие гнойника может быть произведено даже без анестезии. Но долго выжидать появления этой стадии развития гнойного воспаления клетчатки нежелательно по тем же причинам, по которым, как уже указывалось, не следует выжидать самостоятельного прорыва гноя через брюшную стенку. Чем дальше лежит гнойник от стенки таза, тем труднее установить его топографию; даже при большом абсцессе окружающая его капсула настолько плотна; что очень трудно определить наличие зыбления. Еще труднее

установить зыбление, когда гнойная полость мала или когда в клетчатке имеется несколько еще не слившихся мелких абсцессов.

Поэтому чем раньше приступают к операции, тем сложнее ход ее, тем больше опасность поранить соседние органы—мочевой пузырь, мочеточник, прямую кишку, или проходящие вблизи кровеносные сосуды, особенно маточные. Во избежание этого необходимо прежде всего тщательное гинекологическое исследование не только обычное—двуручное, через влагалище, но и ректальное. В этих случаях производят двуручное исследование, введя указательный и средний пальцы внутренней руки одновременно в прямую кишку и во влагалище, а наружную руку поместив на низ живота. Здесь нелишне будет еще раз напомнить, что о наличии гноя судят не только по местным признакам (феномен зыбления), но прежде всего по данным, полученным путем общего исследования (общее состояние больной, длительность и тип лихорадки, клинический анализ крови и т. д.). Но, прежде чем решиться на хирургическое вмешательство в тех случаях; когда диагностированный гнойник не находится в непосредственной близости от влагалищной стенки; врач должен тщательно взвесить как необходимую срочность операции; так и сложность подхода к очагу. Наименее сложен этот путь тогда, когда гнойник будет расположен позади шейки матки (*parametritis posterior*); наименее опасен—если дугласов карман будет закрыт; либо когда он отделен от брюшной полости сращениями, либо совершенно облитерирован. Сложнее становится операция в тех случаях; когда гнойник расположен сбоку от ребра шейки, где проходят маточные сосуды и перекрещиваются с мочеточником (*parametritis lateralis*). Неблагоприятны случаи, в которых дугласов карман открыт и сообщается с брюшной полостью; ибо если во время операции будет поврежден брюшинный листок широкой связки; содержимое гнойника изольется в брюшную полость и вызовет перитонит.

При подготовке больной к операции особое внимание должно быть уделено тщательному опорожнению прямой кишки; что лучше всего достигается обильной клизмой; которую мы назначаем накануне операции и повторно в день операции. Так как при параметрите мочеиспускание иногда затруднено, то перед операцией мочу надо спустить катетером. Слизистую шейки матки и влагалища, как обычно, обрабатывают спиртом и подной настойкой. После дезинфекции влагалищные зеркала удаляют и заменяют их свежими, шейку захватывают пулевыми щипцами.

Типичным разрезом влагалищной стенки при вскрытии гнойника через влагалище следует признать поперечный разрез в заднем влагалищном своде; отсюда уже прокладывают путь к очагу вдоль задней поверхности шейки или, пройдя через влагалищный свод; отклоняются в сторону и проникают между листками широкой связки в сторону бокового параметрия.

Операция вскрытия гнойника при заднем параметрите. После того как шейка матки захвачена за заднюю губу наружного маточного зева, ее осторожно, чтобы не разорвать возможно имеющиеся вокруг матки спайки, низводят без применения грубого насилия по направлению к *introitus vaginae*. Щипцы, которыми захвачена шейка; теперь приподнимают по направлению к лону. При этом обнажается задний влагалищный свод. Отступя немного от задней губы маточного зева; длинным инструментом, например, длинным зажимом Кохера; захватывают заднюю стенку влагалища и между двумя наложенными на шейку и влагалище инструментами проводят поперечный разрез через влагалищную стенку (рис. 172). Разрез должен охватить шейку полуциркулярно так; чтобы в него можно было свободно ввести 1—2 пальца (после вскрытия гнойника разрез этот можно увеличить). Затем извлекают зеркало, вводят во влагалище 2 пальца,

из которых один вводит в разрез ладонной поверхностью к шейке. Не отклоняясь от ее обнаженной задней поверхности, под защитой этого пальца закрытыми ножницами Купера расслаивают инфильтрированную клетчатку (рис. 173). В образованном отверстии куперовские ножницы раскрывают и в открытом виде выводят обратно, увеличивая таким образом сделанное отверстие. Затем в отверстие снова вводят палец ладонной поверхностью к шейке, ножницами опять раздвигают клетчатку впереди пальца, прорезанный ход углубляют и т. д. Так, шаг за шагом, продвигаются к очагу, вблизи которого клетчатка становится плотнее и с трудом или вовсе не поддается расслоению, доходят таким образом до омозолей



Рис. 172. Вскрытие абсцесса через разрез в заднем влагалищном своде при заднем параметрите (по Кроссену). Шейка матки захвачена пулевыми щипцами за заднюю губу маточного зева и осторожно оттянута вперед. Длинным пинцетом (или захватом Кохера) захвачена стенка заднего влагалищного свода у самой шейки, где и проводится поперечный разрез через стенку влагалища.



Рис. 173. Вскрытие абсцесса при заднем параметрите (по Кроссену). Под контролем введенного в рану пальца, обращенного ладонной поверхностью к шейке матки, производится тупым способом (закрытыми куперовскими ножницами) расслоение инфильтрированной клетчатки по направлению к гнойнику.

капсулы абсцесса, которая образует ся вокруг него, особенно при длительном сроке нагноения. В таких случаях приходится прибегнуть к более тонкому инструменту, например, к желобоватому зонду. До этого можно произвести и пробную пункцию, и после получения гноя, не извлекая иглу, а пользуясь ею как указателем, вскрыть абсцесс тем же желобоватым зондом, тонким корнцангом или; еще лучше, троакаром Ландау. Основной принцип—не уклоняться от оголяемой задней поверхности шейки, не следует перегибать и в другую сторону и врезаться в самую шейку матки, которую узнают по ее плотной консистенции. Тяжелым осложнением явится ранение прямой кишки, во избежание чего необходимо продвигать инструмент все время параллельно задней поверхности шейки и расслаивать клетчатку концами сложенных куперовских ножниц, вогнутая сторона которых должна быть направлена в сторону шейки. При сомнении в правильном продвижении инструмента можно для контроля ввести в прямую кишку палец ладонной поверхностью к матке. Это может сделать либо не принимающий участия в операции помощник; либо ассистент, который после этого должен обязательно сменить резиновую перчатку.

Дренажирование вскрытого гнойника производят резиновой дренажной трубкой, конец которой должен быть так приспособлен, чтобы она не вышала из полости гнойника (рис. 174). Дренажную трубку отрезают в ниж-

ней трети влагалища. Влагалище засыпают белым стрептоцидом и, если есть кровотечение, тампонируют полоской стерилизованной марли, которую удаляют на второй день.

В послеоперационном периоде полость гнойника мы не промываем. Дренажную трубку оставляем примерно на неделю, в течение которой полость гнойника уменьшается, а отверстие, оставленное для оттока гноя, если и уменьшится, то лишь незначительно (полоска марли удаляется из влагалища на 2—3-й день). Если больная не испытывает болей, если температура не повышается, кишечник и мочевой пузырь функционируют нормально, то дренажную трубку можно оставить и на более длительный



Рис. 174. Вскрытие абсцесса при заднем параметрите (по Кроссену). Толстая дренажная резиновая трубка введена в полость абсцесса. Нижний конец ее отрезан на нижней трети влагалища. Для остановки кровотечения из раны полоска марли вводится во влагалище или в расслоенную клетчатку.



Рис. 175. Вскрытие абсцесса при боковом параметрите. В заднем влагалищном своде сделан поперечный разрез через стенку влагалища. Теперь производится расслоение клетчатки по направлению к гнойнику изогнутым корнцангом или зондом под контролем пальца.

срок. Если трубка закупоривается и происходит задержка гнойных выделений, со всеми вытекающими отсюда последствиями, то в первые дни послеоперационного периода дренажную трубку заменяют другой такого же калибра или, промыв и простерилизовав старую, снова вставляют ее в раневое отверстие. Если закупорка трубки произойдет на второй неделе, то, удалив старую трубку, вставляют трубку несколько меньшего калибра.

Слишком долго оставлять толстую дренажную трубку нежелательно ввиду возможности образования пролежня прямой кишки. Пока полость дренируется, больная соблюдает постельный режим.

Вскрытие гнойника при боковом параметрите. При гнойном параметрите могут наблюдаться различные варианты в топографии гнойника. Каждый из них может потребовать индивидуального плана операции.

При глубоком боковом расположении гнойника, когда он локализуется между листками широкой связки в основании параметрия, вскрытие его может быть произведено через соответствующий боковой влагалищный свод. После подготовки операционного поля шейку матки захватывают пулевыми щипцами и оттягивают в сторону, противоположную той,

где предполагается произвести разрез. Еще раз проверив пальцем место предполагаемого разреза, рассекают на небольшом протяжении слизистую влагалища и из этого разреза путем тупого препарирования начинают продвигаться по направлению к гнойнику. Большую опасность представляет возможность ранения мочеточника или маточных сосудов. Правда, и мочеточник, и маточные сосуды могут быть оттеснены экссудатом в сторону и не встретиться по пути к гнойнику. Но все же о возможности такого повреждения думать надо. Поэтому препарирование надо вести тупым или, вернее, «полутупым» способом, например, при помощи желобоватого зонда. Дойдя до плотной капсулы, окружающей гнойное

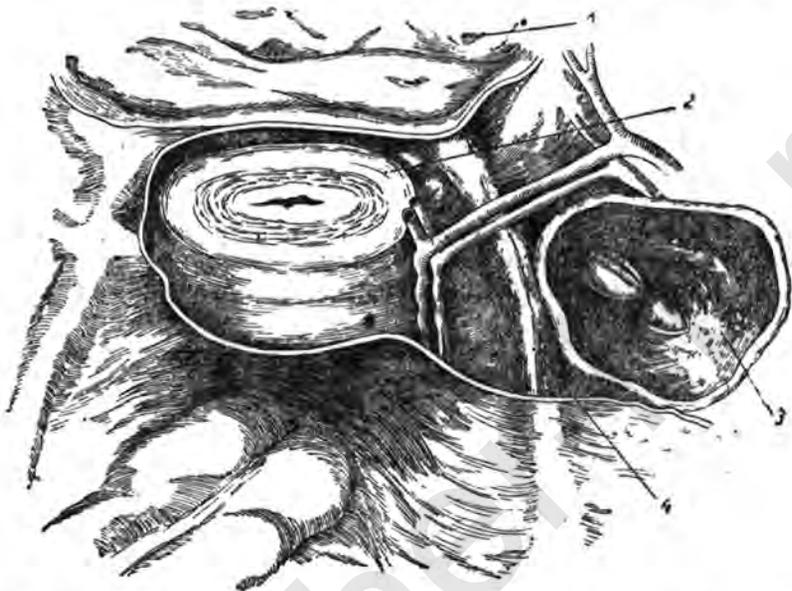


Рис. 176. Корнцанг проник в полость гнойника. Рисунок показывает топографические соотношения между шейкой матки, мочеточником, маточными сосудами и абсцессом, расположенным между листками широкой связки.

1 — мочевой пузырь; 2 — матки; 3 — полость абсцесса; 4 — мочеточник.

скопление, делают пробную пункцию и, убедившись в наличии гноя, вскрывают абсцесс острым путем или тем же зондом.

Ввиду тех неприятных особенностей, которые присущи разрезам боковых сводов влагалища (более обильное кровотечение, большая опасность повреждения маточных сосудов, мочеточников), мы и при боковом расположении гнойника предпочитаем пользоваться поперечным разрезом в заднем влагалищном своде, как он был описан выше. После того как задний влагалищный свод будет вскрыт, путь к гнойнику, расположенному между листками широкой связки сбоку от матки, можно начать пролагать под контролем пальца другой руки тупым или «полутупым» способом, например, при помощи желобоватого зонда или изогнутого корнцанга, закрытых куперовских ножниц и т. п. (рис. 175). При боковом параметрите, вскрываемом через задний влагалищный свод, так же как и при других локализациях гнойника, приходится часто пользоваться пробной пункцией при помощи длинной иглы, насаженной на шприц.

На рис. 176 видны топографические соотношения, возникающие при вскрытии бокового гнойного параметрита через разрез в заднем влагалищном своде.

Другие более редкие локализации гнойных скоплений в области тазовой клетчатки, как, например, предцервикальный гнойник, расположенный между задней стенкой мочевого пузыря и стенкой матки, могут потребовать вскрытия переднего влагалищного свода поперечным разрезом, гнойник, расположенный глубоко в *septum recto-vaginale*—поперечного разреза промежности и т. д.

АБСЦЕСС БАРТОЛИНИЕВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клиническая картина

Наиболее часто встречающаяся локализация гнойников в области наружных половых органов—это абсцесс бартолиниевой железы. Чаще всего воспаление бартолиниевой железы, ведущее к абсцессу, является следствием гонорройной инфекции. Гонорройное воспаление поражает почти исключительно выводной проток железы; сама железа остается непораженной. Воспаленный выводной проток наполняется гноем, отверстие его набухает и склеивается, вследствие чего гной не может излиться наружу. Скопившийся гной растягивает выводной проток железы и превращает его в «ложный абсцесс» [Ядассон (Jadasson)]. В окружающей соединительной ткани абсцедирование обычно не происходит.

Если к гонококкам присоединяются гноеродные микроорганизмы, то может нагноиться и сама железа, и тогда образуется «истинный абсцесс» бартолиниевой железы (Бумм).

Ложный абсцесс бартолиниевой железы характеризуется появлением в нижней трети вульвы на соответствующей стороне очень болезненной опухоли, которая выпячивает наружную или, чаще, внутреннюю поверхность большой срамной губы, распространяется на малую губу и закрывает вход во влагалище. Кожа над опухолью краснеет, становится отечной, но остается подвижной. При нагноении железы (истинный абсцесс) и окружающей клетчатки отек и инфильтрация усиливаются и распространяются на соответствующую половину вульвы. Страдания больной, как при всяком абсцессе, усиливаются при движении: она вынуждена лежать; боли не оставляют больную ни днем, ни ночью. В некоторых случаях вскрытие абсцесса должно быть сделано в порядке неотложной помощи.

Распознавание типичного бартолиниева ложного абсцесса не представляет затруднений. От кисты бартолиниевой железы абсцесс отличается болями и болезненностью при ощупывании, покраснением (*macula gonorrhoeica*) в области отверстия выводного протока железы. Это покраснение нередко сопровождается отеком кожного покрова. Фурункулы, которые иногда локализуются в этой области, редко достигают такой величины, как абсцесс бартолиниевой железы; кроме того, фурункулы располагаются более поверхностно, и верхний полюс их гнойно расплавлен. С гематомой, которая имеет характерную окраску и всегда является результатом травмы, о чем говорят анамнестические данные, смешать абсцесс, конечно, трудно. Точно так же трудно принять за абсцесс бартолиниевой железы грыжу губы (*hernia labialis*).

Лечение

Техника вскрытия абсцесса. Подготовка операционного поля обычная. Волосы на наружных половых органах сбивают, влагалище промывают каким-либо дезинфицирующим раствором (раствор марганцовокислого калия и т. п.) и во избежание загрязнения гноем тампонируют полосой

стерилизованной марли. Для обезболивания мы пользуемся обычно эфирным или хлорэтиловым оглушением. Область разреза смазывают иодной настойкой. Разрез следует делать достаточно большим, доводя его до нижнего полюса абсцесса, иначе останутся карманы, в которых будет скопиться гной, в результате чего останется гнойный, долго не заживающий свищ (рис. 177). Продольный разрез делают через область наиболее ясной флюктуации, где, следовательно, слой ткани, покрывающий абсcess, наиболее истончен. После того как гной вытечет, полость абсцесса присыпают белым стрептоцидом или вытирают маленьким тушфером, смоченным иодной настойкой; затем в полость абсцесса вводят полосу марли или



Рис. 177. Вскрытие абсцесса бартолиновой железы. Продольный разрез доведен до нижнего полюса абсцесса.



Рис. 178. Экстирпация бартолиновой железы. Эллипсоидный разрез кожного покрова.

тонкую резиновую трубку (дренаж), чтобы воспрепятствовать преждевременному закрытию сделанного отверстия. По окончании операции извлекают конец марлевой полосы, которая была введена во влагалище перед операцией, а через сутки ее совсем удаляют. Впереди вульвы кладут закладку из марли и ваты для впитывания вытекающего из раныгноя. Накладывать повязку излишне. Дренажная трубка заменяется через 2 дня свежей марлевой полосой или дренажной трубкой меньшего диаметра. Нужно следить за тем, чтобы отверстие не склеивалось раньше, чем грануляции заполнят полость абсцесса. Удовлетворительные результаты дает также применение мази Вишневского. Марлевая турунда, пропитанная мазью Вишневского, может быть применена и тотчас после разреза абсцесса бартолиновой железы.

Если воспаление рецидивирует или остается долго не заживающий гнойный свищевой ход, то необходима радикальная операция, т. е. удаление железы вместе с ее выводным протоком. При беременности (см. ниже) эта операция может стать неотложной.

Техника экстирпации бартолиновой железы. Подготовка операционного поля та же, что и перед вскрытием абсцесса. Обезболивание производится либо при помощи ингаляционного наркоза, либо путем местной инфильтрационной анестезии. Для местной анестезии употребляют 0,5% новокаиновый раствор с добавлением раствора адреналина (1 : 1 000). Адреналин уменьшает кровотечение, которое здесь нередко бывает довольно обильным. Инфильтрационная анестезия производится из 4—6 точек,

расположенных вокруг железы. Сначала в каждой точке делают «кожный волдырь» путем внутривенного впрыскивания анестезирующего раствора. Затем раствор новокаина впрыскивают через образовавшиеся «кожные волдыри» подкожно в направлении к соседним точкам, а затем веерообразно под железу.

Вокруг железы образуется сплошной инфильтрат из анестезирующего раствора, который прерывает нервные пути к железе.

Для того чтобы экстирпировать железу вместе с протоком, разрезают кожу или слизистую оболочку над воспаленной железой, а затем начинают вылущивать опухоль, которая в этих случаях обычно имеет жидкое содержимое. При вылущивании опухоли стенку ее приходится захватить каким-либо инструментом. Если для этого взять зажим Кохера или Пеана, то



Рис. 179. Экстирпация бартолиниевой железы. Щипцы захватывают не капсулу опухоли, а узкий кожный лоскут, оставшийся на стенке опухоли. Благодаря этому при вылущивании опухоли легко избежать излития из нее гнойного содержимого.



Рис. 180. Экстирпация бартолиниевой железы вместе с выводным протоком.

легко повреждается стенка опухоли; в результате содержимое опухоли изливается, и вылущение опухоли становится от этого значительно труднее; захватить же стенку опухоли гладкими щипцами, например, овариальными, трудно. Чтобы избежать этих неудобств, мы поступаем следующим образом: разрез кожи проводим не продольный, как обычно, а эллипсоидный (рис. 178). Узкий лоскут кожи, остающийся при этом на опухоли, легко захватить любыми щипцами, которые не ранят стенку кисты (рис. 179), благодаря чему удаление опухоли целиком (вместе с выводным протоком железы) значительно облегчается (рис. 180).

Вылущение опухоли бартолиниевой железы тупым путем невозможно из-за плотных сращений с окружающими тканями. Поэтому оно производится скальпелем или куперовскими ножницами. Отсепарование должно быть тщательным. Надо точно держаться границ опухоли, чтобы по возможности не поранить сосуды, проходящие вблизи железы. Помимо венозного кровотечения, при этой операции обычно приходится останавливать и кровотечение из небольшого артериального сосуда, который следует отыскать в глубине раны и перевязать или обколоть тонкой кетгутовой лигатурой. Рану мы наглухо не зашиваем, а лишь уменьшаем ее

объем несколькими лигатурами, захватывающими и глубокие слои. В оставшееся отверстие вводим полосу марли или резиновую трубочку. Дренаж через 2 дня меняем, а к 5-му или 6-му дню удаляем.

Гнойный бартолинит во время беременности и в родах. У небеременных женщин показанием к операции гнойного воспаления бартолиниевой железы служат главным образом боли и необходимость создания хорошего оттока для гноя; у беременных к этим показаниям присоединяется еще и необходимость предупредить возникновение пуэрперальной инфекции из гнойника, расположенного в области полового канала. Операцию при наличии беременности не следует откладывать, так как опасность прерывания беременности при этом ничтожна. В тех случаях, когда во время беременности, особенно в конце ее, уже образовался свищ, необходимо в целях профилактики послеродовой инфекции удалить железу вместе с протоком.

Если операция производится во время беременности под местной анестезией, то, чтобы уменьшить опасность прерывания беременности, следует пользоваться новокаиновым раствором без добавления адреналина. Но так как экстирпация бартолиниевой железы нередко сопровождается обильным кровотечением, особенно при беременности, то вместо местной анестезии новокаиновым раствором без адреналина мы предпочитаем пользоваться общим наркозом.

Если абсцесс обнаружен уже во время родов, то вскрытие его следует произвести лишь по окончании родов. А для того, чтобы во время прерывания головки гной не прорвался, Керер советует сделать эпизиотомию на противоположной от абсцесса стороне и тем освободить стенку абсцесса от сдавления.

Само собой разумеется, что если ко времени родов абсцесс уже прорвался и гной выделяется из свищевого хода, то влагалищное исследование противопоказано: нужно пользоваться ректальным исследованием. В этих случаях всячески следует избегать акушерских операций, производимых через влагалище. Так, например, вместо выходных щипцов следует прибегнуть к бинту Вербова или впрыскиванию препарата задней доли гипофиза (питуикрин). Керер приводит данные ряда авторов, которые при наличии гнойника бартолиниевой железы производили кесарское сечение. Нам представляется, что показанием к кесарскому сечению не может служить одно лишь наличие гнойника бартолиниевой железы, хотя бы даже и вскрывшегося во время родов. Если роды идут совершенно нормально и нет данных, указывающих на то, что может понадобиться операция, то нужно лишь принять профилактические меры к тому, чтобы гной с наружных половых органов не был занесен во влагалище. А для этого, как выше указывалось, необходимо воздержаться от всякого влагалищного исследования. На протяжении всего родового акта следует почаще обмывать наружные половые органы каким-либо дезинфицирующим раствором, поливая их из эсмарховской кружки или кувшина, а выделяющийся из абсцесса гной удалять марлевым или ватным тупфером. Но если какая-либо серьезная акушерская патология дает основания предполагать оперативное вмешательство во время родов, то, чтобы избежать внесения инфекции в половой канал, приходится прибегнуть к брюшинотомному кесарскому сечению.

Необходимо указать, что приведенными операциями не исчерпывается та лечебная помощь, которую следует оказать больной с гнойным бартолинитом. Так как причиной бартолинита обычно является гоноррея, локализующаяся еще и в других отделах мочеполовой системы, то после операции необходимо провести систематическое местное лечение всех возможных очагов гонорройного процесса и общее—сульфамидами или пенициллином.

АБСЦЕСС ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ

Абсцесс этот возникает на почве воспаления, обычно гонорройного, скеневских желез, слепых ходов, крипт и лакун, расположенных в задних и боковых стенках мочеиспускательного канала. Так же как и при воспалении бартолиновой железы, здесь образуется либо «ложный абсцесс» вследствие закупорки парауретрального хода, либо «истинный абсцесс», когда гнойное воспаление распространяется на окружающую парауретральный ход клетчатку. Абсцесс локализуется в *septum urethro-vaginale*, вблизи наружного отверстия мочеиспускательного канала. В этом месте возникает выпячивание, которое закрывает отверстие мочеиспускательного канала. Это выпячивание, покрытое воспаленной слизистой, имеет нерезко очерченные контуры, плотноватую или неясно флюктуирующую консистенцию и очень болезненно при пальпации. Так как при гонорройном воспалении парауретральных желез нередко обнаруживаются и другие локализации гонорройного процесса (уретрит, эндцервицит, бартолинит), то установить этиологический характер заболевания обычно не трудно. Наличие маленьких ложных абсцессов установить не всегда легко. При надавливании из отверстия мочеиспускательного канала иногда появляется немного гноя. Абсцесс парауретральных желез следует вскрыть как можно раньше, для того чтобы он не вскрылся в уретру. Разрез проводят продольный по средней линии выпячивающегося гнойника.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ГНОЙНЫЙ МАСТИТ

Клиническая картина

Мастит является местным заболеванием, редко угрожающим жизни женщины, но по своим последствиям он имеет огромное значение как для матери, так и для ребенка. Для матери мастит является тяжелым осложнением послеродового периода, сопровождающимся лихорадкой, жестокими болями, тяжело влияющими на ее общее состояние, мастит делает ее больной на протяжении многих недель, а иногда и месяцев. Что касается ребенка, то, отражаясь резко на условиях питания, мастит у матери является угрозой здоровью и развитию ребенка. Кроме того, абсцедирующий мастит, сопровождающийся обширными разрушениями железистой ткани молочной железы и развитием на месте абсцесса рубцовой ткани, может повести к потере лактационной способности матери и в будущем. Поэтому борьба с маститом является важной задачей в деле оздоровления матери и ребенка.

Опыт показывает, что в борьбе с маститом профилактические мероприятия играют несравненно большую роль, чем лечебные. Если консервативное лечение мастита начать своевременно, т. е. в первые 24 часа с момента появления признаков воспаления, то в большинстве случаев воспалительный процесс может быть ликвидирован в течение нескольких дней, а иногда даже в течение 1—2 суток. Большое значение для успеха лечения мастита имеет не только умелое применение консервативных методов лечения, но и своевременное определение того момента, когда от консервативного метода необходимо перейти к хирургическому. С другой стороны, к хирургическому лечению мастита не следует прибегать и слишком рано, т. е. до того, как в воспалительном инфильтрате появится очаг гнойного расплавления. Ввиду этого мы и считаем необходимым остановиться здесь на клинике мастита.

Клиническая картина мастита зависит отчасти от его формы.

Симптомы паренхиматозного или застойного мастита выражаются в повышении температуры до 38—39°, набухании грудной железы и чувства тяжести в ней. При исследовании, помимо набухания всей железы, обнаруживается также неясно контурирующееся затверждение в одном или двух квадрантах (чаще это наблюдается в наружном и нижнем) грудной железы; кожа над этим затверждением слегка напряжена, иногда на небольшом участке имеется покраснение; пальпация в этом месте, а иногда даже одно прикосновение вызывают резкие боли.

Чаще встречается и нтерстициальная или инфильтрирующая форма мастита. Гноеродные возбудители проникают через инфицированные трещины сосков в лимфатические щели и вызывают гиперемию, отек, скопление серозной жидкости в тканевых щелях, а затем скопление лейкоцитов (главным образом вокруг сосудов) и постепенное развитие картины лимфангоита, вырисовывающегося на покрасневшем участке кожи грудной железы и ведущего иногда к увеличению и болезненности подмышечных желез соответствующей стороны.

Клиническая картина интерстициального мастита несколько отличается от вышеописанного паренхиматозного тем, что нередко заболевание сопровождается более высокой температурой (39—40°) и довольно часто ознобами, общим плохим самочувствием, резкими болями в грудной железе и крайней болезненностью в области затвердения. В стадии воспалительного отека и инфильтрации процесс может при целесообразном лечении остановиться в своем развитии и окончиться выздоровлением; без лечения или при неправильном лечении процесс переходит в более тяжелую форму — флегмонозную, распространяющуюся в глубину и разрушающую железистую ткань на большом протяжении. В грудной железе возникают множественные мелкие абсцессы, которые иногда сливаются и образуют большие абсцессы, располагающиеся несколько чаще в наружных квадрантах грудной железы. Нередко абсцессы грудной железы расположены очень глубоко и поэтому поздно распознаются. Ввиду анатомической близости инфицированных лимфатических путей к железистым ходам, воспаление может непосредственно перейти на них и вызвать, таким образом, вторичное воспаление паренхимы железы; при гнойном расплавлении ткани гной может также прорваться в молочные ходы; в подобных случаях речь будет идти о комбинации интерстициального мастита с паренхиматозным (Яшке).

Одной из редких по своей локализации форм является ретромаммарный абсцесс, при котором гной скопляется между грудной железой и большой грудной мышцей. При неправильном лечении или при особой вирулентности микроорганизмов и пониженной сопротивляемости организма воспаление переходит в гангренирующий мастит или кончается общим сепсисом, что наблюдается в общем нечасто. Абсцесс, увеличиваясь по направлению к поверхности железы, может дойти до кожного покрова, где и прорывается наружу. Однако рассчитывать на такой благоприятный исход нельзя, ибо такие случаи являются исключением.

Чрезвычайно важно диагностировать начинающийся мастит как можно раньше и немедленно принять меры к задержке развития процесса еще до того, как стадия инфильтрации разовьется полностью. Но диагностировать начальную стадию мастита не всегда легко. Повышение температуры в первые дни послеродового периода, особенно если у роженицы имеются небольшие отклонения в области половой сферы, может заставить акушера предположить послеродовое заболевание, и только тщательное исследование всего организма и внимательный осмотр грудных желез помогут врачу открыть истинную причину заболевания. Для дифференциальной диагностики между начинающимся маститом и послеродовым заболеванием

некоторое значение может иметь характер температурной кривой: в то время как при послеродовых заболеваниях высокому повышению температуры нередко предшествуют небольшие повышения температуры, при мастите часто наблюдается внезапное повышение температуры до высоких цифр, сопровождающееся иногда ознобом. Это, впрочем, можно иногда наблюдать и при послеродовом пиелите [Зигерт (Sieger)], который распознается главным образом на основании исследования мочи.

Характерным для начинающегося мастита является покраснение, припухлость и болезненность в области грудной железы, но и эти симптомы не всегда появляются сразу и одновременно. В самом начале заболевания нередко обнаруживается лишь болезненность при пальпации грудной железы на определенном ее участке, в то время как покраснения или припухлости может еще и не быть. Кроме болезненности, рано обнаруживается и затвердение на ограниченном участке грудной железы. Не следует забывать, что в отдельных случаях мастит может являться метастазом при послеродовой септикопиемии.

Лечение

Мероприятия, которые в этой начальной стадии мастита могут купировать процесс, сводятся в основном к тому, чтобы дать полный покой заболевшей грудной железе. Для этого прежде всего надо прекратить кормление заболевшей грудью (здоровой грудью женщина, конечно, продолжает кормить), иммобилизовать и высоко приподнять ее правильно наложенной повязкой (*suspensorium et compressorium mammae*) при помощи 2—3 широких бинтов; поверх наложенной повязки на грудную железу кладут пузырь со льдом. Одновременно приступают к сульфамидной терапии по 0,5 четыре-шесть раз в день. При большом приливе молока ограничивают питье и дают слабительные соли (*magnesium sulfuricum*, английскую соль и пр.), выключая на этот день сульфамидные препараты. Триаду мероприятий—прекращение кормления, тугую повязку и пузырь со льдом—проводят в течение лишь 1—2 суток. Начав применять этот метод еще в ассистентские годы, я остаюсь ему верен, так как в громадном большинстве случаев он давал полный успех. Однако если в течение одних, максимум двух суток улучшения не наступает, то продолжать этот метод нецелесообразно. Необходимо перейти к одному из многочисленных методов консервативного лечения мастита, например, к тепловым процедурам, физиотерапии, рентгенотерапии и пр. Так как заболевшая грудь выключается всего лишь на 1—2 суток, то функция ее несколько не страдает, если, конечно, лактационная способность грудной железы с самого начала не была понижена. Успех же «абортного» лечения мастита всецело, повторяем, зависит от возможно раннего начала его применения (при первых жалобах больной).

Показания к хирургическому лечению мастита появляются тогда, когда в воспалительном инфильтрате возникает очаг гнойного расплавления ткани и в грудной железе образуется абсцесс. Производить ранний разрез для того, чтобы ослабить напряжение в инфильтрированных тканях и этим якобы уменьшить или предотвратить расплавление пораженных тканей; как об этом говорят некоторые хирурги, мы считаем нецелесообразным и с производством операции выжидаем до появления гнойника. Образование гнойника можно, конечно, ускорить применением тепловых процедур—грелки, припарки из льняного семени или электропроцедуры (соллюкс) и др.

Операция гнойного мастита должна быть произведена под обезболиванием. При подкожном расположении гнойника, так называемом парамастите,

достаточно применить замораживание хлорэтилом. В других же случаях требуется общий кратковременный наркоз, лучше всего в виде эфирного оглушения или внутривенного введения эвипана (гексенала).

Разрез, применяемый для вскрытия абсцесса грудной железы, должен быть достаточно большим, чтобы обеспечить свободный отток гноя и ослабить напряжение в инфильтрированных тканях. Недостаточно большой разрез ведет к неполному опорожнению абсцесса, причем мелкие гнойнички, которыми иногда пронизаны стенки абсцесса и окружающий его инфильтрат, могут остаться не вскрытыми. В результате в гнойный процесс будут вовлекаться все новые участки грудной железы и разрушение железистой ткани примет еще большие размеры. Кроме того, подобная операция не



Рис. 181. Радиальное направление разреза к соску при операции гнойного мастита.



Рис. 182. Обследование полости абсцесса пальцем.

избавит больную от страданий или принесет ей лишь кратковременное облегчение.

Маленький разрез или прокол скальпелем можно применять при очень небольшом, ограниченном и поверхностно лежащем абсцессе и при уверенности, что по соседству нет гнойных очагов. В подобных случаях, сделав маленький (2—3 см) разрез, на грудную железу накладывают бировскую банку, в которой при помощи шприца разрежается воздух. Присасывание банкой производится в течение 3—5 минут, с паузами в 5 минут, присасывания повторяются несколько раз подряд. В общем сеансе продолжается $\frac{1}{2}$ —1 час. Подобные сеансы повторяются ежедневно до тех пор, пока не прекратится выделение гноя. Если отверстие склеится слишком рано и в результате вновь появятся боли и поднимется температура, отверстие следует открыть зондом, что легко удастся, и дренировать полость абсцесса полосой марли.

Все разрезы при мастите должны иметь радиальное направление к соску. Не следует доводить разрез слишком близко к нему, так как здесь можно перерезать крупные молочные протоки. По этой же причине не следует делать и поперечных разрезов (рис. 181).

Если абсцесс расположен поверхностно, то, кроме разреза, других манипуляций не производят. При глубоко расположенных гнойниках необходимо, сделав радиальный разрез, обследовать полость абсцесса пальцем (рис. 182), одновременно ощупывая снаружи грудную железу другой рукой. Это дает возможность установить, имеются ли в глубине или по соседству со вскрытым абсцессом еще, хотя бы и небольшие, гнойнички.

Они могут быть вскрыты корицангом или пальцем и опорожнены в полость основного, уже вскрытого абсцесса. Необходимо подчеркнуть, что указанные манипуляции—обследование полости абсцесса и вскрытие из нее соседних гнойников—следует производить крайне осторожно, не применяя сдавливания стенок абсцесса и избегая грубой травматизации тканей.

Войно-Ясенецкий советует, кроме обследования полости абсцесса пальцем, растянуть рану крючками, тщательно удалить тупферами весь гной из полости гнойника и с поверхностей разреза и внимательно понаблюдать, не появится ли при давлении рукой на железу где-либо на внутренней

стенке гнойника или на поверхности разреза гной. В подобных случаях следует ввести закрытый корицанг в том направлении, откуда вытекает гной, раскрыть его в глубине и извлечь раскрытым.



Рис. 183. Если полость абсцесса, вскрытого в верхнем или в верхне-боковом квадранте грудной железы, очень глубока, то для обеспечения хорошего оттока гноя производится контрапертура на соответствующей стороне в нижнем квадранте грудной железы. Для этого в полость вскрытого абсцесса вводят корицанг, проталкивают его через ткань грудной железы вниз и, вышпигив им соответствующий участок кожи в нижнем квадранте, проводят разрез обязательно в радиальном направлении к соску.



Рис. 184. Операция по Барденгейеру. Ретро-маммарный абсцесс. Черная линия под правой грудной железой указывает место разреза.

Ценность этого метода для распознавания и опорожнения имеющихся в ближайшем соседстве с абсцессом мелких гнойников снижается в известной мере тем, что для выполнения его требуется хотя бы легкое сдавливание тканей, что может вести к травматизации их, чего, как уже указывалось выше, следует избегать.

Если полость абсцесса, вскрытого в верхнем или в верхне-боковом квадранте грудной железы, очень глубока, то для того, чтобы обеспечить лучший отток гноя, целесообразно сделать контрапертуру на соответствующей стороне, в нижнем квадранте грудной железы. Для этого в полость абсцесса вводят корицанг, проталкивают его через ткани грудной железы вниз и, вышпигив им соответствующий участок кожи в нижнем квадранте, проводят здесь разрез также в радиальном к соску направлении (рис. 183). Если разрез, которым вскрыт абсцесс, находится в одном из нижних квадрантов и отток гноя таким образом обеспечен, то контрапертуры, разумеется, не требуется.

При ретромаммарном абсцессе, лежащем между грудной железой и большой грудной мышцей, вместо обычных радиальных разрезов можно применить разрез, предложенный Барденгейером, который обеспечивает лучший отток гноя и шире обнажает гнойный очаг, чем это делают радиальные разрезы.

Техника его такова: по нижнему краю грудной железы проводят полукруглый разрез до фасции (рис. 184). Грудная железа отслаивается от подлежащей фасции большой грудной мышцы и откидывается вверх (рис. 185). Это дает возможность вскрыть гнойник в ткани самой железы со стороны его основания. По заживлении получается рубец, который скрывается в нижней складке грудной железы и, таким образом, совершенно не обезображивает грудь (рис. 186).

Распознать ретромаммарный абсцесс в самом начале его возникновения нелегко. Следует обратить внимание на более глубокую болезненность, особенно усиливающуюся при попытке сместить грудную железу с ее основания, которым является большая грудная мышца. Более точным



Рис. 185. Операция по Барденгейеру. Вскрытие ретромаммарного абсцесса с внутренней стороны откинутой вверх грудной железы.



Рис. 186. Операция по Барденгейеру. На кожу наложены швы. В отверстие, оставшееся посредине, вставлен дренаж.

диагноз становится тогда, когда глубоко лежащий гнойник вызывает появление отека и зыбления у основания грудной железы. Последняя увеличена в объеме, имеет полушаровидную форму и как бы приподнята. Припухлость и зыбление могут появиться и над верхним краем грудной железы, что наблюдается тогда, когда гной под тяжестью увеличенной грудной железы оттесняется вверх. Разрез Барденгейера может быть применен с успехом и при множественных абсцессах, пронизывающих всю железу. В косметическом отношении этот разрез имеет несомненные преимущества перед обычно применяемыми множественными радиальными разрезами. Штеккель, Войно-Ясенецкий, Шаак и др. считают его также и весьма щадящим в функциональном отношении, так как вскрытием гнойников с задней поверхности грудной железы почти исключается ранение молочных протоков, что не всегда удается избежать при вскрытии со стороны передней поверхности грудной железы.

Если при вскрытии абсцесса тем или иным способом в нем обнаруживаются некротические обрывки ткани, то их удаляют пинцетом и ножницами, а затем вводят в полость абсцесса мазь Вишневского. Каким бы способом ни был вскрыт абсцесс грудной железы, операция должна сопровождаться дренированием его при помощи резиновых трубок или марлевых полосок и салфеток. Некоторые авторы предпочитают марлевый дренаж, так как дренажные трубки своим давлением на воспаленные ткани поддерживают длительную секрецию и чаще, чем марлевые полосы, ведут к образованию

карманов и задержке в них выделений. Во всяком случае должно оставлять дренажные трубки не следует, так как это затягивает заживление.

При первой перевязке, которая производится через 2—3 дня, дренажные трубки или марлевые полосы заменяют свежими, а на 6—7-й день их обычно удаляют.

При очень тяжелых формах гангренизирующего мастита, сопровождающихся, несмотря на повторно произведенные разрезы, длительной истощающей лихорадкой и прогрессирующим ухудшением общего состояния больной, может возникнуть вопрос о необходимости ампутации грудной железы. В литературе описаны случаи, когда своевременно произведенная ампутация предотвратила возникновение общего сепсиса и привела к выздоровлению.

Лечение мастита как метастаза послеродовой септикоциемии производится по вышеописанным правилам в зависимости от характера гнойника, его топографии и т. д.

Само собой разумеется, что при всяком тяжелом мастите большое значение имеют всякого рода мероприятия, направленные к улучшению общего состояния больной и к поднятию реактивных свойств ее организма.

Особо стоит вопрос о возможности кормления ребенка из пораженной грудной железы. Ряд авторитетных педиатров, как Пфаундлер (Pfaundler), Черни-Келлер (Czerni-Keller) (цитировано по Яшке), разрешает кормление пораженной грудью при всех формах мастита, безразлично, содержится ли в молоке гной или нет, другие [Яшке, Шлоссман (Schlossmann)] допускают кормление грудью лишь в тех случаях и до тех пор, пока молоко не содержит гноя. Некоторые же акушеры, например, Зигерт, считают кормление пораженной грудью противопоказанным и приводят в качестве мотива соображение, что при наличии абсцесса грудной железы гной может попасть не только в желудок, но инфицировать кожу ребенка и повести к возникновению фурункулеза, заболевания глаз, пупочного сепсиса. Брюль (Brühl) сообщает о 4 случаях смертельного перитонита у детей, получавших молоко из пораженной маститом груди, и объясняет возникновение перитонита в этих случаях попаданием в желудок гноя вместе с молоком матери.

С нашей точки зрения вопрос о кормлении при наличии мастита должен решаться следующим образом: при начинающемся мастите необходимо, как уже указывалось выше, на 1—2 суток отнять ребенка от больной груди. Если воспаление будет в течение этого времени купировано, то кормление этой грудью возобновляют. Если воспалительный процесс, несмотря на все принятые меры (прекращение кормления больной грудью, тугое бинтование и высокое подвязывание груди, пузырь со льдом поверх повязки), продолжает развиваться, то при наличии лишь инфильтрата без образования гнойников и при хорошем состоянии матери кормление больной грудью не противопоказано. Если образовавшийся абсcess вскрыт и гной получил выход наружу, то вопрос о кормлении должен решаться в зависимости от общего состояния матери, а также от размеров и местоположения абсцесса. При истощении матери на почве длительной лихорадки, бессонных ночей, жестоких болей при прикладывании к груди ребенка, особенно при наличии трещин сосков, при большом абсцессе, разрушившем значительную часть железистой ткани, преимущества, которые вообще дает кормление ребенка грудью, становятся иллюзорными. Поэтому продолжать в этих случаях кормление грудью не рационально ни в интересах ребенка, ни в интересах матери. Если же состояние матери удовлетворительное, поражение груди небольшое, разрез не лежит вблизи соска, молоко не смешано с гноем, кормление больной грудью можно продолжать, надо лишь тщательнейшим образом следить за тем, чтобы гной не инфицировал кожу и глаза ребенка.

Х. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Травмы половых органов вне родов встречаются в общем редко.

В зависимости от характера травмы их можно подразделить следующим образом: 1) повреждения при половом акте, 2) повреждения от проникновения в половые органы инородных тел, 3) повреждения, возникающие по типу «падения на кол», 4) повреждения от тупой травмы, 5) колотые, резаные и огнестрельные раны, 6) повреждения, возникающие при врачебных манипуляциях и операциях.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОВЫМ АКТОМ

Своеобразным повреждением, постоянно встречающимся при первом половом акте, является разрыв девственной плевы. Эта «физиологическая травма», как правило, не вызывает необходимости врачебного вмешательства. Только в очень редких случаях разрыв мясистой девственной плевы сопровождается обильным кровотечением, требующим хирургического вмешательства, которое заключается в наложении одного или нескольких швов на кровоточащие сосуды или в обкалывании.

При недоразвитии наружных половых органов, при атрофическом их состоянии у женщин в пожилом возрасте, при наличии рубцовых изменений, оставшихся после язвенных процессов и пр., разрыв девственной плевы может распространиться на влагалище, на наружные половые органы и промежность. В этих случаях нельзя ограничиться обкалыванием и перевязкой кровоточащих сосудов, а необходимо наложить швы, соединяющие края самого разрыва во влагалище или на промежности.

Помимо повреждений девственной плевы, наблюдаются также повреждения влагалища, возникающие при половом акте не только при растлении малолетних или при половых сношениях с подростками, но и у женщин, регулярно живущих половой жизнью, беременных и даже рожавших. Причиной этого нередко является грубо, насильно или в ненормальном положении проведенный половой акт, а также ненормальная величина мужского полового органа; предрасполагающими моментами являются недоразвитие или старческая атрофия влагалища, рубцовые изменения его стенки и прочие патологические состояния, лишшающие влагалищную стенку ее эластичности.

Чаще всего разрывы влагалища происходят в заднем своде на задней стенке влагалища и в боковых влагалищных сводах; очень редко они встречаются на передней влагалищной стенке и в переднем влагалищном своде [Нейгебауэр (Neugebauer), Венцковский и др.]. Разрывы влагалища могут проникать в окружающую клетчатку, в дугласов карман и даже сопровождаться выпадением кишечных петель во влагалище. В отдель-

ных случаях одновременно с разрывом влагалища наблюдались повреждения мочевого пузыря, прямой кишки. Наблюдались также и случаи разрыва *sub coitu* наружных половых органов, уретры и промежности. Такие повреждения возникали при резком несоответствии между величиной мужского полового органа и шириной влагалища, как, например, в случаях растления малолетних девочек взрослыми мужчинами. Наблюдались случаи, когда разрыв девственной плевы распространялся на уретру или когда мужской половой орган, минуя отверстие девственной плевы, разрывал промежность и проникал в *septum rectovaginale* или в прямую кишку.

Разрывы влагалища *sub coitu* не всегда сопровождаются какими-либо угрожающими симптомами и даже могут пройти незамеченными. Нам пришлось наблюдать случай разрыва заднего влагалищного свода у пожилой женщины, у которой длительные кровянистые выделения из гранулирующей поверхности вызвали у исследовавшего ее врача подозрение на рак влагалища. Обычно разрывы влагалища вызывают боли и кровотечение, которое может повлечь за собой острое малокровие; иногда отмечается повышение температуры. Наблюдались случаи смерти от кровопотери (случай Вихмана), от перитонита (случай Гиммельфарба), пиемии и сепсиса (случай Розова и Кочера).

Диагностика разрывов влагалища ставится на основании данных анамнеза, гинекологического исследования пальцем, а также осмотра в зеркалах.

Если из анамнеза известно, что обильное кровотечение возникло у здоровой до того женщины во время полового акта, то и при отсутствии видимых повреждений в области наружных половых органов или девственной плевы можно предположить, что причиной кровотечения является повреждение влагалища.

Если даже угрожающего кровотечения в момент исследования нет, если со времени полового акта прошло уже некоторое время, то все же должно быть немедленно 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 тщательное гинекологическое исследование, которое в этих случаях целесообразнее начинать с осмотра зеркалами влагалищных сводов, где обычно локализуются эти разрывы. Сперва под контролем глаза удаляют скопившиеся во влагалище сгустки крови, затем осматривают влагалищные своды и устанавливают локализацию разрыва. Если кровоточащих сосудов не видно и кровотечение остановилось, если не видно и повреждений соседних органов, то производить влагалищное исследование пальцем излишне, а для определения состояния внутренних половых органов целесообразнее произвести исследование через прямую кишку.

Диагностировать разрыв влагалища при помощи зеркал обычно не трудно: свежий щелевидный разрыв слизистой, из которого более или менее обильно струится кровь, распознается легко. Изредка могут возникнуть затруднения, если осмотр производится через некоторое время после возникновения разрыва, когда рана уже гранулирует, а кровотечение вновь появилось при повторном половом акте.

В тех случаях, когда имеется подозрение на повреждение соседних органов, не следует, конечно, ограничиваться осмотром влагалища в зеркалах, нужно применить и пальцевое исследование, несмотря на возможность повторного при этом кровотечения.

Исследование через прямую кишку, цистоскопия и ректоскопия могут во многих случаях с успехом способствовать выяснению локализации

и размеров повреждения. Подготовка больной к исследованию в этих случаях должна ограничиваться бритьем волос на наружных половых органах и дезинфекцией последних. Влагалище до исследования не обрабатывается.

Прогноз зависит от размеров повреждения, сопутствующего кровотечения и присоединившихся осложнений.

В свежих и неинфицированных случаях лучшим методом лечения является зашивание разрыва. Если обнаруживаются кровоточащие сосуды, то их предварительно захватывают кровоостанавливающими пинцетами и перевязывают или обкалывают кетгутовыми лигатурами. В отдельных случаях, особенно при отсутствии значительного кровотечения и при подозрении на инфекцию, следует ограничиться одной тампонацией влагалища полосой марли. При тампонации поврежденного влагалища не следует пользоваться маленькими кусками марли или ваты, так как в случае разрыва, проникающего в брюшную полость или в окружающую паравагинальную клетчатку, они могут затеряться в этих полостях. Поэтому для тампонации влагалища необходимо пользоваться большими марлевыми салфетками или, еще лучше, целым марлевым бинтом. Если приходится тампонировать ватой, то следует употреблять ватные тампоны, снабженные длинной тесьмой или крепкой ниткой. Тампон оставляют на 12—24 часа. Чтобы тампон было легче удалить, Фют (Füth) советует смочить его перекисью водорода. При наличии больших разрывов, особенно, если на кровоточащие сосуды были наложены лигатуры, целесообразно зашить влагалищную рану.

При наличии свежих разрывов, проникающих в соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку), рану необходимо зашить. Сначала зашивают соответствующим образом эти органы, а затем даже влагалище. Особой подготовки к операции, помимо той, которой подверглась больная перед исследованием (дезинфекция наружных половых органов), не требуется. Влагалище может быть протерто тупферами, смоченными перекисью водорода, и смазано подной настойкой.

Техника зашивания разрыва. Если при операции имеется помощник, который обнажает зеркалами разрыв на всем его протяжении, то соединение краев начинается с верхнего угла разрыва. Если это оказывается невозможным, то первый шов проводят на доступной высоте, а затем, потягивая за эту лигатуру, постепенно обнажают весь разрыв и дальнейшие швы накладывают выше уже наложенного, а затем и на нижележащие части разрыва. Перед наложением швов часто приходится сглаживать ножницами края разрыва. При глубоких разрывах влагалища швы, соединяющие края раны, должны захватить подлежащую ткань, но при этом надо соблюдать осторожность, чтобы не проколоть соседний полый орган.

Если разрыв зашит, а кровотечение продолжается, то необходимо наложить еще дополнительно восьмобразный шов на кровоточащий участок. Причиной кровотечения может явиться повреждение сосуда в глубине раны. В этом случае кровотечение не остановится, кровь будет просачиваться между лигатурами; накладывать дополнительные швы на края разрыва бесполезно. Необходимо распустить швы, раздвинуть края раны, захватить кровоточащий в глубине сосуд, перевязать или обколоть его и только после того, как кровотечение остановится, вновь соединить швами края разрыва. Если через отверстие в заднем своде выпала неповрежденная кишечная петля или сальник, их вправляют в брюшную полость, а отверстие, если нет подозрения на инфекцию, зашивают наглухо или оставляют небольшое отверстие для дренажа. При повреждении кишечной петли производят лапаротомию.

Зашивание повреждений соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки) следует производить только в том случае, если рана свежая. Если с момента разрыва прошло некоторое время, то рана обычно уже инфицирована. Поэтому ее следует лишь затампонировать, а операцию на мочевом пузыре или на прямой кишке откладывают до того времени, когда рана зарубцуется. Пока же в мочевой пузырь вводят через уретру постоянный катетер, который оставляют на 6—8 дней; наблюдаются случаи, когда в течение этого времени небольшое отверстие в пузыре самопроизвольно закрывается.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ПРОНИКНОВЕНИЯ В ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ

Инородное тело, независимо от того, каким путем и с какой целью оно было введено в половой канал, может вызвать серьезные повреждения половых органов. Из полового канала инородные тела могут проникнуть в соседние органы, газовую клетчатку, брюшную полость. Литература весьма богата казуистикой подобного рода. Ввиду большого разнообразия инородных тел, которыми вызывались повреждения половых органов, целесообразно разделить их на группы в зависимости от той цели, с которой они были введены в половые органы.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА, ВВОДИМЫЕ В ПОЛОВЫЙ КАНАЛ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ

Обычно это влагалищные пессарии, которые не были удалены во время из влагалища и вызвали в его слизистой пролежни, сопровождающиеся зловонными выделениями. Особенно часто возникают пролежни вследствие плохо подобранных и слишком больших пессариев. Удаление большого пессария иногда встречает затруднения и его приходится разрезать или распиливать на части костными ножницами или проволоочной пилой Джилья, применяемой обычно при пубитомии. Хирургическое вмешательство может понадобиться тогда, когда кольцо пессария, постепенно обрастая грануляциями из краев пролежня, через некоторое время оказывается вросшим в стенку влагалища. В подобном случае необходимо разрезать ткани поверх и вдоль ободка пессария, вросшего в стенку влагалища. После извлечения пессария рану смазывают йодной настойкой и тампонируют влагалище. Значительного кровотечения при этом обычно не бывает и накладывать швы не приходится. Конечно, операция в подобном случае не является в буквальном смысле неотложной, но чем раньше инородное тело будет удалено, тем лучше прогноз. Особенно важно удалить как можно скорее из полового канала обломки инструментов, введенных с диагностической или лечебной целью, например, зонд, канюли от шприцев и т. п. Неотложность операции диктуется в этих случаях возможностью проникновения инструмента в соседние органы и ткани, в том числе и в брюшную полость, что может повести к опасным последствиям: кровотечениям, воспалениям и даже к смертельному перитониту.

Если обломок инструмента остался в матке, то его извлекают, раскрыв предварительно шейный канал хирургическим путем для того, чтобы можно было ввести в матку корнцанг или палец. Производить с этой целью расширение шейного канала расширителями Гегара мы считаем нецелесообразным; так как расширитель, вводимый в матку с известным напряжением, может протолкнуть еще глубже оставшийся обломок в толщу стенки или даже за пределы матки. С нашей точки зрения в тех случаях,

в которых обломок инструмента проник в полость матки, следует рассечь переднюю стенку шейки матки, отслоив предварительно мочевого пузыря (kolpohysterotomia anterior), как при влагалищном кесарском сечении,

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА, ВВОДИМЫЕ В ПОЛОВОЙ КАНАЛ С ЦЕЛЬЮ ВЫЗВАТЬ АБОРТ

Чрезвычайно разнообразны те предметы и инструменты, которые вводились в половой канал с целью вызвать преступный выкидыш. Иногда вводимый инструмент выскальзывал из манипулирующей руки и целиком исчезал в матке или обламывался и застревал в глубине органа или в соседней ткани. В подобных случаях возникает опасность для здоровья и жизни больной, что вызывает необходимость оказания неотложной помощи.

Известны случаи, когда инородные тела, введенные с целью плодизгнания при асептических условиях, проникая в брюшную полость, инкапсулировались в ней и в течение долгого времени не вызвали симптомов. Но это счастливые исключения. В большинстве случаев оставление инородных тел, проникших в матку или через ее стенку в брюшную полость, вызывало разлитой перитонит и сепсис (случаи Кривского, Бекмана, Мпроновой и др.). Поэтому, если установлено, что в половом канале оставлено инородное тело, его необходимо удалить, прибегнув в случае необходимости к операции.

Обнаружить инородное тело в матке не всегда легко. Если беременности нет или она прервана (неполный или полный выкидыш), то сначала можно попытаться нащупать инородное тело в полости матки при помощи зонда. Но если зондированием и можно обнаружить наличие инородного тела, то остаются неизвестными его величина, форма, местоположение: находится ли оно только в полости матки или, перфорировав маточную стенку, уже проникло за пределы матки. Металлическое инородное тело можно легко обнаружить при помощи рентгеновых лучей, но для того, чтобы точно определить нахождение инородного тела, необходимо произвести несколько рентгеновских снимков в различных плоскостях, а иногда для ориентировки необходимо предварительно ввести в полость матки металлический зонд. Если ни зондирование, ни рентгеновский снимок не обнаружат в матке инородного тела, то при наличии соответствующих анамнестических данных необходимо обследовать полость матки пальцем, для чего приходится прибегнуть к кольпогистеротомии (влагалищное кесарское сечение). Удалить из матки инородное тело можно корнцангом, пинцетом или иными щипцами, наконец, пальцем.

Значительно сложнее обстоит дело в тех случаях, когда инородное тело, перфорировав матку, вышло за ее пределы и проникло в соседние органы и ткани, особенно в брюшную полость. Повидимому, чаще всего через стенку матки проникают в брюшную полость резиновые бужы и катетеры.

Обнаружить металлическое инородное тело, лежащее в брюшной полости, можно при помощи рентгеновых лучей. В редких случаях удается прощупать инородное тело через брюшную стенку. Легче поставить диагноз в том случае, когда инородное тело находится в полости таза, особенно если оно лежит в дугласовом пространстве. Тогда его удастся прощупать при двуручном исследовании через влагалище или прямую кишку. Следует, впрочем, иметь в виду, что инородное тело, попав в брюшную полость, легко переносится, благодаря перистальтике кишок, в отдаленные от матки отделы брюшной полости.

Так, в случае Ширшова буж через 4 дня после перфорации матки был при исследовании обнаружен в заднем дугласовом пространстве, а через 16 дней при лапаротомии— в верхнем отделе брюшной полости между пупком и подреберьем.

Что касается метода о п е р а ц и и, то в тех случаях, когда инородное тело находится в области таза, его можно извлечь влагалищным путем при помощи передней или задней кольпотомии. В прочих случаях показана лапаротомия. В инфицированных случаях может понадобиться, помимо удаления инородного тела, еще и удаление перфорированной и инфицированной матки.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА, ПОПАДАЮЩИЕ В МОЧЕПОЛОВУЮ СИСТЕМУ ПРИ МАСТУРБАЦИИ ИЛИ ВВОДИМЫЕ С ЦЕЛЬЮ УСИЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧУВСТВА ПРИ ПОЛОВОМ АКТЕ

Число и разнообразие этих предметов чрезвычайно велико, и опубликованная в литературе казуистика по этому вопросу весьма богата. Почти всегда инородные тела, которыми пользуются с указанной целью, попадают в мочеполовые органы, выскользнув из рук и исчезнув в глубине канала, или же, что бывает значительно реже, концы их обламываются и ускользают. Нередко применяемые детьми при мастурбации предметы (головные шпильки, вязальные крючки, карандаши и пр.) попадают во влагалище или в мочеиспускательный канал, а отсюда в мочевой пузырь. Из мочевых путей инородное тело, особенно остроконечное, может проникнуть и в половой канал.

В то время как инородные тела, попавшие во влагалище, могут не вызывать более или менее серьезных симптомов, инородные тела, проникшие в мочевой пузырь, особенно остроконечные, колючие или объемистые, могут вызвать тяжелые симптомы: сильные боли, недержание мочи и пр.

Наличие инородного тела в мочеполовых органах может быть установлено анамнестическим путем. Конечно, не всегда это удается, так как больные, какого бы возраста они ни были, часто бывают недостаточно откровенными. Исследование через влагалище, а у девочек и девственниц через прямую кишку позволяет обнаружить инородное тело. С этой же целью может быть применено и рентгеновское исследование. Для того чтобы точно определить, где именно лежит инородное тело, приходится прибегать и к подсобным методам: цистоскопии, которая безошибочно позволяет определить наличие инородного тела в мочевом пузыре, к разрезу девственной плевы (с последующим ее зашиванием), если предполагается, что инородное тело находится во влагалище.

Инородное тело из влагалища извлекают пальцем или под контролем пальца корницангом или другим инструментом. Извлечение инородного тела из мочевого пузыря во многих случаях также возможно *per vias naturales*, т. е. через уретру, предварительно расширенную до проходимости пальца.

Инородное тело, находящееся в мочевом пузыре, можно захватить и извлечь щипцами под контролем цистоскопа. Иногда удается это сделать и не применяя специальных инструментов. Так, Штрассман, обнаружив в мочевом пузыре вязальный крючок, расширил уретру, ввел палец, в мочевой пузырь, перевел в продольное положение лежавший поперек крючок и извлек его щипцами. Аналогичным путем и нам удалось извлечь из мочевого пузыря головную шпильку. В отдельных случаях при наличии большого или остроконечного тела, которое нельзя извлечь через уретру, не повредив ее, приходится прибегнуть к разрезу стенки мочевого пузыря со стороны влагалища (кольпоцистотомия) или со стороны брюшной стенки (*sectio alta*).

Техника кольпоцистотомии. После обычной для влагалищных операций подготовки во влагалище вводится ложка зеркала, которой промежность и задняя стенка влагалища оттягиваются кзади. Благодаря этому обна-

жается передняя стенка влагалища, позади которой лежит дно мочевого пузыря. Разрез проводится скальпелем по средней линии передней влагалищной стенки, отступя от наружного отверстия уретры на 3—4 см, и ведется до влагалищного свода (рис. 187). Разрез проникает через влагалищную стенку и непосредственно прилегающую к ней стенку мочевого пузыря в полость последнего.

Через сделанное отверстие пальцем обследуют полость пузыря и удаляют находящееся в ней инородное тело. Затем зашивают мочево-

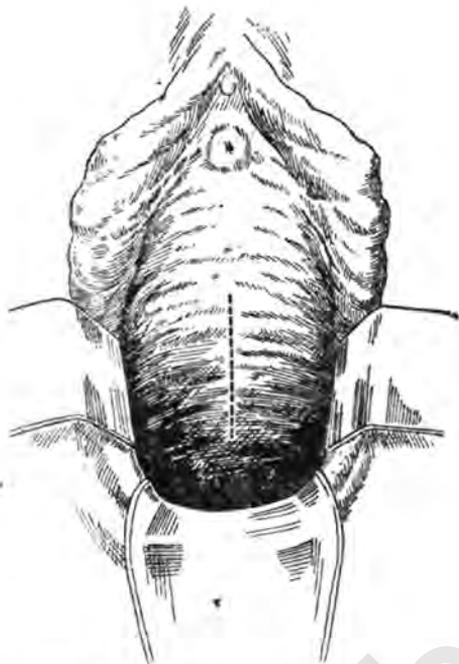


Рис. 187. Кольпоцистотомия. Разрез по передней стенке влагалища для вскрытия мочевого пузыря.

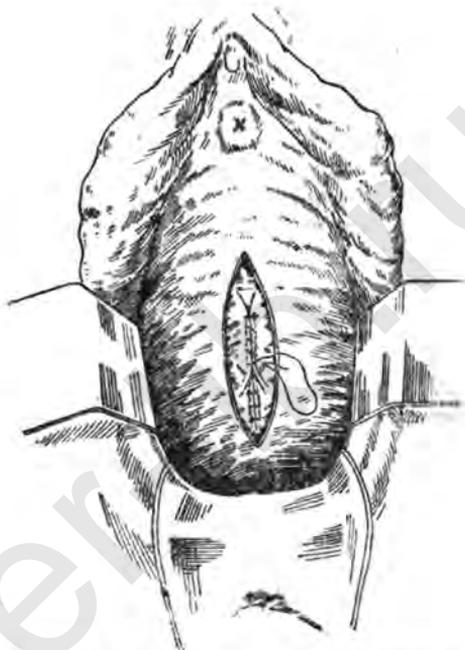


Рис. 188. Кольпоцистотомия. Зашивание стенки мочевого пузыря в два этапа. После наложения узловатых швов на разрез стенки мочевого пузыря (первый этап) на ней проводится непрерывный тонкий кетгутовый шов наподобие лембертовского шва при операции на кишечнике (второй этап).

пузырь так, чтобы швы герметически закрывали полость пузыря. Для этого сначала накладывают ряд тонких кетгутовых швов так, чтобы не проколоть слизистой оболочки мочевого пузыря и чтобы края разреза плотно соприкасались между собой. Второй ряд швов или один непрерывный шов накладывают поверх первого ряда швов по типу кишечного (лембертовского) шва (рис. 188). После того как разрез мочевого пузыря таким образом надежно зашит, отдельными узловыми швами или непрерывным кетгутовым швом зашивают разрез стенки влагалища. После операции в мочевой пузырь вводят на 3—4 дня постоянный катетер.

Техника высового сечения мочевого пузыря (sectio alta). Больную укладывают на операционный стол и придают положение со слегка приподнятым тазом. В мочевой пузырь вводят катетер, пузырь промывают и наполняют 300—400 см³ стерильного физиологического раствора или таким же количеством 2—4% раствора борной кислоты с таким расчетом, чтобы наполненный мочевой пузырь выступал высоко над лобком. Для того чтобы

жидкость из пузыря не вытекала, на катетер накладывают зажим. Разрез брюшной стенки ведут от лона по средней линии кверху; длина его, в зависимости от толщины брюшной стенки, колеблется от 6 до 10 см. После того как кожа, подкожная клетчатка и фасция рассечены, раздвигают предпузырную клетчатку. Стенку мочевого пузыря отделяют от клетчатки и через его переднюю стенку ближе к лону по обе стороны от средней линии проводят две временные лигатуры, которые после вскрытия пузыря удерживают его стенку на уровне раны. Между этими двумя лигатурами узким скальпелем рассекают стенку мочевого пузыря у самого лона. Пузырь вскрывают на протяжении 2 см. В момент вскрытия пузыря с катетера снимают зажим, жидкость из пузыря вытекает. Полость пузыря обследуют пальцем и инородное тело извлекают пальцем или щипцами. Разрез пузыря зашивают, как уже было описано при кольпоцистотомии, в два этажа: один ряд тонких кетгутовых швов проводят через стенку пузыря, не захватывая слизистой оболочки; поверх этого ряда швов накладывают второй ряд швов или один непрерывный тонкий кетгутовый шов наподобие лембертовского. Послойно зашивают брюшную стенку. Целесообразно после операции ввести постоянный катетер на 3—4 дня. При явлениях цистита необходимо ежедневно промывать мочевой пузырь небольшими количествами (30—40 см³) 2—4% борного раствора.

Хирургическим путем необходимо также удалять инородные тела, проникшие через стенку мочевого пузыря в соседние ткани—околопузырную клетчатку и т. п.

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПО ТИПУ «ПАДЕНИЯ НА КОЛ»

Эти повреждения имеют характер колотых ран, осложненных разрывом и размозжением тканей. Чаще всего они возникают при падении на вилы или на какой-либо острый предмет, или при нападении рогатого скота (бык поднял на рога) и т. п. Предмет, нанесший повреждение, может проникнуть в половые органы непосредственно через влагалище, через промежность, прямую кишку и даже через брюшную стенку. При этом могут быть повреждены не только половые органы, но и мочевой пузырь, уретра, прямая кишка; «кол» может проникнуть через влагалищный свод в брюшную полость и повредить любой орган брюшной полости.

Соответственно большому разнообразию повреждений, вызванных этим видом травмы, наблюдается и значительное разнообразие клинических симптомов.

Боли, как это ни странно, могут быть совсем незначительными, кровотечение, обильное в одних случаях, может быть незначительным в других, несмотря на повреждение артериальных сосудов, из которых кровь не выделяется, повидимому, вследствие размозжения тканей [Кнауэр (Knauer)]. Повреждения органов брюшной полости нередко сопровождаются явлениями тяжелого шока и даже ведут к смерти; в некоторых случаях, несмотря на тяжелые повреждения, не наступает даже и обморока. Описаны случаи, когда после травмы больные продолжали свой путь пешком.

Д и а г н о з и к а характера ранения базируется на данных анамнеза. Определение размеров травмы и локализации повреждений требует тщательного объективного исследования больной. Прогноз зависит от размера повреждения. Главная опасность заключается в повреждении внутренних органов и в загрязнении раны. Так как разбираемая травма половых органов часто сопровождается повреждениями органов и размоз-

железом тканей, то немедленное наложение швов не рекомендуется, и рану следует лечить открытым способом, обеспечивающим хороший отток раневого отделяемого.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ТУПОЙ ТРАВМЫ

Повреждения наружных половых органов могут явиться следствием тупой травмы—удара или ушиба; в результате может образоваться открытая рана, что наблюдается в тех случаях, когда при падении или ударе мягкие ткани вульвы бывают прижаты к острому краю лонной кости и таким образом повреждаются изнутри. При этом сбоку от уретры образуется рана, идущая наискось параллельно нисходящей ветви лонной кости. Эти раны обычно небольшие; но глубокие и доходят до кости. Если при этом повреждается кавернозное тело клитора, то кровотечение бывает чрезвычайно сильным. Чтобы остановить его, надо либо длительно прижимать поврежденные ткани к кости при помощи стерильного тампона, либо обколоть кровоточащие участки лигатурами. Обкалывание в области кавернозных тел может и не дать эффекта, так как из каждого укола иглой ткань вновь профузно кровоточит. В подобном случае надо зажать кровоточащие сосуды зажимами Пеана и оставить их в ране на 24—48 часов. Поверх зажимов кладут стерильный тампон, который удерживают Т-образной повязкой.

По литературным данным, повреждения наружных половых органов от тупой травмы наблюдались чаще у беременных, причем беременность нередко продолжалась еще в течение нескольких недель и даже месяцев.

Под влиянием тупой травмы в области наружных половых органов могут возникнуть подкожные гематомы. Если при тупой травме кровоизлияние произошло из венозных сплетений, заложенных в стенке влагалища, то образуется гематома влагалища. Гематома может при подобной травме образоваться и в fossa ischio-rectalis.

Лечение небольших гематом в принципе должно быть консервативным (покой, пузырь со льдом на область вульвы). При нагноении гематомы необходимо хирургическое вмешательство. Огромные быстро нарастающие гематомы также приходится вскрывать при помощи разреза и останавливать кровотечение обкалыванием и перевязкой кровоточащих сосудов кетгузовыми лигатурами.

Повреждения наружных половых органов, являющиеся результатом тупой травмы, действующей не непосредственно на эти органы, чаще всего наблюдаются при переломах костей таза. Они представляют обычно тяжелые и сложные повреждения (отрыв или разрыв уретры, отрыв влагалищной трубки от входа во влагалище и пр.) и часто сопровождаются повреждением внутренних органов. Лечение этих повреждений, если они не сопровождаются внутренним кровотечением или ранением брюшного органа, должно быть консервативным и заключаться в очистке и дренировании раны. При повреждении внутренних органов могут потребоваться сложные хирургические операции в зависимости от особенностей данного случая (Кнауэр).

Повреждения внутренних половых органов под влиянием не прямой тупой травмы могут возникнуть при тех же условиях, что и повреждения наружных половых органов. В общем они встречаются крайне редко. Травмирован может быть любой орган половой сферы. Но чаще это происходит при наличии предрасполагающих условий, например, при маточной или внематочной беременности или при наличии опухолей и т. п., и сопровождается внутренним кровотечением, явлениями острого живота.

КОЛОТЫЕ, РЕЗАННЫЕ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Ранения острыми предметами и инструментами или огнестрельным оружием могут оставить после себя простые, гладкие раны мягких частей наружных половых органов или могут вести к более сложным и даже сложнейшим повреждениям не только половых, но и соседних с ними брюшных или внебрюшинно расположенных органов и тканей.

Ранения внутренних половых органов встречаются редко ввиду защищенного положения их в тазу. Лишь при выпадении влагалища и матки и еще чаще при беременности или наличии опухолей внутренние половые органы выходят из своего защищенного положения и могут подвергнуться ранениям.

Во время Великой отечественной войны главный гинеколог Советской Армии проф. Жордания И. Ф. сообщил о 36 случаях огнестрельного ранения мочеполювых органов женщины при ранениях таза и нижней части живота. Жордания отмечает, что не всегда эти ранения распознаются своевременно. Между тем своевременная диагностика их имеет для исхода большое значение. Так, даже легкое ранение одного лишь влагалища может повлечь за собой тяжелые последствия (кровотечения, последующие абсцессы окружающей клетчатки, распространяющиеся на всю тазовую клетчатку). В некоторых случаях, когда ранение влагалища вначале не было распознано, впоследствии обнаруживались значительные стриктуры, служившие препятствием к половой жизни. В каждом случае ранения таза и нижней части живота у женщины необходимо тщательное гинекологическое исследование и; если при этом обнаруживается хотя бы небольшое повреждение половых органов; необходимо хирургическое лечение по общим принципам военно-полевой хирургии (введение съвороток, первичная обработка раны, при отсутствии признаков инфекции—наложение швов).

В советской литературе опубликованы единичные случаи ранения беременных. Опасность огнестрельных ранений матки при беременности велика; так как обычно ранения сопровождаются значительным кровоизлиянием; кроме того; при беременности повышена и опасность инфекции (Смид). Симптомы подобных ранений—кровотечения, боли, явления инфекции. Последняя распространяется особенно через проникшие в рану обрывки одежды или вследствие ранения кишечника.

В одном из случаев проф. Жордания, наблюдавшихся во время Великой отечественной войны, имелось пулевое ранение женщины, находившейся в конце беременности: пуля прошла насквозь через переднюю и заднюю стенки матки, ранив при этом внутриутробный плод. Было произведено кесарское сечение и зашивание множественных ран кишечника. Плод извлечен живым, несмотря на сквозное его ранение в области печени и почки. Ребенок не был оперирован, так как казался безнадежным, однако он остался жив и выздоровел. Выздоровела и мать.

Диагностика ставится на основании анамнеза и осмотра раненой.

Если повреждена матка, то необходимо произвести **чревосечение**. Вопрос о том, как поступить с беременной маткой, стоит в зависимости от характера ее ранения. В случае Долгополова, хотя ранение матки было проникающее, автор ограничился зашиванием раны; через 2 дня произошли самопроизвольные роды, и больная выздоровела. Другие авторы (Смид, Кристал и др.) считают, что при повреждении матки необходимо при всех обстоятельствах ее опорожнить путем кесарского сечения. Что же касается вопроса о том, как поступить с маткой после ее опорожнения,

т. е. зашить ее или удалить, то здесь, повидимому, следует проводить аналогию со случаями разрыва матки при беременности или в родах. В случае Кристала матка, несмотря на одновременное повреждение кишечника, была зашита, и больная выздоровела. Сמיד также считает, что удаление матки необходимо лишь в редких случаях, а именно при значительном повреждении, при трудно останавливаемом кровотечении или в инфицированных случаях.

В более ранние сроки беременности Керер считает необходимым, особенно при одновременном ранении кишечника, удалять матку, не опорожняя ее предварительно. Сמיד рекомендует при ранениях брюшных органов в конце беременности, даже если матка не ранена, все же ее опорожнить путем кесарского сечения, так как в противном случае большая матка будет мешать хирургу ориентироваться в брюшной полости и лишит его возможности обнаружить все имеющиеся повреждения брюшных органов. Сמיד, кроме того, считает необходимым во всех без исключения случаях дренировать брюшную полость. Этому же мнения придерживаются Фют и Штрассман, которые считают, что вообще лучше прибегать к дренажу слишком часто, чем слишком редко.

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ВРАЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЯХ И ОПЕРАЦИЯХ

ПОВЕРХНОСТНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Эти повреждения представляют собой обычно поверхностные ранения мягких тканей полового аппарата—слизистой входа во влагалище, влагалищного свода, влагалищной части матки; они возникают при гинекологическом исследовании, особенно зеркалами, при введении или удалении pessaries, при соскальзывании или срывании пулевых щипцов с шейки матки и т. п. В некоторых случаях подобные, сами по себе ничтожные повреждения приводят к серьезным последствиям лишь потому, что остаются нераспознанными.

Лечение этих повреждений крайне просто: смазывание iodной настойкой, стерильная повязка или закладка, при кровотечении—тампонация. в редких случаях—наложение шва.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Большее значение имеют повреждения, возникающие при врачебных манипуляциях (гинекологический массаж, выведение запрокинутой кзади матки и пр.) в глубине половой сферы и особенно в брюшной полости. Сюда относятся главным образом случаи кровоизлияния из разорванных брюшинных тяжей и спаек, из лопнувшего фолликула или желтого тела яичника и т. п. В большинстве подобных случаев лечение ограничивается консервативными мероприятиями—покой, холод на живот, болеутоляющие. Только в очень редких случаях при значительном внутреннем кровотечении приходится прибегать к чревосечению (см. раздел об яичниковых кровотечениях).

Особенное значение приобретают случаи проникающего в брюшную полость повреждения заднего влагалищного свода. Такие повреждения могут возникнуть при тех же манипуляциях, которые приводят и к поверхностным повреждениям влагалищных сводов,—чрезмерно энергичное выведение ретрофлексированной матки при удалении острой ложкой распада из глубокого ракового кратера, который образовался на месте влагалищной части матки при далеко зашедшем раке шейки матки, и пр.

Прободение влагалищного свода может произойти не только во время выскабливания раковых масс, но и при последующей каугеризации ракового кратера каленым железом, термокаугером или при электрокоагуляции его.

Каким бы образом ни произошло прободение заднего влагалищного свода, прежде всего важно установить, проникает ли рана в брюшную полость и, что особенно важно, не выпал ли через прободное отверстие во влагалище какой-либо брюшной орган. Если выпадения кишечной петли или сальника и ущемления этих органов во влагалищной ране не произошло и в то же время нет значительного кровотечения, то метод лечения в подобном случае будет консервативным: покой, холод на живот, болеутоляющие средства. Если выпавший из брюшной полости орган не поврежден, то его вправляют в брюшную полость и отверстие в своде дренируют. В случае повреждения брюшного органа или значительного внутреннего кровотечения производится чревосечение (см. раздел о прободении матки).

В результате неосторожного исследования может возникнуть внутреннее кровотечение вследствие разрыва кровеносного сосуда, проходящего по поверхности опухоли или в ее ножке. Диагностика и показания к операции будут в этом случае основываться на симптомах внутреннего кровотечения. Методика операции будет та же, что и при удалении опухолей по другим показаниям (см. соответствующие разделы).

Немедленного оперативного вмешательства требуют случаи разрыва какой-нибудь опухоли половых органов при врачебной манипуляции, особенно мешчатой опухоли с инфицированным и гнойным содержимым (пиеосальпинкс, овариальный абсцесс, нагноившаяся киста яичника и пр.). Диагностика подобного осложнения весьма проста: опухоль, ясно определяемая при пальпации в начале исследования, тут же, под пальцами, исчезает. К этому нередко присоединяются явления перитонеального шока или внутреннего кровотечения. В этих случаях показано немедленное чревосечение, удаление лопнувшей опухоли, а также по возможности удаление из брюшной полости излившегося в нее содержимого опухоли. Если содержимое опухоли инфицировано, то брюшная полость в конце операции дренируется.

Консервативный метод лечения при разрыве опухоли, лежащей в брюшной полости, можно проводить лишь в том случае, если значительного внутреннего кровотечения нет, если опухоль невелика, содержимое ее имеет серозный характер и не инфицировано. Так, например, можно поступить при разрыве небольшого гидросальпинкса или ретенционной кисты фолликула в яичнике и т. п. Но и в этих случаях необходимо тщательное наблюдение за больной, чтобы во-время заметить явления нарастающего внутреннего кровотечения или начинающегося перитонита и в случае такового тотчас предпринять чревосечение.

Среди повреждений, возникающих при акушерских и гинекологических операциях, встречаются и ранения мочевых путей. Ранение мочеиспускательного канала может произойти, например, при симфизотомии или при удалении кист передней влагалищной стенки.

Свежую рану зашивают тонким кетгутом, что обычно нетрудно, если разрыв продольный. Большие трудности возникают, когда мочеиспускательный канал разорван в поперечном направлении, вследствие чего центральный конец его ускользает вглубь раны, где его бывает трудно отыскать. В таких случаях приходится вскрыть мочевой пузырь со стороны влагалища или посредством надлобкового сечения и ввести катетер из мочевого пузыря в уретру ретроградным путем. Появившийся в ране катетер указывает место отхождения центрального конца мочеиспускательного канала (Штеккель).

Мочевой пузырь может быть поврежден непосредственно как при акушерской, так и при гинекологической операции. В акушерской практике это обычно имеет место при грубой травме. Разрыв, проникающий в соседние с половыми органами мочевые пути, может явиться, например, результатом соскальзывания акушерских щипцов или насильственного извлечения нераспознанного гидроцефала, при симфизеотомии и пуботомии, может быть причинен непосредственно акушерским крючком, неправильно введенным перфоратором и т. п.

Главная масса ранений мочевых путей вне родовой деятельности женщины падает на гинекологические операции, что не всегда оправдывается той тесной анатомографической связью, которая существует между этими двумя системами. Нужно признать, что в некоторых случаях причиной повреждения мочевых путей является недостаточная подготовка врачей, берущихся производить сложные гинекологические операции.

Чаще всего повреждения мочевого пузыря происходят при операции удаления матки. При всякой экстирпации матки необходимо отделить пузырь от шейки матки, с которой он связан соединительнотканной пластинкой. Большие трудности могут возникнуть в том случае, если пузырно-маточная соединительнотканная перегородка и сама стенка пузыря отечны и инфильтрованы. Но даже и без наличия патологического процесса отделение пузыря бывает затруднительно у женщин нерожавших и находящихся в климаксе. Во всех этих случаях отодвигание пузыря пальцем или тампоном представляет значительную опасность: соединительнотканная перегородка может оказаться устойчивее стенки мочевого пузыря, и при применении насилия последняя может прорваться. Следовательно, целесообразнее



Рис. 189. Отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки острым путем. Чтобы не поранить стенки пузыря, его приподнимают анатомическим пинцетом, причем ясно вырисовываются соединительнотканные волокна, прикрепляющие пузырь к шейке матки.

отсепаровывать пузырь острым путем при условии ясной ориентировки в границах между мочевым пузырем и маткой, что чрезвычайно облегчается приподниманием стенки мочевого пузыря пинцетом. При этом четко вырисовываются соединительнотканные волокна, прикрепляющие пузырь к шейке матки. Волокна эти перерезают у их основания на шейке матки, после чего пинцетом приподнимают следующий участок пузыря. Таким образом, последовательно вся соединительнотканная перегородка оказывается рассеченной, а пузырь отсепарованным (рис. 189).

Ранения мочевого пузыря распознаются иногда только после окончания операции, когда через катетер выделяется моча, смешанная с кровью, или чистая кровь. Полное отсутствие мочи наблюдается тогда, когда мочеточник случайно был захвачен лигатурой. В этих случаях необходимо, точно установив причину отсутствия мочи, принять соответствующие меры, т. е. в одном случае освободить мочеточники из лигатур, в другом — зашить рану пузыря тонкими кетгутевыми лигатурами (которые не должны захватывать его слизистую). Если рана находится в части пузыря, покры-

той брюшиной, то поверх первого ряда лигатур накладывается еще второй серо-серозный шов. Во всех случаях повреждения пузыря необходимо вводить постоянный катетер, так как это обеспечивает покой зашитому органу, что способствует его заживлению.

Повреждения мочеточников редко возникают во время самой акушерской операции; обычно они являются результатом последующего некроза тканей. Свежие повреждения мочеточников в виде ранения, отрыва или нечаянной перевязки наблюдаются почти исключительно при так называемых больших гинекологических операциях, главным образом при операциях удаления межсвязочно расположенных опухолей и преимущественно при расширенных операциях рака шейки матки и других злокачественных новообразований.

Наиболее целесообразным способом лечения свежего ранения мочеточника является немедленное восстановление его целостности, что может быть достигнуто различными способами. Продольные раны мочеточника заживают, как это установлено экспериментально, самопроизвольно. Поэтому зашивание их излишне и даже вредно, так как наложенные швы могут повести к изъязвлению (Губарев). Нужно только позаботиться о хорошем прикрытии поврежденного участка мочеточника брюшиной. При ранении мочеточника в поперечном направлении многими авторами с успехом применялось сшивание его концов. Более широкое применение получил метод вшивания мочеточника в пузырь, который дает в очень многих случаях прекрасные, особенно непосредственные послеоперационные результаты. Что же касается отдаленных результатов, то иногда они оказываются не такими блестящими, как вначале.

В редких случаях имплантация мочеточника в пузырь технически не выполнима. Сюда относятся случаи иссечения больших отрезков мочеточника или одновременного иссечения мочеточника и стенки мочевого пузыря, когда расстояние между отрезками слишком велико, чтобы их можно было соединить без натяжения. Для того чтобы и в этих случаях была сохранена функция соответствующей почки, было предложено имплантировать мочеточник в кишечник, в брюшную стенку, в поясничную область. Метод вшивания мочеточника в кишку, имевший горячих сторонников среди русских авторов в лице Грамматикати и Тихова, Маркова и др., не получил все же общего признания, так как наблюдения показали, что после операции нередко наступает пиелонефрит. Это же осложнение, хотя и несколько реже, наблюдается при вшивании мочеточника в переднюю брюшную стенку или поясничную область. Имплантация поврежденного мочеточника в неповрежденный мочеточник другой стороны представляет громадный риск, ибо в случае неудачи дефектными окажутся оба мочеточника, а в случае успеха на месте рубца может образоваться стеноз. Метод вшивания в дефект мочеточника полрой трубки, фаллопиевой трубы, червеобразного отростка, изолированной петли кишечника или стеклянной или металлической трубки еще не вышел из рамок эксперимента и не имеет практического значения. Таким образом, в некоторых случаях повреждения мочеточника необходимо прибегнуть к оперативным методам, выключаящим пункцию самой почки, т. е. к ее экстирпации или к перевязке мочеточника, следствием чего явится атрофия почки. Само собой разумеется, что как та, так и другая операция допустима только в том случае, если вторая почка здорова. Экстирпация почки является наиболее радикальным, но в то же время и весьма опасным методом, так как затягивает продолжительную и сложную основную операцию и значительно увеличивает и без того глубокий шок. Перевязка мочеточника, производившаяся раньше при помощи лигатур (из отечественных авторов этот способ применяли Феноменов, Тавилдаров, Попов и др.), дала в ряде

случаев отрицательный результат, так как лигатура прорезывалась, в результате чего образовывался свищ. Не абсолютно надежным оказался и предложенный Штеккелем искусственный перегиб мочеточника, и фиксирование этого перегиба при помощи лигатур. Более надежно, по нашему мнению, завязывание мочеточника узлом. Метод этот был предложен впервые Кавасоие, который в своих экспериментах на животных завязывал мочеточник сложным узлом наподобие истинного узла пуповины. В нашей клинике этот метод был применен в 4 случаях резекции мочеточника при запущенных случаях рака шейки матки. Мы завязывали мочеточник двумя простыми туго затянутыми узлами, лежащими на близком расстоянии друг к другу и как можно выше по направлению к почке. Результаты во всех 4 случаях были вполне удовлетворительные: функция соответствующей почки выключалась без каких-либо симптомов со стороны выключенной почки и без нарушения функции второй почки. Перевязка мочеточника не должна производиться при воспалительном процессе в почке. В этих случаях показана экстирпация почки, которая производится немедленно, если силы больной это допускают и если состояние второй почки не внушает сомнений. В противном случае операция удаления почки откладывается, а мочеточник временно вшивается наружу.

Самым частым повреждением половых органов, возникающим при врачебных манипуляциях и оперативных вмешательствах, является прободение матки.

ПРОБОДЕНИЕ МАТКИ

Клиническая картина и диагностика

Прободение матки, наблюдаемое чаще всего при выскабливании, является весьма серьезным осложнением операции. 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.



Рис. 190. Прободение передней стенки матки при ретрофлексии.

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 введенный в полость матки инструмент встречает то сопротивление, которое должна оказывать ему маточная стенка: инструмент как бы проваливается (рис. 190). Правда, некоторые авторы склонны думать, что этот симптом не является достоверным признаком перфорации, ибо в некоторых случаях он может быть результатом внезапной атонии матки или даже проникновения инструмента в фаллопиеву трубу через неповрежденную матку. Несколько десятков лет назад этот вопрос вызывал еще оживленные споры. В последнее время большинство авторов склоняется все же к тому, что внезапный провал инструмента надо рассматривать как симптом прободения.

На происшедшее прободение иногда может указать внезапно наступивший шок. Но даже после тяжелых и осложненных перфораций его может и не быть.

Извлечение инструментами из матки сальника, кишечной петли или другого органа брюшной полости, как, например, *appendici eripioisae*, яичника и пр., служит несомненным доказательством прободения матки.

При диагностировании прободения встречаются и «счастливые» ошибки. Я вспоминаю случай, когда врач привез в клинику больную, у которой он после производенного по поводу неполного выкидыша выскабливания, когда, по его мнению, плодное яйцо уже было целиком удалено, внезапно, к своему ужасу, обнаружил в канале шейки «висячую петлю». При осмотре оказалось, что то, что он принял за кишечную петлю, было вторым плодным яйцом.

Необходимо отметить, что правильно распознать характер и анатомическое строение извлеченной ткани среди массы соскоба не так легко. И если врач так хладнокровен и внимателен, что в состоянии сделать такое отличие, то нужно думать, что и самый момент перфорации не ускользнет от его внимания.

Постановка точной, в смысле размеров повреждения, диагностики имеет весьма существенное значение: такая диагностика предопределяет дальнейшие мероприятия, так как если при простом и неосложненном прободении матки в отдельных случаях еще возможно применение консервативного лечения, то при повреждении органа брюшной полости категорически показано немедленное оперативное вмешательство. К сожалению, точная диагностика размеров повреждения при прободении матки часто весьма затруднительна. Мы видели случаи, когда врач даже и не подозревал перфорации или когда объективные симптомы, которыми она сопровождалась, не давали никаких указаний на повреждение какого-нибудь органа брюшной полости, и тем не менее такие осложнения обнаруживались при лапаротомии.

Осложненные повреждения указывает Пегам (Pegam), диагностируются чаще, чем неосложненные. В осложненных случаях прободное отверстие обычно большое, вследствие чего бывает сильное кровотечение и нередко наблюдается шок. Главным же симптомом осложненного прободения матки является выпадение через перфорационное отверстие кишечной петли, сальника и других органов.

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

Следует указать еще на один симптом, на основании которого нам несколько раз удавалось диагностировать прободение матки в тех случаях, когда врач, производивший выскабливание, этого прободения не распознал. Данные, которые на словах сообщались оперировавшими и истолкование которых приводило нас к указанному диагнозу, заключались в

следующем: во время выскабливания врач замечает, что кюретка перестает удалять части плодного яйца, а кровотечение продолжается или даже усиливается и, следовательно, нет данных зато, что полость матки вполне опорожнена. Если такое положение имеет место в самом начале операции, когда о том, что плодное яйцо полностью удалено, еще не может быть в речи, подобное кровотечение весьма подозрительно на происшедшую перфорацию.

Если же кровотечение происходит в конце операции и кюретка, свободно экскурсируя в полости, новых масс плодного яйца не выводит, а кровотечение продолжается, то либо опорожнение матки не закончено и в ней остался кусочек плодного яйца, либо кюретка находится не в полости матки, а в брюшной полости или в клетчатке таза. В подобном случае внезапно возникает острая боль или наступают явления шока, что служит значительным подкреплением диагноза прободения. Само собой разумеется, что приведенный симптом начинающий и неопытный врач может усмотреть там, где перфорации нет, как, например, в начале операции, когда он еще не нащупал места прикрепления плодного яйца и манипулирует в полости матки между ее стенкой и плодным яйцом или даже в канале шейки.

Уверенность в том, что произошло прободение, появляется главным образом тогда, когда из матки выпадает или извлекается какой-либо орган брюшной полости. В других же случаях можно лишь заподозрить 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. Впрочем, дифференциальная диагностика между перфорацией и внематочной беременностью большого практического значения не имеет, так как и в том, и в другом случае необходимо немедленное оперативное вмешательство.

Одним из методов диагностики прободения матки является контрольное зондирование полости матки. Что касается ценности этого метода, то даже при многократном введении зонда в полость матки и тщательном ощупывании им ее стенок можно не обнаружить прободного отверстия, особенно если оно мало. При настойчивом же стремлении отыскать перфорационное отверстие зонд может прибавить новые перфорационные отверстия или произвести прободение в матке, которая только ошибочно была сочтена за перфорированную. Контрольное зондирование противопоказано в тех случаях, где полость матки инфицирована или имеется подозрение на инфекцию, так как при зондировании из полости матки новые массы инфекционного начала могут проникнуть в брюшную полость и тазовую клетчатку. Таким образом, контрольное зондирование допустимо прежде всего только в тех случаях, где возможность инфекции совершенно исключается. В тех случаях, когда имеется более или менее реальное подозрение на перфорацию, а консервативное лечение представляет опасность, а следовательно, диагностика должна быть поставлена вполне точно, необходимо прибегнуть к другим диагностическим методам, из которых особенно нужно рекомендовать заднюю кольпотомию. Эта операция в указанных случаях имеет значительные преимущества перед пробной лапаротомией. Она технически проста и сравнительно безопасна, чем выгодно отличается от пробной лапаротомии в инфицированных случаях. Применить заднюю кольпотомию с диагностической целью мы считаем менее рискованным, чем оставить вопрос о перфорации неразрешенным. Кроме того, во многих

случаях она дает возможность провести необходимые оперативные мероприятия, если перфорация будет установлена.

Большие затруднения при диагностике 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 умалчивают, но упорно и самым категорическим образом отрицают какую бы то ни было попытку избавиться от имеющейся или подозреваемой беременности. Но если в подобном случае нельзя установить, что перитонит является следствием прободения, то при тяжелом состоянии больной это не имеет решающего значения: лечение в этих случаях будет тем же, что и при общем гнойном перитоните иного происхождения; и одинаково мало сулит успеха. Но если состояние больной не тяжелое и воспалительный процесс не распространился на всю брюшину, то точная диагностика и установление перфорации как причины начинающегося воспаления брюшины имеют существенное значение, так как перитонеальные явления, наступившие после выскабливания, могут быть результатом прободения матки с последующей инфекцией или одной лишь инфекции матки без ее прободения. Если произошло прободение, то оперативное вмешательство дает наилучшие результаты. В случаях одной лишь инфекции необходимо прежде всего консервативное лечение, а к операции прибегают лишь после того, как образуется экссудат.

Для дифференциального диагноза можно иногда найти опорные пункты в анамнестических данных. Так, если достоверно известно, что до выскабливания у больной никакого воспалительного процесса не было и перитонеальные явления начались непосредственно после выскабливания, то подозрение на перфорацию получает некоторое подкрепление, ибо асцендирующий путь инфекции через трубы требует обычно больше времени, чем инфекция брюшины через перфорационное отверстие. Необходимо, однако, подчеркнуть, что такой ход развития заболевания наблюдается далеко не всегда. Иногда, впрочем, и после перфорации воспалительный процесс брюшины развивается медленно и не сразу приводит к тяжелому состоянию; с другой стороны, острое воспаление брюшины может начаться бурно непосредственно после аборта, хотя перфорации при этом не произошло. Так, например, может случиться при прорыве в брюшную полость гнойника (пиосальпинкса), не распознанного перед выскабливанием. Но это уже редкая казуистика. Обычно же бурное начало и быстрое нарастание перитонеальных явлений непосредственно после выскабливания говорят за перфорацию, особенно в тех случаях, когда эти явления разыгрываются на глазах врача, производившего выскабливание и хорошо, следовательно, знакомого с ходом операции. Труднее поставить диагноз, когда больная поступает уже с явлениями воспаления без достоверных анамнестических данных. Весьма соблазнительным может показаться для постановки диагноза применение в этих случаях контрольного зондирования. Но если в свежем и неинфицированном случае оно допустимо лишь в виде исключения, то в случаях начавшегося пельвеоперитонита оно, конечно, противопоказано. Скорее можно в подобном случае прибегнуть к пробной кольпотомии.

В тех случаях, когда состояние больной не внушает серьезных опасений и наличие прободения представляется сомнительным, можно сначала занять выжидательную позицию и, поместив больную в условия, допускающие возможность производства операции в любой момент, сначала применить консервативное лечение (покой, холод на живот и пр.).

Методы лечения

Неоперативный метод

Не подлежит сомнению, что в целом ряде случаев прободение матки может окончиться благополучно без всякого оперативного вмешательства. Доказательством являются те случаи, при которых прободение своевременно не было распознано, но последствия его в виде рубца на матке были случайно обнаружены при лапаротомии, предпринятой по совершенно другому поводу. Еще более убедительным доказательством бывшего прободения является обнаруженное во время лапаротомии врастание сальника в толщу стенки матки. Кронман приводит случай, когда после нормальных родов вместе с плацентой выпал наружу сальник, выросший в стенку матки при прободении ее во время предшествовавшего аборта. Кроме таких незаметно прошедших прободений, известно большое число прободений,



Рис. 191. Тампонация влагалища. Применяемый для тампонации широкий бинт захвачен корнцангом так, что при вращении корнцанга в одну сторону бинт постепенно разматывается.

которые, будучи распознаны при выскабливании, не были подвергнуты операции и закончились выздоровлением больной. Тем не менее такие случаи не могут служить доказательством того, что перфорация матки не требует немедленного оперативного вмешательства. Наоборот, изучение большого материала, накопившегося в литературе по вопросу о лечении прободения матки, и наш личный опыт заставляют прийти к выводу, что в большинстве случаев это осложнение требует экстренной операции. Консервативное лечение допустимо лишь в исключительных случаях. Полностью отдать себе отчет во всех этапах операции, при которых прободение могло случиться, и благодаря этому правильно оценить размеры повреждения может только тот, кто сам производил выскабливание. Поэтому ограничиться консервативным методом лечения и взять на себя за это ответственность, по нашему мнению, может только врач, или лично производивший выскабливание, или руководивший операцией и наблюдавший за всеми ее этапами; в противном же случае больную необходимо оперировать.

Для того чтобы применить консервативный метод лечения, необходимо быть уверенным, что прободное отверстие мало, что внутреннего кровотечения нет, что больная не инфицирована, что в полость матки не выпала кишечная петля или сальник, что брюшные органы не поражены и что нет других побочных повреждений. А об этом можно думать тогда, когда прободение произведено зондом, тонким расширителем Гегара, палочкой ламинарии, но не скоблелящими или хватающими инструментами, как кюретка, абортанг или корнцанг. При перфорации зондом или тонким бужом

маленькое отверстие может, благодаря сокращению маточной мускулатуры, быстро закрыться и не вызвать значительного кровотечения, но все же внутриматочные манипуляции должны быть немедленно прекращены. Если выскабливание производится при беременности, то при первом подозрении на прободение, независимо от того, опорожнена ли полость матки или нет, операция должна быть тотчас прервана. Если яйцо или части его еще остались в матке и имеется наружное кровотечение, то влагалище плотно тампонируют, впрыскивают питуикрин Р, эрготин, на живот кладут давящую повязку, лед (рис. 191, 192, 193). При такой консервативно-выжидательной терапии необходимо зорко следить за состоянием больной, чтобы не упустить момента, когда кровотечение или начинающийся перитонит потребуют оперативного вмешательства.



Рис. 192. Тампонация влагалища. Применяемый для тампонации широкий бинт сложен «гармоникой».

Если при операции выскабливания применялись более толстые расширители или большие кюретки, то и отверстие в матке будет больше. Большое отверстие в матке даже в асептических и не осложненных ранениями других органов случаях всегда показывает оперативное вмешательство, во-первых, потому, что при больших повреждениях бывает сильное кровотечение, немедленная же операция предотвратит опасность острой анемии; во-вторых, если такая рана даже и закроется самопроизвольно, то оставшийся

после нее широкий рубец представит собой *locus minoris resistentiae*: при последующих родах на месте широкого рубца может произойти разрыв матки.

Если при операции выскабливания применялись более толстые расширители или большие кюретки, то и отверстие в матке будет больше. Большое отверстие в матке даже в асептических и не осложненных ранениями других органов случаях всегда показывает оперативное вмешательство, во-первых, потому, что при больших повреждениях бывает сильное кровотечение, немедленная же операция предотвратит опасность острой анемии; во-вторых, если такая рана даже и закроется самопроизвольно, то оставшийся



Рис. 193. Тампонация влагалища. После того как влагалище затампонировано, накладывают давящую повязку при помощи затянутого вокруг талии полотенца, под которое подложены скатанные простыни.

после нее широкий рубец представит собой *locus minoris resistentiae*: при последующих родах на месте широкого рубца может произойти разрыв матки.

Оперативные методы

Влагалищный метод. Этот метод может применять в случаях перфорации матки, не осложненной повреждением других брюшных органов, врач, владеющий техникой влагалищных операций. Влагалищный метод операции при помощи кольпотомии, особенно задней, имеет то преимущество, что шок от операции ничтожный, послеоперационный период протекает значительно легче, чем после лапаротомии, возможность появления послеоперационной грыжи отпадает. Кроме того, влагалищная операция не является в представлении больной такой катастрофой, как неожиданное

чревосечение, предпринимаемое ввиду за выскабыванием. Поэтому при прободении матки, не осложненном ранением других органов брюшной полости, можно произвести переднюю или заднюю кольпотомию, извлечь наружу матку, сравнять края маточной раны ножницами и наложить на перфорационное отверстие швы.

Подготовка к влагалищной операции состоит в подобном случае только в дезинфекции наружных половых органов; спринцевать влагалище, разумеется, нельзя, так как промывная жидкость и содержимое влагалища

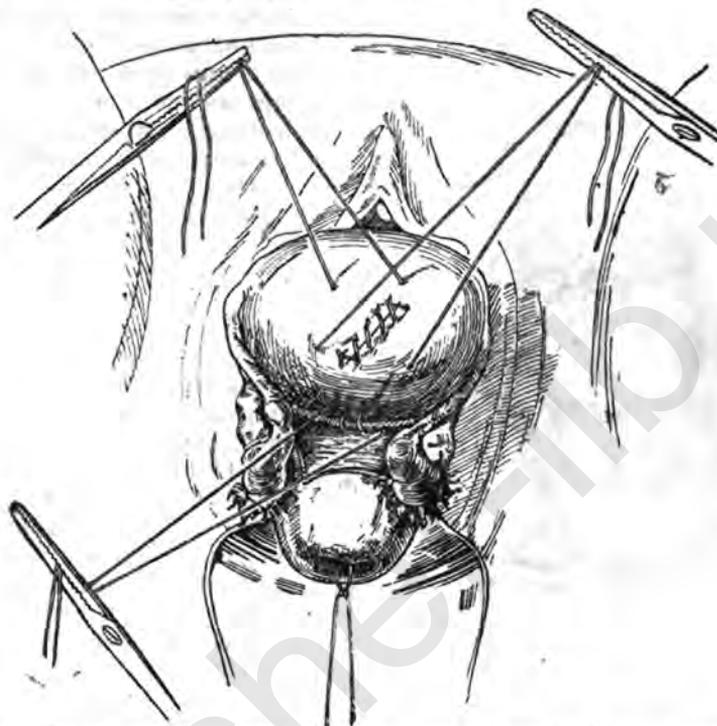


Рис. 194. Vesicifixura uteri, применяемая с целью перитонизации зашитого в матке отверстия. Матка извлечена через передний влагалищный свод (colpotomia anterior).

Через переднюю стенку матки проведены три ветгготовые лигатуры: первая — немного выше зашитого перфорационного отверстия, вторая — у нижнего конца, третья — у края брюшины маточно-пузырной складки.

могут попасть через перфорационное отверстие в брюшную полость и вызвать перитонит.

Извлечь тело матки наружу через отверстие во влагалищном своде можно только в том случае, если она не чересчур велика. Если же беременность достигла более позднего срока (например, 3—4 месяцев), а прободение произошло в начале операции, когда большая часть яйца еще находится в матке, то извлечение ее через разрыв во влагалище невозможно. В этом случае необходимо предварительно опорожнить матку. Сделать это при помощи кюретки или каких-либо щипцов, конечно, нельзя, так как инструментом можно вовлечь в перфорационное отверстие сальник или кишечную петлю и поранить их. В таком случае следует опорожнить матку пальцем, после того как свободный доступ в ее полость будет создан путем рассечения передней стенки шейного канала (colpohysterotomia anterior).

Передняя кольпотомия применяется в тех случаях, когда перфорационное отверстие находится на передней стенке матки или в ее дне. Перед-

няя кольпотомия дает большой простор для производства побочных операций, если таковые окажутся необходимыми. Так, например, при наличии ретрофлексии матки можно попутно сделать везикофиксацию или везико-вагинсфиксацию. Если перфорационное отверстие находится на передней влагалищной стенке, то при везикофиксации защитное перфорационное отверстие покроеется брюшиной задней стенки мочевого пузыря и таким образом будет изолировано от общей брюшной полости (рис. 194, 195). Но и задняя кольпотомия имеет свои преимущества, так как отверстие в заднем своде можно использовать для дренажа. Дренировать же полость малого таза при прободении матки мы считаем полезной, а иногда и необходимой мерой ввиду следующих соображений.

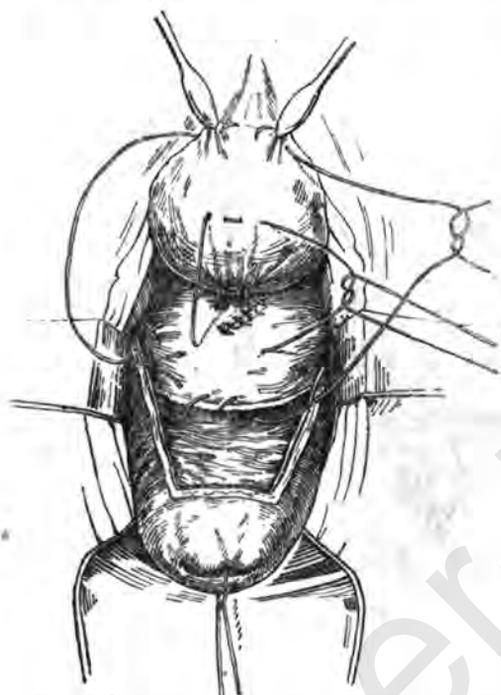


Рис. 195. *Vesicifixura uteri*. Матка возвращена в брюшную полость. Извлечен край брюшины мочевого пузыря: два зажима Пеана подтягивают этот край вверх, три лигатуры, которые были проведены через стенку матки, теперь проводятся через брюшину мочевого пузыря на соответствующей высоте. Первая лигатура завязана, вторая и третья—еще не завязаны.

При прободении матки в брюшную полость попадает некоторое количество крови, которую невозможно полностью удалить через отверстие во влагалищном своде. Если же это отверстие оставить открытым для дренажа, то в ближайшее после операции время оставшаяся кровь будет выделяться наружу. Особенно велико значение дренажа в тех случаях, когда матка не экстирпируется; несмотря на то, что случай подозрителен на инфекцию. Ввиду всех этих соображений мы считаем целесообразным поступать так: если прободное отверстие находится на задней стенке матки, то следует произвести заднюю кольпотомию, защитить перфорационное отверстие в матке и оставить небольшое отверстие в заднем влагалищном своде дренажа дугласова пространства. В остальных случаях лучше произвести переднюю кольпотомию, вывести матку наружу, наложить на нее швы и отверстие в переднем влагалищном своде закрыть наглухо. Если дренаж все же необходим, то нужно тут же произвести и заднюю кольпотомию. Отверстие в заднем влагалищном своде обшивают вместе с брюшиной и в него вставляют дренажную трубку или полосу марли. Но можно отверстие для дренажа в заднем влагалищном своде сделать и через передний свод следующим образом: после того как через переднюю кольпотомию извлечено тело матки, влагалищная часть матки также извлекается в *introitus vaginae*. Теперь один или два пальца, находящиеся позади влагалищной части, контролируют задний влагалищный свод, а другая рука корнцангом перфорирует сверху позади матки задний дугласов карман (рис. 196). Раскрывая корнцанг, увеличивают сделанное отверстие, которое до окончания основной операции остается незащищенным, и только тогда, когда перед-

ний влагалитный свод будет закрыт, отверстие обшивают несколькими кетгутowymi лигатурами. Перфорационное отверстие в матке зашивают так же, как и стенку матки при кесарском сечении. Но так как края отверстия часто бывают рваные, то их приходится сглаживать ножницами или скальпелем, а затем уже накладывать швы, обычно в два или даже три этажа.

Если перфорация матки произошла при беременности, то швы, захватывающие брюшину вместе с подлежащей мышечной тканью, могут быть проведены наподобие лембертовских швов на кишечнике. Затягивать их нужно очень осторожно, иначе они прорезаются. Если же была перфорирована небеременная матка, то наложить на нее лембертовский шов труднее и от этого лучше отказаться. Если перфорационное отверстие расположено на передней стенке матки, которая может быть покрыта брюшиной мочевого пузыря, весьма подвижной вследствие рыхлой с ним связи, то надежность шва от этого чрезвычайно выигрывает.

Как уже было указано выше, влагалитный метод операции при перфорациях матки имеет большие преимущества и в случаях, не осложненных повреждениями внутренних брюшных органов, вполне применим. Но, повторяем, категорическим условием для применения влагалитного метода операции является уверенность в том, что перфорация не сопровождалась побочными повреждениями. Чревосечение же дает возможность осмотреть и определить состояние брюшных органов и тщательнее удалить из брюшной полости остатки плодного яйца, если они попали туда через перфорационное отверстие. А для того, чтобы они не ускользнули и не затерялись среди кишечных петель, мы советуем начинать лапаротомию в горизонтальном, а не в тренделенбургском положении больной.

Выпадение через перфорационное отверстие органов брюшной полости. Если через перфорационное отверстие в матке были извлечены сальник или кишечная петля, но они не были повреждены, то при отсутствии условий для хирургического вмешательства можно рискнуть провести случай консервативно: надо вправить сальник или кишечную петлю в брюшную полость, полость матки и влагалитца затампонировать подоформной или стерилизованной марлей, назначить постельный режим, опиум и пузырь со льдом на живот (Чекетти, Флейшман). Вправление выпавших органов значительно облегчается, если перевести больную в тренделенбургское положение. Если выпавшая часть сальника повреждена, то перед вправлением ее резецируют. В подобных случаях необходимо особенно зорко следить за состоянием больной в ближайшие дни.



Рис. 196. Дренаж через задний влагалитный свод. Для того чтобы дренировать через задний свод в то время, когда матка извлечена через разрез в переднем своде, вводят 1 или 2 пальца левой руки под шейку в задний свод; под контролем другой руки направляют закрытый корнцанг вдоль задней стенки матки и перфорируют им дугласов карман и задний влагалитный свод.

Если у больной появятся признаки наружного или внутреннего кровотечения или явления перитонита, то необходимо немедленно приступить к лапаротомии. Вообще же консервативный метод лечения при выпадении сальника или кишечной петли применим, повторяем, только в самых исключительных случаях, как правило же, показана лапаротомия.

Лечение инфицированных случаев. Оперативное вмешательство безусловно показуется в случаях инфицированных, если даже прободение матки и не сопровождалось ранением кишечника или сальника. По указанным выше причинам в этих случаях известное преимущество может иметь влагалищный метод операции. Что касается вопроса о том, как поступить в таких случаях с маткой, т. е. оставить ее, зашив в ней отверстие, или ее

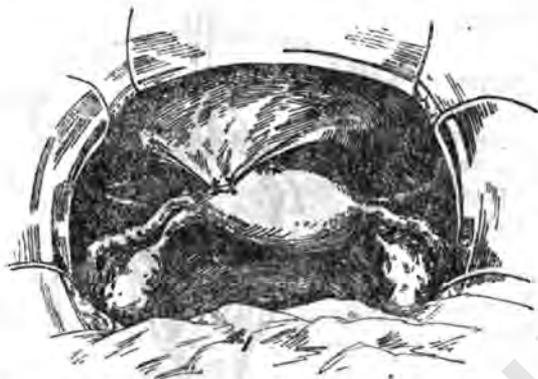


Рис. 197. Перитонизация зашитого перфорационного отверстия в матке при чревосечении. Брюшина мочевого пузыря пришивается к передней стенке матки.

удалить, то совершенно очевидно, что в случаях, заведомо инфицированных, экстирпация матки является наиболее надежным методом лечения. В тех же случаях, где только подозревается инфекция, приходится считаться с возрастом больной, с тем, имеются ли у нее дети и пр. Если больная не молода и у нее есть дети, то надо удалить матку.

Что касается метода операции при наличии уже развившегося перитонита, то здесь удаление перфорированной матки едва ли может улучшить прогноз. Наобо-

рот, больная в тяжелом состоянии может не перенести такую операцию, как экстирпация матки. Поэтому при уже развившемся перитоните мы отдаем предпочтение консервативному способу операции, цель которого состоит в том, чтобы обеспечить отток гноя, и поэтому ограничиваемся разрезом брюшной стенки и дренажем брюшной полости. Дренаж может быть проведен и через влагалище.

Экстирпацию матки приходится производить нередко и тогда, когда имеется значительное повреждение в области шейки матки, сопровождающееся образованием большой гематомы в параметрии. Абсолютно показана экстирпация перфорированной матки при злокачественных новообразованиях (рак, деструктирующий пузырный занос, хорионэпителиома).

Что касается случаев, подозрительных на инфекцию, то наиболее надежным способом их лечения является, как указывалось, экстирпация матки. Но если, ввиду особых обстоятельств, как, например, при настойчивом желании больной иметь в будущем ребенка, решено сохранить матку, то зашить перфорационное отверстие недостаточно: надо еще изолировать зашитое перфорационное отверстие от общей брюшной полости.

Изоляцию зашитого перфорационного отверстия в матке можно произвести и при лапаротомии (рис. 197). Брюшиной мочевого пузыря, которая во время беременности особенно легко от него отделяется, 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 так же, как предложил Сольмс, отделив от мочевого пузыря брю-

шину на протяжении от одной круглой связки до другой (рис. 198); покрыть ею, как чепцом, матку вместе с придатками и пришить ее край к задней поверхности матки (рис. 199).

Для подозрительных на инфекцию случаев прободения матки школой Бумма (Зигварт) был предложен следующий метод хирургического вмешательства, имеющий целью сохранить матку. Перфорационное отверстие в матке зашивают узловатыми кетгутowymi швами, проникающими через всю толщину маточной стенки. Поверх них накладывают еще два этажа швов, захватывающих брюшинный покров матки. Затем матку помещают внебрюшинно так, как этого требует в каждом отдельном случае расположение перфорационного отверстия. Если перфорационное отверстие находится в дне матки, то дно матки наклоняют кпереди и выводят его в нижний угол разреза париетальной брюшины.

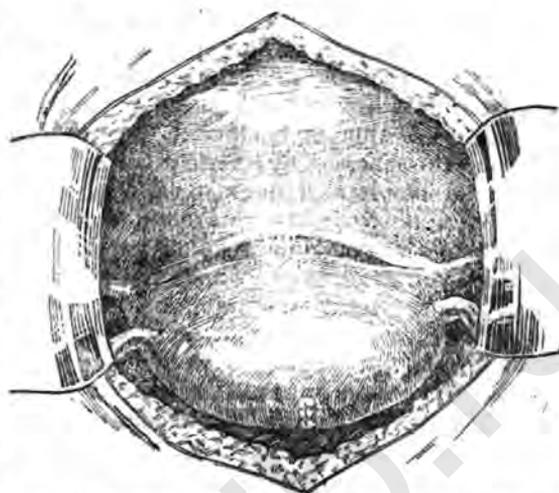


Рис. 198. Перитонизация зашитого перфорационного отверстия в матке при чревосечении. Для этого можно провести разрез через брюшину пузырно-маточной складки, отсепаровать ее вместе с мочевым пузырем от матки и покрыть ими зашитое перфорационное отверстие (рис. 199).

Края париетальной брюшины пришивают к задней поверхности матки позади перфорационного отверстия так, что дно матки как бы выглядывает из небольшого отверстия в париетальной брюшине в нижнем углу раны.

Вокруг дна матки париетальная брюшина пришивается к матке кетгутowymi швами, а затем прилегающие к ней с обеих сторон поверхности париетальной брюшины соединяются над ее дном кетгутowymi швами, покрывая таким образом перфорационное отверстие. Если перфорационное отверстие находится в задней стенке матки, то и тогда можно по Зигварту так наклонить матку кпереди, чтобы дно ее поместилось в *excavatio vesico-uterina*. Тогда перфорационное отверстие окажется наверху, и его также можно будет обшить брюшиной, как и в предыдущем случае.



Рис. 199. Перитонизация зашитого перфорационного отверстия в матке при чревосечении. Край отсепарованной брюшины пришивается ко дну матки.

Каких-нибудь последствий от такого насильственного смещения матки Зигварт не ожидает, так как перитонеальные сращения легко поддаются действию тяжести матки, которая впоследствии возвра-

щается в свое обычное положение. Зигварт сообщил о 8 случаях, а Фенис о 7 случаях, оперированных по этому способу и благополучно закончившихся. Франц получил приблизительно одинаковые результаты как при экстирпации матки, так и при зашивании перфорированной матки, хотя зашивку матку он не помещал экстраперитонеально.

Таким образом, по вопросу о том, как поступить с перфорированной маткой в случаях, подозрительных на инфекцию, мнения авторов расходятся. Мы лично, как выше указывалось, считаем, что в тех случаях, где имеется лишь подозрение на инфекцию, а особые обстоятельства (молодой возраст, отсутствие ребенка) вынуждают сохранить матку, можно пойти на известный риск и зашить перфорационное отверстие в матке. При этом необходима тщательная перитонизация зашитого перфорационного отверстия или дренаж через вагину.

При повреждениях, локализующихся в области шейки, в клетчатке таза, между листками широкой связки образуется гематома, принимающая иногда большие размеры. Через перфорационное отверстие в подбрюшинные пространства могут попасть и части плодного яйца. В этих случаях главной задачей является не только удаление гематомы или частей плодного яйца, а надежный гемостаз, для чего нередко приходится отыскать и перевязать поврежденный сосуд. Что касается выбора метода операции в этих случаях, то многие авторы считают наличие гематомы в широкой связке показанием к удалению матки, другие этого не признают. Мы считаем, что если гематома небольшая и случай неинфицированный, то можно применить консервативный метод операции: вскрыв брюшную полость и установив местоположение гематомы в подбрюшинном пространстве, разрезают над ней покрывающий ее листок брюшины, удаляют сгустки свернувшейся крови, обкалывают кровоточащие сосуды и снова зашивают брюшину. Бумм зашивает при этом брюшину двойным рядом швов. При остановке кровотечения в параметрии необходимо тщательно следить за тем, чтобы в лигатуру не попал лежащий вблизи мочеточник. В случаях инфицированных, а также при образовании в широкой связке очень большой гематомы консервативный метод операции нецелесообразен. Удалив матку, можно тщательнее удалить скопившуюся в подбрюшинном пространстве кровь и обеспечить надежный гемостаз. Так как при остановке кровотечения в поврежденном параметрии легко поранить мочеточник, то, прежде чем приступить к перевязке сосудов и обкалыванию кровоточащих мест, следует проследить ход мочеточника. Для этого после перевязки *lig. infundibulo-pelvicum* необходимо рассечь передний листок широкой связки вплоть до мочевого пузыря: после удаления гематомы прослеживают ход мочеточника и маточных сосудов и перевязывают последние. На неповрежденной стороне препарировать мочеточник при перевязке сосудов, конечно, излишне.

Что касается метода, по которому следует удалить перфорированную матку, то при выборе между полной экстирпацией и надвлагалищной ампутацией матки надо учесть следующее.

Так как инфицированные случаи перфорации, а также случаи обширного разрыва шейки с образованием больших гематом в параметриях требуют полного удаления матки, а септические случаи прободения тела матки могут быть подвергнуты консервативному методу операции, то суправлагалищную ампутацию матки применяют при прободении матки редко.

В большинстве случаев перфорации матки придатки не повреждаются, поэтому при удалении матки их можно оставить. Конечно, в случае повреждения их может явиться необходимость удалить яичник или трубу.

Технику надвлагалищной ампутации и полной экстирпации матки см. в разделе о разрывах матки.

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

В свежих случаях прободения данные наружного исследования живота, состояние пульса и общая клиническая картина могут иногда не дать указаний на происшедшее тяжелое повреждение брюшных органов. Но если известно, что прободение произведено коринчангом, необходимо тотчас произвести лапаротомию.

Если при прободении матки была извлечена и повреждена кишечная петля, то Отт не советует делать попыток к ее вправлению, 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 при лапаротомии извлекать из перфорационного отверстия не только до, но и после резекции. Резецированная часть кишки остается в матке и извлекается из влагалища (Бумм).

Что касается способов оперативного пособия при повреждении сальника или кишки, то здесь могут потребоваться самые разнообразные мероприятия, начиная от простого обкалывания кровотока сосуда сальника или наложения лембертовского шва на поврежденный серозный покров кишки и кончая резекцией того или иного отрезка кишки, наложения ализ праегнаaturalis и пр. На этих вопросах брюшной хирургии мы здесь останавливаться не можем. Укажем только на необходимость в случаях осложненного прободения матки планомерного и систематического осмотра органов брюшной полости, для того чтобы обнаружить повреждения кишки или ее брыжейки. Для этого весь кишечник, участок за участком, пропускают между пальцами, осматривают вместе с его брыжейкой и вновь погружают в брюшную полость. Если обнаружен один поврежденный участок кишки, то это не освобождает оператора от дальнейшего осмотра всего кишечника, так как такие повреждения нередко бывают множественными. Обследование всей брюшной полости необходимо еще и для того, чтобы обнаружить и удалить спавшие сюда части плодного яйца. В случаях инфицированных, — а к таким, безусловно, относятся случаи с проникающим повреждением кишечника, — брюшная полость обычно дренируется. Область малого таза дренируют через влагалище. Брюшную полость выше малого таза дренируют через разрезы брюшной стенки по средней линии или также по бокам.

Удаление из перфорированной матки остатков плодного яйца. Если при операции брюшностеночным или влагалищным 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 оставшимися в полости матки частями плодного яйца. Произвести выскабливание после того, как перфорированная матка зашита, опасно, так как при этом могут пострадать швы. Произвести выскабливание до зашивания еще более опасно, так как размеры повреждения могут увеличиться, а также могут появиться новые осложнения. Опорожнить матку посредством выскабливания через шеечный канал можно под контролем глаза или руки, охватывающей тело матки через разрез во влагалищном своде. Метод этот, однако, представляет большие неудобства. При лапаротомии оператор не может сам производить выскабливание и одновременно контролировать место прободения; в этих случаях ассистент производит выскабливание, в то время как оператор кон-

тролирует его действия со стороны брюшной полости. Можно поступить так: отверстие в матке зашивают, тело матки покрывают марлевыми салфетками; края разреза брюшной стенки временно соединяют при помощи пулевых щипцов и производят выскабливание полости через влагалище; после этого вновь раскрывают брюшную полость, удаляют салфетки, контролируют зашитое перфорационное отверстие и брюшную полость зашивают окончательно (Марковский). Метод опорожнения перфорированной матки через канал шейки требует большой осторожности во избежание новых ранений матки, особенно если имеется патологическое изменение маточной стенки. Если канал шейки недостаточно раскрыт и нелегко поддается расширению, то необходимо произвести рассечение шейки (влагалищное кесарское сечение) с тем, чтобы пальцем удалить остатки плодного яйца.

Другой метод опорожнения полости перфорированной матки заключается в следующем: опорожнение производят через перфорационное отверстие, которое в случае надобности увеличивают при помощи разреза. Это легко произвести как при кольпотомии, так и при лапаротомии. При кольпотомии мы извлекаем матку, обкладываем ее марлевыми салфетками, которые предохраняют брюшную полость от попадания в нее остатков плодного яйца. При лапаротомии во время выскабливания через перфорационное отверстие матку держат рукой или щипцами, обложив ее также салфетками.

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

Мы при операции по поводу прободения матки всегда опорожняем ее через перфорационное отверстие, увеличивая последнее, если в этом имеется надобность, небольшим разрезом. Если перфорационное отверстие ведет не в брюшную полость, а в параметрий, то для опорожнения матки мы делаем специальный разрез на ее передней стенке, как для малого кесарского сечения.

XI. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Среди послеоперационных осложнений одно из первых мест занимают осложнения со стороны дыхательных путей. Еще до начала операции должны быть приняты меры к предупреждению этих осложнений. Необходимо тщательно обследовать полость рта, носоглотки и дыхательные пути и при наличии катарральных явлений не применять эфирного наркоза, а пользоваться местной или люмбальной анестезией или гексеналовым наркозом. Следует избегать охлаждения больной на операционном столе. Маска при ингаляционном наркозе для каждой больной должна быть обтянута свежей марлей. Протирание рта во время наркоза следует производить бережно, не травмируя слизистой, обязательно стерильной марлей. В качестве профилактической меры против послеоперационной пневмонии мы после операции вводим внутримышечно 1,0 эфира (*Aether purissimi pro narcosi*) [Рисс и Поль (Riess и Pohl)]. Кроме того, мы к концу первого дня и на второй день после операции назначаем сухие банки на спину и грудь больной; к концу первых суток больную поворачивают на бок и заставляют двигать ногами.

При начавшемся бронхите или пневмонии большое значение имеет проветривание палаты, приподнятое положение верхней части туловища, гигиеническое обтирание кожи, рациональное питание жидкой, содержащей витамины пищей (фруктовые натуральные соки, экстракты витамина С), крепкий чай и кофе, введение 5% раствора глюкозы внутримышечно или посредством капельной клизмы (1 000,0—2 000,0 в день). В качестве сердечных средств применяют внутримышечные инъекции камфоры, кофеина, дигалена, кардиазола, внутривенное введение 5—10 см³ 40% стерильного раствора глюкозы (в остальном медикаментозное лечение бронхитов и пневмонии см. в руководствах по внутренним болезням). Мур (Moog) для улучшения экскурсий легкого и лучшего отхождения мокроты рекомендует при начинающейся односторонней послеоперационной пневмонии применять дыхательную гимнастику. Для этого больную укладывают на здоровый бок с согнутыми в коленях ногами. Свободная рука больной лежит на животе; врач, стоящий за спиной больной, кладет свою руку на ее руку, другая рука врача упирается в спину больной. Больная должна глубоко дышать и кашлять, в то время как врач нажимает рукой на брюшную стенку (рис. 200). Благодаря этому больное легкое делает большие экскурсии, чем улучшается отхождение мокроты.

Из осложнений, связанных с нарушением обмена веществ на почве оперативной травмы и наркоза, а также в результате голодания до и после операции, практическое значение имеет ацидоз. Клинические симптомы ацидоза ярко выявляются лишь при далеко зашедшем процессе: появляется слабость и истощение, со дня на день усили-

вается тошнота и рвота: больная становится беспокойной, мечется; дыхание учащается, в некоторых случаях при дыхании ощущается запах ацетона.

В качестве профилактики ацидоза Дитерихс рекомендует за 3—4 часа до операции давать чашку сладкого крепкого чая. Кроссен (Crossen) рекомендует тотчас после операции вводить 5% глюкозу внутримышечно в количестве 500 см³. Можно вводить большие количества 10% раствора глюкозы при помощи капельной клизмы. Ввиду того что при рвотеткани теряют воду, рекомендуется внутривенное введение хлористого натрия. Пропись следующая: *Natrii chlorati 2,0 in Soli. Glucosi 30% 20,0. Sterilis!*

Осложнения со стороны мочевых путей. Через 9—10 часов после операции больная должна помочиться. Однако нередко наблюдается задержка самостоятельного мочеиспускания, что может зависеть от разных причин. После тяжелых операций, особенно при наличии

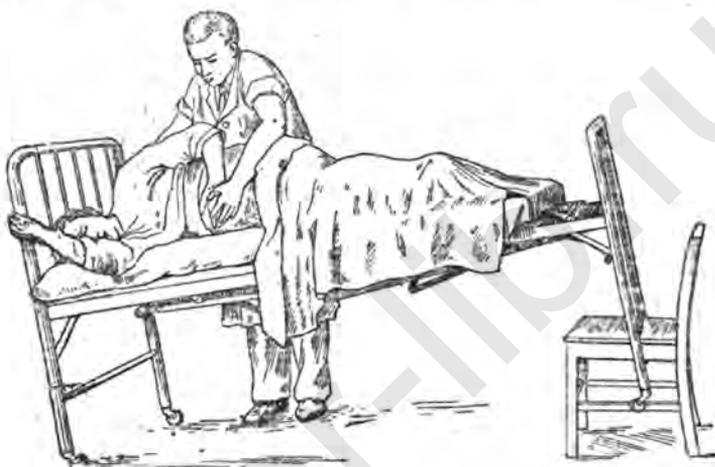


Рис. 200. Дыхательная гимнастика по Муру.

раздражения брюшины или травмы мочевого пузыря и мочеточников, больная нередко, вследствие атонии мочевых органов, не в состоянии самостоятельно помочиться. В этих случаях необходимо систематически 2—3 раза в день опорожнять мочевой пузырь катетером. Но чаще всего задержка мочеиспускания происходит от того, что одни больные не могут помочиться лежа, другие боятся напрягать брюшную стенку, чтобы не вызвать боли в брюшной ране. После операции на промежности больные иногда задерживают мочеиспускание, так как, попадая на рану, моча вызывает жжение. Иногда больная, видя, как спускают мочу катетером рядом лежащей больной, или если и ее прежде катетеризовали, ждет этой катетеризации и поэтому сама не мочится. В этих случаях врач и обслуживающий персонал должны принять все меры психотерапевтического воздействия, чтобы добиться самостоятельного мочеиспускания. Полезно положить на короткое время грелку на область мочевого пузыря или поливать теплой водой наружные половые органы 1—2 раза в день. У некоторых больных при звуке падающих капель появляется позыв к мочеиспусканию. Этот рефлекс можно использовать, оставляя в палате на несколько минут не совсем закрытым водопроводный кран, если таковой имеется. Там, где это возможно, больной придают полусидячее положение. Из медикаментозных средств применяют внутримышечное впрыскивание питуикрина или стрихнина, подкожное введение 25% раствора сернокислой магнезии в количестве 3—5 см³, внутривенное введение 40% раствора уротропина в количестве 5—10 см³.

Если все эти мероприятия не дают эффекта, то приходится прибегнуть к катетеризации мочевого пузыря. Байш рекомендует через 10 часов после операции ввести через катетер в мочевой пузырь 20 см³ стерильного 2% раствора борной кислоты в глицерине, после чего больная начинает самостоятельно мочиться. Мы рекомендуем применять этот метод не профилактически, а в том случае, если все вышеуказанные мероприятия не увенчались успехом.

Из осложнений со стороны пищеварительных органов в наиболее частом, чрезвычайно тягостным осложнением после операции является рвота. После общего ингаляционного наркоза рвота — почти постоянное явление. Какого бы происхождения рвота ни была (раздражение слизистой желудка, раздражение брюшины, ацидоз, непроходимость кишечника и пр.), лучшим средством против нее является полный покой желудка, необходимую же организму жидкость следует вводить подкожно или при помощи капельной клизмы; на область желудка кладут грелку, в тяжелых и упорных случаях делают промывание желудка.

После брюшностеночных чревосечений обычно наблюдается паретическое состояние кишечника, проявляющееся в умеренном метеоризме, затруднении отхождения газов, живот умеренно вздувается, раздутые петли кишок оттесняют диафрагму кверху и затрудняют дыхание, пульс учащается; при более сильном метеоризме указанные явления усиливаются, появляется тошнота и рвота. Лечение заключается во введении в прямую кишку газоотводной трубки, которая устраняет имеющийся иногда спазм сфинктера. Трубку вводят глубоко (сантиметров на 15—20) для того, чтобы она достигла ампулы прямой кишки, и оставляют ее на полчаса-час. Для борьбы с кишечной атонией одновременно с введением газоотводной трубки впрыскивают питуикрин. Если, несмотря на эти меры, газы не отходят и метеоризм не исчезает, то применяют сифонную клизму. Сифонная клизма вследствие того, что кишечник и без того перерастянут газами, вначале болезненна; поэтому, чтобы больная не сопротивлялась, не тужилась и не препятствовала вхождению воды, необходимо объяснить ей пользу подобной клизмы. Промывание следует производить вначале маленькими порциями воды, а затем, по мере отхождения газов, каждый раз увеличивать количество вводимой воды. Во время промывания рекомендуется трубку, введенную в прямую кишку, систематически продвигать вверх, а затем медленно вытягивать, следя за отхождением в это время газов. Для промывания кишечника приходится применять 10—15 л воды и больше. В нашей клинике за $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа до сифонной клизмы делают большой инъекцию 1,0 питуикрина под кожу с целью тонизировать мускулатуру кишечника и тем усилить действие сифонной клизмы. При продолжающемся метеоризме рекомендуются подкожные инъекции 1—2 раза в день по 1 см³ 1 : 1 000 раствора атропина.

При неотложных операциях, когда приходится оперировать без всякой подготовки кишечника, в послеоперационном периоде может обнаружиться закупорка кишечника твердыми каловыми массами — кишечная обструкция. Возникает тяжелая клиническая картина, напоминающая непроходимость кишечника: рвота, тошнота, схваткообразные боли в животе, чувство распирания, при этом может иметь место частый пульс при слегка повышенной температуре, напряжение брюшных мышц отсутствует; этим кишечная обструкция отличается от перитонита. Лечение сводится к энергичному промыванию кишечника до тех пор, пока не начнется отхождение размягченного кала и газов. После этого сразу наступает улучшение и восстанавливается нормальная перистальтика.

Редким, но весьма тяжелым послеоперационным осложнением является острое расширение желудка. Оно может возникнуть после

любой операции независимо от вида наркоза (даже после местной анестезии). Чаще всего острое расширение желудка бывает после чревосечений.

Симптомы острого расширения желудка напоминают вначале другие послеоперационные кишечные осложнения. В первые дни после операции наблюдается общее тяжелое состояние больной, жалобы на боли в подложечной области, рвота, значительное вздутие верхней части живота при общем умеренном вздутии его, напряженность и резкая болезненность в области желудка и мечевидного отростка, частый и слабый пульс, учащенное дыхание. С развитием явления лицо становится осунувшимся, глаза западают, нос заостряется (*facies Hippocratica*), язык становится сухим. В этих случаях прежде всего необходимо сделать промывание желудка содовым или физиологическим раствором. Несмотря на предшествовавшую обильную рвоту, все же удается вывести из желудка большое количество жидкости и газов. Ввиду того что из-за рвоты прием жидкости *per os* невозможен, организм больной в значительной мере обезвоживается. Поэтому необходимо 1—2 раза в сутки вводить питательную жидкость (1 000—2 000 см³ 5% раствора глюкозы) при помощи подкожного вливания или капельной клизмы. Кроме того, больная должна получать и сердечные средства (камфора, кофеин, дигален), а также средства, тонизирующие кишечную мускулатуру (питуикрин, стрихнин). Рекомендуется менять положение больной в постели; нередко поворачивание больной на живот или на бок при поднятом ножном конце кровати дает значительное улучшение общего состояния. В послеоперационном периоде также может возникнуть непроходимость кишок (симптоматологию см. в разделе «Непроходимость кишок и беременность»). Лечение механической непроходимости заключается в немедленном оперативном вмешательстве. Чем раньше производят операцию; тем лучше исход. В запущенных случаях может наступить некроз ущемленной кишки и тогда уже приходится произвести резекцию ее, что, конечно, ухудшает прогноз. Лечение динамической непроходимости может быть лишь консервативным и симптоматическим, а успех зависит от течения воспалительного процесса: в тех случаях, когда брюшина справляется с инфекцией, восстанавливается тонус мускулатуры кишечника, а вместе с ним и его проходимость. Обычно применяют тепло на живот (грелка, электрическая ванна), инъекции питуикрина 1—2 раза и стрихнин (1,0 раствора 1 : 1 000); сифонные клизмы, которые можно повторять с промежутками в 3—5 часов. В некоторых случаях эффект получается от подкожного введения атропина (0,005—0,01) или физостигмина (0,001) по 2 раза в день.

Шок, коллапс и послеоперационные кровотечения. После тяжелых операций, особенно если они производятся по поводу обширных поврежденных или сопровождаются большой травмой, может возникнуть шок. При шоке сознание сохранено, имеются явления полного упадка сил: глаза закрыты, отсутствует реакция на окружающее, зрачки расширены, пульс частый, частое поверхностное дыхание, резкая бледность, падение кровяного давления; понижение сухожильных и чувствительных рефлексов и, наконец, вследствие резкого падения кровяного давления, наступает расстройство сердечной деятельности, которое может окончиться параличом сердца.

При появлении симптомов шока необходимо прежде всего поднять ножной конец кровати. Для тонизирования сердца и сосудов вводят стрихнин, питуикрин, адреналин (так как действие адреналина кратковременно, то его рекомендуется вводить повторно в малых дозах), кофеин и дигален. Раствор глюкозы вводят внутривенно (40% раствор в количестве 20—50 см³), подкожно или в виде капельной клизмы (5% раствор в количестве

1000 см³). Блестящий эффект оказывает переливание крови в количестве 400 см³ в тех случаях; когда одновременно имеется острое малокровие.

Если общее тяжелое состояние больной после операции является следствием не операционного шока, а коллапса, вызванного последующим кровотечением, то необходимо как можно скорее вновь открыть рану; отыскать источник кровотечения—обычно неперевязанный сосуд—и перевязать его или обколоть.

При кровотечении в брюшную полость наличие крови в ней можно обнаружить перкуссией или пункцией через задний влагалищный свод. Кровотечения после влагалищной операции обнаруживаются часто гораздо легче, чем при лапаротомии, потому что при этих операциях нередко применяются выпускники (марлевые полоски), вводимые для дренажа в клетчатку или в дугласов карман; в этих случаях всякое последующее кровотечение обнаруживается сразу. Если кровотечение происходит в клетчатку параметрия, то при гинекологическом исследовании, а иногда и при наружном можно обнаружить мягкую тестоватую опухоль над пупартовой связкой или над боковым влагалищным сводом. При внутреннем кровотечении после лапаротомии должно быть немедленно сделано повторное чревосечение. Если последующее кровотечение возникло после влагалищной операции, то сначала можно попытаться остановить кровотечение через влагалище; в отдельных случаях, когда кровоточащий сосуд находится близко от влагалищной раны; его удается захватить и перевязать или обколоть. Если же кровотечение происходит из высоко лежащей культи и кровоточащий сосуд недоступим со стороны влагалища, то в этом случае надо немедленно предпринять брюшностеночное чревосечение. При небольшом кровотечении из влагалищной стенки или близлежащей клетчатки можно прибегнуть и к плотной тампонации.

Эвентрация как послеоперационное осложнение возникает обычно без всяких предвестников до или после снятия швов, иногда много дней спустя. При этом больная внезапно ощущает, что в области раны как будто что-то лопнуло. При значительном выхождении кишечных петель или сальника могут появиться симптомы раздражения брюшины и картина перитонеального шока. Крестовский указывает, что иногда еще до наступления эвентрации под кожей появляется эмфизема. Как только обнаружена эвентрация, больную без всякой подготовки кладут на операционный стол. Если эвентрация произошла под повязкой, то повязку снимают лишь тогда, когда больная находится в глубоком наркозе. Вокруг кишок производят дезинфекцию брюшной стенки и внутренности направляют в брюшную полость. Методика зашивания брюшной стенки обычная. По вопросу о том, следует ли зашивать брюшную рану наглухо или же применять дренаж брюшной полости, мнения расходятся. По сборной статистике Соколова результаты получаются почти одинаковые при том и при другом способе (31,2 и 31,7%). При зашивании могут быть применены следующие варианты: брюшную рану зашивают наглухо или зашивают наглухо брюшину и апоневроз, а в подкожную клетчатку вводят дренаж, или все слои брюшной стенки зашивают на определенном участке и в брюшную полость вводят тампон по Микуличу. В хирургической клинике Левита зашивают брюшину вместе с апоневрозом, а кожу отдельно. Некоторые хирурги зашивают брюшную полость одноэтажным швом—через все слои (Нисневич).

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт 16
 — шеечный 20
 — — — отличие от шеечной беременности 24
 Абсцесс бартолиновой железы 170
 — Дюпонтрена 260
 — парауретральных желез 274
 — ретромаммарный 275
 — тазовой клетчатки, вскрытие брюшно-постеночным путем 260
 Анемия после кровотечений из половых органов, борьба 112
 — при разрыве матки, борьба 86
 Анестезия при кесарском сечении 122
 Антошиной-Егорова проба пирамидо-
 вая 176
 Аорта, прижатие при кровотечениях вследствие разрыва матки 75
 — — — — из половых органов 13, 14
 — — — — — жгутом Момбурга 14
 — — — — — способы 13
 Аппендикс, положение в разные сроки беременности 233
 Аппендицит острый 231
 — — в родах 231
 — — операция ранняя 232
 — — предсказание 232
 — — при беременности 231
 — — — — — диагноз 235
 — — — — — дифференциальный 236
 — — — — — клиника 234
 — — — — — лечение 237
 — — — — — операция, методика 238
 — — — — — опорожнение матки 238
 — тазовый 217
 Arteria epigastrica inferior 260
 — — superficialis 260
 Атонические (гипотонические) кровоте-
 чения после рождения плаценты 43
 Атония матки 43
 Аутогемотрансфузия крови 114
 Барденгейера операция при ретромам-
 марном абсцессе 278
 Бартолиневы железы, абсцесс 269
 — — — во время беременности 273
 — — — картина клиническая 270
 — — — лечение 270
 — — — ложный 270
 — — — техника вскрытия 270
 — — — экстирпация, техника 271
 Бартолинит гнойный в родах 273
 — — во время беременности 273
 Беременность, аппендицит острый при
 ней 231
 — брюшина 206
 — в зачаточном роге матки 207
 — — — — — диагностика 208
 — — — — — лечение 209
 — — — — — удаление маточного
 рога, техника 209
 — — — — — внематочная 172
 — — — — — брюшина 206
 — — — — — диагностика, выскабливание мат-
 ки 201
 — — — — — интерстициальная 203
 — — — — — лечение оперативное 204
 — — — — — признак Руге-Симона 204
 — — — — — разрыв, картина клиническая
 204
 — — — — — кровотечение 176
 — — — — — межвязочная 205
 — — — — — вторичная 205
 — — — — — операция, техника 205
 — — — — — первичная 205
 — — — — — нарушенная, отличие от маточ-
 ного выкидыша 194
 — — — — — опухоль кровяная зачаточная 198
 — — — — — поздних сроков 209
 — — — — — вмешательство оперативное
 209
 — — — — — диагноз 210
 — — — — — проба с пиятугладолем
 211
 — — — — — марсуниализация, техни-
 ка 212
 — — — — — операция 211
 — — — — — радикальная, тех-
 ника 211
 — — — — — симптомы 210
 — — — — — признак Эйзенштедтера 196
 — — — — — разрыв беременной трубы, диа-
 гноз дифференциальный 177
 — — — — — исследование крови 176
 — — — — — лечение 179
 — — — — — консервативное 192
 — — — — — оперативное 180
 — — — — — — при зачаточной
 кровяной опухоли 189
 — — — — — — реинфузия крови
 189, 190
 — — — — — — техника опера-
 ция 180
 Беременность внематочная, разрыв бе-
 ременной трубы, лечение оператив-

- Замочная кровяная опухоль, отличие от пельвеоперитонита 198
 — — — прокол пробный через брюшную стенку 199
 Зельгейма операция 144
 Илеус 221
 Инородные тела мочеполовой системы 286
 — — половых органов 284, 285
 — — полости таза, операция 286
 Интерстициальная беременность 203
 Ишурия парадоксальная 146
 Кавасойе метод завязывания мочеточника узлом 295
 Кесарское сечение 115
 — — анестезия инфильтрационная 123
 — — — местная 122
 — — — брюшностеночное классическое 124
 — — — — зашивание матки 126
 — — — — техника 124
 — — — в инфицированных случаях 141
 — — — влагалитное 137
 — — — обезболивание 138
 — — — показания 137
 — — — техника 139
 — — — внебрюшинное 142
 — — методика операции 121
 — — обезболивание 122
 — — перешеечно-шеечное (ретровезикальное) 129
 — — — показания 115
 — — — абсолютные 115
 — — — относительные 116
 — — — — декомпенсация сердца 118
 — — — — опухоли половых органов 119
 — — — — переносимость плода 120
 — — — — поперечное положение плода 117
 — — — — предложение плаценты 118
 — — — — при узком тазе 116
 — — — — эклампсия 117
 — — — — рубцы матки 119
 — — — — таз узкий 116
 — — — при декомпенсации сердечной деятельности 135
 — — — предложении плаценты 31
 — — — с оставлением искусственного свища матки 144
 — — — шеечное при предложении плаценты 32
 Кишечная обструкция послеоперационная 311
 Кишечник, непроходимость 221
 — — лечение 226
 — — операция 227
 — — — опорожнение кишечника 230
 — — — подготовка больной 227
 — — — способ Шлоффера 229
 — — — техника 228
 — — — послеоперационная 312
 — — — прерывание беременности 227
 — — — при беременности, операция, техника 228
 — — — резекция кишки 229
 — — — родоразрешение 227
 — — — уход в послеоперационном периоде 230
 Колика грубая 175
 Коллапс послеоперационный 313
 Кольпотомия задняя, техника 246
 — — при прободении матки 300
 Кольпоцистотомия, техника 286
 Кровозлияния в клетчатку во время родов 54
 Кровотечения атонические (гипотонические) после рождения плаценты 43
 — — — — — лечение, метод Генкеля 44
 — — — — — — удаление матки 45
 — — — — — — остановка 43
 — — — в последовом периоде 40
 — — — раннем послеродовом периоде 40
 — — — из половых органов 12
 — — — — борьба с анемией последних 112
 — — — — в первом и втором периодах родов 25
 — — — — — определение источника, методика исследования 15
 — — — — — остановка временная, методика 13
 — — — — — прижатие аорты 13
 — — — — — жгутом Момбурга 14
 — — — — — — способы 12
 — — — — — поведение врача при оказании помощи 13
 — — — — — показания к неотложной помощи общие 12
 — — — — — при предложении плаценты 25, 26
 — — — — — шеечной беременности 23
 — — — — — симптомы угрожающие 12
 — — — — — угрожающие 12
 — — — разрывов наружных половых органов 54
 — — маточные в первые месяцы беременности 16
 — — — — — — показания и противопоказания к активному вмешательству 16
 — — — при выкидышах поздних сроков беременности 21
 — — — послеоперационные 313
 — — — при глубоких разрывах шейки матки 57
 — — — истинном приращении плаценты 41
 — — — неотделившейся плаценте 41
 — — — подслизистых фибромиомах матки 95
 — — — разрывах матки, наложение жгута Момбурга 75
 — — — раке шейки матки 112
 — — — яичниковые 213
 — — — диагноз дифференциальный 213
 — — — лечение 214
 — — — методика операции 215
 — — — отличие от аппендицита 213
 — — — — — признак Промтова 214
 — — — — — симптомы 213
 Куленкампа симптом 173
 Кюстнер-Пикколи операция, техника 92
 Литопедион 210
 Марсунизация, техника 212
 Мастит послеродовой гангренизирующий 280
 — — гнойный 274

- Матка, разрывы насильственные во время акушерских операций, симптомы 70**
- — — неполные 62
 - — — лечение консервативное 72
 - — — — оперативное, техника 77
 - — — тампонация 73
 - — — — техника 73
 - — — поздно распознанный, лечение 86
 - — — полный, лечение консервативное 74
 - — — предупреждение 70
 - — — причины 61
 - — — совершившийся, диагностика 68
 - — — — картина клиническая 66
 - — — — неполный, гематома подбрюшинная 68
 - — — — симптомы 66
 - — — угрожающие, диагностика 64
 - — — — картина клиническая 62
 - — — — предупреждение 70
 - — — — симптомы 62
 - — — шейки 55
 - — — — внутренние 49
 - — — — глубокие 57
 - — — — — зашивание 59
 - — — — — кровотечение 57
 - — — — — лечение 58
 - — — — — прогноз 58
 - — — — — зашивание 55
 - — — рак шейки, каутеризация опухоли 112
 - — — — кровотечения 112
 - — — — — каутеризация опухоли 112
 - — — — операция радикальная 163
 - — — — — отток секрета из подбрюшинных пространств 171
 - — — — — техника 164
 - — — — — роды при нем 162
 - — — — — у беременных, диагноз 162
 - — — — — картина клиническая 162
 - — — — — операция, методика 162
 - — — — — раны огнестрельные 290
 - — — — — тампонада при неполном разрыве, техника 73
 - — — — — фибромиома, вылушение 158
 - — — — — и выкидыш 157
 - — — — — удаление матки 158
 - — — — — комбинация с беременностью, родами и послеродовым периодом 156
 - — — — — кровотечения 93
 - — — — — кускование 110
 - — — — — некроз 156
 - — — — — во время беременности 156
 - — — — — — лечение 157
 - — — — — — симптомы 156
 - — — — — осложняющая послеродовый период 158
 - — — — — послеродовый период 159
 - — — — — подслизистая 95
 - — — — — симптомы 95
 - — — — — удаление 97
 - — — — — удаление матки 96
 - — — — — — через влагалище, кускование опухоли 110
 - — — — — — — техника 101, 102
 - — — — — — — экстирпации полная, дренирование подбрюшинных пространств, «бестампонное» 83
 - — — — — — — при разрывах ее, техника 82
 - — — — — — — через влагалище при фибромиомах, техника 102
- Матка, экстирпация через влагалище, техника 85**
- — — маточные кровотечения в первые месяцы беременности 16
 - — — маточный зев, разрезы 154
 - — — — — стенозы 154
 - — — — — межъяичная беременность 205
 - — — — — метеоризм послеоперационный 311
 - — — — — метрейризм при предлежании плаценты 32
 - — — — — микулича тампон 243
 - — — — — Момбурга жгут 14
 - — — — — — наложение при кровотечениях вследствие разрыва матки 75
 - — — — — мочевого пузыря, высокое сечение, техника 287
 - — — — — — инородные тела, высокое сечение пузыря 287
 - — — — — — — извлечение 286
 - — — — — — — кольпоцистотомия 286
 - — — — — — — повреждения при акушерских операциях 293
 - — — — — — — гинекологических операциях 293
 - — — — — — — удаление матки 293
 - — — — — — — разрыв в родах 87
 - — — — — — — зашивание 87
 - — — — — — — в результате акушерских и гинекологических операций 292
 - — — — — мочеиспускательный канал, повреждения при акушерских и гинекологических операциях 292
 - — — — — мочеполовая система, инородные тела 286
 - — — — — — извлечение 286
 - — — — — — — равнина огнестрельные 289
 - — — — — — — Мочеточники, завязывание узлом по Кавасою 295
 - — — — — — — имплантация в кишечник 294
 - — — — — — — мочевого пузыря 294
 - — — — — — — повреждения при акушерских и гинекологических операциях 294
 - — — — — — — — — лечение 294
 - — — — — непроходимость кишечника 221
 - — — — — — — диагноз 223
 - — — — — — — дифференциальный 225
 - — — — — — — динамическая 222
 - — — — — — — форма обтурационная 222
 - — — — — — — — — странгуляционная 222
 - — — — — — — картина клиническая 221
 - — — — — — — кишок, классификация 221
 - — — — — — — — Опделя 222
 - — — — — — — паралитическая 222
 - — — — — — — послеоперационная 312
 - — — — — — — при беременности 222
 - — — — — — — причины 221
 - — — — — — — — — симптом(ы) 222
 - — — — — — — — — — Валя 223
 - — — — — — — — — — формы 222
 - — — — — ногодержатели 10
 - — — — — — импровизированные 10
 - — — — — Ovula Nabothi 94
 - — — — — — — Операционная 9
 - — — — — — — — — Операционное поле, освещение 9
 - — — — — — — — — — Операция(ии) Зельгейма 144
 - — — — — — — — — — неотложные, подготовка 9
 - — — — — — — — — — — помещение для них 9
 - — — — — — — — — — — Паунца 144
 - — — — — — — — — — — Порро 143
 - — — — — — — — — — — Опухоли половых органов, перекручивание ножки 215

