

И. Н. РЕМБЕЗ

ОПЕРАТИВНАЯ  
ГИНЕКОЛОГИЯ

ПРОФ. И. Н. РЕМБЕЗ

# ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗДОРОВ'Я»  
КИЕВ—1966

В книге излагаются все новейшие методики оперативного лечения при гинекологических заболеваниях и неотложных акушерских операциях.

Автор подробно излагает возможные ошибки и осложнения при выполнении гинекологических операций, их причины и способы устранения, ведение послеоперационного периода, разнообразные послеоперационные осложнения, своевременное их распознавание и эффективные методики консервативного и оперативного их предупреждения и лечения.

Книга иллюстрирована, является пособием для врачей и студентов-медиков.

Рембез Иван Николаевич  
ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Редактор Г. М. Оснос  
Редактор издательства Н. К. Болдырева  
Художник Г. М. Балюн  
Художественный редактор А. И. Гуленко  
Техредактор А. А. Запольская  
Корректор О. П. Левченко

\*\*\*

БФ 02793. Заказ № 182. Тираж 25 700 экз. Подписано к печати 21/IX 1965 г. Учетно-издат. лист. 19,75. Бумага 70×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>, бумажных 9,4. Физич.-печати. л. 18,0+13 цв. выслен = 18,842. Условн.-печати. лист 22,01. Цена 1 руб. 63 коп. Т. П. 1965 г. № 46.

\*\*\*

Киевская книжная фабрика Государственного комитета по печати при Совете Министров УССР, ул. Воровского, 24.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Оперативная деятельность в сложной и многогранной работе врача акушера-гинеколога имеет большой удельный вес и представляет весьма важный раздел акушерства и гинекологии.

Гинекологические и акушерские операции при перекруте ножки яичниковой опухоли, разрывах опухолей и мешотчатых образований придатков матки, внематочной беременности, травмах родовых путей, операция кесарева сечения часто производятся при оказании неотложной помощи, и с ними должен быть хорошо знаком каждый акушер-гинеколог.

В нашей стране неотложные операции осуществляются не только в городских, но и в районных и многих участковых сельских больницах, а плановые гинекологические операции производятся не только акушерами-гинекологами, но и хирургами.

Поэтому для широкой массы врачей необходимо руководство по оперативной гинекологии, которое освещало бы на современном научном уровне все вопросы предоперационной подготовки и послеоперационного ухода, технику оперативного вмешательства и мероприятия по профилактике возможных осложнений.

Таким руководством для широкого круга врачей и является настоящая книга проф. И. Н. Рембеза.

В книге отсутствуют статистический материал и большие литературные ссылки, так как они часто загромождают текст. Исходя из большого личного опыта, автор дает четкое описание показаний, противопоказаний, наиболее рациональной методики обезболивания, правильного

выбора способа и техники оперативных вмешательств с учетом их характерных особенностей.

После изложения методики и техники оперативного лечения следует описание примерного хода операции, которое является своего рода учебным пособием, расширяющим познавательную роль книги. Этот прием автора учит врача логически мыслить, закрепляет навыки последовательного методического выполнения всех этапов операции и правильного документирования их, что очень важно для врачей, не имеющих еще большого опыта в оперативной деятельности.

В тексте имеется большое количество иллюстрирующих рисунков.

Настоящая книга будет для врачей полезным настольным руководством по оперативному лечению гинекологических и некоторых акушерских больных, будет помогать им в благородном труде — охране здоровья женщины, матери и ребенка.

Проф. Л. С. ПЕРСИАНИНОВ,  
действительный член АМН СССР,  
заслуженный деятель науки БССР

## ВВЕДЕНИЕ

Оперативная гинекология по способам и приемам оперативного воздействия на болезненно измененный орган является частью хирургии, а по своему содержанию — частью обширной области знаний о биологии и патологии женщины.

Оперативное лечение может быть успешным лишь при условии достаточного понимания хирургом сущности патологического процесса и изменений, которые произошли под влиянием этого процесса в органе, подлежащем оперативному воздействию, а также во всем организме больной.

Эффективность оперативной деятельности врача, несомненно, зависит от его индивидуальных особенностей: чем он изобретательнее и паходчивее, тем легче и быстрее может овладеть высоким мастерством оператора. Но одного только этого природного дарования далеко не достаточно. Необходимо овладеть не теоретизированными, а конкретными и четкими знаниями анатомии в широком смысле, ибо без этого совершенно невозможно так называемое смелое и быстрое оперирование. Как и в любой отрасли науки и искусства, в хирургии и гинекологии, в частности, имеются одаренные личности, однако при надлежащей настойчивости в сочетании с врачебной добросовестностью и общечеловеческой порядочностью, врач, не обладая особым талантом, но систематически тренируя себя, может с успехом овладеть основами оперативной гинекологии и с большой пользой для людей трудиться на этом поприще. Следовательно, не обязательно «родиться» хирургом, нужно родиться для хирургии.

В отношении требований к оператору мы полностью согласны с мнением старых хирургов, которые считали, что нужно оперировать быстро (*cito*), безопасно (*tuto*) и приятно (*jucundo*), то есть безболезненно.

Однако многие хирурги, в том числе гинекологи, считают, что завоевания асептики, разработка надежных методик обезболивания и открытие антибиотиков делают излишним старое хирургическое мастерство. И *cito*, к сожалению, ушло в прошлое. Теперь есть операторы, которые порой с гордостью заявляют, что они оперировали больную 4, а иногда и 6 часов. Мы с этим никак не можем согласиться. И совершенно прав К. К. Скробанский, который утверждал, что ...«имеется полное основание для того, чтобы современная хирургия вспомнила старый лозунг и снова начертала его на своем знамени».

Но хирург-гинеколог должен быть не только хорошим оператором, он должен быть также и вдумчивым клиницистом, должен критически взвешивать каждый свой шаг. Хирург, в отличие от других специалистов, имеет возможность постоянно контролировать свои знания путем сопоставления клинических наблюдений с наблюдениями во время операции и в послеоперационном периоде, а также с данными изучения изменений в удаленном во время операции органе. Это в значительной степени способствует совершенствованию знаний и приобретению практического опыта. И в то же время все, чем владеет хирург, — его знания, мастерство, клинический опыт — должно безраздельно принадлежать людям: его помощь должна быть доступна всем, нуждающимся в ней. В своих поступках хирург должен руководствоваться только интересами больного человека. Нет и не может быть для хирурга более высокого вознаграждения, чем выздоровление больного.

Не меньшее значение для успешной хирургической деятельности гинеколога имеет также правильная организация, продуманный в деталях план работы всего коллектива: это в значительной степени может компенсировать недостатки хирурга, оградить больных от раневой инфекции и различных других осложнений.

Некоторые почему-то думают, что методики оперативного лечения в гинекологии в течение нескольких последних десятилетий остаются неизменными. Мы с этим не можем полностью согласиться, так как почти все первоначально разработанные методики значительно изменены и постоянно продолжают изменяться и совершенствоваться, а некоторые

из них имеют лишь отдаленное сходство с первоначальными. Практически каждый оперирующий гинеколог, обладающий творческими способностями, в той или иной мере модифицирует — и нередко удачно — оперативные приемы или методику в целом. С введением в гинекологию эндотрахеального наркоза открылись новые перспективы дальнейшего совершенствования гинекологических операций. Показания к оперативному лечению гинекологических больных, методики оперативных вмешательств, оперативные приемы и техника в последние годы значительно изменились. Увеличилось количество оперирующих гинекологов, а руководств по оперативной гинекологии явно не хватает. Достаточно сказать, что в послевоенный период в нашей стране издано всего лишь три руководства: «Краткий курс оперативной гинекологии» Е. М. Шварцмана (1947), «Техника гинекологических и акушерских операций» И. Б. Левита (1949) и «Оперативная гинекология» И. Л. Брауде (1952, 1959), которые давно стали библиографической редкостью.

Эти в свое время ценные руководства, к сожалению, не отражают всех изменений, которые произошли в оперативной гинекологии в течение последних десяти — пятнадцати лет. Стремление дать в руки практического врача современное руководство и тем самым в какой-то мере восполнить пробелы в оперативной гинекологии побудило нас предложить настоящую книгу. Хотелось бы услышать мнение читателей о том, насколько достигнута эта цель.

Книга иллюстрирована рисунками, изготовленными лекционным ассистентом кафедры акушерства и гинекологии В. С. Адамчуком и ассистентом кафедры анатомии Ужгородского государственного университета художником Б. В. Гаватой, за что автор приносит им искреннюю благодарность.



## Глава I

### ПОДГОТОВКА ОПЕРАЦИИ

#### О ПОКАЗАНИЯХ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ К ОПЕРАЦИИ

В гинекологии оперативное лечение должно быть крайней мерой, когда все методы консервативного лечения испробованы или когда есть уверенность в том, что они не принесут пользы. Показания к операции должны быть обусловлены самим заболеванием и состоянием больной, тщательно продуманы и отражены в истории болезни. Операция должна преследовать цель не только устранить причины заболевания, но, по возможности, и сохранить функцию органа. По этому поводу Н. И. Пирогов писал: «Сохранение — наша цель, ампутация — последнее дело: она смертный приговор члену, для спасения коего мы призваны». Такой же точки зрения при решении вопроса об оперативном вмешательстве придерживался и А. П. Губарев. Он утверждал: «Не уничтожение больного органа, не устранение его функции, а восстановление его целостности и всех его отправлений — вот конечная цель всякой операции».

Как бы ни были хорошо произведены операции, определенный процент их может дать различные осложнения, иногда с летальным исходом. Одним из основных условий успешного оперативного лечения является правильная диагностика. Устанавливая диагноз так называемого основного заболевания, по мнению врача, являющегося показанием к операции, нужно с наименьшим чувством ответственности диагностировать и другие заболевания, которые могут быть противопоказанием к даче наркотика или к проведению самой операции. При наличии двух или больше заболеваний, по поводу одного из которых предполагается оперировать больную, нужно критически взвесить, что для нее опаснее: наркотизирование и операция или заболевание.

Установив безусловную необходимость оперативного лечения, хирург должен подобрать наиболее рациональный метод и дику операции, с помощью которой можно достигнуть наилучших результатов. Например, при миоме матки у молодой женщины более

показана консервативная миомэктомия, чем надвлагалищная ампутация матки. При полном выпадении матки и влагалища нерационально производить только вентрофиксацию, не восстановив целостности тазового дна и нормальных соотношений между маткой и соседними органами, в частности с мочевым пузырем. Нерационально также делать надвлагалищную ампутацию миоматозной матки (когда ее тело сохранить невозможно) при железисто-мышечной гиперплазии деформированной старыми рубцами шейки. В подобных случаях лучше сделать полную экстирпацию матки.

Еще не все методики операций совершенны, а некоторые излишне сложны, поэтому творчески мыслящий гинеколог должен постоянно упрощать и совершенствовать их, ибо чем проще методика операции, тем легче ее осуществить и тем лучше ее переносят больные. Но не нужно впадать в другую крайность и ради упрощения операции отказываться от ее сущности. Так, например, делая операцию по поводу рака шейки матки, нельзя вместо максимального удаления тазовой клетчатки и лимфатических узлов с резекцией значительной части влагалища ограничиться простой экстирпацией матки с придатками.

### ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОЙ И ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Не следует оперировать больных с гнойными заболеваниями кожи (фурункулез и др.), а также лихорадящих больных (в тех случаях, когда причиной лихорадочного состояния не является заболевание, по поводу которого производится операция). При наличии у больной насморка, ангины (тонзиллита), гнойного воспаления десен, катара верхних дыхательных путей рациональнее от операции воздержаться, если нет жизненных показаний (например, разрыв плацентарной оболочки, внематочная беременность, сильное кровотечение и др.).

Так называемая санитарная обработка при поступлении больных должна проводиться очень тщательно. На половых органах волосы аккуратно сбривают.

Больных перед операцией нужно обязательно обследовать. Одно только умение оперировать — недостаточная гарантия благоприятного исхода операции: хирург должен изучить не только состояние половых органов, но и общее состояние организма (органы дыхания, сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт и выделительная система). Не зная индивидуальных особенностей организма больной, можно легко ошибиться при выборе метода обезболивания, при составлении плана, определении величины и длительности предполагаемой операции, ее прогноза. В течение всего периода предоперационной подготовки у каждой больной необходимо ежедневно измерять артериальное кровяное давление; нужно также сделать общие (а при необходимости и повторные) анализы крови и мочи, произвести микроскопическое исследование влагалищного отделяе-

мого, определить групповую и резус-принадлежность крови, свертываемость крови, протромбиновый индекс. При подготовке больной к операции по поводу нагноительного процесса (пиосальпинкс, перитонит и др.) необходимо определить чувствительность микрофлоры пунктата или иным путем полученного воспалительного экссудата к антибиотикам. Обязательно также применение функциональных проб.

Результаты исследований используются как для дифференциальной диагностики, так и для установления показаний и противопоказаний к операции. Например, при реакции оседания эритроцитов, свидетельствующей об инфекционном заболевании или недавно перенесенной инфекции, рациональнее операцию отложить, если само заболевание (абсцесс дугласова пространства, перекрут ножки кистомы, некроз опухоли, разрыв пиосальпинкса и др.) не является показанием к операции. При отсутствии острых показаний, РОЭ выше 20—30 мм (по Панченкову) и высоком лейкоцитозе от операции лучше отказаться, закончить обследование больной и лечить сопутствующее заболевание.

При наличии нагноившихся пролежней и язв на шейке матки и стенках влагалища у женщин с опущением и выпадением матки необходимо добиться их заживления и лишь после этого приступить к оперативному лечению. В подобных случаях после спринцевания или протирания вводится во влагалище тампон с эмульсией синтомицина или иного антибактериального средства; применение цитратной крови в виде примочек или тампонов может тоже оказаться полезным, особенно при вялой, очень замедленной эпителизации. Еще лучше действует 0,5% раствор натриевой соли уксусной кислоты в касторовом масле, применяемый в виде тампонов (на 6—12 часов). Если у больных во время предоперационной подготовки диагностированы воспаления почек, почечных лоханок, мочевого пузыря, прежде чем произвести операцию, необходимо добиться их излечения. При тяжелых сопутствующих заболеваниях, например, при диабете, может быть, рациональнее отложить или совсем воздержаться от операции, заменив ее другими методами лечения.

Если чистота влагалищных выделений III—IV степени и большую готовят к влагалищной операции, рекомендуется в течение 5—7 дней (иногда больше) провести санацию.

Плановые операции следует делать в межменструальные дни, так как перед менструацией и во время нее наблюдается выраженная гиперемия органов малого таза.

В течение нескольких дней перед операцией мы считаем необходимым постельный режим; это способствует уменьшению кровенаполнения органов малого таза, что особенно показано при варикозном расширении вен таза и нижних конечностей, а также при опущении и выпадении матки. При необходимости в это же время можно подготовить сердечно-сосудистую систему назначением соответствующих сердечных и других средств.

Обычно больные перед операцией волнуются, боясь возможного плохого исхода операции, и страдают бессонницей. Поэтому желательно за 3—5 дней до операции назначать больным андаксин или триоксазин по 1 таблетке 3 раза в день. Спустя 15—20 минут после приема андаксина заметно улучшается настроение, проходят страхи, больная успокаивается и остается спокойной в течение всей предоперационной подготовки. Кроме этого, мы рекомендуем на ночь накануне операции назначать больным снотворные, например, барбамил — по 0,3 внутрь, ноксирон — по 0,25 также внутрь. Вместо барбамила или ноксирона можно применять также пипольфен (дипразин) в виде драже внутрь по 25—50—75 мг или в виде внутримышечной инъекции 1—2 мл 2,5% раствора.

Перед тем как решить вопрос об операции, нам кажется целесообразным произвести повторное гинекологическое исследование для уточнения диагноза. Известно, что при повторных исследованиях нередко клиницист изменяет диагноз и в связи с этим избирает иную методику операции или иной подход к органу, на котором предполагается произвести операцию, а в отдельных случаях вообще отказывается от оперативного лечения. Значительно облегчается гинекологическое исследование после опорожнения кишечника и мочевого пузыря; у отдельных больных, бурно реагирующих на пальпацию и напрягающих переднюю брюшную стенку, а также у очень тучных исследование лучше производить под кратковременным наркозом. Больным, готовящимся к операции под местной или спинномозговой анестезией, при которой сознание не выключено, рекомендуется заблаговременно разъяснить, какой способ обезболивания предполагается применить, какие они будут испытывать ощущения и как нужно вести себя, чтобы не затруднять хода операции; при этом врач должен гарантировать полную безболезненность.

Питание больных в предоперационные дни должно быть полноценным и калорийным, но из диеты необходимо исключить грубую и объемистую пищу. Следует позаботиться о ежедневном опорожнении кишечника; при запорах назначать слабительное или очистительную клизму. В последние сутки перед операцией больную переводят на жидкую диету (чай, кофе, суп, бульон с белым хлебом, не более 100,0, полужидкие каши, вечером — сладкий чай). Утром и вечером накануне операции больной дают слабительное; утром ставят очистительную клизму. Если больную готовят к операции на кишечнике, вышеописанную диету назначают за 3—4 дня до операции и ежедневно ставят очистительную клизму, а в последние сутки дают внутрь дважды слабительное и дважды ставят очистительную клизму (вечером и утром). Накануне вечером больную моют под душем и сбывают волосы на наружных половых органах и на коже живота (можно побрить утром в день операции); меняют белье.

Утром за 1—2 часа перед операцией больной следует принять 1—2 таблетки андаксина и одно из снотворных (0,3 барбамила или лучше

25—50 мг пипольфена), а за полчаса до операции ей нужно подкожно ввести 1—2 мл 2% раствора промедола (или 1—2 мл 1% раствора морфина), 1 мл 15—20% раствора кофеина и 3—4 мл 20% камфорного масла, после чего тщательно проспринцевать влагалище раствором марганцовокислого калия (1 : 2000) или раствором фурациллина (1 : 4000), осушить стерильными марлевыми салфетками, смазать 0,5—1% йодной настойкой и затампонировать, если предполагается брюшностеночная пангистерэктомия. Обычно это делают в манипуляционной (или в перевязочной) перед непосредственной доставкой больной в операционный зал.

При раке шейки матки влагалище следует спринцевать не менее 3 дней раствором марганцовокислого калия (1 : 2000) или раствором фурациллина (1 : 4000). Больную к операции можно подготовить и без спринцеваний, один-два раза в день вводя во влагалище с помощью катетера антибактериальные препараты, подавляющие рост патогенной флоры, или применяя тампоны с теми же препаратами. Обязательно проводится цистоскопия с целью определения распространения ракового процесса на стенку мочевого пузыря.

Перед операцией следует тщательно изучить функцию почек (хромоцистоскопия, проба Зимницкого, в нужных случаях внутривенная или ретроградная пиелография). Непосредственно перед операцией после тщательного спринцевания влагалища, спиртом и йодной настойкой обрабатывают наружные половые органы, катетером выпускают мочу. При экзофитном росте рака разрастания тканей иссекают электроножом или соскабливают острой кюреткой, после чего прижигают кровоточащие ткани. Прижигание (с помощью хирургической диатермии) должно быть проведено очень тщательно и методически. Для того, чтобы правильно сделать прижигание, необходимо хорошо раскрыть зеркалами влагалище и обнажить шейку матки. Не следует электродом прикасаться к влагалищному зеркалу или подъемнику, так как при этом могут возникнуть обширные ожоги влагалища. Еще лучше экзофитные разрастания иссечь проволочным электродом (изображенным на рис. 147) с помощью обычного аппарата хирургической диатермии и светящихся зеркал. По окончании прижигания влагалище дополнительно дезинфицируют тщательным очень осторожным протиранием его стенок спиртом и йодной настойкой, после чего тамponируют стерильным, специально для этой цели приготовленным, широким бинтом. Если раковая язва невелика и нет экзофитных разрастаний, можно не прибегать к помощи электроножа или кюретки, а ограничиться прижиганием. При отсутствии аппарата диатермии прижигание можно сделать и 20—30% раствором хлористого цинка: ватный шарик пропитать этим раствором и приложить на 2—3 минуты к язве, предварительно выполнив задний влагалищный свод ватой или марлей, чтобы избыток хлористого цинка не попал на слизистую влагалища.

Операционное поле дважды обмывают спиртом, после чего смазывают йодной настойкой. Мы считаем, что для обработки операционного поля лучше применять слабую настойку йода (1—2%), так как более крепкие настойки действуют прижигающе, повреждают эпидермис и снижают его регенеративные способности. Следует дезинфицировать кожу всего живота, лобка и частично бедер. При этом необходимо следить, чтобы йод не затекал на кожу спины, наружных половых органов и крестца, ввиду того что это может вызвать в послеоперационном периоде довольно болезненный дерматит. Особенно тщательно нужно продезинфицировать пупок, протерев спиртом и йодом все его складки.

Перед влагалищной операцией дезинфекцию кожи наружных половых органов и прилегающих участков, а также влагалища можно проводить на операционном столе непосредственно перед началом операции, без предварительной обработки. Попадание на кожу наружных половых органов спирта и йода вызывает сильное жжение, поэтому подготавливать операционное поле перед влагалищной операцией желательно один раз.

### ПОДГОТОВКА ОПЕРАТОРА И ЕГО ПОМОЩНИКОВ К ОПЕРАЦИИ

Сущностью асептики является профилактика загрязнения рук участвующих в операции лиц и всего того, что имеет соприкосновение с операционным полем (белье, инструментарий и т. д.). Более всего подвержены загрязнению руки. Поэтому все медицинские работники, имеющие отношение к хирургии, начиная от хирурга и кончая няней, должны тщательно предохранять свои руки от загрязнения гнойным отделяемым и другим инфицированным материалом, от травм, так как даже поверхностные царапины и ссадины легко нагнаиваются и могут длительное время быть источником раневой инфекции. Перевязки, гнойные операции и различные манипуляции, при которых возможно попадание бактерий на кожу рук, все лица, принимающие участие в операциях, должны делать в резиновых перчатках. Во всем комплексе профилактических мероприятий в операционном зале, направленных на недопущение раневой инфекции, ведущая роль принадлежит операционной сестре. Операционная сестра (а также няня) не должна одновременно выполнять другую работу, так как при этом возможно загрязнение рук. Придя на работу, операционная сестра и операционная няня должны вымыть руки горячей водой с мылом и досуха вытереть. Сухая невымытая рука менее опасна, чем вымытая мокрая, когда с нее падают капли воды, содержащие смывые с кожи микробы. Лучше всего пользоваться детским мылом, а не хозяйственным, которое при частом мытье рук щетками разъедает кожу. Работа операционного зала должна быть четко налажена, строго регламентирована и находиться под постоянным контролем ведущего хирурга и старшей операционной сестры.

Перед мытьем рук ногти должны быть коротко острижены и аккуратно подпилены. Все участвующие в операции лица подготавливают руки одним из следующих способов.

**Способ мытья рук по Спасокукоцкому** (несколько видоизмененный). Руки предварительно методически моют двумя кипячеными щетками с мылом в теплой текущей воде, по 3—5 минут каждой щеткой. Одной щеткой надо мыть руки до локтей, другой — до середины предплечий. Затем руки моют в проточном 0,5% растворе нашатырного спирта стерильной марлевой салфеткой или мягкой стерильной щеткой в течение 3 минут (можно мыть и в эмалированных тазах, дважды меняя раствор нашатырного спирта). После этого руки досуха вытирают стерильными марлевыми салфетками и тщательно обрабатывают 70° очищенным винным спиртом в течение 3—5 минут.

**Способ Фюрбрингера** (несколько видоизмененный). Первой щеткой с мылом под струей текущей теплой воды руки моют до локтей в течение 5 минут, второй щеткой — до середины предплечий, 10 минут, после чего досуха вытирают стерильными салфетками и тщательно обрабатывают 70° спиртом в течение 5 минут, а ногтевые фаланги пальцев смазывают йодной настойкой. Имеется еще несколько способов мытья рук, но для хирургической работы достаточно описанных.

Лучше оперировать в резиновых перчатках, так как они обеспечивают большую асептичность. В ходе длительной операции или сопряженной с возможным инфицированием следует после каждого ее этапа менять перчатки. При отсутствии перчаток необходимо обмыть руки теплым стерильным физиологическим раствором или лучше 0,5% раствором нашатырного спирта, затем, досуха вытерев марлевой салфеткой, тщательно обработать спиртом. Периодически чистоту рук хирургов, операционных сестер и всех других лиц, принимающих участие в операциях, следует контролировать путем посева смыва с рук на питательных средах (не реже одного раза в месяц). Все сотрудники операционного блока должны быть требовательны к себе в отношении чистоты рук и общей чистоплотности, ибо несоблюдение строгих правил личной гигиены обязательно влечет за собой неминуемое загрязнение рук, а значит и возможность раневой инфекции со всеми вытекающими отсюда последствиями. После операции рекомендуется смазать руки питательным кремом.

Подготовив одним из способов руки, хирург и все его помощники надевают стерильные маски, закрывающие полностью волосы, и халаты, рукава которых завязываются у запястья. Чтобы не загрязнить пол операционного зала, все входящие в него должны надевать специальную легкую обувь, служащую только для работы, или поверх обычной обуви надевать чистые бахилы (чехлы из хлопчатобумажной ткани). Все присутствующие во время операции (студенты, врачи-курсанты и др.) должны быть в халатах, масках и в специальной обуви или в бахилах. По-види-

тому, следует признать рациональной наметившуюся в последнее время тенденцию изготовлять халаты не из белой ткани, а из светло-зеленой и голубой.

### ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК

Размеры операционного блока зависят от масштаба лечебнопрофилактического учреждения. Основная составная часть его — операционный зал или залы, преддверьем которых являются предоперационные комнаты; с противоположной стороны находится инструментальная комната; стерилизационную лучше помещать в другом специальном здании. Для удобства в работе операционный зал должен иметь три двери: в предоперационную, инструментальную комнаты и в коридор. Стены и полы всех залов и комнат операционного блока должны быть выложены кафельными плитками, а потолки выкрашены цинковыми белилами. В приспособленных операционных залах стены и потолки можно выкрасить цинковыми белилами, а полы выстлать линолеумом. Нормальную температуру операционного зала (20°) лучше всего поддерживать при центральном водяном отоплении; батареи располагать так, чтобы их легко было мыть. При печном отоплении топка непременно выводится в коридор. Чистоту полов и стен необходимо поддерживать постоянно с помощью мытья и влажного вытирания. В операционном зале должно находиться лишь самое необходимое для операции: операционный стол (или столы), стол для стерильного материала и инструментария, передвижной малый инструментальный стол, аппараты для наркоза, стол анестезиолога с необходимым инструментарием и набором для реанимации, передвижная осветительная лампа и самое ограниченное число металлических стульев.

Стерилизацию инструментария и материала следует делать в предоперационной или в специально для этой цели отведенной комнате.

Желательно иметь два операционных зала; при загрязнении одного из них можно без ущерба для работы провести дезинфекцию. Если операционный зал один, надо планировать его работу так, чтобы сначала производились чистые полостные операции, потом влагилицные. Заведомо гнойные или с инфицированным содержимым (например, при раке шейки матки) операции должны осуществляться после чистых или в отдельные дни. После каждой такой операции во всем операционном блоке необходимо сделать генеральную уборку. Лица же, участвовавшие в производстве гнойной операции, должны не менее трех суток воздерживаться от чистых операций. После каждого операционного дня должен быть свободным хотя бы один день для дезинфекции операционного блока.

Лицам, работающим в септическом отделении, категорически запрещен вход в операционный зал. Дневное естественное освещение операционного зала должно быть вполне достаточным для проведения любой операции.



Искусственное освещение лучше всего достигается с помощью бестеневых электрических ламп. В помещении операционного блока необходимо иметь хорошую эффективную вентиляцию с вытяжным и нагнетающими вентиляторами; следить за тем, чтобы в нерабочее время операционный блок был закрыт.

**Инструментарий.** Для гинекологических операций применяется инструментарий, несколько отличный от применяемого при других операциях. Гинекологические операции чаще всего производятся в глубине операционной раны на органах, расположенных глубоко в малом тазу. Четкость оперативных приемов здесь зависит от длины инструментов. При пользовании длинными инструментами операционное поле не закрывается руками, и создаются благоприятные условия для наблюдения за ходом операции.

Для изоляции операционного поля стерильным бельем пользуются различными щипцами.

Для рассечения тканей брюшной стенки при брюшностеночном чревосечении и стенок влагалища при влагалищных операциях следует иметь хорошо отточенные скальпели, а еще лучше запас лезвий, надеваемых на специальную рукоятку. В некоторых случаях при рассечении брюшной стенки (у очень тучных особ) и проведении очерчивающих разрезов на стенках влагалища с обильной сетью сосудов целесообразно пользоваться электроножом. Разведение тканей в ходе всей операции после частичного рассечения брюшины мы производим длинными изогнутыми ножницами с тупыми концами (ножницы Купера). Нужно также иметь длинные изогнутые ножницы с острыми концами и длинные прямые с тупыми и острыми концами. Для отсепаровки поверхностно расположенных тканей удобнее пользоваться короткими ножницами Купера.

Для захватывания тканей или целого органа нужны различные щипцы: пулевые, щипцы Мюзо, Дуайена и другие, а для раскрытия операционной раны — ранорасширители. Мы пользуемся самодержащимися ранорасширителями, с помощью которых можно создать наибольшие удобства для выполнения операции. Иногда у очень тучных больных приходится дополнительно для разведения раны прибегать к помощи различных подъемников, тупых и острых крючков.

Из кровоостанавливающих зажимов удобнее и надежнее пользоваться зажимами Кохера и Микулича. Эти зажимы, хорошо сдавливая ткани, крепко удерживаются. В некоторых случаях для остановки кровотока, особенно из пристеночных мелких ветвей крупного сосуда, незаменимую услугу оказывают специальный изогнутый зажим без зубцов и «москит»; для захватывания различных тканей, а также при завязывании лигатур мы пользуемся зажимами без зубцов, но с более пологим изгибом. Для осушивания раны в глубине лучше всего применять длинные тампонаторы, а на поверхности раны — короткие. При наложении швов

мы пользуемся только иглодержателями Гегара различной длины. Необходимы режущие и круглые гинекологические иглы различных размеров с различной кривизной. Круглые иглы нужны для кишечного лива, а толстые, обкалывающие — для перитонизации. Для подведения лигатур под сосуды лучше пользоваться иглой Дешана, а при рассечении влагалища (операция пангистерэктомии) — специальными зажимами. Края кожи можно соединять металлическими скобками Мишеля, для чего нужен специальный пинцет. Для удаления жидкости из брюшной полости или из опухолей удобно пользоваться электроотсасывателем, а для захватывания тканей (яичник, маточная труба) — овариальными или полипными щипцами. В наборе гинекологических инструментов должны быть кишечные зажимы, катетеры и все необходимое для внутривенного и внутриартериального введения крови.

Для влагалищных операций могут быть использованы все инструменты, которыми пользуются при брюшностеночных операциях. Но кроме этого нужны влагалищные зеркала различной формы и размеров и подъемники. Для удаления из полости матки различных тканей (плодное яйцо, разрастания слизистой оболочки и др.) необходимо иметь маточный зонд, металлические расширители Гегара, кюретки различных размеров, вакуум-аппарат со специальным трубчатым наконечником.

Весь необходимый инструментарий перед операцией стерилизуется и в сухом виде раскладывается операционной сестрой на инструментальном столике (Юхера) в определенном порядке и в ограниченном количестве. Остальные инструменты выкладываются на стол для стерильного материала и инструментария.

Во избежание ошибок и осложнений во время операции лучше пользоваться минимальным количеством инструментов и после каждого этапа операции все инструменты менять. Если в ране очень много различных инструментов, оперативное вмешательство затрудняется и создаются условия, при которых можно один из инструментов оставить в брюшной полости. Инструменты следует брать только из рук операционной сестры и возвращать ей в руки.

**Ш о в н ы й м а т е р и а л.** Надо признать, что основным шовным материалом, получившим самое широкое применение в оперативной гинекологии, является кетгут.

Большое значение для успеха оперативного лечения больных имеет стерильность шовного материала. От этого в значительной степени зависит исход операции. Стерильность проверяется бактериологическим методом. Для этого небольшие куски простерилизованных шелка и кетгута погружают в питательную среду. Для связывания йода, который может задержать рост микроорганизмов, к питательной среде с погруженным в нее кетгутом прибавляют 0,2% гипосульфита. Посев нужно производить со строжайшим соблюдением правил асептики. В дальнейшем с целью

контроля стерильности шовного материала периодически повторяют по-сев, о чем делают соответствующие записи в специальном журнале.

Мотки шелковых нитей без предварительной обработки стерилизуют в автоклаве, как и весь необходимый операционный материал; хранят в специальных стерильных банках с притертыми пробками, заполненных 95° очищенным винным спиртом. В спирте шелк сохраняет свои качества и остается стерильным неопределенно долгое время.

Кетгут стерилизуют химическими способами. Приведем некоторые из них.

1. Каждую нить кетгута тщательно дважды протирают марлей, смоченной очищенным бензином, после чего дважды прополаскивают в стерильной дистиллированной воде, высушивая в стерильном полотенце, опускают на сутки в эфир, затем погружают на 10 суток в раствор следующего состава:

чистого йода . . . . .	—
йодистого калия . . . . .	aa 10,0
очищенного винного спирта . . . . .	1000 мл.

2. Мотки кетгута без предварительной подготовки погружают на 7 суток в раствор Люголя, состоящий из:

чистого йода . . . . .	—
йодистого калия . . . . .	aa 10,0
дистиллированной стерильной воды . . . . .	1000 мл.

После этого кетгут погружают на 48 часов в эмульсию следующего состава:

ксероформа . . . . .	5,0
глицерина . . . . .	25,0
наркозного эфира . . . . .	100,0
очищенного винного спирта . . . . .	500,0

Затем кетгут высушивают в стерильном полотенце в течение двух суток, после чего погружают для хранения в стерильную банку с притертой пробкой, заполненную очищенным винным спиртом.

3. Кетгут выдерживают двое суток в очищенном бензине, затем одни сутки в эфире и на 14 суток погружают в спиртовой раствор йода и йодистого калия. В этом растворе он и хранится.

Преимущества имеет второй способ, так как при этом способе приготовления кетгут в водном растворе разбухает и лучше пропитывается йодом, а следовательно, и надежнее стерилизуется.

Неиспользованный при операции кетгут нельзя возвращать в ту же банку, откуда он был извлечен; его необходимо положить в отдельную банку с раствором и после бактериологического контроля использовать в дальнейшем для малых операций.

Шелк и кетгут для операций нужно иметь разных размеров, хотя наиболее ходовыми являются № 0, 1, 2, 3, 4, а шелк для кожи — № 6. Шовный материал сохраняет, а также достает из банок операционная сестра. Металлические скобки Мишеля стерилизуют кипячением или в автоклаве.

Операционный материал и белье стерилизуют в автоклаве при давлении 2 атм в течение 45 минут. Материал и белье складывают в биксы и погружают в автоклав. Для контроля эффективности стерилизации между бельем или материалом закладывают пробирки с серой, которая плавится при 120° С. Перчатки в сухом виде пересыпают тальком; в каждую перчатку закладывают марлевые салфетки, обильно пересыпанные тальком. После этого перчатки складывают по парам, заворачивают в марлю и погружают в бикс. Таким образом приготовленные перчатки стерилизуют в автоклаве в течение 10 минут под давлением 2 атм. Перчатки можно также стерилизовать кипячением, опуская их уже в кипящую воду на 10 минут.

akusher-lib.ru

## Глава II

### ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

В послевоенные годы очень бурно развилось учение о хирургическом обезболивании и оформилось в самостоятельную медицинскую дисциплину — анестезиологию. В нашу задачу не входит изложение этой дисциплины полностью. Остановимся лишь на основных наиболее распространенных методах обезбоживания.

К ним относятся: а) эфирный наркоз масочный и эндотрахеальный; б) внутривенный гексеналовый наркоз; в) спинномозговая анестезия; г) перидуральная анестезия; д) инфильтрационная местная и проводниковая анестезия.

К любой методике обезбоживания больную нужно соответствующим образом подготовить, особенно если предполагается провести обезбоживание без исключения сознания. Если хирург рассчитывает оперировать под эфирным или внутривенным гексеналовым наркозом, следует сказать больной, что она будет усыплена и ничего не будет слышать. Большое значение имеет подготовка психики больной, если предполагается оперировать под спинномозговой, перидуральной или инфильтрационной анестезией. Надо отметить, что, несмотря на хорошо проведенную анестезию и вследствие этого полное отсутствие болевой чувствительности, тактильная чувствительность сохраняется. Поэтому следует заблаговременно объяснить больной, что она совершенно не будет чувствовать боли, но будет чувствовать прикосновение, надавливание, будет все слышать и разговаривать, даже кое-что видеть (только, конечно, не относящееся к операции).

Как указывалось выше, в течение 3—5 дней до операции больной нужно давать внутрь андаксин и один из снотворных.

Выбирая строго индивидуально способ обезбоживания, хирург должен руководствоваться интересами больной, принимать во внимание состояние ее здоровья. Необходимо строго учитывать противопоказания к тому

или иному виду анестезии, а также психику. В руках опытного анестезиолога эфирный наркоз является одним из лучших способов анестезии. К тому же противопоказаний к применению эфирного наркоза меньше, чем к другим видам анестезии, исключая инфильтрационную.

### ЭФИРНЫЙ НАРКОЗ

Противопоказано применение эфирного наркоза (с помощью маски) при заболеваниях легких, резко выраженном склерозе сосудов, при тяжелых заболеваниях сердца с явлениями декомпенсации, тяжелых заболеваниях печени и почек со значительным нарушением их функций.

Для того чтобы во время операции не было рвоты, в период предоперационной подготовки желудок больной необходимо полностью освободить от содержимого; в экстренных случаях показано выкачивание содержимого желудка и промывание последнего. Съемные зубные протезы перед началом наркотизирования должны быть удалены. Для предупреждения раздражающего действия эфира лицо больной смазывают вазелином, а глаза прикрывают полотеццем.

Больная быстрее засыпает, если предварительно проведена так называемая премедикация.

Мы рекомендуем за 1—2 часа до начала наркотизирования дать больной внутрь 1—2 таблетки андаксина и 0,3 барбамила или 2—3 драже (по 25 мг каждая) пипольфена, а за полчаса — подкожно ввести 1—2 мл 2% раствора промедола (изопромедола или 1—2 мл 1% раствора морфина), 1 мл 0,1% раствора атропина, 1 мл 15—20% раствора кофеина и 3—4 мл 20% камфорного масла. Вместо приема барбамила или другого снотворного за полчаса — один час перед операцией можно ввести внутримышечно 1—2 мл 2,5% раствора пипольфена.

В настоящее время применяют масочный и более совершенный, хотя также не лишенный недостатков, эндотрахеальный наркоз. Различные виды масок почти полностью вышли из обихода, поэтому не будем останавливаться на их описании.

Современные специальные аппараты для наркотизирования позволяют более точно, а при подаче паров эфира непосредственно в трахею — совершенно точно дозировать наркотическое вещество.

С помощью аппарата для наркоза можно применять различные вещества (эфир, закись азота и др.), смешивая их с кислородом или воздухом в нужной пропорции.

В начале наркотизирования при подаче эфира в дыхательные пути через маску необходимо в течение нескольких минут дать больной подышать кислородом или воздухом; затем, не снимая маски, к кислороду добавить закись азота. При этом вся система трубок заполняется кислородом. Если же начать наркотизирование сразу с подачи закиси азота, она

заполнит систему трубок и больная будет вдыхать чистую закись азота, что смертельно опасно.

Закись азота с кислородом в пропорции 85 : 15 больная вдыхает до наступления сна, затем регулятор подачи эфира переводится с 0 на 1 или 2. Эфирный наркоз всегда нужно начинать с малых доз, чтобы организм мог приспособиться к нему, и только через 5—7 минут регулятор подачи эфира можно постепенно повернуть на 3,4, затем на 5 и, если необходимо, — на 6. Для наступления глубокого сна требуется не менее 15—20 минут. При наркотизировании не следует торопиться начинать операцию до наступления глубокого сна. Хирург никогда не должен требовать от анестезиолога слишком интенсивного наркотизирования. Хотя одним эфиром сейчас вряд ли кто наркотизирует, все же мы считаем рациональным кратко изложить особенности клинической картины чисто эфирного наркоза, в которой всегда заметны характерные стадии, последовательно сменяющие друг друга по мере углубления сна.

Впервые классификацию наркоза по стадиям предложил в 1920 г. Гведел (Guedel). Основываясь на изменении глубины и характера дыхания, тонуса мышц, реакции на боль и некоторых рефлексов, он разделил течение наркоза на 4 стадии.

Применительно к современной клинической практике В. М. Виноградов и П. К. Дьяченко весь процесс наркотизации разделили на три периода.

1. Период введения в наркоз: а) стадия анальгезии, б) стадия возбуждения.

2. Период хирургического наркоза: первый уровень — легкий наркоз, второй уровень — выраженный наркоз, третий уровень — глубокий наркоз, четвертый уровень наблюдается только при передозировке.

3. Период выведения из наркоза: а) возвращение сознания, б) посленаркозный сон.

Период введения в наркоз с помощью эфира занимает время от начала ингаляции до исчезновения симптомов возбуждения. В этом периоде, включающем стадию оглушения, анальгезии, и стадию возбуждения, кровь и ткани насыщаются эфиром до наркотических концентраций.

*Стадия оглушения*, анальгезии, характеризуется утратой болевых ощущений с сохранением элементов сознания. Сознание затемнено, но не выключено: малейший шум воспринимается большой как грохот, сохранены тактильная и температурная чувствительность, способность фокусировать глаза, различать цвета, отвечать на вопросы; все происходящее удерживается в памяти. Сознание выключается только при переходе в стадию возбуждения. Стадия анальгезии, если продолжается ингаляция эфира, длится обычно от 1 до 30 минут: для наступления ее достаточно 20—40 мг% эфира в крови. Вначале пары эфира, раздражая слизистые дыхательных путей, вызывают чувство удушья, появление нерегулярного дыхания и сопротивление больной наркотизации. Медленное повышение дозы эфира прекращает удушье.

*Стадия возбуждения* проявляется в беспорядочных, неосознанных движениях, нарушении ритма дыхания, речевом возбуждении, подъеме артериального давления, учащении пульса, гипергликемии, расширении зрачков и появлении других рефлексов.

При этом повышается секреция слюнных, бронхиальных и слизистых желез даже после предварительного введения атропина или скополамина. Слюна и слизь собираются в дыхательных путях, затрудняя дыхание, а в некоторых случаях, закупоривая отдельные бронхи, приводят к развитию ателектаза легких, замедляют действие наркоза и в значительной мере обуславливают развитие гипоксии. Это сопровождается раздражением языкоглоточного, верхнечелюстного и гортанных нервов, которое передается дыхательному, рвотному центрам и ядрам блуждающих нервов, что, в свою очередь, может рефлекторно вызвать рвоту, остановку дыхания и сердца. Появлению рвоты также способствует попадание в желудок вместе с заглатываемой слюной эфира. Более выраженные проявления возбуждения наблюдаются у больных, физически крепких, а также у пристрастившихся к употреблению алкоголя.

В стадии возбуждения преобладает тонус симпатической иннервации, что обуславливает повышенное выделение в кровь адреналина и норадреналина. Если в этой стадии произвести операцию, то болевые импульсы из операционной раны могут вызвать симпатико-адреналовый криз и фибрилляцию желудочков. Опасны в это время интубация и введение воздуха. Передко больная при этом кашляет, глотает, натуживается, задержка дыхания сменяется одышкой, что способствует повышенной концентрации наркотика в крови. Смерть больных от наркоза чаще всего наступает именно в стадии возбуждения.

Хорошей премедикацией, а также умелой подачей наркотического вещества можно полностью исключить стадию возбуждения, гладить или быстро пройти ее. Усыпление больной является очень ответственной задачей анестезиолога (анестезиста), от правильного решения которой зависит успешность оперативного вмешательства и течение послеоперационного периода.

**Период хирургического наркоза.** При дальнейшей наркотизации обуславливается постепенное развитие разлитого торможения всей коры и нижележащих отделов центральной нервной системы, устанавливается глубокое ритмичное дыхание, роговичный и конъюнктивальный рефлекс исчезают, но спонтанные движения глазных яблок сохраняются, тонус мышц понижается, разрезы кожи не вызывают двигательных рефлексов и нарушения дыхания.

*Первый уровень — легкий наркоз.* Сознание и восприятие боли отсутствуют, зрачки умеренно сужены, слезотечение, дыхание ритмичное и глубокое с активным участием межреберных мышц и диафрагмы, но сильные болевые раздражения вызывают двигательные и вегетативные реакции. На этом уровне наркоза можно производить небольшие акушерские операции.

*Второй уровень — выраженный наркоз.* Наступает под влиянием повышения концентрации эфира в крови. Это сопровождается дальнейшим ослаблением болевой чувствительности и подавлением конъюнктивального, роговичного, глоточного и гортанного рефлексов. Дыхание остается ритмичным с быстрым вдохом и замедленным выдохом, зрачки более сужены, реакция их на свет вялая, глазные яблоки неподвижны, слезотечения нет, венозное давление немного понижено, кровь алая, тонус скелетной мускулатуры и брюшного пресса также понижен, однако манипуляции в прямокишечно-маточном пространстве и на промежности могут сопровождаться падением артериального давления.

*Третий уровень — глубокий наркоз.* Проявляется в максимально выраженном и в то же время предельно допустимом торможении жизненно важных функций организма.

Основными признаками глубокого хирургического наркоза являются: полное расслабление передней стенки живота, более поверхностное и учащенное дыхание с некоторым отставанием экскурсий грудной клетки от сокращений диафрагмы, умеренное расширение зрачков с отсутствием их реакции на свет, сухость роговицы.

*Передозировка.* Признаками передозировки являются потемнение крови и нарушение дыхания, обусловленное параличом межреберных мышц, вначале компенсируемое усилением сокращений диафрагмы. В акт дыхания вовлекаются поверх-



ностные и глубокие мышцы шеи; это легко заметить по движениям щитовидного хряща. Паузы между вдохом и выдохом увеличиваются, появляется цианоз кожных покровов, зрачки предельно расширяются, на свет не реагируют, роговица сухая, пульс учащается, наполнение его падает, артериальное давление снижается, венозное — повышается и, наконец, прекращается дыхание, несмотря на продолжающуюся деятельность сердца. Это обстоятельство можно использовать для спасения человека. Следует немедленно прекратить наркотизирование и начать энергичное искусственное дыхание смесью кислорода с воздухом, лучше всего непосредственным дуванием в трахею. Эффективность мероприятий зависит от изменений, происходящих в тканях головного мозга: в нем у погибших от передозировки эфира обычно находят очаговые некрозы.

Период выведения из наркоза начинается сразу по прекращении ингаляции эфира; длительность его зависит от концентрации эфира в крови и тканях, интенсивности газообмена и скорости кровотока. В периоде пробуждения повторяются пройденные стадии, но в обратном порядке с менее заметным переходом от одной стадии к другой. Перед восстановлением сознания нередко наблюдаются двигательное возбуждение, эйфория, рвота. Чем глубже был наркоз, тем позже восстанавливается сознание. После пробуждения у большинства больных наблюдается постнаркотический сон.

Во время наркоза необходимо очень внимательно следить за состоянием дыхания и зрачков, а также за пульсом и артериальным давлением больной, а с помощью специальной аппаратуры — постоянно регистрировать функцию дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Сначала дыхание больной становится прерывистым, неритмичным, толчкообразным; неуравновешенные особы обычно задерживают дыхание, как бы притаившись. С углублением наркоза дыхание выравнивается и становится ритмичным и глубоким. Эфир вызывает обильное выделение слизи слизистой оболочкой дыхательных путей, поэтому мы заблаговременно перед наркозом каждой больной вводим, как указано выше, атропин, вызывающий сухость оболочек. Если несмотря на применение атропина слизь обильно выделяется или наступила рвота — нужно снять маску и немедленно повернуть голову на бок, удалить содержимое из полости рта и носоглотки с помощью марлевых салфеток, плотно захваченных тампонатором или корнцангом, и тщательно вытереть лицо. Для того, чтобы устранить рвотный рефлекс, необходимо усилить наркоз. Необходимо также наблюдать за цветом лица больной. Посинение лица в начале наркоза объясняется задержкой дыхания. В дальнейшем цианоз является либо сигналом неправильной подачи эфира (большая доза!), либо результатом нарушения проходимости дыхательных путей вследствие западения языка или аспирации рвотных масс. Необходимо в подобных случаях быстро установить причину асфиксии и устранить ее, уменьшить дозу эфира с одновременным увеличением подачи кислорода. При западении корня языка следует вывести нижнюю челюсть (при этом обычно устраняется и западение языка), а если это не помогает — раскрыть больной рот и языкодержателем вывести язык или подвести к голосовой щели воздуховод. При аспирации рвотных масс — ввести в трахею специальную трубку и отсосать аспирированные массы.

При глубоком наркозе зрачок должен быть узким, если больной не вводился атропин, и не должен реагировать на свет. После атропина, даже в состоянии глубокого наркотического сна, зрачок остается немногим расширенным. При этом явное расширение зрачка является серьезным симптомом, предупреждающим о наступающей функциональной недостаточности сосудистой или сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Как только это замечено, необходимо немедленно снять маску, очистить дыхательные пути от слизи, поднять и выдвинуть вперед нижнюю челюсть

или раскрыть рот, захватить и вытянуть язык. Если состояние больной заметно не улучшается, не теряя времени, нужно приступить к искусственному дыханию, а лучше всего ввести интубационную трубку в трахею и производить искусственное дыхание.

В случае необходимости нужно немедленно ввести больной подкожно или внутривенно 1—2 мл кордиамина или кордиазола, приступить к переливанию крови.

Иногда оказывается полезным вдыхание или вдувание в дыхательные пути углекислого газа. От этого обычно сразу дыхание углубляется и общее состояние больной улучшается.

У анестезиолога на столе должно находиться все необходимое для оказания неотложной помощи: роторасширитель, языкодержатель, воздуховод, интубационные трубки, сердечные средства, шприцы.

В начале наркотизирования пульс у больной учащается и становится мягче, в состоянии глубокого наркотического сна пульс немного замедлен, хорошего или удовлетворительного наполнения, ритмичный и ровный.

В течение всей операции анестезиолог или наркотизатор должен внимательно наблюдать за состоянием больной, не увлекаясь ходом операции, деталями и особенностями оперативной техники. Он должен интересоваться основными этапами операции, чтобы правильно регулировать наркотизирование. Время прекращения подачи эфира зависит от степени подготовленности, мастерства оператора. Мы обычно снимаем наркоз перед зашиванием брюшины. В большинстве случаев, вероятно, целесообразнее прекращать наркоз после зашивания брюшины, а еще лучше — после зашивания апоневроза.

Анестезиолог (анестезист) должен также следить за тем, чтобы плечевой пояс больной не был сильно сдавлен надплечниками операционного стола (особенно если они очень узки), чтобы руки не запрокидывались и не висели. Как сдавливание плечевого сплетения, так и сильное растяжение его волокон сопровождается парезами, которые излечиваются очень медленно в течение нескольких недель, а иногда и месяцев. Лучше всего руки больной располагать вдоль туловища, привязав их широкими поясами к специальным держателям операционного стола. Если во время операции нужно вводить внутривенно кровь или кровезамещающие жидкости, одну руку больной нужно положить на специальный столик, привинченный к операционному столу.

Во время наркотизирования категорически запрещена замена анестезиолога (наркотизатора).

### ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ

Этот вид общей анестезии выгодно отличается от масочного эфирного наркоза. При непосредственном введении паров эфира в трахею полностью исключается возможность аспирации рвотных масс, а также возможность

заглатывания со слюной наркотического вещества и опасность западения языка (можно в случае необходимости перейти на управляемое дыхание). Подготовка к наркотизированию такая же, как и при подаче эфира через маску.

Для того, чтобы начать эндотрахеальный наркоз, нужно больную усыпить. Это легко достигается с помощью закиси азота с кислородом (в пропорции 85 : 15) или с помощью внутривенного барбитуратного наркоза. Для погружения больной в глубокий (но непродолжительный) сон достаточно в течение 10 минут ввести внутривенно не более 0,5—0,6, а в руках опытного анестезиолога — 0,2—0,3 чистого вещества, например, эвипан-натрия или тиопентал-натрия, в течение 5 минут.

Введение трубки в трахею без расслабления скелетной мускулатуры и без зияния голосовой щели очень трудно. В настоящее время для этой цели применяются курареподобные препараты.

При поступлении в кровь кураре и курареподобные вещества оказывают паралитическое действие на поперечнополосатую мускулатуру. Это действие проявляется в определенной последовательности. Вначале парализуются мышцы глаз, глотки, гортани, жевательные и мышцы шеи. Затем наступает паралич мышц конечностей и туловища, после чего парализуются межреберные мышцы и, в последнюю очередь, диафрагма. Восстановление тонуса и сократительной способности мускулатуры происходит в обратном порядке. При применении клинических доз кураре и курареподобные препараты не вызывают потери сознания.

За границей широко распространены хлористый  $\alpha$ -тубокурарин, а также пиролаксон, релаксин, синакур, курацит и другие препараты, а в нашей стране синтезированы диплацин, парамион и дитилин.

Диплацин выпускается в виде 2% раствора в ампулах. Кураризирующий (парализующий скелетную мускулатуру) эффект наступает через 2—3 минуты от начала внутривенного введения. Продолжительность действия диплацина регулируется повторными введениями. При полостных операциях под наркозом закисью азота вводится до 6—8 мл 2% раствора диплацина, для полного выключения дыхания — до 10—15 мл того же раствора. При наркотизировании эфиром для расслабления мускулатуры и углубления наркоза диплацин вводится до 2 мл 2% раствора, а для выключения дыхания — до 4—5 мл.

Парамион выпускается в ампулах в виде 0,1% раствора. Кураризирующее действие парамиона в 20 раз сильнее, чем диплацина, но действие его мягче; по механизму он подобен диплацину. У больных под наркозом закисью азота полное расслабление скелетной мускулатуры с сохранением естественного дыхания наступает от внутривенного введения 4—5 мл 0,1% раствора парамиона и продолжается 30—40 минут. Для получения такого же эффекта под эфирным наркозом достаточно ввести внутривенно 1,5—2 мл 0,1% парамиона, а для выключения

активного дыхания обычно требуется 5 мл 0,1% раствора парамина.

Дитилин выпускается в виде 1—2% раствора в ампулах. Дитилин, в отличие от диплацина и парамина, нарушает проводимость в нервно-мышечных соединениях за счет развития в них состояния перевозбуждения, вследствие чего создается нервно-мышечный блок. Под влиянием же диплацина и парамина холинорецепторы поперечнополосатых мышц утрачивают чувствительность к ацетилхолину, действие последнего блокируется. Физиологическим антагонистом диплацина и парамина является прозерин. Необходимо помнить, что действие дитилина под влиянием прозерина не только не ослабляется, а даже усиливается.

Кураризирующий эффект дитилина наблюдается через 1,5—2 минуты от начала его внутривенного введения и может поддерживаться повторными введениями. Для кратковременного расслабления мышц взрослому человеку обычно достаточно ввести 2—2,5 мл 1% раствора дитилина. В организме дитилин очень быстро разрушается, не дает суммарного эффекта. По прекращении введения дитилина тонус и сократительная способность мышц восстанавливаются. Во время операции дитилин лучше всего вводить внутривенно капельно с физиологическим раствором. Однократная доза дитилина — до 10 мг.

Как только больная уснет, ей внутривенно вводят один из курареподобных препаратов: 1—2 мл 2% раствора диплацина, 1—2 мл 0,1% раствора парамина или 2—2,5 мл 1% дитилина, иногда и больше.

После этого голова больной легко запрокидывается, подбородок выдвигается вперед, затылок максимально приводится к шее. Для подавления глоточных и гортанных рефлексов с целью профилактики возможного спазма голосовой щели желательно корень языка и слизистую носоглотки смазать 5—10% раствором новокаина, 2% раствором дикаина или пантокаина. Введя ларингоскоп в рот больной и придавив им корень языка, без затруднения обнажают надгортанник. Под контролем глаза через голосовую щель в трахею вводят эндотрахеальную трубку на 5—7 см и подключают к смесителю аппарата для наркоза, куда дозированно поступают пары эфира (закись азота или циклопропан) и кислород. Трубку желательно перед интубацией смазать 2% анестезиновой мазью. Ротовая полость тампонируется смоченным в физиологическом растворе бинтом, которым и фиксируется трубка.

Лучшими эндотрахеальными трубками являются слегка изогнутые полутвердые трубки из минеральной резины. Желательно, чтобы на косо срезанном конце трубки была прикреплена муфта из тонкой эластичной резины, которая при надувании ее воздухом создает полную герметичность между трубкой и стенкой трахеи.

Дальнейшее введение курареподобных препаратов диктуется ходом операции; оно оказывает незаменимую услугу, когда нужно вызвать рас-

слабление мускулатуры брюшного пресса и тем самым облегчить доступ к органу, на котором производится операция. В то же время с помощью курареподобных препаратов можно значительно уменьшить дозу наркотического вещества.

Любую гинекологическую операцию можно произвести под наркозом на уровне анальгезии или на первом, в более редких случаях на втором уровне хирургического наркоза.

В этом большая заслуга принадлежит Артрузио, доказавшему, что анальгезию можно поддерживать длительное время и что в этой стадии при сохранении сознания больного можно выполнять даже операции на сердце. Этой стадии можно достичь «прямым» путем и «ретроградным», возвращая больную после интубации со второго уровня хирургического наркоза, постепенно уменьшая дозу наркотического вещества.

При общем хорошем состоянии больной эндотрахеальная трубка извлекается по окончании наркоза. При недостаточности дыхания и наличии признаков гипоксии трубку лучше извлекать после пробуждения. Делать это нужно очень осторожно, чтобы не ранить голосовых связок. Извлекать трубку нужно очень медленно, а при спазме голосовой щели только после углубления наркоза.

После пробуждения от эндотрахеального эфирного наркоза у больных не наблюдается тягостных тошноты и рвоты, которые, как правило, бывают после масочного наркоза, не наблюдается и так называемого «газового» периода — пареза кишечника со вздутием и интоксикацией в послеоперационном периоде.

### **ВНУТРИВЕННЫЙ БАРБИТУРАТНЫЙ НАРКОЗ**

Противопоказаниями к применению гексеналового наркоза являются функциональная недостаточность печени вследствие различных заболеваний, тяжелые интоксикации любой этиологии, сепсис, а также тяжелые заболевания почек и сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации.

В настоящее время из отечественных препаратов барбитуровой кислоты применяются тиопентал-натрий и гексенал, а из зарубежных — эвипан-натрий, пентотал-натрий, гексанастаб, привенал, гексабарбитон и другие.

Препараты барбитуровой кислоты для внутривенного наркоза выпускаются по 1,0 в запаянных стеклянных ампулах и представляют собой порошок белого или слегка желтоватого цвета (тиопентал-натрий).

При внутривенном введении препаратов барбитуровой кислоты очень быстро наступает сон, напоминающий физиологический, продолжительность и глубина которого зависят от дозировки и длительности введения наркотического вещества. Как гексенал, так и его аналоги разрушаются в организме, в основном печенью, в течение 15—20 минут после введения.

Сон под влиянием барбитуратов спокойный без каких-либо неприятных ощущений и, как правило, без предварительного возбуждения, правда, у некоторых больных во время засыпания отмечается дрожание туловища и конечностей. По мере углубления сна последовательно подавляются рефлексy. Вслед за выключением сознания довольно быстро наступает паралич жевательной, а затем и всей поперечнополосатой мускулатуры. Затем наблюдаются угасание и полное исчезновение роговичного, перитонеальных и, наконец, зрачкового рефлексов.

При правильном ведении барбитуратного наркоза дыхание обычно не изменяется или становится немного поверхностным и незначительно учащается. При быстром введении гексенала, даже если общая разовая доза остается нормальной, может наблюдаться состояние передозировки с расстройством дыхания, а в более тяжелых случаях — угнетение и даже паралич дыхания. Артериальное кровяное давление у большинства больных снижается на 10—15 мм рт. ст., пульс на периферических сосудах вначале учащается, а затем во время глубокого сна выравнивается. При нормальном течении наркоза цвет лица больной не изменяется; лицо остается спокойным, безмятежным, иногда бывает едва заметный цианоз губ.

Выраженное побледнение лица с синюшным оттенком или резко выраженный цианоз обычно являются результатом передозировки наркотического вещества или чрезмерно быстрого его введения и должны расцениваться анестезиологом (наркотизатором) как симптом тяжелого поражения дыхательной или сердечно-сосудистой системы. Если в течение операции больной введено до 3 и более граммов барбитурата, лицо больной остается бледным и по окончании операции еще 1—2 часа.

Раньше всего наступает паралич жевательных мышц, вследствие чего отвисает нижняя челюсть, может произойти западение корня языка и развиться асфиксия как во время операции, так и по ее окончании. Поэтому до восстановления рефлексов необходимо очень внимательно следить за состоянием больной. Во время барбитуратного сна глаза у больной обычно закрыты, в глубоком наркозе полуоткрыты, полуоткрыты они и при развитии асфиксии. По прекращении наркоза пробуждение наступает быстро, через 10—15 минут. Во время пробуждения наблюдаются обычно невыраженное возбуждение, отсутствие ориентации во времени и обстановке, причем сначала восстанавливаются рефлексy, а затем сознание. Больная ничего не помнит, нередко пытается подняться и куда-то уйти.

Вскоре после пробуждения часто наступает вторичный сон, у некоторых лиц бывают тошнота и рвота. Больная легче переносит первые несколько часов после операции, если ей предоставить возможность спокойно выспаться и самой проснуться, искусственно не пробуждая ее. Если же больную разбудить, то она испытывает неприятное чувство разбитости и утомления, нередко головную боль.

Нам кажется наиболее рациональной следующая методика барбитуратного наркоза. Как и перед эфирным наркозом, за полчаса до введения барбитурата больной под кожу впрыскивают 1—2 *мл* 2% раствора промедола или 1—2 *мл* 2,5% раствора пипольфена (изопромедола или 1—2 *мл* 1% раствора морфина), 1 *мл* 15—20% раствора кофеина и 3—4 *мл* 20% камфорного масла. Затем с помощью системы для переливания крови налаживается внутривенное капельное введение стерильного 5% раствора глюкозы или физиологического раствора хлористого натрия. Для удобства в резиновую трубку, по которой поступает в кровь больной глюкоза, недалеко от иглы вставляют тройник с боковой канюлей. Через нее шприцем вводят барбитурат. Каким бы вы ни пользовались барбитуратом (гексенал, эвипан-натрий, тиопентал-натрий и др.), он растворяется для внутривенного введения непосредственно перед началом наркоза. Растворение нужно производить в дважды дистиллированной стерильной воде. Отпилив горлышко ампулы, содержащей 1,0 сухого препарата, вливают в нее шприцем 10 *мл* воды, затем отсасывают и вновь вливают в ампулу. Барбитураты быстро и полностью растворяются. Таким образом получают 10 *мл* 10% раствора барбитурата. Кроме этого готовят таким же способом, но с помощью 20-граммового шприца 5% раствор барбитурата. После этого больную укладывают на операционном столе, причём одну руку закрепляют на специальном столике, который привинчивают к операционному столу. Нижнюю треть плеча пережимают резиновым жгутом и иглу вводят в вену, после чего жгут сразу снимают. С помощью винтового зажима устанавливают скорость поступления в кровь больной глюкозы или физиологического раствора — 10—15 капель в 1 минуту. К наркозу можно приступить одновременно с началом обработки операционного поля.

Шприц с 10% раствором барбитурата подключают к канюле тройника, а трубку, по которой поступает глюкоза или физиологический раствор, временно пережимают зажимом. Вводить барбитурат следует медленно, не более 3 *мл* в течение первых 3 минут, заставляя при этом больную считать. Обычно больная засыпает от 1—2 *мл* 10% раствора барбитурата. У таких больных дозировка должна быть особенно осторожной. Некоторые больные не засыпают и от 3 *мл* раствора. Если пробные 3 *мл* раствора не вызвали у больной никаких патологических симптомов (бледность, цианоз лица, нарушение дыхания), барбитурат можно продолжать вводить с той же или несколько большей скоростью. Глубокий сон, как правило, наступает в течение 10—15 минут от введения 5—6 *мл* 10% раствора барбитурата, что не трудно определить по исчезновению рефлексов. После этого с трубки от ампулы с глюкозой или физиологическим раствором снимают зажим. Поступающий физиологический раствор или глюкоза предупреждает образование тромба в игле. Периодически, примерно через каждые 10 минут, понемногу вводят раствор барбитурата, чтобы

поддерживать необходимую для нормального ведения операции глубину сна. Во время введения барбитурата глюкозу (физиологический раствор) лучше не вводить. После расходования 10% раствора наркотического вещества к канюле тройника подключают 20-граммовый шприц с 5% раствором барбитурата и с такой же периодичностью продолжают его введение до окончания операции. В среднем на операцию длительностью от 30 минут до 1 часа 30 минут при правильной дозировке достаточно 1,0—2,0 чистого барбитурата и примерно 500 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы. В случае необходимости увеличить дозу более 3,0 барбитурата вводить не рекомендуется.

Барбитуратный наркоз должен проводиться двумя анестезиологами (анестезистами): один занимается собственно наркотизированием, другой — держит нижнюю челюсть больной. При отсутствии у анестезиолога помощника и наличии угрозы западения языка следует применить воздуховод.

Анестезиолог (анестезист) во время барбитуратного наркоза должен своевременно и безошибочно распознавать начинающиеся осложнения, наиболее частыми из которых являются расстройства дыхания, ослабление сердечной деятельности. Главная причина этих осложнений — быстрое введение или передозировка наркотического вещества. Отсюда понятно, насколько важно осторожно, постепенно вводить раствор барбитурата малыми порциями через правильные индивидуально установленные промежутки времени в уменьшающейся концентрации. Ни в коем случае нельзя применять барбитураты при наличии противопоказаний.

По нашему мнению, имеет смысл внутривенное введение в течение всей операции 5% раствора глюкозы или физиологического раствора (или смеси), способствующее более быстрой инактивации барбитуратов. Кроме того, в случае необходимости, это позволяет, не теряя драгоценного времени, немедленно приступить к переливанию крови или плазмы.

Но если, несмотря на все предосторожности, возникло осложнение (даже легкое), следует немедленно прекратить введение барбитурата, впрыснуть больной под кожу кордиамин или кардиазол, эфедрин, дать для вдыхания углекислый газ (с помощью катетера через нос), проверить, не запал ли корень языка. Все меры нужно предпринимать очень быстро, но спокойно, без суеты, с полным пониманием существа оказываемой помощи. Все мероприятия оказываются малоэффективными, если развился паралич дыхания и сердечной деятельности. Но и в этих случаях нужно немедленно ввести в трахею эндотрахеальную трубку, провести искусственное управляемое дыхание смесью кислорода с углекислым газом или воздухом и одновременно сделать массаж сердца.



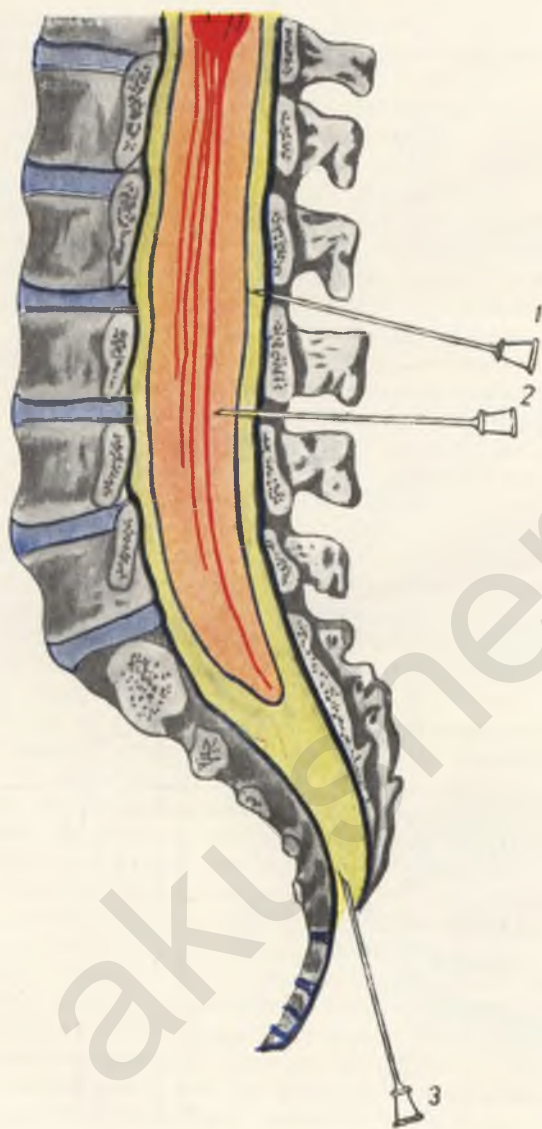


Рис. 2. Положение иглы при спинальной анестезии:

1 — игла в перидуральном пространстве; 2 — игла в субарахноидальном пространстве; 3 — игла в эпидуральном (сакральном) пространстве.

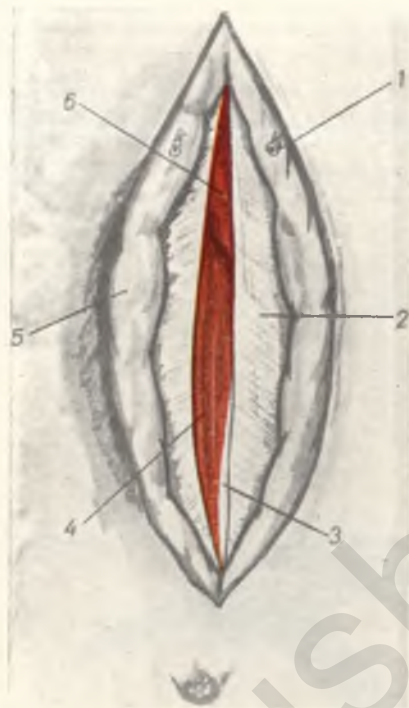


Рис. 4. Вскрытие брюшной полости средним продольным разрезом: 1 — надчре́вная артерия; 2 — апоневроз правой прямой мышцы живота; 3 — белая линия; 4 — левая прямая мышца; 5 — подкожная жировая клетчатка; 6 — левая пирамидальная мышца.

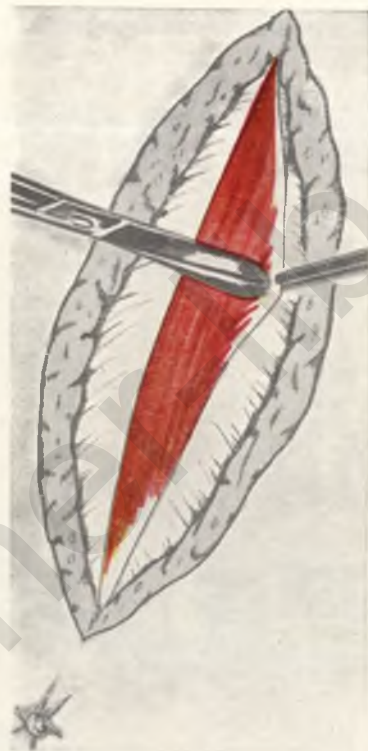


Рис. 5. Отсепаровка левой прямой мышцы живота от белой линии.



Рис. 6. Дальнейшее отделение левой прямой мышцы от белой линии.

## СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Спинальная анестезия противопоказана при заболеваниях центральной нервной системы, сепсисе, тяжелых интоксикациях, гипотонии, анемии. Применение ее нецелесообразно у неуравновешенных, легко возбудимых и боязливых особ.

Спинальная анестезия технически несложна, но для правильного ее выполнения хирург должен иметь четкие знания анатомии позвоночного канала, спинного мозга и его оболочек. Анестезирующее вещество при спинномозговой анестезии вводится в субарахноидальное пространство, где проходят обнаженные, то есть свободные от твердой мозговой оболочки передние и задние корешки спинномозговых нервов. Этим, между прочим, и объясняется очень быстрое наступление анестезии, как только анестетик проникнет в спинномозговую жидкость.

Для спинномозговой анестезии анестетик следует вводить в мешок твердой мозговой оболочки, выстланной изнутри плотно прилегающей к ней паутинной оболочкой, ниже I поясничного позвонка, то есть в области *Cauda equina*, которая начинается на уровне XII грудного или I поясничного позвонка и идет книзу.

Чтобы проникнуть иглой в субарахноидальное пространство, необходимо проколоть кожу с подкожной клетчаткой, надостистую связку (*lig. supraspinale*), межостистую связку (*lig. interspinale*), желтую связку (*lig. flavum*), наружный листок твердой мозговой оболочки (*endorachis*), перидуральное пространство и, наконец, внутренний листок твердой мозговой оболочки (*dura mater*).

При спинномозговой анестезии мы никогда не пользуемся иглами Бира: они имеют большую длину и поэтому неудобны и, что самое главное, очень травматичны. Лучше пользоваться тонкими иглами длиной 5—6 см с хорошо подогнанным мандреном и коротко, но очень остро отточенным концом. Спинальным прокол можно легко сделать между I и II, II и III, III и IV и, наконец, между IV и V поясничными позвонками. Промежуток между IV и V поясничными позвонками легко определяется по линии, соединяющей верхние края гребешков подвздошных костей: эта линия как раз и соответствует указанному промежутку.

Спинальным прокол делают в положении больной лежа на боку или, лучше, сидя (рис. 1). Для этого ее усаживают на операционный стол так, чтобы ягодицы были расположены на краю стола. Легче сделать прокол, если больная согнет спину: тогда расстояние между остистыми отростками увеличивается. Больную при этом следует поддерживать.

Перед проколом мы тщательно протираем кожу спины эфиром, а затем дважды очищенным спиртом, не применяя йода, так как попадание даже незначительного его количества в спинномозговую жидкость вызывает раздражение мозговых оболочек и сильные, порою длительные и упор-

ные, головные боли. Аналогичные боли наблюдаются и после прокола оболочек толстой иглой. Шприцы и иглы для спинномозговой анестезии должны кипятиться только в дистиллированной воде. На всякий случай лучше иметь готовыми несколько шприцев. Величина шприца зависит от вида анестетика и его концентрации.

Выбрав место для прокола, указательным пальцем вдавливают кожу между остистыми отростками и у края ногтевой фаланги строго по сред-



Рис. 1. Положение больной при спинномозговой анестезии.

ней линии иглой перпендикулярно прокалывают кожу с подкожной клетчаткой и надостистую связку; далее иглу продвигают медленно, все время испытывая сопротивление плотной ткани, примерно на глубину 3—4 см; при этом наступает момент, когда игла начинает продвигаться свободно, — это ее конец проник в перидуральное пространство. При продвижении иглы еще немного конец ее наталкивается на плотную ткань — внутренний листок твердой мозговой оболочки, который прокалывается легким толчком. Момент прокалывания твердой мозговой оболочки хирургом воспринимается как легкий треск. Из иглы следует извлечь мандрен, после чего из нее начинает вытекать спинномозговая жидкость. Если

этого не произошло, следует иглу повернуть; если и после этого жидкость не начала вытекать, тогда нужно иглу слегка потянуть к себе или осторожно продвинуть вперед. Мы обычно выпускаем количество спинномозговой жидкости, соответствующее объему вводимого анестетика.

После спинномозговой анестезии больная должна оставаться в прежней позе не менее 3—5 минут. В течение этого времени больная отмечает, что на нижние конечности распространилось тепло и появилось чувство онемения.

Спинномозговая анестезия может быть создана новокаином; для этого лучше применять ампульный 4 или 5% раствор новокаина по 2—2,5 мл (максимальная доза 3 мл 5% раствора новокаина). Однако новокаин обычно дает непродолжительную анестезию, на 45 минут — 1 час. Более продолжительную анестезию (на 2—4 часа) можно получить с помощью 1% ампульного раствора совкаина или перкаина, применяемых по 0,6—0,8 — максимум по 1 мл, а также с помощью дикаина в дозе 3 мл 0,3% раствора.

Спинномозговая анестезия любым из вышеуказанных анестетиков сопровождается понижением артериального давления. Чтобы оно не было существенным, мы в шприц для спинномозговой анестезии набираем, например, 2 мл ампульного 4—5% раствора новокаина с адреналином или корбазилом (0,6 мл 1% раствора совкаина, 3 мл 0,3% раствора дикаина и др.) либо добавляем 5 капель адреналина (1 : 1000) и 1 мл 10—20% раствора кофеина. Эту смесь медленно вводим после отсасывания в шприц нескольких миллилитров спинномозговой жидкости и смешивания ее с анестетиком. Если нужно анестезировать не только органы и ткани, расположенные в нижнем отделе брюшной полости, но и вышележащие, необходимо анестетик вводить под некоторым давлением, сразу же отсосать и вновь ввести, затем повторить отсасывание и введение один-два раза. При этом способе введения анестетика в спинномозговую жидкость практически можно добиться анестезии вплоть до VII шейного позвонка. Сразу после введения анестетика следует большой под кожу впрыснуть 1 мл 10—20% раствора кофеина и 1 мл 5% раствора солянокислого эфедрина. Эфедрин можно также вводить и вместе с анестетиком в спинномозговую жидкость.

При укладывании больной на операционном столе под затылок необходимо подложить валик, чтобы голова немного возвышалась. Через 15—20 минут после спинномозговой анестезии необходимо повторить введение кофеина.

Спинномозговая анестезия обычно обуславливает полную безболезненность в течение всей операции и очень хорошее расслабление мускулатуры брюшного пресса и тазового дна, что значительно облегчает ведение операции. Мы ни разу не видели сколько-нибудь серьезных осложнений, кроме судорог верхних конечностей у одной очень неуравновешенной особы и отсутствие обезболивающего эффекта у двух больных, что потребовало применения эфирного наркоза.

С целью предупредить возникновение этих и других возможных осложнений необходимо в течение нескольких дней перед операцией проводить беседы с больными, в которых разъяснять сущность спинномозговой анестезии и те ощущения, которые больная должна испытывать при этом виде обезболивания. Хирург, кроме того, должен гарантировать полную безболезненность оперативного вмешательства.

При значительном снижении артериального давления необходимо повторить введение эфедрина и кофеина или кордиамина и сразу же приступить к переливанию крови, к внутривенному введению 40% раствора глюкозы. Рекомендуются также вдыхание кислорода с углекислым газом. Самыми опасными осложнениями при спинномозговой анестезии являются восходящая анестезия и выключение, блокирование, жизненно важных центров продолговатого мозга, обычно так внезапно наступающие, что врач не успевает оказать больной никакой помощи.

В послеоперационном периоде для предупреждения головных болей следует 2—3 раза в день под кожу вводить 1 мл 10—20% раствора кофеина, подкладывать под затылок грелку, а некоторым больным — пузырь с холодной водой (если не помогает грелка). Благоприятное влияние оказывает введение под кожу или капельно внутривенно 5% раствора глюкозы, физиологического раствора, полиглюкина и других кровезаменителей.

### ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Перидуральная анестезия может применяться шире, чем спинномозговая, но и она противопоказана при деформациях позвоночника, препятствующих введению иглы, при гнойниках в месте предполагаемого прокола, у обескровленных больных с низким артериальным давлением и у всех других больных с максимальным давлением крови 90 мм рт. ст. и ниже, при тяжелых интоксикациях в сочетании с резким нарушением кровообращения и у крайне истощенных больных. У некоторых нервных и очень боязливых особ перидуральная анестезия может оказаться неэффективной.

Подготовка больной к перидуральной анестезии такая же, как и к спинномозговой; так же обрабатывается кожа спины. Проводить перидуральную анестезию можно в положении больной лежа или, лучше, сидя.

Перидуральная анестезия может быть проведена новокаином (но в этом случае она кратковременна), успешнее ее проводить пантокаинном, дикаином или совкаином. Наилучшие результаты дают пантокаин и дикаин. Пантокаин, дикаин и совкаин (перкаин) применяются в виде 0,3% раствора. Если нет ампульных препаратов, то растворы должны готовиться со всей тщательностью непосредственно перед операцией и только в посуде из нейтрального стекла. Если такой посуды не имеется, можно взять обычную колбу и прокипятить в ней в течение 1 часа 1% раствор соляной кислоты, нейтрализующей щелочную реакцию стекла колбы. Таким образом подготовленная колба годна для растворения в ней и стерилизации вышеуказанных анестетиков.

Для хирурга, в совершенстве владеющего техникой спинномозговой анестезии, техника перидуральной анестезии не представляет сложности. Однако для этого нужно хорошо знать строение перидурального пространства.

Перидуральное пространство представляет собой узкую щель в позвоночном канале между наружным (endorachis) и внутренним (dura mater) листками твердой мозговой оболочки. Эта щель (самая широкая в поясничном отделе) на горизонтальном разрезе позвоночника имеет треугольную форму с основанием, обращенным кпереди, и вершиной, направленной кзади. Она совершенно замкнута и простирается от большого затылочного отверстия, где твердая мозговая оболочка прочно сращена с его краями, до копчика, где при переходе поясничной части в крестцо-

вую она сращена со стенками позвоночника, ограничивая таким образом перидуральное эпидуральное пространство. Перидуральное пространство нигде не сообщается ни со спинным, ни с головным мозгом. Ограничение же перидурального пространства от эпидурального несовершенно, и жидкость, введенная в эпидуральное (сакральное) пространство, может проникать в перидуральное (рис. 2). В перидуральном пространстве, выполненном полужидкой жировой клетчаткой с густой сетью кровеносных сосудов, особенно вен, и лимфатических щелей, проходят передние и задние корешки спинномозговых нервов, которые, сливаясь, здесь же образуют спинальные ганглии и далее переходят в спинномозговые нервы. Корешки спинномозговых нервов и спинальные ганглии в перидуральном пространстве окутаны твердой мозговой оболочкой, чем и объясняется очень медленное наступление анестезии при введении анестетика в это пространство.

Перидуральная анестезия производится следующим образом. После необходимой обработки рук хирурга и кожи спины больной делают прокол, как при спинномозговой анестезии. Для выполнения любой гинекологической операции анестетик можно вводить в поясничном отделе, лучше между I и II поясничными позвонками.

Указательным пальцем кожу вдавливают между остистыми отростками, и строго по средней линии горизонтально тонкой иглой прокалывают кожу с подкожной клетчаткой, надостистую связку; далее иглу продвигают медленно, преодолевая сопротивление плотных тканей межостистой и желтой связок. Примерно на глубине 4 см игла начинает продвигаться без сопротивления, совершенно свободно, — это ее конец проник в перидуральное пространство. Необходимо немедленно прекратить продвижение иглы. Извлечь мандрен. Если спинномозговая жидкость не вытекает из иглы, значит конец ее действительно находится в перидуральном пространстве. Незначительно продвинув иглу вперед, можно легко проколоть внутренний листок твердой мозговой оболочки, и конец иглы окажется в субарахноидальном пространстве. Если теперь извлечь из иглы мандрен, сразу же начнет вытекать спинномозговая жидкость. Описанный способ введения иглы удается обычно лишь тем хирургам, которые в совершенстве владеют техникой спинномозговой анестезии. При сомнениях И. П. Изотов рекомендует после введения иглы в ткани на глубину 3 см извлечь мандрен и к игле присоединить шприц с физиологическим раствором и маленьким пузырьком воздуха в нем. Дальнейшее продвижение иглы вперед осуществляется за счет силы, прилагаемой к поршню шприца. При хорошей подвижности поршня давление передается на содержимое шприца, и капля воздуха уменьшается, сдавливается. Если конец иглы проникает в перидуральное пространство, физиологический раствор, не встречая больше сопротивления, свободно туда поступает, не сжимая капли воздуха. Убедившись в правильном стоянии

конца иглы в перидуральном пространстве, к ней присоединяют шприц с 3—5 мл 0,3% совкаина, пантокаина или дикаина и 5 каплями адреналина (1 : 1000) и медленно вводят. Если при этом раствор ошибочно введен в субарахноидальное пространство, через 3—5 минут наступает спинномозговая анестезия. Дальнейшее введение анестетика должно быть прекращено. Если в течение 5 минут анестезия не наступила, что еще раз подтверждает правильное стояние конца иглы в перидуральном пространстве, вводится 10 мл того же анестетика, а через следующие 5 минут— последние 10—12 мл, таким образом всего на одну анестезию расходуется 25 мл 0,3% раствора совкаина, пантокаина или дикаина. При введении анестетика в перидуральное пространство совершенно недопустимо смещение иглы. Перидуральную анестезию производят в течение 10—12 минут. Обезболивание наступает через 25 минут, то есть в пять раз медленнее, чем после введения анестетика в спинномозговую жидкость. Большая нередко при этом испытывает ощущение тепла, разливающегося по всей пояснице, в виде корсета, и нижним конечностям, иногда быстро проходящие боли в спине, тяжесть в голове и чувство беспокойства. Все эти явления быстро и бесследно проходят.

Причиной осложнений во время перидуральной анестезии в основном являются технические погрешности, самым опасным из осложнений является незамеченное прокалывание внутреннего листка твердой мозговой оболочки и введение анестетика в субарахноидальное пространство. Замеченное попадание конца иглы в субарахноидальное пространство никакой опасности не представляет. В этом случае можно сделать спинномозговую анестезию, для чего применяется примерно в 8 раз меньшая доза анестетика, или же иглу потянуть немного назад, чтобы ее конец установился в перидуральном пространстве. При этом обязательно прекратится вытекание из иглы спинномозговой жидкости. Введение анестетика у такой больной должно быть особенно осторожным и медленным, под очень малым давлением, чтобы вводимый раствор не проник в субарахноидальное пространство. Прокалывание сосуда и появление в игле крови опасности не представляет. Ошибочное введение анестетика в субарахноидальное пространство в дозе, рассчитанной для перидуральной анестезии, непоправимо, так как обуславливает быстрое наступление восходящей анестезии и паралич сердечной деятельности и дыхания. Если ошибка замечена до окончания введения анестетика, следует немедленно отсосать анестетик вместе со спинномозговой жидкостью в несколько большем объеме, чем он был введен; не вынимая иглы, немедленно ввести в субарахноидальное пространство 1 мл 20% раствора кофеина, 1 мл 5% раствора солянокислого эфедрина и 0,3 мл адреналина (1 : 1000 или нор-адреналина), после чего извлечь иглу. Больную необходимо немедленно уложить на спину, интубировать, затем нужно приступить к искусственному дыханию и массажу сердца. Вдувание смеси кислорода с углекис-



лым газом или воздуха в легкие должно производиться ритмично с обязательным активным выдохом. Рационально также применение сердечных и общетонизирующих средств.

### ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ МЕСТНАЯ И ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Противопоказаний к инфильтрационной местной анестезии практически нет. Под этим видом обезболивания можно сделать почти любую гинекологическую операцию. В некоторых клиниках даже операция расширенной пангистерэктомии производится под местной анестезией. Однако обычно ее применяют при влагалищных операциях, кесаревом сечении и некоторых брюшностеночных операциях с хорошей подвижностью органов малого таза. При наличии сращений внутренних половых органов с соседними органами и со стенками таза местная анестезия мало или вовсе неэффективна.

Для инфильтрационной местной анестезии пользуются 0,25 или 0,5% раствором новокаина. Анестезия должна по возможности проводиться безболезненно. Для этого при влагалищной операции лучше всего начинать анестезию очень тонкой иглой с введения новокаина в заднюю спайку. Введя несколько миллилитров новокаина, сменяют иглу и с одного вкола длинной иглой вводят анестетик веерообразно в малые половые губы, заднюю и боковые стенки влагалища, а также в мышцы, поднимающие задний проход. Если предполагается сделать операцию экстирпации матки, инъекционную иглу вкалывают в передний влагалищный свод в месте перехода неподвижной слизистой шейки матки в подвижную переднего свода. Новокаин сначала нагнетают в переднюю стенку влагалища по средней линии, затем в стороны, после чего иглу подтягивают к себе и продвигают по передней поверхности шейки матки для введения новокаина в клетчатку между шейкой и мочевым пузырем. С того же вкола, но изменив направление иглы, вводят новокаин в параметральную клетчатку. На такую анестезию расходуют 200—300 мл раствора новокаина. Инфильтрационная анестезия влагалища может быть дополнена пудендальной. Для этого длинной иглой прокалывают кожу посредине между седалищным бугром и заднепроходным отверстием, вводят несколько миллилитров новокаина (лучше 0,5% раствора), затем иглу продвигают в глубь тканей на 5—6 см, куда вводят от 50 до 100 мл анестетика. Эффективность инфильтрационной анестезии значительно повышается, а площадь распространения увеличивается, если к новокаину прибавить 5—10 капель адреналина (1 : 1000) и 64 ЕД лидазы. В этом случае, особенно при проводниковой анестезии, концентрацию новокаина необходимо значительно увеличить, соответственно уменьшив объем расходуемого раствора.

Анестезия передней брюшной стенки осуществляется послойно с соблюдением тех же правил.

Как только вскрыта брюшина, сразу же должна быть произведена с помощью тонкой иглы дополнительная ее анестезия на некотором расстоянии от линии разреза. Прежде чем приступить к операции на матке или ее придатках, широкую связку обильно инфильтрируют новокаином, после чего новокаин должен быть введен в крестцово-маточные связки. Добавление лидазы к новокаину приводит к более широкому его распространению, а добавление адреналина способствует более длительному удержанию анестетика в тканях и, следовательно, обуславливает более длительную анестезию.

Если проведению операции мешает кишечник, можно в брюшную полость ввести 0,5—1,0 одного из барбитуратов (гексенал, тиопентал-натрий или др.) в виде порошка или раствора. Кишечник после этого быстро «успокаивается», легко заправляется в брюшную полость и отводится кверху, а больная спокойно засыпает. (О технике обезболивания при диагностических выскабливаниях и абортах см. в гл. VI).

Заканчивая очень краткое описание некоторых самых необходимых, как нам кажется, видов анестезии, которые могут успешно применяться при гинекологических операциях, хочется высказать свое отношение к анестезии вообще и отдельным ее видам в частности.

Для благоприятного исхода операции правильная и умелая анестезия имеет не меньшее значение, чем высокое мастерство оператора. Но какой же вид обезболивания лучше и безопаснее? Во-первых, тот, которым более совершенно владеет анестезиолог (нарколог); во-вторых, тот, с помощью которого могут быть созданы лучшие условия для производства операции; в-третьих, тот, который легко переносит больная.

При общем хотя бы относительно удовлетворительном состоянии больной мы отдаем предпочтение эндотрахеальному наркозу смесью закиси азота и эфира с кислородом с применением релаксантов. Неплохим методом является также перидуральная анестезия. При хорошем состоянии организма с успехом можно пользоваться и спинномозговой анестезией; однако при ее применении могут совершенно неожиданно возникнуть тяжелые осложнения, иногда даже с летальным исходом.

При значительном обескровливании, тяжелой интоксикации и истощении больной, а также при операции кесарева сечения мы применяем инфильтрационную новокаиновую анестезию, иногда подкрепляя ее действие введением в брюшную полость одного из барбитуратов в дозе до 1,0. При тех же условиях, если в учреждении имеется опытный анестезиолог, следует отдать предпочтение эндотрахеальному наркозу. Этот вид обезболивания является одним из самых крупных достижений современной медицины. Правда, и он нуждается в дальнейшем непрерывном совершенствовании и не у всех больных может быть применен.

Следовательно, способ анестезии должен подбираться индивидуально.

## ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Вспомогательными мы называем операции, с помощью которых создаются условия для производства основной операции. Например, чтобы сделать операцию экстирпации матки при раке ее тела, необходимо предварительное брюшностеночное либо влагалищное чревосечение.

Какой бы ни был избран путь для производства той или иной операции, хирург должен придерживаться определенных правил. Прежде всего, необходимо строго соблюдать правила асептики. Однако создать абсолютно стерильную обстановку в операционном зале невозможно. В рану из воздуха всегда попадает определенное количество микробов. Источником инфицирования операционной раны могут быть также кожа больной, содержимое опухолей, влагалища, если оно вскрывается, лимфатические щели и т. д. Не исключена возможность занесения микробов в рану путем так называемой капельной инфекции (при разговоре во время операции, кашле).

Правда, организм человека обладает высокой сопротивляемостью по отношению к попавшим в рану микробам. И если нет дополнительных факторов, ослабляющих сопротивляемость организма (острая анемия в результате большой потери крови и др.) и облегчающих распространение в глубь тканей микробов (разрыв и разможнение тканей),— инфекция обычно не развивается.

Хирург должен постоянно стремиться к тому, чтобы исключить полностью или свести к минимуму действие этих дополнительных факторов.

Оперировать нужно асептично, тщательно ограждая операционную рану от занесения в нее бактерий. С тканями необходимо обращаться бережно, не разрывать и, тем более, не разможжать их, так как в результате этого резко снижаются резистентность и регенеративные способности последних, а следовательно, и создаются условия для проникновения в рану инфекции.

Для выполнения этого условия надо с самого начала оперативной деятельности приучиться в ходе операции все выполнять инструментами, совершенно не прикасаться к тканям руками (если в этом нет необходимости): металлические инструменты легче простерилизовать и легче сохранить стерильными, чем перчатки или кожу рук.

Разъединять ткани следует преимущественно путем их рассечения скальпелем или ножницами, а это возможно лишь при условии, если хирург хорошо ориентируется в анатомической и патологической ситуациях. Иными словами, если хирург правильно понимает анатомические соотношения органов, измененных патологическим процессом, он без особого труда может остро разделить любые ткани. Тупое расслоение тканей тупфером, а в отдельных случаях и рукой может допускаться только как дополнение к основному, острому, их разъединению и только после того, как с помощью ножа или ножниц хирург проник в слой клетчатки.

В ходе операции никогда не следует начинать манипулирование на органе или патологическом образовании, если к нему нет хорошего доступа. Сначала нужно выделить его из сращений с соседними органами и стенками таза или брюшной полости и, по возможности, вывести в операционную рану. Лишь после этого можно приступить к выполнению собственно операции — удалению опухоли, резекции органа или иному оперативному вмешательству. Естественно, каждый хирург стремится к тому, чтобы операция имела благополучный исход, но не каждый идет правильным путем. Для того, чтобы избежать грубых ошибок, нужно оперировать строго анатомически, четко и аккуратно, по заранее продуманному плану. Следует стремиться каждый элемент оперативной техники выполнять в один прием, не повторяя одних и тех же движений.

Гинекологические операции имеют свои характерные особенности, поэтому от хирурга-гинеколога требуется применение особых приемов оперативной техники. Так, значительную часть гинекологических операций производят в глубине малого таза, вследствие чего доступ к органу или патологическому образованию может быть очень затрудненным. При этом разъединение тканей, лигирование сосудов и другие манипуляции без достаточного опыта выполнить трудно. Иногда может возникнуть опасность ранения мочеточника, мочевого пузыря или другого органа. В подобных случаях тупое разделение тканей может быть не менее опасным, чем слепое их рассечение ножницами или скальпелем. Кроме того, тупое разделение тканей часто сопровождается кровотечением, при этом операционное поле заливается кровью, и оперативное вмешательство еще больше затрудняется. Оперирование под контролем зрения в этих условиях становится невозможным. По этому поводу интересно высказывание Е. М. Шварцмана. Он писал: «Жалкую (и небезопасную) картину представляет операция, во время которой хирург накладывает, например

зажим на *a. uterina*, перерезает ее и затем начинает разглядывать культю, чтобы убедиться, не попал ли в зажим мочеточник».

Чтобы упростить производство операции, следует пользоваться длинными инструментами, с помощью которых можно манипулировать на глубоко расположенных органах, не заслоняя операционного поля. Все, что пережимается зажимами и пересекается, должно быть хорошо видно.

Оперативное вмешательство также значительно облегчается, если лигирование сосудов производить после того, как освободится операционное поле, например, после удаления опухоли или матки, когда сосуды хорошо видны и доступны для подведения лигатур. Накладывать швы и лигатуры следует только инструментами. Вынимая иглу пинцетом, хирург хорошо видит не только прошиваемые, но и соседние ткани. Если же это делать рукой, операционное поле оказывается заслоненным, а само наложение швов — трудно выполнимым и даже небезопасным. Завязывать лигатуры, особенно в глубине раны, несомненно, легче, надежнее и быстрее зажимами (или анатомическими пинцетами), чем руками. При завязывании руками смоченные кровью нити легко выскальзывают из пальцев, узелки затягиваются слабо, операционная рана плохо или совсем не видна. Приходится иногда одну и ту же лигатуру завязывать по нескольку раз, что тормозит ход операции.

По возможности нужно стараться оперировать бескровно, заблаговременно накладывая зажимы на сосуды, подлежащие перерезке. Если по какой-то причине это не сделано своевременно или рассекается множество мелких сосудов, которые предварительно пережать невозможно, кровоточащие мелкие сосуды лучше перевязывать тонким кетгутотом.

Неперевязанные сосуды, даже если кровотечение из них во время операции остановилось, могут быть причиной образования гематом. В послеоперационном периоде под влиянием повышения артериального кровяного давления, по мере улучшения общего состояния больной, или при кашле и рвоте может начаться кровотечение и образоваться гематома. Если кровотечение из мелких сосудов остановить полностью не удастся, то в ране можно оставить марлевый тампон, конец которого должен быть выведен через операционную рану.

При рассечении не следует захватывать в зажим много тканей, так как толстые большие культи могут некротизироваться, а при попадании в них микробов и гноиться.

При абдоминальных операциях, особенно если они производятся с опущенным головным концом операционного стола, необходимо оградить брюшную полость от затекания в нее крови и содержимого патологических образований (кистомы, пиосальпинкса).

Лучше всего изолировать кишечник марлевыми салфетками. Если кишечник выходит из брюшной полости, следует прикрыть его салфеткой и подождать несколько минут, пока больная уснет и кишечные петли

«возвратятся» на свои места. Стремление во что бы то ни стало заправить кишечник в брюшную полость всегда приводит к противоположным результатам.

Все раневые поверхности в брюшной полости следует тщательно закрыть брюшиной, что достигается восстановлением целостности брюшинного покрова. Брюшина обладает высокими регенеративными способностями и сопротивляемостью к инфекции; она значительно легче справляется с попавшими на нее микробами, чем клетчатка, особенно жировая. Поэтому в ходе операции подкожная клетчатка должна быть закрыта пристеночной брюшиной. Для перитонизации раневых поверхностей обычно достаточно брюшины широкой маточной связки, пузырно-маточной складки и круглых связок. Иногда приходится использовать брюшину сигмовидной кишки.

При перитонизации стараются не нарушать анатомических соотношений между остающимися органами. Тщательная перитонизация нужна не только для предупреждения развития послеоперационного перитонита, но и для профилактики образования спаек.

По окончании операции перед зашиванием брюшной раны необходимо выровнять стол и удалить кровь или иную жидкость; это может предупредить осложнения в послеоперационном периоде.

Для исхода операции, несомненно, большое значение имеет ее продолжительность: при равных условиях, чем меньше длится операция, тем благоприятнее исход. Операция выполняется быстро, если она проводится методично, по заранее продуманному плану, если хирург быстро и правильно ориентируется в патологической обстановке, хорошо владеет оперативной техникой, не делает ничего лишнего и ненужного, если он хорошо видит операционное поле.

Элементы оперативной техники — острое и тупое разъединение тканей, лигирование сосудов, наложение швов — можно усвоить и на плаценте (после родов), производя на ней разрезы, зашивая их с тщательным сопоставлением краев раны. Прикрывая рану плодными оболочками, соединенными непрерывными или узловатыми швами, вы делаете нечто подобное перитонизации. Обучение элементам оперативной техники на больных людях недопустимо. В усвоении оперативных приемов должна быть определенная последовательность — настойчиво и систематически тренируясь, постепенно переходить от простых к более сложным, одновременно тщательно изучая анатомию (также топографическую). Без хорошего знания анатомии и топографии нельзя оперировать. Одним из условий быстрого оперирования является удобное положение больной на операционном столе, удобное расположение хирурга, его ассистентов и операционной сестры. В операции должно участвовать только нужное число лиц. Мы обычно оперируем с двумя помощниками. Хирургу обязательно нужно быть самокритичным; постоянно контролируя свои действия, в слу-

чае необходимости, он должен на ходу изменить первоначальный план, если этого требуют интересы больной.

А теперь перейдем к описанию методики и техники вспомогательных операций.

### БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ (LAPAROTOMIA)

Будучи полностью подготовленной к операции, больная после опорожнения мочевого пузыря (с помощью катетера) доставляется на каталке в операционный зал. Здесь с нее снимают белье и надевают теплую кофту, голову аккуратно покрывают косынкой. Больную укладывают на операционном столе; широко разведенные ноги, согнутые в коленях, закрепляют на привинченных к столу ногодержателях, к которым пристегивают ремнями или привязывают специально для этой цели сшитыми широкими, матерчатыми бинтами голени и бедра. Такое положение больной очень удобно и рационально вследствие того, что в ходе операции может понадобиться введение во влагалище какого-либо инструмента или извлечение из него тампона. Повторяем, что съемные зубные протезы перед началом операции должны быть удалены. В зависимости от условий клиники наркотизация больной может быть начата в специальной палате или в операционном зале; в специальной палате можно провести и перидуральную анестезию. Спинальную и местную инфильтрационную анестезию осуществляют, разумеется, только на операционном столе.

Гинекологические брюшностеночные операции удобнее всего производить при опущенном головном конце операционного стола, то есть в положении Тренделенбурга; практически бывает достаточным наклонение стола до 30—40°. Переводить больную из горизонтального в наклоненное положение и обратно нужно очень медленно, чтобы организм успел приспособиться к измененному положению внутренних органов, особенно сердца и легких. Для более стабильного положения наклоненного тела больной, при котором в силу тяжести больная может легко опуститься к головному концу стола, под ее плечи подкладывают надплечники. Чтобы больная не испытывала чрезмерного давления на плечевое сплетение и чтобы не было послеоперационных парезов, на надплечники, привинчиваемые на нужном уровне к рейкам стола, необходимо надевать мягкие, из губчатой резины, прокладки.

При опускании головного конца операционного стола кишечник и сальник больной смещаются к диафрагме; теперь значительно легче направить в малый таз свет и хорошо осветить операционное поле. Это создает наилучшие условия для изоляции последнего и производства операции. Обе руки больной располагают вдоль туловища, пристегивают ремнями и закрепляют рукодержателями или правую руку кладут на привинченный к операционному столу столик и фиксируют в положении,

удобном для внутривенного введения крови или кровезамещающей жидкости, а левую руку оставляют свободной для контроля артериального давления.

Если операция производится под эндотрахеальным наркозом с применением курареподобных препаратов, нет надобности опускать головной конец операционного стола: при расслабленном состоянии мускулатуры создается наилучший доступ к органам малого таза.

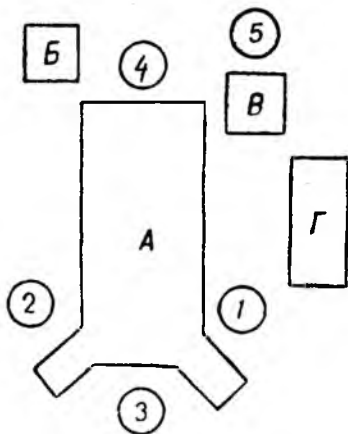


Рис. 3. Операционная.

Расположение оборудования: А — операционный стол; Б — стол анестезиолога (анестезиста); В — инструментальный столик; Г — стол для операционного материала и инструментария. Расположение лиц, принимающих участие в производстве операции брюшностеночного чревосечения: 1) хирург-гинеколог; 2) первый ассистент; 3) второй ассистент; 4) анестезиолог (анестезист); 5) операционная сестра.

Кожу живота, как отмечено выше, обрабатывают спиртом и йодом. Затем одной простыней покрывают нижнюю часть тела до верхнего края симфиза, второй — верхнюю — до пупка; бока больной прикрывают еще двумя небольшими простынями. Можно обойтись всего двумя простынями: первой покрывают нижнюю часть тела, а второй — туловище поперек вплоть до пупка, здесь с обеих сторон простыню перегибают под прямым углом и покрывают ею боковые поверхности, оставляя свободным лишь место для разреза по средней линии.

Хирург находится слева от больной и ведет разрез правой рукой от симфиза кверху. Первый ассистент стоит справа напротив хирурга, второй ассистент — у ножного конца операционного стола. Такое расположение участвующих в операции лиц создает наибольшие удобства. Операционная сестра располагается справа от хирурга, инструментальный столик стоит у головного конца операционного стола; основной запас инструментария и материала остается на отдельном столе. Анестезиолог (нарколизатор) садится на низкий стул у изголовья больной, справа от него ставится столик со всем необходимым для анестезии и оказания в случае возникновения осложнения экстренной помощи больной (рис. 3).

Важно, чтобы каждый из участвующих в операции занимал свое место и выполнял свои обязанности. Непосредственным помощником оператора является первый ассистент. Он высушивает кровь, помогает перевязывать сосуды, облегчает выполнение различных манипуляций, раскрывает по мере надобности наиболее трудно доступные участки операционного поля. Второй ассистент ничего самостоятельно не должен делать, его основной обязанностью является раздвигание раны и высуши-



вание крови. Второй ассистент ничего не должен брать непосредственно у операционной сестры; необходимый инструментарий ему передает хирург или первый ассистент. Никто из участвующих в операции не должен брать инструментарий или какой бы то ни было материал с инструментального столика. Все необходимое следует брать из рук операционной сестры.

Операционная сестра, располагаясь справа от хирурга и являясь его непосредственным помощником и стражем порядка в операционном зале, должна внимательно следить за ходом операции и подавать все необходимое, не дожидаясь требования оператора.

Анестезиолог (нарколизатор) должен вести наркотизирование соответственно ходу операции и ее основных этапов, но не увлекаться настолько оперативной техникой, чтобы забывать свои основные обязанности.

**Срединный продольный разрез.** В гинекологии для брюшностеночного чревосечения чаще всего пользуются продольным срединным разрезом. С помощью этого разреза легко создать доступ к органам малого таза и в то же время можно осмотреть в случае необходимости другие органы брюшной полости, можно также в ходе операции продлить разрез кверху, обойдя пупок слева, чтобы не перерезать круглой связки печени, которая проходит справа от пупка.

Строго по средней линии (*linea alba*) скальпелем рассекают кожу и подкожную клетчатку от лобка по направлению к пупку. Для разреза тканей мы пользуемся брюшистыми лезвиями, которые надеваются на специальную ручку и имеют несомненные преимущества перед скальпелями. Вскрытие брюшной полости следует производить послойно, чтобы не ранить кишечник или другие органы брюшной полости. Длина разреза не должна быть очень малой, не следует делать и чрезмерно большого разреза; длина его определяется размерами предполагаемого оперативного вмешательства, а также размерами опухоли, если она является причиной операции. Если в ходе операции разрез окажется малым, его можно увеличить, как только в этом возникнет необходимость, поэтому делать слишком большой разрез не следует. Обычно он делается от верхнего края симфиза до пупка (рис. 4). С обеих сторон края кожной раны посередине вместе с краями простыней захватывают зажимами Кохера. С помощью этого простого приема рана легко и хорошо раздвигается и одновременно изолируется от кожи.

Перед рассечением апоневроза следует края подкожной жировой клетчатки сдвинуть немного в стороны, чтобы края апоневроза были хорошо видны и удобно было накладывать швы. Отступая на 0,3—0,5 см от белой линии, делают небольшой разрез апоневроза ножом, после чего рассекают апоневроз ножницами книзу до нижнего угла раны и кверху до верхнего ее угла. Затем правый край апоневроза захватывают хирургическим пинцетом и левую прямую мышцу отсепаровывают от белой

линии; при этом перемычки между белой линией и мышцей рассекают ножом или ножницами (рис. 5), а мышцы ручкой скальпеля или концами ножниц отодвигают влево (рис. 6). Если отсепаровка мышцы производилась ножницами, то и отодвинуть ее от белой линии удобнее сомкнутыми браншами ножниц. Таким образом, не прикасаясь руками к тканям, можно их разъединить до брюшины. Мы категорически против пальцевого расслоения прямой мышцы, при котором мышечная ткань грубо травмируется. Кровоточащие сосуды по мере рассечения тканей следует захватывать кровоостанавливающими зажимами и перевязывать тонким кетгутом.

Брюшину можно вскрывать при горизонтальном положении больной, а при наличии спаек пристеночной брюшины с внутренними органами лучше вскрывать брюшину, слегка опустив головной конец операционного стола. В таком положении кишечник смещается к диафрагме, если больная в состоянии глубокого наркоза. Если же больная недостаточно хорошо уснула, рациональнее подождать несколько минут, пока наступит глубокий сон, что определяется по ритмичному дыханию. Вскрывать брюшину удобнее и безопаснее ближе к пупку, но нужно помнить, что в этом месте проходит поперечная фасция. Для лучшего доступа левую прямую мышцу отводят влево тупым крючком. Поперечную фасцию, захваченную и натянутую анатомическими пинцетами, рассекают ножом, раздвигают предбрюшинную жировую клетчатку, чтобы хорошо была видна брюшина. Опытный оператор может пользоваться и хирургическим пинцетом. Растянутую между двумя анатомическими пинцетами брюшину также рассекают ножом (рис. 7). При этом под влиянием входящего в брюшную полость воздуха кишечник опускается к задней брюшной стенке и к диафрагме, благодаря чему в значительной мере облегчается дальнейшее рассечение брюшины. Захватив края брюшины зажимами Микулича (или иными), ножницами разрезают брюшину под контролем зрения по направлению к симфизу, помня, что иногда мочевого пузыря располагается высоко, например при доношенной беременности, некоторых опухолях, и его легко можно ранить (рис. 8). Чтобы этого не произошло, нужно рассекать только просвечивающуюся брюшину. Если она не просвечивается, тупыми концами ножниц отодвигают жировую клетчатку книзу, книзу сдвигают и высоко расположенный мочевой пузырь. Затем также под контролем зрения ножницами вскрывают брюшину до верхнего угла раны. Рану обкладывают дополнительно стерильными марлевыми салфетками, и по мере рассечения края брюшины прикрепляют к краям салфетки зубчатыми зажимами (для белья) или так называемыми «цапками». Подкожная жировая клетчатка должна быть полностью изолирована брюшиной.

Особую трудность вскрытие брюшины представляет при наличии спаек (у женщин, раньше перенесших полостную операцию, при воспалительных заболеваниях органов малого таза, перитоните), когда кишечник или опухоль сращены с пристеночной брюшиной. В подобных



Рис. 7. Вскрытие брюшины.



Рис. 8. Дальнейшее рас-  
сечение брюшины.



Рис. 9. Соединение краев брюшины и левой прямой мышцы живота с белой линией непрерывным кетгутовым швом.



Рис. 10. Соединение краев апоневроза узловатыми кетгутовыми швами.

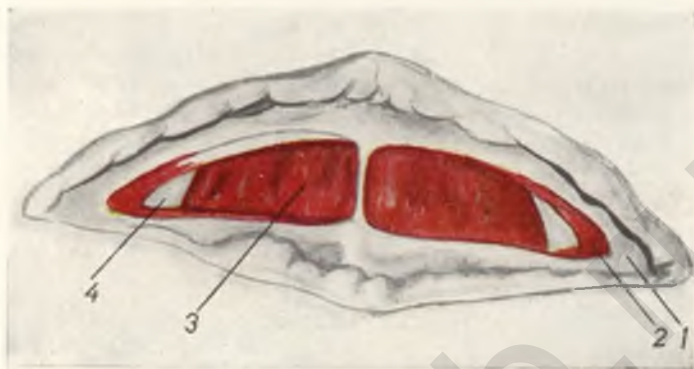


Рис 14. Аponeвроз вскрыт:

1 — аponeвроз правой наружной косой мышцы живота; 2 — правая косая внутренняя и поперечная мышцы живота; 3 — левая прямая мышца живота; 4 — бpюшина.

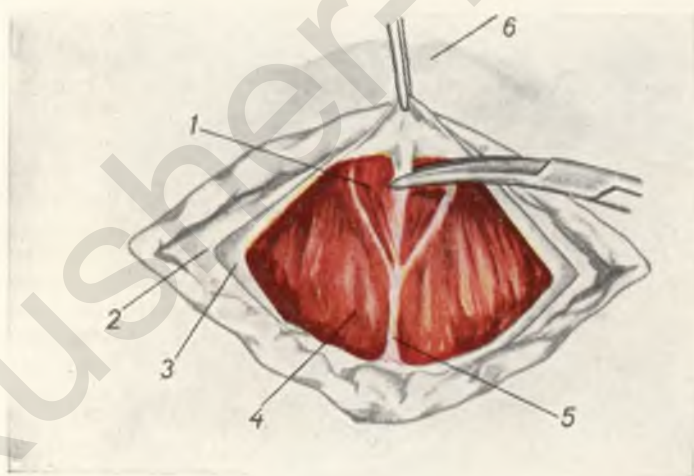


Рис. 15. Отсепаровка аponeвроза от белой линии:

1 — пирамидальная мышца; 2 — аponeвроз наружной косой мышцы живота; 3 — аponeвроз внутренней косой мышцы живота; 4 — прямая мышца; 5 — белая линия; 6 — лобок.

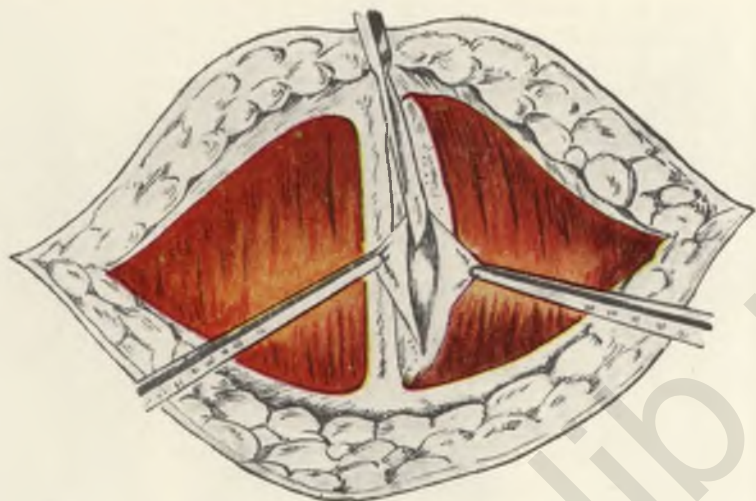


Рис. 16. Вскрытие брюшины.

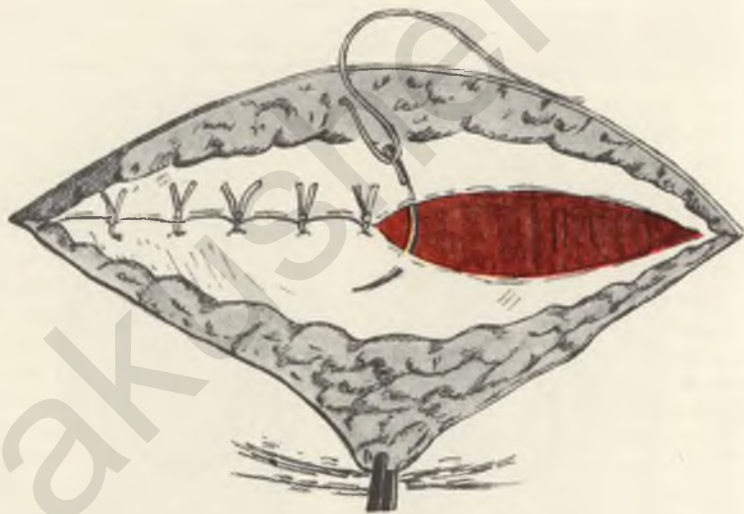


Рис. 17. Послойное зашивание операционной раны. Соединение краев апоневроза узловатыми кетгутowymi швами.



Рис. 22. Очерчивающий разрез передней стенки влагалища:

1 — наружное отверстие уретры; 2 — складка слизистой под уретрой; 3 — шейка матки.

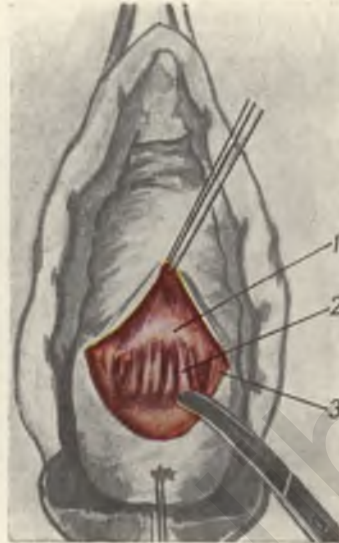


Рис. 23. Отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки с помощью ножниц:

1 — мочевой пузырь; 2 — паравагинальная клетчатка; 3 — ножка мочевого пузыря.



Рис. 24. Окончание отсепаровки мочевого пузыря от шейки матки.



Рис. 25. Мочевой пузырь отсепарован до брюшины пузырно-маточной складки:

1 — брюшина пузырно-маточной складки; 2 — паравагинальная клетчатка; 3 — «ножка» мочевого пузыря; 4 — мочевой пузырь.



Рис. 26. Вскрытие брюшины пузырно-маточной складки:

1 — передняя поверхность матки.

случаях вскрывать брюшину лучше вблизи пупка при несколько опущенном головном конце операционного стола и обязательно под глубоким наркозом. Очень осторожно между двумя анатомическими пинцетами в стороне от опухоли или конгломерата спаянного кишечника ножом рассекают брюшину. Через отверстие осматривают париетальную брюшину, после чего либо отслаивают брюшину от опухоли, либо разрезают в стороне от ее сращений с кишечником. В ходе операции мы стараемся как можно меньше нарушать спайки между петлями кишечника, так как после этого образуются новые спайки, нередко еще более обширные.

Зашивают операционную рану брюшной стенки, подобно тому как разрезают, послойно, только в обратном направлении. Перед закрытием операционной раны необходимо сменить перчатки или помыть их 0,5% раствором нашатырного спирта и тщательно обработать спиртом и слабой настойкой йода. Края брюшины сшивают тонким кетгутом с помощью обкалывающей иглы непрерывным швом с промежутками между штрихами в 1—1,5 см, начиная от пупка. Здесь прошивают края брюшины и нить завязывают, короткий конец ее захватывают зажимом, а длинным концом зашивают всю рану брюшины; у симфиза делают захлестку и той же ниткой, но более редкими штрихами (с промежутками в 2—3 см) подшивают левую прямую мышцу к белой линии в направлении от симфиза к пупку, где завязывают с оставленным концом (рис. 9). Если при сшивании краев брюшины кишечник выходит в операционную рану, что затрудняет окончание операции особенно у тучных женщин, необходимо попытаться погрузить кишечные петли в брюшную полость, прикрыв их марлевой салфеткой, хорошо смоченной в теплом физиологическом растворе, а когда примерно две трети брюшины будет зашито — осторожно извлечь салфетку. Можно для погружения кишечника пользоваться специальной лопаткой, а если ее нет — металлической ложкой, не придавливая, а лишь придерживая петли. В отдельных случаях, особенно если больная проснулась и у нее началась рвота, не следует терять времени на бесплодные попытки заправить кишечник, необходимо усилить наркоз и подождать, пока больная уснет. После этого можно без затруднений закрыть брюшную рану. Края апоневроза, нам кажется, надежнее и рациональнее сшивать узловатыми швами. Прочность шва зависит от вида шовного материала, по-видимому, только в первые дни. Поэтому, учитывая другие превосходные качества кетгута, нам кажется, апоневроз лучше всего сшивать им. Апоневроз мы сшиваем шелком у очень тучных и ослабленных больных. Зашивать обычно начинаем с середины, где накладываем два-три закрепляющих узловатых шва, чтобы рана не разошлась в случае, если больная проснется раньше времени и начнется рвота. Лучшим является узловатый шов, который накладывается через каждые 1,5—2 см. Необходимо следить, чтобы между краями апоневроза не попадала жировая клетчатка, края должны соприкасаться. При хорошем



соприкосновении краев апоневроза наступает более быстрое и более прочное его сращение, что является наилучшей мерой профилактики послеоперационных грыж.

При тонком слое подкожной жировой клетчатки мы обычно накладываем три шелковых узловатых шва через кожу, всю клетчатку и края апоневроза (рис. 10). У тучных больных клетчатку сшивают отдельно в один или несколько этажей узловатыми швами. Края кожи могут быть

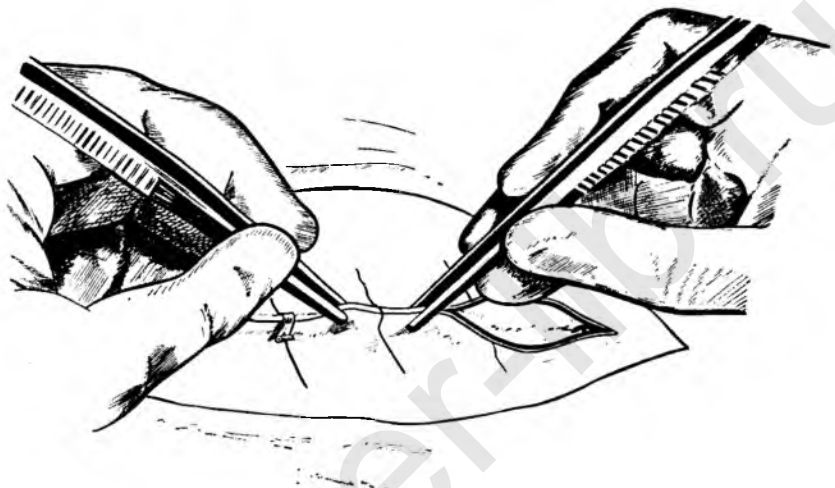


Рис. 11. Соединение краев кожной раны скобками Мишеля.

соединены также узловатыми шелковыми швами. Швы прикрываются асептической повязкой, которая удерживается с помощью лейкопластыря или кожного клея.

**Поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю.** Положение больной на операционном столе, как и для срединного продольного разреза; так же дезинфицируется кожа живота. При изоляции операционного поля стерильными простынями для разреза оставляют не прикрытой поперечную полосу кожи над лбом. По-видимому, следует признать, что в случае возникновения послеоперационного расхождения краев раны швы прочнее удерживаются на поперечном разрезе. Несомненным преимуществом этого способа вскрытия брюшной полости является и то, что он менее заметен, если разрез проходит как раз по надлобковой складке. Однако наряду с этим надо признать, что операционное поле обзревается значительно хуже при разрезе по Пфанненштилю, доступ к органам малого таза и выполнение операции также могут быть затруднен-

ными и, наконец, в ходе операции невозможно увеличить поперечный разрез (если в этом возникает необходимость). Отрицательным является и то, что в послеоперационном периоде после поперечного разреза значительно чаще наблюдаются подфасциальные гематомы.

Кожу и подкожную жировую клетчатку рассекают по надлобковой складке на расстоянии 2—3 см от верхнего края симфиза; кровоточащие сосуды (особенно поверхностные надчревные артерии, проходящие с обеих сторон в паховых областях) следует сразу же пережимать зажимами и тщательно перевязывать (рис. 12). Апоневроз надрезают ножом с обеих сторон от белой линии, на всем остальном протяжении раны рассекают изогнутыми ножницами (рис. 13, 14). Край раны посередине апоневроза захватывают крепким зажимом Кохера и, сильно оттягивая, отсекают его ножницами от белой линии по направлению к пупку, насколько позволяет величина кожного разреза. При от-



Рис. 12. Поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю. Рассечение кожи и подкожной клетчатки.



Рис. 13. Поперечное рассечение апоневроза прямых мышц живота.

слодке апоневроза от мышц брюшного пресса может быть ранена нижняя надчревная артерия или одна из ее ветвей, которую следует заблаговременно пережать зажимом, после чего перерезать и перевязать. Если ранение этой артерии остается незамеченным, кровотечение во время операции из нее может остановиться, а в послеоперационном периоде возобновиться и послужить источником образования обширной подфасциальной гематомы. При разрезе по Пфанненштилю обычно рассекаются не только апоневротические листки, составляющие переднюю стенку влагалища прямых мышц живота, но и сухожилия наружных и внутренних косых, а также по-

пинцетами и прикрепляют к салфеткам, которыми дополнительно обкладывается рана (рис. 16). Рану раздвигают ранорасширителями. При наличии сращений органов малого таза, плохой их подвижности или большом размере опухоли разрез брюшной стенки по Пфанненштилю не рационален.

Брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом по направлению от пупка к симфизу; той же нитью, возвращаясь от симфиза к пупку,



Рис. 18. Поперечный надлобковый разрез по Кюстнеру. Отсепаровка подкожной клетчатки от апоневроза.

но сопоставляют края кожи. Линию швов покрывают асептической повязкой, которую прикрепляют к коже с помощью кожного клея или лейкопластыря.

**Поперечный надлобковый разрез по Кюстнеру.** Разрез кожи и подкожной клетчатки до апоневроза по Кюстнеру производится, как и по Пфанненштилю, после чего верхний край кожной раны посередине следует захватить зажимом Кохера. Оттягивая захваченный край раны вверх, ножницами и тупфером отделяют клетчатку от апоневроза по направлению к пупку (рис. 18). Апоневроз рассекают, как и при продольном срединном разрезе, отступая на 0,3—0,5 см влево от белой линии; затем вышеописанным способом левую прямую мышцу живота отделяют от белой линии и вскрывают брюшину (см. «Срединный продольный разрез»).

#### ВЛАГАЛИЩНОЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ (COLPOSOELIOTOMIA)

Для влагалищного чревосечения больную укладывают на операционном столе так, чтобы ноги ее, согнутые в тазобедренных и коленных суставах, были широко разведены, высоко приподняты и закреплены на

подшивают левую прямую мышцу к белой линии или сшивают внутренние края обеих прямых мышц живота. Апоневроз сшивают узловатыми кетгутовыми швами, после чего прошивают подкожную жировую клетчатку также узловатыми кетгутовыми швами, одновременно захватывая края апоневроза (рис. 17). Края кожи можно соединить внутрикожным поперечным кетгутовым швом (кетгут № 0 или № 00). Для наложения внутрикожного шва следует пользоваться малыми режущими гинекологическими иглами. При этом следует очень тщатель-

ногодержателях. Ягодицы должны быть помещены на краю стола, чтобы удобно было вставить влагалищное зеркало. Руки, согнутые в локтях, располагаются на груди. Если нет ногодержателей, их можно заменить длинным полотенцем или большой простыней, сложенной по диагонали. Простыню надевают на шею больной, а концами привязывают ноги.

Кожу наружных половых органов и бедер дезинфицируют спиртом и йодной настойкой, после чего ограждают стерильным бельем. Для этого на ноги надевают стерильные матерчатые чулки, доходящие до паховых складок, а под таз подкладывают стерильную простыню или пленку. Если предполагают оперировать под местной анестезией, то для прикрепления стерильной простыни, закрывающей заднепроходное отверстие и ягодицы, проводят анестезию кожи посередине промежности и в области седалищных бугров. Простыня или пленка может быть подшита или приколота «щипками». После анестезии кожи лобка больную сверху также прикрывают стерильной простыней, с помощью которой окончательно изолируют половые органы (рис. 19).

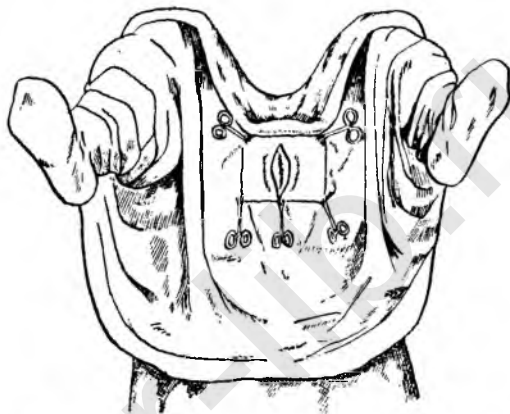


Рис. 19. Операционное поле изолировано стерильным бельем.

Хирург располагается на вращающемся стуле у ножного конца операционного стола, первый ассистент — справа, а второй — слева от хирурга. Инструментальный столик ставят между хирургом и первым ассистентом; здесь же у столика располагается операционная сестра (рис. 20). При влагалищных операциях помощь ассистентов должна быть квалифицированной: первый ассистент оказывает активную помощь в ведении операции, а второй ассистент правой рукой держит влагалищное зеркало, левой рукой осушивает или раскрывает рану.

Влагалищные операции могут быть выполнены под спинномозговой, инфльтрационной местной анестезией или под общим наркозом.

**Передняя кольпотомия и влагалищная лапаротомия (Colpotomia et Colpocoelectomia anterior).** Влагалище раскрывают коротким зеркалом и дезинфицируют спиртом и йодом. Шейку матки захватывают щипцами Мюзо или Дуайена (если их нет, можно двумя пулевыми щипцами) и низводят ко входу во влагалище и несколько кзади. Чтобы получить доступ к переднему влагалищному своду, необходимо по возможности максимальное низведение шейки матки. Это легче всего удастся, если операцию

производят под спинномозговой анестезией, под влиянием которой наступает полное расслабление мускулатуры тазового дна, или под эндотрахеальным наркозом с применением курареподобных препаратов. В результате максимального низведения матки создаются наиболее благоприятные для выполнения операции анатомические соотношения, показанные на

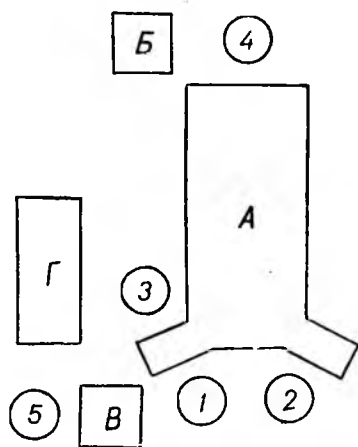


Рис. 20. Операционная.

Расположение оборудования: А — операционный стол; Б — стол анестезиолога; В — инструментальный столик; Г — стол операционного материала и инструментария. Расположение лиц, принимающих участие в производстве влагалищной операции: 1 — хирург-гинеколог; 2 — первый ассистент; 3 — второй ассистент; 4 — анестезиолог (анестезист); 5 — операционная сестра.

затруднений. Если же хирургу не удалось проникнуть в клетчаточный слой, отсепаровка идет с большим трудом и сопровождается значительным кровотечением. В одних случаях, очень осторожный хирург, боясь ранить мочевой пузырь, захватывает шейку матки и никак не может отслоить от нее последний. В других случаях, не в меру смелый и не разобравшийся в анатомических соотношениях хирург захватывает стенку мочевого пузыря. Нужно помнить, что при правильном ведении операции, после рассечения соединительнотканной клетчатки между шейкой матки и передней стенкой влагалища, мочевой пузырь отделяется легко. При этом инструмент или палец хирурга, которым производят отслойку мочевого пузыря, скользят по передней стенке матки вплоть до пузырно-маточной складки брюшины (рис. 23, 24).

Если при отслойке мочевого пузыря возникли затруднения, следует

рис. 21. Матку удерживает низведенной второй ассистент, первый ассистент осущивает рану и делает все необходимое по указанию хирурга. Для большего удобства влагалище дополнительно раздвигают боковыми зеркалами (подъемниками). В месте перехода неподвижной слизистой шейки матки в подвижную переднего свода (переходная складка) делают скальпелем поперечный дугообразный разрез на всю толщину влагалищной стенки. Если разрез сделан правильно, края раны расходятся на 0,5—1 см и рана приобретает полулунную форму, а выкроенный лоскут переднего свода влагалища — языкообразную (рис. 22). Захватив верхний край влагалищной раны хирургическим пинцетом и приподняв его, ножницами рассекают волокна соединительной ткани между шейкой матки и стенкой влагалища, одновременно отодвигая лоскут вместе с клетчаткой кверху тупыми концами ножниц; вместе с лоскутом отодвигают и мочевой пузырь. Если клетчатка рассечена, лоскут с мочевым пузырем отодвигают без

хорошо осушить рану и спокойно разобраться в анатомических соотношениях органов. Для этого в мочевой пузырь можно ввести катетер, повернуть его конец к себе и пальцем через влагалищную рану осторожно нащупать его и тем самым определить, где находятся стенки мочевого пузыря.

Не имея ясного представления о том, в каких тканях манипулирует, хирург не должен продолжать операцию, ибо беспорядочное разминание, рассечение и разрывание тканей ведет только к усилению кровотечения и удаляет хирурга от его цели. Отсепаровкой мочевого пузыря завершают операцию передней кольпотомии. Этой операцией создают условия для производства влагалищного кесарева сечения, для вылущивания миоматозного узла и т. п.

Если необходимо создать доступ к внутрибрюшинно расположенным органам малого таза, после отсепаровки мочевого пузыря необходимо отыскать пузырно-маточную складку брюшины. Палец, введенный между шейкой матки и мочевым пузырем, не испытывает сопротивления тканей: брюшина легко растягивается, через тонкий ее листок хорошо пальпируется тело матки. Теперь следует между шейкой матки и мочевым пузырем ввести подъемник и, не ослабляя натяжения матки, отвести его к симфизу; при этом становится видимой брюшина. Она отличается от окружающих тканей белесоватым цветом (рис. 25). Брюшину захватывают пинцетом или зажимом; она легко вытягивается в виде складки, одна сторона которой ведет к матке, другая кверху. Слизистая мочевого пузыря, освобожденная от мышечного слоя, своим видом напоминает брюшину, только она не имеет никакой связи с маткой. Растянутую пинцетом или зажимами брюшину вскрывают ножницами и листок, обращенный к мочевому пузырю, закрепляют зажимом или лигатурой, чтобы можно было в любой момент его извлечь (рис. 26). Через отверстие в брюшной полости можно



Рис. 21. Сагиттальный разрез малого таза. Нормальное расположение органов малого таза (1), расположение тех же органов после низведения шейки матки щипцами (2).

при этом становится видимой брюшина. Она отличается от окружающих тканей белесоватым цветом (рис. 25). Брюшину захватывают пинцетом или зажимом; она легко вытягивается в виде складки, одна сторона которой ведет к матке, другая кверху. Слизистая мочевого пузыря, освобожденная от мышечного слоя, своим видом напоминает брюшину, только она не имеет никакой связи с маткой. Растянутую пинцетом или зажимами брюшину вскрывают ножницами и листок, обращенный к мочевому пузырю, закрепляют зажимом или лигатурой, чтобы можно было в любой момент его извлечь (рис. 26). Через отверстие в брюшной полости можно

произвести операцию на матке или ее придатках. Зашивают рану послойно: край пузырной брюшины подшивают к брюшине матки узловатыми или непрерывным кетгутовыми швами. Рану влагалищного свода зашивают узловатыми кетгутовыми швами.

**Задняя кольпотомия и влагалищная лапаротомия (Colpotomia et Colposoeliotomia posterior).** Для производства этой операции, как и при передней кольпотомии, влагалище раскрывают зеркалами и дезинфицируют спиртом и йодом. Шейку матки захватывают щипцами Мюзо или Дуайена, максимально низводят и отодвигают к симфизу.



Рис. 27. Задняя кольпотомия. Рассечение заднего влагалищного свода.



Рис. 28. Вскрытие брюшины прямокишечно-маточной складки.

Задний влагалищный свод при этом оттягивается шейкой матки. Хирургическим пинцетом или зажимом Кохера (можно также пулевыми щипцами) захватывают стенку заднего влагалищного свода, отступя на 0,5—1 см от места перехода неподвижной слизистой шейки матки в подвижную стенки влагалища (рис. 27), и ножницами (или скальпелем) рассекают. На этом операции задней кольпотомии (Colpotomia posterior) заканчивают. С ее помощью создают доступ в парамет-

ральную клетчатку, например, для вскрытия параметрального абсцесса. Если же необходимо произвести операцию на матке или ее придатках, только задней кольпотомии недостаточно, следует вскрыть и брюшину, то есть произвести кольпоцелиотомию или заднюю влагалищную лапаротомию (Colposoeliotomia postreior). Брюшина маточно-прямокишечного (рис. 28) пространства легко обнаруживается, ее захватывают пинцетом и вскрывают. Край брюшины, переходящий на прямую кишку, фиксируют лигатурой к краю раны влагалища. Кровоточащие сосуды следует тщательно перевязать. Чтобы не ранить прямую кишку, при выполнении операции задней кольпоцелиотомии необ-

ходимо разрез делать вблизи шейки матки. Рану зашивают послойно. Края брюшины сшивают узловатыми или непрерывным кетгутовыми швами. Края влагалищной раны сшивают узловатыми кетгутовыми швами.

**Влагалищно-промежностный разрез Шухардта.** Разрез по Шухардту применяется у женщин с сужением входа во влагалище перед производством влагалищной операции (удаление матки при раке ее тела и некоторые другие). Сужение входа во влагалище может произойти вследствие атрофических процессов в старческом возрасте либо вследствие рубцовых изменений.

Разрез по Шухардту производят обычно слева от входа во влагалище, отступя примерно на 2 см от задней спайки, в направлении между седалищным бугром и заднепроходным отверстием, как показано на рис. 29. Разрезать следует слегка растянутые ткани, при этом стараясь не ранить с одной стороны проток бартолиниевой железы и кавернозное сплетение, а с другой — наружный сфинктер и прямую кишку. Сначала рассекают большую половую губу, стенку влагалища, мышцу, сжимающую вход во влагалище, кожу и другие ткани промежности, клетчатку ишиоректальной области, а иногда и внутренний пучок мышц, поднимающий задний проход (рис. 30). С помощью этого разреза значительно улучшается доступ к влагалищным сводам и шейке матки. Кровоточащие сосуды следует по мере рассечения тканей сразу же перевязать тонким кетгутом. Варикозные узлы, обнаруженные в ране, следует тщательно перевязать шелковыми лигатурами и иссечь.

Восстановление целостности тканей после разреза по Шухардту следует производить строго послойно, сшивая хорошо сопоставленные одноименные ткани предпочтительно узловатыми кетгутовыми швами. Края кожи соединяют скобками Мипеля или узловатыми шелковыми швами (рис. 31).

Сразу же после окончания каждой операции следует записать в протокол действительный ее ход, последовательно отразив все этапы оперативного вмешательства вплоть до соединения краев кожной раны и наложения повязки. Никогда не нужно писать протокол операции по заранее продуманной схеме или по учебнику. Следует тщательно осмотреть удаленный препарат, описать и направить его на гистологическое исследование.



## Глава IV

### ПОЛОСТНЫЕ БРЮШНОСТЕНОЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Одним из частых заболеваний женской половой системы являются доброкачественные опухоли яичников. Они происходят из присущих яичнику в норме тканей, эмбриональных остатков и постнатальных разрастаний, а также из гетеротопий. Опухоли яичников могут быть полостными и солидными. К полостным относятся кисты и кистомы, а к солидным — соединительнотканнные: фиброма яичника, а также опухоль Бреннера, хотя она имеет кистозные эпителиальные включения.

Все доброкачественные опухоли яичников можно представить в следующем виде.

*Кисты:* 1) киста простая; 2) киста фолликулярная; 3) киста желтого тела (лютеиновая, лютеиновая при пузырьном заносе, при хорионэпителиоме); 4) эндометриоз яичника (шоколадная киста); 5) паровариальная киста; 6) тубоовариальная киста.

*Кистомы:* 1) псевдомуцинозные (железистые); 2) папиллярные (или серозные, серопапиллярные).

Фиброма яичника. Опухоль Бреннера — соединительнотканная опухоль с эпителиальными включениями — кистами (аденофиброма, коллоидная аденофиброма).

*Герминогенные опухоли:* 1) зрелая тератома (дермоид, дермоидная киста); 2) созревающая и незрелая тератома (переходная к тератобластам).

Кисты следует рассматривать как ретенционное образование, развившееся вследствие скопления секрета, например в фолликуле, или расплавления тканей с задержкой серозного экссудата (тубоовариальная киста). Кистомы же представляют собой истинные эпителиальные опухоли, которые нужно рассматривать как предраковое заболевание. По наблюдениям различных учреждений, псевдомуцинозные кистомы составляют от 8,8 до 36%, а серозные — от 31,8 до 52,3% всех опухолей яичников. Практически гинекологу чаще всего приходится иметь дело с кистомами яичников, другие виды опухолей встречаются значительно реже.

Большая часть кистом подвергается злокачественному перерождению. Так, псевдомуцинозная кистома переходит в рак примерно в 2—8% случаев, а серозная перерождается значительно чаще — в 20—50%. Кроме этого, при опухолях яичников бывают и другие осложнения: перекрут ножки с последующим некрозом и нагноением и другие. Не так уж редко встречается и первичный рак, который вначале можно принять за доброкачественную опухоль яичника.

Исходя из вышесказанного, в гинекологии установилось твердое правило, согласно которому любая диагностированная опухоль яичника, независимо от величины, должна быть удалена с помощью оперативного вмешательства. Однако способ удаления не должен быть одинаковым для всех больных. По-видимому, при серозных кистомах, которые чаще всего дают начало развитию рака, рациональнее проводить овариоэктомию, а не резекцию яичника, а при псевдомуцинозной кистоме и, тем более, при наличии кисты разумно сделать резекцию яичника или вылущивание опухоли и сохранить часть его тканей.

При выборе методики операции следует учитывать также и возраст больной. У молодых женщин, нам кажется, для производства операции овариоэктомии недостаточно наличия доброкачественной опухоли: если опухоль имеет малую склонность к злокачественному перерождению или вовсе не подвержена ему, без дополнительных показаний овариоэктомию производят нерационально. Остатки тканей яичника могут поддерживать циклические изменения в организме женщины, способствовать сохранению молодости и детородной функции.

Опухоли яичников могут иметь так называемую ножку и быть интралигаментарными. Опухоли на ножке растут в брюшную полость; по мере их роста увеличивается и ножка. Они обычно подвижны; подвижность может быть ограничена большими размерами опухоли или сращениями ее капсулы с соседними органами и стенками таза. В состав ножки входят собственно-яичниковая и воротно-тазовая связки, брыжейка яичника, а иногда и маточная труба. При хорошей подвижности опухоли возможен перекрут ножки. Если последняя перекручивается в пределах 90—100°, кровеносные сосуды, проходящие в ней, не пережимаются и кровообращение в опухоли не нарушается. Клинически такой перекрут ничем не проявляется. При увеличении его ближе к 180°, а тем более при многократном перекруте ножки кистомы пережимаются прежде всего вены, вследствие чего затрудняется или прекращается отток крови при еще продолжающемся ее притоке. В результате капсула опухоли отекает и быстро пропитывается кровью, сначала становится багрово-синюшной, а затем темно-фиолетовой и, наконец, при развитии некроза — темной; опухоль значительно увеличивается в размерах. Если в нее проникают микробы, происходит нагноение. Вследствие сдавления нервов, с момента перекрута ножки, появляются сильные боли, через некоторое время, по мере раз-

вития вышеописанных изменений в опухоли, наблюдается раздражение брюшины. Уже в первые часы после перекрута ножки образуются спайки со стенками таза и соседними органами, особенно с сальником. Со стороны сальника довольно быстро прорастают сосуды, за счет которых в отдельных случаях, при полном перекруте ножки, в опухоли налаживается кровообращение. Иногда в результате перекрута и некроза истинная ножка опухоли утрачивает свое значение и ее заменяет образовавшаяся сосудистая ножка.

Если интралигаментарная опухоль располагается между листками верхнего отдела широкой связи матки, она может быть достаточно подвижной. Опухоли же, расположенные между листками основания широкой связки и растущие в глубь таза, как правило, совершенно неподвижны или слегка смещаемы. Интралигаментарная опухоль значительно изменяет соотношение органов малого таза.

Обычно матка смещается опухолью в противоположную сторону и кверху; смещается и мочевой пузырь, который приподнимается опухолью и оттесняется в сторону. Мочеточник может быть отодвинут в сторону или кпереди, или бывает растянут по передней поверхности опухоли, тесно прилегая к ее капсуле. Маточная труба обычно растянута, а иногда и распластана на верхней поверхности опухоли.

Нередко прямая кишка оказывается сдавленной опухолью. Если вследствие больших размеров опухоль не вмещается в полости малого таза, ее верхний полюс уходит в забрюшинное пространство и располагается позади сигмовидной или слепой кишки. Нижний полюс интралигаментарно расположенной опухоли опускается или выпячивает в сторону влагалища боковой или задний его свод.

Величина опухолей яичников бывает различной. Наибольших размеров достигают псевдомуцинозные кистомы, в редких случаях даже превышая вес больной.

Женщины с опухолями яичников могут беременеть. Во время беременности довольно часто наблюдается более быстрый рост опухоли и более частое перекручивание ее ножки. Поэтому сама по себе беременность не должна рассматриваться как противопоказание к операции. По-видимому, наилучшее время для производства операции — период от четвертого до шестого месяца беременности.

В ходе операции, изучая состояние яичников, характер опухолей, в нужных случаях иссекая кусочки тканей для немедленного гистологического исследования, хирург должен строго индивидуально выбирать методику операции, с учетом возраста и других особенностей организма больной.

## ОПЕРАЦИЯ ОВАРИОЭКТОМИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА НА НОЖКЕ

При хорошо подвижной опухоли яичника небольших размеров, особенно у молодых женщин, можно произвести операцию с помощью разреза по Пфанненштилю. При малоподвижной или совсем неподвижной опухоли любых размеров, а также при больших опухолях незаменимым остается срединный продольный разрез передней брюшной стенки, который при надобности можно продлить. У тучных и с плотной брюшной стенкой женщин также лучше применять срединный продольный разрез.

После вскрытия брюшной полости следует разобраться в патологической ситуации, то есть в характере опухоли и ее взаимоотношениях со стенками таза и соседними органами. Имеющиеся спайки следует разъединить и вывести опухоль из брюшной полости. Для этого под опухоль на длинном тампонаторе проводят тупфер и стараются им как бы вывихнуть ее в операционную рану. В то же время руками надавливают на переднюю брюшную стенку по бокам от раны, чтобы облегчить «прорезывание» опухоли. При этом следует опухоль повернуть наименьшим ее размером к ране. Опухоль, представляющую собой бесполостное образование, можно захватить щипцами и без затруднений вывести из брюшной полости. Если же она по своим размерам не может быть выведена из брюшной полости даже после увеличения операционной раны, следует ее пунктировать и отсосать жидкость; киста по мере опорожнения уменьшается в размерах и легко выводится. Но прежде чем это сделать, необходимо убедиться в отсутствии признаков злокачественного перерождения. Чтобы содержимое опухоли не затекло в брюшную полость, следует опустить ножной конец операционного стола и наклонить его в сторону. Затекание жидкости в брюшную полость может представлять опасность даже при доброкачественной опухоли. Так, попадание на брюшину содержимого псевдомуцинозной кисты может обусловить развитие псевдомиксомы брюшины вследствие имплантации тканевых элементов ее внутренней оболочки. Слизь, попавшая на брюшину, может вызвать развитие слипчивого перитонита, клинически протекающего злокачественно, прорастание сосудов, отложение на брюшине студнеподобных масс. После удаления студнеподобных отложений наступает рецидив, развиваются парез кишечника, интоксикация, кахексия, резко увеличивается живот. Псевдомуцинозные кисты обычно бывают односторонними и многокамерными, а серозные — чаще двусторонними. Содержимое псевдомуцинозной кисты представляет собой густую тягучую, студенистую слизеподобную массу коллоидной или жидкой консистенции. Эта жидкость при стекании с опухоли или с пальцев после вскрытия удаленной кисты тянется в виде нитей. Содержимое же серозных кистом — серозная жидкость коричневого цвета с различными оттенками.

При наличии в брюшной полости большого количества асцитической жидкости можно предполагать, что опухоль имеет злокачественный характер, поэтому лучше воздержаться от пунктирования. Следует воздержаться от пункции кисты и при наличии других признаков злокачественного ее перерождения.

При выведении кисты не следует захватывать ее капсулу инструментами, так как она может легко разорваться. Но полипными или овариальными щипцами можно захватить маточную трубу, часто растянутую на

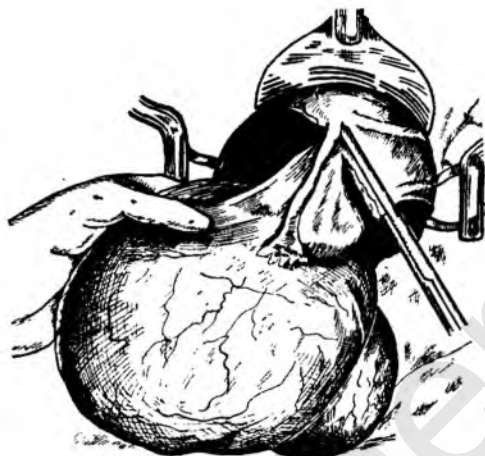


Рис. 32. Операция овариэктомии. «Ножка» кисты пережата зажимами и перерезана.



Рис. 33. Иссечение маточной трубы ножницами.

опухоли, или одну из связок, что удастся реже, и способствовать выведению кисты, одновременно выталкивая ее надавливанием руками на края раны. Вывести опухоль легче, если брюшная стенка хорошо расслаблена.

Когда опухоль выведена из брюшной полости, в операционную рану вставляют ранорасширитель и изолируют операционное поле салфетками. Ножка опухоли легко может быть пережата одним или двумя зажимами Кохера или Микулоча и сразу отсечена (рис. 32, 33). Применение же большего количества зажимов только замедляет ход операции. С кистой обычно удаляется и труба. Для этого нет никакой необходимости применять дополнительные инструменты. У маточного угла трубу следует «сосстричь» без предварительного ее пережатия, а на угол матки наложить узловатый кетгутовый шов. После этого следует осмотреть матку и ее придатки с другой стороны. Зажимы (или один зажим) на ножке кисты

заменяются лигатурами, как показано на рис. 34. Лигирование этим способом выгодно отличается от других, так как лигатура надежнее пережимает сосуды, прочно удерживается и значительно быстрее накладывается.

Культи должны быть тщательно перитонизированы. Это легче всего удается сделать за счет круглой связки, которая пришивается непрерывным кетгутовым швом к заднему листку широкой маточной связки чуть ниже культей рассеченных связок (воронко-тазовой и собственно-яичниковой) (рис. 35). Перитонизация места отсечения маточной трубы обычно не требуется, а если возникает необходимость, то ее также можно

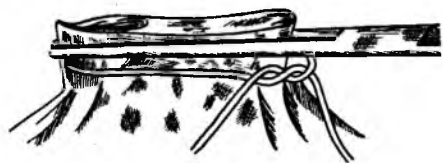


Рис. 34. Замена зажима лигатурой.

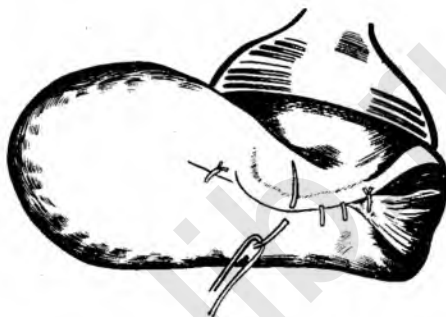


Рис. 35. Перитонизация круглой маточной связкой.

сделать круглой связкой, несколько продлив шов, которым закрывают культю связок.

После этого из брюшной полости извлекают салфетки, проверяют, все ли инструменты на месте, удаляют ранорасширитель и послойно зашивают операционную рану.

Таким образом, основными моментами овариоэктомии после вскрытия брюшной полости являются: обследование и выведение опухоли, пережатие ее ножки одним или двумя зажимами Кохера (Микулича) и отсечение опухоли, замена зажимов лигатурами и перитонизация, осмотр оставшихся органов малого таза, зашивание операционной раны.

Весь ход операции, от разреза кожи и до наложения на края ее раны швов или скобок, записывают в протоколе, в начале которого указывают фамилию, имя и отчество больной, ее возраст, № истории болезни; а в конце — фамилии хирурга, его ассистентов и операционной сестры. Чтобы не повторяться при описании примерного хода различных операций, об этом в дальнейшем больше не упоминается.

### Примерный ход операции овариоэктомии при опухоли яичника на ножке

Показания к операции: киста яичника.

Анестезия спинномозговая между II и III поясничными позвонками 2 мл 5% раствора новокаина с 5 каплями адреналина (1 : 1000). Сразу после анестезии боль-

ной сделана подкожная инъекция 1 мл 10% раствора кофеина, 1 мл 5% раствора солянокислого эфедрина; спустя 20 минут та же смесь введена повторно.

Операционное поле обработано спиртом и йодом, обложено стерильным бельем. Разрез срединный послойный между симфизом и пупком; апоневроз рассечен на 0,5 см левее белой линии, левая прямая мышца от нее отделена остро и отодвинута в сторону. Брюшина вскрыта между двумя анатомическими пинцетами, разрез продлен в обе стороны до углов раны ножницами. Рана дополнительно обложена стерильными салфетками с полной изоляцией подкожной жировой клетчатки<sup>1</sup>.

При осмотре оказалось, что опухоль представляет многокамерную, по-видимому, псевдомуцинозную кистому величиной с голову взрослого человека с жидким содержимым. Капсула опухоли местами просвечивается, на всей остальной поверхности она белесовато-серого цвета. Справа от опухоли к слепой кишке тянется широкая тонкая спайка, которая сразу же была рассечена ножницами. Под кистому подведен тупфер на длинном тампонаторе, им без затруднений опухоль вытолкнута из брюшной полости через операционную рану, края которой для облегчения выведения придавлены руками. Рана раздвинута ранорасширителем; киста исходит из правого яичника. Матка и левые ее придатки не изменены. В ножке кистомы сильно развиты сосуды, особенно венозные: расстояние между собственно-яичниковой и воронко-тазовой связками небольшое, ножка длинная; маточная труба сильно растянута на капсуле. Одним зажимом Кохера пережаты обе связки и мезосальпикс. Опухоль и труба у угла матки отсечены. На угол матки наложен узловатый кетгутовый шов, зажим заменен кетгутовой лигатурой. Перитонизация произведена непрерывным кетгутовым швом за счет круглой связки. Салфетки из брюшной полости удалены. Туалет брюшной полости. Счет салфеток и инструментов. Операционная рана зашита послойно: брюшина и мышцы соединены непрерывным, апоневроз — узловатыми кетгутовыми швами, подкожная клетчатка и кожа — тремя шелковыми швами, проведенными через края апоневроза, и скобками Мишеля. Асептическая повязка. Кровотечения во время операции не было. Продолжительность операции — 25 минут.

Послеоперационный диагноз: псевдомуцинозная киста правого яичника.

Название проделанной операции: правосторонняя овариоэктомия.

*Описание удаленного препарата.* Удаленная опухоль представляет собой псевдомуцинозную многокамерную кистому величиной с голову взрослого человека; поверхность ее бугристая. Капсула кистомы толстая и лишь в двух местах истончена; ближе к ножке — гиперплазированная яичниковая ткань, пронизанная множеством фолликулов. Содержание кистомы — густая тягучая прозрачная жидкость коричневого цвета. Внутренняя оболочка кистомы гладкая. Капсула отправлена на гистологическое исследование.

## ОПЕРАЦИЯ ОВАРИОЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

Опухоль яичника на ножке может возникнуть при наличии у женщины воспаления придатков матки. Воспалительный процесс может развиться также после появления опухоли, например кистомы яичника. И в том, и в другом случае, как правило, происходит сращение опухоли с соседними органами и нередко со стенками таза.

При нагноении опухоли вокруг кистомы всегда образуются спайки с салъником, кипечником, маткой, ее придатками и стенками таза.

<sup>1</sup> Во избежание излишних повторений в последующих описаниях хода операции детали вскрытия брюшной полости срединным разрезом не приводятся.

Рис. 29. Разрез по Шухардту.



Рис. 31. Послойное зашивание раны.



Рис. 30. Продолжение разреза по Шухардту.







Рис. 36. Операция овариоэктомии при перекруте «ножки» кистомы:

1 — собственно яичниковая связка; 2 — маточная труба; 3 — круглая связка; 4 — мочевого пузыря; 5 — матка.

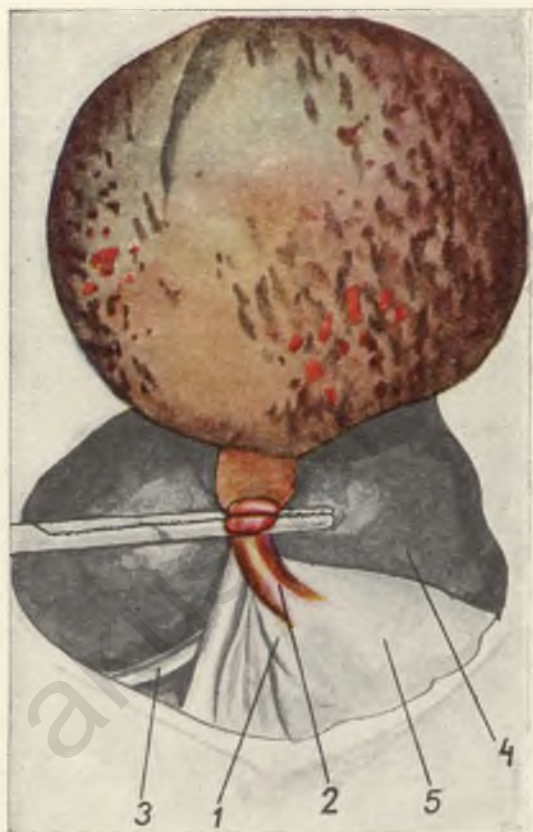


Рис. 37. «Ножка» пережата зажимом и  
рассечена.

Причиной образования спаек, кроме того, может быть перекрут ножки кистомы. В результате этого нарушается кровообращение, капсула кистомы отекает, местами некротизируется и быстро склеивается с прилегающей к ней париетальной и висцеральной брюшиной различных органов (рис. 36).

Вначале сращения (спайки) нежные и рыхлые, со временем становятся очень плотными, а опухоль утрачивает подвижность.

Иногда при ушибе живота или падении на живот может произойти разрыв капсулы кистомы. Если такая больная не будет сразу прооперирована, то разорванная капсула срастется со стенками таза и различными органами, дефект капсулы зарастет и вновь образуется кистома.

Особенно обширные и плотные сращения наблюдаются после рентгенотерапии.

Сращения кистомы встречаются и при злокачественном ее перерождении, но они являются не защитной реакцией организма, развивающейся, например, при воспалении, а результатом распространения ракового процесса на соседние органы.

Хирург еще до операции, как правило, знает о наличии сращений, обуславливающих ограниченную подвижность или полную неподвижность опухоли. Незаменимым в подобных случаях является срединный продольный разрез от симфиза по направлению к пупку. Если опухоль сращена с передней брюшной стенкой, затруднения могут возникнуть уже при вскрытии брюшины. Чтобы при выделении опухоли не вскрыть ее капсулы, лучше всего увеличить разрез кверху до того места, где опухоль не сращена с брюшиной, и оттуда начать очень осторожно отсепаровывать ее от брюшной стенки. Пучки фиброзной ткани между капсулой опухоли и брюшной стенкой следует рассекать ножницами, а рыхлые сращения разъединять тупфером или (в отдельных очень трудных случаях) осторожно пальцами. При надлежащей настойчивости и терпении, которые непременно должны быть присущи каждому хирургу, постепенно разъединяя спайки по направлению книзу, удается подойти к опухоли. После вскрытия брюшной полости следует тщательно осмотреть опухоль и изучить создавшееся в результате сращений патологическое соотношение ее с соседними органами. Безопаснее всего сначала отделить сальник, а если это не удастся из-за очень прочных и обширных спаек, необходимо его резецировать, предварительно пережав зажимами. Затем следует заменить зажимы тщательно наложенными лигатурами. Отделение сальника от опухоли значительно облегчает доступ к ней. Сращения с кишечником безопаснее и легче разъединить с помощью ножниц, постепенно отсекая натянутые спайки. При этом тупфером кишечник осторожно отодвигают от опухоли, а ножницами рассекают лишь хорошо видимые спайки, как можно ближе к стенке опухоли. При очень плотном сращении опухоли с кишкой, когда не удается различить границы между их

стенками, лучше оставить наружный слой капсулы на кишке, чем часть кишки удалить с опухолью. Сращения между маткой и опухолью лучше всего рассечь ножницами. Для этого мы почти никогда не захватываем матку щипцами (или лигатурой) и не выводим в операционную рану, так как этим приемом не облегчается, а наоборот, затрудняется доступ к опухоли, вследствие закрытия операционного поля; лучше тупфером отодвинуть опухоль от матки или матку от опухоли и натянутые спайки рассечь. Нередко очень большие трудности возникают при отделении опухоли от стенок малого таза. Если опухоль небольших размеров, то можно, понемногу отодвигая ее от стенки таза, ножницами разъединить натянутые при этом и хорошо видимые спайки. В подобных случаях выделение опухоли облегчает наклонение головного конца операционного стола. Нижний полюс опухоли недоступен для острого разъединения сращений со стенками прямокишечно-маточного углубления, поэтому спайки следует расслоить осторожно рукой, которую нужно погружать в глубь малого таза постепенно и осторожно, совершая движения, подобные тем, которыми отделяется плацента от матки. После выделения из сращений опухоль выводят из брюшной полости и удаляют (рис. 37).

Если во время выделения капсула опухоли разорвалась или была случайно разрезана, необходимо немедленно приподнять головной конец операционного стола, удалить из брюшной полости затекшую в нее жидкость (содержимое опухоли). Это лучше всего делать электроотсасывателем, а если его нет, можно выбрать жидкость стерильными марлевыми салфетками. После спадения капсулы опухоли, брюшную полость следует тщательно отграничить салфетками, а операционный стол снова перевести в горизонтальное положение. Натягивая капсулу опухоли зажимами, постепенно, преимущественно острым путем, а там, где имеются рыхлые спайки, — и тупфером, необходимо тщательно выделить всю капсулу. В редких случаях, когда не удастся разъединить сращения капсулы со стенками таза и кишечником или это представляет для больной опасность, можно применить так называемый метод марсупиализации<sup>1</sup>. При этом капсулу выводят в операционную рану и обшивают пристеночной брюшиной, чтобы полностью изолировать опухоль от брюшной полости, а избыток капсулы отсекают; полость опухоли тампонируют. Операционную рану на остальном протяжении зашивают. Дальнейшее лечение тянется очень долго вследствие в большинстве случаев неизбежного нагноения и сводится к ускорению заустевания и зарращения полости опухоли. Этот процесс можно значительно ускорить, если сразу после отграничения полости опухоли тщательно отсосать ее содержимое, а внутреннюю поверхность, покрытую сецернирующим эпителием, для его

---

<sup>1</sup> Происходит от названия животных Marsupialia (двуутробки), имеющих на животе специальный мешок (например, кенгуру), в котором они донашивают детенышей.

отторжения, смазать (лучше двукратно) 30—50% раствором хлористого цинка. Если содержимое опухоли не инфицировано, операционная рана зашивается наглухо. При нагноившихся опухолях или при подозрении на инфицирование брюшную полость следует дренировать. Для этого в ложе опухоли можно ввести тампон Микулича: большую марлевую салфетку в центре захватывают тампонатором или корнцангом и опускают на дно ложа, образовавшийся мешок заполняют длинным бинтом, после чего инструмент извлекают. Операционную рану зашивают, оставив отверстие для концов тампона, которые отмечают шелковыми лигатурами. Зашитую рану закрывают асептической повязкой. Если повязка промокает, ее сменяют по мере надобности, а на 5-й день извлекают бинт, которым был затампонирован марлевый мешок. Мешок следует подтягивать с 7-го дня, а на 9-й день можно извлечь. Оставшаяся полость хорошо изолирована от брюшной. В последние годы мы отказались от применения тампона Микулича, заменив его трубчатыми выпускниками, через которые хорошо оттекает содержимое брюшной полости и можно непосредственно в ложе опухоли вводить антибиотики. Трубчатые выпускники на 5—6-й день обычно извлекают.

Основными моментами операции овариоэктомии при осложненных опухолях яичников являются: 1) вскрытие брюшной полости, 2) разъединение сращений и создание доступа к опухоли, 3) выведение ее из брюшной полости и отсечение, 4) перитонизация и дренирование брюшной полости, 5) закрытие операционной раны.

### **Примерный ход операции овариоэктомии при осложненных опухолях яичников**

Показания к операции: перекрученная кистома яичника.

Анестезия перидуральная между I и II поясничными позвонками. Введено 25 мл 0,3% раствора дикаина с 5 каплями адреналина (1 : 1000). Сразу после окончания перидуральной анестезии под кожу больной введено 1 мл 10% раствора кофеина и 1 мл 5% солянокислого эфедрина.

Разрез брюшной стенки, срединный от симфиза по направлению к пупку, из-за невозможности вскрыть брюшину продлен на 3 см выше пупка. Через отверстие в брюшине определено, что пристеночная брюшина слева от опухоли не сращена с ее капсулой, поэтому и вскрытие произведено левее опухоли. Рана раздвинута ранорасширителями. При осмотре выяснено, что опухоль представляет собой кистому правого яичника величиной с головку новорожденного, левые придатки не изменены, матка спаяна с опухолью. Последняя окутана сальником, а у верхнего полюса — и с петлями тонкого кишечника, слева сращена также и с сигмовидной кишкой. Сальник отделить от опухоли не удалось, поэтому сделана его резекция на зажимах, замененных впоследствии лигатурами. Петли тонкого кишечника отсепарованы ножницами, на образовавшиеся два небольших дефекта серозы поперечно наложены узловатые кетгуговые швы. Сигмовидная кишка после рассечения наиболее плотных спаек тупфером довольно легко отодвинута в сторону от опухоли, после чего рассечены сращения между левой стороной опухоли и маткой. Нижний полюс опухоли от стенок малого

таза отделен рукой. Опухоль выведена из брюшной полости. Рана расширена ранорасширителем, кишечник отграничен салфетками. ножка опухоли дважды перекручена, однако признаков нарушения кровообращения в опухоли не замечено. ножка пережата зажимами Кохера и опухоль отсечена вместе с правой маточной трубой. Перитонизация культи круглой связкой. Проведен тщательный туалет брюшной полости, удалены салфетки и сосчитаны инструменты. Кровотечения во время операции не было.

Продолжительность операции — 40 минут.

*Описание удаленного препарата.* Опухоль является тонкостенной серозной кистой с прозрачной коричневой жидкостью. Внутренняя поверхность гладкая, блестящая. Капсула отослана в лабораторию для гистологического исследования.

## ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

При межсвязочном расположении опухоли анатомические соотношения органов малого таза могут быть резко нарушенными. Матка отесняется опухолью, растущей в направлении основания широкой маточной связки, в противоположную сторону, иногда одновременно и кверху, маточная труба растягивается на передней поверхности опухоли, мочеточник может быть отеснен в латеральную сторону, иногда бывает растянут по передней поверхности опухоли. Опухоль, расположенная между листками брыжейки трубы, так называемая паровариальная киста, обычно довольно подвижна и не вносит значительных изменений в топографию органов малого таза.

Для того, чтобы удалить интралигаментарную опухоль, необходимо выделить ее, проникнув в клетчатку между листками широкой связки. Удобнее всего над опухолью вскрыть брюшину между трубой и круглой связкой, как показано на рис. 38. Затем, натягивая края брюшины пинцетами, ножницами рассекают пучки волокон между опухолью и брюшиной, постепенно выделяя переднюю и латеральную стороны опухоли в пределах доступности для манипулирования (рис. 39). После этого у угла матки поверхностно иссекают трубу и рассекают собственно-яичниковую связку, таким же способом отсепааровывают задний листок широкой связки (рис. 40). Круглую связку лучше не рассекают. Для выделения нижнего полюса опухоли следует полурукой войти между отсепаарованными задним листком широкой маточной связки и верхним полюсом опухоли и, осторожно отделяя опухоль от стенок малого таза, достичь ее нижней поверхности. Если это удалось, то вывести опухоль в операционную рану уже не составляет большого труда. Лишь после этого можно, хорошо натянув, пережать зажимом Кохера и перерезать воронко-тазовую связку (рис. 41). У молодых женщин при отсутствии признаков злокачественного перерождения опухоли и предрасположения к нему лучше собственно-яичниковой и воронко-тазовой связок не перерезать, а опухоль отсепа-

ровать от яичника и тщательно перевязать кровоточащие сосуды. Если во время выделения интралигаментарной опухоли капсула ее разорвалась, следует попробовать зажимами без зубцов закрыть дефект в кап-

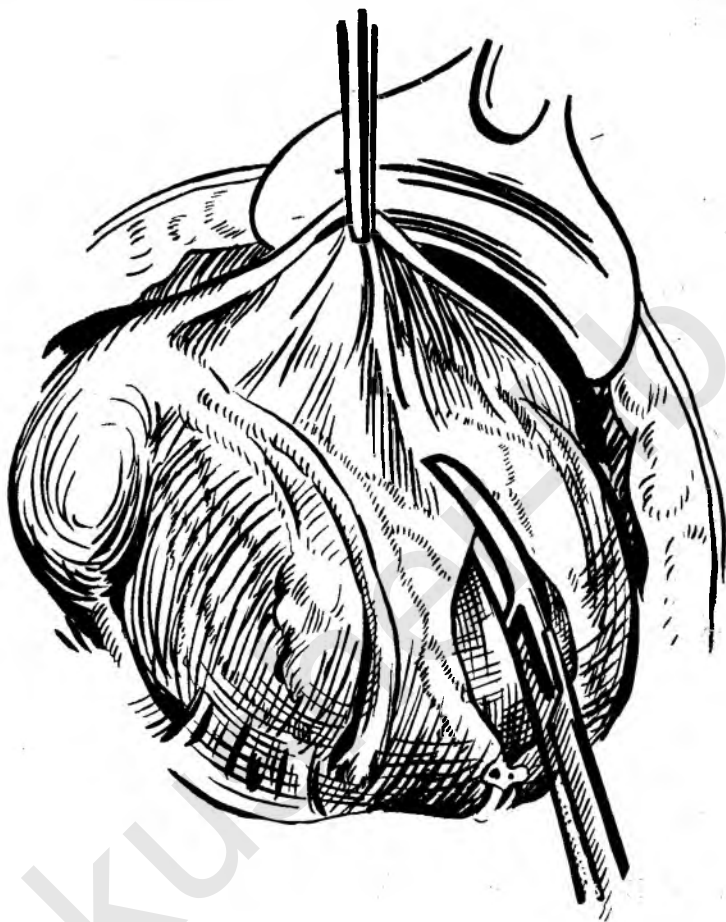


Рис. 38. Операция удаления интралигаментарной опухоли яичника.  
Вскрытие брюшины между трубой и круглой связкой.

суле и сохранить хотя бы часть жидкости, тем самым облегчив дальнейшее выделение. Если это не удалось, надо во что бы то ни стало тщательно выделить всю капсулу или хотя бы внутреннюю ее оболочку; в противном случае из оставшегося кусочка внутренней оболочки кистомы вновь

образуется опухоль. При выделении интралигаментарной опухоли необходимо помнить, что топография мочеточника может быть резко измененной, поэтому не следует перерезать ни воронко-газовую связку, ни какие-либо иные образования без полного выяснения топографической картины. Кроме того, надо помнить, что не все интралигаментарные опухоли

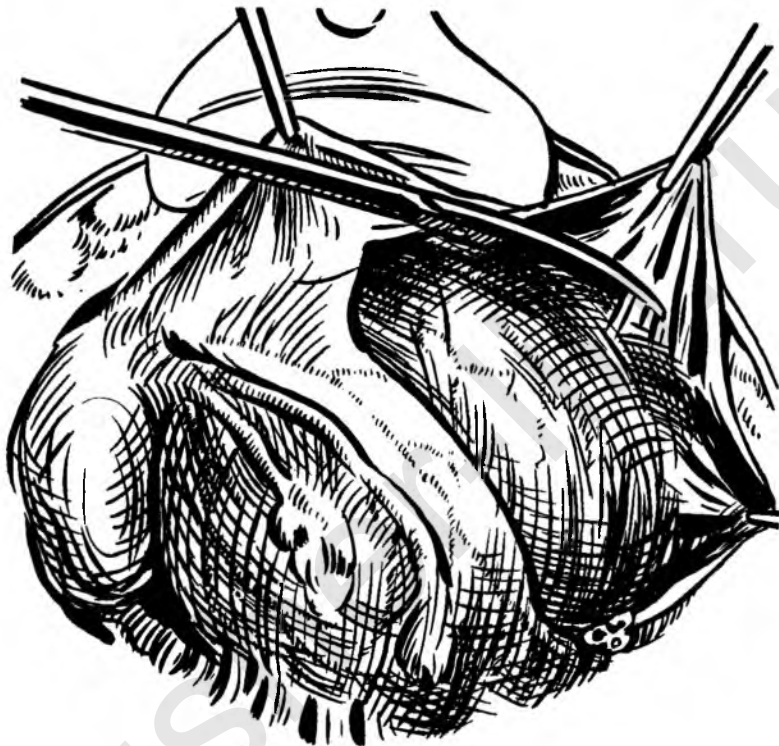


Рис. 39. Начало выведения опухоли. Ножницами рассекают натянутую клетчатку.

имеют ножки. В подобных случаях для удаления интралигаментарной опухоли достаточно лишь ее высепаровки из межсвязочной клетчатки. После удаления следует внимательно осмотреть ложе опухоли и тщательно перевязать кровоточащие сосуды. Паровариальную опухоль, не имеющую ножки, либо вылущивают, либо удаляют вместе с трубой путем отсечения мезосальпинкса.

Перитонизация после удаления интралигаментарной опухоли производится непрерывным кетгутовым швом, соединяющим листки широкой



Рис. 40. Дальнейшее выделение опухоли.

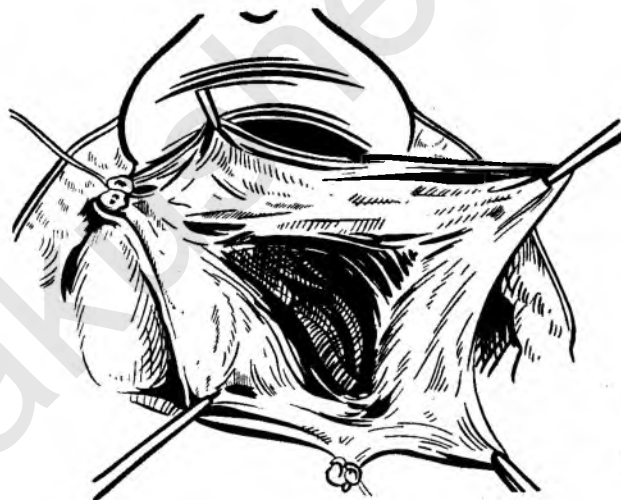
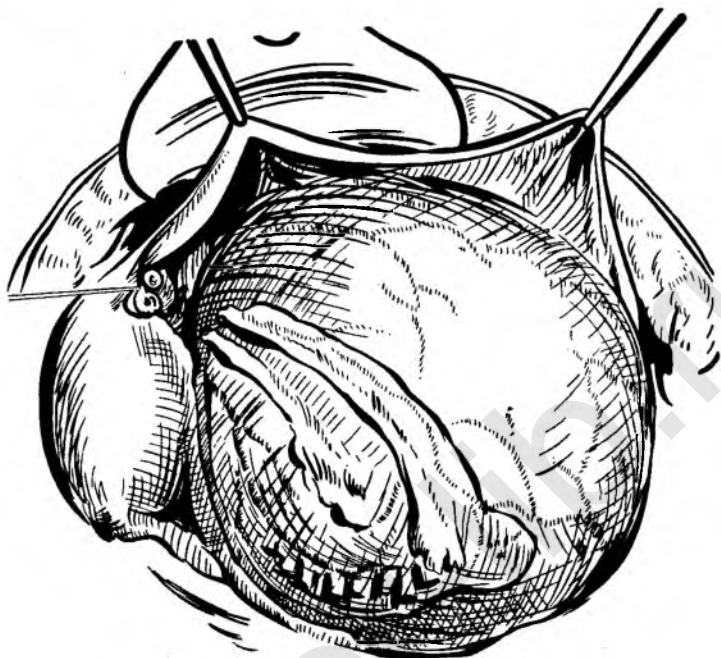


Рис. 41. Ложе опухоли, на его дне виден мочеточник.

связки, а после отсечения паровариальной опухоли с маточной трубой — с помощью круглой связки. Если из клетчатки ложа опухоли наблюдается значительное капиллярное кровотечение, которое нельзя остановить путем лигирования, для профилактики образования гематомы в послеоперационном периоде следует к этому месту подвести на 1—2 дня трубчатый дренаж. Операционную рану зашивают обычно. После удаления из брюшной полости салфеток кишечник и сальник, опускаясь, занимают свои места и тем самым сближают листки широкой связки над бывшим ложем опухоли, что способствует более быстрому их склеиванию.

Основными моментами операции после вскрытия брюшной полости являются правильный выбор места рассечения широкой связки и выделение опухоли, отсечение ее, гемостаз в клетчатке ложа, перитонизация и зашивание операционной раны.

### **Примерный ход операции удаления интралигаментарной опухоли яичника**

Анестезия спинномозговая, между II и III поясничными позвонками введено 0,5 мл 1% раствора совкаина с 5 каплями адреналина (1 : 1000) и 1 мл 10% раствора кофеина. Сразу после анестезии под кожу больной впрыснут 1 мл 10% раствора кофеина и 4 мл 20% камфорного масла; через 20 минут повторно введены те же препараты.

Брюшная полость вскрыта срединным продольным разрезом между симфизом и пупком. Рана раздвинута ранорасширителем, кишечник изолирован салфетками. При осмотре опухоль оказалась правосторонней интралигаментарной с жидким содержанием. Между круглой связкой и трубой брюшина вскрыта, края ее пинцетами приподняты, а передний листок широкой связки отсепарован ножницами от опухоли почти до нижнего ее полюса. Затем очень осторожно отсепарованы маточная труба, собственно-яичниковая связка и яичник. После этого рукой, введенной между задним листком широкой связки (с трубой и яичником) и опухолью, постепенно вся опухоль выделена и выведена из операционной раны. Проходивший по латеральной поверхности опухоли мочеточник отведен в сторону. Опухоль удерживается на волокнах собственно-яичниковой и воронко-тазовой связок и яичника. Указанные волокна рассечены; кровоточащие мелкие сосуды перевязаны кетгутотом. Опухоль отсепарована от яичника и удалена. В ложе опухоли кровотечения нет. Матка и ее придатки слева без видимых изменений. Перитонизация непрерывным кетгутотым швом, соединяющим оба листка широкой связки. Удалены салфетки, сделан туалет брюшной полости. Счет инструментов и салфеток. Рана зашита послойно наглухо. Асептическая повязка.

Продолжительность операции — 30 минут.

*Описание удаленного препарата.* Опухоль представляет собой тонкостенную интралигаментарную кисту величиной с головку новорожденного; содержимое ее — прозрачная желтоватая жидкость. Капсула опухоли отправлена на гистологическое исследование.

### **ОПЕРАЦИЯ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКА**

У молодых женщин, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу, безусловно, доброкачественных опухолей (все кисты, значительная часть псевдомуцинозных кистом, фиброма яичника), по нашему мне-

нию, нецелесообразно удаление яичника. Разумнее у таких женщин сохранить неизмененную часть тканей яичника.

Резекцию яичника можно сделать так. После лапаротомии опухоль выводится из брюшной полости; кишечник ограждается салфетками. По краям яичника делается обводящий разрез до среднего слоя капсулы, затем тупо и отчасти с помощью ножниц от него отсепааровывают опухоль. Кровоточащие сосуды тщательно перевязывают, раневую поверхность яичника закрывают узловатыми или непрерывным швами с помощью тонкой кетгутовой нити. При наложении швов на яичник следует пользоваться круглыми иглами и при завязывании необходимо затягивать нити очень осторожно и плавно, так как ткань яичника легко прорезается.

В некоторых клиниках для лечения геморрагической метротпатии с успехом применяют двустороннюю (так называемую интерполярную) резекцию яичников (клиника проф. А. Г. Шушания). Смысл операции сводится к клиновидному иссечению значительной части обоих яичников. Остающиеся увеличенные фолликулы можно проколоть иглой.

### ОПЕРАЦИЯ ОМЕНТООВАРИОПЕКСИИ

При развитии кист и кистом нередко все ткани яичников вследствие сдавливания и растяжения полностью превращаются в капсулу опухоли; фолликулы яичников атрофируются. Общепринятое оперативное лечение доброкачественных опухолей яичников обычно сводится к их удалению или в редких случаях к резекции яичника, если сохранились макроскопически неизмененные ткани его. Если же от яичника осталась лишь тоненькая белесоватая оболочка у его брыжеечного края, до блеска растянутая содержимым опухоли, оператор, не задумываясь, такой яичник удаляет. После удаления одного яичника у значительной части больных наблюдаются явления недостаточности функций оставшегося яичника, а после удаления обоих яичников нередко быстро развиваются тяжелые климактерические расстройства и наступает преждевременное старение организма.

Естественно поэтому наше стремление по возможности сохранить часть коркового слоя яичника, не связанную с внутренней оболочкой опухоли, и попытаться восстановить в ней в норме присущие яичнику циклические физиологические процессы.

Особую остроту приобретает вопрос о сохранении функциональной деятельности половых желез при оперативном лечении опухолей яичников у молодых женщин.

Экспериментами на животных, в частности на овцах, установлено, что путем усиления кровообращения можно оживить функциональную деятельность, усилить процессы созревания фолликулов в заведомо скле-

розированных яичниках (возрастной склероз, искусственный экспериментальный склероз) и восстановить угасающую или угасшую детородную функцию (И. Ф. Жорданиа, О. А. Гоциридзе). В результате усиления кровообращения в яичниках за счет подведения к ним сосудов сальника

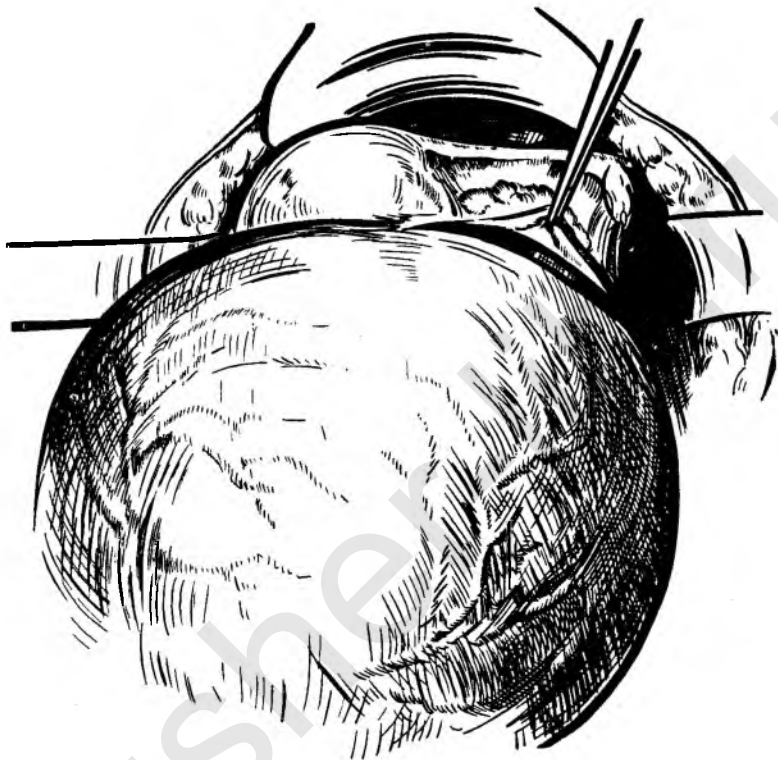


Рис. 42. Операция оментоовариопексии. Рассечена наружная оболочка кисты, вылушивание кисты.

исследователи отметили повышение общего жизненного тонуса, усиление полового инстинкта и восстановление лактации у подопытных животных.

Техника операции оментоовариопексии трудностей не представляет и заключается в следующем. После вылушивания опухоли или после резекции яичника к раневой его поверхности или к остаткам коркового слоя у брыжеечного края яичника (рис. 42) подводят соответствующий край сальника с хорошо развитыми сосудами и подшивают узловатыми тонкими кетгутowymi швами.

При подшивании сальника к раневой поверхности оставшихся тканей яичника или к наружной оболочке оставляемой капсулы опухоли (истонченного коркового слоя яичника) необходимо швы накладывать так, чтобы не была пережата сосудистая ножка (рис. 43).

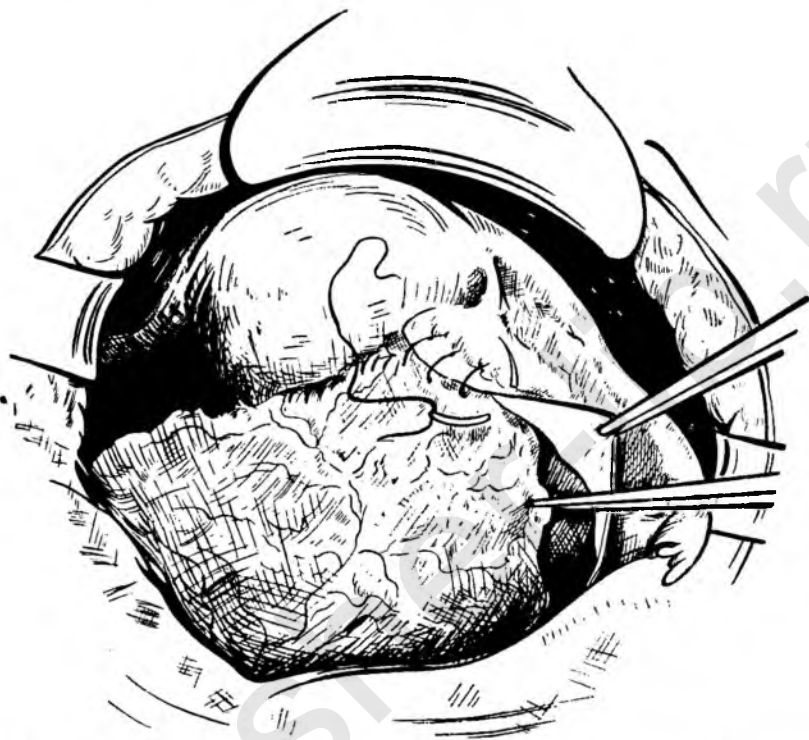


Рис. 43. Вшивание края сальника между передним и задним листками наружной оболочки кисты (корковый слой яичника).

### Примерный ход операции

Показания к операции: дермоидная кистама правого яичника и простая киста левого.

Под масочным наркозом закисью азота и эфиром (израсходовано 40,0 эфира), после соответствующей подготовки операционного поля, брюшная полость вскрыта послышним поперечным надлобковым разрезом (по Ифаненштилю). При осмотре органов малого таза и фаллопиевые трубы оказались нормально развитыми. Опухоль правого яичника представляет собой дермоидную кистому, а левого — простую кисту яичника. Капсулы опухолей обоих яичников тонкостенные, через них

хорошо видно содержимое опухолей. Макроскопически нормальных тканей яичников не сохранилось.

Отступя на 3 см от брыжеечного края яичников, очень осторожно сделан обводящий циркулярный разрез наружной оболочки, имевшей толщину около 0,2—0,3 мм, опухоли сначала одного, а затем второго яичника. Опухоли с сохранением их целостности вылушены и удалены. Таким образом, естественное кровообращение в брыжейке и в остатках коркового слоя яичников не было нарушено. После этого тщательно расправлен сальник и в его латеральных краях выбраны участки с хорошо развитыми сосудами. Эти участки сальника в виде сосудистых ножек без препаровки сосудов подведены к бывшему ложу опухоли и расположены между листками наружной оболочки опухолей яичников; задний листок подшит узловатыми кетгутowymi швами (№ 0) к задней поверхности сальника, а передний — к передней его поверхности без прохватывания кетгутом сосудов. Операционная рана зашита послойно, края кожи соединены внутрикюжным непрерывным кетгутowym швом. Во время операции кровотечения не было.

Продолжительность операции — 40 минут.

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Воспалительные заболевания половой системы женщины встречаются у 60—65% всех гинекологических больных; из них значительная часть приходится на воспаления придатков матки.

Однако при попадании инфекции в маточные трубы и яичники далеко не всегда образуется воспалительный экссудат. Образовавшийся же экссудат в острой стадии заболевания у многих больных рассасывается. Лишь у некоторой части больных острый воспалительный процесс в трубах и яичниках, ограничиваясь образованием из их стенок плотных непроницаемых капсул, ведет к развитию так называемых мешотчатых опухолей. Эти воспалительные опухоли (гидросальпинксы, пиосальпинксы, пиовариумы, гнойные tuboовариальные опухоли) обычно окутаны обширными сращениями со стенками таза, с маткой и ее придатками противоположной стороны, с сальником, мочевым пузырем и кишечником. Образование непроницаемых для микробов капсул и обширных сращений в острой стадии играет защитную роль, препятствуя распространению инфекции. В этом проявляется барьерная функция соединительной ткани. В дальнейшем, после гибели возбудителей воспалительного процесса в придатках, эти непроницаемые капсулы задерживают рассасывание накопившегося серозного или гнойного экссудата.

Нам кажется необоснованным признавать двустороннее развитие мешотчатых опухолей только гонорейной или туберкулезной этиологии. Вероятно, так было раньше, когда еще не было сульфаниламидных препаратов и антибиотиков. В последние 11 лет, занимаясь оперативным лечением при мешотчатых опухолях придатков матки, мы ни разу не видели одностороннего пиосальпинкса септической этиологии, также как

и ни разу не видели двустороннего пиосальпинкса туберкулезной и двустороннего сактосальпинкса (или гидросальпинкса) гонорейной этиологии.

Анатомические соотношения при воспалительных мешотчатых опухолях бывают значительно нарушенными, нередко бывают нарушены и функции соседних органов (прямой кишки, мочевого пузыря) и, конечно, детородная функция. Величина воспалительных опухолей варьирует.

Ведущим методом лечения при воспалительных опухолях придатков матки остается консервативный, который дает лучшие результаты в острой стадии заболевания. Особенно эффективным является сочетание антибактериального лечения с периодическим отсасыванием экссудата через влагалище.

Показания к оперативному лечению при воспалительных опухолях придатков матки следует устанавливать с исключительной осторожностью. В острой стадии мы прибегаем к оперативному лечению лишь в редких случаях, когда, несмотря на энергичное антибактериальное лечение и многократное отсасывание гноя, процесс прогрессивно распространяется на соседние органы и угрожает развитием разлитого перитонита, а также при разрыве пиосальпинкса.

В хронической стадии оперативное лечение, по-видимому, следует считать рациональным, если настойчивое консервативное лечение по современным методикам остается безуспешным в течение длительного времени. Однако нам кажется совершенно необоснованным применение радикальных операций — двустороннего удаления придатков с одновременной надвлагалищной ампутацией или полной экстирпацией матки. Мало того, надо во что бы то ни стало сохранить яичники, так как их гнойное расплавление встречается очень редко. Особенно осторожно нужно подходить к оперативному лечению у молодых женщин (до 40 лет). Следует признать обоснованным оперативное лечение, если воспалительная опухоль диагностируется во время операции, проводимой по поводу другого заболевания, например по поводу кисты яичника.

Мы считаем противопоказанным оперативное лечение при туберкулезном воспалении придатков матки; разъединение сращений пораженных туберкулезом придатков с кишечником опасно, так как очень часто ведет к образованию кишечных фистул и развитию разлитого перитонита.

Операция при воспалительных опухолях придатков матки технически нередко очень трудна, поэтому прежде чем решиться на такую операцию, хирург должен критически оценить свои возможности.

Вскрыв брюшную полость (лучше всего срединным разрезом от симфиза до пупка или выше), следует тщательно оградить ее от органов малого таза, чтобы при случайном разрыве опухоли инфицированное содержимое не растеклось по брюшине. Операционную рану нужно хорошо раскрыть ранорасширителем, а головной конец операционного стола

при необходимости опустить настолько, чтобы удобно было манипулировать. Тщательно осмотрев органы малого таза, хирург не торопясь должен разобраться в сложных и порой удивительно запутанных соотношениях. Если вход в малый таз закрыт сальником, его следует отсепаровать, а если это не удастся, — резецировать. После этого приступить к разъединению спаек в наиболее доступном месте. Спайки лучше рассекать ножницами, предварительно натягивая их тупфером, осторожно отодвигая отслаиваемый орган (например кишку) от опухоли. Отделив опухоль от сальника и кишечника, постепенно отслаивают ее от стенок таза. Надо стараться так отслаивать, чтобы не разорвать стенку опухоли и не разлить инфицированного ее содержимого. Разорвавшуюся опухоль удалять значительно труднее. Особую осторожность следует проявлять при отделении опухоли, например пиосальпинкса, от заднего листка широкой связки, так как при грубом манипулировании можно ранить мочеточник. Если, в результате разъединения спаек, представится возможность проникнуть в пространство между задней стенкой малого таза и опухолью, следует полурукой очень осторожно отслоить ее от стенок прямокишечно-маточного углубления и матки. Выведя опухоль в рану, натянутые спайки под контролем зрения рассекают ножницами.

Таким образом выделенный, например, пиосальпинкс выводят в операционную рану или из брюшной полости (что удается значительно реже). На растянутый при этом мезосальпинкс накладывают зажим Кохера (или Микулича) и трубу отсекают, а у угла матки — состригают. На угол матки, где обычно после состригания трубы бывает артериальное кровотечение, накладывают узловатый кетгутовый шов. Зажим на мезосальпинксе заменяют кетгутовой лигатурой; культю перитонизируют круглой связкой, подшиваемой непрерывным кетгутовым швом к заднему листку широкой связки чуть ниже культы и к собственно-яичниковой связке.

Вышеописанным способом выделяют и тубоовариальную опухоль (Adnexectomy). После выведения опухоли из брюшной полости воронко-тазовую связку максимально натягивают отведением опухоли кверху и в противоположную сторону и пережимают зажимом Кохера. Пережатую связку и прилегающий к ней участок широкой маточной связки рассекают ножницами. Опухоль отсекают от угла матки; при этом, повреждая стенки матки, как бы состригают собственно-яичниковую связку и трубу. На угол матки накладывают один-два узловатых кетгутовых шва. Зажим заменяют кетгутовой лигатурой. Перитонизацию производят круглой связкой, закрывающей раневые поверхности, которую подшивают непрерывным кетгутовым швом к заднему листку широкой маточной связки чуть ниже культы воронко-тазовой связки по направлению к углу матки. При двусторонней тубоовариальной опухоли придатки удаляют с обеих сторон. Удаляя их, следует стремиться, особенно у молодых



женщин, сохранить хотя бы небольшую часть одного или обоих яичников. В подобных случаях, после выделения придатков из спаек не следует пережимать и перерезать воронко-тазовую и собственно-яичниковую связки, а поступить, как при резекции яичника. После удаления гнойных опухолей придатков целесообразно их ложе дренировать с помощью резиновых или иных трубок.

Итак, основными моментами операции удаления пиосальпинкса (Salpingoectomy) и тубоовариальной опухоли (Adnexectomy) после вскрытия брюшной полости, разведения операционной раны и тщательного ограждения кишечника являются: 1) внимательное изучение соотношений органов малого таза, 2) выделение пораженной трубы или обеих труб из сращений или тубоовариальной опухоли, 3) иссечение опухоли на зажиме Кохера (иногда на двух), 4) тщательная перитонизация, 5) подведение трубчатых дренажей к ложу опухоли, 6) туалет брюшной полости и послойное зашивание операционной раны.

### **Примерный ход операции левосторонней сальпингоэктомии и правосторонней аднексэктомии**

Показания к операции: двусторонние воспалительные опухоли придатков матки величиной с мужской кулак каждая, не поддающиеся консервативному лечению в течение 3 лет, у женщины 32 лет.

Анестезия перидуральная между I и II поясничными позвонками. Введено 25 мл 0,3% раствора дикаина с 5 каплями адреналина (1 : 1000). По окончании анестезии под кожу больной введен 1 мл 10% раствора кофеина и 1 мл 5% раствора эфедрина.

Брюшная полость после дезинфекции и изоляции операционного поля вскрыта срединным послойным разрезом между симфизом и пупком. Рана раздвинута ранорасширителем, кишечник отведен кверху и тщательно огражден салфетками. При осмотре органов малого таза после резекции сальника, прикрывавшего вход в малый таз, справа от матки, отнесенной кпереди, обнаружена тубоовариальная опухоль величиной с головку новорожденного, а слева — пиосальпинкс значительно меньших размеров. Решено начать выделение опухолей из сращений справа. Ножницами осторожно отсепарована верхушка червеобразного отростка, после чего также ножницами отделены сигмовидная кишка, а затем матка. После этого пальцами опухоль отслоена от заднего листка широкой связки и выведена в операционную рану, тщательно осмотрена. Опухоль почти шаровидной формы, состоящая из заполненных густой гнойной жидкостью до неузнаваемости измененных яичника и трубы. Хорошо натянутая воронко-тазовая связка пережата зажимом Кохера, которым частично захвачен и верхний отдел широкой маточной связки. Пережатые образования рассечены ножницами, и в тот же момент опухоль отсечена от матки, на угол которой сразу же наложен узловатый кетгутовый шов.

Слева тупфером отодвинута сигмовидная кишка; натянувшиеся при этом спайки рассечены ножницами, после чего стали видны спайки опухоли с задней стенкой таза, которые также рассечены ножницами. Опухоль, подведенным под нее тупфером, была выведена в операционную рану, где от спаек освобожден макроскопически не измененный яичник. Труба неправильной ретортообразной формы, очень растянута густой

жидкостью, вероятно гноем. Решено удалить трубу, сохранив яичник. Натянутый мезосальник пережат зажимом Кохера, и труба отсечена ножницами; на угол матки, в месте соприкосновения трубы, наложен узловатый кетгуттовый шов. Зажимы заменены лигатурами. Тщательная перитонизация круглыми связками с помощью непрерывного кетгуттового шва, которым брюшина правой круглой связки подшита к воронко-тазовой связке и заднему листку широкой связки, а брюшина левой — к брыжейке яичника и собственно-яичниковой связке. Салфетки удалены из брюшной полости после тщательного туалета. В задний дугласов карман введена резиновая трубка с боковыми отверстиями. Удален ранорасширитель, и рана зашита послойно. Края кожи соединены скобками Мишеля. Асептическая повязка. Во время операции кровотечения не было.

Продолжительность операции — 45 минут.

*Описание удаленных препаратов.* Первый препарат представляет собой тубоовариальную опухоль с довольно толстой фиброзной оболочкой, на которой не удалось обнаружить видимых признаков яичника; содержимое опухоли — густой гной с характерным колибациллярным запахом. Второй препарат — маточная труба с утолщенными стенками, заполненная густым гноем. Оболочки опухоли отправлены на гистологическое исследование.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Внематочная беременность любой локализации является жизненным показанием к неотложной операции.

Клиника внематочной беременности очень разнообразна; даже у одной и той же больной вторая внематочная беременность очень редко бывает сходной с первой. Не следует ожидать нарушения внематочной беременности, так называемого «инсульта», надо оперировать сразу же, как только поставлен диагноз. К сожалению, диагноз прогрессирующей внематочной беременности ставить очень трудно.

Особенно затруднительна диагностика внематочной беременности, если ее начало совпадает с развитием острого аппендицита или другого заболевания, а также при нагноившейся внематочной беременности. В сомнительных случаях необходимо производить пункцию брюшной полости через задний влагалищный свод, при которой отсасывается несвертывающаяся кровь или игла тромбируется свертком крови. Большую услугу при установлении диагноза внематочной беременности могут оказать биологические реакции, из которых, нам кажется, наибольшую ценность представляет реакция на самцах лягушек по Галли—Майнини. Эта реакция наиболее точна, доступна в любых условиях и требует наименьшей затраты времени.

Сразу после прерывания внематочной беременности диагноз ставить относительно легко. Так называемую старую внематочную беременность нередко очень трудно диагностировать. Однако не следует делать пробную лапаротомию при подозрении на внематочную беременность. Необходимо больную всесторонне обследовать и поставить или отвергнуть диагноз внематочной беременности.

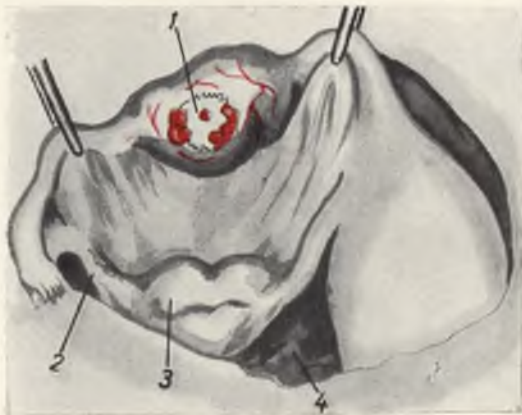


Рис. 44. Операция сальпингоэктоми:  
 1 — место разрушения стенки маточной трубы ворсинками хориона; 2 — воронкояичниковая связка; 3 — яичник; 4 — сальник.

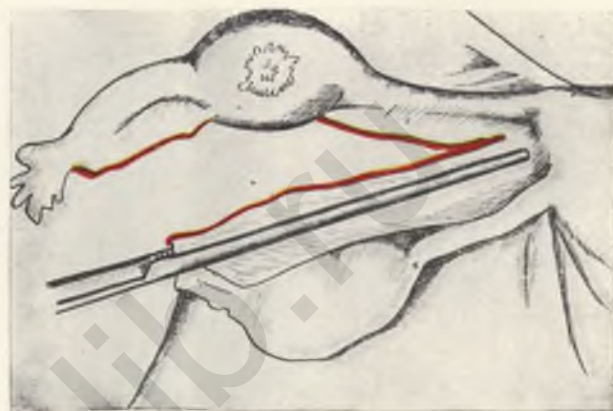


Рис. 45. Брыжейка маточной трубы пережата и рассечена.

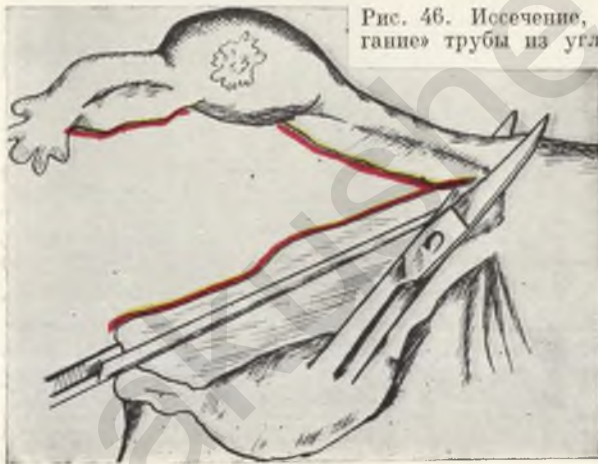


Рис. 46. Иссечение, «остригание» трубы из угла матки.



Рис. 47. Соединение краев раны узловатым швом.



Рис. 56. Операция миомэктомии. Разрез стенки матки над миоматозным узлом.

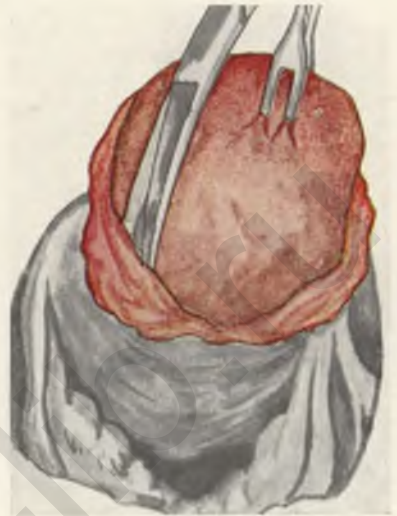


Рис. 57. Острое выделение миоматозного узла.

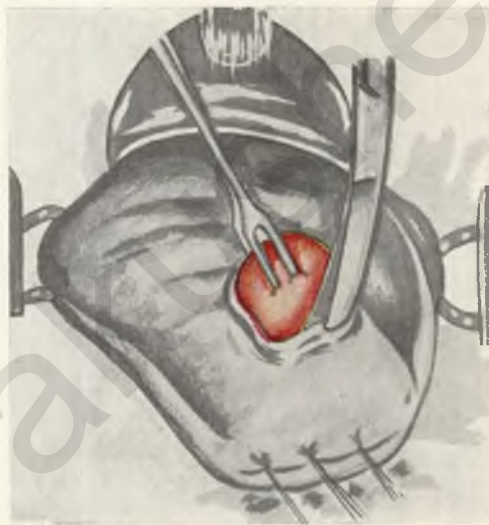


Рис. 58. Выделение следующего узла тем же способом.

Наиболее частой локализацией внематочной беременности являются маточные трубы.

Операция сальпингоэктомии (Salpingoectomy) при трубной беременности в незапущенных случаях обычно несложна и заключается в иссечении маточной трубы. При только что нарушенной внематочной, в том числе и трубной беременности, больную следует брать на операцию без подготовки кишечника; необходимо лишь катетером выпустить мочу, определить группу крови и резус-принадлежность ее.

При острой анемии, вследствие большой потери крови, мы выполняем операцию под инфильтрационной новокаиновой анестезией, или под эндотрахеальным наркозом закисью азота, или с минимальной дозой эфира, так как другие виды обезболивания обескровленные больные переносят тяжело.

Вскрыв брюшную полость срединным разрезом, с помощью которого создается лучший доступ к органам малого таза и который легче и быстрее выполняется, операционную рану следует расширить ранорасширителем. Войдя в маточно-прямокишечное пространство рукой, без каких-либо затруднений отыскивают беременную трубу и выводят ее в рану (рис. 44). Мезосальпинкс пережимают зажимом Кохера или Микулича и перерезают ножницами; маточный конец труб состригают у угла матки (рис. 45). Мы никогда не иссекали маточный конец трубы клиновидно из угла матки. Во-первых, потому, что в этом нет никакой необходимости, во-вторых, потому, что на месте иссечения трубы образуется рубец, по которому во время беременности и родов матка может разорваться. На угол матки накладывают один, а иногда и два узловатых кетгутовых шва (рис. 46, 47).

В отдельных случаях, при ампулярной трубной беременности, можно осторожно и тщательно удалить плодное яйцо, кровоточащие сосуды перевязать тонким кетгутом, а трубу оставить. Некоторые склонны удалять плодное яйцо из трубы через разрез в ее стенке; целость трубы в этих случаях восстанавливается узловатыми кетгутовыми швами или с помощью аппарата для сосудистого шва. Мы не имеем своего опыта по применению такой методики операции и поэтому воздерживаемся от высказывания какого-либо мнения по этому вопросу.

У женщин с давно прерванной внематочной (например трубной) беременностью или при ее нагноении придатки и матка оказываются окутанными свертками крови и спайками с сальником, кишечником и стенками таза. Выделение беременной трубы из сращений может быть затруднительным. Ткани беременной трубы очень рыхлы и хрупки, при натяжении легко разрываются, а при прошивании легко прорезываются. Поэтому отделение припаявшихся к трубе соседних органов следует начинать с наиболее доступного места и разъединять спайки ножницами. Отделив сальник и кишечник, в прямокишечно-маточное пространство вводят руку и трубу очень осторожно отделяют от стенок таза и матки. Выделенную из

сращений трубу выводят в операционную рану, на мезосальпинкс накладывают зажим Кохера, а трубу удаляют, как указано выше. При трубной беременности никогда не следует удалять яичник; как бы он ни был окутан кровяными свертками и пропитан кровью, следует разъединить спайки, удалить свертки, а яичник не трогать. Если больная очень обескровлена, необходимо начать переливание крови на операционном столе во время

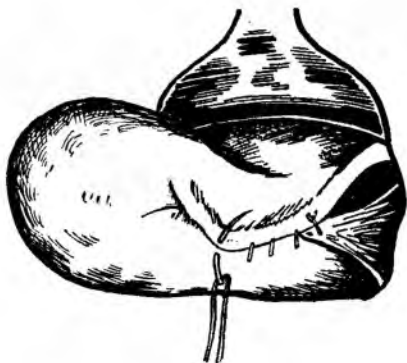


Рис. 48. Перитонизация круглой связкой.

подготовки к операции. После наложения зажима на мезосальпинкс, если состояние больной продолжает оставаться очень тяжелым, операцию нужно временно приостановить и перелить больной кровь внутриартериально, что быстрее всего осуществляется самим оператором. Мы это делаем следующим образом. При отсутствии консервированной крови кровь больной из брюшной полости вычерпываем в стерильную банку. В эту банку заблаговременно наливаем консервант, чтобы кровь не свернулась. Кровь в банку выливаем через марлю, сложенную в 3—4 слоя. Кровь, освобожденная таким образом от мелких свертков и кусочков

жира, набираем из банки в ампулу или шприц. Быстрее всего кровь можно влить шприцем. Для этого длинную тонкую иглу вводим в наружную подвздошную артерию без предварительной отпрепаровки ее и шприцем под давлением вливаем кровь. Чтобы наладить внутриартериальное нагнетание крови в наружную подвздошную артерию, требуется не более 2—3 минут, а для вливания крови в лучевую или любую другую артерию, которое производит кто-нибудь из помощников, требуется не менее 20—30 минут. На вливание консервированной крови также уходит больше времени, чем на вливание собственной крови больной; вливание последней с соблюдением указанных предосторожностей безопасно. Обычно после нагнетания в артерию 150—200 мл крови состояние больной настолько улучшается, что становится возможной пункция вены, а если возникнет необходимость (тромбирование иглы и др. погрешности), — и внутривенное введение крови или кровезаменителей.

После этого оператор заменяет зажим на мезосальпинксе лигатурой и производит перитонизацию раневых поверхностей круглой связкой, которую подшивает непрерывным кетгутовым швом к мезоовариуму и собственно-яичниковой связке (рис. 48).

Если плодное яйцо имплантировалось на яичнике, необходимо, уда-

лив ткани плодного яйца, внимательно осмотреть яичник, резецировать его разрушенные части, а дефект закрыть непрерывным или узловатыми кетгутовыми швами. Накладывать швы на яичник следует обкалывающей иглой (не режущей!) и размоченным в стерильном физиологическом растворе тонким кетгутом (№ 0, № 00); при завязывании нити затягивать очень осторожно, так как рыхлые, ломкие ткани легко прорезаются. Точно так же следует поступать и при апоплексии яичника. Главное при этом — тщательная остановка кровотечения из сосудов яичника наложением тонких кетгутовых швов.

При имплантации плодного яйца на брюшине прямокишечно-маточного пространства, широкой маточной связке, брыжейке кишки, на сальнике плодное яйцо следует по возможности удалить. При большом сроке беременности — осмотреть, к какому органу прикреплено плодное яйцо, какие сосуды расположены вблизи от него. Следует помнить, что иногда отделение плаценты представляет большую опасность возможного смертельного кровотечения. В подобных случаях после удаления плода производят тампонацию и рану оставляют частично открытой. Со временем плацента постепенно отделяется самопроизвольно; при этом очень часто происходит нагноение. Все-таки в большинстве случаев плодное яйцо удается удалить полностью. Если лигирование кровоточащих сосудов плацентарной площадки возможно лишь частично (крупные сосуды должны быть обязательно перевязаны!), последнюю следует тщательно и плотно затампонировать, для чего рационально применить тампон Микулича.

После ослизнения тампона, на 2—3-й день можно удалить бинт, выполняющий марлевый мешок тампона, а затем, на 3—4-й день — и сам мешок.

При имплантации плодного яйца в рудиментарном роге операция заключается в его удалении. Операцию следует производить, как только установлен диагноз беременности в рудиментарном роге. Разрыв последнего может сопровождаться очень сильным кровотечением. Беременный рог выводится из брюшной полости, а если это не удастся, необходимо вывести его в операционную рану и хорошо натянуть воронко-тазовую связку, чтобы при пережатии ее мочеточник не попал в зажим (если рог удаляется вместе с трубой и яичником). Однако яичник лучше не удалять. В этом случае мезосальпинкс и собственно яичниковую связку пережимают зажимом Кохера и рассекают; дальше рассекают листки широкой связки, после чего рассекают соединительнотканый мостик между рудиментарным и вторым рогом матки. Кровоточащие сосуды тщательно перевязывают тонким кетгутом. Перитонизацию производят непрерывным кетгутовым швом, которым круглую связку соответствующей стороны подшивают к заднему листку широкой связки и ребру матки так, чтобы полностью закрыть раневые поверхности.

Перед зашиванием операционной раны из брюшной полости удаляют салфетки, которыми ограждался кишечник, и свертки крови. Жидкую кровь удобнее и быстрее удалить электроотсосывателем, а если его нет, следует опустить ножной конец операционного стола, чтобы кровь стекла в прямокишечно-маточное пространство, и вычерпать ее ложкой или выбрать марлевыми салфетками.

Если брюшная полость инфицирована (нагноившаяся внематочная беременность), следует в прямокишечно-маточный карман вставить трубчатый дренаж и вывести содержимое через операционную рану или через отверстие, оставшееся в заднем влагалищном своде. Операционную рану зашивают обычно послойно.

Итак, основными моментами операции при только что нарушенной внематочной беременности после вскрытия брюшной полости являются следующие: 1) разведение краев операционной раны ранорасширителем, 2) выведение беременной трубы в операционную рану, 3) иссечение трубы после пережатия мезосальпинкса зажимом Кохера, замена его лигатурой и наложение узлового кетгутового шва на угол матки, 4) перитонизация, 5) удаление из брюшной полости свернувшейся и жидкой крови, 6) ревизия органов малого таза, 7) зашивание операционной раны. Аналогичны описанным основные моменты операции и при беременности в рудиментарном роге, только удалению подлежит не труба, а рудиментарный рог вместе с трубой.

Перечислим основные моменты операции при брюшинной (брюшной) беременности, которые несколько отличаются от только что описанных: 1) нахождение места имплантации плодного яйца, 2) выделение его из сращений с сальником, кишечником и другими органами и стенками таза, 3) удаление плодного яйца и гемостаз в тканях плацентарной площадки, а при невозможности удаления плаценты — тампонация, 4) туалет брюшной полости, 5) зашивание операционной раны наглухо или частично, если оставлен тампон.

И, наконец, основными моментами операции при «старой» или нагноившейся внематочной беременности являются следующие: 1) вскрытие брюшной полости, разведение операционной раны ранорасширителем и ограждение кишечника, 2) изучение патологических взаимоотношений органов малого таза с соседними органами, 3) выделение беременной трубы из сращений, выведение ее в операционную рану и отсечение после пережатия мезосальпинкса зажимом Кохера, 4) наложение узлового кетгутового шва на угол матки, у которого сострижена труба, и замена зажима лигатурой, 5) перитонизация, 6) удаление из брюшной полости свернувшейся и жидкой крови, 7) дренирование прямокишечно-маточного пространства через операционное отверстие или через отверстие в заднем своде влагалища (при нагноившейся внематочной беременности), 8) зашивание брюшной раны.



## Примерный ход операции при внематочной беременности

Показания к операции: нарушенная внематочная беременность четырехнедельной давности.

Анестезия с помощью эндотрахеального наркоза закисью азота. Наркоз осуществлен внутривенным вливанием 15 мл 2% раствора тиопентал-натрия; интубация произведена после внутривенного введения 3 мл 1% раствора дитилина. Начато внутривенное введение одногруппной крови.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта послойным срединным разрезом между симфизом и пупком. Рана раскрыта ранорасширителем. Вход в малый таз закрыт сальником, припаянным к париетальной брюшине и к опухоли, выполняющей малый таз. Спайки оказались рыхлыми и легко разъединились тулфером. Рыхло припаянные петли тонкого кишечника также легко отделены от опухоли, отведены кверху и ограждены салфетками. При отведении тонкого кишечника из полости малого таза излилось значительное количество жидкой темной крови, которая была сразу же удалена электроотсосывателем. Рукой удалено большое количество свернувшейся старой крови, после чего стал возможен осмотр органов малого таза. Беременность оказалась правосторонней трубной. Более плотные спайки беременной трубы с сигмовидной кишкой и стенками таза разъединены ножницами, а затем — тупо осторожно подведенной под нее рукой. Труба выведена в операционную рану и отсечена после пережатия ее мезосальника зажимом Кохера. У угла матки, в месте отсечения трубы, наложен узловатый кетгутовый шов, зажим на мезосальник заменен лигатурой. Перитонизация произведена круглой связкой, подшитой непрерывным кетгутовым швом к мезоооариуму и собственно-яичниковой связке. Осмотрены матка и ее левые придатки, они оказались без видимых изменений. Сделан тщательный туалет брюшной полости, при котором удалено около 1000 мл крови. Операционная рана зашита послойно, края кожи соединены скобками, закрыты асептической повязкой. Внутривенное переливание крови продолжается.

Продолжительность операции — 35 минут.

*Описание удаленного препарата.* Удаленная правая беременная маточная труба растянута в диаметре до 8 см и немного в длину; абдоминальное отверстие ее широко растянуто и заполнено плотными свертками крови; вся полость трубы также занята свертками. Плодное яйцо обнаружить не удалось, по-видимому, из-за пропитывания его кровью. Серозный покров трубы цел. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Оперативное лечение при бесплодии, обусловленном непроходимостью или отсутствием маточных труб, малоэффективно. Однако несмотря на это, изложим основные методики оперативного восстановления проходности труб. Большая перед операцией должна быть тщательно обследована; по возможности следует точно установить место непроходимости. Оперативное лечение противопоказано при наличии воспаления или остаточных воспалительных явлений в малом тазу.

Брюшную полость вскрывают одним из способов, но для более удобного доступа, по-видимому, нужно отдать предпочтение срединному разрезу между симфизом и пупком. При наличии спаек, перетягивающих трубу и тем самым закрывающих ее просвет, производит операцию сальпинголизиса.

Операция сальпинголизиса заключается в следующем. Операционную рану следует широко раздвинуть ранорасширителем, при необходимости больную перевести в положение Тренделенбурга, кишечник тщательно оградить. Внимательно осмотрев органы малого таза, очень осторожно

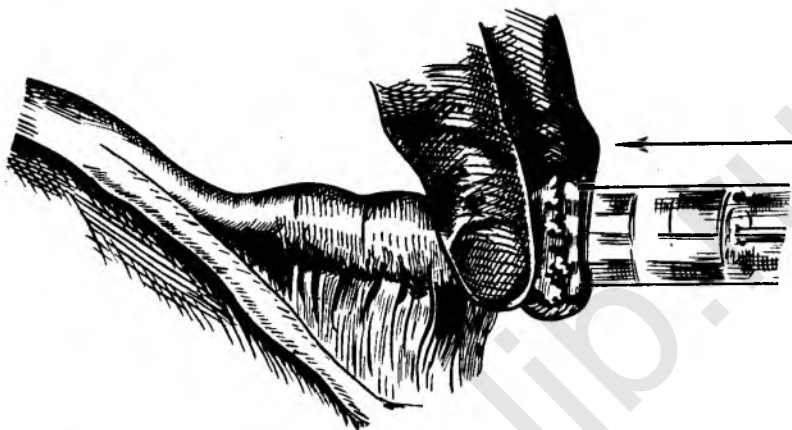


Рис. 49. Операция сальпинголизиса. Проверка проходимости маточной трубы путем нагнетания в нее раствора пенициллина.

ножницами выделяют трубу из сращений, стараясь не повредить ее брюшинного покрова. Затем трубу выводят в операционную рану и также осторожно проверяют ее проходимость введением через брюшное отверстие с помощью шприца раствора пенициллина. Жидкость наполняет трубу и растягивает ее; непроходимая часть трубы остается нерастянутой (рис. 49). Так же поступают и со второй трубой. Кровоточащие сосуды должны быть тщательно перевязаны. Операционную рану зашивают обычно послойно наглухо. Операция сальпинголизиса должна быть, как правило, вспомогательной к какой-то другой основной операции и может оказаться эффективной лишь в случаях, если непроходимость маточных труб обусловлена внешними спайками, перетягивающими трубы и тем самым закрывающими их просвет.

**Операция сальпингостомии.** Условия производства этой операции такие же, как при сальпинголизисе. Цель ее — восстановление проходимости ампулярной части трубы. Для этого вскрывают или резецируют заращенный ее конец и слизистую маточной трубы сшивают узловатыми тонкими кетгутowymi швами с серозной ее оболочкой (рис. 50).

Можно сделать и боковую сальпингостомию. При этой операции вскрывают боковую стенку трубы вблизи яичника и так же слизистую оболочку сшивают с серозной. Некоторые вшивают в это отверстие яичник.

Если же труба непроходима в интрастициальной или в истмической части, можно пересадить (имплантировать) здоровую часть трубы в угол матки. Р. В. Кипарский имплантацию трубы в матку выполнял с помощью специальных инструментов. Без них имплантация может быть сделана так: для контроля проходимости трубу заполняют раствором пенициллина и рассекают поперечно, непроходимую ее часть отсекают (рис. 51). Кровоточащие сосуды тщательно перевязывают. Узким скальпелем иссекают конусовидный или клиновидный кусочек ткани матки в месте отсечения



Рис. 50. Операция сальпингостомии: 1 — линия разреза запянутого ампулярного конца трубы; 2 — соединение слизистой и серозной оболочек трубы уловатыми кетгутыми швами.

трубы. Сделанное отверстие должно

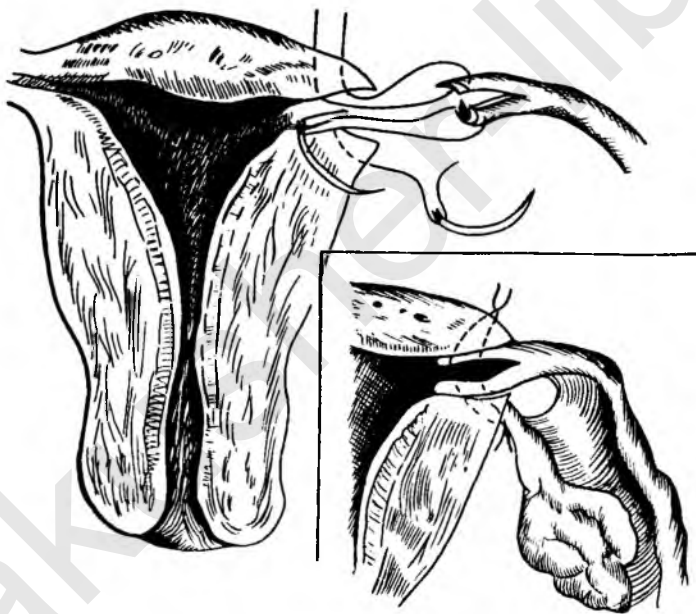


Рис. 51. Операция пересадки трубы в матку.

проникать в полость матки. Предназначенный для имплантации конец трубы рассекают продольно пополам и каждую половину отдельно прошивают кетгутом. Каждый конец нити проводят иглой через стенку

матки изнутри наружу (через отверстие). Завязывать следует медленно, чтобы при введении конца трубы в матку не разорвать его. Края раны матки соединяют тонкими узловатыми кетгутовыми швами с серозной оболочкой трубы.

При отсутствии маточных труб можно произвести пересадку яичника в матку. Для этого яичник перерезают пополам, рану закрывают узловатыми кетгутовыми швами, а медиальную часть яичника отделяют от его брыжейки (рис. 52, 53, 54). В углу матки вырезают отверстие, свободное пропускающее предназначенную для имплантации часть яичника. Отверстие в матке зашивают, не прокалывая ткани яичника. Операционную рану зашивают обычно послойно наглухо.

**Операция оментоовариопексии** (см. также на стр. 73). Эта операция может быть с успехом применена при бесплодии, обусловленном гипофункцией яичников. Противопоказанием к операции оментоовариопексии являются патологические изменения в матке и трубах, которые сами по себе могут быть причиной бесплодия. В отдельных случаях эту операцию можно произвести в дополнение к основной операции, с помощью которой хирург пытается устранить бесплодие. Брюшную полость можно вскрыть по Пфannenштилю. Рану раздвигают ранорасширителем, кишечник тщательно ограждают салфетками. Яичник выводят в рану анатомическим пинцетом (или иным нетравмирующим инструментом, либо пальцами). Яичник острым скальпелем разрезают продольно по задней его поверхности до стромы. В результате получают две продольные половины яичника — передняя и задняя. Кровоточащие сосуды тщательно перевязывают тонким кетгутом. В разрез подводят соответствующий край сальника с хорошо развитыми сосудами и подшивают узловатыми кетгутовыми швами к задней, а затем к передней раневой поверхности стромы яичника. Сальник перед его подшиванием должен быть хорошо расправлен по передней поверхности кишечника. При наложении швов следует пользоваться очень тонким кетгутом (№ 0 или № 00) и стараться, чтобы сосуды сальника не прошивались. Корковый слой яичника можно не пришивать к сальнику. Из подшитого к строме обоих яичников сальника очень быстро прорастают сосуды, в результате чего в яичниках усиливается кровообращение. По окончании операции проводят тщательный туалет брюшной полости. Операционную рану зашивают послойно наглухо.

## ОПЕРАЦИЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИНЫ

Эта операция предназначена для прекращения детородной функции женщины без внесения каких-либо иных нарушений в деятельность всей половой системы.

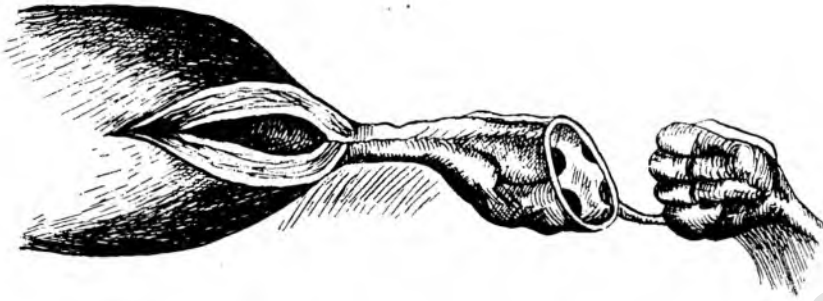


Рис. 52. Операция пересадки яичника в матку. Поперечное рассечение яичника пополам.

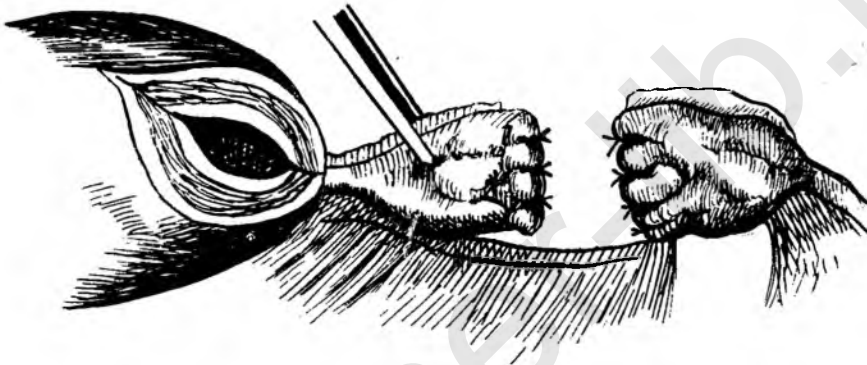


Рис. 53. Медиальная половина яичника подготовлена к пересадке. В углу матки подготовлено отверстие для введения через него в полость матки яичника.

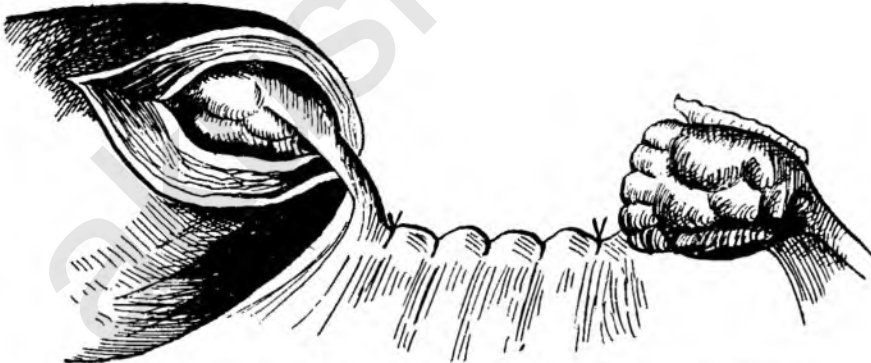


Рис. 54. Медиальная часть яичника погружена в полость матки.

Из множества предложенных методик стерилизации мы опишем две, технически просто выполнимые и вполне надежные по отдаленным результатам.

1. Маточную трубу в истмической части захватывают пинцетом и приподнимают. Образовавшуюся при этом из трубы петлю раздавливают крепким зажимом (рис. 55). На раздавленном участке трубу перевязывают шелковой лигатурой.



Рис. 55. Операция стерилизации. Маточная труба вытянута в виде дубликатуры и раздавлена раздавливающим зажимом.

2. На расстоянии 1,5—2 см от угла матки трубу перевязывают шелковой лигатурой, перерезают, а маточный конец ее поверхностно иссекают из угла матки. На круглую, собственно-яичниковую связку и края раны накладывают 2—3 узловатых шва. При завязывании швов культю трубы погружают в складку брюшины.

Операция стерилизации может быть произведена с согласия женщины и только по медицинским показаниям в полном соответствии с разъяснением Народного комиссариата здравоохранения СССР от 1/7 1939 г.:

«В связи с поступающими с мест запросами относительно применения операции перевязки маточных труб (яйцеводов) Народный комиссариат здравоохранения Союза ССР разъясняет для неуклонного руководства:

1. Производство операции перевязки или удаления здоровых маточных труб (яйцеводов) категорически воспрещается, так как такая операция калечит женщин и по своим последствиям может быть приравнена к нанесению тяжких телесных повреждений.

2. Производство той же операции на больных трубах (воспалительные опухоли, новообразования) допускается на общих основаниях со внесением в историю болезни показаний к операции и условий, необходимых для ее производства.

3. В особо исключительных случаях, когда операцию перевязки здоровых труб приходится производить у женщин, нуждающихся в ней по строгим медицинским жизненным показаниям, таковая допускается после тщательного обследования данного случая в порядке консилиума из трех врачей соответствующих специальностей (с непременным участием специалиста акушера-гинеколога), заключение которых должно быть оформлено посредством записи в историю болезни за подписью всех консультантов».

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИОМАХ (ФИБРОМИОМАХ) МАТКИ

Сама по себе миома матки не может служить показанием к оперативному лечению. Оперативное лечение рекомендуется, если миома достигла больших размеров и сдавливает соседние органы (мочевой пузырь, пря-

мую кишку), нарушая их функцию, сопровождается болями, если она служит причиной изнурительных маточных кровотечений, не поддающихся консервативному лечению (гормонотерапия и др.), а также при некротизации или нагнаивании миоматозного узла. В редких случаях показанием к оперативному лечению при миоме матки является ее саркоматозное перерождение. По-видимому, следует признать необходимым оперативное лечение при субсерозном расположении миоматозных узлов на ножке, даже если нет никаких симптомов заболевания.

Характер и объем оперативного вмешательства должны определяться хирургом строго индивидуально с учетом общего состояния и возраста больной.

Саркоматозное перерождение миомы матки наблюдается очень редко. Различные же симптомы, порой очень тягостные и изнурительные, которые нередко отмечаются при миомах, смертельной опасности не представляют и могут быть полностью устранены без удаления матки. Поэтому в ходе операции, прежде чем сделать надвлагалищную ампутацию или полную экстирпацию матки, хирург должен хорошо разобраться в топографии миоматозных узлов, определить форму и величину матки, если это не удалось сделать в предоперационные дни, и попробовать сохранить тело или часть тела матки. Главной целью операции при миоме матки у молодых женщин является оперативное удаление миомы, а не самой матки. При малейшей возможности матку, часть ее, или хотя бы слизистую оболочку следует сохранить, тщательно вылущив миоматозные узлы. В том случае, если у женщины, кроме миомы, имеются опухоли придатков, рациональнее поступать более радикально. У женщин с миомой матки и железисто-мышечной гиперплазией шейки, большими деформациями и выворотом ее вследствие перенесенных разрывов, с не поддающейся лечению эрозией, особенно папиллярной, по-видимому, следует признать рациональным полное удаление матки. Перейдем к рассмотрению методики оперативного лечения при миомах матки.

#### **ОПЕРАЦИЯ МИОМЭКТОМИИ (МИОМЕСТОМИА PER ABDOMEN)**

Вскрыть брюшную полость можно срединным разрезом или поперечным надлобковым. Операционная рана должна быть широко разведена ранорасширителем, а кишечник ограничен салфетками.

Удаление миоматозного узла на ножке трудностей не представляет и сводится к иссечению ножки у ее основания. При этом не следует делать глубоких разрезов в направлении тела матки. Достаточно надрезать брюшину и тонкий слой мышечных волокон, переходящих с тела матки на узел, чтобы затем концами ножниц тупо отделить опухоль. Место иссечения ножки прошивают узловатыми кетгутовыми швами, так, чтобы края разрезов были хорошо сопоставлены и кровотечение полностью остановлено.

Интерстициально (интрамурально или внутривенно) расположенный узел (или узлы) удаляется несколько иначе.

Над миоматозным узлом скальпелем продольно рассекают брюшину и мышцу матки до узла, ткань которого резко отличается от мышечной белым цветом и иной структурой (рис. 56). Вследствие ретракции мускулатуры матки, края раны широко расходятся. Захватив узел щипцами Мюзо или Дуайена и энергично оттянув его, края раны раздвигают пинцетами или зажимами. Натянутые пучки тканей между опухолью и стенкой матки рассекают ножницами, а рыхлые — разъединяют тупо тупфером или концами ножниц (рис. 57, 58). Так постепенно, один за другим, иногда вылуцивают до 10—15 узлов. Кровоточащие сосуды сразу же пережимают зажимами и перевязывают кетгутом. Вылуцивание миоматозных узлов обычно сопровождается значительным кровотечением, которое легко и быстро удается остановить. Однако для остановки кровотечения только перевязки кровоточащих сосудов бывает недостаточно, так как может кровоточить вся раневая поверхность. В таких случаях всю раневую поверхность ложа опухоли прошивают погруженными узловатыми швами. Если при выделении узла была вскрыта полость матки, необходимо наложить мышечно-мышечные погруженные узловатые швы не прошивая эндометрия (рис. 59). Если между краями раны попадет слизистая матки (эндометрий), то прочного сращения не произойдет. При наложении поверхностных швов следует правильно сопоставить края раны (рис. 60). Огромная деформированная множественными миоматозными узлами матка после их удаления и восстановления целостности тканей удивительно быстро восстанавливает свою нормальную форму, а нередко и величину. По окончании операции проводят тщательный туалет брюшной полости. Операционную рану зашивают послойно наглухо.

Отметим основные моменты операции миомэктомии: 1) вскрытие брюшной полости, раздвигание краев раны ранорасширителем; 2) выведение опухоли или матки в операционную рану и ограждение кишечника салфетками; 3) вылуцивание опухоли или иссечение ее ножки; 4) послойное зашивание раны матки (ложе опухоли); 5) удаление инструментов и салфеток, туалет брюшной полости; 6) зашивание операционной раны.

### **Примерный ход операции миомэктомии**

Показания к операции: множественная узловатая миома матки (величиной с голову взрослого человека), боли, нарушение функции прямой кишки.

Эндотрахеальный наркоз закисью азота и эфиром. Вводный наркоз — внутривенным медленным вливанием 18 мл 2% раствора тиопентала-натрия; интубация произведена после внутривенного медленного впрыскивания 2 мл 2% раствора дитилина.



Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта срединным послойным разрезом от симфиза до пупка. Рана дополнительно обложена стерильными салфетками и раздвинута ранорасширителем. Матка в области одного из крупных узлов захвачена щипцами Мюзо и выведена в операционную рану, кишечник огражден салфетками. Матка увеличена до размеров головы взрослого человека, бугристая, обильно снабжена густой сетью кровеносных сосудов: в ее стенках прощупывается много узлов различной величины; один из них расположен субсерозно, но без ножки, все другие — интерстициально. Брюшина над субсерозным узлом рассечена и узел величиной с гусиное яйцо вылуцен с помощью ножниц и тупфера. Второй узел, глубоко межмышечно расположенный, рядом с первым, и такой же величины вылуцен тем же способом, но с некоторыми затруднениями из-за сильного кровотечения, которое было остановлено перевязкой сосудов. Все остальные узлы выделены без затруднений. Кровоточащие сосуды захвачены зажимами Кохера и перевязаны кетгутом. Ложе миоматозных узлов тщательно прошито узловатыми кетгутовыми швами с правильным сопоставлением краев раны. Избыток брюшинного покрова иссечен, оставшимся листком закрыта линия швов (перитонизация). Из брюшной полости извлечены салфетки, электроотсасывателем удалена затекшая кровь. Потеря крови во время операции около 200 мл. Рана зашита послойно. Края кожи соединены скобками Мишеля, наложена асептическая повязка.

Продолжительность операции — 40 минут.

*Описание удаленных препаратов.* Удаленные 19 миоматозных узлов различной величины (от величины грецкого ореха до гусиного яйца) отправлены на гистологическое исследование.

### ОПЕРАЦИЯ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ БЕЗ ПРИДАТКОВ (AMPUTATIO UTERI SUPRAVAGINALIS SINE ADNEXIS)

Известно несколько способов надвлагалищной ампутации матки брюшностеночным путем.

Надвлагалищная ампутация матки путем переднего и заднего отсечения (способ К. Ж. Фора), заключающаяся в отсечении матки ножницами сзади или спереди на уровне внутреннего зева после рассечения круглых связок и пузырно-маточной складки, легко выполняема и может быть закончена в 12—15 минут лишь при хорошо подвижной матке. В случаях ограниченной подвижности матки и придатков операция становится технически трудной, а иногда неосуществимой. Кроме того, рассекая матку вслепую, легко ранить маточную артерию и вызвать опасное кровотечение, особенно при заднем ее отсечении.

Несколько выгоднее отличается способ Келли — удаление тела матки путем поперечного разреза ее. При этом способе захватывают крепким зажимом одновременно воронко-газовую и круглую связки на уровне внутреннего зева и пережимают верхний отдел матки. Затем последовательно рассекают широкую связку, маточную артерию на зажиме и матку. С другой стороны широкую связку рассекают в обратном порядке, то есть начиная с маточной артерии. Но и этот способ имеет ряд недостатков:

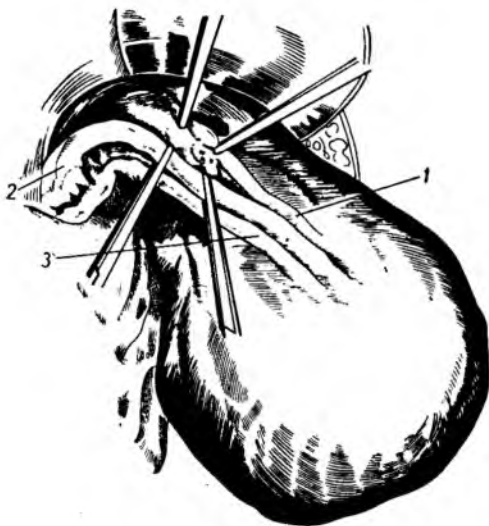


Рис. 61. Операция надвлагалищной ампутации матки без придатков (I способ). Двумя зажимами пережата круглая связка (1), труба (2) и собственно-яичниковая связка также пережаты двумя зажимами (3).

него зева отсекается сначала одна ее половина с соответствующими придатками, затем вторая. Этот метод содержит в себе элементы метода Келли и не лишен свойственных ему недостатков, не говоря уже о значительном удлинении самой операции.

Все эти способы в гинекологической практике не имеют широкого распространения.

И с п о с о б надвлагалищной ампутации матки — наиболее распространенный в настоящее время, заключается в следующем.

Брюшную полость выгоднее вскрыть срединным послойным разрезом, через который можно создать наилучший доступ к матке, при не-

при отсечении матки легко ранить маточную артерию противоположной стороны, а при захватывании ее зажимом можно ошибочно захватить и мочеточник.

Способ Терье с первичным удалением придатков невыгоден потому, что далеко не всегда в ходе операции возникает необходимость в предварительном удалении придатков: обычно достаточно их отвести в сторону, если они мешают выполнению операции.

Надвлагалищная ампутация матки путем рассечения ее пополам (по К. Ж. Фору) может быть применена лишь в редких случаях. При этом способе рассечения матки по средней линии до внутрен-



Рис. 62. Рассечение брюшины пузырно-маточной складки.

обходимости больную перевести в умеренное положение Тренделенбурга. Матку следует фиксировать надежными щипцами или штопором и вывести ее из брюшной полости, рану раздвинуть ранорасширителем, кишечник тщательно оградить салфетками. Создание таких удобств значительно облегчает выполнение операции. Если матку вывести из брюшной полости не удастся из-за укорочения связочного аппарата или из-за сращений со стенками таза, ее подводят к операционной ране и приступают к выполнению собственно операции. Обычно, отведя матку кверху и влево, рассекают между двумя зажимами отдельно круглую и собственно-яичниковую связки с трубой и сразу же их перевязывают (рис. 61). В том же порядке освобождают матку и слева. Рассекают передний листок широкой связки и пузырно-маточную складку (рис. 62). Тупо



Рис. 63. Отсепарована маточная артерия (1)

расслаивают передний и задний листки широкой связки до внутреннего зева матки, отыскивая в глубине операционной раны маточную артерию; захватив ее двумя зажимами, рассекают между ними и перевязывают (рис. 63, 64). После этого, несколько ниже внутреннего зева, шейку матки фиксируют щипцами и матку отсекают (рис. 65). На культю шейки матки накладывают 3—4 узловатых, обычно кетгутовых, шва. Перитонизацию культей производят следующим образом: наложив кисетный шов на листки широкой связки, его постепенно затягивают, погружая культю отсеченных, например, правых придатков, и круглой связки; непрерывным

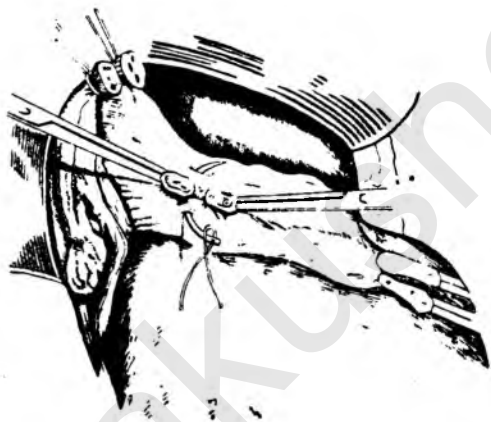


Рис. 64. Маточная артерия перерезана между двумя зажимами; для перевязки ее через ткани шейки у конца зажима проводят лигатуру.

швом соединяют передний и задний листки широкой связки, одновременно закрывая культю шейки матки; культя левых придатков и круглой связки

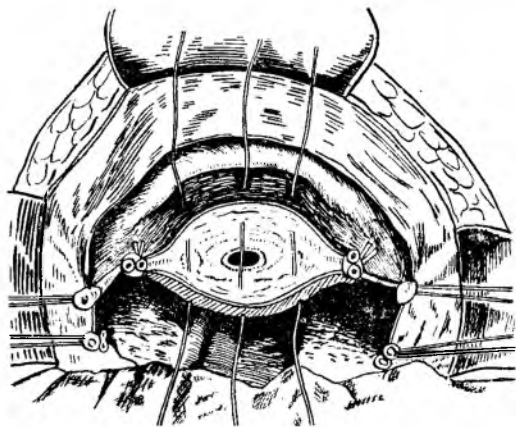


Рис. 65. На культю шейки матки накладывают узловатые швы.



Рис. 66. Перитонизация непрерывным кетгутовым швом, соединяющим оба листка широкой маточной связки, между которыми погружают все культя.

также погружают в кисетный шов (рис. 66). Выполнение операции этим способом связано с большими техническими трудностями, так как основные ее этапы выполняются при закрытом маткой операционном поле. Кроме того, операция может сопровождаться осложнениями вследствие соскальзывания зажимов или лигатур с сосудов.

При закрытом маткой операционном поле очень трудно устранить возникшие в ходе операции осложнения, особенно остановить кровотечение.

По окончании перитонизации из брюшной полости удаляют салфетки и делают тщательный туалет. Зашивают операционную рану обычно.

Необходимо отметить также, что культя шейки матки, лишенная подвешивающего связочного аппарата, особенно при наличии и других благоприятствующих моментов, может опуститься и даже выпасть. Ни в одном из описанных способов ничего не предусматривается для укрепления культи шейки матки на нормальном уровне и профилактики ее опущения.

Следовательно, основными моментами операции надвлагалищной ампутации матки без придатков после вскрытия брюшной полости являются следующие: 1) выведение матки из

брюшной полости и ограждение кишечника салфетками, 2) пережатие двумя зажимами отдельно трубы, собственно-яичниковой и круглой связок,

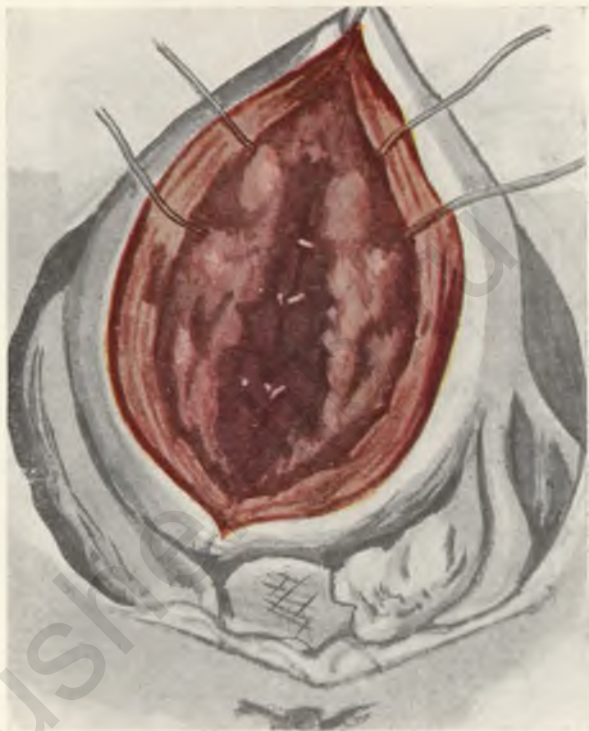


Рис. 59. Наложение погружных мышечно-мышечных кетгутовых швов



Рис. 60. Соединение краев раны узловатыми кет-  
гутовыми швами.

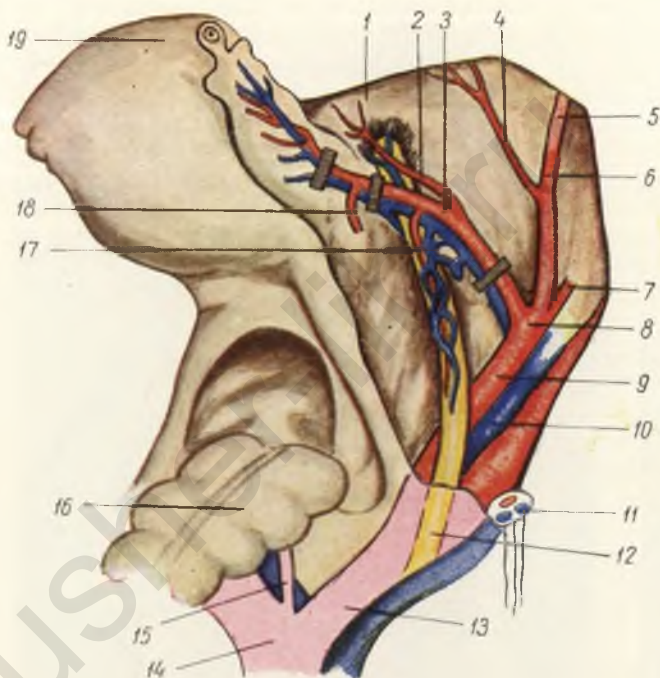


Рис. 76. Схема:

1 — мочевой пузырь; 2 — нижняя пузырная артерия; 3 — маточная артерия; 4 — верхняя пузырная артерия; 5 — боковая почечная связка; 6 — продолжение подчревной артерии; 7 — запирательная артерия; 8 — маточная артерия; 9 — подчревная артерия; 10 — наружные подвздошные артерия и вена; 11 — культя воронкоказово́й связки; 12 — мочеточник; 13 — общая подвздошная артерия; 14 — аорта; 15 — срединная крестцовая артерия; 16 — сигмовидная кишка; 17 — мочеточниковая артерия; 18 — шейечно-влагалищная ветвь маточной артерии; 19 — тело матки.

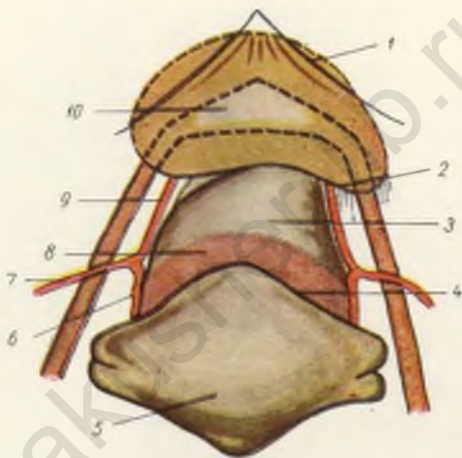


Рис. 77. Схема:

1 — брюшина, покрывающая мочевой пузырь; 2 — шеечно-пузырная связка; 3 — шейка матки; 4 — край брюшины, переходящей на матку; 5 — тело матки; 6 — восходящая ветвь маточной артерии; 7 — маточная артерия; 8 — перешеек матки; 9 — нисходящая ветвь маточной артерии; 10 — мочевой пузырь.



3) расслоение листков широкой связки до уровня внутреннего маточного зева, 4) перерезание указанных образований между двумя зажимами, 5) то же на другой стороне, 6) рассечение пузырно-маточной складки и, если нужно, отделение мочевого пузыря книзу, 7) захватывание зажимом, перерезание и перевязка маточной артерии сначала на одной, а затем и на другой стороне на уровне внутреннего зева, 8) клиновидное отсечение тела матки и наложение швов на культю шейки, 9) перитонизация, 10) перевод операционного стола в горизонтальное положение, туалет брюшной полости после извлечения из нее салфеток и инструментов, 11) зашивание операционной раны.

### Примерный ход операции надвлагалищной ампутации матки без придатков (I способ)

Показания к операции: миома матки, боли, изнуряющие кровотечения.

Эндотрахеальный наркоз закисью азота и эфиром. Вводный наркоз — внутривенным медленным введением 20 мл 2% раствора тиопентал-натрия; интубация произведена после внутривенного медленного введения 3,5 мл 2% раствора дитилина.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта срединным послойным разрезом. Рана раздвинута рапорасширителем, матка захвачена щипцами Мюзо и выведена из брюшной полости, кишечник огражден салфетками. Справа, отдельно на круглую и собственно-яичниковую связки с трубой, наложено по два зажима Кохера, между которыми эти образования перерезаны скальпелем; зажимы заменены лигатурами. Листки широкой связки расслоены и перерезаны параллельно ребру матки до уровня внутреннего зева. Пузырно-маточная складка поперечно рассечена и отслоена вместе с мочевым пузырем книзу. Тупо выделена маточная артерия, пережата зажимом Кохера и перевязана кетгутовой лигатурой. То же сделано и слева. Тело матки клиновидно иссечено чуть выше места перевязки маточных артерий. Перитонизация начата кисетным швом, в который погружены культы правых придатков и связок, продолжена непрерывным швом, соединившим передний и задний листки широкой связки, и закончена, как и начата, кисетным швом, в который погружены культы левых придатков и связок. Из брюшной полости удалены инструменты и салфетки, сделан туалет, при котором удалено около 100 мл крови. Операционная рана зашита послойно наглухо, причём края кожи соединены скобками Мишеля и покрыты асептической повязкой.

Продолжительность операции — 1 час 10 минут.

*Описание удаленного препарата.* Удаленный препарат представляет собой тело матки, увеличенное субмукозным миоматозным узлом и двумя меньшими интерстициальными узлами. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

Мы делаем надвлагалищную ампутацию матки иным способом. Сущность его заключается в следующем.

После вскрытия брюшной полости срединным или надлобковым поперечным разрезом при необходимости больную переводят в умеренное положение Тренделенбурга. Широкую связку у углов матки фиксируют двумя зажимами Кохера, матку выводят из брюшной полости и оттягивают влево, рану расширяют рапорасширителем, кишечник ограждают стерильными салфетками.

Справа трубу, круглую и собственно-яичниковую связки пережимают зажимом Кохера и рассекают ножницами (рис. 67). Не прерывая разреза, передний листок широкой связки (и пузырно-маточную складку) рассекают до противоположной круглой связки, надсекают задний листок; при этом обнажается правая маточная артерия (рис. 68). Если предполагается низкое отсечение матки, сразу же отодвигают концами ножниц или маленьким плотным марлевым шариком мочевого пузыря книзу, после

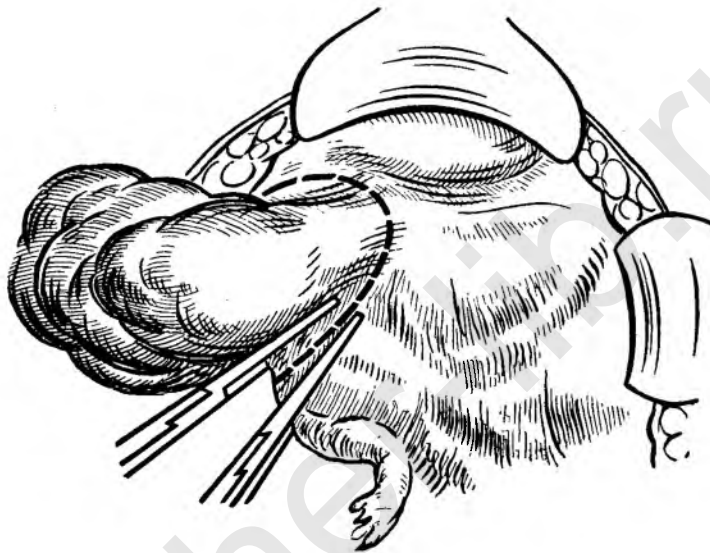


Рис. 67. Операция надвлагалищной ампутации матки без придатков (II способ). Матка отведена влево двумя зажимами, наложенными на верхние отделы широких связок непосредственно у ребер матки. Зажимом пережаты трубы, круглая и собственно-яичниковая связки. Пунктиром показана линия рассечения широкой связки и брюшины пузырно-маточной складки.

подсечения клетчатки между ним и шейкой матки, подобно тому как это делается при полной экстирпации матки, только не так низко. Маточную артерию, теперь освобожденную на значительном протяжении, перерезают на зажиме Кохера (рис. 69).

Слева трубу, круглую и собственно-яичниковую связки пережимают зажимом Кохера и рассекают, на том же уровне подсекают задний листок широкой связки, и клетчатку вместе с ранее рассеченным ее передним листком отодвигают книзу. Обнаженную при этом левую маточную арте-

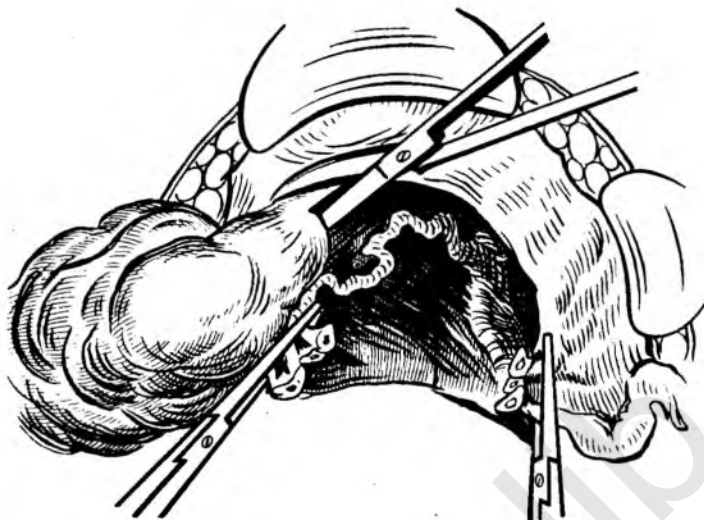


Рис. 68. Рассечены верхний отдел широкой связки и брюшина пузырно-маточной складки. Обнажена маточная артерия.

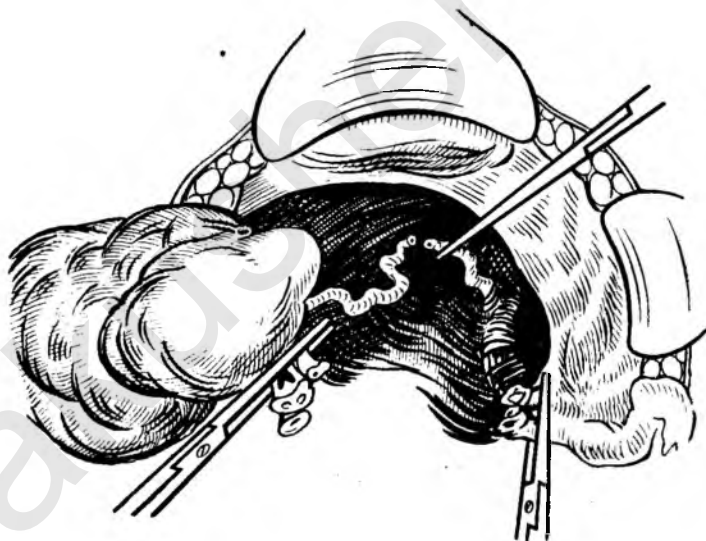


Рис. 69. Рассечение маточной артерии на зажиме.

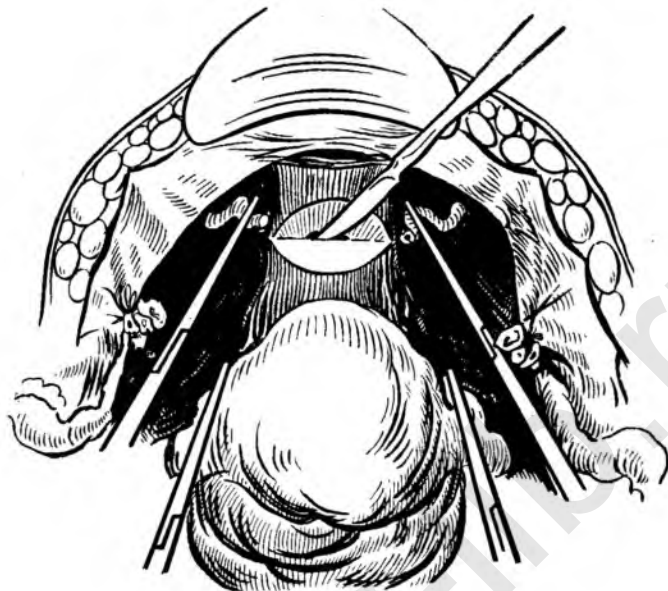


Рис. 70. Клиновидное иссечение тела матки.

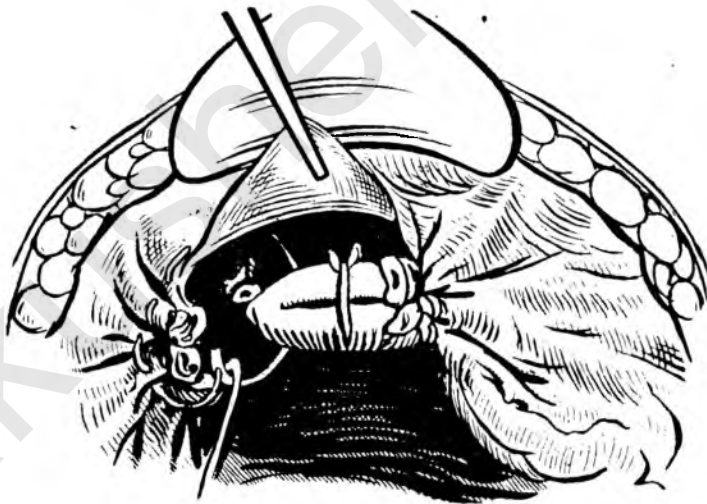


Рис. 71. Наложение узловатых кетгутовых швов на культю шейки матки с фиксацией боковыми швами культей связок и труб.

рию перерезают на зажиме Кохера. Матку отсекают ножницами или скальпелем (рис. 70).

Зажимы заменяют лигатурами, после чего на культю шейки матки накладывают три кетгутовых шва, причем крайними из них фиксируют к культю шейки культю придатков и связок (рис. 71).

Перитонизация производится путем накрывания культей передним листком широкой связки, прикрепляемым к задней поверхности шейки матки, непрерывным или узловатыми кетгутовыми швами (рис. 72).

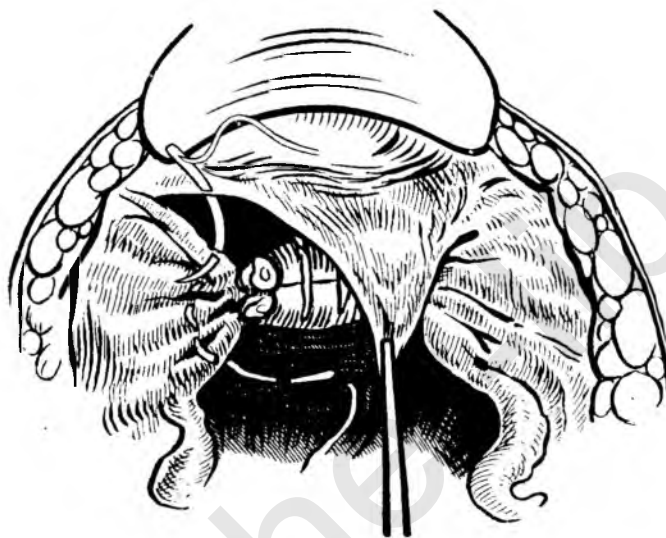


Рис. 72. Перитонизация культей брюшной пузырно-маточной складки.

Фиксация культей придатков к культю шейки матки закрепляет последнюю в нормальном положении и предупреждает ее опущение.

Зашивание брюшной раны производится послойно путем соединения одноименных тканей.

Отметим основные моменты операции надвлагалищной ампутации матки без придатков после вскрытия брюшной полости только что описанным способом: 1) выведение матки из брюшной полости или в рану и ограждение салфетками кишечника, 2) захватывание зажимом Кохера одновременно трубы, круглой и собственно-яичниковой связок, 3) рассечение их ножницами, а также обоих листков широкой связки (до уровня внутреннего зева) и пузырно-маточной складки, 5) то же с левой стороны, 6) отсечение тела матки скальпелем или ножницами, 7) замена зажимов

лигатурами, 8) швы на культю шейки матки, 9) перитонизация с одновременной фиксацией культей придатков и связок к культе шейки, 10) удаление из брюшной полости инструментов и салфеток, туалет, 11) зашивание операционной раны.

Как видно из сказанного, собственно операция надвлагалищной ампутации матки выполняется с помощью четырех зажимов Кохера (или Микулича) — два на связках и два на маточных артериях, которые заменяют лигатурами после удаления тела матки. Использование во время операции минимального количества инструментов и лигирование при освобожденном, хорошо видимом операционном поле значительно ускоряет и облегчает выполнение операции, особенно при малоподвижной или совсем неподвижной матке.

### **Примерный ход операции надвлагалищной ампутации матки без придатков (II способ)**

Показания к операции: миома матки величиной с голову взрослого человека, изнурительное кровотечение, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки.

Наркоз эндотрахеальный закисью азота и эфиром. Вводный наркоз — внутривенным медленным введением 15 мл 2% раствора тиопентала натрия; интубация произведена после внутривенного медленного впрыскивания 3 мл 2% раствора дитилина.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта срединным послойным разрезом между симфизом и пупком. Матка фиксирована щипцами Мюзо, но вывести ее в операционную рану не удалось из-за резко ограниченной подвижности. Рана раздвинута ранорасширителем, кишечник огражден салфетками, а головной конец операционного стола слегка опущен. При осмотре выяснено, что матка деформирована и увеличена до размеров головы взрослого человека несколькими миоматозными узлами, расположенными интерстициально, а может быть, и субмукозно. Верхняя поверхность матки спаива с салынком и петлями тонкого кишечника. Сращения разъединены ножницами, но подвижность матки не увеличилась. Тогда матка была оттянута влево и справа у ее угла наложен зажим Кохера на верхний отдел широкой связки; труба, собственно-яичниковая и круглая связки пережаты вторым зажимом Кохера (ближе к яичнику) и перерезаны. Разрез переднего листка широкой связки продлен, рассечена пузырно-маточная складка до противоположной круглой связки и без затруднений отодвинута книзу. Обнаженная при этом маточная артерия пережата зажимом Кохера и перерезана примерно на уровне внутреннего зева. То же сделано и слева. Чтобы легче вывести матку из брюшной полости, ранорасширитель извлечен; матка выведена, рана вновь раздвинута ранорасширителем. Тело матки клиновидно иссечено скальпелем чуть выше места пережатия маточных артерий. Оставшиеся четыре зажима Кохера на маточных сосудах и культях придатков заменены лигатурами. Культя шейки матки прошита тремя узловатыми кетгутовыми лигатурами, крайними из которых фиксированы культя придатков. Перитонизация произведена передним листком широкой связки с помощью непрерывного кетгутового шва, которым она подшита к задней поверхности шейки и заднему листку брюшины; таким образом покрыты все культя. Сделан туалет брюшной полости, из нее извлечены инструменты и салфетки. Операционная рана зашита послойно, края кожи соединены скобками Мишеля и покрыты асептической повязкой.

Продолжительность операции — 20 минут.

*Описание препарата.* Удаленный препарат представляет собой тело матки, деформированное и увеличенное миоматозными узлами до размеров головы взрослого человека. Один из узлов расположен субмукозно, остальные — межмышечно. Препарат отослан на гистологическое исследование.

Производя операцию надвлагалищной ампутации матки без придатков, хирург должен руководствоваться интересами больной. Если больная молодого возраста и опухоль не вызывает подозрений на злокачественность, следует ограничиться высокой ампутацией тела матки при невозможности энуклеировать узлы, стараясь как можно больше сохранить эндометрия. Оставленные даже небольшие участки эндометрия могут сохранить менструальную функцию, чем и будет предупреждено преждевременное наступление климакса, старение женщины.

Однако если миома матки, являющаяся, по нашему мнению, показанием к надвлагалищной ампутации ее тела, сочетается с заболеваниями придатков, которые также лечатся оперативными методами, следует удалять тело матки с придатками с одной или с обеих сторон в зависимости от их пораженности.

#### **ОПЕРАЦИЯ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ (AMPUTATIO UTERI SUPRAVAGINALIS CUM ADNEXIS)**

Наиболее распространенной методикой этой операции является следующая (условия для ее выполнения такие же, как и для операции надвлагалищной ампутации матки без придатков).

По вскрытии брюшной полости следует осмотреть органы малого таза, выделить матку и ее придатки из сращений, если они имеются. После этого матку захватывают щипцами и выводят из брюшной полости (или в рану). Рану раздвигают ранорасширителем.

На воронко-тазовую связку накладывают два зажима Кохера, между которыми связку перерезают; на круглую связку также накладывают два зажима Кохера, между которыми она рассекается; мостик из брюшины между ними тоже рассекается. Дальнейший ход операции ничем не отличается от хода операции надвлагалищной ампутации матки без придатков (I способ, стр. 93).

В своей практике мы применяем несколько иную методику, заключающуюся в следующем. У ребер матки с обеих сторон на широкую связку накладывают два зажима Кохера, и матка выводится в рану; рану раздвигают ранорасширителем. Зажимами Кохера матку натягивают и отводят влево; натянутые при этом воронко-тазовую и круглую связки пережимают одним зажимом Кохера и обе связки рассекают (рис. 73). Разрез продлевают по переднему листку широкой связки и пузырно-маточной складке до противоположной круглой связки (рис. 74). Этим разрезом обнажается маточная артерия; если нужно, концами ножниц, которыми производится разрез, отодвигают, книзу мочевого пузыря. Маточную арте-

рию пережимают зажимом Кохера и перерезают, как и при надвлагалищной ампутации матки без придатков. Таким же способом перерезают воронко-тазовую и круглую связки слева и маточную артерию после их предварительного пережатия двумя зажимами Кохера. Тело матки

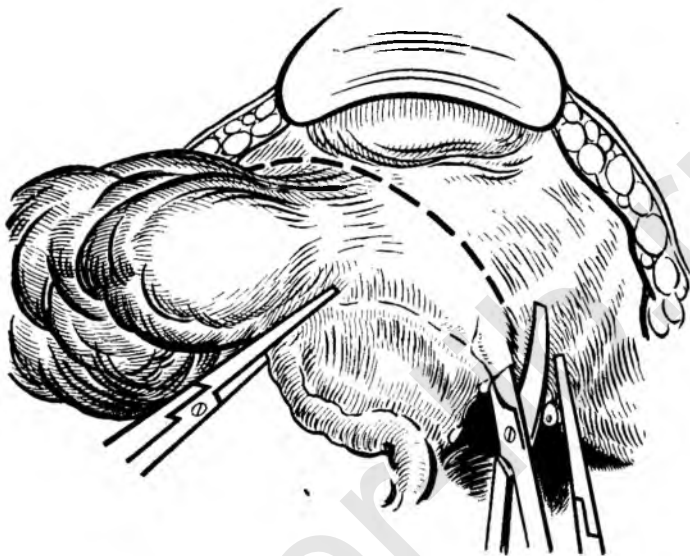


Рис. 73. Операция надвлагалищной ампутации матки с придатками. Матка отведена влево двумя зажимами, наложенными на верхние отделы широких связок у ребер матки. Воронко-тазовая и круглая связки пережаты одним зажимом и рассечены. Далее рассечены передний листок и брюшина пузырно-маточной складки, как показано пунктиром.

иссекают скальпелем клиновидно. Зажимы заменяют лигатурами. Культю шейки матки прошивают 2—3 узловатыми кетгутовыми швами. Перитонизацию следует начинать с прошивания задней стенки культи шейки матки справа. Подхватив задний листок, затем воронко-тазовую и круглую связки, а также ткань культи, завязывают короткий конец нити так, чтобы связки были фиксированы к культе шейки (рис. 75). После этого последнюю накрывают пузырно-маточной складкой и подшивают непрерывным швом к задней поверхности шейки. Этой же нитью кетгута прошивают брюшину, покрывающую круглую и воронко-тазовую связки слева; фиксируют их к культе шейки матки.

После туалета брюшной полости и извлечения из нее инструментов и салфеток операционную рану зашивают по общим правилам.



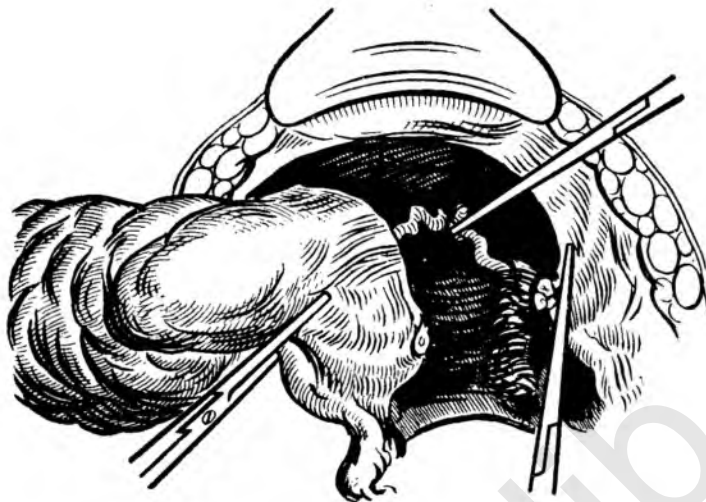


Рис. 74. Передний листок и пузырно-маточная складка рассечены. Маточная труба перерезана на зажиме.

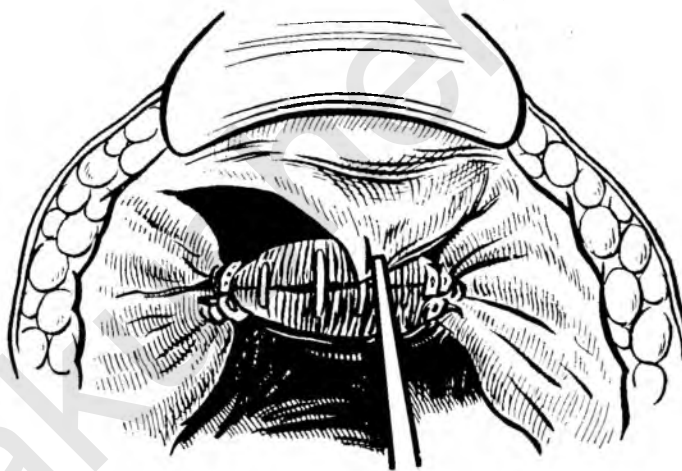


Рис. 75. На культю шейки матки наложены узловатые швы. Культю связок фиксированы к культю шейки матки. Перитонизация брюшиной пузырно-маточной складки, нижний край которой приподнят пинцетом.

**ОПЕРАЦИЯ ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ БЕЗ ПРИДАТКОВ  
(PANHISTERECTOMIA SEU EXSTIRPATIO UTERI TOTALIS SINE ADNEXIS)**

Подготовка больной к операции со вскрытием влагалища со стороны брюшной полости описана в главе I.

Эта операция вначале производится точно так же, как надвлагалищная ампутация матки без придатков (см. I способ, стр. 93), но мочевого пузыря отслаивают от матки полностью. Как только рассечена пузырно-маточная складка, мочевой пузырь отодвигают тупфером книзу, натянутую при этом клетчатку пересекают ножницами поближе к шейке, дальнейшую его отслойку производят тупфером. Убедиться в том, что мочевой пузырь уже отсепарован можно с помощью пальпации. Хирург пальпирует большим пальцем переднюю, а указательным и средним пальцами заднюю поверхность шейки матки, постепенно опускаясь книзу, где пальцы соскальзывают с плотной шейки матки на прилегающие друг к другу стенки влагалища.



Рис. 78. Операция пангистерэктомии без придатков (I способ). Раскрыты параметрии. Край брюшины, покрывающей мочевой пузырь, приподнят пинцетом, натянута паравезикальная клетчатка.

Маточная артерия при пангистерэктомии должна быть хорошо видна; она пережимается двумя зажимами Кохера ниже внутреннего зева (см. схему, рис. 76), между которыми разрезается сначала с одной, затем с другой стороны и перевязывается.

Если в зажимы не попала влагалищная веточка маточной артерии, ее отдельно пережимают, перерезают и перевязывают. После этого матку оттягивают по направлению к симфизу. Прямокишечно-маточную складку брюшины рассекают между крестцово-маточными связками и отсепаровывают книзу. Под контролем глаза каждую крестцово-маточную связку строго перпендикулярно у места отхождения их от матки пережимают двумя зажимами, между которыми связки перерезают и перевязывают. Во избежание ранения мочеточников этими зажимами не следует захватывать клетчатку вблизи боковых влагалищных сводов (см. схему, рис. 77). Матка сразу становится подвижной. Теперь ее следует отвести по направлению к головному концу операционного стола, мочевой пузырь отодвинуть тупфером, а переднюю стенку влагалища захватить нулевыми щипцами или зажимом Кохера, под матку и верхнюю часть влагалища подложить стерильную салфетку, чтобы содержимое влагалища при его вскрытии не

попало в брюшную полость (рис. 78). Удаляется из влагалища тампон. Передний влагалищный свод вскрывают; через отверстие влагалище обрабатывают йодом и тампонируют длинным бинтом. Далее отверстие во влагалище увеличивают в обе стороны, захватывают шейку у наружного зева надежными щипцами (например, щипцами Дуайена). Энергично оттянув шейку матки, ножницами рассекают влагалищные своды вблизи ее стенок, захватывая края влагалища зажимами Кохера (рис. 79).

Рана влагалища зашивается узловатыми кетгутовыми швами или оставляется открытой, если имеется необходимость в дренировании брюшной полости или параметриев (рис. 80). После этого удаляют салфетку, которая была подведена под шейку матки перед рассечением влагалищных сводов, и все участвующие в операции сменяют перчатки или моют руки. Операционная сестра убирает весь бывший в работе инструментарий и материал и заменяет его другим стерильным комплектом. Рану дополнительно обкладывают стерильными салфетками. Перитонизация проводится непрерывным кетгутовым швом, соединяющим задние листки широкой маточной связки с передним краем пузырно-ма-



Рис. 79. Влагалище вскрыто. Шейка матки, захваченная щипцами Дуайена, выведена из влагалища.

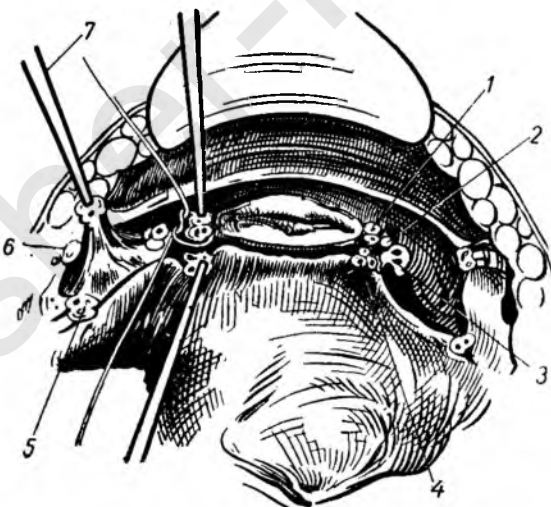


Рис. 80. Матка удалена. Видно зияющее влагалище, раскрытая параметральная клетчатка и культя: 1 — паравагинальной клетчатки и сосудов; 2 — правой кардинальной связки; 3 — маточных сосудов; 4 — правой крестцово-маточной связки; 5 — левой воронко-тазовой связки; 6 — левой круглой связки; 7 — правых маточных сосудов.

точной складки, в результате в забрюшинное пространство погружаются все культы; несколькими швами соединяют края влагалищной раны. После туалета брюшной полости и удаления из нее инструментов и салфеток операционную рану зашивают послойно.

### ОПЕРАЦИЯ ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ (PANHYSTERECTOMIA)

**И с п о с о б.** Вначале эта операция выполняется, как и надвлагалищная ампутация матки с придатками (стр. 103), дальнейшее ведение операции полностью совпадает с только что описанной полной экстирпацией матки без придатков (стр. 106).

Основными моментами этой операции после вскрытия брюшной полости являются следующие: 1) расширение операционной раны ранорасширителем и ограждение кишечника салфетками, 2) изучение патологических соотношений органов малого таза, 3) выделение матки и ее придатков из сращений (если они имеются), 4) фиксация матки щипцами и выведение ее в операционную рану, 5) перерезание и перевязка с обеих сторон между двумя зажимами Кохера в отдельности круглой и собственно-яичниковой связок с трубой (если матка удаляется без придатков) или воронко-тазовой и круглой связок, 6) рассечение широкой связки вдоль ребра матки до уровня внутреннего зева, 7) рассечение пузырно-маточной складки и отсепаровка мочевого пузыря, 8) обнажение маточной артерии, перерезание ее между двумя зажимами Кохера и перевязка, перерезание и перевязка влагалищной ветки маточной артерии, 9) захватывание зажимами Кохера, перерезание и перевязка крестцово-маточных связок, 10) вскрытие влагалища после удаления из него тампона, 11) дополнительная дезинфекция и тампонация влагалища, 12) отсечение матки от влагалищных сводов, 13) зашивание влагалищной раны (или оставление ее открытой), 14) смена перчаток, белья, инструментов и салфеток, 15) перитонизация, 16) туалет брюшной полости и извлечение из нее инструментов и салфеток, 17) зашивание операционной раны, 18) извлечение тампона из влагалища.

#### Примерный ход операции пангистерэктомии с придатками

Показания к операции: саркома матки. Анестезия спинномозговая между II и III поясничными позвонками. Введено 0,7 мл 1% раствора совкаина с 1 мл 10% раствора кофеина и 5 каплями адреналина (1 : 1000). Сразу после анестезии больной под кожу введен 1 мл 5% раствора эфедрина с 1 мл 10% раствора кофеина.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта срединным разрезом. Рана дополнительно обложена сте-

рильными салфетками и разведена ранорасширителем, больная переведена в положение Тренделенбурга, кишечник огражден салфетками. При осмотре органов малого таза обнаружено: тело матки увеличено до размеров гусиного яйца, придатки анатомически не изменены, но рыхло спаяны с задним листком широкой связки и стенками таза. Спайки разъединены ножницами. На широкую связку параллельно ребрам матки (в непосредственной близости от них) наложены два зажима Кохера, матка выведена в операционную рану и оттянута влево. На воронко-тазовую и круглую связки наложено по одному зажиму Кохера и связки перерезаны и перевязаны. Затем матка отведена вправо и таким же способом перерезаны и перевязаны воронко-тазовая и круглая связки. Поперечно рассечена пузырно-влагалищная складка, мочевой пузырь отсепарован от шейки матки и нижней трети влагалища. С обеих сторон выделены, перерезаны и перевязаны маточные артерии, а затем и их влагалищные ветви. На зажимах перерезаны и перевязаны крестцово-маточные связки. Пулевыми щипцами захвачена передняя стенка влагалища и вскрыта ножницами. Влагалище дезинфицировано и затампонировано, под шейку матки подведена салфетка. Шейка матки у наружного зева захвачена щипцами Дуайена и матка отсечена от влагалищных сводов. Влагалищная рана защита узловатыми кетгутowymi швами. Перитонизация непрерывным кетгутowym швом, соединяющим передний и задний листки широкой связки, под которыми погружены все культы. Сделан туалет брюшной полости, извлечены из нее инструменты и салфетки. Операционная рана защита послойно, края кожи соединены шелковыми швами, проведенными через края апоневроза, и покрыты асептической повязкой. Потеря крови во время операции около 250 мл.

Продолжительность операции — 1 час 40 минут.

*Описание удаленного препарата.* Матка величиной с гусиное яйцо. Брюшина, покрывающая матку, неизменена; на вид неизменены и придатки. Матка продольно по средней линии разрезана. Саркоматозная ткань занимает значительную часть задней стенки тела матки; стенки матки толстые — местами до 3—3,5 см. Препарат отослан на гистологическое исследование.

**И с п о с о б.** В своей практике операцию пангистерэктомии без придатков и с придатками мы делаем иначе. Пользуясь только что описанной методикой, кстати, самой распространенной, хирург искусственно создает на своем пути множество препятствий и тем самым усложняет и удлиняет операцию. Так, нам кажется, нет никакой необходимости перевязывать культы и сосуды до удаления матки при закрытом операционном поле, когда доступ, особенно к маточным сосудам и к крестцово-маточным связкам, затруднен; нет необходимости пользоваться таким большим количеством инструментов, в частности, зажимов. Мы предпочитаем этой усложненной методике простую и легко выполнимую. Она заключается в следующем.

Брюшная полость вскрывается срединным или надлобковым разрезом Пфанненштиля по правилам, описанным в главе III. Операцию легче выполнять, как и другие полостные гинекологические операции, при опущенном головном конце операционного стола (в положении Тренделенбурга). На широкую связку с обеих сторон от матки, параллельно ее ребрам, накладывают два зажима Кохера и матку выводят из брюшной полости (в рану), если она подвижна. При больших размерах матки ее захватывают крепкими щипцами или штопором и выводят из брюшной полости. Рану раздвигают ранорасширителем, кишечник ограждают салфетками. Если матка неподвижна, прежде чем приступить к ее удалению,

следует внимательно изучить патологические соотношения органов малого таза и разъединить сращения. Это лучше всего делать ножницами. Натянутые тупфером спайки рассекают; концами ножниц отодвигают выделяемый орган, например придатки матки. Особенно осторожно следует разъединять сращения матки и придатков с кишечником. Наименее опасным является острый способ разъединения сращений в разумном сочетании с тупым. Разъединять сращения следует по возможности под

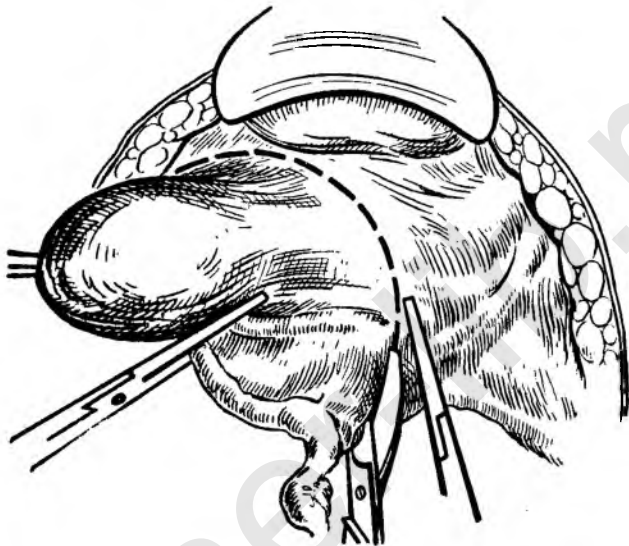


Рис. 81. Операция пангистерэктомии с придатками (II способ). Матка отведена влево зажимами, наложенными на верхние отделы широких связок вблизи ее ребер. Воронкообразная и круглая связки пережаты зажимом. Ножницы и пунктир показывают линию разреза связок, а затем переднего листка широкой связки и пузырно-маточной складки брюшины

контролем зрения, всегда начиная с наиболее доступного места. Сальник при наличии сращений, как правило, припаян к половым органам. Если его отделить не удастся, следует не теряя времени, резецировать на зажимах, затем осторожно и не торопясь отделить кишечник. Натягивая матку зажимами Кохера, ножницами рассекают ее сращения со стенками таза. После этого пальцами, введенными в прямокишечно-маточное пространство, осторожно отслаивают придатки матки от заднего листка широкой связки и выводят их в рану. Спайки с мочевым пузырем нужно расечь ножницами, а слипшуюся брюшину пузырно-маточного углубления лучше разъединить тупфером. Таким образом выделенная из сраще-

ний матка выводится в рану. Если же из-за укорочения связочного аппарата матка не выводится, следует приступить к операции и вывести ее из брюшной полости только после рассечения связок.

Матку натягивают и, насколько это возможно, отводят влево. При этом должна быть натянута правая воронко-тазовая связка, которая захватывается зажимом. Если матка удаляется без придатков, то одним зажимом захватывают трубу, круглую и собственно-яичниковую связки

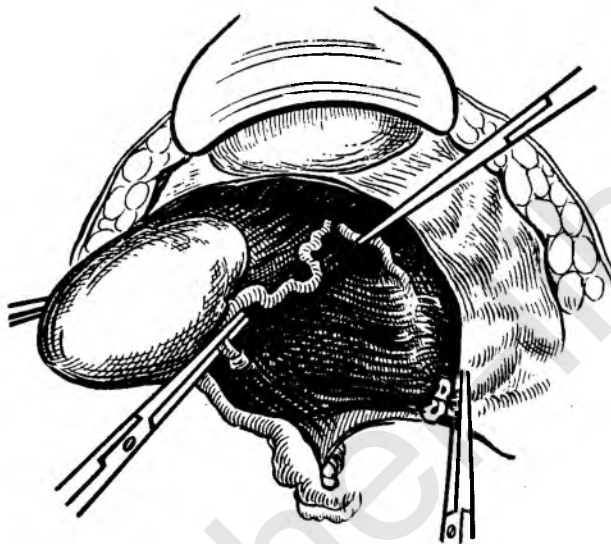


Рис. 82. Воронко-тазовая и круглая, передний листок широкой связки и брюшина пузырно-маточной складки рассечены. На зажиме перерезана маточная артерия.

и перерезают, как при надвлагалищной ампутации, производимой этим же способом. Необходимо помнить, что при наложении зажима на воронко-тазовую связку можно захватить и мочеточник, который проходит под задним листком вблизи этой связки. При натягивании связки мочеточник остается на задней стенке таза. Захваченные в один зажим хорошо натянутые воронко-тазовую и круглую связки рассекают ножницами; не прерывая разреза, рассекают передний листок широкой связки и пузырно-маточную складку до противоположной круглой связки (рис. 81). Сразу же отсепаровывают мочевой пузырь от шейки матки и верхней трети влагалища. При этом широко обнажается маточная артерия, которую нужно захватить (одновременно с влагалищной ветвью) у бокового свода влагалища зажимом Кохера и перерезать ножницами (рис. 82). Во время наложения

зажима на маточную артерию следует очень хорошо натянуть матку. Маточная артерия может быть захвачена и латеральнее ее разветвления на восходящую и нисходящую (влагалищную) ветви. Артерия должна быть хорошо видимой, так как при наложении на нее зажима легко захватить мочеточник, проходящий у бокового влагалищного свода. При простой пангистерэктомии мочеточник не виден, поэтому чаще травмируется, чем при расширенной. Таким же способом и с теми же предо-



Рис. 83. Вскрытие передней стенки влагалища ножницами.

сторожностями перерезают связки и сосуды слева. После этого матку натягивают к симфизу, поперечно рассекают прямокишечно-маточную складку брюшины и строго перпендикулярно пережимают крестцово-маточные связки (удобнее зажимом Микулича). Тампон из влагалища извлекают. Влагалище пережимают двумя зажимами, между которыми его рассекают ножницами или скальпелем. При отсутствии специальных зажимов переднюю его стенку вскрывают ножницами, влагалище обрабатывают йодом и тампонируют, после чего влагалищные своды циркулярно рассекают также ножницами без предварительного захватывания их стенок щипцами или зажимами (рис. 83). Для ведения операции фик-



сирование краев влагалищной раны необходимо лишь в отдельных случаях у очень тучных женщин, когда операционное поле закрывается отвисающей жировой клетчаткой. Захватывание влагалищной части шейки матки щипцами и ее выведение в брюшную полость — совершенно излишняя манипуляция, замедляющая ход операции.

После отсечения матки края влагалищной раны прошивают узловатыми кетгутowymi швами, а если влагалище оставляется открытым для дренирования параметриев или брюшной полости, накладывают один



Рис. 84. Перитонизация непрерывным кетгутowym швом, соединяющим края обоих листков широких маточных связок и культю влагалища.

узловатый наводящий шов посередине. Зажимы на связках и сосудах заменяют лигатурами. Тщательная перитонизация производится непрерывным кетгутowym швом, соединяющим листки широкой маточной связки и край пузырно-маточной складки, с одновременной фиксацией к краям боковых влагалищных сводов культей связок. Удобнее начинать перитонизацию справа: прошив задний листок брюшины и задний край раны у бокового влагалищного свода, подхватывают той же ниткой брюшину, покрывающую воронко-тазовую и круглую связки, а также передний листок брюшины и передний край раны у бокового свода влагалища, после чего короткий конец кетгута завязывают. При этом культя связок не только перитонизируют, но и подшивают к влагалищной ране (рис. 84). В дальнейшем листки широкой связки соединяют непрерывным

кетгутовым швом, несколько раз проведенным через края влагалищной раны.

После тщательного туалета и удаления из брюшной полости инструментов и салфеток операционная рана зашивается послойно наглухо.

### Примерный ход операции пангистерэктомии с придатками

Показания к операции: миома матки, двусторонние опухоли придатков, деформация шейки старыми рубцами, эктропион, железисто-мышечная гиперплазия шейки. Боли и изнурительные кровотечения.

Эндотрахеальный наркоз закисью азота и эфиром. Вводный наркоз — внутривенным медленным введением 15 мл 2% раствора тиопентала натрия; интубация произведена после внутривенного также медленного введения 3 мл 2% раствора дитилина.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта срединным разрезом между симфизом и пупком. Рана дополнительно ограждена стерильными салфетками и раздвинута ранорасширителем. При осмотре органов малого таза обнаружено: матка увеличена до размеров головки годовалого ребенка, сращена с сальником и кишечником, придатки не видны. Сальник отсепарован от матки и пристеночной брюшины ножницами. Матка фиксирована щипцами Мюзю и несколько приподнята к ране, натянутые при этом спайки рассечены, кишечник отделен, затем отсепарованы придатки от задне-боковых ее поверхностей. Далее осторожно тупфером придатки отделены от заднего листка широкой маточной связки, у ребра матки с обеих сторон наложены зажимы Кохера, после чего матка с придатками выведена в рану и оттянута максимально влево. Натянутые правые воронко-тазовая и круглая связки захвачены одним зажимом Кохера и одновременно рассечены; разрез продлен по переднему листку и пузырно-маточной складке до противоположной стороны, почти до круглой связки. Этим разрезом широко раскрыты параметрии, отслоен мочевого пузырь от шейки матки и верхней части влагалища, попутно обнажена и правая маточная артерия, захваченная зажимом Кохера до ее разветвления на восходящую и нисходящую ветви, и сразу же перерезана. Слева тем же способом перерезаны воронко-тазовая и круглая связки и маточная артерия. После этого матка оттянута к симфизу, поперечно рассечена прямокишечно-маточная складка брюшины, крестцово-маточные связки перпендикулярно пережаты зажимами Микучича и перерезаны. Теперь матка полностью выведена из брюшной полости и положена на симфиз. Из влагалища извлечен тампон. Влагалище пережато двумя зажимами, между которыми рассечено скальпелем. Края раны влагалища прошиты узловатыми кетгутовыми швами. Зажимы на маточных артериях и связках (их всего 6) заменены лигатурами. Тщательная перитонизация раневых поверхностей с одновременной фиксацией культей связок к культе влагалища. Туалет брюшной полости и извлечение из нее инструментов и салфеток. Сменены перчатки, белье, материал, инструментарий, после чего операционная рана зашита послойно; края кожи соединены несколькими шелковыми швами, проведенными через края апоневроза. Асептическая повязка. Кровотечения во время операции не было. Продолжительность операции — 30 минут.

*Описание удаленного препарата.* Удаленный препарат представляет собой матку с придатками. Матка увеличена миоматозными узлами до размеров головы годовалого ребенка. Миоматозные узлы различной величины; один из них величиной с гусиное яйцо расположен субмукозно, остальные — межсвязочно. Обе трубы сращены с яичниками (границы между ними неразличимы) представляют собой ретортообразные многополостные опухоли с серозным содержимым. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

Операция пангистерэктомии применяется не только (и, пожалуй, не столько) у больных с доброкачественными опухолями, но и у больных со злокачественными опухолями тела матки и яичников.

Оперативное лечение рака тела матки показано при I и II стадиях распространенности процесса, и его следует дополнить лучевым лечением в дозе 12000—14000 р.

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Из-за отсутствия сколько-нибудь надежного метода диагностики операция при раке яичника производится чаще всего тогда, когда заболевание достигло, в лучшем случае, второй, а то и третьей, даже четвертой стадии. В связи с этим методика и техника оперативных вмешательств при раке яичников имеют некоторые особенности. Рассмотрим хотя бы некоторые из них, как нам кажется, имеющие наибольшее значение.

При раке яичников (или одного яичника) целью операции является пангистерэктомия с придатками, что вызывает большие трудности. Нередко вскрытие брюшной полости может быть затрудненным из-за сращения париетальной брюшины с проросшими метастазами сальника. К париетальной брюшине могут быть припаяны и петли кишечника, поэтому вскрывать брюшину следует очень осторожно и лучше в верхнем отделе раны, ближе к пупку, где опасность ранения кишечника меньше. Сделав небольшое отверстие в брюшине, следует осмотреть расположенные вблизи отверстия органы и вскрывать брюшину по направлению к симфизу под контролем зрения, а если это невозможно, — под контролем пальцев, введенных в рану. При раке яичников в брюшной полости обычно скапливается большое количество асцитической жидкости, которую следует выпускать медленно. Для лучшего вытекания асцитической жидкости головной конец операционного стола можно приподнять. По вскрытии брюшной полости рана дополнительно обкладывается стерильными салфетками и раздвигается ранорасширителем.

Пожалуй, самым трудным и самым ответственным моментом операции является выделение опухолей яичников и самой матки из сращений. При раке ткани очень рыхлые, хрупкие и кровоточивы. Это значительно затрудняет ведение операции. Внимательно изучив патологические взаимоотношения органов, следует начинать разъединение сращений с наиболее доступного места. Припаянный сальник нужно резецировать на зажимах. Петли кишечника отделяют очень осторожно и не торопясь: слегка отталкивая стенку кишки тупфером, ножницами рассекают натягивающиеся спайки. Так постепенно отделяют все припаянные петли кишечника, стараясь не повредить их серозной оболочки. Если, несмотря на это, стенка кишки оказывается поврежденной, дефект серозы необходимо зашить кишечной иглой, накладывая швы поперечно по отношению

к кишке. После отделения сальника и кишечника опухоль следует отсепаровать от стенок таза, что можно осторожно сделать тупфером или пальцами, постепенно проникая в полость малого таза. Выделив из сращений опухоли (или опухоль) яичников и матку, приступают к их удалению по одному из вышеописанных способов.

Произвести пангистерэктомию можно и следующим образом. Освободив опухоли и матку от сращений с сальником и кишечником, пережимают зажимом Кохера обе круглые связки, рассекают пузырно-маточную складку и отсепаровывают мочевой пузырь от шейки матки и верхней части влагалища. Обнаженные при этом обе маточные артерии захватывают двумя зажимами каждую и между ними пересекают. После этого вскрывают влагалище, обрабатывают йодом, тампонируют, захватывают крепкими щипцами, желательныо, заднюю губу шейки матки и выворачивают ее в операционную рану, а влагалище рассекают циркулярно. Максимально оттянув шейку матки, отсепаровывают влагалищные своды, накладывают по одному зажиму Микулича на крестцово-маточные связки и пережимают их. Весь конгломерат опухолей теперь следует осторожно отделить от задней стенки таза (в основном от передней поверхности крестца). Надо сказать, что кажущийся сложным только что описанный подход к конгломерату опухолей, выполняющих малый таз, на самом деле значительно упрощает и ускоряет выполнение операции. Выделенные опухоли выводятся из малого таза и оттягиваются вправо; натянутая при этом правая воронко-тазовая связка на зажиме Кохера перерезается. Так же поступают и с левой воронко-тазовой связкой. Зажимы на сосудах и связках заменяют лигатурами. Перитонизация проводится обычно. Если для перитонизации не хватает листков широкой связки, используют стенку сигмовидной кишки, которую подводят к нужному месту так, чтобы не нарушить ее проходимости.

В случаях, когда пангистерэктомия технически оказывается не выполнимой, следует сделать надвлагалищную ампутацию матки с придатками. Если это также невыполнимо — следует удалить опухоли яичников, резецировать проросший раковой опухолью сальник в расчете на послеоперационное лучевое лечение и химиотерапию. Доза послеоперационной лучевой терапии при раке яичников 12000—14000 р.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Статистика рака половой системы женщины общеизвестна: первое место среди всех локализаций занимает рак шейки матки, второе — рак яичников. Частота заболеваний раком, по-видимому, в последние годы увеличивается и, несомненно, рак теперь поражает людей все более молодого возраста. В борьбе с этим заболеванием большую роль играют общие профилактические мероприятия и ранняя диагностика.

Успех оперативного лечения рака половой системы женщин, в частности рака шейки матки, зависит от подготовленности гинеколога, который берется за эту труднейшую операцию, а также от степени распространения, и, следовательно, от степени запущенности ракового процесса. Из всех локализаций рака половых органов женщины легче диагностируется рак шейки матки в противоположность раку яичника, наиболее трудно диагностируемому. Однако, несмотря на это, в момент установления диагноза не все больные раком шейки матки могут быть подвергнуты оперативному лечению, что зависит как от степени распространенности, так и от общего состояния больной. Рак шейки матки представляет большую опасность вследствие особого топографического положения последней между мочевым пузырем и прямой кишкой, непосредственной близости влагалища и мочеточников, обилия лимфатических путей, благоприятствующих быстрому и широкому распространению ракового процесса. Для определения степени распространенности его приведем международную классификацию с небольшим дополнением.

### Классификация рака шейки матки

0 стадия: внутриклеточный, интраэпителиальный рак, или преинвазивный рак.

I стадия: рак строго ограничен шейкой матки.

II стадия: а) рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или двух сторонах, не переходящий на стенку таза (параметральный вариант); б) рак шейки с инфильтрацией влагалища в пределах двух верхних третей (влагалищный вариант); в) рак шейки с инфильтрацией тела матки (маточный вариант).

III стадия: а) рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или обеих сторонах, перешедший на стенки малого таза (параметральный вариант); б) рак шейки матки с распространением на нижнюю треть влагалища (влагалищный вариант); в) рак шейки матки с изолированными метастазами у стенки малого таза (регионарный метастатический вариант).

IV стадия: а) рак шейки матки с переходом на мочевой пузырь, что подтверждается цистоскопически или наличием свища (пузырный вариант); б) рак шейки матки с переходом на прямую кишку (ректальный вариант); в) рак шейки матки с отдаленными метастазами (метастатический вариант).

Оперативное лечение показано и может быть достаточно эффективным при I стадии рака шейки матки. Что же касается оперативного лечения при 0 стадии, то единого мнения нет.

При II стадии рака шейки оперативное лечение показано, если раковый процесс распространен на тело матки (маточный вариант), а также в отдельных случаях, когда по каким-то причинам невозможно применение других методов лечения, при параметральном варианте. Оперативное вмешательство в отдельных случаях может быть осуществимым при раке шейки матки III стадии с изолированным пристеночным метастазом (регионарный метастатический вариант).

Устанавливая показания к оперативному лечению при раке шейки матки, хирург должен руководствоваться не только стадией распространения ракового процесса, но, по возможности, объективно и критически взвесить личные возможности правильного выполнения данной операции.

Необходимо также учитывать наличие противопоказаний, и если для больной операция представляет опасность, лучше ее не производить, а назначить лучевое лечение, кстати, дающее не худшие результаты, чем оперативное.

Оперативное лечение следует комбинировать с лучевым; назначать с 8—10-го дня после операции, если позволяет общее состояние организма больной. У некоторых больных показано применение лучевого лечения до операции (3000—5000 *p*). Курсовая доза послеоперационного лучевого лечения 10000—12000 *p*, а если частично лечение было проведено до операции, то послеоперационная доза соответственно уменьшается. Оперативное лечение при раке шейки матки заключается в расширенной пангистерэктомии с придатками.

#### **ОПЕРАЦИЯ РАСШИРЕННОЙ ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ С ПРИДАТКАМИ (ПО КЕЛЛИ — KELLY, —ГУБАРЕВУ, —ВЕРТГАЙМУ —WERTHEIM)**

К расширенной пангистерэктомии при раке шейки матки больную следует тщательно подготовить (см. стр. 13). Чтобы облегчить доступ к глубоко расположенным органам и тканям малого таза, необходимо полное обезболивание и расслабление мышц, что легче всего достигается с помощью эндотрахеального наркоза с применением курареподобных препаратов. Нередко хорошего обезболивания и расслабления мышц удается достичь также с помощью перидуральной или спинномозговой анестезии (совкаин, перкаин и некоторые др.). Без соблюдения этих условий операция производится с очень большим трудом и не так тщательно. Если операция делается под масочным наркозом, не следует приступать к вскрытию брюшной полости, пока не наступит глубокий сон, а если под перидуральной или спинномозговой анестезией, — пока не будет выключена полностью болевая чувствительность.

Лапаротомию для производства расширенной пангистерэктомии во всех случаях следует производить срединным разрезом, являющимся незаменимым при сложных и больших операциях и дающим наилучший доступ к органам малого таза. Ассистенты должны знать хотя бы сущность и основные моменты операции пангистерэктомии, а еще лучше производить эту операцию с постоянными ассистентами. Для строгого соблюдения асептики необходимо иметь не менее двух комплектов инструментария, которые можно сменить в ходе операции по мере надобности.

По вскрытии брюшной полости следует тщательно оградить кишечник, отведенный к диафрагме, а затем изучить патологические соотноше-

ния внутренних половых органов, разъединить имеющиеся сращения, внимательно пропальпировать стенки таза, особенно в области расположения прямой кишки и мочевого пузыря (нет ли прорастания или метастазов). Лишь только после мобилизации матки и ее придатков можно приступить к выполнению собственно операции. Для этого, нам кажется,



Рис. 85. Операция расширенной пангистерэктомии. Обе круглые связки перерезаны и лигированы. Передние листки широких связок и брюшина пузырно-маточной складки рассечены.

удобнее всего наложить два зажима Кохера на широкую маточную связку по бокам от матки параллельно ее ребрам. Матку следует вывести из брюшной полости и оттянуть влево и кверху (к головному концу стола), чтобы была хорошо натянута правая круглая связка. Последнюю захватывают зажимом Кохера или прошивают без предварительного пережатия и перерезают ножницами; не останавливаясь, рассекают поперечно пузырно-маточную складку брюшины до противоположной круглой связки (рис. 85). Теперь матку отводят вправо, захватывают зажимом левую

круглую связку или прошивают, перерезают и перевязывают. Поперечно рассеченную пузырно-маточную складку следует отсепаровать книзу, после чего подшить ее и культи круглых связок к краям брюшной раны 4—5 узловатыми кетгутowymi швами (рис. 86). Благодаря этому широко раскрываются параметрии. Тупо с помощью тупфера или пальцами задний листок широкой маточной связки справа следует отсепаровать квер-

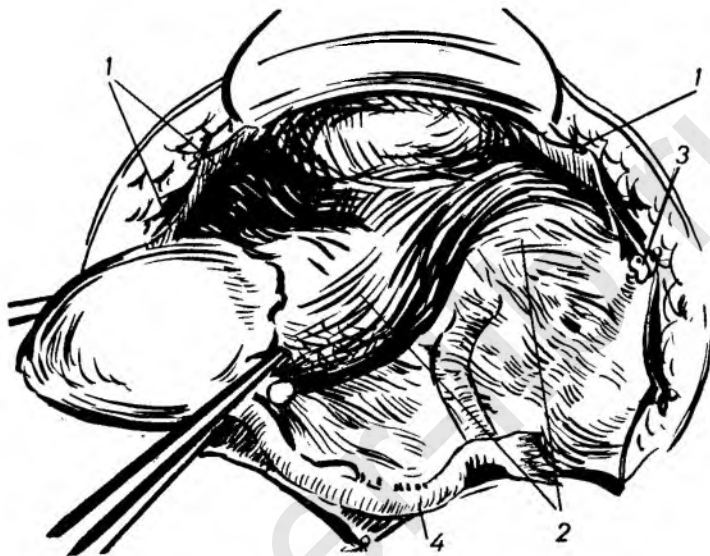


Рис. 86. Край брюшины широких маточных связок и пузырно-маточной складки подшит узловатыми швами к краям пристеночной брюшины (1). Широко раскрытые параметрии (2). Культи круглой связки (3). Маточная труба (4).

ху немного выше бифуркации общей подвздошной артерии, которая при правильной отсепаровке хорошо видна, обычно хорошо виден и мочеточник, вступающий здесь в малый таз. Отведя матку влево и тем самым натянув правую воронко-тазовую связку, под контролем зрения ее пережимают зажимом Кохера или Микулича, рассекают, прошивают и тщательно перевязывают. И то и другое нужно делать очень осторожно, чтобы не захватить проходящий сразу под задним листком брюшины мочеточник. Натянутая воронко-тазовая связка хорошо видна, а задний листок широкой маточной связки достаточно просвечивается. Зажим следует накладывать на воронко-тазовую связку строго перпендикулярно и только до просвечивающегося участка. Культи воронко-тазовой связки и задний листок подъемником следует оттянуть кверху (в направлении к голов-



ному концу стола). Теперь пинцетом захватывают рыхлую клетчатку у стенки таза и ножницами ее отделяют, обнажая бифуркацию общей подвздошной артерии. Далее клетчатку очень осторожно отсепаровывают от наружных подвздошных артерий и вены. Жировую клетчатку удобнее и легче удалять пластом, а не кусками, постепенно отслаивая от задней и боковой стенок таза, обнажая при этом подчревную артерию, а также



Рис. 87. Удаляют тазовую клетчатку. Видны крупные сосуды и мочеточник, прикрытый клетчаткой.

мочеточник, к которому, если в этом нет особой необходимости, не следует прикасаться. Отслоив пласт клетчатки, выступающий спереди боковую и заднюю стенки таза книзу, отодвигают сначала наружную подвздошную артерию, а затем и вену медиально, удаляют клетчатку, которая со всех сторон окутывает эти сосуды. Обнаженный при удалении клетчатки позади сосудов запирательный нерв хорошо виден как блестящий белый тонкий шнур. После этого сосуды отодвигают в латеральную сторону, продолжая отслаивать клетчатку от сосудов и стенок таза вплоть до фасции запирательного отверстия и тазового дна. Пласт клетчатки постепенно отодвигается от периферии к матке. Подойдя к верхней пузырной артерии, клетчатку следует отсечь от нее и от задне-боковой стенки мочевого пузыря ножницами. Удобнее всего клетчатку отслаивать и удалять лапчатом, а не анатомическим пинцетом или окончатými щипцами (рис. 87). При этом удаляются и все лимфатические узлы, расположенные

по ходу крупных сосудов. Мочеточник мы не трогаем и не отсекаем его, так как это не является целью операции. Удалив клетчатку, следует хорошо обнажить внутреннюю подвздошную артерию (a. iliaca interna), от которой отходит маточная артерия. Можно перевязать маточную или внутреннюю подвздошную артерию. Перевязка внутренней подвздошной артерии не представляет опасности, если выполнять ее правильно и очень осторожно. После нее кровотечения из клетчатки малого таза обычно не бывает, а если оно было до перевязки, то заметно уменьшается или

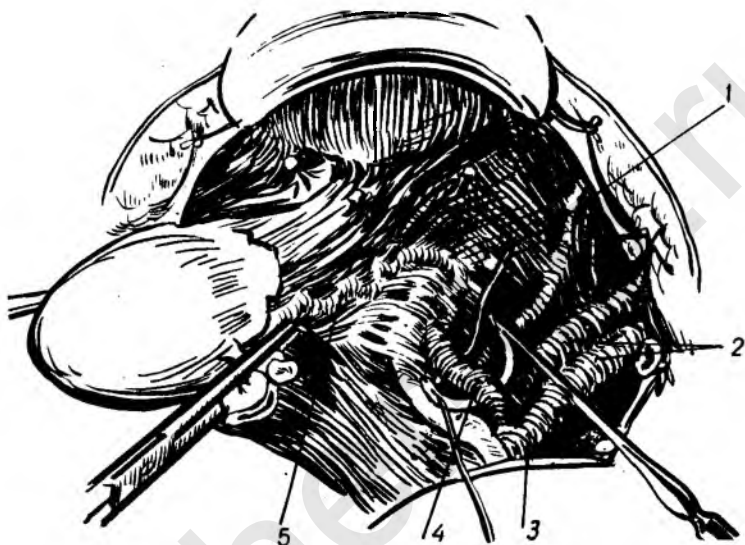


Рис. 88. Удалена значительная часть клетчатки. С помощью иглы Дешана под внутреннюю подвздошную артерию подведена лигатура. Видны сосуды и мочеточник:

1 — верхняя пузырная артерия; 2 — наружные подвздошные артерия и вена; 3 — бифуркация общей подвздошной артерии; 4 — внутренняя подвздошная (подчревная) артерия; 5 — маточная артерия.

прекращается. Это значительно облегчает выполнение операции. Перевязывать внутреннюю подвздошную артерию следует с помощью тупой иглы Дешана. Надо помнить, что сзади плотно к артерии прилегает внутренняя подвздошная вена, которую легко проколоть острой иглой. Поэтому, подводя лигатуру под артерию, следует очень осторожно продвигать иглу Дешана; для облегчения этой манипуляции внутреннюю подвздошную артерию можно слегка приподнять анатомическим пинцетом (рис. 88). При достаточном навыке сосуды без опасности их ранения можно захватить и хирургическими пинцетами, зубцы которых должны замыкаться

позади сосуда. Если в ходе операции предполагается перевязка маточной артерии, то мы поступаем так. Удалив клетчатку с внутренней подвздошной артерии, обнажаем маточную и верхнюю пузырную артерии, которые нередко отходят общим стволом. Маточная артерия, направляясь медиально, спереди перекрещивает мочеточник, который фиксирован муфтоподобной связкой к боковой стенке шейки матки чуть выше места прикрепления к шейке влагалищных сводов или непосредственно к боковым влагалищным

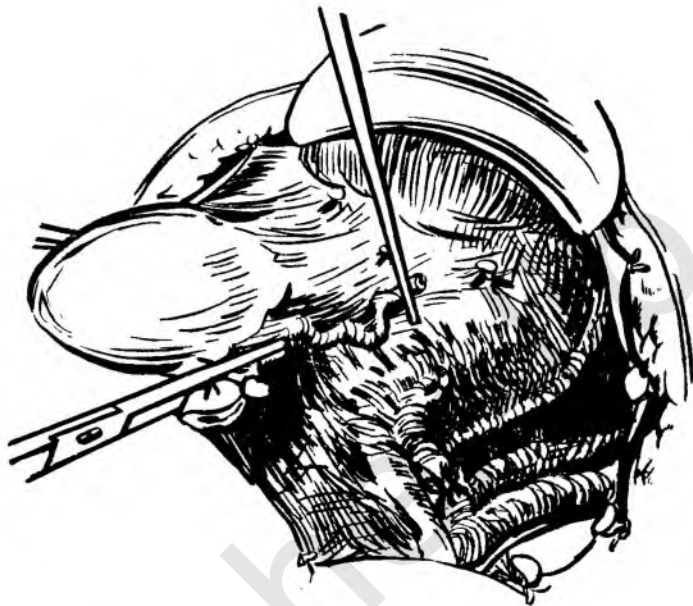


Рис. 89. Перевязана и перерезана маточная артерия.

сводам. Маточную артерию следует захватить зажимом Кохера недалеко от места отхождения и подвести под нее лигатуру с помощью иглы Дешана или обычной гинекологической. Перевязав и перерезав артерию, маточный ее конец оттягивают медиально (рис. 89). Для отсепаровки мочеточника от шейки матки или боковых влагалищных сводов лучше всего клетчатку спереди, латерально и сзади от него рассечь ножницами на зажимах. Затем также ножницами рассекают муфтоподобную связку, которой фиксирован мочеточник к боковому влагалищному своду в месте его прикрепления к шейке матки, после чего мочеточник легко отодвигают тупфером (рис. 90, 91). При рассечении почти всегда наблюдается кровотечение, не представляющее, однако, опасности. Поэтому, не останавливаясь, следует быстро, но осторожно полностью отделить мочеточник. Рыхлую соедини-

тельнотканную клетчатку вокруг мочеочника не рекомендуется раздвигать тупо; лучше захватить ее зажимами, перерезать, а затем перевязать. Для лучшей ориентировки в топографии органов малого таза см. также схематический рис. 76.

После этого связки и сосуды слева перевязывают и перерезают в том же порядке и таким же способом, как и справа. Мы почти никогда для удаления тазовой клетчатки слева не переходим на правую сторону операцион-

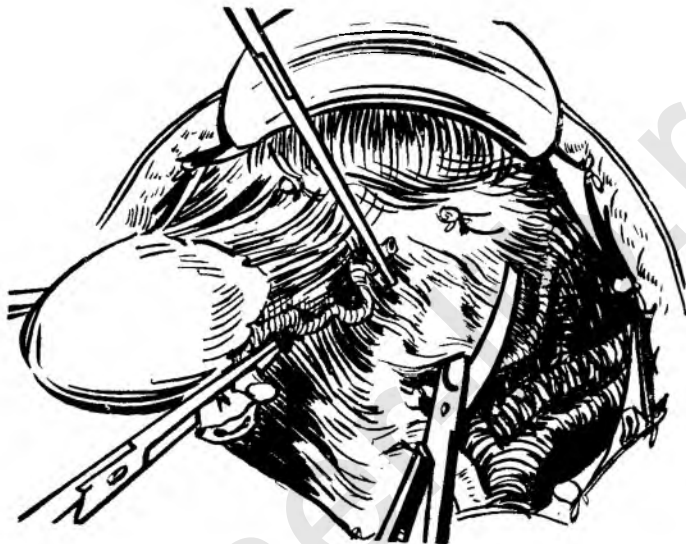


Рис. 90. Ножницами рассекают клетчатку и муфтоподобную связку, прикрепляющую мочеочник к боковому влагалищному своду.

ного стола, кроме отдельных случаев, когда операция производится у очень тучной женщины. Если мочевой пузырь недостаточно отсепарован от влагалища, его следует теперь отсепаровать дополнительно примерно до уровня середины влагалища, что обычно удается без затруднений. Передко наблюдаемое небольшое кровотечение из сосудистого сплетения паравагинальной клетчатки обычно легко и быстро останавливается прижатием марлевым тампоном; если же ранены более крупные, особенно артериальные, ветви, их следует тщательно перевязать. От заднего листка широкой маточной связки мочеочники мы не отделяем, если в ходе операции не возникнет в этом необходимости. Отсепаровав мочевой пузырь и мочеочники до их устьев, матку отводят к симфизу. Натянув крестцово-маточные связки, поперечно рассекают прямокишечно-маточную складку

и отодвигают прямую кишку от влагалища. Крестцово-маточные связки захватывают зажимами поближе к крестцу и перерезают (рис. 92), после чего матка легко подается, так как связки ее больше не удерживают, а влагалище свободно растягивается. Теперь остается циркулярно рассечь влагалище, что может быть сделано разными способами.

Удалив тампон и подведя под матку стерильную салфетку, мы пережимаем влагалище двумя специальными зажимами на уровне верхней

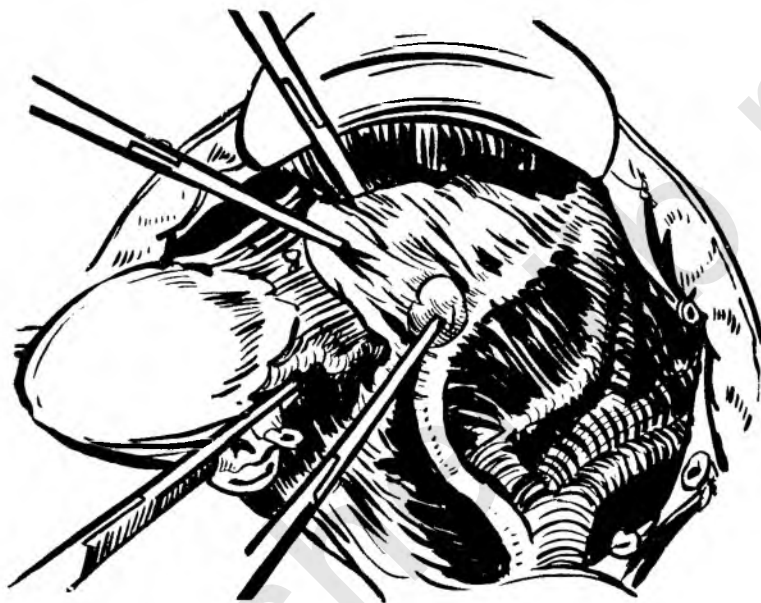


Рис. 91. Удаление ранее подсеченной клетчатки и дальнейшее освобождение мочеочника.

и средней трети его, между которыми рассекаем ножом или ножницами (рис. 93). При таком способе рассечения влагалища инфицированное содержимое в брюшную полость не попадает. Если специальных зажимов нет, после удаления тампона передняя стенка влагалища на том же уровне вскрывается ножницами (или ножом), край раны фиксируется зажимом Кохера, а влагалищная часть шейки матки захватывается крепкими щипцами (например Дуайена) и выворачивается в рану (рис. 94, 95). Влагалище и шейка матки обрабатываются йодом и тампонируются стерильным бинтом. Ножницами циркулярно рассекается влагалище; по мере его рассечения, края культи влагалища фиксируются зажимами.

После рассечения влагалища края раны, оставшиеся в зажиме, смазывают йодом и прошивают кетгутowymi швами, а зажим с культи влагалища снимают. Если же влагалище было перерезано без предварительного пережатия, края раны также смазывают йодом, затем на середине культи влагалища прошивают узловатым кетгутowym швом, по бокам которого также накладывают узловатые кетгутковые швы или оставляют



Рис. 92. Мочеточники выделены до их устьев. Правая крестцово-маточная связка перерезана на зажиме.

незащитым. Зажимы на крестцово-маточных связках заменяют лигатурами. Перед тем как начать перитонизацию, следует хорошо осушить и тщательно осмотреть все раневые поверхности. Перитонизацию можно сделать, соединяя листки широкой связки, фиксируя их к краям влагалищной раны непрерывным кетгутowym швом и погружая в забрюшинное пространство все культи, а также подхватывая в шов края влагалищной раны. Перитонизируя таким способом, удобнее начинать сшивание листков брюшины справа, от воронко-тазовой связки (рис. 96). Можно произвести перитонизацию и следующим способом (А. Ю. Лурье): перед рассечением влагалища непрерывным или узловатыми кетгутowymi швами соединяют передний и задний листки широкой связки с прошиванием боковой стенки влагалища и погружением культи связок сначала справа,

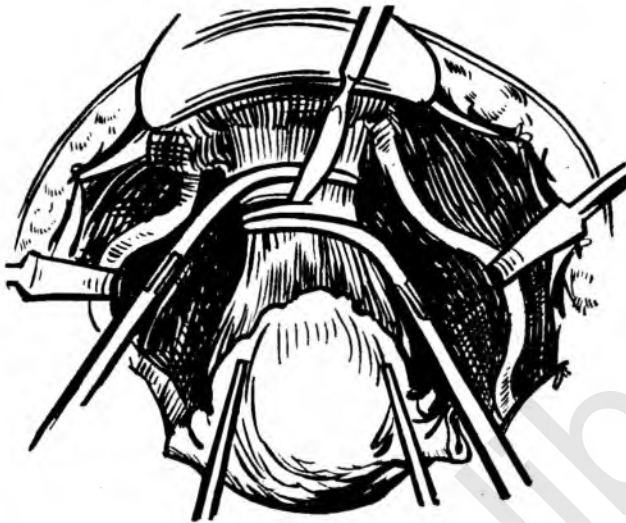


Рис. 93. Влагалище рассекают между двумя изогнутыми зажимами.



Рис. 94. Передняя стенка влагалища вскрыта.

а затем и слева; герметически закрыв все раневые поверхности брюшной, накладывают кисетный шов на влагалище и прилежащие к нему листки широкой связки; одновременно рассекают влагалище и сразу же затягивают кисетный шов.

Основными моментами расширенной пангистерэктомии с придатками после подготовки, тампонирования влагалища и вскрытия брюшной полости являются следующие: 1) разведение раны ранорасширителем и тщательное ограждение брюшной полости от органов малого таза, 2) изу-



Рис. 95. Влагалищная часть шейки матки фиксирована щипцами Дуайена и выведена через отверстие в передней стенке влагалища.

чение патологической обстановки и разъединение спаек, если они имеются, 3) фиксация матки зажимами Кохера у ее ребер и выведение в операционную рану, 4) рассечение и перевязка круглой связки справа, 5) рассечение переднего листка широкой связки и пузырно-маточной складки до противоположной стороны, рассечение и перевязка левой круглой связки, 6) отсепаровка заднего листка широкой связки справа и отведение его подъемником до бифуркации общей подвздошной артерии, 7) прикрепление культи круглых связок и края брюшины пузырно-



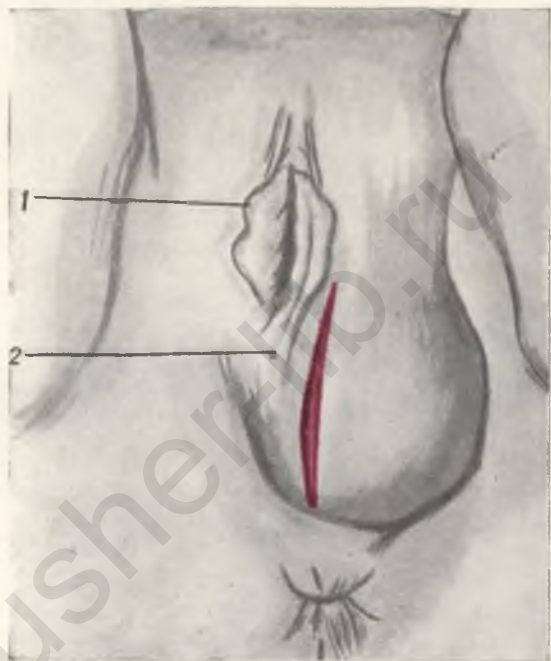


Рис. 97. Операция вскрытия абсцесса бартолиновой железы:

1 — правая малая половая губа; 2 — отверстие выводного протока бартолиновой железы.

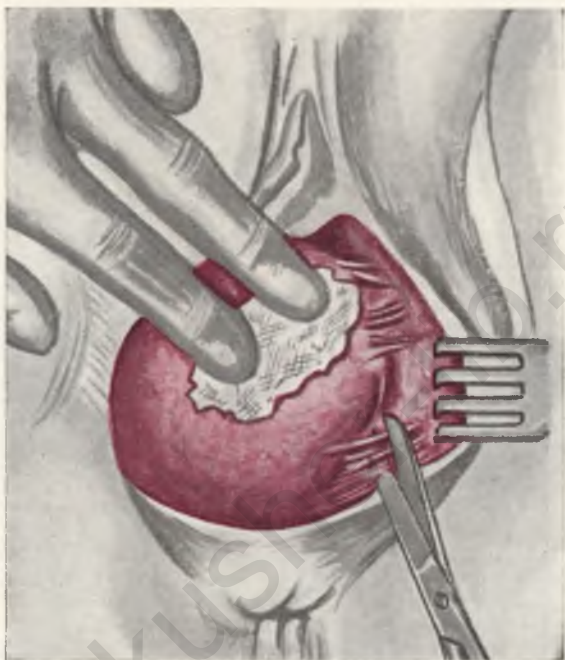


Рис. 98. Операция удаления кисты бартолиновой железы. Рассекают натянутые пучки клетчатки.

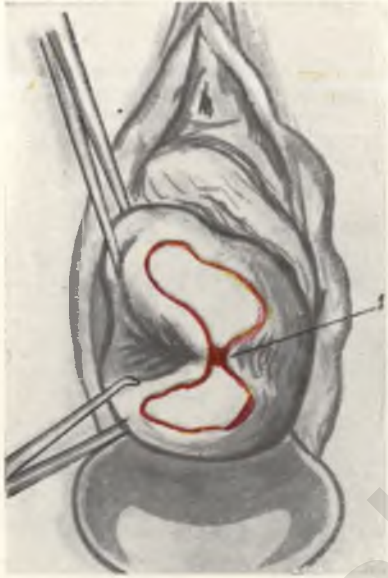


Рис. 124. Операция Эммета:  
1 — деформирующий рубец.



Рис. 125. Отсепаровка края  
раны кверху.

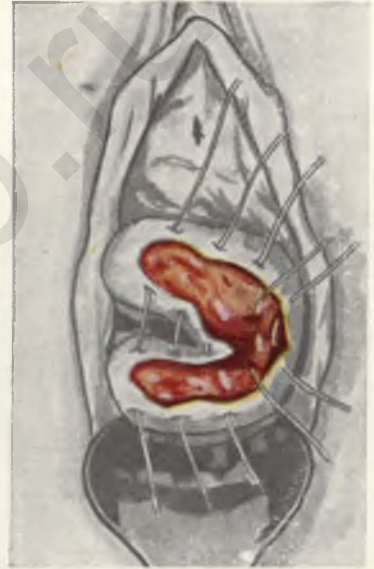


Рис. 126. Соединение краев  
раны узловатыми кетгутowymi  
швами.

маточной складки узловатыми швами к краям брюшной раны, 8) удаление клетчатки и лимфатических узлов с передней поверхности общей подвздошной артерии, ее бифуркации и наружной подвздошной артерии, 9) удаление клетчатки и обнажение внутренней подвздошной артерии до отхождения от нее маточной и верхней пузырной артерии, 10) удаление клетчатки с боковых и задней поверхностей наружных подвздошных сосу-



Рис. 96. Перитонизация непрерывным кетгутовым швом, соединяющим оба листка широких маточных связок с фиксацией круглых и воронко-тазовых связок к культе влагалища.

дов и стенок таза вплоть до запирающего отверстия и фасции тазового дна, 11) перевязка маточной или внутренней подвздошной артерии, 12) отделение мочеточника от шейки матки и бокового влагалищного свода, 13) острое разъединение клетчатки вокруг мочеточника у его устья, 14) отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки и влагалища, 15) те же моменты, начиная с перерезки воронко-тазовой и круглой связок, с левой стороны, 16) окончательная отсепаровка мочевого пузыря от влагалища до границы между верхней и средней его третью, 17) рассечение прямокишечно-влага-

лищной складки и отделение влагалища от прямой кишки, 18) рассечение крестцово-маточных связок после их захватывания зажимами Микулича, 19) отсечение влагалища и его зашивание (полное или частичное), 20) замена зажимов на крестцово-маточных связках лигатурами, 21) смена перчаток (мытьё рук), инструментов и материала, 22) перитонизация, 23) туалет брюшной полости, удаление из нее инструментов и салфеток, 24) зашивание операционной раны и покрытие ее асептической повязкой, 25) извлечение из влагалища тампона (если он был введен).

### **Примерный ход операции расширенной пангистерэктомии с придатками по Келли — Губареву — Вертгайму**

Показания к операции: рак шейки матки I степени.

Эндотрахеальный наркоз смесью закиси азота и эфира. Израсходовано 30 мл эфира. Вводный наркоз — внутривенным медленным введением 20 мл 2% раствора тиопентала-натрия; интубация произведена после внутривенного медленного введения 3,5 мл 1% раствора дитилина. В дальнейшем в течение всей операции дитилин вводился по мере надобности с физиологическим раствором до 80 мг чистого вещества.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта послойным срединным разрезом, рана дополнительно обложена стерильным бельем и раздвинута ранорасширителем. Кишечник отодвинут к диафрагме и тщательно огражден салфетками. Спайки (тонкие и длинные в виде пленок) между маткой, ее придатками и стенками таза рассечены ножницами. На верхний отдел широкой маточной связки с обеих сторон от матки наложено по одному зажиму Кохера, матка выведена в операционную рану и отведена влево. Натянута при этом правая круглая связка прошита узловатым кетгутовым швом и перевязана. Не прерывая разреза, рассечен передний листок широкой связки справа и пузырно-маточная складка брюшины до противоположной круглой связки, которая тут же прошита, перерезана и перевязана. Обе круглые связки и пузырно-маточная складка подшиты к краям брюшной раны. Задний листок правой широкой связки матки отсепарован кверху и фиксирован подъемником несколько выше бифуркации общей подвздошной артерии, откуда и начато отделение клетчатки единым пластом от задней и боковой стенок таза по направлению к шейке матки. После удаления клетчатки перевязана внутренняя подвздошная артерия кетгутовой лигатурой, подведенной под нее иглой Дешана. Удалена клетчатка с боков и снизу от общих подвздошных сосудов вплоть до запирающего отверстия и фасции тазового дна. Спереди, сбоку и сзади от мочеочника клетчатка рассечена на зажимах. Ножницами рассечена муфтоподобная связка, и мочеочник отсепарован от правого бокового свода влагалища и далее вплоть до его устья. Мочевой пузырь отсепарован от шейки и частично от влагалища. То же сделано и слева. Мочевой пузырь отсепарован от влагалища почти до его середины. Матка резко отодвинута к симфизу, прямокишечно-маточная складка поперечно рассечена, клетчатка между влагалищем и прямой кишкой разъединена концами ножниц тупо. Крестцово-маточные связки захвачены поближе к крестцу зажимами Микулича и рассечены. Сильно вытянутое влагалище перерезано между двумя специальными зажимами и зашито узловатыми кетгутовыми швами. Зажимы на крестцово-маточных связках заменены лигатурами. Перитонизация произведена непрерывным кетгутовым швом, соединившим передний и задний листки широкой маточной связки, с одновременным прошиванием краев влагалищной раны. Сделан тщательный туалет брюшной полости, удалены из нее инструменты и салфетки. Потеря крови во время операции—

около 300 мл. Операционная рана зашита послойно. Края кожи соединены скобками Мишеля. Асептическая повязка.

Продолжительность операции — 1 час 20 минут.

*Описание препарата.* Удаленный препарат представляет собой матку с верхней третью влагалища и придатками. На передней губе шейки матки разрастания тканей напоминают цветную капусту. Матка и придатки макроскопически не изменены. Препарат послан на гистологическое исследование.

## ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

По окончании полостной брюшностеночной операции на рану накладывают повязку, которая удерживается провизорными шелковыми швами, заблаговременно проведенными через кожу, всю толщу подкожной клетчатки и края апоневроза. В зависимости от длины операционной раны и толщины брюшной стенки следует накладывать от 3 до 5 провизорных швов. Такой способ наложения повязки предупреждает развитие в ране гематом и сером. Больную помещают в послеоперационную палату, где укладывают в приготовленную обогретую постель. В первые часы послеоперированная больная нуждается в индивидуальном уходе. Уход и наблюдение легче обеспечить, если в послеоперационной палате имеется самостоятельный сестринский пост или по мере надобности назначается дежурная сестра. Особенно бдительным должно быть наблюдение за состоянием больной до полного ее пробуждения.

Если операция была проведена под эфирным наркозом через маску, для предупреждения рвоты больной следует сразу ввести 1—2 мл 2% раствора промедола или другое болеутоляющее и снотворное средство, в соответствующей дозе, повернуть голову на бок, чтобы уменьшить опасность аспирации рвотных масс. Первые 5—6, иногда и 12 часов, пока полностью не прекратится тошнота, больной не следует давать пить. На случай западения языка или появления рвоты в послеоперационной палате надо иметь роторасширитель, языкодержатель, тазик, полотенце.

Если была применена местная инфльтрационная или проводниковая анестезия по окончании операции перед тем, как перевести больную в палату, нужно ввести одно из болеутоляющих и снотворных средств, чтобы уменьшить болевые ощущения при перемещении и тем самым предупредить возможное развитие болевого (травматического) шока. При отсутствии тошноты больной, как только ее перевели в палату, можно дать пить кипяченую воду.

После спинномозговой (люмбальной), перидуральной и эпидуральной анестезии, кроме болеутоляющих и снотворных средств, в первые 3—4 дня, иногда 5 дней, следует регулярно трижды в день вводить под кожу по 1 мл 10—20% раствора кофеина или кордиамина, в нужных случаях сочетая кофеин с камфарой. При возникновении у этих больных головных болей рекомендуется под затылок подложить грелку. Если в отдель-

ных случаях она не помогает, применяют пузырь со льдом. Питье кипяченой воды малыми порциями (по несколько чайных ложек) можно разрешить уже в первые часы.

После эндотрахеального наркоза обычно больная пробуждается к концу операции, еще на операционном столе, и пробуждение, как правило, не сопровождается рвотой. В подобных случаях питье кипяченой воды разрешается также в первые часы после возвращения больной в палату.

Независимо от способа обезболивания, после чревосечения для профилактики гематомы, особенно если не применены провизорные швы, на живот больной следует положить на 2—3 часа специально для этой цели сшитый из клеенки мешок с песком или на 1—2 часа пузырь со льдом.

Большинству больных после полостных операций для поддержания сердечной деятельности в первые часы показано введение препаратов, действующих подобно кофеину и камфаре, в обычных терапевтических дозах, введение кровезамещающих жидкостей и крови (однорупной). Это ускоряет нормализацию всех жизненных процессов и выведение из организма как наркотических веществ, так и токсических продуктов, которые могли скопиться в тканях и крови за время операции.

В дальнейшем, в течение первых 3—4 дней, то есть в течение раннего послеоперационного периода, в связи с тем, что питание больных крайне недостаточно, а потеря организмом жидкости повышена, им следует, особенно после больших и травматических операций, регулярно ежедневно (подкожно, ректально или внутривенно капельно) вводить 5% раствор глюкозы, физиологический раствор хлористого натрия, полиглюкин, БК-8 и другие кровезаменители, а при показаниях — и однорупную кровь.

В раннем послеоперационном периоде после масочного эфирного наркоза, как правило, а у некоторых больных и после других видов обезболивания наблюдается парез кишечника со вздутием и интоксикацией. Чтобы ускорить нормализацию функции кишечника, уменьшить и быстрее прекратить интоксикацию, мы по истечении первых суток назначаем больным очистительную мыльную или гипертоническую клизму, иногда прибегаем к помощи паранефральной новокаиновой блокады, назначаем слабительные. Однако следует помнить, что слабительные противопоказаны больным с явлениями кишечной непроходимости. С целью прекращения болей и бессоницы в течение раннего послеоперационного периода больным следует ежедневно вводить 2—3 раза в день по 1—2 мл 2% раствора промедола или барбитала (внутрь по 0,1—0,3 2—3 раза в день или ректально в свече вместе с прозергином по 0,003). Прекрасным антигистаминным, снотворным и болеутоляющим средством является пипольфен, который назначается внутрь в драже, ректально в свечах или в виде инъекций 2,5% раствора, по 25—50 мг от 1 до 3 раз в сутки. Применение амиазины в послеоперационном периоде мы считаем нерациональным, так

как под его влиянием снижается артериальное давление, а это может послужить причиной неправильной оценки состояния больной.

Если у больной до операции или во время операции была большая потеря крови, следует ее восполнить одногруппной кровью.

Наблюдать за состоянием больных в послеоперационном периоде нужно очень внимательно, обязательно периодически измерять артериальное давление, исследовать пульс, состояние органов дыхания, выслушивать сердечные тоны. У женщин обескровленных, а также после затянувшихся травматических операций, в первые сутки артериальное давление следует измерять не реже чем каждые 3 часа, чтобы правильно ориентироваться в состоянии больной. У остальных больных измерение артериального давления должно производиться не реже 3 раз в день.

Диета должна быть строго индивидуальной и наиболее ограниченной у больных, подвергшихся масочному эфирному наркозу. У этих больных вследствие попадания эфира в желудок, закономерно развивается парез кишечника, поэтому у большинства из них преждевременно принятая пища разлагается в кишечнике и служит источником образования токсических продуктов, всасывание которых обуславливает общую интоксикацию. Подобные явления значительно реже наблюдаются у больных после эндотрахеального наркоза.

В первые сутки больной можно дать бульон, чай, кисель, немного кефира; на второй день добавить сухари до 50,0—100,0, до 20,0 сливочного масла, рисовую и манную кашу, приготовленную на воде, яйцо всмятку или сырое; с четвертого дня рекомендуется в достаточных по калорийности количествах белковая пища: отварное куриное мясо, яйца, творог.

После нормализации функции кишечника, что при неосложненном послеоперационном периоде происходит к концу вторых — на третьи, а после масочного наркоза — нередко на четвертые сутки, больную следует постепенно переводить на общую диету, если к этому нет специальных противопоказаний.

Необходимо в течение всего послеоперационного периода содержать в чистоте тело и полость рта больной, что легко достигается обыкновенными общедоступными средствами (обтирание, обмывание, туалет половых органов, чистка зубов и полоскание полости рта содовыми растворами и др.).

Активное положение больной в постели предохраняет от послеоперационных осложнений. Уже в первые часы после операции больной следует часто поворачиваться; если же она не может этого делать сама, надо осторожно, не причиняя боли, ей помочь. Не надо забывать о лечебной физкультуре, благотворное влияние которой на послеоперационных больных несомненно.

С первого дня рационально делать дыхательные упражнения. В последующие дни количество упражнений и длительность их выполнения



должны определяться строго индивидуально. На третий день больным можно разрешить садиться, на четвертый — вставать, а на пятый — шестой — ходить. Активное поведение послеоперационной больной улучшает кровообращение, дыхание, повышает обмен веществ, а также предупреждает развитие застойных явлений в легких, повышает аппетит. Противопоказано раннее вставание при тромбозах, тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, при наличии тампонов в брюшной полости и т. п.

Швы и скобки следует снимать на 6—7-й день, а у некоторых тяжелых больных — на 8—9-й день, в редких случаях — еще позже.

Выписка больных из стационара должна решаться с учетом общего состояния больной, перенесенных заболеваний (в том числе и не гинекологических) и сложности операции.

После операции на придатках матки мы выписываем из стационара на 10—12-й день, после операций удаления матки по поводу доброкачественных опухолей — на 12—14-й день с освобождением от работы после выписки на один, в отдельных случаях — на два месяца. После операций по поводу рака половых органов мы выписываем по окончании курса рентгенотерапии. Занимающихся физическим трудом женщин, если они перенесли операцию по поводу рака матки или придатков, следует переводить на инвалидность во всех без исключения случаях.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

### ОПЕРАЦИЯ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА БАРТОЛИНИЕВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Следует отличать абсцесс бартолиниевой железы от псевдоабсцесса. Псевдоабсцесс образуется в результате воспаления протока бартолиниевой железы, когда происходит нагноение скопившегося в ней секрета. Если при этом ткани железы подвергаются гнойному расплавлению с воспалением окружающей клетчатки, развивается абсцесс. Вскрытие псевдоабсцесса приводит лишь к временному улучшению, пока содержимое железы свободно оттекает. Вследствие склеивания краев разреза в железе вновь скопляется секрет, образуется киста, в которой вновь может произойти нагноение. Поэтому применением антибактериальных препаратов, прикладыванием к железе пузыря со льдом и другими средствами нужно пытаться остановить развитие нагноения. Если это не удастся и развивается абсцесс — его можно вскрыть.

Разрез необходимо проводить параллельно малой половой губе, лучше снаружи от нее под наркозом закисью азота или эфиром (рис. 97). Можно сделать разрез и под инфильтрационной анестезией. Однако полного обезболивания при этом часто не достигают. После достаточно широкого вскрытия абсцесс следует дренировать марлевой полоской, затампонировав всю его полость.

### ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ КИСТЫ БАРТОЛИНИЕВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При облитерации вследствие воспаления выводного протока бартолиниевой железы секрет, скопясь в полости железы, растягивает ее, в результате чего образуется киста. Она редко достигает больших размеров, чаще бывает величиной с грецкий орех или куриное яйцо. Содержимое кисты — муцинозная жидкость и воспалительный экссудат, который иногда может быть гнойным. Удалять кисту бартолиниевой железы следует только после полного прекращения воспалительных явлений. Если же

влагалищные выделения имеют примесь гноя (III—IV степень чистоты), следует лечебными процедурами добиться II, а еще лучше I степени чистоты.

При операции вылуцивания кисты бартолиниевой железы могут возникнуть большие трудности. Однако правильно проведенной инфильтрационной анестезией, которая нам кажется наилучшей при этой операции, можно облегчить выделение кисты. Сначала следует анестезировать кожу и подкожную клетчатку, затем клетчатку, окружающую кисту со всех сторон. Это легче сделать, если пальцем, введенным во влагалище, оттянуть кисту в сторону, а инъекционную иглу продвинуть под нее. Ни в коем случае не следует прокалывать иглой капсулу кисты. Разрез следует делать параллельно малой половой губе, латеральнее ее, как при вскрытии абсцесса бартолиниевой железы (см. рис. 97).

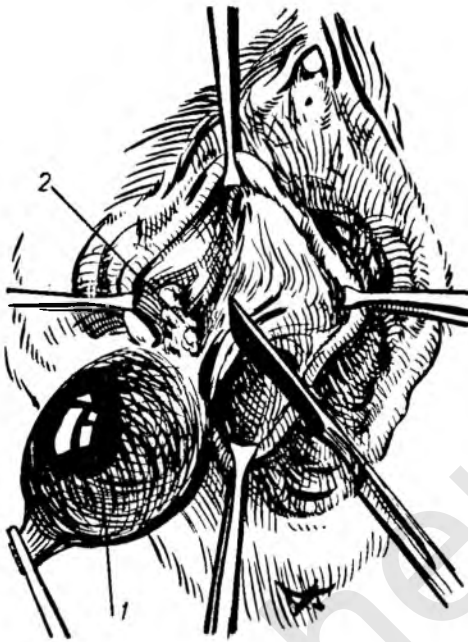


Рис. 99. Операция удаления кисты бартолиниевой железы:  
1 — киста бартолиниевой железы; 2 — бартолиниева железа.

После правильного рассечения кожи и подкожной клетчатки края раны расходятся не менее чем на 0,5 см. Края раны надо захватить зажимами Кохера или острыми крючками и развести в стороны (рис. 98). Натягивающиеся при этом соединительнотканые пучки рассекают ножницами или скальпелем. Маленькими марлевыми шариками, взятыми в за-

жим (тупферами), разъединяют рыхлую клетчатку тупо. При выделении кисты бартолиниевой железы необходимо все время сохранять чувство меры, выделять капсулу кисты с особой осторожностью, умело сочетая острый и тупой способы разъединения тканей. Если, несмотря на это, капсула окажется разорванной или рассеченной, надо полость кисты туго затампонировать узкой полоской марли, а отверстие зашить. Этот простой прием значительно облегчает дальнейшее вылуцивание. Вместе с кистой (или только с капсулой) обязательно нужно вылуцить и железу, которая находится на заднем ее полюсе (рис. 99). Следует широко развести края раны, чтобы хорошо осмотреть ложе кисты (рис. 100): кровоточащие

сосуды захватить кровоостанавливающими зажимами и тщательно лигировать, после чего узловатыми кетгутowymi швами закрыть все ложе, а края раны соединить узловатыми шелковыми швами или скобками Мишеля (рис. 101).



Рис. 100. Наложение на ткани ложа кисты погружных узловатых кетгутowych швов.



Рис. 101. Края кожной раны соединены узловатыми швами.

Следовательно, основными моментами операции вылуццивания кисты бартолиниевой железы после подготовки операционного поля являются: 1) тщательная инфильтрационная анестезия, 2) разрез кожи и подкожной клетчатки, 3) собственно вылуццивание кисты и железы, 4) лигирование кровоточащих сосудов, 5) зашивание ложа кисты, 6) соединение краев кожной раны.

### Примерный ход операции вылуццивания бартолиниевой железы

Показания к операции: кисталевой бартолиниевой железы, частые рецидивы воспалительного процесса в железе.

Анестезия инфильтрационная 0,25% раствором новокаина (введено 150 мл). Внутренняя поверхность бедер, наружные половые органы и промежность обработаны спиртом и йодом и обложены стерильным бельем. По наиболее выпуклой части

кисты бартолиновой железы сделан разрез кожи и подкожной клетчатки параллельно левой малой половой губе, снаружи от нее, длиной около 6 см. Края раны широко раздвинуты, и киста вместе с железой без особых затруднений вылучена, преимущественно, острым способом. Сосуды лигированы, клетчатка ложа кисты пришита узловатыми кетгутowymi швами. Края кожи соединены четырьмя скобками Мишеля.

Продолжительность операции — 20 минут.

*Описание препарата.* Удаленная киста величиной с крупное куриное яйцо с тягучим слизистым содержимым коричневого цвета; на одном из ее полюсов — ткань железы. Препарат направлен на гистологическое исследование.

### УДАЛЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

Одиночные остроконечные кондиломы после анестезии 0,25% раствором новокаина можно состричь ножницами у их основания, а затем прижечь 20—30% раствором хлористого цинка. Их можно прижечь с помощью диатермии, также после предварительной анестезии.

Если же кондиломы занимают обширный участок, под инфильтрационной анестезией их состригают ножницами, после чего тщательно соскабливают острой кюреткой. Сильно кровоточащие участки прошивают узловатыми швами. Одним из описанных способов удаляются и кондиломы, располагающиеся во влагалище и на шейке матки.

### РАССЕЧЕНИЕ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ (DISCISIO HYMENIS)

Необходимость в этой операции возникает очень редко. Ригидность девственной плевы иногда может служить препятствием к половому сношению. В подобных случаях следует девственную плеву инфильтрировать 64—128 ЕД лидазы, растворенной в 5—6 мл 0,5% раствора новокаина (новокаин может быть применен и в иной концентрации). Спустя 15—20 минут надо попробовать отверстие в девственной плеве растянуть пальцем. При этом сначала вводится кончик пальца, затем полностью палец; обычно удается свободно ввести и два пальца.

Если же лидазы нет или по какой-то причине не удалось растянуть девственную плеву, следует ее рассечь. Хорошо раздвинув большие и малые половые губы, рассекают девственную плеву до ее основания в месте, соответствующем положению часовой стрелки, когда она показывает 5 часов. После этого растягивают отверстие и края раны сшивают в поперечном направлении (рис. 102).

### ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

После операции вскрытия абсцесса бартолиновой железы тампон необходимо удалить на 3—4-е сутки, а полость промыть одним из дезинфицирующих растворов (3% раствор перекиси водорода, раствор фурацилина — 1 : 4000 и др.) и вновь затампонировать марлевой полоской, смоченной антибиотиком, к которому чувствительна микрофлора абсцесса.

Тампон должен оставаться в ране до тех пор, пока она не начнет выполняться грануляциями (до 7—8-го дня). Если через какое-то время после вскрытия абсцесса вновь развивается воспаление бартолиниевой желе-

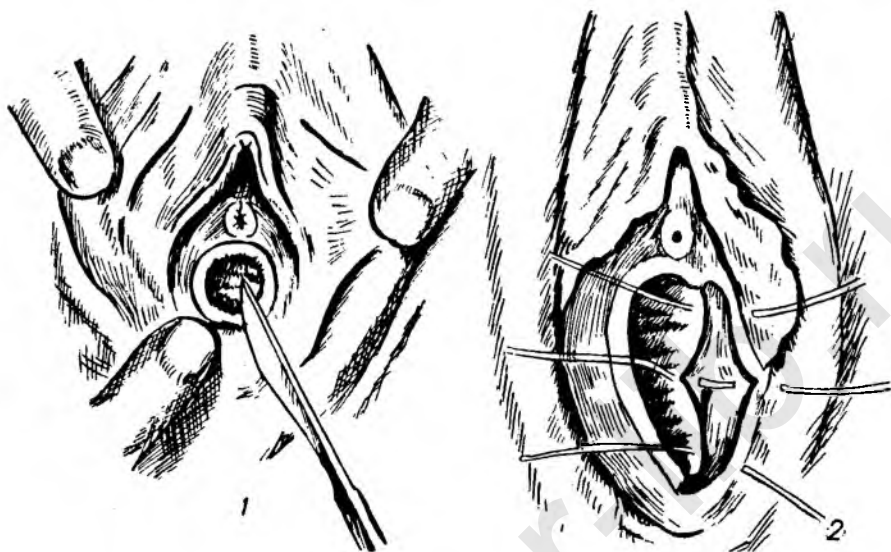


Рис. 102. Операция рассечения девственной плевы (1), наложение узловатых кетгутовых швов (2).

зы, следует подождать, пока затихнет воспалительный процесс, и затем удалить ее. Диета может быть общей, если нет специальных противопоказаний.

#### Ведение послеоперационного периода

После операции удаления кисты бартолиниевой железы швы (а также скобки) следует снимать на 5—6-й день.

В первые два дня из пищевого рациона исключается грубая пища (консервированные мясные и рыбные продукты, копчености, острые блюда). После каждого мочеиспускания и дефекации больная должна быть подмыта. Встать с постели больная может на 2-й день, а ходить — на 3-й. Выписать больную из стационара следует, если послеоперационный период протекал без осложнений, на 8—10-й день.

После удаления остроконечных кондилом нет необходимости в назначении особой диеты. Одиночные кондиломы могут быть удалены в условиях женской консультации. Обширные разрастания остроконечных кондилом следует удалять только в стационаре. Время выписки больной должно быть определено индивидуально.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Диагностические операции могут быть самостоятельными, например, зондирование матки с целью определения размеров и, отчасти, формы ее полости, либо предварительными непосредственно перед основной операцией, например, зондирование перед выскабливанием слизистой матки, пункция заднего свода перед задней кольпотомией и др.

### ЗОНДИРОВАНИЕ МАТКИ

Наружные половые органы и влагалище готовятся, как для любой влагалищной операции, со строжайшим соблюдением правил асептики. Зондирование противопоказано при наличии воспаления шеечного канала и гнойных выделений во влагалище. Это очень простое оперативное вмешательство, которое, однако, при несоблюдении правил асептики или грубом выполнении может повлечь за собой тяжелые осложнения (инфицирование, перфорация матки).

Перед зондированием врач обязательно должен сделать влагалищное исследование с тем, чтобы иметь представление о размерах и форме матки, о ее положении и соотношениях с соседними органами и стенками таза.

Влагалище раскрывают зеркалами, шейку матки фиксируют щипцами и слегка подтягивают к его входу. Маточный зонд вводят через наружный зев очень осторожно, не применяя силы, и медленно продвигают его по шеечному каналу (рис. 103). Необходимо при этом следить, чтобы кривизна маточного зонда совпадала с изгибом матки. Особой осторожности требует проведение зонда через внутренний маточный зев, ниже которого на задней стенке шеечного канала имеется валик, а непосредственно перед ним — незначительное углубление. Зонд очень легко может попасть в это углубление, валик при этом оказывает сопротивление продвигающе-

муся зонду. Оператор может ошибочно принять это препятствие за сопротивление внутреннего зева и для преодоления его попытаться с силой протолкнуть зонд. Дальнейшее прокалывание зондом задней стенки шеечного канала может быть воспринято оператором как преодоление сопротивления внутреннего маточного зева. Так иногда легко совершается перфорация матки. Чтобы избежать этого осложнения, необходимо, дойдя зондом до внутреннего зева и наткнувшись на препятствие, вернуть конец зонда немного кпереди и осторожно ввести в полость матки. Далее зонд осторожно продвигают до дна матки, измеряют ее длину, определяют хотя бы приблизительно ее ширину и характер внутренней поверхности. После зондирования матки больная должна лежать не менее двух часов. Не следует делать зондирование в женской консультации или в поликлинике.

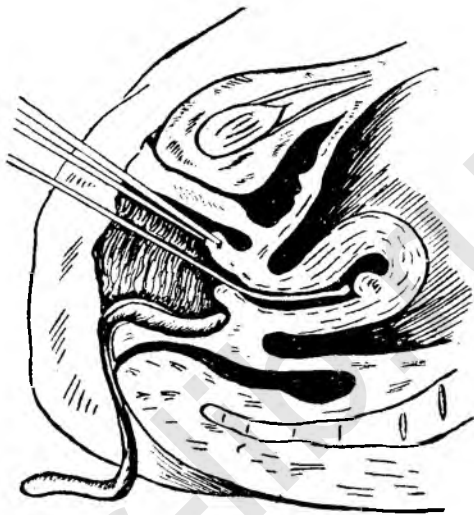


Рис. 103. Зондирование матки.

### ОПЕРАЦИЯ ВЫСКАБЛИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ (ABRASIO MUCOSAE UTERI)

Эту операцию неправильно называют выскабливанием полости матки (*Abrasio cavi uteri*). В действительности же смысл ее заключается в выскабливании (или соскабливании) слизистой оболочки матки, эндометрия, точнее, его функционального слоя. Выскабливание может быть диагностическим, пробным, когда удаленную слизистую необходимо подвергнуть гистологическому (или иному) исследованию, и терапевтическим. — когда с лечебной целью нужно удалить патологически измененную слизистую матки или задержавшиеся остатки плодного яйца в ее губчатом слое.

Перед операцией выскабливания эндометрия следует опорожнить кишечник и мочевой пузырь.

Кожу промежности и вульвы перед операцией обрабатывают спиртом и слабой настойкой йода (1—0,5%). При очень осторожном, четком и



правильном выполнении операции этого можно не делать, особенно у женщин с повышенной болевой чувствительностью.

Введение больной перед операцией морфина, пантопона или промедола нежелательно, так как нередко указанные препараты вызывают тягостное чувство тошноты и даже рвоту, резкое побледнение кожных покровов и холодный пот. Эти явления иногда могут быть ошибочно расценены оператором как симптомы осложнения, возникшего в ходе операции, например, перфорации матки.

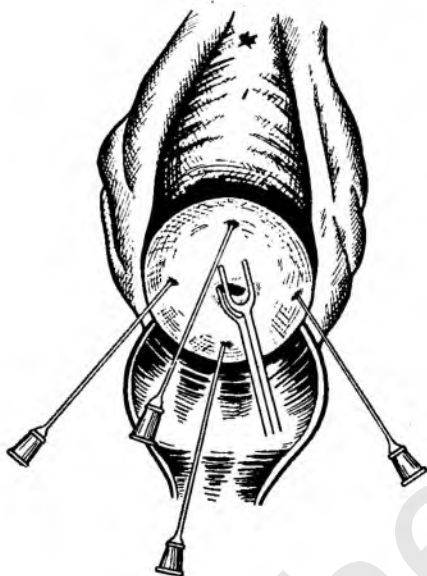


Рис. 104. Инфильтрационная анестезия шейки матки.

центрации (до 40—50 мл 1% или половинное количество 2% раствора) с 5 каплями адреналина (1 : 1000); инъекцию можно сделать в две или в четыре точки: по бокам, спереди и сзади (рис. 104). После анестезии необходимо подождать не менее 10—15 минут. С целью обезболивания анестетик может быть введен в параметральную клетчатку, для чего обычно применяется 0,5% раствор новокаина.

Почти полного обезболивания можно достичь с помощью 1—2% раствора дикаина, которым с самого начала смазывается слизистая влагалища. Для смазывания применяют металлические или деревянные палочки, на которые наматывают тонким слоем вату; палочки стерилизуют в автоклаве. Смочив одну палочку в растворе дикаина, вводят в шейечный канал и оставляют там на 2—3 минуты, затем ее удаляют и вводят вторую, третьей палочкой смазывают внутреннюю поверхность матки. Одновре-

менно или за несколько минут до этого желательно ввести какой-либо спазмолитик одним из описанных способов. Операция диагностического выскабливания эндометрия исключительно болезненна, поэтому мы сочли необходимым так подробно остановиться на вопросе обезболивания. У очень чувствительных к боли женщин местное обезболивание может оказаться неэффективным. В подобных случаях можно применить внутривенный барбитуратный наркоз или наркоз закисью азота.

После обезболивания делают зондирование полости матки и приступают к расширению шеечного канала расширителями Гегара, диаметр которых с каждым номером увеличивается на 0,5—1 мм. Максимальный диаметр их равен 2,4 см (№ 29). Начинать расширение следует расширителями малого диаметра, последовательно вводя все большие и большие, пока не будет достигнуто необходимое раскрытие шеечного канала. Вводится инструмент по тем же правилам, что и маточный зонд; кривизна его должна соответствовать изгибу матки (рис. 105). Для диагностического выскабливания слизистой матки достаточно расширить шеечный канал расширителем № 8—9, максимум № 10.

Расширение шеечного канала можно произвести с помощью специального наконечника, присоединенного к аппарату для вибрационного массажа.

Выскабливание производят кюретками, которые бывают также разных размеров. Перед введением кюретки в полость матки следует сопоставить ее ширину с шириной рукоятки расширителя: если она равна или немного меньше ширины рукоятки, что значительно лучше, кюретка может быть введена в матку безболезненно и нетравматично. Продвинув осторожно до дна матки, ее прижимают острым краем к передней маточной стенке, и смело, но осторожно выводят к внутреннему зеву и вновь возвращают на дно. Следующее движение кюретки должно быть не по старому следу, а рядом с ним. Так, планомерно, начав со средней линии, соскабливают эндометрий передней стенки матки. После этого кюретку поворачивают острой частью кзади и планомерно соскабливают слизистую задней стенки матки. Завершается операция соскабливанием слизистой с дна и углов матки. Лишь после этого той же кюреткой, повернутой кзади, следует удалить соскобленную слизистую из полости матки. В течение всей опе-



Рис. 105. Расширение шеечного канала расширителями Гегара.

рации кюретку следует держать пальцами легко и обращаться с нею, как скрипач со смычком. Грубое, с сильным придавливанием кюретки к маточной стенке манипулирование может привести к соскабливанию базального слоя эндометрия и даже мышечного слоя матки. Во время операции никогда не следует во что бы то ни стало добиваться слышимости так называемого маточного хруста. Слизистая соскоблена, если стенка

матки гладкая, на ней нет мягких тканей, которые кюреткой определяются, как вата.

Соскоб собирают в лоток, а по окончании операции перекалдывают в марлю, отмывают водой от крови и опускают во флакон (например, из-под пенициллина) и заливают 5—10% раствором формалина или лучше очищенным винным спиртом. При этой операции удобнее всего пользоваться специальным влагалищным зеркалом с сетчатым резервуаром для соскоба (рис. 106). В таком виде соскоб отправляют в лабораторию для гистологического исследования с указанием фамилии больной, клинического диагноза и места, откуда взята ткань.



Рис. 106. Влагалищное зеркало с сетчатым резервуаром для соскоба.

#### ОПЕРАЦИЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ

Подготовка больной, положение ее на гинекологическом кресле и обезболивание, как при операции выскабливания слизистой оболочки.

Вакуум-аспирацию можно произвести с помощью специальных вакуум-кюреток заводского производства (модели Зубеева) или специально для этого приспособленных трубок (подробности см. «Операция искусственного аборта путем вакуум-аспирации плодного яйца»).

Для удаления слизистой оболочки матки из ее полости, по-видимому, лучше всего пользоваться вакуум-кюретками Зубеева наименьшего диаметра (№ 6).

Расширение шеечного канала производится обычно с помощью расширителей Гегара или специального наконечника (Зубеев), подключаемого к аппарату для вибрационного массажа.

Вакуум-кюретку осторожно вводят через шеечный канал в полость матки, до ее дна, и с помощью электроотсосывателя плавно отсасывают всю слизистую матки, точнее ее функциональный слой.

Аспирированные из полости матки ткани в банку электроотсосывателя

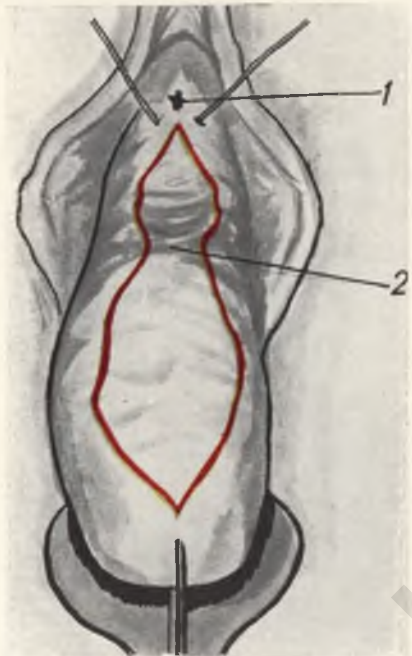


Рис. 131. Операция передней кольпорафии. Очерчивающий разрез передней стенки влагалища:

1 — наружное отверстие уретры; 2 — грубая складчатость влагалищной стенки, соответствующая месту отхождения «ножек» мочевого пузыря.

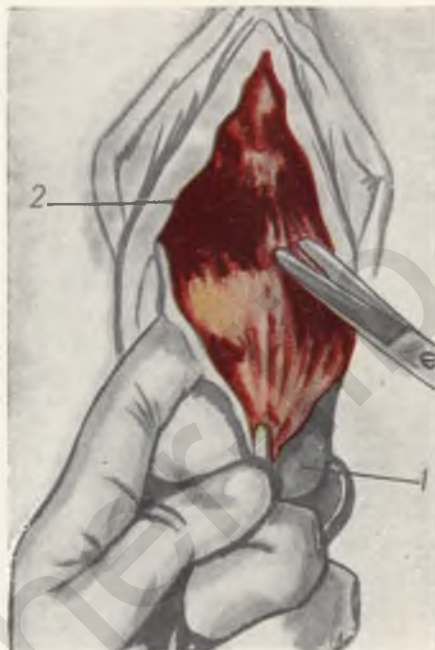


Рис. 132. Отсепаровка выкроенного лоскута передней стенки влагалища.

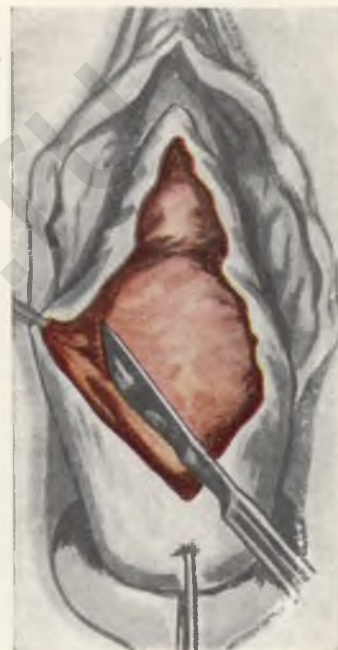


Рис. 133. Операция передней кольпорафии при опущении влагалища и мочевого пузыря. Отсепаровка краев влагалищной раны в стороны.



Рис. 134. Соединение «ножек» мочевого пузыря и суправагинальной клетчатки узловатыми кетгутowymi швами.

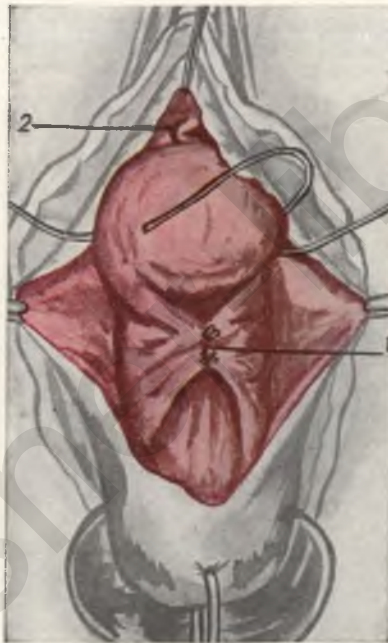


Рис. 135. «Ножки» мочевого пузыря соединены узловатыми кетгутowymi швами

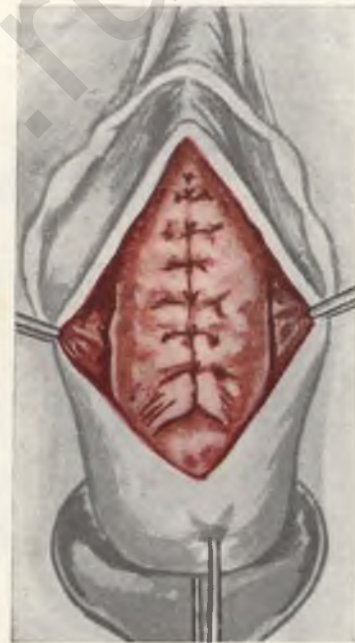


Рис. 136. Швы наложены.

отмывают от крови, заливают 5—10% раствором формалина или очищенным винным спиртом и отправляют в лабораторию на гистологическое исследование.

Основные моменты операции диагностического выскабливания слизистой матки после подготовки больной (обнажения зеркалами, фиксации шейки матки щипцами): 1) анестезия, 2) зондирование полости матки, 3) расширение шеечного канала, 4) собственно выскабливание слизистой матки, 5) удаление щипцов и зеркал.

### **Примерный ход операции диагностического выскабливания слизистой матки**

Показания к операции: геморрагическая метропатия в возрасте 49 лет.

Анестезия с помощью 2% раствора дикаина с введением в ткани шейки матки 128 ЕД лидазы и 1,5 мл 1% раствора диколина.

Влагалище раскрыто зеркалами.

После смазывания диканном слизистая влагалища и шейки матки обработана спиртом и слабой настойкой йода. Передняя губа шейки матки фиксирована щипцами Дуайена и слегка низведена. Шеечный канал расширен расширителями Гегара до № 9, причем расширитель № 7 введен совершенно беспрепятственно. Кюреткой планомерно соскоблена слизистая сначала передней стенки, затем задней, дна и углов матки и собрана в лоток. Сняты щипцы, извлечено зеркало. Операция прошла безболезненно.

Длительность операции: обезболивание — 10 минут, расширение шеечного канала — около 1 минуты и выскабливание слизистой матки — 1,5 минуты.

При геморрагической метропатии и некоторых других заболеваниях диагностическое выскабливание слизистой матки одновременно является и терапевтическим.

После диагностического (и тем более терапевтического) выскабливания слизистой матки больная должна оставаться в стационаре, по возможности, не менее трех дней. Назначения специальной диеты в послеоперационном периоде не требуется. Вставать с постели можно разрешить не ранее чем через 2—3 часа после операции. Назначать контрактильные и другие гемостатические средства нужно в зависимости от сократительной способности матки и степени кровотечения. Применение других лекарственных препаратов должно быть строго индивидуализировано и обусловлено соответствующими показаниями.

### **ИССЕЧЕНИЕ КУСОЧКА ТКАНИ ДЛЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Биопсия является самым надежным методом диагностики рака. Больную готовят, как для любой влагалищной операции. Шейку матки обнажают влагалищными зеркалами и фиксируют двумя щипцами так, чтобы участок ткани, который предполагается иссечь, оказался между

ними. Слизистую шейки и влагалища лучше обрабатывать только чистым спиртом. Ткань иссекают в виде узкого клина острым скальпелем или конхотомом (рис. 107). Можно с неменьшим успехом иссечь кусочек

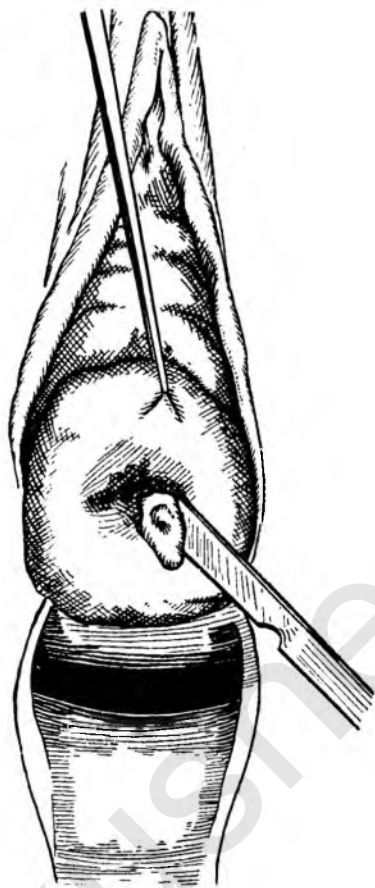


Рис. 107. Иссечение кусочка ткани шейки матки для гистологического исследования.



Рис. 108. Наложение швов.

ткани электроножом. Для этого индифферентный электрод от аппарата хирургической диатермии помещают под крестец. Специальным ланцетовидным или иной формы активным электродом иссекают клиновидный кусочек ткани. Иссекать кусочек ткани следует на границе здоровой

и пораженной ткани шейки матки, чтобы гистологу легче было отличить раковые клетки от нормальных. Края раны следует хорошо сопоставить и соединить несколькими узловатыми кетгутовыми швами. Иссеченный кусочек ткани заливают 5—10% раствором формалина или очищенным винным спиртом и отправляют на гистологическое исследование с указанием фамилии больной, места, откуда взята ткань, и клинического диагноза.

После операции биопсии не следует производить влагалищные исследования и осматривать шейку матки не менее 10 дней, если к этому нет особых показаний. Уход за больной сводится к гигиеническим подмываниям.

### ОПЕРАЦИЯ ПУНКЦИИ ЗАДНЕГО ВЛАГАЛИЩНОГО СВОДА

Эта операция должна применяться для подтверждения диагноза внематочной беременности, разрыва матки и других внутренних органов, в некоторых случаях пельвеоперитонита и общего перитонита, для определения характера экссудата мешотчатых опухолей придатков матки, но только не для подтверждения диагноза злокачественной опухоли, например, рака яичника. Пункция заднего свода может быть произведена с терапевтической целью для отсасывания воспалительного экссудата и введения антибактериальных препаратов, а также как предварительная операция перед основной — кольпотомией (при заднем параметрите) или перед кольпоцелиотомией (при абсцессе прямокишечно-маточного пространства).

Приступая к пункции заднего свода, следует помнить, что эта операция очень болезненна. Перед операцией, по возможности, надо опорожнить прямую кишку и обязательно мочевой пузырь; наружные половые органы и влагалище обработать спиртом и слабой настойкой йода. Обнажив шейку матки, никакими щипцами ее захватывать не следует. Значительно удобнее шейку отвести к симфизу подъемником. При этом стенка заднего влагалищного свода растягивается между подъемником и зеркалом. Перед ее проколом надо обязательно с помощью тонкой инъекционной иглы инфильтрировать новокаином (10 мл 1% раствора) ткани заднего свода. Выждав 3—5 минут, пока действует новокаин, длинной инъекционной иглой легким, но резким толчком прокалывают задний свод строго по средней линии и шприцем отсасывают имеющуюся в прямокишечно-маточном пространстве жидкость. Положение иглы во время пункции должно быть горизонтальным или игла должна быть направлена немного вверх, чтобы не проколоть прямой кишки. (рис. 109). При внематочной беременности обычно отсасывают дефибрированную несвертывающуюся кровь. Однако в случаях только что начавшегося внутреннего кровотечения может быть получена из брюшной полости кровь, фибрин которой еще не успел выпасть. Эта кровь быстро свертывается,



как и кровь, полученная из сосуда. В отдельных случаях отсосать ничего не удастся, хотя кровь в брюшной полости имеется. Это обычно объясняется тромбированием иглы кусочком свертка крови, который легко выдуть из иглы с помощью шприца на марлевую салфетку и рассмотреть. Получения кусочка кровяного свертка, как и дефибринированной крови,

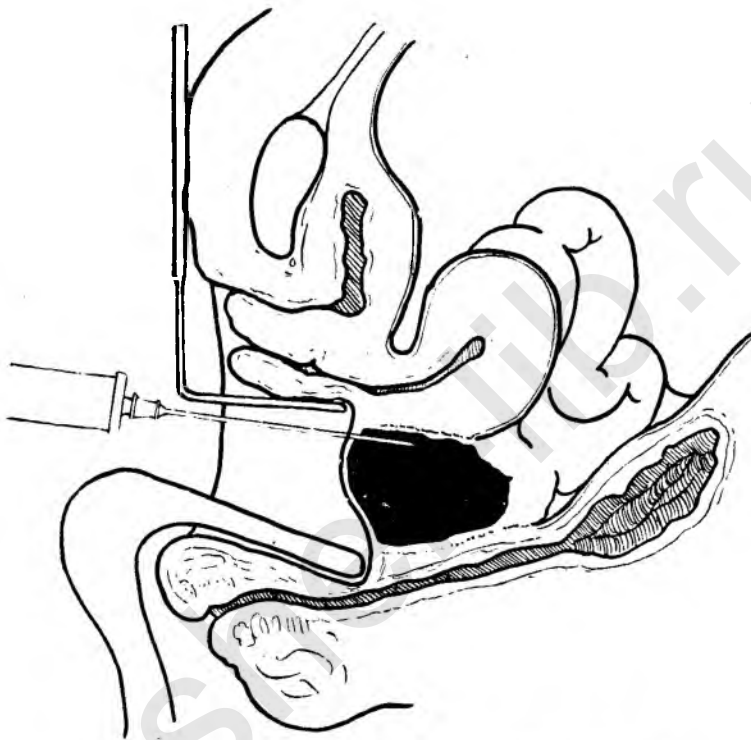


Рис. 109. Пункция заднего влагалищного свода.

вполне достаточно, чтобы подтвердить диагноз внематочной беременности. Иногда не удастся отсосать кровь из-за того, что к срезу иглы присасывается какая-либо ткань и перекрывает просвет иглы. В подобных случаях следует в шприц набрать несколько миллилитров стерильного раствора новокаина или физиологического раствора, ввести его в брюшную полость и сразу отсосать. Отсасываемая жидкость будет окрашена кровью и содержать мелкие кусочки свертков, если в брюшной полости имеется кровь.

Так же точно делается и терапевтическая пункция заднего свода.

## ПРОДУВАНИЕ МАТОЧНЫХ ТРУБ (ПЕРТУБАЦИЯ)

С помощью этой операции можно определить проходимость маточных труб для вдвухаемого в них воздуха. Продувание маточных труб противопоказано при воспалении органов малого таза, подозрении на беременность, в предменструальные дни, во время менструации и в первые 5—7 дней после нее, при пороках сердца и серьезных заболеваниях печени, почек и др. Перед операцией больную нужно всесторонне тщательно обследовать. Продувание труб можно делать, если РОЭ не выше 10 мм в час и чистота влагалищных выделений соответствует I—II степени.

Эта операция применяется для установления одной из причин бесплодия и может быть сделана с помощью специального аппарата, а также с помощью примитивного приспособления, состоящего из тройника и резиновых трубок, одна из которых соединяется с конусом маточного наконечника (или одетым на него наконечником от спринцовки Тарновского), вторая — с манометром и третья — с резиновой грушей, которой нагнетается воздух. Максимальное допустимое давление при продувании труб — 180 мм рт. ст. Если воздух нагнетать в матку под большим давлением, может произойти разрыв трубы.

Продувание труб технически несложно и производится следующим образом. Перед операцией больная должна помочиться, а кишечник следует очистить с помощью клизмы. Больную укладывают, как для гинекологической операции. Влагалище раскрывают зеркалами, шейку фиксируют щипцами Дуайена или Мюзю (но только не пулевыми щипцами). Маточный наконечник вводят в шейечный канал с педантичным соблюдением правил асептики и плотно прижимают конусом к наружному зеву. Затем, зажав резиновую трубку около наконечника, нагнетают воздух до 80—100 мм рт. ст. и, продолжая удерживать щипцами шейку матки и плотно прижимая конус наконечника к наружному зеву, снимают зажим с трубки. Воздух под давлением устремляется в полость матки, а оттуда в маточные трубы. Если их проходимость не нарушена, воздух через ампулярное отверстие поступает с характерным шумом и треском в брюшную полость. Этот шум и легкий треск довольно отчетливо можно выслушать с помощью стетоскопа или фонендоскопа над пупартовыми связками через переднюю брюшную стенку. Прохождение по трубам воздуха сопровождается моментальным падением давления в системе трубок до 0. Если продувание производится специальным аппаратом, то можно сделать графическую запись на бумажной ленте кимографа, смонтированного в аппарат. При продувании маточных труб воздухом бывают случаи воздушной эмболии. Поэтому рациональнее вместо воздуха нагнетать в матку кислород или пары хлорэтила; при этом возможность эмболии исключается.

## ГИДРОТУБАЦИЯ

Подготовка больной к гидротубации такая же, как и к продуванию труб. Вместо воздуха или кислорода при гидротубации под небольшим контролируемым давлением в матку вводится раствор одного из антибиотиков или смесь их. Для этой цели мы применяем смесь следующего состава: 64—128 ЕД лидазы, по 500 000 ЕД пенициллина и стрептомицина, 30—50 *мл* стерильного физиологического раствора (или 0,25—0,5% раствора новокаина). Некоторые к подобной смеси рекомендуют добавлять 25—50 *мл* кортизона. С помощью шприца и маточного наконечника с конусом смесь вводят в полость матки под давлением 80—100 *мм* рт. ст. Емкость полости матки — около 5—6 *мл*. Если дальнейшее введение смеси затруднено, по-видимому, проходимость маточных труб нарушена, и дальнейшие попытки вводить смесь могут привести к разрыву трубы. Эта методика может быть применена и с терапевтической целью при непроходимости маточных труб, обусловленной спайками. В отдельных случаях при введении смеси давление можно повысить до 180—200 *мм* рт. ст. В результате повторного многократного введения описанной смеси у некоторых женщин с непроходимостью маточных труб удается восстановить их проходимость и тем самым детородную функцию.

## Глава VII

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

#### ОПЕРАЦИЯ ИССЕЧЕНИЯ ПРОДОЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВЛАГАЛИЩА

Продольная перегородка может быть сплошной, от входа до сводов, разделяющей влагалище на две половины (*vagina septa*), и небольшой, разделяющей лишь часть влагалища (*vagina subsepta*). Женщина может не знать о наличии у нее перегородки влагалища. Если же перегородка нарушает половую жизнь или служит препятствием во время родов, ее необходимо рассечь, а еще лучше — иссечь. После рассечения обе половины перегородки или одна из них в виде гребня выступают во влагалище, что нежелательно; после иссечения этого не наблюдается. Перегородка может быть иссечена под инфльтрационной анестезией.

Основным условием успешного проведения этой операции является хорошее растяжение обеих половин влагалища зеркалами. Натянутую перегородку следует иссекать ножницами по границе ее перехода в стенку влагалища (рис. 110). Края раны нужно тщательно соединить узловатыми кетгутовыми швами. По окончании операции влагалище тампонируют, чтобы раневые поверхности передней и задней его стенок не соприкасались и не могло произойти их сращение.

Тампон следует извлечь из влагалища на 2—3-е сутки, если к этому времени он не выпадет сам. Диета после операции иссечения влагалищной перегородки обычная. Туалет половых органов надо проводить после каждого мочеиспускания и дефекации. Вставать с постели и ходить разрешается после извлечения тампона. Выписать женщину домой можно на 7—8-й день после операции.

#### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЕМАТОКОЛЬПОСЕ (НАЕМАТОСОЛПОС)

При остром воспалении слизистой влагалища с десквамацией эпителиального покрова соприкасающиеся противоположные поверхности могут срастись. В результате этого из рубцовой ткани образуется попереч-

ная перегородка, герметически закрывающая верхнюю часть влагалища. Иногда также при остром воспалении происходит заращение отверстия в девственной плеве. И в том и в другом случае с наступлением половой

зрелости менструальная кровь вместе с отделяемым желез полости матки и шейного канала скопится во влагалище, растягивая его до больших размеров (haematocolpos). Нередко при гематокольпозе происходит скопление менструальной крови в матке и в трубах с образованием гематометры и гематосальпинкса.

При гематокольпозе эффективно только оперативное лечение, которое

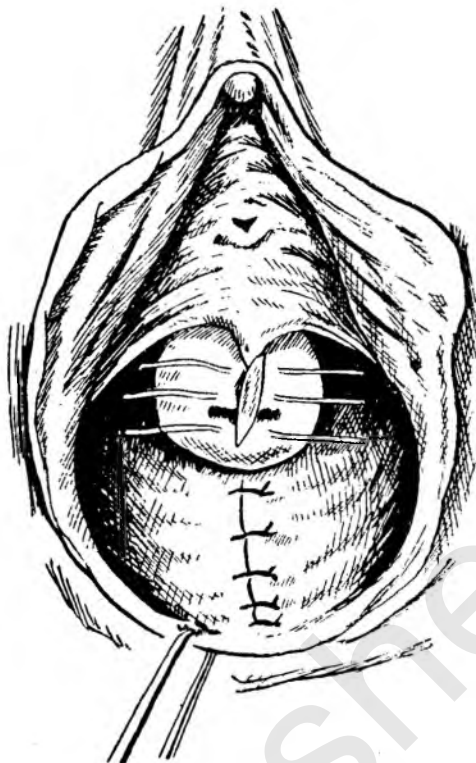


Рис. 110. Операция иссечения продольной перегородки влагалища. Соединение краев раны узловатыми кетгутыми швами.

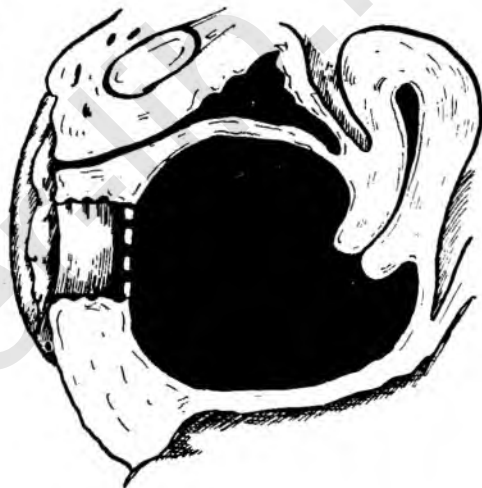


Рис. 111. Операция иссечения поперечной перегородки влагалища. На схеме — верхняя часть влагалища, растянутая менструальной кровью и отделяемым желез матки.

заключается в иссечении перегородки или в рассечении девственной плевы (рис. 111). Чтобы не повредить девственной плевы перед вскрытием перегородки, ее инфильтрируют лидазой (64—128 ЕД), растворенной в 4—5 мл раствора новокаина. После этого по возможности широко раскрывают влагалище. В наиболее выпячивающемся месте перегородку вскрывают концом скальпеля и медленно выпускают содержимое гематокольпоза. Перегородку можно сразу не вскрывать, а проколоть толстой иглой, убе-

даться по вытекающей из нее густой жидкости в том, что конец иглы находится в полости гематокольпоса; лишь после этого осторожно по игле скальпелем вскрыть перегородку. Жидкость сначала изливается под большим давлением, затем продолжает вытекать медленно. Дождавшись опорожнения влагалища, зажимами Кохера захватывают края разреза и иссекают перегородку ножницами по границе перехода в стенку влагалища. После этого, все время растягивая влагалище, тщательно соединяют края раны узловатыми кетгутowymi швами циркулярно. В результате восстанавливаются проходимость, емкость и форма влагалища.

Перед тем, как вскрыть девственную плеву, ее следует инфильтрировать лидазой (64—128 ЕД), затем захватить двумя зажимами Кохера, растянуть в стороны и поперечно рассечь ножом, потом ножницами дополнительно разрезать обе половины по средней линии спереди и сзади.

Следует помнить, что в послеоперационном периоде может произойти сращение раневых поверхностей в местах иссечения перегородки или рассеченной девственной плевы. Поэтому, как только прекратится вытекание из влагалища жидкости, следует ввести в него тампон, пропитанный стерильным вазелиновым маслом или эмульсией одного из антибактериальных средств. Тампон надо ежедневно сменять до полной эпителизации раневых поверхностей.

Сразу после операции больной рекомендуется на нижнюю часть живота прикладывать пузырь со льдом; затем в течение 5—7 дней давать препараты маточных рожков внутрь в обычной дозировке. Необходимо следить за правильным функционированием мочевого пузыря и кишечника. После каждого мочеиспускания и дефекации больную нужно подмывать. Диета может быть общей. Вставать с постели больной можно разрешить на 2—3-й день, а выписать из стационара — на 10-й день после операции.

Основными моментами операции при гематокольпосе после подготовки операционного поля являются: 1) вскрытие перегородки или девственной плевы, 2) медленное выпускание содержимого гематокольпоса, 3) иссечение перегородки или расширение отверстия в девственной плеве, 4) тщательное соединение раневых поверхностей верхнего и нижнего отделов влагалища узловатыми кетгутowymi швами.

### **Примерный ход операции при гематокольпосе**

Показания к операции: поперечная герметическая перегородка влагалища, расположенная на 2 см выше девственной плевы. Аменорея, боли в низу живота, циклически усиливающиеся, гематокольпос, гематометра.

Обезболивание: внутривенный гексеналовый наркоз (медленно введено 5 мл 5% раствора гексенала).

Внутренние поверхности бедер и наружные половые органы обработаны спиртом и йодом. Операционное поле обложено стерильным бельем. Девственная плева через

тонкую инъекционную иглу ифльтрирована лидазой (128 ЕД), растворенной в 5 мл 0,5% раствора новокаина.

Тупыми крючками достаточно широко раскрыто влагалище. Перегородка рассечена скальпелем поперечно, медленно выпущена густая дегтеобразная жидкость в количестве 350 мл, после чего перегородка иссечена у ее основания, крючками хорошо растянута до проходимости более двух пальцев. Края раны верхнего и нижнего отделов влагалища тщательно сопоставлены и соединены циркулярно узловатыми кетгутowymi швами.

Продолжительность операции — 20 минут.

### СКАРИФИКАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Скарификация — мелкие насечки шейки матки — издавна считается показанной при хроническом эндоцервиците, железисто-мышечной гиперплазии шейки (с наличием в ней наботковых кист), гиперполименорее. Скарификацию рекомендуют повторять 2—3 и более раз через 1—2 месяца. Однако в своей практике мы не наблюдали терапевтического эффекта от ее применения.

Производят скарификацию следующим образом. Влагалище тщательно спринцуют раствором фурациллина (1 : 5000) или марганцовокислого калия (1 : 3000) и раскрывают зеркалами. Шейку матки фиксируют щипцами Дуайена (в подобных случаях эти щипцы лучше). Остроконечным скальпелем делают на шейке матки насечки, радиально расположенные вокруг наружного зева, глубиной 0,5—1 мм. Скальпелем следует проколоть и наботковые кисты (ovulae Nabothi). Наступающее при этом кровотечение расценивается как терапевтическое кровопускание, которое не следует останавливать, если оно не очень сильное. В случае, если кровотечение не прекращается, следует затампонировать влагалище. Тампон удаляют через 6 часов.

### ДИАТЕРМОПУНКТУРА ШЕЙКИ МАТКИ

При железисто-мышечной гиперплазии шейки матки обычно с большим количеством ретенционных наботковых кист значительно эффективнее применять вместо скарификации диатермопунктуру.

Диатермопунктура производится с помощью игольчатого электрода. Под крестец подкладывают пластинчатый, так называемый индифферентный, электрод. Шейку матки обнажают зеркалами. Игольчатым электродом, подключенным к аппарату диатермии, прокалывают каждую видимую ретенционную кисту. При прокалывании содержимое ретенционных кист вытекает, внутреннюю поверхность их прижигают, благодаря чему происходит заращение кист. Если шейка матки очень увеличена (метритическая шейка), после прокалывания ретенционных кист желательнее обколоть ее ткани вокруг наружного зева на глубину 2 см. Вну-

трение поверхности больших ретенционных кист следует прижечь маленьким пуговчатым электродом. После диатермопунктуры во влагалище следует ввести тампон, пропитанный стерильным вазелиновым маслом (или иным жиром). Тампон вводится на сутки в течение 4—5 дней.

#### **РАССЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ЗЕВА ШЕЙКИ МАТКИ (DISCISIO COLLI UTERI)**

Эту операцию принято считать показанной в редких случаях бесплодия, возможно, обусловленного выраженным сужением наружного зева; шейка матки в подобных случаях имеет коническую форму с точечным наружным зевом.

Нам кажется, что особой необходимости в рассечении наружного зева шейки матки нет. В случаях, когда можно предполагать, что причиной бесплодия или алгодисменореи является сужение шеечного канала (в том числе и наружного зева), вполне достаточно расширить его с помощью расширителей Гегара. Эта операция физиологичнее, чем рассечение наружного зева, и не ведет к нарушению анатомической формы шейки матки, а следовательно, не обуславливает нарушения ее функциональных особенностей.

#### **ОПЕРАЦИЯ КЛИНОВИДНОЙ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ (ПО ШРЕДЕРУ)**

При деформации шейки матки старыми рубцами и значительной гипертрофии, которые нередко сопровождаются обильными выделениями из влагалища и болями в глубине малого таза и в крестце, консервативные методы лечения часто оказываются неэффективными. Наиболее надежным способом лечения в подобных случаях является операция клиновидной ампутации деформированной и гипертрофированной влагалищной части шейки матки, которая нередко производится попутно в комплексе пластических влагалищных операций. Операция является также одним из способов радикального лечения предракового состояния шейки матки. Разумеется производство ее недопустимо при беременности.

Больную укладывают на операционном столе, как для любой влагалищной операции. После обработки операционного поля спиртом и йодом и изоляции стерильным бельем влагалище раскрывают зеркалами.

Шейку матки следует захватить двумя щипцами Дуайена или Мюзо (переднюю и заднюю ее губы отдельно) и максимально низвести. Далее хирург левой рукой удерживает щипцы, которыми фиксирована задняя губа, а щипцы, фиксирующие переднюю губу, оттягивает вверх ассистент. Ножницами, одна бранша которых введена в шеечный канал, или скальпелем шейка матки рассекается симметрично по бокам, но так, чтобы разрезы не доходили до влагалищных сводов (рис. 112). После этого передняя губа шейки клиновидно иссекается скальпелем. Чтобы



было легче соединить слизистую влагалищной части шейки и переднего влагалищного свода, следует край раны отсепаровать кверху на 0,5—1 см. Сразу же после отсепаровки край раны подтягивают к краю слизистой, выстилающей шеечный канал, и 2—3 крепкими кетгутовыми лигатурами края раны соединяют. Если при сшивании последних встречаются затруднения, следует сначала провести лигатуру через передний лоскут в рану, а затем из раны иглу провести в шеечный канал. Так формируется передняя губа шейки матки (рис. 113). Все лигатуры, которыми сшита передняя губа, захватывают зажимом и подтягивают матку, чтобы удобно было иссечь заднюю губу и наложить на нее швы.

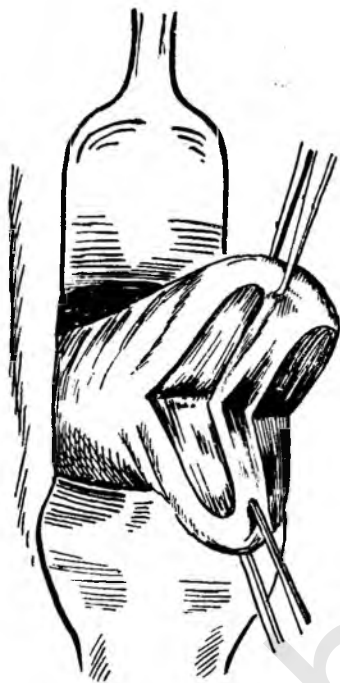


Рис. 112. Операция клиновидной ампутации шейки матки. Рассечение шейки по бокам.

Заднюю губу иссекают примерно так же, как переднюю, клиновидно. Края раны здесь соединяются легче, поэтому нет надобности отсепаровывать ее задний край. Сзади удобнее шить, вкалывая иглу со стороны шеечного канала. Для правильного соединения краев раны достаточно 2—3 узловатых кетгутовых швов, после завязывания которых задняя губа шейки матки оказывается сформированной (рис. 114).

После этого, натянув лигатуры передней и задней губ шейки, следует наложить дополнительно по 1—2 узловатых кетгутовых шва с обеих сторон от наружного зева.

Кровотечение, которым всегда сопровождается операция ампутации шейки матки, останавливают наложением швов, соединяющих края раны, поэтому специально проводить гемостаз в ходе операции обычно никогда не приходится. Однако перед тем, как отсечь концы лигатур, следует устранить их натяжение и несколько минут подождать, не появится ли кровотечение.

Если ампутация шейки сделана попутно, в комплексе других влагалищных операций, ведение послеоперационного периода должно быть таким же, как после основных операций. Если же ампутация шейки матки сделана самостоятельно, то в послеоперационном периоде большая нуждается только в гигиенических подмываниях.

Вставать с постели после ампутации шейки не следует разрешать раньше 5—6-го дня, а ходить — ранее 7—8-го дня. Выписать больную из

стационара можно на 10-й день, разъяснив ей, что для хорошего заживления половая жизнь должна быть исключена не менее чем в течение полутора месяцев. В течение послеоперационного периода не следует

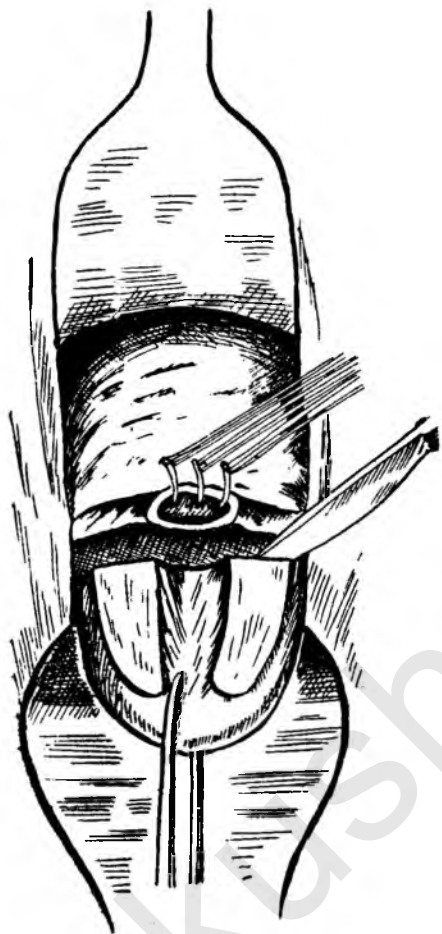


Рис. 113. Соединение краев раны передней губы шейки матки.

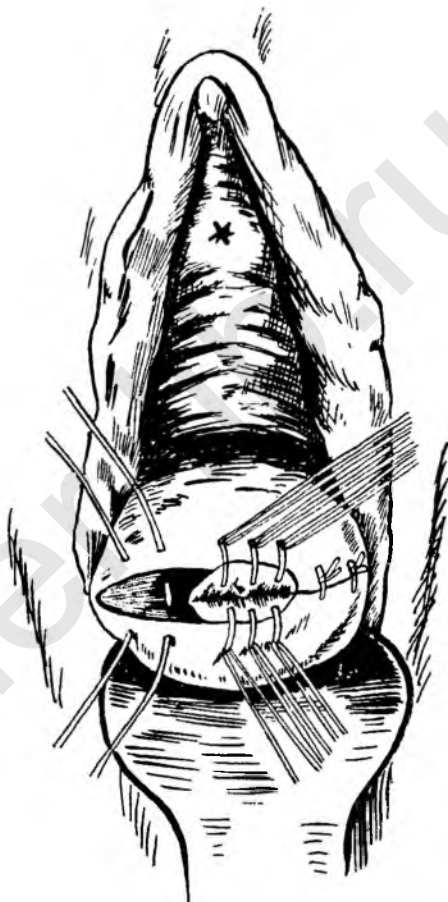


Рис. 114. Соединение краев раны задней губы и боковых стенок шейки матки.

делать влагалищное исследование и осмотр шейки матки зеркалами без специальных к этому показаний (кровотечение и др.). На 10—15-й день после ампутации шейка имеет весьма неприглядный вид. Шейку нужно осмотреть через 3—4 недели после выписки больной из стационара.

## Примерный ход операции клиновидной ампутации шейки матки (по Шредеру)

Показания к операции: деформация шейки матки старыми боковыми разрывами, гипертрофия шейки.

Анестезия инфльтрационная 1% раствором новокаина (введено 20 мл с добавлением 5 капель раствора адреналина (1 : 1000) после впрыскивания в ткани шейки 64 ЕД лидазы. За полчаса до операции больной введено под кожу 2 мл 2% раствора промедола.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Влагалище раскрыто зеркалами. Каждая губа шейки захвачена щипцами Дуайена.

Шейка рассечена скальпелем по бокам почти до боковых влагалищных сводов. Передняя губа клиновидно иссечена; край раны, прилегающий к переднему своду влагалища, отсепарован кверху на 0,5 см и двумя узловатыми кетгутowymi швами соединен со слизистой шеечного канала. Клиновидно иссечена и задняя губа шейки; края раны соединены также двумя узловатыми кетгутowymi швами, после чего по бокам от смоделированного наружного зева дополнительно наложено по два узловатых кетгутowych шва, которыми соединены боковые разрезы.

Продолжительность операции — 20 минут.

## ОПЕРАЦИЯ КОНУСОВИДНОЙ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ (ПО ШТУРМДОРФУ)

Конусовидная ампутация шейки матки рациональна и достаточно эффективна при железисто-мышечной гиперплазии, которая обычно развивается в результате хронического, не поддающегося консервативному лечению эндоцервицита.

Операционное поле подготавливается так же, как и для любой влагалищной операции. Влагалище раскрывается зеркалами. Шейку следует захватить надежными щипцами (например, щипцами Дуайена) и низвести. Острым скальпелем вырезают конус так, чтобы его вершина располагалась ближе к внутреннему зеву (рис. 115, 116). Этим достигается главная цель операции — удаление значительной части слизистой ше-



Рис. 115. Операция конусовидной ампутации шейки матки. Очерчивающий разрез.

ечного канала с закупоренными и превращенными в ретенционные кисты железами. После этого надо тщательно отсепаровать края раны по всей окружности не менее чем на 1,5 см, чтобы слизистую влагалищной части было легко подвести к оставшейся слизистой шеечного канала. Затем хорошо оттянув передний край раны отсепарованной слизистой, проводят крепкую кетгутовую нить через всю толщу передней стенки шейки, прохватывая край слизистой П-образным швом (рис. 117). Далее ту же нить проводят через толщу шейки в обратном направлении, то есть со



Рис. 116. Отсечение влагалищной части шейки матки в виде конуса.



Рис. 117. Наложение шва на переднюю губу шейки матки по отсепаровке краев раны кверху. Лигатуру проводят через переднюю стенку шейки в шеечный канал, после чего протягивают в обратном направлении и завязывают на слизистой оболочке.

стороны шеечного канала, и выводят на переднем своде рядом с другим ее концом, где нить завязывают. Затягивать первый узел следует медленно, чтобы хорошо сопоставить края раны и правильно сформировать наружный зев (рис. 118). Второй шов накладывают на заднюю губу шейки матки аналогично первому. Оставшиеся слева и справа от наружного зева боковые разрезы зашивают с каждой стороны двумя узловатыми кетгутовыми швами (рис. 119).

Основными моментами операции конусовидной ампутации шейки матки после подготовки операционного поля являются: 1) низведение шейки матки щипцами, 2) конусовидное иссечение шейки, 3) отсепаровка

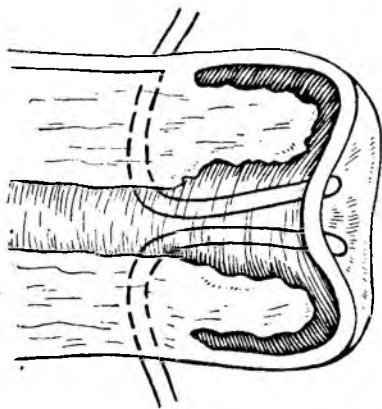


Рис. 118. Схема ампутированной шейки матки после наложения швов.

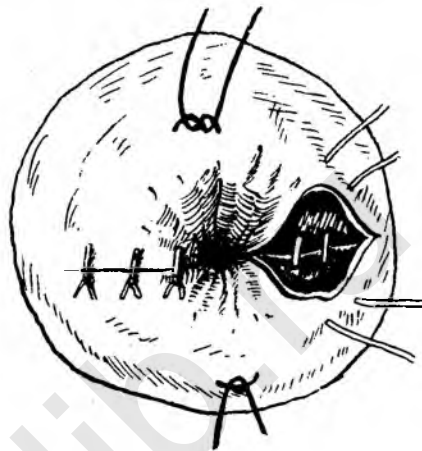


Рис. 119. Соединение краев раны по бокам от наружного зева.

краев раны по всей окружности, 4) наложение швов и формирование наружного зева.

Ведение послеоперационного периода такое же, как и после клиновидной ампутации.

#### ОПЕРАЦИЯ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ (AMPUTATIO COLLI UTERI ALTA)

Применение операции высокой ампутации шейки матки весьма рационально, а порою и крайне необходимо при резко выраженной ее элонгации, особенно сочетающейся с деформацией старыми разрывами и железисто-мышечной гиперлазией. Удлиненная шейка опускается нередко наружу за пределы половой щели. Чаще всего это наблюдается у женщин с опущением стенок влагалища, мочевого пузыря и матки. Однако элонгация шейки развивается иногда и у тех женщин, у которых в начале заболевания тело матки долгое время удерживается на нормальном уровне, а шейка, удлиняясь, опускается в открытую половую щель вслед за опустившимися стенками влагалища. Операция высокой ампутации шейки производится, как правило, одновременно с пластической операцией влагалища.

Операционное поле подготавливают, как и для любой влагалищной операции. Влагалище раскрывают зеркалами.

Шейку матки следует захватить за переднюю и заднюю ее губы двумя надежными щипцами (Дуайена) и максимально низвести, желательнее расширить шеечный канал. По границе перехода подвижной слизистой

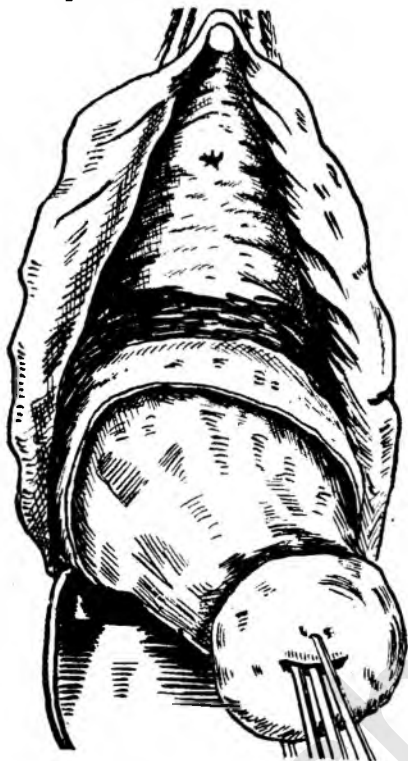


Рис. 120. Операция высокой ампутации шейки матки. Края раны отсепарованы кверху.



Рис. 121. Клетчатка по бокам шейки взята в зажим.

оболочки влагалищных сводов в неподвижную шейки надо сделать скальпелем циркулярный разрез, проникающий в подслизистую клетчатку. Края раны отсепаровывают кверху с одновременным постоянным влечением шейки книзу (рис. 120). Натягивающиеся при этом соединительнотканые пучки следует рассекать ножницами; далее, преимущественно острым способом (ножницами), от шейки отсепаровать мочевой пузырь. При выделении боковых поверхностей шейки клетчатку основной маточной связки, перед тем как рассечь, следует пережать зажимом; а затем прошить, так как здесь вблизи проходит нисходящая ветвь маточной артерии (рис. 121). Сзади отсепаровку осуществить значительно легче.

Закончив выделение шейки матки до нужного уровня, ее рассекают на две половины (переднюю и заднюю). Ампутировать удобнее сначала

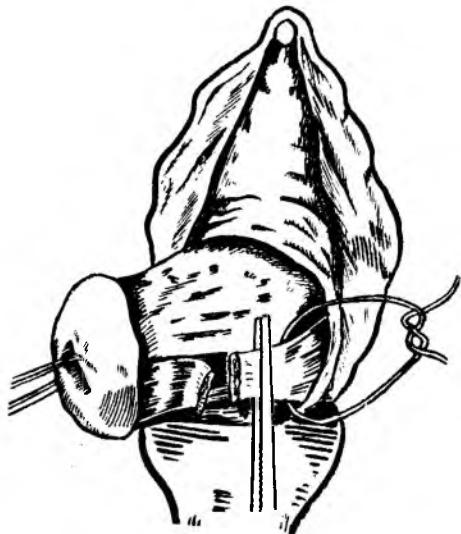


Рис. 122. Рассечение клетчатки и наложение шва.

переднюю половину, как при клиновидной ампутации по Шредеру. Край отсепарованной слизистой соединяют со слизистой шеечного канала 2—3 узловатыми кетгутowymi швами. Затем ампутируют заднюю половину шейки и также соединяют края раны. Края раны по бокам от сформированного наружного зева соединяют несколькими узловатыми кетгутowymi швами.

Основными моментами операции высокой ампутации шейки матки после подготовки операционного поля (и анестезии) являются: 1) низведение шейки щипцами, 2) циркулярный разрез по границе перехода слизистой влагалищных сводов в слизистую шейки, 3) выделение шейки, 4) рассечение шейки на две половины (переднюю и заднюю), 5) ампутация передней, затем задней половины шейки, 6) соединение краев раны узловатыми кетгутowymi швами.

### ОПЕРАЦИЯ ДИАТЕРМОКОНИЗАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Показания к этой операции те же, что и к конусовидной ампутации шейки матки. Однако конусовидное иссечение кистозноизмененной части шейки матки производится с помощью специального электрода-конизатора (рис. 123).

Большую следует уложить на операционный стол или на гинекологическое кресло, как для гинекологической операции. Операционное поле обрабатывают спиртом и изолируют стерильным бельем. Влагалище должно быть раскрыто зеркалами, очищено от выделений и обработано спиртом. Шейку матки фиксируют щипцами и низводят. Электродом-конизатором, а если его нет, то ланцетовидным электродом иссекают конус, вершина которого должна располагаться вблизи внутреннего зева, чтобы удалить кистозноизмененные железы шеечного канала (см. также описание операции конусовидной ампутации шейки матки). После этого пугов-

чатым электродом следует произвести диатермокоагуляцию всей раневой поверхности.

Во время иссечения конуса, а также при последующей коагуляции необходимо соблюдать большую осторожность и не прикасаться электродом ни к щипцам, которыми фиксирована шейка матки, ни к влагалищным зеркалам, так как можно сделать ожог стенок влагалища и тканей шейки.

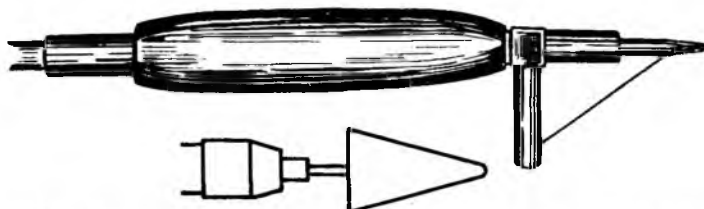


Рис. 123. Электроды к аппарату диатермии для диатермокоагуляции.

Многие гинекологи эту операцию делают в женской консультации. Мы считаем, что ее нужно производить только в стационаре. В послеоперационном периоде, начиная с 5—6-го дня, во влагалище следует ежедневно вводить тампон, пропитанный жировыми эмульсиями, желатинно с антибактериальными препаратами. Полная эпителизация шейки матки отмечается примерно к концу 6-й недели. Больную из стационара можно выписать после отторжения струпа.

#### ОПЕРАЦИЯ ЭММЕТА (TRACHELORRHAPHIA)

При наличии на шейке матки одного или двух рубцов от бывших разрывов без значительной деформации и железисто-мышечной гиперплазии ее тканей может быть успешно применена пластическая операция восстановления целостности шейки, предложенная Эмметом.

К этой операции больную следует готовить, как и к другим, уже описанным операциям на шейке матки.

Больную укладывают на операционном столе, как для влагалищной операции; обрабатывают и ограждают стерильным бельем операционное поле. Шейку матки обнажают влагалищными зеркалами и обе ее губы фиксируют щипцами. Влагалище и шейку дезинфицируют спиртом и слабой настойкой йода.

Для производства операции достаточно инфильтрационной анестезии 0,5% раствором новокаина. Но лучше ее начать со смазывания всей влагалищной части шейки, ее канала и влагалищных сводов 2—5% раствором дикаина и только после этого дополнительно ввести 0,5% раствор новокаина непосредственно в ткани шейки матки. Это обеспечивает полную безболезненность операции и возможность гидравлической препа-



ровка рубцовоизмененных тканей шейки. Операцию Эммета технически легче произвести сразу по окончании операции искусственного аборта, особенно если срок беременности достиг 10—12 недель, когда ткани шейки матки значительно разрыхлены, относительно легко поддаются препаровке и края раны при наложении швов легко сопоставить.

По-видимому, этим объясняется и лучшее заживление операционной раны на шейке у беременных женщин.

Шейку матки низводят по возможности ко входу во влагалище и оттягивают в сторону, противоположную той, на которой нужно делать операцию.

Острым ножом делают очерчивающий разрез совершенно одинаковой формы и величины на обеих губах шейки, после чего тщательно иссекают рубцовоизмененные ткани (рис. 124). В верхней части раны ее латеральный край следует ножницами или ножом отсепаровать кверху на 0,5—1 см, чтобы при сшивании можно было восстановить форму шейки матки (рис. 125).

В этом месте необходимо наложить 1—2 узловатых погружных кетгутовых шва, которые не следует завязывать, пока не наложены швы на всю рану. Края раны правильно можно соединить только узловатыми швами, проведенными через всю толщу шейки (рис. 126). Только теперь приступают к завязыванию лигатур. Сначала завязывают погружные швы, затем остальные с обязательным тщательным сопоставлением краев раны. Швы не следует затягивать очень сильно, так как после этого края раны относительно легко прорезаются даже кетгутовыми нитями, из-за чего ухудшается заживление.

Ведение послеоперационного периода после операции Эммета такое же, как и после ампутации шейки матки. Вставать и ходить можно разрешить на 5—6-й день, а выписать — на 10-й день.

Основными моментами операции Эммета после подготовки и изоляции операционного поля являются: 1) обнажение зеркалами, фиксация щипцами и низведение шейки матки, 2) тщательная анестезия, 3) иссечение рубцовоизмененных тканей, 4) наложение узловатых швов.

### ОПЕРАТИВНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Операция искусственного аборта разрешается при беременности до 12 недель включительно, в более поздние сроки (до 28 недель) аборт может быть произведен по медицинским показаниям. Сущность операции искусственного аборта заключается в удалении плодного яйца из полости матки. Достичь этой цели можно двумя способами: а) удалить плодное яйцо с помощью кюретки и абортцанга и б) отсосать плодное яйцо с помощью отсасывателя (вакуум-аппарата).

**Операция искусственного аборта с помощью выскабливания и удаления плодного яйца абортцангом.** При проведении операции искусствен-

ного аборта мы считаем совершенно обязательным проводить тщательное обезболивание одним из описанных способов. Лучшим из них, по нашим наблюдениям, является последовательное смазывание слизистой влагалища, шейки, шеечного канала и внутренней поверхности поверхности матки 1—2% раствором дикаина и введение в ткани шейки спазмолитиков с лидазой. Перед операцией искусственного аборта для определения величины, формы и положения матки необходимо обязательно сделать влагалищное исследование.

Больную после опорожнения прямой кишки и мочевого пузыря укладывают на гинекологическое кресло, как для гинекологической операции. Волосы на наружных половых органах должны быть сбриты, а кожу следует обработать спиртом и йодом.

Влагалище раскрывают зеркалами, ватными шариками очищают его от выделений. Слизистую влагалища и шейки протирают спиртом и йодом. Щипцами Дуайена или Мюзо захватывают переднюю губу шейки матки. Тщательно и медленно проводят анестезию одним из описанных способов. Следует выждать, пока проявится действие анестетиков. Затем маточным зондом исследуют полость матки, уточняют ее размеры и положение и приступают к расширению шеечного канала. Расширители Гегара надо вводить, начиная с малых номеров. При 6—7-недельной беременности вполне достаточно расширить шеечный канал до № 9 расширителя Гегара, при 8—9-недельной беременности — до № 11, 10—12-недельной беременности — до № 13, а у некоторых женщин — до № 14. При расширении шеечного канала кривизна расширителя должна обязательно совпадать с изгибом матки, в противном случае матка может быть легко перфорирована. Шеечный канал расширяется совершенно беспрепятственно и безболезненно, если в ткани шейки введена лидаза с одним из спазмолитиков и проведено обезболивание с помощью дикаина.

По окончании расширения в полость матки вводят кюретку, которой нащупывают плодное яйцо, разрушают его, что хорошо видно по истечению небольшого количества вод (рис. 127). Если кюреткой не удается сразу удалить плод, то его удаляют абортцангом. Абортцанг в матку следует вводить сомкнутым, в ее полости раскрыть, захватить плод или его часть и удалить. После удаления плода кюреткой планомерно соскабливают слизистую матки, а вместе с ней и оболочки плодного яйца. При этом совершенно не обязательно во что бы то ни стало добиваться ясно слышимого маточного хруста. При выскабливании слизистой матки и остатков плодного яйца надо получить ясное впечатление гладкости стенок матки. Как только матка опорожнена, прекращается кровотечение и появляется кровянистая пена (сигнал к окончанию операции).

Не следует с силой выскабливать слизистую оболочку трубных углов матки: это может привести к облитерации интрамуральной части трубы.

В более поздние сроки, при 13—16 и даже 18-недельной беременности,

по жизненным показаниям, операция искусственного аборта может быть также произведена без особых затруднений. Залогом успеха является тщательное обезболивание с введением непосредственно в шейку матки лидазы и спазмолитиков, что обеспечивает беспрепятственное и безболезненное или малоболезненное расширение шейки матки. Расширение шеечного канала производят в зависимости от срока беременности расширителями Гегара до 16—18-го, иногда 20—22-го номера.

Ни в коем случае не следует начинать операцию искусственного аборта в поздние сроки беременности с разрушения кюреткой плодного яйца и выскабливания: эта попытка неизбежно приводит к сильному маточному кровотечению.

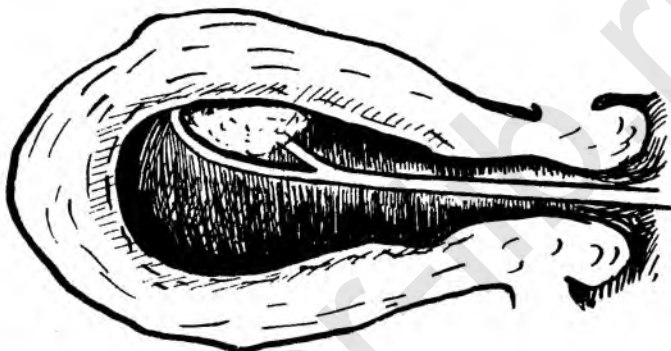


Рис. 127. Операция искусственного аборта. Разрушение и выскабливание плодного яйца кюреткой.

Как только расширение шеечного канала закончено, следует ввести в полость матки большой абортцанг, разорвать плодные оболочки (рис. 128); не вынимая абортцанга, подождать, пока истекнут воды, затем нащупать самую объемистую часть плода — головку, широко раскрыть абортцанг и захватить им последнюю. При этом левой рукой, расположенной на передней брюшной стенке над дном матки, оператор должен контролировать и корригировать действия абортцанга. Медленно замыкая абортцанг, раздавливают головку, что легко определяется по выделению мозговой ткани из шеечного канала. Головку следует извлекать медленно, чтобы ее костями не травмировать ткани матки в области внутреннего зева. Затем одну за другой захватывают и удаляют другие части плода, пока он не будет удален полностью. Теперь тем же абортцангом удаляют плаценту и лишь после этого кюреткой планомерно выскабливают слизистую матки с остатками плодного яйца. Все части плода следует складывать на лоток, чтобы можно было в сомнительных случаях проверить, все ли плодное яйцо удалено.

Следовательно, основными моментами операции искусственного аборта после подготовки операционного поля и обезболивания являются: 1) расширение шеечного канала, 2) удаление плода и его оболочек абортцангом или кюреткой (при малых сроках беременности), 3) планомерное и бережное выскабливание слизистой оболочки матки, 4) удаление инструментов, с помощью которых производилась операция.



Рис. 128. Разрушение и удаление плодного яйца абортцангом.

### Примерный ход операции искусственного аборта

Показания к операции: митральный стеноз, беременность 16 недель.

Обезболивание смазыванием слизистой влагалища, шейки, шеечного канала и внутренней поверхности матки 2% раствором дикаина. В ткани шейки матки (в четыре точки) введено 128 ЕД лидазы и 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина.

Наружные половые органы обработаны спиртом и йодом, влагалище раскрыто зеркалами и также обработано спиртом и йодом после смазывания 2% раствором дикаина. Шейка матки фиксирована щипцами Дуайена. Расширение шеечного канала совершенно беспрепятственно и безболезненно проведено расширителями до № 18, причем первым легко введен расширитель № 9. Абортцангом разорваны плодные оболочки, захвачена и удалена головка, а затем весь плод по частям и плацента, после чего кюреткой планомерно выскабливаема слизистая матки. Кровотечение было незначительным, которое сразу остановилось после удаления плаценты. Извлечены инструменты.

После операции искусственного аборта больная должна оставаться в стационаре от 3 до 5 дней, в зависимости от срока беременности. Сразу после операции следует к нижней части живота на полчаса — час приложить пузырь со льдом или холодной водой. Контрактильные и другие средства следует назначать по показаниям. Уход за больной в основном сводится к гигиеническим подмываниям.

Операция удаления плодного яйца и выскабливания слизистой матки при несостоявшемся аборте (missed abortion). При несостоявшемся

аборте, если тонус матки очень низкий и стенки ее дряблые, больной следует назначить горячие влагалитические души слабыми растворами антисептиков (раствор фурациллина — 1 : 4000, раствор марганцовокислого калия — 1 : 5000—6000 и др.) в течение нескольких дней одновременно с контрактильными средствами, лучше препаратами маточных рожек.

Подготовка больной непосредственно к операции такая же, как и для любого внутриматочного вмешательства.

При малых сроках беременности (до 12 недель) после осторожного расширения шеечного канала (с обязательным обезболиванием), не торопясь, еще более осторожно кюреткой разрушают плодное яйцо, части которого могут быть удалены также кюреткой или с помощью абортцанга.

В более поздние сроки плодное яйцо надо удалять по частям только абортцангом и лишь после этого планомерно выскабливать слизистую матки.

**Операция выскабливания слизистой матки и остатков плодного яйца при неполном аборте.** Подготовка больной и обезболивание те же, что и перед операцией искусственного аборта. Расширение шеечного канала при неполном аборте требуется не всегда. Однако перед введением кюретки в матку следует проверить проходимость шеечного канала несколькими расширителями Гегара, после чего маточным зондом очень осторожно обследовать полость матки. Если срок беременности не превышает 12 недель, то вводят кюретку в матку и планомерно выскабливают ее слизистую вместе с остатками плодного яйца. Если срок беременности больше 12 недель, лучше плаценту удалить абортцангом, а затем планомерно соскоблить слизистую матки.

Показанием к инструментальному опорожнению матки являются неинфицированный неполный аборт и кровотечение. При инфицированном неполном аборте следует вначале подвергнуть больную антибактериальной терапии и лишь после нормализации температуры тела произвести выскабливание задержавшихся частей плодного яйца, если нет сильного маточного кровотечения.

В послеоперационном периоде, в зависимости от общего состояния больной (анемия и др.), проводится соответствующее лечение (переливание крови, антибактериальные, контрактильные средства). После неполного, а также несостоявшегося аборта больная должна находиться в стационаре до полного выздоровления.

**Операция искусственного аборта путем вакуум-аспирации плодного яйца.** Этим способом можно успешно производить абORTы при беременности сроком до 10—12 недель. Подготовка больной, обезболивание и расширение шеечного канала те же, что и при операции искусственного аборта вышеописанным способом. Кюретку и абортцанг здесь заменяет трубка (вакуум-кюретка) с одним или несколькими отверстиями (рис. 129).

После Зубеева предложено много разнообразных трубок в качестве вакуум-кюреток, но все они уступают зубеевским.

Вакуум-кюретки Зубеева представляют собой металлические трубки, по форме напоминающие расширители Гегара, с боковым отверстием у закругленного конца. Отверстие имеет продолговато-овальную форму. В продаже имеется аппарат Зубеева с четырьмя размерами вакуум-кюреток: № 6, 8, 10 и 12.

Каждая вакуум-кюретка предназначена для соответствующего срока беременности. Вакуум-кюреткой № 6 следует производить операцию искусственного аборта при беременности со сроком до 6 недель, вакуум-кюреткой № 8 — со сроком до 8 недель, вакуум-кюреткой № 10 — со сроком до 10 недель и, наконец, вакуум-кюреткой № 12 — при беременности со сроком до 12 недель.

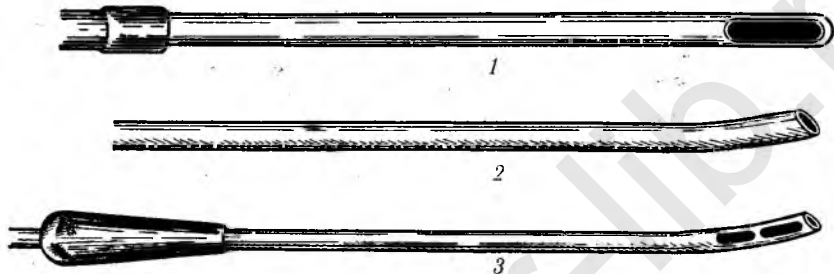


Рис. 129. Вакуум-кюретки:  
1 — Зубеева; 2 — импровизированная; 3 — Осноса.

Расширять шейный канал следует после тщательной анестезии расширителями Гегара до номера, соответствующего размеру вакуум-кюретки, или на один номер больше.

Вакуум-кюретка Зубеева предназначена только для отсасывания плодного яйца из полости матки, а не для выскабливания, как это думают некоторые авторы, предлагающие свои модели трубок, имеющие также и свойства обычной острой кюретки. Применение подобных кюреток не имеет смысла, так как не исключает самого главного недостатка острой кюретки — ее травматичности.

При производстве операции искусственного аборта с помощью вакуум-кюретки можно пользоваться ручным и электрическим отсасывателем. Вакуум-кюретку с отсасывателем соединяют плотной резиновой трубкой.

После расширения шейного канала вакуум-кюретку соответствующего номера вводят в полость матки по тем же правилам, что и расширители Гегара (рис. 130). Когда конец ее достигает дна матки, включают электроотсасыватель или приводят в действие ручной отсасыватель. Чтобы разрушить и удалить плодное яйцо, надо создать в вакуум-кюретке отрицательное давление до  $0,4-0,6 \text{ кг/см}^2$ . Как только стрелка вакуумметра отклоняется до нужной цифры, кюретку следует вывести

из полости матки, чтобы нижний край ее отверстия показался из наружного зева. При этом ворвавшаяся в вакуум-кюретку струя воздуха увлекает за собой ткани плодного яйца, которые по трубке поступают в банку отсасывателя.

Чтобы аспирировать остатки плодного яйца, вакуум-кюретку снова вводят в полость матки. Планомерно, как при выскабливании, но ни-

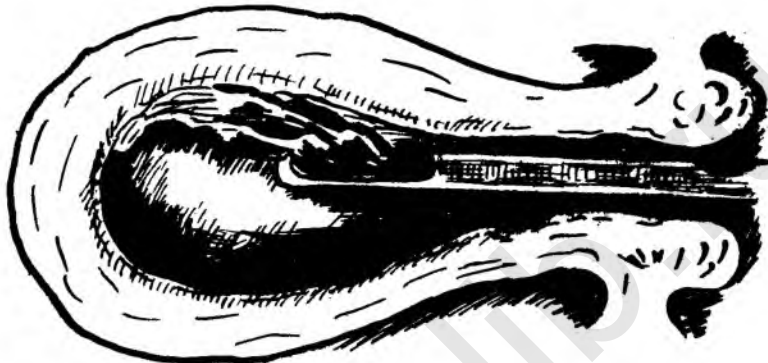


Рис. 130. Операция искусственного аборта путем вакуум-аспирации плодного яйца.

сколько не прижимая кюретку к стенкам матки, отсасывают слизистую оболочку. Стенки матки, свободные от частей плодного яйца, при ревизии вакуум-кюреткой вызывают у оператора такое же ощущение, как и при выскабливании.

Плодное яйцо с помощью вакуум-кюретки удаляется из матки в течение 0,5—1,5 минуты. Операция вакуум-аспирации плодного яйца имеет несомненные преимущества перед операцией искусственного аборта путем выскабливания острой кюреткой, которой почти во всех случаях повреждается не только базальный слой слизистой, но и мышечный слой матки.

После операции искусственного аборта путем вакуум-аспирации больная может быть выписана из стационара на 3-и сутки.

#### **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА (ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КОЛЬПОРАФИИ)**

При небольшом опущении передней стенки влагалища положение мочевого пузыря может быть ненарушенным. Пластическая операция в подобных случаях, всегда проводимая одновременно с операцией восстановления целостности промежности, сводится к следующему.

Больную укладывают, как для влагалищных операций, обрабатывают и стерильным бельем изолируют операционное поле. Влагалищными

зеркалами обнажают шейку матки, фиксируют щипцами и низводят ко входу во влагалище или за его пределы и книзу. Некоторые авторы, в частности Е. М. Шварцман, утверждают, что передняя стенка влагалища и шейка матки не имеют чувствительных нервных образований и поэтому рекомендует проводить операцию без анестезии. В действительности дело обстоит иначе, в чем легко может убедиться любой гинеколог. Поэтому, прежде чем приступить к операции, необходима полная анестезия.

В месте перехода подвижной слизистой влагалища в неподвижную шейку матки делают прокол тонкой инъекционной иглой на глубину 2—3 мм. При этом конец иглы попадает в подслизистую рыхлую соединительнотканную клетчатку, куда и следует вводить анестезирующее вещество, например, 0,25% или 0,5% раствор новокаина. Сначала иглу продвигают по средней линии передней стенки влагалища вслед за ползущим в подслизистом слое инфильтратом анестетика, пока тот не достигнет области наружного отверстия уретры, что легко заметить по направлению складок слизистой. Затем иглу следует потянуть на себя, но не извлекать, и, повернув ее вправо или влево, таким же способом ввести новокаин в боковые стенки влагалища. После этого вновь потянув на себя иглу и скользя концом ее по передней стенке шейки матки, вводят анестетик в околопузырную и околошеечную клетчатку вплоть до пузырно-маточной складки брюшины. При таком способе анестезии происходит гидравлическая препаровка тканей, что значительно облегчает выполнение операции. Из растянутой передней стенки влагалища выкраивают овальной формы лоскут, наиболее заостренный конец которого должен начинаться на расстоянии 1—2 см от наружного отверстия уретры; второй, более тупой конец доводят до перехода слизистой с переднего свода влагалища на шейку матки (рис. 131). Обводящий разрез стенки влагалища следует делать острым скальпелем. Разрез сделан правильно, если края раны расходятся на 0,5—1 см, то есть если он проник в рыхлую клетчатку. Отсепаровку очерченного таким образом лоскута следует начинать от наружного отверстия уретры по направлению к шейке матки. (рис. 132).

Если очерчивающий разрез сделан поверхностно, лоскут передней стенки влагалища отсепаровывается с большим трудом; отсепаровка сопровождается значительным кровотечением. Необходимо помнить, что толщина стенки влагалища равна примерно 0,3 см и только у старых женщин она тоньше. Если же сделать более глубокий разрез, можно ранить мочево́й пузырь.

Необходимо также правильно определить ширину лоскута, чтобы сильно не сузить влагалище или не сделать операцию бессмысленной, выкроив слишком узкий лоскут.

После удаления очерченного лоскута края влагалищной раны следует примерно на 1 см отсепаровать в стороны, после чего соединить их узловатыми кетгутowymi швами.



При сшивании краев влагалищной раны непрерывным кетгутовым швом влагалище по линии шва может быть стянуто в виде гармошки и, следовательно, деформировано, поэтому лучше накладывать узловые швы, сильно не затягивая их, так как ткани влагалища легко прорезываются.

#### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

При значительном опущении передней стенки влагалища опускается и мочевой пузырь, образуя цистоцеле, поэтому с помощью вышеописан-

ной операции нельзя достичь хорошего результата.

Для производства операции передней кольноррафии при опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря очерчивают и отсепааровывают лоскут, как и при предыдущей операции. После этого края влагалищной раны следует отсепааровать во все стороны на 1—2 см в зависимости от ширины удаленного лоскута (рис. 133). Отсепаровку лучше всего производить тупоконечными изогнутыми ножницами (Кулера), подсекая пучки соединительной ткани между влагалищем и мочевым пузырем, который по мере отделения краев раны все больше освобождается. Далее, натянув на себя и книзу шейку матки, а мочевой пузырь тупфером приподняв сверху, ножницами рассекают соединительнотканые пучки маточно-пузырной связки. После рассечения маточно-пузырной связки мочевой пузырь легко тупфером, тупыми концами ножниц или пальцем, обернутым марлей, отделяют от шейки матки вплоть до брюшины пузырно-маточного углубления.



Рис. 137. Края влагалищной раны соединены узловатыми кетгутовыми швами.

Высепарованный мочевой пузырь вместе с его фасцией следует ушить кисетным швом или узловатыми кетгутовыми швами. При затягивании

швов необходимо следить за тем, чтобы не ущемить стенки мочевого пузыря, которая может после этого омертветь. Но лучше мочевой пузырь ушить с помощью поперечно наложенных узловатых швов на ножки мочевого пузыря и паравезикальную клетчатку вместе с фасцией, как показано на рис. 134, 135, 136. Лишь после этого также узловатыми кетгутowymi швами соединяют края влагалищной раны; причем у переднего свода влагалища 2—3 швами следует захватить и ткани шейки (рис. 137). В результате укрепляется приподнятое положение мочевого пузыря.

Следовательно, основными моментами операции передней кольпографии при опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря являются: 1) удаление овального лоскута из передней стенки влагалища, 2) отсепаровка стенок влагалища от мочевого пузыря на 1—2 см от краев раны в стороны, 3) отделение мочевого пузыря от шейки матки, 4) ушивание мочевого пузыря, 5) соединение краев влагалищной раны.

### **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

Клиновидную или высокую конусовидную ампутацию шейки матки следует производить после того, как сделана пластическая операция на передней стенке влагалища.

Основными моментами этой операции являются следующие: 1) иссечение овального лоскута из передней стенки влагалища, 2) отслойка мочевого пузыря от шейки матки и краев влагалищной раны (если он опущен), 3) ушивание мочевого пузыря вместе с апоневротической перегородкой, 4) соединение краев влагалищной раны, 5) ампутация шейки матки.

Если врач ошибочно начал операцию с ампутации шейки матки, то всю операцию необходимо выполнить в обратном порядке.

### **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СТАРЫХ РАЗРЫВАХ ПРОМЕЖНОСТИ И ОПУЩЕНИИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА И ПРЯМОЙ КИШКИ (ОПЕРАЦИЯ КОЛЬПОПЕРИНЕОРАФИИ)**

При разрывах промежности нарушается целость тазового дна, а иногда и наружного сфинктера заднего прохода и прямой кишки. У таких больных половая щель зияет, задняя стенка влагалища, а со временем и прямая кишка, опускаются. В запущенных случаях влагалище выворачивается и матка опускается за пределы половой щели, выпадает. Опущению и выпадению половых органов способствуют тяжелая физическая работа (поднятие тяжестей), быстрое и резкое похудение, истощение и старение организма. По мере опущения половых органов, увлекающих за собой мочевой пузырь и прямую кишку, у некоторых больных развивается

недержание мочи, особенно при кашле, чихании, смехе, при натуживании и т. д., а также появляются в необычно большом количестве выделения из влагалища. Выделения (бели), вытекая на наружные половые органы, вызывают раздражение прилегающих участков кожи. При нарушении целостности сфинктера заднепроходного отверстия больные страдают частичным или полным недержанием газов и кала. Эти страдания еще более усиливаются, если разорвана и прямая кишка.

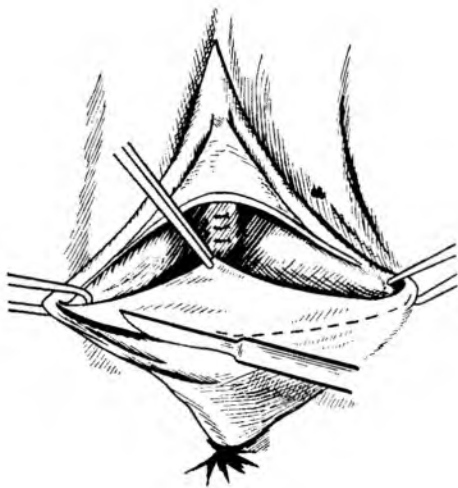


Рис. 138. Операция кольпоперинеоррафии. Очерчивающий разрез по границе перехода кожи промежности в слизистую влагалища.

Следовательно, оперативное восстановление целостности промежности целесообразно у одних больных для профилактики тягостных симптомов опущения и выпадения половых органов, а у других — для устранения указанных страданий.

Одним из основных условий успешного проведения операции является правильно выполненная анестезия. Лучшей при влагалищных операциях, по-видимому, нужно признать инфильтрационную анестезию. По средней линии промежности тонкой инъекционной иглой прокалывается кожа и вводится 3—5 мл 0,25% раствора новокаина, после чего игла продвигается вслед за вводимым анестетиком в подслизистую клетчатку задней стенки влагалища по средней ее линии кверху. Длина инъекционной иглы должна быть достаточной для достижения заднего влагалищного свода. Затем иглу следует потянуть на себя (но не извлекать) и, резко повернув влево (или вправо), продвигать в направлении малой половой губы, постепенно инфильтрируя ее раствором новокаина. Окончив анестезию одной малой половой губы, потягивают иглу на себя, поворачивают ее в другую сторону и анестезируют вторую малую губу. После этого таким же способом анестезируют боковые стенки влагалища. В заключение анестезии иглу следует потянуть на себя и, повернув вправо, ввести анестетик в мышцу, поднимающую задний проход, одной, а затем второй стороны. В каждую мышцу для полной анестезии необходимо ввести по 30—40 мл, лучше 0,5% раствора новокаина. При таком способе анестезии не только достигается полное обезболивание, но и хорошая гидравлическая препаровка тканей, значительно облегчающая выполнение операции.

Для производства операции кольпоперинеографии из задней стенки влагалища выкраивается треугольный лоскут, основанием которого является граница между кожей промежности и слизистой влагалища. В пределах старого разрыва у бывшей задней спайки влагалища накладываются два зажима Кохера (или Микулича), между которыми ножом разрезают кожу (по границе перехода ее в слизистую влагалища) и подкожную клетчатку (рис. 138). Одновременно зажимом или лигатурой можно отметить и верхний угол лоскута, подлежащего удалению. Чем шире влагалище и чем больше опущена его задняя стенка, тем выше должна располагаться вершина треугольника. Безопаснее и технически легче отсепаровать заднюю стенку влагалища снизу. После рассечения кожи и подкожной клетчатки расположенные глубже обычно рубцовоизмененные ткани следует рассечь ножницами (рис. 139). Захватив одним или двумя зажимами край отсепарованного влагалища, натягивают его, а хорошо видимые при этом соединительнотканые пучки, идущие кзади, по направлению к прямой кишке, рассекают ножницами и тупо, концами ножниц или тупфером, отделяют стенку влагалища от прямой кишки (рис. 140). Постепенно отсепаровывая стенку влагалища до зажима, которым отмечена вершина треугольного лоскута ножницами или ножом лоскут иссекают (рис. 141). Для лучшего доступа к мышцам, поднимающим задний проход, края влагалища отсепаровывают в стороны примерно на 1—3 см; избыток их иссекают ножницами. Обнажать мышцы не следует, так как покрытые апоневрозом они срастаются прочнее.



Рис. 139. Край влагалищной раны приподнят, натянутые рубцовоизмененные ткани рассекают ножницами.

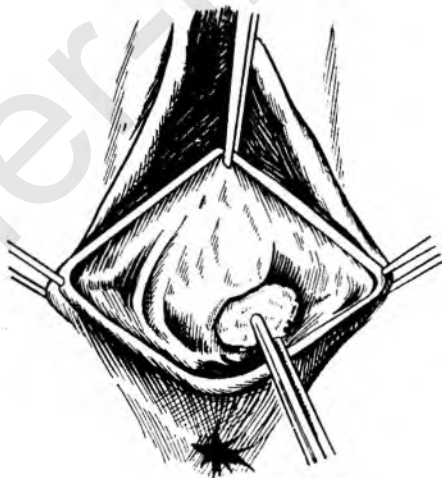


Рис. 140. Дальнейшая отсепаровка задней стенки влагалища с помощью тупфера.

Можно отсепаровать лоскут из задней стенки влагалища, начиная сверху. Наметив зажимами на задней стенке влагалища треугольный лоскут, как выше указано, все три зажима соединяют разрезами. Выкроенный треугольный лоскут отсепаровывают, начиная с его вершины. Оттянув вершину лоскута, ножницами следует подсекать клетчатку и отодвигать лоскут книзу. Необходимо помнить, что, пользуясь этим способом, легче ранить прямую кишку, поэтому разъединять паравагинальную и параректальную клетчатку следует с особой осторожностью. При тупом разъединении нельзя применять силы. Лучше рассечь натянутые ткани, чем их разрывать. Далее, захватывая края лоскута зажимами и все время натягивая его, ножницами подсекают клетчатку, постепенно отслаивая намеченную к удалению рубцовоизмененную часть влагалища.

Удалив одним из описанных способов лоскут, прямую кишку, если она выступает в полость влагалища или опускается, следует ушить кетгутым или узловатыми поперечно наложенными швами кетгутом. После этого обязательно нужно наложить две-три лигатуры (мы пользуемся кетгутом № 5 или № 6) на внутренние пучки мышцы, поднимающей задний проход, но не завязывать сразу, так как это затрудняет дальнейший ход операции (рис. 142, 143). Кровоточащие сосуды клетчатки следует тщательно перевязать. Края раны лучше соединить узловатыми кетгутowymi швами с прошиванием их к подлежащей клетчатке. Наложив швы в глубине влагалища, завязывают лигатуры, которые стягивают внутренние пучки мышцы, поднимающей задний проход. Края кожи промежности можно соединить узловатыми шелковыми или кетгутowymi швами с обязательным прошиванием подлежащих тканей, чтобы не оставалось пространства, в котором могла бы образоваться гематома. Швы не следует сильно затягивать, так как при этом ткани промежности отекают и прорезаются, вследствие чего не происходит заживления первичным натяжением. Для соединения краев кожи промежности можно пользоваться и металлическими скобками, но в этом случае на подкожную клетчатку следует наложить погружные кетгутзовые швы (рис. 144).

Иногда задняя стенка влагалища может опуститься с образованием ректоцеле у женщин, не имевших во время родов разрыва промежности, а также у нерожавших. В подобных случаях основание иссекаемого лоскута должно быть небольшим, во избежание чрезмерного сужения входа во влагалище; края же влагалищной раны следует пошире отсепаровать в стороны, чтобы хорошо выделить опущенную переднюю стенку прямой кишки, а затем тщательно ушить ее. При соединении краев влагалищной раны избытки отсепарованной влагалищной стенки следует иссечь, что удобнее сделать ножницами. В остальном операция выполняется, как и при опущении задней стенки влагалища, развившемся на почве разрыва промежности.

Основные моменты операции кольпоперинеорафии при неполном раз-

Рис. 141. Иссечение отсепарованной задней стенки влагалища.

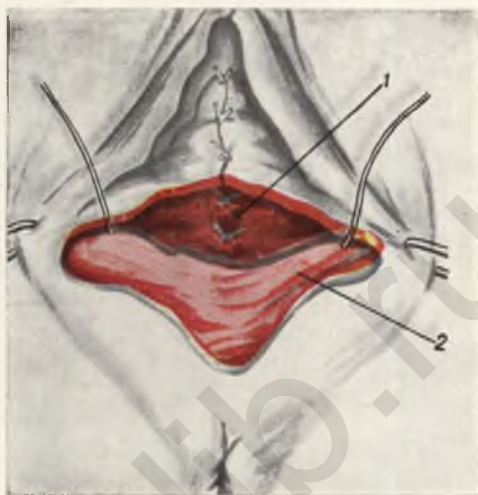


Рис. 142. Начало соединения краев влагалищной раны узловатыми кетгутowymi швами:

1 — параректальная и паравагинальная клетчатка соединены погружными узловатыми кетгутowymi швами; 2 — сшивание мышц, поднимающих задний проход.

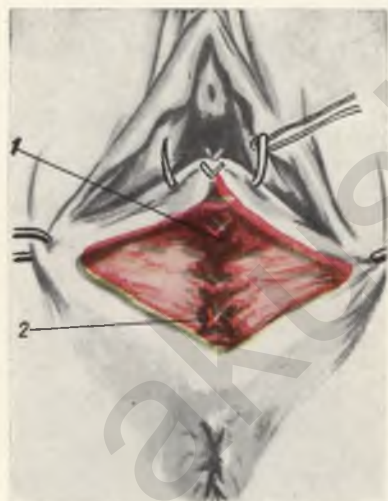


Рис. 143. Дальнейшее соединение краев влагалищной раны узловатыми кетгутowymi швами:

1 — швы на параректальной и паравагинальной клетчатке; 2 — швы на мышцах, поднимающих задний проход.



Рис. 144. Соединение клетчатки и краев кожной раны узловатыми швами.

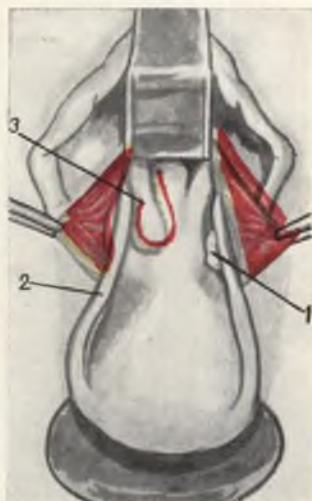


Рис. 145. Операция фиксации матки с помощью крестцово-маточных связок:

1 — яичник, 2 — труба; 3 — иссечение крестцово-маточной связки.



Рис. 146. Соединение крестцово-маточных связок:

1 — маточная труба; 2 — круглая связка; 3 — передний листок широкой связки; 4 — пузырно-маточная складка брюшины; 5 — крестцово-маточные связки.

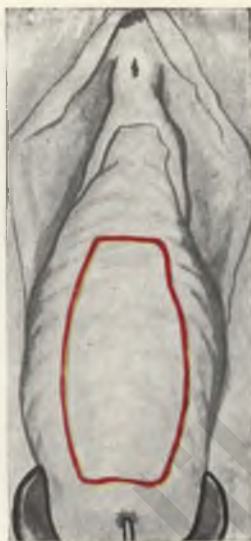


Рис. 147. Операция срединной кольпорафии. Очерчивающий разрез передней стенки.



Рис. 148. Очерчивающий разрез задней стенки влагалища.



Рис. 150. Соединение боковых краев раны узловатыми швами со стороны слизистой.



Рис. 149. Соединение верхних краев влагалищной раны узловатыми швами (1); шейка матки (2).

рыве промежности и опущении прямой кишки: 1) выкраивание и отсепа- ровка из задней стенки влагалища треугольного лоскута (лучше и безопаснее снизу), 2) ушивание прямой кишки, 3) наложение швов на мышцу, поднимающую задний проход, 4) соединение краев влагалищной раны, 5) соединение краев раны промежности.

Обычно опущение передней и задней стенок влагалища происходит одновременно с опущением мочевого пузыря и прямой кишки; при этом опускается и матка. Оперативное лечение при опущении половых орга- нов должно слагаться, как правило, из трех этапов: передней кольпора- фии, кольпоперинеорафии и одной из операций — вентросуспензии, вент- рофиксации или укорочения круглых маточных связок.

### Примерный ход операции при опущении матки и влагалища

Показания к операции: неполное выпадение матки с частичным выворотом вла- галища, опущением мочевого пузыря (цистоцеле) и прямой кишки (ректоцеле) у же- нщины детородного возраста.

Анестезия инфильтрационная 0,25% раствором новокаина; введено 550 мл. Пе- ред операцией больной введено под кожу 2 мл 2% раствора промедола.

**Первый этап операции:** передняя кольпорафия.

В положении больной для влагалищной операции после обработки наружных половых органов и внутренних поверхностей бедер спиртом и йодом, а также изо- ляции операционного поля стерильным бельем влагалище раскрыто зеркалами. Шейка матки фиксирована щипцами Мюзо и низведена на себя и книзу, слизистая дополни- тельно обработана слабым спиртовым раствором йода.

На расстоянии 1,5 см от наружного отверстия уретры на стенку влагалища на- ложен зажим Кохера и отведен вверх; шейка матки отведена книзу. Из натянутой при этом передней стенки влагалища выкроен овальный, точнее дисковидный лоскут, заостренная верхняя которого обращена к наружному отверстию уретры, а заострен- ное основание расположено у переходной складки переднего влагалищного свода. Оттянув верхний угол намеченного к удалению лоскута зажимом, ножницами под- сечены довольно плотные соединительнотканые пучки между уретрой и стенкой вла- галища, после чего захвачены края зажимами и лоскут без затруднений отсепарован и удален. Края влагалища отсепарованы в стороны на 2 см. При этом выделен моче- вой пузырь. Натянутые пучки соединительной ткани между шейкой матки и моче- вым пузырем рассечены ножницами, мочевой пузырь тупыми концами ножниц отодви- нут от шейки матки до пузырно-маточной складки. На заднюю стенку мочевого пу- зыря, насколько позволяли размеры операционного поля, попеременно наложены узло- ватые кетгуттовые швы, по мере затягивания которых стенка пузыря была полностью погружена.

Края влагалищной раны соединены узловатыми кетгутловыми швами с одновре- менным прошиванием подлежащих тканей (шейки матки и области шва).

**Второй этап операции:** кольпоперинеорафия.

По границе кожи промежности и слизистой входа во влагалище у бывшей задней слайки наложено два зажима Кохера, между которыми сделан разрез, проникающий в подкожную клетчатку. Края стенки влагалища захвачены зажимами, натянуты, а рубцовоизмененная клетчатка между задней стенкой влагалища и прямой кишкой рассечена ножницами. Далее, тупо ножницами расслоены паравагинальная и пара- ректальная клетчатка сверху до верхней трети влагалища, где по средней линии на его стенку наложен зажим Кохера и из высепарованной задней стенки влагалища



вырезан треугольный лоскут. Края влагалищной раны по бокам отсепарованы немного в стороны. На мышцы, поднимающие задний проход, наложены два кетгутовых шва. Сильно выпячивающая в просвет влагалища прямая кишка ушита поперечно наложенными на параректальную клетчатку узловатыми кетгутовыми швами, после чего швы завязаны на леваторах. Края влагалищной раны соединены узловатыми кетгутовыми швами; края кожи промежности — узловатыми шелковыми швами с одновременным прошиванием подлежащих тканей.

Третий этап операции: вентросусpending матки (по Долери—Джилльямю). Большая переведена в положение для лапаротомии.

После обработки спиртом и йодом и изоляции стерильным бельем операционного поля брюшная полость вскрыта срединным послойным разрезом длиной 6 см. Операционная рана дополнительно обложена стерильными салфетками и раздвинута ранорасширителем. При осмотре органов малого таза патологических изменений в матке и ее придатках, подлежащих специальному оперативному лечению, не обнаружено. В апоневрозе, прямой мышце живота и брюшине скальпелем с обеих сторон, отступая на 2 см от краев раны, сделано по одному отверстию, через которые в брюшную полость последовательно введены зажимы. Захваченные круглые связки соответственной стороны выведены на переднюю поверхность апоневроза передней брюшной стенки и подшиты к краям отверстий в нем. В результате этого матка оказалась фиксированной в положении антефлексии. Брюшина зашита непрерывным кетгутовым швом, левая прямая мышца подшита к белой линии, а края апоневроза соединены узловатыми кетгутовыми швами.

После этого над апоневрозом дубликатуры круглых связок и края апоневроза соединены узловатыми шелковыми швами. Края кожи и подкожная клетчатка также соединены узловатыми шелковыми швами.

Продолжительность операции — 1 час.

### **ОПЕРАЦИЯ ФИКСАЦИИ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ КРЕСТЦОВО-МАТОЧНЫХ СВЯЗОК**

Операцию фиксации матки с помощью крестцово-маточных связок производят в дополнение к передней кольпорафии и кольпоперинеорафии. Техника этой операции несложна и операция может быть успешно выполнена под инфильтрационной анестезией. Как и при операции передней кольпорафии, из передней стенки влагалища выкраивают и отсепаровывают продолговато-овальный лоскут, отслаивают мочевой пузырь от шейки матки. После этого обнажают и вскрывают пузырно-маточную складку брюшины, матку выводят в операционную рану и дно ее максимально оттягивают книзу, чтобы хорошо были видны крестцово-маточные связки. В местах отхождения от задней стенки надвлагалищной части шейки матки, крестцово-маточные связки отсекают (рис. 145). Под боковыми влагалищными сводами, параллельно ребрам шейки матки, у основания широких маточных связок изогнутым зажимом в клетчатке тупо проделывают ходы. Для этого зажим внедряют в клетчатку у бокового края влагалищной раны ниже внутреннего зева матки, продвигают по ее ребру и выводят в месте отсечения крестцово-маточной связки. Здесь зажим раскрывают, захватывают им отмеченный маточный конец крестцово-маточной связки и выводят ее на переднюю поверхность шейки.

Оба конца крестцово-маточных связок сшивают между собой и с шейкой матки по средней ее линии (рис. 146). Кроме того, связки по бокам дополнительно подшивают узловатыми швами к шейке матки. После этого матку погружают в брюшную полость, края раны пузырно-маточной складки брюшины сшивают непрерывным или узловатыми кетгутowymi швами. Заднюю стенку мочевого пузыря ушивают кистным или перекрещивающимися узловатыми или поперечно наложенными швами. Края влагалищной раны соединяют как при обычной передней кольпографии. Операцию заканчивают кольпоперинеорафией.

Следовательно, основными моментами операции фиксации матки с помощью крестцово-маточных связок после подготовки операционного поля и анестезии являются следующие: 1) выкраивание и отсепаровка из передней стенки влагалища дисковидного лоскута, 2) отсепаровка мочевого пузыря, 3) обнажение и вскрытие пузырно-маточной складки брюшины, 4) выведение матки в операционную рану, 5) отсечение крестцово-маточных связок от надвлагалищной части шейки матки, 6) проведение изогнутых зажимов в параметральной клетчатке к месту отсечения крестцово-маточных связок, 7) выведение связок на переднюю поверхность шейки матки, 8) сшивание крестцово-маточных связок между собой и подшивание их к шейке матки, 9) ушивание задней стенки мочевого пузыря, 10) соединение краев влагалищной раны, 11) кольпоперинеорафия, как описано выше (стр. 173)

#### ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

После влагалищных пластических операций швы на промежности лучше оставлять открытыми, так как повязка плохо удерживается, легко смачивается мочой и влагалищными выделениями, и, следовательно, не способствует лучшему заживлению раны, а в отдельных случаях может препятствовать ему из-за мацерации кожи, что облегчает развитие в ране инфекции. Мочеиспускание с первого дня послеоперационного периода может быть самостоятельным, но наружные половые органы после этого должны быть тщательно обмыты стерильным антисептическим раствором (раствор марганцовокислого калия 1 : 2000, фурациллина и др.), осушены стерильными марлевыми салфетками и смазаны спиртом или спиртовым раствором бриллиантовой зелени (метиленовой синьки). Если больная самостоятельно мочиться не может, что наблюдается у некоторых больных в первые дни после влагалищных операций, особенно связанных со смещением мочевого пузыря кверху, мочу следует выпускать катетером 2—3 раза в сутки со строжайшим соблюдением правил асептики. После каждого выпуска мочи наружные половые органы обрабатывают, как и после самостоятельного мочеиспускания. Необходимо следить за тем, чтобы моча не затекала в послеоперационную рану и во вла-

галище. Во влагалище для лучшего заживления его ран можно 1—2 раза в день с помощью эластического катетера вводить антибактериальные средства, к которым чувствительна его микрофлора. Если влагалищные выделения нормальны (I и II степени чистоты), во влагалище не следует вводить ни антибиотиков, ни антисептиков. В течение всего послеоперационного периода и при выписке больной из стационара не следует производить никаких влагалищных исследований, чтобы не нарушать первичного склеивания раневых поверхностей. Большую рациональнее всего осмотреть спустя две недели после выписки, когда послеоперационные рубцы окрепнут.

В случае нагноения послеоперационных ран влагалища можно осторожно 1—2 раза в сутки промывать его через эластический катетер слабыми растворами антисептических средств (раствор марганцовокислого калия (1 : 4000), раствор фурациллина (1 : 5000) и др.) с последующим введением во влагалище антибиотиков.

Очень важно для прочного сращения краев ран, особенно на задней стенке влагалища и на промежности, чтобы в первые 3 суток не было стула. Для этого нужно назначить жидкую диету: в первые сутки чай, фруктовые соки, поливитамины; на вторые сутки к этому добавляется рисовая каша на воде с сахаром, 50,0 белых сухарей, компот, протертый суп, бульон, на ночь кефир; на третьи сутки к диете добавляют мясные и молочные блюда; отварное куриное мясо, отварную телятину, паровые говяжьи тефтели или котлеты, до 200,0 белого хлеба. Начиная с четвертых суток больную переводят на общий стол, исключая первое время из ее рациона грубую пищу (колбасы, копчености, кислую капусту, консервы и др.).

Если в течение трех суток кишечник самостоятельно не опорожнится, это не должно волновать оператора; на четвертые-пятые сутки таким больным можно дать слабительное. Для более легкого опорожнения прямой кишки от твердых каловых масс можно ввести в нее 30,0—50,0 растительного масла.

Не следует в первые дни после влагалищных операций запрещать больным двигаться в постели. После операции больные должны ложиться на тот бок, на котором им удобнее лежать; необходимо следить за тем, чтобы больные поворачивались в постели и иногда ложились на несколько минут на живот, — это способствует истечению из влагалища скопившихся в нем выделений. После пластических влагалищных операций больные могут вставать с постели и ходить на 5—6-е сутки. В один из этих дней следует снять и швы с промежности. Необходимо больным объяснить, что они не должны еще в течение 10 дней садиться на корточки, сильно натуживаться, так как свежие рубцы на промежности и задней стенке влагалища могут не выдержать напряжения, могут разойтись и швы на мышцах, поднимающих задний проход.

Выписывать больных домой можно, если послеоперационный период протекал без осложнений, на 9—10-е сутки с освобождением от работы не менее чем на один месяц со дня выписки. В течение полутора-двух месяцев больные должны воздерживаться от половых сношений.

### ОПЕРАЦИЯ СРЕДИННОЙ КОЛЬПОРАФИИ ПО ЛЕФОРУ—НОЙГЕБАУЭРУ (COLPORRHAPHIA MEDIANA)

Производство этой операции рационально при полном выпадении матки у старых женщин, не живущих половой жизнью, для которых применение более сложной операции рискованно ввиду слабого общего состояния здоровья.

Сущность операции срединной кольпорафии, о чем говорит и ее название, сводится к сшиванию симметрических раневых поверхностей передней и задней стенок влагалища после иссечения из них одинакового размера и формы лоскутов. Операция технически несложна и может быть еще в значительной мере облегчена правильно проведенной инфильтрационной анестезией. Анестезию стенок влагалища проводят, как и при других пластических операциях. Захваченную щипцами шейку матки низводят; при этом влагалище полностью выворачивается, а шейка выходит ниже половой щели. Из передней стенки влагалища острым скальпелем выкраивают прямоугольный или в виде равнобедренной трапеции лоскут. Широкие стороны лоскута соответствуют продольному разрезу влагалища; одна узкая сторона располагается отступя примерно на 2 см от наружного отверстия уретры, а вторая — у переходной складки переднего свода влагалища. Если предполагается начинать отсепаровку лоскута по направлению к шейке матки, то зажимами Кохера (или Микулича) захватывают его края у наружного отверстия уретры и осторожно натягивают. Соединительнотканые пучки между стенкой влагалища и уретрой и мочевым пузырем лучше всего рассекать ножницами, тупыми концами которых следует осторожно отодвигать лоскут и вновь рассекать удерживающие его перемычки. Так постепенно отделяют всю переднюю стенку влагалища. Необходимо помнить, что атрофированные ткани влагалища старой женщины очень непрочны, истончены и при натягивании легко разрываются. Удалив лоскут, обнаженную раневую поверхность накрывают стерильной марлевой салфеткой, а матку отводят к симфиу так, чтобы вывернутая задняя стенка влагалища была хорошо расправлена.

После этого из нее выкраивают такой же по величине и форме лоскут, как и из передней влагалищной стенки. Безопаснее и удобнее задний лоскут отсепаровать, начиная от промежности. Наложив зажимы Кохера на края лоскута у промежности, следует, осторожно натягивая, ножницами рассечь клетчатку, а нередко и рубцовоизмененные ткани, удерживающие стенку влагалища у тела промежности. Рассекая перемычки ножницами

и отодвигая их тупыми концами стенку влагалища, постепенно проникают в слой рыхлой клетчатки, где лоскут отслаивается легко (рис. 147, 148). После этого тщательно сопоставляют края раны передней и задней стенок влагалища и соединяют обнаженные раневые поверхности. Самые надежные при этом узловатые швы. Начинать зашивание следует со стороны шейки матки; тонкие кетгуттовые нити протягивают через края

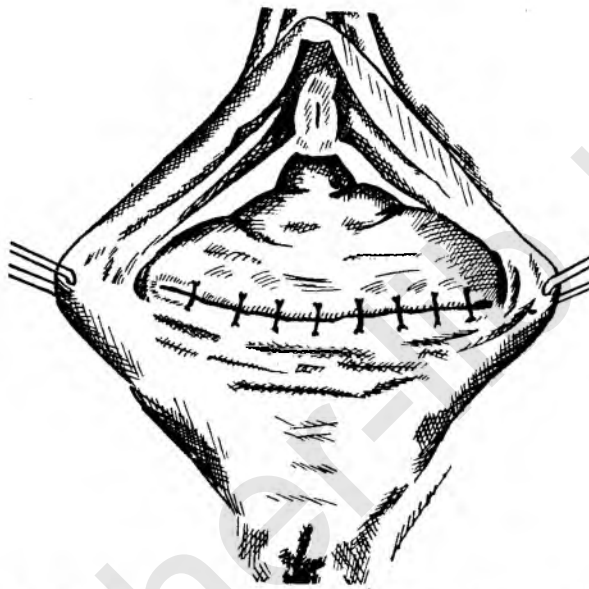


Рис. 151. Соединение нижних краев влагалищной раны.

раны и завязывают. После этого постепенно сшивают края раны боковых стенок. Для этого кетгуттовые нити (№ 3—4) проводят через края раны со стороны слизистой передней стенки влагалища, где их завязывают (рис. 149, 150). Паравезикальную и параректальную клетчатку сшивают узловатыми тонкими кетгуттовыми швами. В результате сшивания раневых поверхностей влагалище оказывается соединенным посредине широкой полосой; по бокам которой остается по узкому каналу, соединенному с влагалищными сводами; в них погружена влагалищная часть шейки матки. При сшивании раневых поверхностей необходимо следить за тем, чтобы не прошить стенку мочевого пузыря или прямой кишки. Последний ряд швов на края влагалищной раны у его входа лучше также наложить кетгуттовыми нитями, но можно и шелковыми; правда, последние легко прорезываются (рис. 151).

Следовательно, основными моментами операции срединной кольпорафии после подготовки операционного поля и анестезии являются: 1) выкраивание и отсепаровка равных по форме и величине лоскутов из передней и задней стенок влагалища, 2) соединение краев влагалищных ран, паравезикальной и параанальной клетчатки.

### Примерный ход операции срединной кольпорафии (по Лефору — Нойгебауэру)

Показания к операции: полное выпадение матки с опущением мочевого пузыря и прямой кишки, недержание мочи у женщины 67 лет.

Анестезия инфильтрационная 0,25% раствором новокаина (введено 250 мл). Перед операцией под кожу большой впрыснут 4 мл 2% раствора промедола.

Шейка матки, захваченная щипцами Мюзо, хорошо натянута на себя и книзу. Из передней стенки влагалища выкроен лоскут в форме равнобедренной трапеции и отсепарован остро и отчасти тупо с помощью изогнутых тупоконечных ножниц. Раневая поверхность прикрыта стерильной марлевой салфеткой. Шейка матки отведена на себя и вверх; при этом низведенная матка перегнута через лонный угол. Из задней влагалищной стенки выкроен такой же величины и формы лоскут и отсепарован преимущественно острым путем. Раневые поверхности обеих стенок влагалища сшиты друг с другом узловатыми кетгутowymi швами. Края влагалищных ран тщательно сопоставлены и соединены также узловатыми кетгутowymi швами. Потеря крови во время операции — около 100 мл.

Продолжительность операции — 20 минут.

### ОПЕРАЦИЯ ЛАБГАРДТА (COLPOPERINEOKLEISIS SUBTOTALIS)

Применение этой операции рационально у очень пожилых женщин, не живущих половой жизнью, как при полном, так и при неполном выпадении матки; она дает более стойкие результаты и более физиологична, чем срединная кольпорафия.

Операцию Лабгардта, как и все влагалищные пластические операции, лучше всего производить под инфильтрационной анестезией; если же применяется другой вид обезболивания, то с целью гидропрепаровки в паравагинальную клетчатку следует ввести физиологический раствор или слабый раствор новокаина. Анестезию начинают, как и при кольпоперинеографии, с задней стенки влагалища. Сделав прокол иглой кожи промежности по средней линии у места перехода ее в слизистую влагалища, вводят несколько мл 0,25% (или 0,5%) раствора новокаина. Затем иглу поворачивают в сторону и продвигают вслед за вводимым анестетиком по внутренней поверхности одной из малых половых губ до тех пор, пока раствор не достигнет наружного отверстия уретры. После этого иглу следует оттянуть на себя и таким же образом инфильтрировать раствором новокаина вторую малую половую губу. Затем, снова оттянув иглу назад, анестезируют всю заднюю и боковые стенки влагалища вплоть до

заднего свода, вводя новокаин длинной иглой (лучше всего с одного вкола) веерообразно. Если не удастся анестезировать слизистую входа во влагалище с одного вкола иглы, тогда можно сделать по одному дополнительному уколу с каждой стороны.

Отступя на 1 см от наружного отверстия уретры, скальпелем разрезают слизистую входа, затем внутреннюю поверхность малой губы, далее



Рис. 156. Края кожной раны соединены узловатыми швами.

разрез продлевают по краю промежности, затем снова по внутренней поверхности противоположной малой губы и заканчивают у наружного отверстия уретры (рис. 152). От концов кругового разреза делают два параллельных очерчивающих разреза передней стенки влагалища с переходом на боковые его стенки длиной примерно 3 см. После этого матку заправляют. Зажимом Кохера захватывают стенку влагалища у заднего свода. Затем от обоих концов разреза рассекают заднюю стенку влагалища до зажима, которым отмечен верхний угол лоскута.

Отсепаровать лоскут легче и безопаснее снизу, со стороны промежности (рис. 153). Захватив зажимами Кохера края раны, ножницами рассекают соединительнотканые пучки, соединяющие заднюю стенку влагалища с телом проме-

жности, концами ножниц отодвигают лоскут. Чередую рассечение и тупое расслоение тканей, постепенно отсепаровывают весь выкроенный участок влагалища. Раневые поверхности, особенно края разрезов, следует хорошо соединить узловатыми кетгутowymi швами. Сначала накладывают несколько швов на верхний угол раны. Затем несколькими рядами узловатых швов сшивают паравагинальную и параректальную клетчатку. Для укрепления тазового дна целесообразно попутно соединить двумя лигатурами и мышцы, поднимающие задний проход, без предварительной их отсепаровки. Края влагалищной раны следует тщательно сопоставить и соединить также узловатыми кетгут-

выми швами, которые не нужно сильно затягивать (рис. 154, 155). В результате этой операции создается на протяжении почти всего влагалища массивная преграда и высокая искусственная промежность, которые надежно удерживают матку на нормальном уровне. Края кожной раны обычно соединяют узловатыми шелковыми швами (рис. 156).

Основными моментами операции Лабгардта после подготовки операционного поля и тщательной анестезии являются: 1) выкраивание лоскута из стенок влагалища, 2) послойное зашивание обширной раны (сшивание паравагинальной и параректальной клетчатки) и соединение мышц, поднимающих задний проход, 3) соединение краев разреза.

### **Примерный ход операции по Лабгардту (Colporrhineokleisis subtotalis)**

Показания к операции: полное выпадение матки с опущением мочевого пузыря и прямой кишки у женщины 72 лет.

Перед операцией большой введен под кожу 2 мл 1% раствора изопромедола.

В положении для влагалищной операции подготовлено и изолировано операционное поле. Тщательно проведена инфильтрационная анестезия (300 мл 0,25% раствора новокаина). Скальпелем осторожно выкроен пятиугольный обширный лоскут из задней, боковых и частично передней стенок преддверья и влагалища, вершина которого достигла заднего влагалищного свода, а основание образовано круговым разрезом по границе входа во влагалище. Края раны влагалища у промежности захвачены зажимами Кохера; задняя стенка ложницами отделена от тела промежности и весь очерченный лоскут без затруднений отсепарован и удален.

У верхнего угла раны края ее соединены несколькими узловатыми кетгутowymi швами, после чего обширная раневая поверхность прошита в несколько этажей также узловатыми швами. Мышцы, поднимающие задний проход, соединены двумя кетгутowymi лигатурами. Края раны соединены узловатыми кетгутowymi швами. Потеря крови во время операции — около 100 мл.

Продолжительность операции — 25 минут.

### **ОПЕРАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ С ОДНОВРЕМЕННОЙ ПЕРЕДНЕЙ КОЛЬПОРАФИЕЙ И КОЛЬПОПЕРИНЕОРАФИЕЙ**

Эти операции производятся у пожилых женщин с полным выпадением матки, нередко, с удлиненной гипертрофированной шейкой и вывернутым влагалищем, а также при неполном выпадении матки, если по каким-либо причинам другие способы оперативного лечения нежелательны или ненадежны (ожирение, железисто-мышечная гиперплазия, эрозия шейки и другие предраковые состояния). При полном выпадении матки пангистерэктомия показана и у женщин среднего возраста (40—50 лет), если сохранение матки нерационально (эрозия, железисто-мышечная гиперплазия, эктропион, полипоз эндометрия и др. предраковые заболевания тела и шейки матки).

Операцию пангистерэктомии по поводу выпадения матки можно выполнить под инфильтрационной новокаиновой анестезией.



Существует несколько способов пангистерэктомии. Мы опишем два из них, которые применяем в своей практике.

**Первый способ влагалищной пангистерэктомии с передней кольпорафией и кольпоперинеорафией.** По этому способу операцию следует начинать с выкраивания треугольного лоскута из передней стенки влагалища.

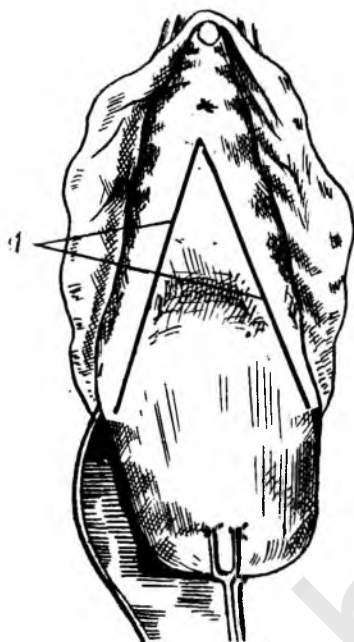


Рис. 157. Операция влагалищной пангистерэктомии с передней кольпорафией и кольпоперинеорафией (1 способ). Очерчивающий разрез передней стенки влагалища (1).

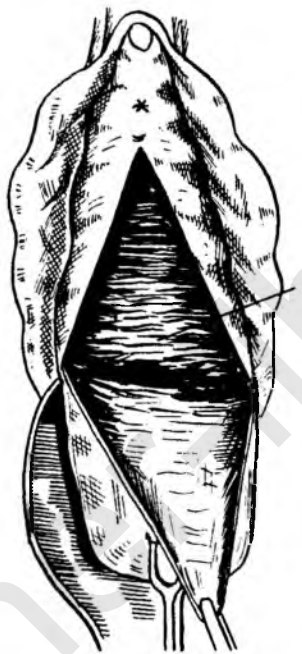


Рис. 158. Выкроенный треугольный лоскут отсепарован (1). Виден мочевой пузырь.

Хорошо натянув шейку матки щипцами на себя и книзу, делают два расходящихся под острым углом разреза, которые надо начинать на расстоянии 1—2 см от наружного отверстия уретры (рис. 157, 158). Сначала разрезы проходят по передней стенке влагалища, затем по боковым и заканчиваются на боковых поверхностях шейки матки. Разрез сделан правильно, если края раны расходятся на 0,5—1 см. Далее, захватив верхний угол выкроенного лоскута зажимом Кохера, ножницами подсекают пучки соединительной ткани между уретрой и передней стенкой влагалища, стараясь проникнуть

в рыхлый слой клетчатки, концами ножниц или тупфером лоскут отслаивают. Края влагалища отсепаровывают в стороны примерно на 2 см, чтобы сделать более широким доступ к мочевому пузырю. В ходе операции не следует стараться во что бы то ни стало расслаивать ткани только тупым или только острым путем: эти два одинаково ценные способа должны разумно сочетаться. Особенно важно умело сочетать острое разъединение пузырно-маточной перегородки с тупым отслаиванием мочевого пузыря. У самого основания отсепарованного лоскута, у передней по-

верхности шейки матки, пучки соединительной ткани, натянутые приподнятым мочевым пузырем, лучше всего рассечь ножницами, после чего мочевой пузырь отделяют тупо с помощью тупфера до пузырно-маточной складки брюшины. Брюшину следует вскрывать только под контролем зрения, захватив ее зажимом Кохера или пинцетом.

Если сразу не удалось отыскать брюшину пузырно-маточной складки, можно захватить щипцами надвлагалищную часть шейки матки и сильно низвести. При этом подтягивается вместе с шейкой и брюшина, которую теперь легче обнаружить и вскрыть. Если это не помогло, можно рассечь переднюю стенку шейки матки до брюшины, после чего захватить ее зажимом или пинцетом и вскрыть. Следует отметить, что трудности при нахождении и вскрытии брюшины встречаются лишь в случаях, когда оператор, отслаивая мочевой пузырь, не проник в анатомический слой рыхлой клетчатки. В подобных случаях необходимо остановиться и спокойно разобраться в анатомических соотношениях шейки матки и мочевого пузыря и лишь после этого продолжать операцию. Из брюшной полости матку можно извлечь указательным пальцем, подведенным под ее заднюю поверхность или с помощью пулевых щипцов.

Фиксировав дно матки щипцами, следует хорошо оттянуть ее на себя книзу и в сторону, противоположную той, с которой предполагается начать операцию удаления матки (рис. 159). Если придатки матки не изменены и нет необходимости их удалять, зажимом Кохера или Микулича пережимают параллельно ребру матки трубу, собственно-яичниковую и круглую связки и рассекают. Оттянув матку еще больше в сторону, пережимают и перерезают маточные сосуды. Если придатки изменены и сохранение их нерационально, то перерезают на зажиме Кохера воронкотазовую и круглую связки (соответственно с обеих сторон вместе или отдельно каждую).

В таком порядке освобождается матка и с другой стороны. Теперь следует ее оттянуть максимально книзу, чтобы стали доступными крестцово-маточные связки. Брюшину прямокишечно-маточного углубления рассекают немного отступая от места отхождения крестцово-маточных связок, после чего на каждую связку накладывают по зажиму Кохера и связки рассекают. Стенку влагалища, на которой теперь висит матка, перерезают ножницами. После удаления матки, когда операционное поле полностью открыто, зажимы заменяют лигатурами.

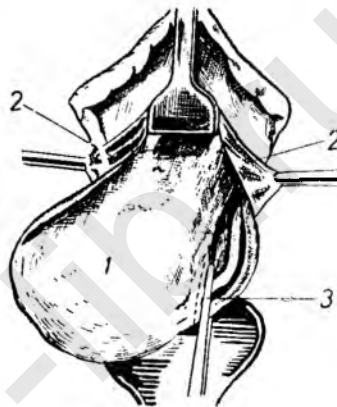


Рис. 159. Матка выведена из брюшной полости (1). Край влагалищной раны (2). На собственно-яичниковую связку и трубу слева наложен зажим (3), пунктиром показана линия разреза.

Брюшную полость закрывают так, чтобы все культы были расположены внебрюшинно. Для этого культы связок и придатков матки одной стороны следует оттянуть в бок и прошить кетгутовой нитью средней толщины край пузырно-маточной складки, брюшину маточных связок выше места их перевязки и листок брюшины маточно-прямокишечного углубления. Лигатуру завязывают так, чтобы хорошо свести ею листки, затем лигатуру подводят под культы и окончательно завязывают, так же соединяют листки брюшины с одновременной фиксацией культей и с другой стороны. Оставшееся отверстие в брюшине закрывают непрерывным кетгутовым швом (рис. 160). В отдельных случаях культы связок одной стороны можно связать с культями другой стороны. В результате сращения всех маточных связок друг с другом образуется мощный рубец, препятствующий опущению влагалища.

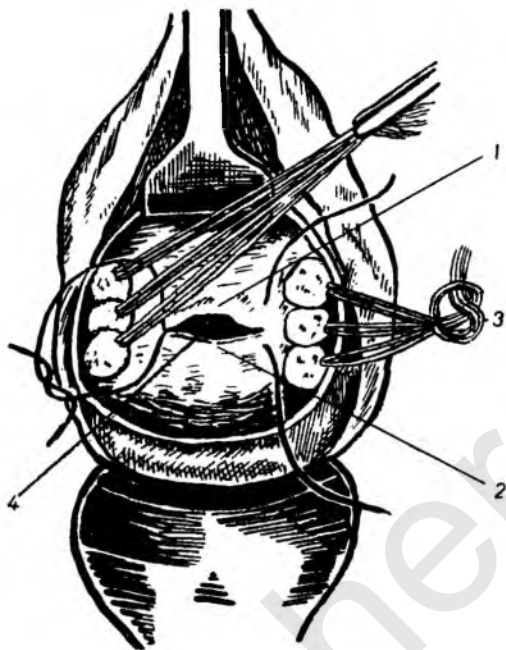


Рис. 160. Матка удалена. Передний (1) и задний (2) листки брюшины соединены двумя узловатыми швами, которыми одновременно перевязывают и культы связок (3). Отверстие в брюшине (4).

Заднюю стенку мочевого пузыря, вернее клетчатку у его задней стенки, следует ушить кисетным, поперечно наложенными узловатыми или перекрещивающимися узловатыми швами. Края влагалищной раны лучше соединять узловатыми швами с прошиванием подлежащих тканей, чтобы не оставалось пустых пространств, где могла бы образоваться гематома.

После этого приступают к кольпоперинеорафии, которую следует выполнять, как описано выше (см. стр. 173).

Основными моментами операции влагалищной пангистерэктомии при выпадении матки после подготовки операционного поля являются: 1) максимальное низведение шейки матки щипцами и тщательная анестезия, 2) проведение очерчивающих разрезов и отсепаровка треугольного лоскута из передней стенки влагалища, 3) отсепаровка краев влагалища в стороны и мочевого пузыря от шейки матки, 4) вскрытие брюшины пу-

зырно-маточной складки, 5) выведение матки из брюшной полости, 6) одномоментное пережатие и перерезание маточных труб, собственно-яичниковых и круглых связок сначала с одной, затем с другой стороны, 7) пережатие и перерезание маточных сосудов с обеих сторон, 8) пережатие и перерезание крестцово-маточных связок и прямокишечно-маточной складки брюшины, 9) рассечение стенки заднего влагалищного свода, 10) замена зажимов лигатурами, 11) закрытие брюшной полости с внебрюшинным расположением культей, 12) ушивание задней стенки мочевого пузыря, 13) соединение краев раны передней стенки влагалища, 14) выкраивание и отсепаровка треугольного лоскута из задней стенки влагалища, 15) ушивание передней стенки прямой кишки и наложение погружных швов на паравагинальную и параректальную клетчатку, 16) соединение мышц, поднимающих задний проход, двумя лигатурами, 17) соединение краев раны влагалища и промежности.

### **Примерный ход операции влагалищной пангистерэктомии без придатков**

Показания к операции: неполное выпадение матки, эктропион, железисто-мышечная гиперплазия шейки матки у женщины 52 лет.

Анестезия инфильтрационная 0,25% раствором новокаина (введено 600 мл). Перед операцией больной вприснуто под кожу 2 мл 2% раствора промедола.

**Первый этап операции.** В положении больной для влагалищной операции внутренние поверхности бедер, наружные половые органы и влагалище обработаны спиртом и йодом, операционное поле обложено стерильным бельем. Влагалище раскрыто зеркалами, шейка матки фиксирована щипцами Дуайена и максимально низведена на себя и книзу. Из передней стенки влагалища выкроен и с помощью ножниц отсепарован треугольный лоскут. Мочевой пузырь отсепарован от шейки матки и отведен к симфизу подъемником. Обнаженная при этом брюшина пузырно-маточной складки захвачена зажимом Микулича и вскрыта.

**Второй этап операции.** Матка выведена из брюшной полости указательным пальцем правой руки, подведенным через отверстие в брюшине под заднюю поверхность ее тела и фиксирована щипцами Мюзо. Слева труба, собственно-яичниковая и круглая связки пережаты зажимом Кохера и перерезаны; матка оттянута вправо; вытянутые при этом вдоль левого ребра матки маточные сосуды пережаты зажимом Кохера и также перерезаны. То же сделано и справа. Брюшина прямокишечно-маточного углубления поперечно рассечена, крестцово-маточные связки пережаты зажимами Кохера (каждая отдельно) и перерезаны ножницами. Стенка заднего свода влагалища, на которой еще удерживается матка, рассечена ножницами. Зажимы заменены лигатурами. Края раны брюшины соединены кетгутовыми лигатурами, которыми внебрюшинно фиксированы все культя; отверстие в брюшине между культеями правой и левой сторон зашито непрерывным кетгутовым швом. Задняя стенка мочевого пузыря ушита поперечно наложенными кетгутовыми швами; края влагалищной раны тщательно сопоставлены и соединены узловатыми кетгутовыми швами с одновременным прошиванием подлежащих тканей.

**Третий этап операции.** Из задней стенки влагалища выкроен треугольный лоскут, вершина которого расположена на средней линии верхней его трети, а основание — на границе между кожей промежности и слизистой влагалища. Лоскут отсепарован с помощью ножниц остро и отчасти тупо. Передняя стенка прямой кишки

ушита поперечно наложенными на параректальную клетчатку узловатыми кетгутowymi швами. Мышцы, поднимающие задний проход, соединены двумя кетгутowymi лига-турами; на параректальную и паравагинальную клетчатку наложены узловатые кет-гутовые швы в два этажа. Края влагалищной раны соединены узловатыми кетгутowymi швами, а края кожи промежности — тремя узловатыми шелковыми. Потеря крови во время операции — 150 мл.

Продолжительность операции — 45 минут.

**Второй способ влагалищной пангистерэктомии с кольпоперинеора-фией и передней кольпорафией.** В отличие от первого способа операция

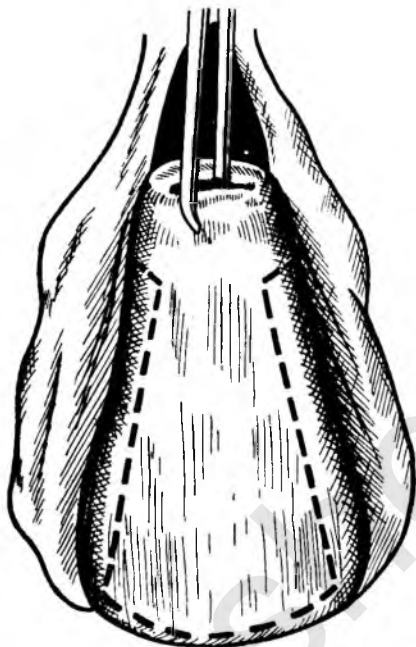


Рис. 161. Операция влагалищной пангистерэктомии с передней кольпорафией и кольпоперинеорафией. Очерчивающий разрез задней стенки и боковых сводов влагалища показан пунктиром.

вторым способом начинается с выкраивания лоскута из стенки влагалища в форме равнобедренной трапеции. Эта операция легче выполняется у женщин с полным выпадением матки. Анестезия может быть местной, но при этом следует помнить, что анестетиком должны быть тщательно инфильтрированы промежность, стенки влагалища и параметральная клетчатка, как описано выше. Операцию очень удобно делать под спинномозговой или перидуральной анестезией (как, впрочем, и любую другую влагалищную операцию).

По границе кожи промежности и слизистой входа во влагалище двумя зажимами Кохера (или иными зажимами) намечают ширину предполагаемого к удалению лоскута из задней стенки влагалища. Заправив выпавшую матку и влагалище, необходимо оба зажима свести вместе и посмотреть, насколько суживается влагалищный вход; он должен быть примерно для двух пальцев. После этого зажимы соединяют разрезом, проходящим по краю кожи промежности. Для проведения очерчивающих боковых разрезов задней стенки влагалища следует шейку матки захватить щипцами Дуайена или Мюзо и максимально оттянуть на себя и кверху. Разрезы должны проходить от углов раны промежности до заднебоковой поверхности шейки матки (рис. 161, 162). Далее края влагалищной раны у промежности захватывают несколькими зажимами Ко-

хера и, оттянув их, ножницами подсекают соединительнотканые пучки между телом промежности или сфинктером заднепроходного отверстия (если тело промежности отсутствует) и задней стенкой влагалища; так постепенно отделяют очерченный лоскут. Обычно отсепаровка лоскута бывает затруднительной только в местах бывших пролежней, где при

заживлении образовались обширные рубцы. От подлежащих тканей, которыми могут быть передняя стенка прямой кишки или параректальная клетчатка, лоскут следует отделять с помощью ножниц, подсекая их концами натянутые грубые перемычки. При тупом разъединении тканей, например, пальцем или тупфером, можно легко ранить кишку. После отделения лоскута от шейки матки рану прикрывают стерильной марлевой салфеткой, матку оттягивают книзу. При отслолке заднего лоскута иногда бывает значительное кровотечение из мельчайших сосудов и капилляров. Гемостаз в подобных случаях путем лигирования кровоточащих сосудов оказывается практически не осуществимым. Значительно проще и эффективнее всю кровоточащую клетчатку оросить горячим ( $40-45^{\circ}\text{C}$ ) физиологическим или гипертоническим раствором (1—3% раствор поваренной соли) или обложить стерильными салфетками, смоченными одним из этих растворов. Кровотечение при этом моментально останавливается. Некоторые для уменьшения кровоточивости тканей к анестезирующему раствору добавляют адреналин. Мы этого не делаем, так как гемостатический эффект от адреналина бывает кратковременным, после чего наступает расширение сосудов и может возобновиться кровотечение.

Закончив отсепаровку заднего лоскута и оттянув матку книзу, приступают к выкраиванию и отсепаровке треугольного лоскута из передней



Рис. 162. Отсепаровка лоскута из задней стенки влагалища.

стенки влагалища, что выполняется так же, как и при операции пангистерэктомии первым способом (рис. 163).

Далее рассекают боковые влагалищные своды и края влагалищной раны отсепаровывают в стороны; зажимами Кохера пережимают крестово-маточные и кардинальные связки (каждую отдельно) и перерезают.

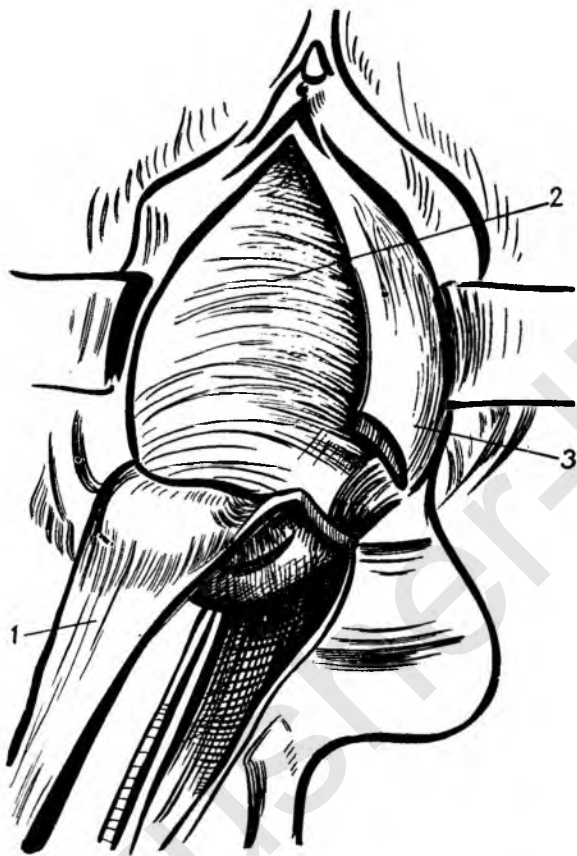


Рис. 163. Выкроенный из передней стенки влагалища треугольный лоскут отсепарован (1). Виден мочевой пузырь (2). Боковая влагалищная стенка расчечена (3).

Мочевой пузырь отслаивают от шейки матки вплоть до пузырно-маточной складки. После этого мочевой пузырь приподнимают подъемниками, а шейку матки оттягивают книзу; при этом если оператор манипулирует в слое клетчатки, без затруднений обнажается пузырно-маточная складка брюшины, которую следует захватить зажимом или хирургическим пинцетом и тут же вскрыть. Для извлечения матки из брюшной полости следует через отверстие в брюшине ввести указательный палец, захватить тело матки и вывихнуть в операционную рану, после чего наложить на ее дно щипцы не составляет труда. Матка выводится легче, если с шейки снять щипцы и заправить ее во влагалище. Вывести матку из брюшной полости можно и с помощью каких-либо щипцов, например, пулевых. Для этого через отверстие в брюшине захватывают видимую часть матки и подтягивают, а другими щипцами захватывают вышележащую часть тела. Так, постепенно, перекладывая щипцы все выше и выше, выводят всю матку. С шейки матки при этом щипцы также следует снять.

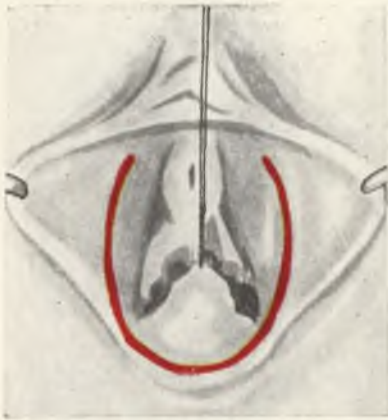


Рис. 152. Операция Лабгардта. Очерчивающий разрез по границе входа во влагалище.



Рис. 153. Продолжение очерчивающего разреза. Оба разреза соединяют под острым углом на заднем влагалищном своде.



Рис. 154. Прошивание краев влагалищной раны.

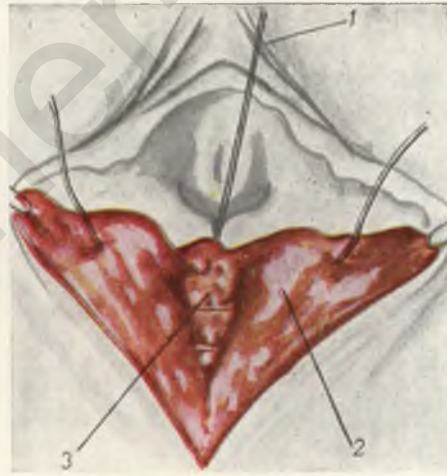


Рис. 155. Соединение краев раны узловатыми кетгутовыми швами (1), шов на мышцы, поднимающие задний проход (2), погружные швы на параректальную и паравагинальную клетчатку (3).





Рис. 173. Операция передней гистеротомии и удаления миоматозного узла.



Рис. 174. Передняя стенка шейки разрезана до внутреннего зева матки.



Рис 175.



Рис. 186. Трубы перевязаны. Край брюшины пузырно-маточной складки соединяют узловатыми кетгутowymi швами (1). Шейка матки (2).

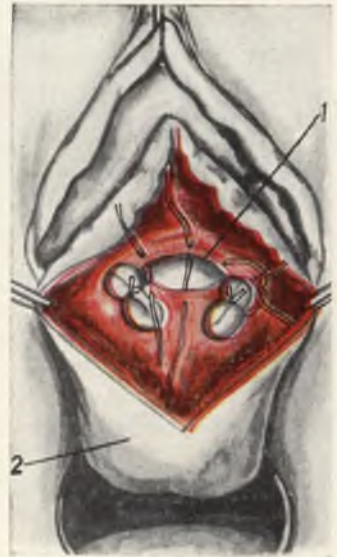


Рис. 176.

Затем, если придатки не изменены и не подлежат удалению, матку следует оттянуть, например, вправо, а зажимом Кохера или Микулича пережать левую маточную трубу, собственно-яичниковую и круглую связки и перерезать. Маточные сосуды лучше всего пережимать зажимом и перерезать под контролем зрения, после того, как они выделены из клетчатки. Накладывать зажим на сосуды, если клетчатка разъединяется плохо, следует в непосредственной близости к ребру матки, чтобы ошибочно не пережать и тем более не перерезать мочеточник. Если ранее крестцово-маточные связки не перерезаны, то накладывают зажим на левую связку и перерезают. То же и в том же порядке выполняют справа, после чего попеременно рассекают прямокишечно-маточную складку брюшины и матку удаляют.

Отверстие в брюшине закрывают, как и при первом способе пангистерэктомии, с помещением всех культей внебрюшинно; прошивают край переднего листка брюшины, брюшину маточных связок, например слева затем задний листок. Затягивая лигатуру, тщательно сближают листки брюшины, после чего эту же лигатуру подводят под культи и окончательно завязывают. Также соединяют края брюшины и с другой стороны. Оставшееся отверстие в брюшине зашивают непрерывным кетгутовым швом.

Заднюю стенку мочевого пузыря ушивают кисетным, попеременно наложенными на паравезикальную клетчатку узловатыми или перекрещивающимися узловатыми швами; аналогично ушивают и опущенную переднюю стенку прямой кишки.

Влагалищную рану следует зашивать узловатыми кетгутовыми швами, начиная с верхней части влагалища. Прежде всего нужно тщательно сопоставить края раны боковых влагалищных сводов (стенки заднего и переднего сводов почти или полностью удалены) и соединить их узловатыми кетгутовыми швами, которыми одновременно прошить и культи маточных связок (рис. 164, 165). После этого соединяют края влагалищной раны спереди, затем сзади предварительно сближив двумя надежными кетгутовыми лигатурами мышцы, поднимающие задний проход. Края раны промежности следует сближать (именно сближать, а не стягивать) узловатыми шелковыми швами (можно и кетгутовыми) или слабо согнутыми скобками Мишеля.

Основные моменты операции влагалищной пангистерэктомии при полном выпадении матки вторым способом после подготовки операционного поля являются: 1) низведение шейки матки и тщательная анестезия, 2) выкраивание из задней стенки влагалища лоскута в форме равнобедренной трапеции и отсепаровка его до шейки матки, 3) выкраивание из передней стенки влагалища треугольного лоскута и также отсепаровка его до шейки матки, 4) рассечение боковых сводов влагалища и отсепаровка краев раны в стороны, 5) отделение мочевого пузыря от шейки матки, 6) вскрытие пузырно-маточной складки брюшины, 7) выведение



Рис. 164. Матка удалена. Соединение переднего (1) и заднего (2) листков широкой связки с одновременным прошиванием культей связок и придатков матки (3).

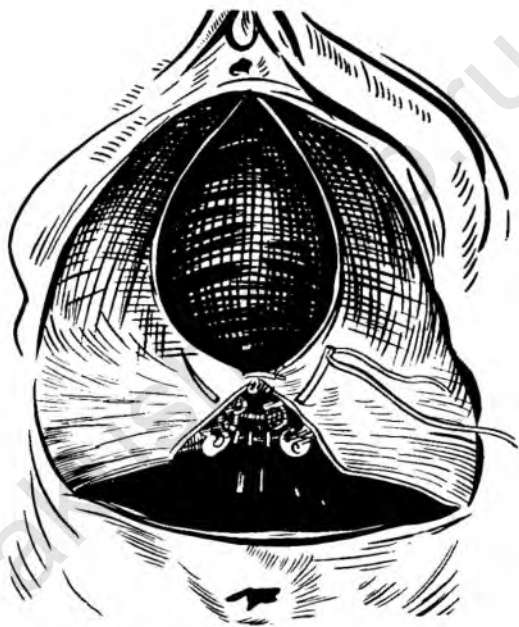


Рис. 165. Передний и задний листки брюшины соединены швами. Боковые стенки влагалища соединяют узловатыми кетгутовыми швами, которыми прошивают культы связок и придатков матки.

матки из брюшной полости, 8) одномоментное пережатие и перерезание маточных труб, собственно-яичниковых и круглых связок сначала с одной, затем с другой стороны, 9) пережатие и перерезание маточной складки брюшины, 11) пережатие и рассечение крестцово-маточных связок, 12) замена зажимов лигатурами, 13) закрытие брюшной полости с внебрюшинным расположением культи, 14) ушивание задней стенки мочевого пузыря, 15) соединение верхних краев раны влагалища с одновременным прошиванием культи, 16) соединение краев влагалищной раны спереди, 17) ушивание передней стенки прямой кишки, 18) соединение краев влагалищной раны сзади и сближение мышц, поднимающих задний проход, 19) соединение краев раны промежности.

### Примерный ход операции пангистерэктомии с придатками

Показания к операции: полное выпадение матки, киста обоих яичников у больной 62 лет.

Анестезия инфильтрационная 0,25% раствором новокаина (введено 750 мл). Перед операцией больной вспрыгнуто под кожу 2 мл 2% раствора промедола.

В положении больной для влагалищной операции внутренние поверхности бедер, наружные половые органы и влагалище обработаны спиртом и йодом, операционное поле ограждено стерильными салфетками. Обнаженная зеркалами шейка матки фиксирована щипцами Дуайена, максимально низведена и оттянута вверх. Из задней стенки влагалища выкроен лоскут в форме равнобедренной трапеции, широкое основание которой проходит по краю кожи промежности, а узкое — расположено у шейки матки. Очерченный лоскут отсепарован по направлению от промежности к шейке матки. Раневая поверхность прикрыта стерильной марлевой салфеткой, а матка отведена назад. Из растянутой при этом передней стенки влагалища выкроен треугольный лоскут, обращенный вершиной к наружному отверстию уретры, и отсепарован от влагалищной части шейки матки; боковые влагалищные своды рассечены; края раны отсепарованы в стороны на 1,5—2 см. Крестцово-маточные связки пережаты зажимами (отдельно каждая) и перерезаны.

Мочевой пузырь отсепарован от шейки матки тупо после рассечения ножницами соединительнотканых нучков. Пузырно-маточная складка брюшины, после отведения мочевого пузыря подъемником вверх, захвачена зажимом Микулича и вскрыта. Матка выведена из брюшной полости указательным пальцем. При выведении были обнаружены опухоли обоих яичников величиной с гусиное яйцо каждая, оказавшиеся простыми кистами. Матка у ее дна захвачена щипцами Мюзо, шейка запровлена во влагалище и освобождена от щипцов. Постепенно натягивая матку, извлекли из брюшной полости обе опухоли. При отведении матки вправо натянутые левые воронко-тазовая и круглая связки пережаты зажимом и рассечены. Обнаженные маточные сосуды также пережаты зажимом и рассечены. То же сделано и справа. Брюшина прямокишечно-маточного пространства рассечена поперечно, и матка удалена.

Брюшная полость закрыта двумя узловатыми кетгутowymi швами, которыми фиксированы культи маточных связок отдельно с каждой стороны; отверстие в брюшине между ними защищено тонким кетгутом (двумя стежками). Задняя стенка мочевого пузыря ушита кисетным швом.

Края раны боковых влагалищных сводов соединены тремя узловатыми кетгутowymi швами, которыми подхвачены и культи придатков. Влагалищная рана спереди защищена узловатыми кетгутowymi швами. Передняя стенка прямой кишки ушита кисетным швом; мышцы, поднимающие задний проход, сближены двумя кетгутowymi

лигатурами. Края влагалищной раны соединены узловатыми кетгутowymi швами, края кожи промежности — узловатыми шелковыми. В ходе операции осложнений не было, потеря крови — 200 мл.

Продолжительность операции — 35 минут.

*Описание препарата.* Удаленный препарат представляет собой матку с придатками. Маточные трубы неизменены. Оба яичника превращены в простые кисты величиной с гусиное яйцо каждая с тонкостенными капсулами. Содержимое кист — прозрачная бесцветная жидкость. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

**Операция влагалищной пангистерэктомии с одновременной экстирпацией влагалища (по Фейту — Окинчицу).** Применение операции пангистерэктомии с предварительной полной экстирпацией влагалища рационально при полном выпадении матки у очень пожилых женщин, не живущих половой жизнью. Наиболее полезной она оказывается при рецидивах после пластических влагалищных операций.

Технически операция несложна и выполняется следующим образом. Удобнее всего ее выполнять под местной инфильтрационной анестезией. Тщательная инфильтрация тканей раствором новокаина обуславливает не только хорошую анестезию, но и гидравлическую препаровку, благодаря чему облегчается разъединение тканей. Подробное описание инфильтрационной анестезии при влагалищных операциях описано выше. Шейку матки захватывают щипцами Дуайена или Мюзо и максимально низводят. Для отсепаровки влагалища следует сделать циркулярный разрез: спереди, отступя на 1 см от наружного отверстия уретры, с боков и сзади — по краю слизистой влагалищного входа (рис. 166). Разрез сделан правильно, если края раны расходятся примерно на 0,5—1 см. После этого края влагалищной раны захватывают зажимами Кохера и, осторожно оттягивая, выворачивают. Натягивающиеся пучки соединительной, а местами и грубой рубцовой ткани, особенно между стенкой влагалища и телом промежности, а также в местах бывших пролежней следует рассекать ножницами (рис. 167). После рассечения удерживающих перемычек влагалище отслаивают тупо, постепенно выворачивая его полностью, по всей окружности края раны фиксируют зажимами Кохера или Микулича. Так постепенно отслаивают все влагалище от подлежащих тканей вплоть до влагалищной части шейки матки. Отслоенное полностью влагалище напоминает вывернутый чулок, в котором глубоко спрятана шейка.

Затем, хорошо натянув шейку матки, отслаивают мочевой пузырь, что выполняется легче, чем при других способах пангистерэктомии, хотя принципиально ничем технически не отличается. Отслоенный мочевой пузырь приподнимают подъемником (это позволяет лучше и шире обнажить пузырно-маточную складку брюшины), пузырно-маточную складку брюшины захватывают зажимами Кохера или хирургическим пинцетом и вскрывают (рис. 168, 169). Край брюшины следует фиксировать лигатурой, которую отмечают зажимом. При полном выпадении матку из

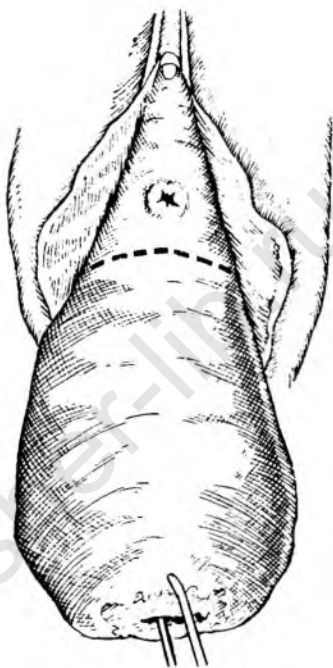


Рис. 166. Операция пангистерэктомии с одновременной экстирпацией влагалища при полном выпадении матки. Пунктиром показана линия очерчивающего разреза.

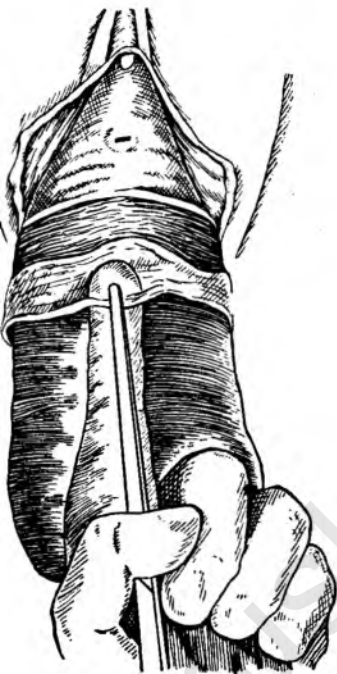


Рис. 167. Отсепаровка стенки  
влагалища с постепенным его  
выворачиванием.

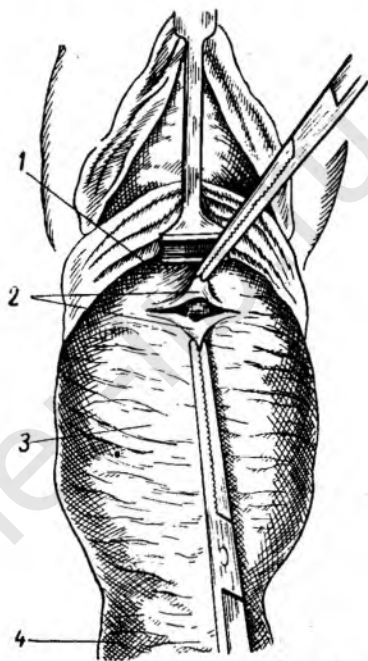


Рис. 168. Подъемником отодвинут  
мочевой пузырь (1). Между двумя  
зажимами вскрыта брюшина пу-  
зырно-маточной складки (2). Мат-  
ка, закрытая брюшиной и парава-  
гинальной клетчаткой (3). Вы-  
вернутое влагалище (4).



брюшной полости выводят без затруднений указательным пальцем или с помощью пулевых щипцов, как описано выше. Дно выведенной из брюшной полости матки захватывают щипцами Мюзо (или иными), оттягивают в сторону, например вправо, а слева трубу, собственно-яичниковую и круглую связки пережимают одним зажимом и перерезают. Если же придатки матки явно изменены или есть сомнение в целесообразности их сохранения, захватывают зажимом воронко-тазовую и круглую

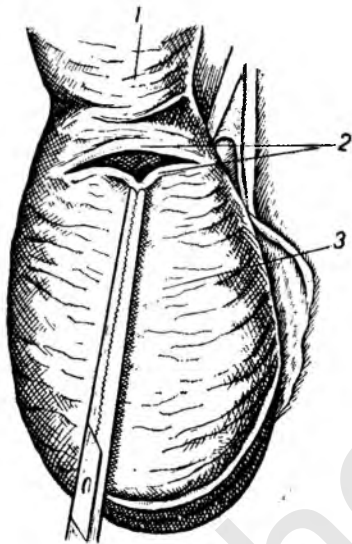


Рис. 169. Вывернутое влагалище отведено кверху (1). Брюшина прямокишечно-маточной складки вскрыта (2). Матка, прикрытая паравагинальной клетчаткой (3).

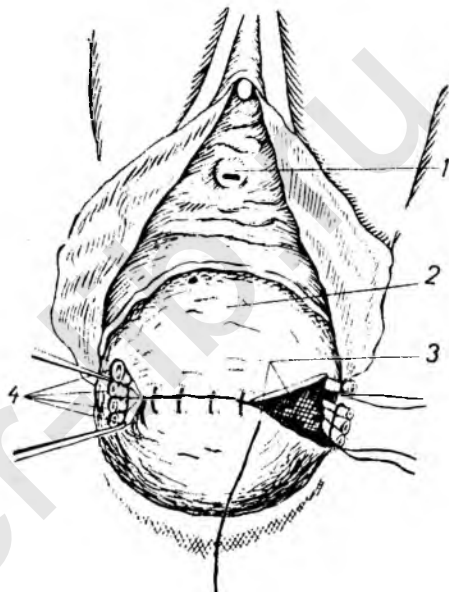


Рис. 170. Культи придатков и связок матки тщательно перевязаны. Перитонизация:

1 — уретра; 2 — мочевой пузырь; 3 — передний и задний листки брюшины соединяют непрерывным узловатым нетуговым швом; 4 — культи придатков и связок матки.

связки и перерезают. Если маточные сосуды после рассечения широкой маточной связки не видны, следует расслоить клетчатку по ребру матки и обнажить их, после чего пережать зажимом и рассечь. Теперь остается наложить зажим Кохера на крестцово-маточную связку, перерезать ее — и вся левая сторона матки будет отделена от удерживающих ее тканей. Таким же способом на зажимах рассекают маточные связки и сосуды справа. Оставшуюся брюшину маточно-прямокишечного углубления рассекают поперечно. Зажимы на связках и сосудах заменяют лигатурами, которые должны завязываться с особой тщательностью.

Брюшную полость закрывают так же, как и при других способах пангистерэктомии, узловатыми швами с внебрюшинным расположением культей (рис. 170). После этого паравагинальную клетчатку прошивают круговыми узловатыми кетгутовыми швами в 4—5 этажей (рис. 171). Края операционной раны соединяют узловатыми кетгутовыми или

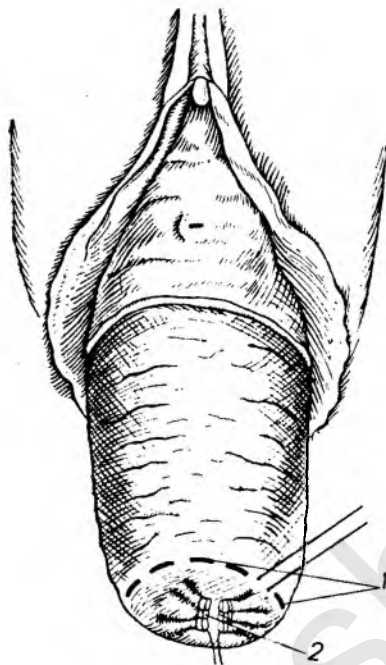


Рис. 171. Наложение кругового шва на паравагинальную клетчатку (1). Погружение культей придатков и связок матки (2).

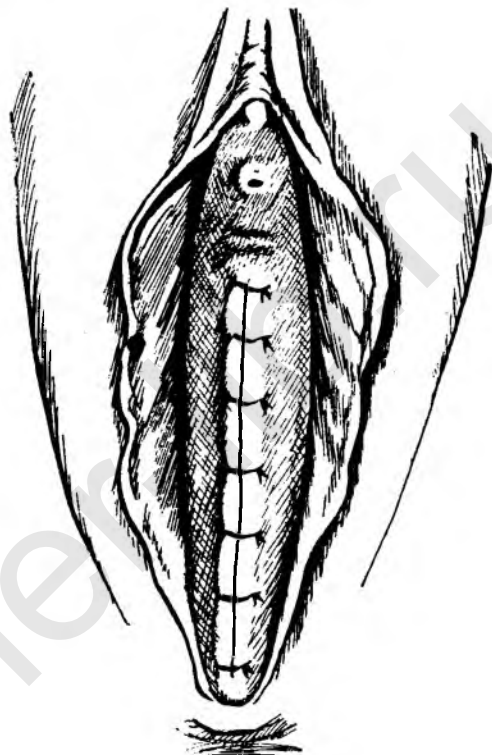


Рис. 172. Края влагалищной раны соединены узловатыми швами.

шелковыми швами. Ни в коем случае при завязывании не следует сильно стягивать края раны, так как измененные старческие ткани быстро отекают и прорезываются нитками; для хорошего заживления достаточно простого сближения раневых поверхностей. В результате этой операции влагалище полностью закрывается и образуется высокая «мужская» промежность, прекрасно удерживающая мочевой пузырь и прямую кишку в нормальном положении (рис. 172). После этой операции мы ни разу не наблюдали рецидивов.

Основными моментами пангистерэктомии с одновременной полной экстирпацией влагалища после подготовки операционного поля являются: 1) фиксация шейки матки щипцами и низведение, 2) надежная анестезия, лучше всего инфильтрационная, 3) циркулярный очерчивающий разрез стенки влагалища по границе входа и отсепаровка его вплоть до шейки матки, 4) отсепаровка мочевого пузыря и вскрытие пузырно-маточной складки брюшины, 5) выведение матки из брюшной полости, 6) рассечение на зажимах маточных связок и сосудов, 7) рассечение прямокишечно-маточной складки брюшины и удаление матки, 8) замена зажимов лигатурами, 9) закрытие брюшной полости с внебрюшинным расположением культи, 10) сшивание паравагинальной клетчатки узловатыми круговыми швами в 4—5 этажей, 11) соединение краев раны.

### **Примерный ход операции пангистерэктомии без придатков с полной экстирпацией влагалища (по Фейту — Окинчицу)**

Показания к операции: полное выпадение матки, дважды перенесенная в прошлом пластическая влагалищная операция у женщины 73 лет.

Анестезия инфильтрационная 0,25% раствором новокаина (введено 750 *мл*). Перед операцией большой вприснуто 2 *мл* 2% раствора промедола под кожу.

Операционное поле тщательно обработано спиртом и йодом, обложено стерильными салфетками (простынями). Шейка матки захвачена щипцами Дуайена и максимально низведена. Через всю толщу стенки влагалища сделан очерчивающий циркулярный разрез соответственно влагалищному входу, причем спереди разрез проведен на расстоянии 1 *см* от наружного отверстия уретры, а по бокам и сзади — по внутренней поверхности задней части малых половых губ и по краю кожи промежности. Край влагалищной рапы захвачены зажимами Кохера, ножницами остро и тупо отделены от подлежащих тканей, влагалище вывернуто, как чулок, и отсепаровано до шейки матки. Мочевой пузырь отслоен от шейки матки, обнажена и вскрыта пузырно-маточная складка брюшины. Матка выведена из брюшной полости указательным пальцем; дно ее фиксировано щипцами Мюзо. Слева труба, собственно-яичниковая и круглая связки захвачены зажимом Кохера и рассечены; маточные сосуды также рассечены на зажиме, после чего пережата и рассечена крестцово-маточная связка. Прямокишечно-маточная складка брюшины рассечена поперечно. То же сделано и справа. Соединительнотканная клетчатка, удерживающая заднюю стенку шейки матки, рассечена, и матка удалена.

Передний и задний листки брюшины прошиты кетгутовой лигатурой, проведенной через брюшину маточных связок; той же лигатурой фиксированы внебрюшинно культи с одной, а затем и с другой стороны. Между культиями отверстие в брюшине зашито непрерывным швом. Паравагинальная клетчатка соединена в 5 этажей кетгутовыми швами, напоминающими кисетные. Край раны промежности соединены узловатыми шелковыми швами. Потеря крови во время операции — около 150 *мл*.

Продолжительность операции — 40 минут.

### **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ МАТКИ И ПРИДАТКОВ**

Оперативное вмешательство следует производить через влагалище, если оно практически не выполнимо или его опасно делать другим путем (например, операция удаления слизистых полипов шейки или родившегося миоматозного узла матки).

Проведение операции влагалищным путем показано у ослабленных и пожилых больных, которые даже такие большие и тяжелые операции, как пангистерэктомия при раке тела матки, переносят сравнительно легко.

В отдельных случаях через влагалище можно удалять доброкачественные опухоли яичников небольших размеров с достаточно длинной ножкой.

Однако выполнение влагалищных операций требует от гинеколога-хирурга четких знаний нормальных и патологических анатомических соотношений органов малого таза, а также высокого мастерства.

**Операция удаления слизистых полипов.** Слизистые полипы захватывают полипными щипцами и откручивают, все время вращая щипцы в одну и ту же сторону до полного отторжения полипа. Их не следует отрывать, так как при этом наблюдается значительное кровотечение и часть ткани полипа может остаться неоторванной. После откручивания полипа следует тщательно соскоблить слизистую шеечного канала, а затем полости матки. Если место, где был откручен полип, доступно, следует его прижечь с помощью диатермии. Однако рациональнее полип не откручивать, а удалять, пережигая его ножку с помощью диатермии. Для этой цели проводочный электрод в виде петли, диаметр которой должен соответствовать размерам полипа, подводят к основанию его ножки. После этого включают аппарат диатермии примерно на четверть секунды; при этом ножка моментально пережигается, а полип отпадает.

Удаленный полип и раздельно взятый соскок слизистой шеечного канала и полости матки нужно обязательно послать на гистологическое исследование.

**Операция удаления родившегося миоматозного узла.** Раскрыв влагалище зеркалами, его слизистую, а также слизистую шейки матки обрабатывают спиртом и йодом. Родившийся миоматозный узел захватывают крепкими щипцами и откручивают медленным вращением в одну и ту же сторону до полного отторжения.

Если откручивание по какой-либо причине не удастся (например, широкая ножка), следует узел подтянуть и ножку, как можно выше, перерезать ножом или ножницами. Можно также вытянутую ножку пережать кривым зажимом, перерезать и перевязать. Кровотечение из ножки, если она хорошо видна, останавливают прижиганием электродом диатермии (диатермокоагуляция) или 20—30% раствором хлористого цинка; если ножка не видна, кровотечение останавливают тампонацией матки. Тампов удаляют через 6—12 часов.

**Операция удаления рождающегося миоматозного узла.** Когда при рождающемся миоматозном узле шейка матки уже значительно сглажена, можно попытаться узел открутить. Для этого ткани шейки инфильтрируют лидазой (128—256 ЕД), растворенной в 4—5 мл раствора ново-

каина с добавлением одного из спазмолитиков, слизистую шеечного канала тщательно смазывают 2% раствором дикаина. Шеечный канал, а при полном сглаживании шейки только наружный зев, расширяют расширителями Гегара соответственно размерам миоматозного узла. Узел захватывают крепкими щипцами, энергично подтягивают и медленно откручивают.

Открутить узел, если он на широкой ножке или, что еще хуже, на широком основании, невозможно. В этом случае необходимо рассечь переднюю стенку шейки матки.

**Операция передней гистеротомии и удаления миоматозного узла.** Чтобы избежать лапаротомии и операции удаления матки, можно воспользоваться передней гистеротомией и с ее помощью создать доступ к миоматозному узлу (или узлам).

Больную готовят, как для любой влагалищной операции. После подготовки и изоляции операционного поля влагалище раскрывают зеркалами. Шейку матки фиксируют щипцами. Ткани шейки матки тщательно инфильтрируют лидазой (68—256 ЕД), растворенной в 4—5 мл раствора новокаина с добавлением одного из спазмолитиков. Если лидазы нет, то в шейку вводят только спазмолитик (атропин, апрофен, изоверин или диколин). Слизистую шеечного канала дважды или трижды смазывают 2% раствором дикаина. После этого, как указано выше, создают инфильтрационную анестезию и шеечный канал расширяют до максимального номера расширителя Гегара.

Шейку матки оттягивают книзу и на себя. По переднему своду, на границе перехода подвижной слизистой в неподвижную, делают полулунный разрез, проникающий в слой рыхлой клетчатки. Мочевой пузырь отслаивают до пузырно-маточной складки брюшины, как при передней кольпотомии. Затем переднюю стенку шейки матки рассекают между двумя щипцами по средней линии продольно до внутреннего зева (рис. 173). Раздвинув края раны, обнажают узел и тут же его захватывают крепкими щипцами, энергично оттягивают. Если имеется ножка, ее перерезают (рис. 174). Если узел расположен на широком основании, его выщипывают. После удаления узла обследуют полость матки пальцем. Убедившись, что больше миоматозных узлов нет, края раны шейки матки соединяют узловатыми кетгутовыми швами (рис. 175). Края влагалищной раны также соединяют узловатыми кетгутовыми швами (рис. 176, 177).

Следовательно, основными моментами операции гистеротомии и миомэктомии через влагалище после подготовки операционного поля и анестезии являются: 1) расширение шеечного канала до максимального номера расширителя Гегара, 2) полулунный разрез по переднему влагалищному своду, 3) отсепаровка мочевого пузыря, 4) срединный продольный разрез передней стенки шейки матки, 5) удаление миоматозного узла, 6) сшивании краев раны шейки матки, 7) сшивание краев влагалищной раны.

**Операция удаления миоматозных узлов шейки матки.** Миоматозные узлы шейки матки, в какой бы стенке ее они ни располагались (передней, задней или боковой), у некоторых больных могут быть удалены через влагалище.

Больную и операционное поле подготавливают, как и для любой влагалищной операции. Влагалище должно быть широко раскрыто. Показана тщательная инфильтрационная анестезия, а если ее проведение технически затруднительно, о чем хирург должен подумать раньше, — спинномозговая или какой-либо другой вид обезболивания.

Захватив шейку матки в наиболее доступном месте, ее энергично низводят. Разрез лучше всего делать по самой выпуклой части узла. Он должен быть достаточно глубоким, обнажающим узел, который сразу же следует захватить крепкими щипцами. Теперь энергично подтягивая, узел энуклеируют по обычным правилам, преимущественно с помощью ножниц. Кровоточащее ложе узла следует тщательно прошить погружными узловатыми кетгутowymi швами, после чего соединить края раны шейки матки также узловатыми кетгутowymi швами.

В редких случаях, когда кровотечение продолжается, а обширное ложе узла тщательно прошить не удастся, его можно туго затампонировать бинтом. В подобных случаях рану зашивают не полностью. Тампон извлекают через сутки. Сразу по окончании операции шейка может иметь неприглядный вид. При осмотре же через 3—4 недели после операции шейка обычно оказывается вполне сформированной.

**Операция удаления опухоли яичника на ножке.** Хорошо подвижную опухоль яичника на ножке (кисту или кистому) можно удалить через переднее или заднее кольноцелиотомическое отверстие.

Вскрыв, как описано выше, брюшную полость в области пузырно-маточной складки, раздвигают рану подвемниками, захватывают матку пучевыми или пинными щипцами ближе к ее дну и выводят из брюшной полости, пока не покажется собственно-яичниковая связка — часть ножки опухоли. Затем, захватив зажимом собственно-яичниковую связку



Рис. 177. Целость шейки матки и влагалища восстановлена.

и сняв щипцы с матки, последнюю погружают в брюшную полость, а за связку подтягивают в рану опухоль. Если из-за больших размеров вывести последнюю из брюшной полости не удастся, то можно ее пунктировать и отсосать содержимое. Опорожненная киста или кистома обычно без затруднений выводится через операционную рану наружу. Остается пережать зажимами собственно-яичниковую и воронко-тазовую связки, каждую отдельно или одним зажимом, если расстояние между ними небольшое, и опухоль отсечь.

Если операция производится через заднее кольпоцелиотомическое отверстие, то захватывают щипцами заднюю стенку матки и выводят ее в рану, чтобы захватить ножку опухоли. Дальнейший ход операции, как и через переднее кольпоцелиотомическое отверстие. Зажимы на связках заменяют лигатурами. Вокруг культей накладывают кистетный кетгутовый шов, в который погружают культя связок. После этого операционную рану послойно зашивают узловатыми кетгутовыми швами, кроме брюшины, которая может быть зашита непрерывным швом.

Следовательно. основными моментами операции удаления опухоли яичника через влагалище после подготовки операционного поля и тщательной анестезии являются: 1) передняя или задняя влагалищная лапаротомия (кольпоцелиотомия), 2) выведение в операционную рану матки, 3) захватывание ножки опухоли (собственно-яичниковой связи), 4) выведение опухоли из брюшной полости, если нужно, после пункции и отсасывания жидкости, 5) пережатие и перерезание ножки опухоли, 6) замена зажимов лигатурами, 7) перитонизация, 8) послойное зашивание операционной раны.

### **Примерный ход операции удаления опухоли яичника на ножке через влагалище**

Показания к операции: кистома правого яичника у женщины 23 лет.

Анестезия спинномозговая между III и IV поясничными позвонками. Введено 2 мл 5% раствора новокаина с 1 мл 10% раствора кофеина и 1 мл 5% раствора эфедрина. Больная уложена, как для влагалищной операции.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Влагалище раскрыто зеркалами и обработано спиртом и йодом. Шейка матки фиксирована щипцами Дуайена и низведена ко входу во влагалище. По переднему влагалищному своду, в месте перехода его слизистой в слизистую шейки матки, сделан полулунный разрез, проникающий в паравезикальную клетчатку. Ножницами рассечены соединительнотканые пучки между шейкой матки и мочевым пузырем; пузырь отсепарован до брюшины пузырно-маточной складки. Здесь брюшина захвачена зажимом Микулича и вскрыта ножницами. Пальцем, введенным в брюшную полость, матка вывихнута в операционную рану и правая собственно-яичниковая связка захвачена перпендикулярно зажимом Кохера, опухоль подтянута в операционную рану и обследована. Опухоль подвижная, толстостенная, с жидким содержимым, величиной с крупную головку новорожденного. Так как вывести из брюшной полости кистому без уменьшения ее размеров невозможно, сделана пункция, выпущено 1800 мл густой тягучей

жидкости, после чего легким потягиванием за правую собственно-яичниковую связку капсула кисты выведена из раны. Наложена зажим Кохера на воронко-тазовую связку, и связка рассечена. Сильно растянутый мезовариум перерезан на зажиме. Зажимы заменены кетгутowymi лигатурами, дополнительно связанные друг с другом для удобства перитонизации. Вокруг культи наложен кисетный шов, при завязывании которого были перитонизированы культи связок и мезовариума.

Края раны брюшины соединены непрерывным кетгутowym швом, а края раны влагалища — узловатыми кетгутowymi швами. Удалены все инструменты. Во время операции кровотечения не было.

Продолжительность операции — 30 минут.

*Описание препарата.* Удаленный препарат представляет собой псевдомуцинозную кистому с густой тягучей жидкостью светло-коричневого цвета. Капсула фиброзная; местами в ее толще имеются опухолевидные кистозные образования различных размеров (от вишни до грецкого ореха).

**Операция влагалищной пангистерэктомии без придатков (Panhysterectomy sine adnexis per vaginam).** При доброкачественных опухолях матки, особенно у ослабленных или пожилых женщин, показаны влагалищные операции, так как они легче переносятся больными и дают лучший исход. Однако, избирая этот путь оперативного лечения, гинеколог должен объективно оценить свои оперативные возможности: влагалищные операции технически значительно сложнее и труднее, чем брюшно-стеночные.

Влагалищная пангистерэктомия без придатков первым способом выполняется следующим образом. Если влагалище очень широкое и опущено, операцию начинают с выкраивания лоскутов из передней и задней его стенок, отслаивают мочево́й пузырь, вскрывают пузырно-маточную складку брюшины, выводят матку и т. д. (см. стр. 185). При отсутствии опущения влагалища и матки операция производится несколько иначе. Одним из основных условий успешного выполнения ее в подобных случаях является абсолютная безболезненность с полной релаксацией мускулатуры тазового дна и связочного аппарата матки. Этого легче всего достичь, нам кажется, с помощью спинномозговой анестезии или эндотрахеального наркоза с применением курареподобных препаратов.

Раскрыв зеркалами влагалище, шейку матки захватывают щипцами Дуайена или Мюзо и максимально низводят, а если удастся — выводят из влагалища. В таком положении по переднему влагалищному своду делают полулунный разрез по переходной его складке. Разрез обязательно должен проникать в рыхлую паравезикальную клетчатку. Далее хирургическим пинцетом или зажимом Кохера приподнимают передний край влагалищной раны и ножницами рассекают натягивающиеся при этом соединительнотканые пучки между мочевым пузырем и шейкой матки. Мочево́й пузырь отслаивают от шейки матки до лузырно-маточной складки, которая имеет полулунную форму и от окружающих тканей отличается белесоватым цветом. Захватив хирургическим пинцетом



или зажимом брюшину, ее вскрывают и передний край подшивают к переднему краю влагалищной раны двумя — тремя узловатыми швами.

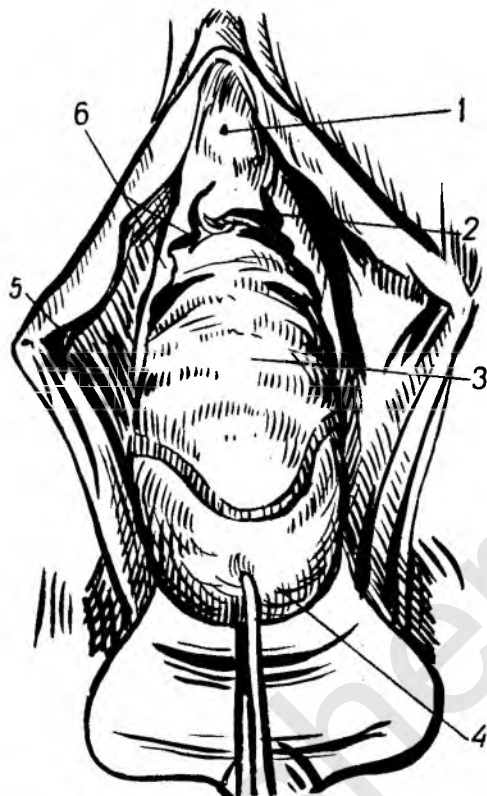


Рис. 178. Операция влагалищной пангистерэктомии. Очерчивающий циркулярный разрез сделан по границе подвижной слизистой влагалищных сводов и неподвижной шейки матки:

1 — наружное отверстие уретры; 2 — складчатость передней стенки влагалища в месте прохождения уретры; 3 — заметно выпячивание мочевого пузыря; 4 — шейка матки; 5 — правая половая губа; 6 — остатки девственной плевы.

матка. Жажмы заменяют лигатурами.

Операцию можно сделать и другим способом. Шейку матки максимально оттягивают на себя и книзу: вокруг нее делают циркулярный разрез по переходной складке, проникающий в слой рыхлой клетчатки (рис. 178).

Далее подъемниками раскрывают операционную рану и под контролем зрения захватывают пулевые или иными щипцами переднюю стенку матки поближе ко дну. Шейку заправляют во влагалище, сняв с нее щипцы, а тело матки стараются вывести, как бы вывихнуть в операционную рану. Другими щипцами захватывают дно матки, а первые снимают с ее тела, и матку максимально низводят на себя и книзу. Последнюю можно вывести в операционную рану также указательным пальцем, подведенным под ее заднюю стенку через отверстие в брюшине.

Далее трубу, собственно-яичниковую и круглую связки пережимают зажимом примерно так, как при опущении и выпадении матки, перерезают, оттягивая матку в противоположную сторону; обнажают, захватывают зажимом и перерезают сосудистый пучок. То же и в том же порядке делают с другой стороны. После этого, оттянув матку еще больше книзу, поперечно рассекают маточно-прямокишечную складку брюшины, захватывают зажимом и перерезают сначала одну, затем вторую крестцово-маточные связки. Теперь остается рассечь боковые и задний своды влагалища, на которых удерживается

Продолжая оттягивать шейку матки, передний край влагалищной раны приподнимают пинцетом или зажимом, натянутые пучки соединительной ткани между мочевым пузырем и шейкой рассекают ножницами, отодвигая пузырь вверх (рис. 179). Далее отсепааровывают края влагалищной

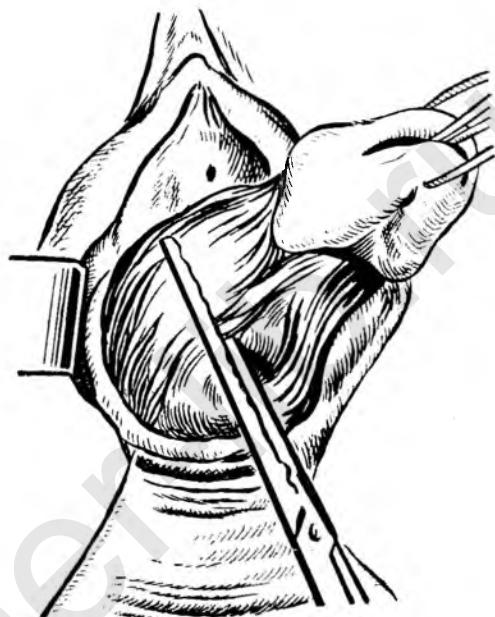
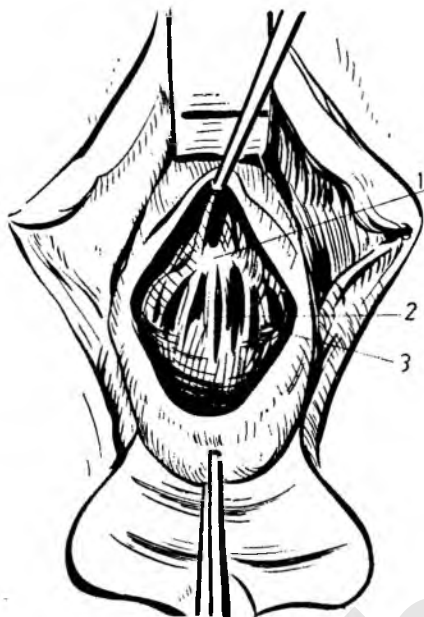


Рис. 179. Отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки:

1— мочевой пузырь; 2 — натянутые пучки соединительной ткани между мочевым пузырем и шейкой матки; 3 — левая «ножка» мочевого пузыря.

Рис. 180. Крестцово-маточная связка пережата зажимом.

раны по всей окружности. Обнаженные при этом кардинальные и крестцово-маточные связки захватывают зажимами Кохера (каждую отдельно) и перерезают (рис. 180). После этого подвижность матки значительно увеличивается, легко обнажаются ее боковые поверхности и маточные сосуды, которые следует сразу же захватить зажимами и перерезать (рис. 181). Лишь теперь окончательно отслаивают мочевой пузырь от шейки матки, обнажают и вскрывают пузырно-маточную складку брюшины, передний край которой следует подшить к переднему краю влагалищной раны (рис. 182). На зажимах прошивают, а затем рассекают трубу, собственно-яичниковую и круглую связки сначала с одной, затем с дру-

гой стороны; поперечно рассекают прямокишечно-маточную складку брюшины, на которой еще удерживается матка (рис. 183). Если же матка увеличена большими миоматозными узлами, то следует рассечь ее переднюю стенку по средней линии, начиная от наружного зева. Из-за ретрак-



Рис. 181. На правые маточные сосуды наложен зажим:  
1 — брюшина пузырно-маточной складки.



Рис. 182. Крестцово-маточные, кардинальные связки и маточные сосуды перерезаны и перевязаны с обеих сторон. Вскрыта брюшина пузырно-маточной складки.

ции мышц края раны расходятся в стороны. Для облегчения доступа к узлам опухоли можно рассечь и заднюю стенку шейки матки. После этого, раздвинув обе половины шейки в разные стороны, крепкими щипцами захватывают наиболее доступный узел и вылуцивают его преимущественно острым путем. Затем подтягивают матку на себя и книзу и таким же способом удаляют следующий узел, пока матка не уменьшится настолько, что ее можно будет вывести из брюшной полости. Дальнейший ход операции ничем не отличается от описанного.

Заменяв зажимы лигатурами, освобождают передний край пузырно-маточной складки брюшины и сшивают его с краем прямокишечно-маточной складки с одновременной фиксацией культи, которые обяза-



Рис. 183. Прошивают верхний отдел правой широкой маточной связки (круглая, собственно-яичниковая связки и труба).

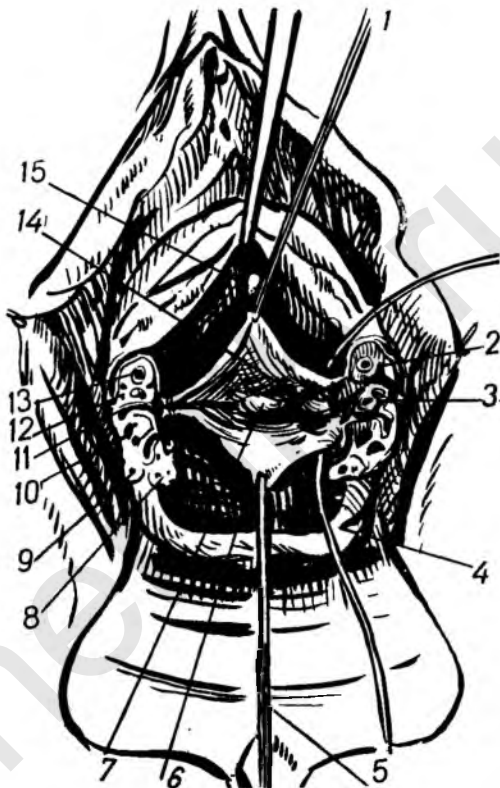


Рис. 184. Матка удалена:

1 — держалка на брюшине пузырно-маточной складки; 2 — культи придатков матки; 3 — культи параметральной клетчатки; 4 — задний край влагалищной раны; 5 — держалка на брюшине прямокишечно-маточной складки; 6 — прямая кишка; 7 — яичник; 8 — культи крестцово-маточной связки; 9 — культи кардинальной связки; 10 — маточные сосуды; 11 — собственно-яичниковая связка; 12 — круглая связка; 13 — труба; 14 — левая труба; 15 — мочевой пузырь.

тельно должны быть помещены внебрюшинно (рис. 184). Края раны влагалищных сводов соединяют узловатыми кетгутowymi швами.

Основными моментами влагалищной пангистерэктомии без придатков после проведения анестезии и подготовки операционного поля являют-

ся: 1) полулунный разрез переднего влагалищного свода или циркулярный вокруг шейки, 2) отсепаровка мочевого пузыря до пузырно-маточной складки, а при циркулярном разрезе — перерезание кардинальных и крестцово-маточных связок и маточных сосудов на зажимах, 3) рассечение на зажимах верхнего отдела широкой маточной связки и выведение матки из брюшной полости; если же это невозможно, — удаление опухоли по частям с последующим выведением матки, 4) поперечное рассечение прямокишечно-маточной складки брюшины и крестцово-маточных связок, если они ранее не были рассечены, 5) зашивание брюшины с одновременной фиксацией культи внебрюшинно, 6) соединение краев влагалищной раны.

### **Примерный ход операции влагалищной пангистерэктомии без придатков**

Показания к операции: узловая миома матки, изнуряющие маточные кровотечения у женщины 46 лет.

Анестезия спинномозговая между III и IV поясничными позвонками. Введено 2 мл 5% раствора новокаина с 1 мл 10% раствора кофеина и 1 мл 5% раствора эфедрина. Спустя 20 минут — введение кофеина и эфедрина в тех же дозах, но в виде подкожной инъекции.

В положении больной для влагалищной операции внутренние поверхности бедер и наружные половые органы обработаны спиртом и йодом. Операционное поле изолировано стерильным бельем. Влагалище раскрыто зеркалами, шейка матки захвачена щипцами Дуайена и максимально оттянута на себя и книзу. Сделан циркулярный разрез влагалищных сводов по переходной складке, проникающий в слой рыхлой клетчатки. Передний край влагалищной раны приподнят двумя зажимами Кохера, тем самым натянуты соединительнотканые пучки между мочевым пузырем и шейкой матки, которые тут же рассечены и задняя стенка мочевого пузыря отслоена от шейки матки. После этого край влагалищной раны отсепарован кверху по всей окружности. Обнаженные при этом крестцово-маточные и кардинальные связки (каждая отдельно) перерезаны на зажимах Кохера. Матка оттянута еще больше на себя и вправо, тупфером отодвинута клетчатка с левого ребра матки, хорошо видимые левые маточные сосуды также перерезаны на зажиме Кохера. То же сделано и справа. Теперь матка оттянута книзу и мочевой пузырь окончательно отслоен от шейки матки вплоть до пузырно-маточной складки брюшины, которая без затруднений захвачена пинцетом и вскрыта. Передний край ее подшит к переднему краю влагалищной раны двумя кетгутowymi лигатурами, взятыми на зажимы. При максимальном оттягивании матки книзу в рану выведен лишь нижний миоматозный узел величиной с крупное куриное яйцо, расположенный в задней стенке надвлагалищной части шейки, верхний же полюс опухоли продолжает оставаться над входом в малый таз. Для облегчения извлечения матки ножницами сделан срединный разрез ее передней стенки. Ткани над узлом в шейке матки рассечены скальпелем, узел захвачен щипцами и с помощью ножниц остро вылушен. Срединный разрез матки продлен кверху. Обнаженная нижняя часть субмукозного миоматозного узла захвачена щипцами Мюзо, узел максимально оттянут книзу и остро с помощью ножниц вылушен и удален. Удаленный миоматозный узел величиной с кулак. После этого тело матки извлечено из брюшной полости и оттянуто книзу и вправо; на зажиме Кохера ножницами перерезаны труба, собственно-яичниковая и круглая связки. То же сделано справа. При отведении матки книзу

поперечно рассечена брюшина прямокишечно-маточного пространства, на которой удерживалась матка. Зажимы заменены лигатурами. Передний и задний листки брюшины с боков прошиты кетгутом, а при завязывании этими же лигатурами фиксированы культи, расположенные внебрюшинно. Отверстие в брюшине между культи зашито непрерывным кетгутовым швом. Края влагалищной раны соединены узловатыми кетгутовыми швами. Потеря крови во время операции — около 150 мл.

Продолжительность операции — 50 минут.

*Описание удаленных препаратов.* Удаленные препараты представляют собой два миоматозных узла, один из которых величиной с куриное яйцо, а второй — с кулак, и матку с множеством мелких миоматозных узлов. Матка и миоматозные узлы отправлены на гистологическое исследование.

**Операция влагалищной пангистерэктомии с придатками (Exstirpatio uteri totalis seu Panhysterectomy cum adnexis per vaginam).** Операция показана при раке тела матки, саркоме, а также при доброкачественных опухолях матки, сочетающихся с заболеваниями ее придатков (кисты, кистомы и др.), у очень пожилых и ослабленных женщин. Операцию пангистерэктомии через влагалище осуществить значительно труднее, чем через живот, когда операционная рана широко раскрыта. Однако женщины, особенно пожилые и ослабленные, брюшнопочечные операции переносят тяжелее, чем влагалищные. Поэтому при выборе подхода к больному органу и методики оперативного лечения иногда следует отдавать предпочтение влагалищным операциям. Послеоперационный период после влагалищной экстирпации матки протекает легче, чем после брюшнопочечной, реже наблюдаются осложнения.

Операцию пангистерэктомии можно выполнить двумя способами. Одним из основных условий успешного ведения операции любым из этих способов является полное обезболивание с хорошей релаксацией мускулатуры тазового дна, что достигается с помощью эндотрахеального наркоза и курареподобных препаратов, а также спинномозговой или перидуральной анестезии.

Первый способ пангистерэктомии с придатками приемлем у тех больных, у которых удастся низвести шейку матки ко входу во влагалище или хотя бы часть ее вывести из влагалища.

В подобных случаях раскрыв влагалище и захватив шейку матки щипцами Дуайена или Мюзо, ее максимально оттягивают на себя и книзу. Доступный теперь передний влагалищный свод вскрывают полулунным разрезом по переходной складке. Передний край влагалищной раны захватывают зажимами Кохера, оттягивают вверх, ножницами рассекают соединительнотканые пучки между мочевым пузырем и шейкой матки, после чего тупо и отчасти остро их разъединяют до пузырьно-маточной складки брюшины. Мочевой пузырь подъемником отодвигают вверх, обнажая небольшой участок брюшины полулунной формы, белесоватого цвета. Брюшину следует захватить зажимом Кохера или Ми-

кулича, вскрыть ножницами и передний ее край подшить к переднему краю влагалищной раны двумя-тремя швами, которые для удобства берутся на зажим.

Затем нужно указательным пальцем той руки, которой лучше владеет оператор, проникнуть под заднюю стенку матки и вытолкнуть ее тело в операционную рану, одновременно рукой заправив шейку во влагалище. Матку можно вывести из брюшной полости и с помощью пулевых щипцов. Дно матки фиксируют щипцами и максимально оттягивают на себя и в сторону, например, вправо (по отношению к больной), чтобы левые придатки легче было вывести из брюшной полости. Яичник и трубу овариальными (полишными) щипцами или пинцетом приподнимают и отводят по возможности в сторону. Зажимом Кохера или Микулича захватывают одновременно воронко-тазовую и круглую связки, а если это не удастся, то отдельно каждую, и перерезают, продолжая оттягивать матку в противоположную сторону. Если при этом маточные сосуды не обнажились, следует тупфером сдвинуть с них рыхлую клетчатку, захватить сосуды зажимом Кохера и перерезать. После этого зажимом Кохера захватывают левую крестцово-маточную связку (без брюшины) и перерезают. То же и в том же порядке делают справа. Затем поперечно рассекают брюшину маточно-прямокишечного углубления и по переходной складке рассекают влагалищные своды, на которых удерживается матка.

Зажимы (их при правильном ведении операции по три с каждой стороны) заменяют лигатурами. Передний и задний листки брюшины соединяют по бокам двумя кетгутowymi узловатыми швами, при завязывании которых одновременно фиксируют и культы связок; отверстие в брюшине между ними может быть зашито непрерывным кетгутowym швом. Помещенные внебрюшинно культы маточных связок обеих сторон можно связать между собой: это способствует образованию более прочного рубца. Края влагалищной раны следует соединить узловатыми кетгутowymi швами с одновременной фиксацией влагалищных сводов к маточным связкам.

Основными моментами влагалищной пангистерэктомии после анестезии и подготовки операционного поля являются: 1) вскрытие переднего влагалищного свода полулунным разрезом, 2) отсепаровка мочевого пузыря, 3) обнажение и вскрытие пузырно-маточной складки брюшины и подшивание ее переднего края к переднему краю влагалищной раны, 4) выведение матки из брюшной полости, 5) рассечение на зажиме Кохера воронко-тазовой и круглой связок, 6) то же со второй стороны, 7) обнажение и перерезание на зажиме маточных сосудов сначала с одной, затем с другой стороны, 8) поперечное рассечение брюшины маточно-прямокишечного углубления, 9) перерезание на зажимах крестцово-маточных связок, 10) рассечение влагалищных сводов, на которых еще удерживает-

ся матка, 11) замена зажимов лигатурами, 12) послойное зашивание раны с внебрюшинным расположением культий связок.

Второй способ влагалищной пангистерэктомии с придатками практически применим у любой больной. Раскрыв влагалище зеркалами, шейку матки захватывают надежными щипцами и максимально выводят. По переходной складке циркулярным разрезом вскрывают влагалищные своды. Передний край раны приподнимают зажимами Кохера или хирургическими пинцетами и преимущественно остро (ножницами) отсепааровывают мочевого пузыря от шейки матки. Затем края влагалищной раны по бокам отсепааровывают немного кверху. Зажимами Кохера или Микулича захватывают крестцово-маточные и кардинальные связки (каждую отдельно) и перерезают. После этого подвижность матки книзу сразу увеличивается. Теперь шейку максимально оттягивают на себя и в сторону; в это время с другой стороны тупо обнажают маточные сосуды и на зажиме Кохера перерезают. Таким же способом перерезают маточные сосуды второй стороны. Следующим этапом операции является обнажение и вскрытие брюшины пузырно-маточной складки, которая отличается от окружающих тканей своей полудунной формой и белесоватой окраской. Брюшину захватывают зажимом Кохера или Микулича и ножницами вскрывают. Передний край брюшины, чтобы он вследствие ретракции тканей не ушел кверху, подшивают 2—3 лигатурами к переднему краю влагалищной раны и берут на зажим.

Максимально натянув матку книзу и на себя, ее придатки захватывают овариальными (полипными) щипцами и осторожно выводят из брюшной полости. Обнаженные воронко-тазовую и круглую связки захватывают и перерезают на зажимах Кохера, после чего таким же способом эти связки перерезают и с другой стороны. Брюшину маточно-прямокишечного углубления, на которой еще удерживается матка, рассекают ножницами поперечно. Операционную рану зашивают послойно, как и при первом способе влагалищной пангистерэктомии.

Основными моментами операции влагалищной пангистерэктомии с придатками (вторым способом) после анестезии и подготовки операционного поля являются: 1) вскрытие влагалищных сводов циркулярным разрезом по переходной складке и частичная отсепааровка краев раны кверху, 2) перерезание на зажимах крестцово-маточных и кардинальных связок, 3) перерезание на зажимах маточных сосудов, 4) отсепааровка мочевого пузыря от шейки матки, 5) обнажение и вскрытие пузырно-маточной складки брюшины и подшивание ее переднего края к переднему краю влагалищной раны, 6) перерезание на зажиме Кохера круглой и воронко-тазовой связок сначала с одной, затем с другой стороны, 7) поперечное рассечение брюшины маточно-прямокишечного углубления, 8) замена зажимов лигатурами, 9) послойное зашивание раны с внебрюшинным расположением культий придатков.



## Примерный ход операции влагалищной пангистерэктомии с придатками по первому способу

Показания к операции: аденокарцинома тела матки I стадии у женщины 61 года. Анестезия спинномозговая между III и IV поясничными позвонками. Введено 2 мл 5% раствора новокаина с 1 мл 10% раствора кофеина и 1 мл 5% раствора эфедрина. Спустя 20 минут кофеин и эфедрин в тех же дозах введены подкожно.

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Влагалище раскрыто зеркалами, шейка матки низведена щипцами Дуайена. Передний влагалищный свод вскрыт широким полулунным разрезом. Мочевой пузырь отсекарован до пузырно-маточной складки, которая сразу же вскрыта на зажиме; передний ее край подшит к переднему краю влагалищной раны. Тело матки выведено в рану указательным пальцем и фиксировано щипцами; выведены в рану придатки, оказавшиеся неизменными. Воронко-тазовая и круглая связки слева перерезаны на зажиме, после чего обнажены маточные сосуды и также перерезаны на зажиме. То же самое сделано и справа. Поперечно рассечена брюшина маточно-прямокишечного пространства, на зажимах перерезаны крестцово-маточные связки; по переходной складке рассечены влагалищные своды. Зажимы заменены узловатыми кетгутowymi лигатурами. Культы связок разведены в стороны, передний и задний края брюшины сначала слева, затем справа соединены узловатыми кетгутowymi швами, при завязывании которых в узел подхвачены и культы связок соответствующей стороны. Отверстие в брюшине между связками зашито непрерывным кетгутowym швом. Края влагалищной раны соединены узловатыми кетгутowymi швами с одновременной их фиксацией к культурам связок. Кровотечения во время операции не было.

Продолжительность операции — 40 минут.

### ОПЕРАЦИЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ

Операция перевязки или иссечения маточных труб из углов матки может быть осуществлена как через переднее, так и через заднее кольпоцелиотомическое отверстие. Для опытного гинеколога она не сложна.

Легче всего операцию сделать под спинномозговой анестезией или под эндотрахеальным наркозом с применением кураеподобных препаратов. Передний влагалищный свод вскрывают полулунным разрезом, осторожно ножницами отсекают клетчатку между мочевым пузырем и шейкой матки; заднюю стенку пузыря отслаивают от шейки, пока не покажется полулунной формы белесоватая пузырно-маточная складка брюшины. Брюшину захватывают хирургическим пинцетом или зажимом Кохера, слегка натягивают и вскрывают ножницами. Передний край брюшины двумя-тремя лигатурами, взятыми на зажим, фиксируют к переднему краю влагалищной раны. Рану раздвигают подъемниками.

Чтобы не травмировать матку, ее лучше всего вывести, как бы вытолкнуть из брюшной полости указательным пальцем, подведенным под заднюю стенку. Для облегчения выведения тела матки следует од-

повременно шейку матки заправить во влагалище. Затем, подтянув пинцетом, например левую маточную трубу, пережимают ее зажимом и перевязывают толстой шелковой лигатурой. Можно также трубу иссечь у угла матки, перевязать и культю погрузить между листками широкой связки, как описано выше.

Если решено произвести операцию через заднее кольпоцелиотомическое отверстие, то шейку матки, захватив щипцами, максимально оттягивают на себя и в направлении симфиза. При этом задний влагалищный свод увлекается шейкой матки. Отступив на 0,5—1 см от переходной складки, зажимом Кохера или пулевыми щипцами захватывают стенку заднего влагалищного свода, оттягивают и рассекают ножницами, после чего вскрывают брюшину маточно-прямокишечного углубления. Указательным пальцем через отверстие в брюшине проникают на переднюю поверхность матки. Затем, направляя шейку в передний влагалищный свод, пальцем выталкивают тело матки в операционную рану и дальше поступают, как уже описано. Вытянув одну из маточных труб в виде дубликатуры, ее раздавливают зажимом и перевязывают шелковой лигатурой; так же поступают и со второй трубой (рис. 185).

После перевязки маточных труб одним из общеизвестных способов послонно зашивают операционную рану (рис. 186).

Основными моментами операции стерилизации через влагалище после подготовки операционного поля и анестезии являются: 1) передняя или задняя кольпоцелиотомия, 2) выведение матки в операционную рану, 3) стерилизация одним из способов, 4) погружение матки в брюшную полость, 5) послонное зашивание операционной раны.

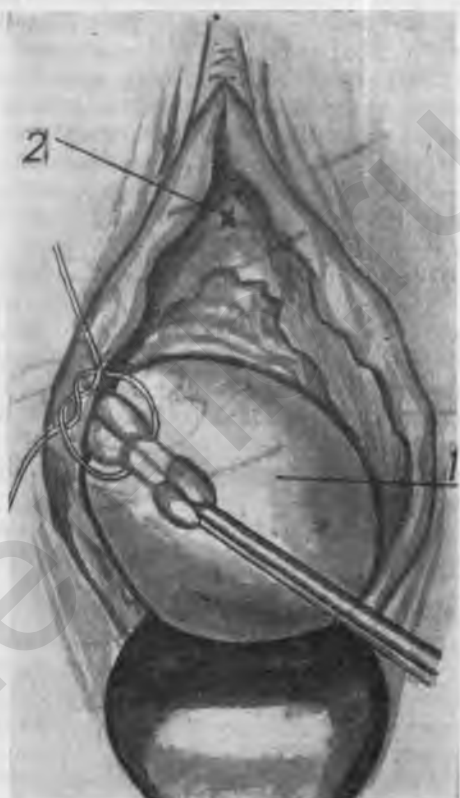


Рис. 185. Операция стерилизации. Матка выведена из брюшной полости через кольпоцелиотомическое отверстие. Правая маточная труба (1) подготовлена к перевязке размождением с помощью раздавливающего зажима. Уретра (2).

## ОПЕРАЦИЯ КОЛЬПОПОЭЗА

Отдаленные результаты кольпопоэза из плодных оболочек, из кожи, из тонкого кишечника, из прямой кишки и других тканей неутешительны. Наилучшие отдаленные результаты получены при создании искусственного влагалища из сигмовидной кишки, что предложено Балдвином (1904). Но и эта операция имеет ряд недостатков: инфицирование, флегмона тазовой клетчатки, перитонит и сепсис характерны для нее так же, как и для любой другой операции на толстом кишечнике.

Кольпопоэз показан при аплазии и атрезии влагалища у молодых женщин. Больную следует подготовить к операции особенно тщательно, так как от этого во многом зависит ее исход и течение послеоперационного периода.

Операция кольпопоэза производится следующим образом.

Больную укладывают в положение для влагалищной операции; поперечно рассекают обычно атрезированную девственную плеву; при наличии грубых рубцовых тканей последние иссекают. Клетчатку между уретрой и прямой кишкой тупо расслаивают до брюшины. Ложе должно быть обширным, свободно вмещающим большие желобоватые зеркала; в него вводят захватывающий инструмент, например овариальные щипцы. Для удержания инструмента в ложе будущего влагалища последнее тампонируют.

Выполнив эту подготовительную операцию, больную переводят в положение для чревосечения и производят лапаротомию.

После осмотра органов малого таза из сигмовидной кишки резецируют ее отрезок длиной 18—20 см с сохранением сосудов брыжейки; оба конца его зашивают наглухо.

Пройодимость сигмовидной кишки восстанавливают соединением ее конец в конец узловатыми кетгутowymi швами в три этажа. Брюшину над выступающим из влагалищного ложа инструментом вскрывают поперечно.

Если после восстановления проходимости сигмовидной кишки резецированный отрезок утрачивает необходимую для выполнения операции подвижность, нужно тщательно осмотреть сосуды брыжейки и последнюю рассечь косо кверху, не травмируя сосудов. Обычно после этого резецированный отрезок кишки легко опускают в подготовленное ложе. Тампон удаляют. Инструментом, который заблаговременно был введен в подготовленное ложе, захватывают лигатуру нижнего конца резецированной кишки и низводят. Брюшину соединяют узловатыми кетгутowymi швами у верхнего конца резецированного отрезка, в результате чего искусственное влагалище оказывается расположенным внебрюшинно. Брюшную рану зашивают обычно послойно.

Затем больную вновь переводят в положение для влагалищной опе-

рации. За лигатуру вытягивают нижний конец кишки и подшивают его к краям девственной плевы или слизистой входа во влагалище узловатыми швами. По бокам влагалища мы обычно оставляем по одному марлевому выпускнику, которые через сутки удаляем.

На 5—6-й день после операции искусственное влагалище вскрывают, если оно не было вскрыто во время операции, и очень осторожно очищают от распадающихся каловых масс.

На 8—9-й день иссекают избытки кишки, а также циркулярно в виде ободка слизистую входа и сшивают с краями кишки узловатыми швами.

На 18—20-й день после операции кольцеобразное сужение во входе влагалища, образованное рубцеванием тканей, инфильтрируют лидазой (64—256 ЕД) с новокаином и растягивают пальцами до проходимости большого влагалищного зеркала, после чего искусственное влагалище становится функционально полноценным и больную можно выписать домой.

### Примерный ход операции кольпопоза из сигмовидной кишки

Показания к операции: аплазия влагалища у девушки 18 лет.

Операция проведена под масочным эфирным наркозом (израсходовано 60,0 эфира).

В положении для влагалищной операции после подготовки и изоляции операционного поля девственная плева, растянутая двумя зажимами Кохера, поперечно рассечена. Тазовая клетчатка тупо расслоена до брюшины. Емкость подготовленного ложа проверена большими влагалищными зеркалами, после чего в него введен длинный зажим, и ложе затампошировано.

Больная переведена в положение для лапаротомии. Брюшная полость после подготовки и изоляции операционного поля вскрыта и раздвинута ранорасширителем. При осмотре органов малого таза обнаружено отсутствие матки. Яичники с обеих сторон располагаются на боковых поверхностях малого таза, имеются также нормально развитые маточные трубы.

Сигмовидная кишка на довольно длинной брыжейке выведена в операционную рану. Намеченный к резекции отрезок кишки длиной около 18 см резецирован на кишечных зажимах, оба его конца перевязаны и зашиты кисетными швами. Проходимость сигмовидной кишки восстановлена конец в конец трехэтажными узловатыми кетгутowymi швами. Брыжейка резецированного отрезка кишки рассечена косо от нижнего конца кверху так, что целость сосудов не нарушена.

Брюшина, выстилающая стенки малого таза, над зажимом, который в начале операции был введен в ложе будущего влагалища, рассечена поперечно на протяжении примерно 5 см. Тампон из ложа удален. Зажимом захвачена лигатура нижнего конца резецированного отрезка кишки, и отрезок погружен в подготовленное ложе. Края брюшины соединены отдельными кетгутowymi швами над верхним концом пересаженого отрезка кишки. Операционная рана передней брюшной стенки зашита послойно, края кожи соединены скобками Мишеля.

Больная переведена в положение для влагалищной операции. Нижний конец резецированного отрезка кишки выведен в операционную рану. Кисетный шов снят, и стенка кишки подшита отдельными кетгутowymi швами к клетчатке у краев раны: между искусственным влагалищем и прямой кишкой вставлен марлевый выпускник. Края раны (на девственной плеве) подшиты узловатыми шелковыми швами к стенкам искусственного влагалища по всей окружности, то есть к краям раны у входа во вла-

галище. Влагалище раскрыто и затампонировано стерильным бинтом, обильно пропитанным вазелиновым маслом с 1,0 левомипетина. Кровотечения во время операции не было.

Продолжительность операции — 55 минут.

### ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

При уходе и наблюдении за больными в послеоперационном периоде после больших влагалищных пластических операций, какими являются срединная кольпоррафия, операция Лабгардта, везико-вагинальная интерпозиция матки и другие, а также после пангистерэктомии следует придерживаться вышеописанных правил. Добавим только, что диета после этих операций должна быть еще более ограниченной, и лишь на четвертые сутки больным можно давать отварное куриное мясо, отварную телятину, паровые говяжьи тефтели или котлеты, до 200,0 хлеба в сутки. Начиная с 5-х суток послеоперационного периода, больные постепенно переводятся на общий стол, с исключением грубой пищи (колбасы, копчености, кислая капуста, консервы и др.).

Если к этому времени кишечник не начал самостоятельно действовать, на 5-е сутки можно дать больным изафенин (или другое слабительное), а для облегчения опорожнения прямой кишки от обычно затвердевших в подобных случаях каловых масс можно ввести в нее 30,0—50,0 растительного масла.

Больным после тяжелых влагалищных операций не следует разрешать вставать с постели ранее десятого дня. В послеоперационной палате больные должны быть уложены в кровати в наиболее удобном положении на боку или на спине; необходимо следить, чтобы они часто поворачивались, изредка ложась и на живот. Следует больным объяснить, что в течение двух недель после выписки из стационара они не должны садиться на корточки, сильно натуживаться, так как свежие неокрепшие рубцы на промежности и задней стенке влагалища могут не выдержать напряжения, могут разойтись и швы на мышцах, поднимающих задний проход.

Выписывать больных домой следует, если операционный период протекал без осложнений, на 12—14-й день с обязательным освобождением от работы (если женщина еще трудоспособна) не менее чем на один-полтора месяца со дня выписки.

Через 3—4 недели после выписки больную нужно осмотреть с применением влагалищного зеркального и двуручного исследования.

## Глава VIII

### **ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ, ОПУЩЕНИЯХ И ВЫПАДЕНИЯХ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА**

Наиболее часто встречается отклонение матки кзади, так называемая ретрофлексия, обычно сочетающаяся с ретроверзией. Отклонение матки может быть подвижным, обусловленным большой длиной и ослабленным состоянием ее связок, и неподвижным, вызванным сращением матки с ее придатками, соседними органами и стенками таза в результате перенесенного воспалительного заболевания. Подвижное отклонение матки нередко сочетается с опущением или является начальной фазой опущения матки и влагалища. Иными словами, неполноценность связочного аппарата матки и тазового дна обычно обуславливает и отклонение от нормального положения, и опущение матки. Оперативное лечение при этом сводится к одновременному восстановлению нормального положения матки и нормального анатомического и функционального состояния тазового дна. Какого-либо одного из указанных этапов оперативного лечения, например восстановления нормального положения матки, недостаточно; недостаточно также и восстановления (укрепления) тазового дна. Операцию начинают с восстановления нормальной величины и формы обычно сильно перерастянутого влагалища и укрепления тазового дна. Затем исправляют ретродевиацию, для чего предложено много различных способов. Неподвижную ретродевиацию матки устраняют обычно при выполнении основной операции, например при удалении воспалительной опухоли придатков.

#### **ОПЕРАЦИЯ УКОРОЧЕНИЯ КРУГЛЫХ СВЯЗОК НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ (ПО МЕНГЕ)**

Брюшную полость вскрывают поперечным надлобковым или срединным разрезом, после чего осматривают органы малого таза, имеющиеся спайки разъединяют. Круглые связки на расстоянии примерно 3 см от маточных

углов захватывают пинцетом, подтягивают к средней линии матки и сшивают в виде дубликатуры. На середине обе дубликатуры подшивают узловатыми кетгутowymi швами к передней поверхности матки почти у ее дна; образовавшиеся складки широкой маточной связки сшивают узловатыми кетгутowymi швами вплоть до перехода брюшины с матки



Рис. 187. Операция укорочения круглых связок на передней поверхности матки. Левая круглая связка соединена в виде дубликатуры узловатым швом. Показано образование дубликатуры из правой круглой связки.

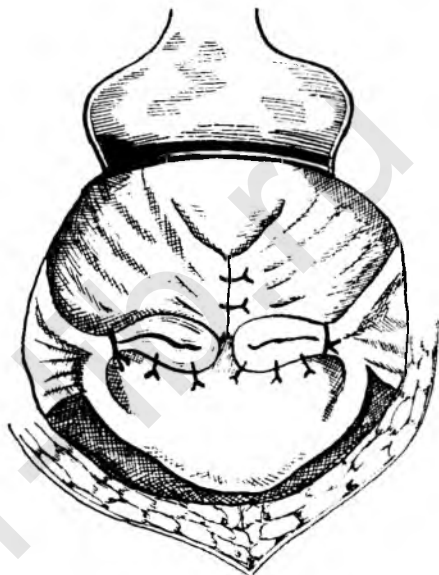


Рис. 188. Дубликатуры из обеих круглых связок подшиты к передней поверхности матки узловатыми кетгутowymi швами. Передние листки широких маточных связок сшиты также узловатыми кетгутowymi швами.

на мочевой пузырь. Чтобы не нарушить кровоснабжения круглых связок, необходимо швы на них накладывать поверхностно, чтобы не пережать наружных семенных сосудов. Матку фиксируют в антефлексии (рис. 187, 188).

Следовательно, основными моментами операции укорочения круглых маточных связок после вскрытия брюшной полости (желательно по Пфанненштилю или Кюстнеру) являются: 1) образование дубликатур круглых связок и подшивание их к средней линии передней поверхности матки, 2) подшивание складок широкой маточной связки также к средней линии передней поверхности матки, 3) зашивание операционной раны.

## ОПЕРАЦИЯ УКОРОЧЕНИЯ КРУГЛЫХ СВЯЗОК НА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ (ПО ВЕБСТЕРУ—БАЛЬДИ—ДАРТИГУ)

Брюшную полость вскрывают так же, как и для предыдущей операции. Матку выводят в операционную рану ближе к симфизу так, чтобы хорошо была растянута широкая связка, осматривают придатки матки, имеющиеся спайки разъединяют. Ниже собственно-яичниковой связки в бессосудистом месте по бокам от матки зажимом Кохера (или иным зажимом) сзади наперед прокалывают широкую связку. Этим зажимом следует захватить круглую связку и протянуть через отверстие в широкой связке. Образовавшиеся при этом дупликатуры круглых связок подшивают узловатыми кетгутowymi швами к средней линии задней поверхности матки ближе к ее дну (рис. 189). Матку укороченными круглыми связками фиксируют в антефлексии.

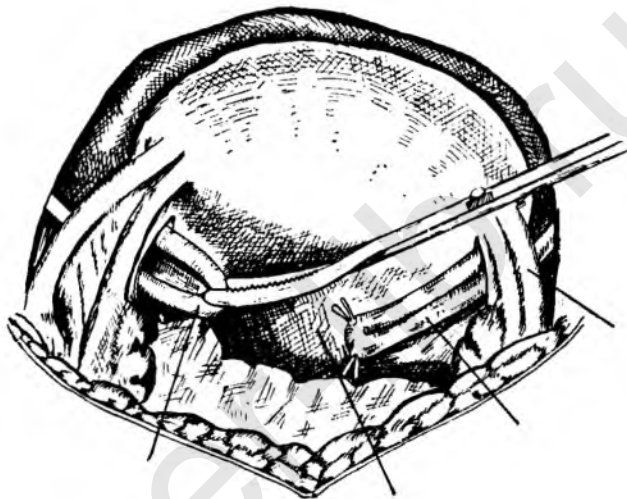


Рис. 189. Операция укорочения круглых связок на задней поверхности матки. Левая круглая связка через отверстие в широкой связке зажимом вытянута на заднюю поверхность (1); правая (2) — уже подшита к задней поверхности матки (3) узловатыми кетгутowymi швами; маточные трубы (4).

Основными моментами операции укорочения круглых связок на задней поверхности матки после вскрытия брюшной полости (лучше по Пфанненштилю) являются: 1) прободение широкой маточной связки зажимом, 2) захватывание, проведение через это отверстие круглой связки и образование из нее дупликатуры, 3) подшивание дупликатур круглых связок к задней поверхности матки по средней линии, 4) зашивание операционной раны.

## ОПЕРАЦИЯ УКОРОЧЕНИЯ КРУГЛЫХ СВЯЗОК ЧЕРЕЗ ПАХОВЫЕ КАНАЛЫ (ПО АЛЕКСАНДЕРУ — АДАМСУ)

Разрез кожи и подкожной клетчатки (длиной 3—5 см) для выполнения этой операции делают в области наружных отверстий паховых каналов сначала с одной, а затем и с другой стороны (рис. 190). После этого



осторожно вскрывают поверхностную и тонкую семенную фасции. Проходящие здесь надчревные поверхностные сосуды и наружную срамную вену лучше не рассекать, а тупо отодвинуть в сторону; тупо раздвигают и жировую клетчатку. Ориентиром при создании доступа к наружному паховому кольцу служит лобковый бугорок, который хорошо прощупывается. Так постепенно обнажается апоневроз наружной косой мышцы живота, а следовательно, и наружное паховое отверстие. После этого следует вскрыть паховый канал и латеральный край разреза оттянуть



Рис. 190. Операция укорочения круглых связок по Александру — Адамсу. Показаны линии разрезов соответственно наружным отверстиям паховых каналов.

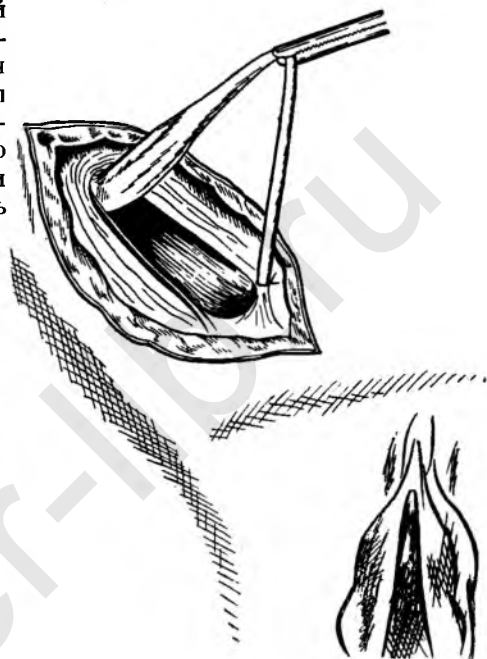


Рис. 191. Натянута правая круглая связка матки.

в сторону. В латеральном отделе пахового канала проходит круглая связка. Ее и следует захватить зажимом или пинцетом и очень осторожно вытянуть примерно на 5 см (рис. 191). Образовавшуюся при вытягивании круглой связки петлю сшивают узловатыми кетгутовыми швами и подшивают к апоневрозу наружной косой мышцы. Некоторые хирурги рекомендуют тупо проделать ход в подкожной клетчатке над симфизом и обе круглые связки шить вместе, другие — избыток связок отрезать. Иные же подшивают дубликатуры круглых связок к надкостнице лобковых костей. Обнажая круглую связку, следует очень бережно обращаться с проходящими в паховом канале сосудами и нервами, чтобы их

не повредить. Все рассеченные ткани при отыскивании круглых связок следует шить узловатыми кетгутовыми (или шелковыми) швами, строго послойно, полностью восстановив их целость. Операция рациональна только при хорошо подвижной матке.

Основными моментами операции укорочения круглых связок по Александеру—Адамсу являются: 1) вскрытие кожи и подкожной клетчатки в области наружного пахового кольца, 2) вскрытие пахового канала, 3) нахождение круглой связки, 4) захватывание круглой связки и подшивание ее с укорочением примерно на 5 см, 5) фиксация круглой связки одним из описанных способов, 6) послойное зашивание операционной раны.

#### ОПЕРАЦИЯ ВЕНТРОСУСПЕНЗИИ МАТКИ (ПО ДОЛЕРИ — ДЖИЛЬЯМУ)

Брюшную полость вскрывают небольшим (6—8 см) срединным или надлобковым разрезом. Осматривают органы малого таза, имеющиеся спайки разъединяют. Примерно на 3 поперечника пальца выше верхнего края симфиза, отступя на 2 см от краев разреза в апоневрозе, прорезают небольшое отверстие, через которое вводят зажим Кохера (можно пользоваться и другим зажимом) и тупо продвигают его в брюшную полость через прямую мышцу и брюшину сначала с одной, а затем с другой стороны (рис. 192). Проведенным через брюшную стенку зажимом захватывают круглую маточную связку на расстоянии примерно 5 см от угла матки и вытягивают через отверстие на переднюю поверхность апоневроза прямой мышцы живота в виде дубликатуры. То же делают и с другой стороны. После этого брюшную рану зашивают послойно. Дубликатуры круглых связок сшивают между собой и подшивают к апоневрозу, как показано на рис. 193. Если разрез брюшной стенки сделан по Пфанненштилю, отверстие для проведения круглых связок делают по бокам от белой линии на расстоянии 2 см, а дубликатуры соединяют друг с другом и фиксируют к апоневрозу так



Рис. 192. Операция вентросуспензии матки. Через отверстие в апоневрозе правой прямой мышцы живота и брюшине зажимом вытягивают правую круглую связку.

же, как при срединном разрезе. Подкожную клетчатку и края кожной раны соединяют обычным способом.

Основные моменты операции вентросуспензии по Долери — Джильяму после вскрытия брюшной полости: 1) образование хода в апоневрозе, прямой мышце живота и брюшине и проведение через него в брюшную полость

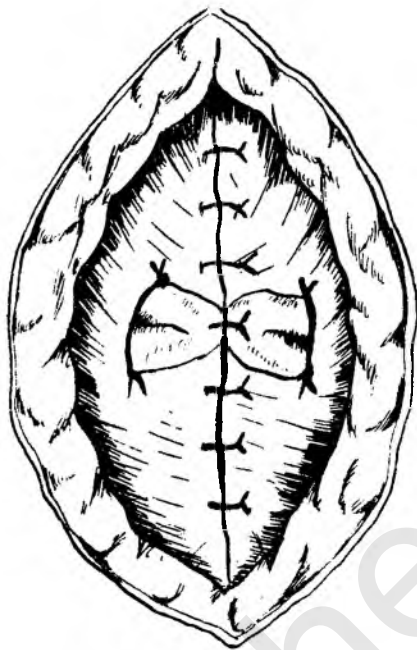


Рис. 193. Обе круглые связки в виде дубликатур соединены узловатыми швами на передней поверхности апоневроза. Края апоневроза прямых мышц живота также соединены узловатыми швами.

Операцию нужно выполнять четко и быстро ввиду того, что ей предшествует обычно довольно длительная влагалищная.

Операция вентрофиксация матки технически очень проста. По окончании влагалищной операции больную переводят в положение для лапаротомии. Оператор и его помощники сменяют халаты и перчатки. Брюшную полость вскрывают срединным или надлобковым поперечным разрезом; осматривают органы малого таза, имеющиеся спайки разъединяют. Если состояние внутренних половых органов не требует производства какой-либо дополнительной операции (недиагностированная до

зажима (с обеих сторон), 2) захватывание зажимами и выведение на переднюю поверхность апоневроза обеих круглых связок, 3) зашивание брюшины, соединение прямой мышцы с белой линией, зашивание апоневроза, 4) сшивание дубликатур круглых связок и фиксация их к апоневрозу, 5) соединение подкожной клетчатки и краев кожной раны.

#### ОПЕРАЦИЯ ВЕНТРОФИКСАЦИИ МАТКИ (ПО КОХЕРУ)

Эта операция, как и другие, исправляющие положение матки, производится в дополнение к влагалищной пластической операции, имеющей целью восстановление нормальной величины и формы влагалища и укрепление тазового дна. Сначала следует произвести влагалищную операцию, а затем вентрофиксацию матки. Начинать операцию с вентрофиксации неправильно, так как при последующей влагалищной операции, подтягивая матку, можно нарушить целостность швов на брюшной стенке.

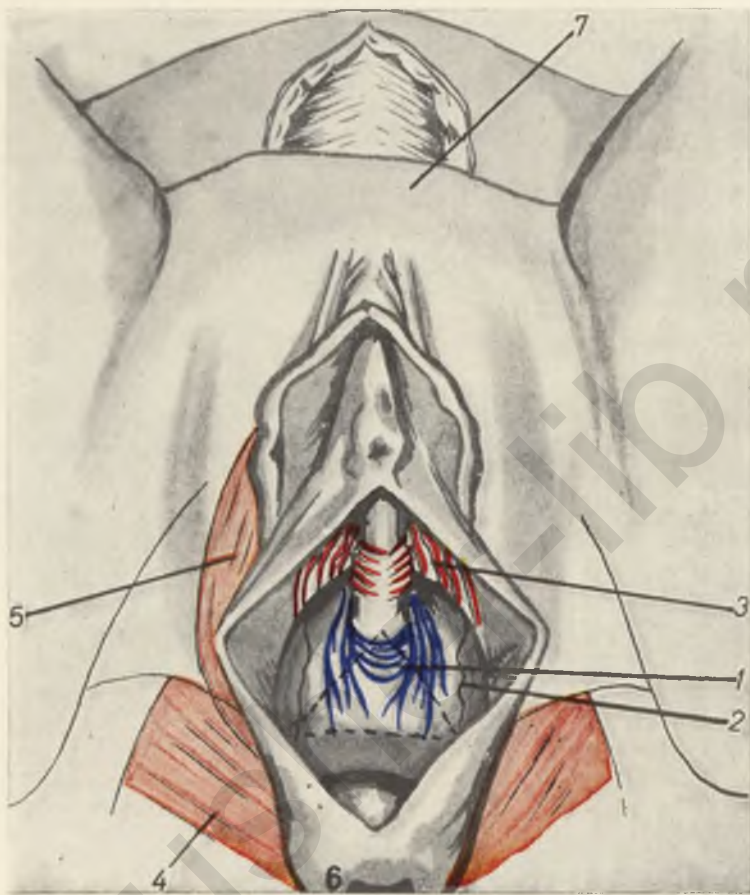


Рис. 196. Операция при недержании мочи. Схема:

1 — сфинктер мочевого пузыря; 2 — мочевой пузырь; 3 — уро-вентральная диафрагма; 4, 5 — мышцы, поднимающие задний проход; 6 — шейка матки; 7 — левые апоневрозы прямых мышц живота и пирамидальные мышцы.



Рис. 198. Операция зашивания пузырно-вагинального свища. Очерчивающий разрез и начало отсепаровки края вагинальной раны.



Рис. 199. Отсепаровка краев влагалищной раны окончена. Отсепаровываются края свищевое отверстия.

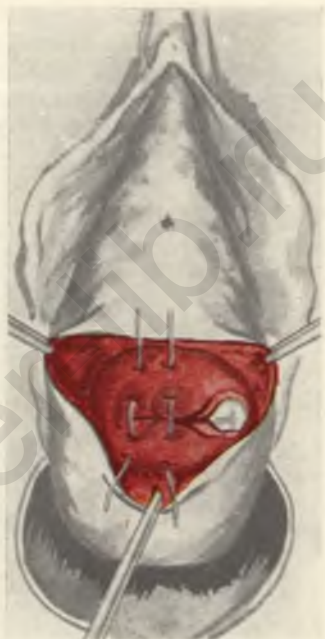


Рис. 200. Узловатыми кетгутowymi швами вворачивают края свищевое отверстия.

операции опухоль придатков и др.), матку захватывают щипцами и выводят в операционную рану. После этого пристеночную брюшину (края раны брюшины) подшивают к матке так, чтобы дно и часть тела матки остались внебрюшинно (рис. 194). На остальном протяжении брюшину зашивают обычно: края апоневроза следует соединять с одновременной фиксацией его к матке узловатыми швами (рис. 195). Если женщина детородного возраста, необходимо произвести стерилизацию.

Следовательно, основными моментами операции вентрофиксации матки

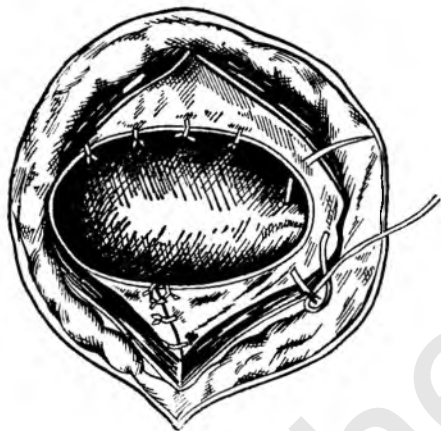


Рис. 194. Операция вентрофиксации матки. Матка выведена в операционную рану. Пристеночную брюшину подшивают к матке узловатыми швами. На остальном протяжении края брюшины соединены друг с другом.

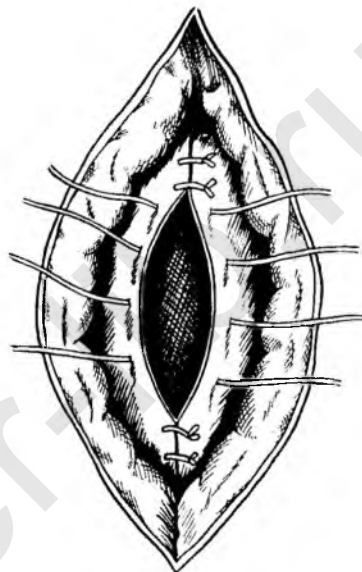


Рис. 195. Края апоневроза соединяют узловатыми кетгутовыми швами, которыми прошито и дно матки.

после вскрытия брюшной полости являются: 1) осмотр органов малого таза, 2) захватывание и выведение матки, 3) стерилизация, если в этом есть необходимость, 4) обшивание матки пристеночной брюшиной и зашивание брюшины, 5) зашивание апоневроза и одновременная фиксация его к матке, 6) соединение подкожной клетчатки и краев кожной раны.

**В е д е н и е п о с л е о п е р а ц и о н н о г о п е р и о д а.** После исправляющих положение матки операций, которые осуществляют через брюшностеночное отверстие, больная нуждается в таком же уходе, как и после других полостных гинекологических операций.

## Глава IX

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ И КАЛА, ПРИ МОЧЕПОЛОВЫХ И КИШЕЧНО-ПОЛОВЫХ СВИЩАХ

Результатом половых травм являются недержание мочи и кала, а также мочеполовые и кишечно-половые свищи. Единственно надежный метод лечения при этих исключительно тягостных заболеваниях — оперативный. Мы даем описание, с нашей точки зрения, лишь самых необходимых и в то же время наиболее легко выполнимых и эффективных операций.

При недержании мочи вследствие неполноценности сфинктера мочевого пузыря операция его пластики, укрепления, может быть сделана через влагалище и через разрез передней брюшной стенки над симфизом. Влагалищная операция дает хороший результат лишь при относительном недержании мочи (например, при чихании, смехе, сильном натуживании).

Операция заключается в поперечном наложении на расширенную уретру и шейку мочевого пузыря нескольких узловатых кетгутовых швов. Обычно у женщин с относительным недержанием мочи опущены передняя стенка влагалища и мочевого пузыря. Операцию следует начинать, как при передней кольпоррафии, но после отслойки мочевого пузыря от шейки матки надо отсепаровать его шейку и уретру, чтобы можно было под контролем зрения наложить швы, суживающие просвет уретры и укрепляющие шейку пузыря. Ушивать опущенную стенку мочевого пузыря надо наложением на его фасцию и паравезикальную клетчатку поперечных узловатых швов. Заканчивают операцию соединением краев влагалищной раны.

Вместо наложения узловатых швов на уретру и шейку мочевого пузыря можно поступить следующим образом. В уретру вводят толстый (лучше металлический) катетер. Большой, сильно изогнутой гинекологической иглой протягивают две или три шелковых нити вокруг задней части уретры и шейки мочевого пузыря так, чтобы этими нитями можно было прошить надкостницу задней поверхности симфиза. Каждую нить завязы-



вают на введенном в уретру катетере; затягивать лигатуры следует умеренно. Дальнейший ход операции ничем не отличается от вышеописанного. Она дает лучшие результаты, чем наложение поперечных узловатых швов на уретру и шейку мочевого пузыря.

Абсолютно надежна, особенно при полном недержании мочи, следующая операция; ее делают комбинированно — через влагалище и через разрез передней брюшной стенки.

Из передней, обычно опущенной, стенки влагалища выкраивают продолговатый диско-видный лоскут почти от наружного отверстия уретры и до влагалищной части шейки и удаляют. Края раны широко отсепаровывают в стороны, мочевой пузырь — от шейки матки вплоть до пузырно-маточной складки брюшины, которую вскрывать не следует. Тщательно, очень осторожно, с помощью ножниц отсепаровывают заднюю часть уретры и шейку мочевого пузыря, как показано на схеме (рис. 196). Если уретра очень расширена, а шейка мочевого пузыря расслаблена, следует их прошить несколькими узловатыми поперечно наложенными кетгутowymi швами. Теперь переходят к следующему этапу операции.

Переднюю брюшную стенку вскрывают срединным продольным разрезом, который начинается у верхнего края симфиза, или поперечным надлобковым. Рассекают кожу и подкожную клетчатку до апоневроза. Апоневроз вдоль белой линии освобождают от жировой клетчатки и выкраивают из него две ленты шириной до 1,5 см

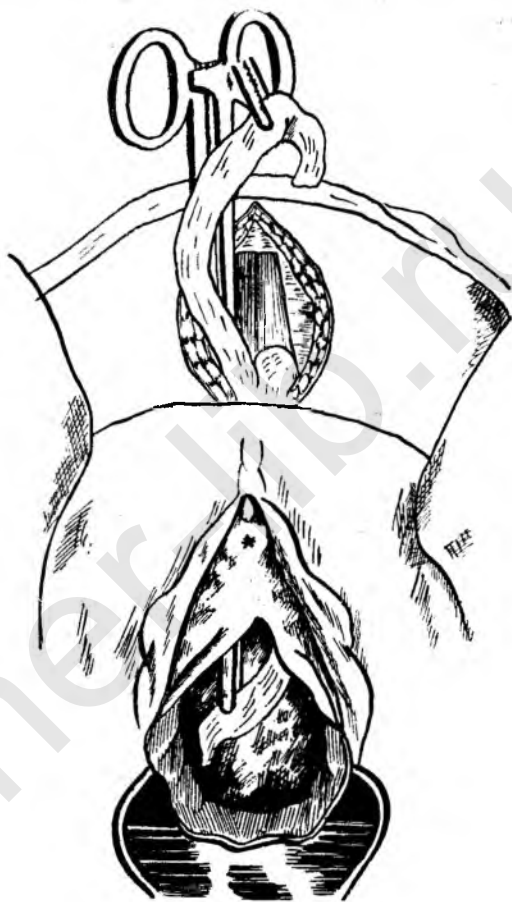


Рис. 197. Края влагалищной раны разведены. Шейка мочевого пузыря и уретры высепарованы. Со стороны раны передней брюшной стенки справа опущен зажим, которым захвачена левая лента апоневроза для выведения в операционную рану брюшной стенки.

каждая с обязательным сохранением пирамидальных мышц. В верхней части обе ленты апоневроза поперечно рассекают; длина их должна быть примерно 8—10 см.

После этого прямые мышцы живота отодвигают в стороны. Не вскрывая пристеночной брюшины, преимущественно тупо отсекают мочевой пузырь, его шейку и уретру от симфиза. Затем заранее подготовленные ленты апоневроза подводят с соответствующей стороны под шейку



Рис. 201. Влагалищная рана защита узловатыми швами.



Рис. 202. Операция при пузырно-шеечном свище:

1— наружное отверстие уретры; 2— уретра (под передней стенкой влагалища); 3— мочевой пузырь; 4— свищевое отверстие; 5— старый разрыв передней губы шейки матки; 6— шейка матки.

мочевому пузырю навстречу друг другу (рис. 197). Апоневротическими лентами подтягивают шейку мочевого пузыря к верхней части симфиза. Следует следить за тем, чтобы не было сильного натяжения. Обе ленты апоневроза сшивают друг с другом узловатыми швами. Операционную рану зашивают послонно.

Далее через влагалищную рану ушивают опущенную заднюю стенку мочевого пузыря поперечно наложенными на фасцию пузыря и паравези-

кальную клетчатку узловатыми кетгутowymi швами. Края влагалитной раны соединяют также узловатыми кетгутowymi швами по правилам, изложенным при описании операции передней кольпорафии.

Все операции по поводу недержания мочи, как правило, дополняют кольпоперинеорафией.

В послеоперационном периоде уход за больными такой же, как и после других влагалитных операций.

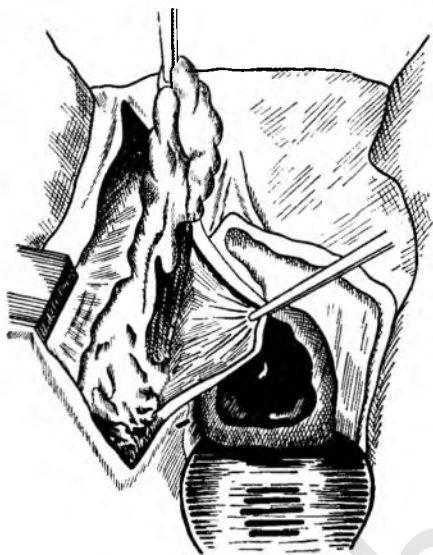


Рис. 210. Операция пересадки луковичи преддверия влагалитца к зашитому дефекту мочевого пузыря. Края операционной раны большой половой губы широко растянуты. Зажимом приподнята высепарованная луковича преддверия.



Рис. 211. Зажимом перемещают луковичу преддверия к зашитому дефекту мочевого пузыря.

После операции с подведением апоневротических лент под шейку мочевого пузыря больная иногда в течение 2—6 недель не может самостоятельно мочиться. Таким больным для тонизации мускулатуры мочевого пузыря мы назначаем по 1 мл 0,1% раствора стрихнина 2—3 раза в день в течение не менее 2 недель. Вскоре мочеиспускание нормализуется. Вставать больным с постели можно разрешить через 7—8 дней после операции, а выписывать следует не раньше, чем на 12—14-й день с освобождением от работы на 1 месяц со дня выписки.

При мочеполовых свищах следует иссечь рубцовоизмененные ткани, тщательно отсепаровать стенку мочевого пузыря и вос-

становить ее целость узловатыми кетгутовыми швами, не проникающими в полость пузыря (рис. 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205). Операционную рану зашивают послойно.

В случаях обширного разрыва уретры и еще более обширных рубцов вокруг бывшего разрыва из передней стенки влагалища выкраивают

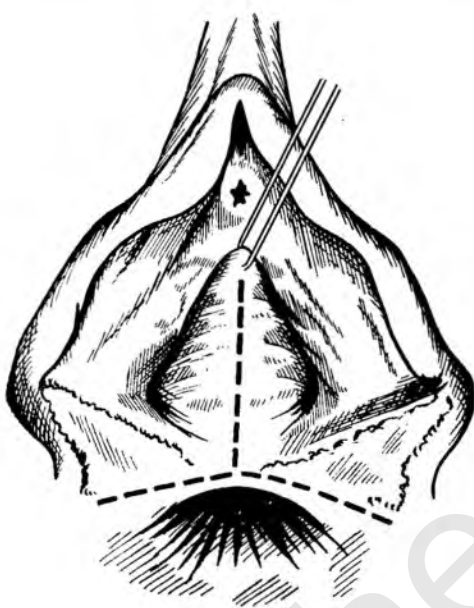


Рис. 212. Операция при недержании кала. Пунктиром показаны линии разреза по границе перехода слизистой влагалища в слизистую прямой кишки и задней стенки влагалища.



Рис. 213. Отсепаровка краев раны.

лоскут, достаточный для формирования из него уретры с одновременным закрытием дефекта стенки мочевого пузыря (рис. 206, 207, 208).

Все эти операции можно проводить под инфильтрационной анестезией, которую, кстати, выгодно использовать и для гидропрепаровки тканей.

Края выкроенного лоскута следует тщательно соединить узловатыми кетгутовыми швами на металлическом катетере (рис. 209), который по окончании операции заменяется эластическим. Эластический катетер удаляют через 5—6 дней. Для большей герметичности в отдельных случаях к месту бывшего дефекта можно подвести высепарованную луковицу преддверия (рис. 210, 211).

У большинства же больных, прооперированных по поводу мочевого свищей, введение постоянного катетера не обязательно. В послеоперационном периоде, если моча выпускается катетером повторно, после каждого выпускания следует промывать мочевой пузырь антисептическими или антибактериальными нераздражающими растворами. Диета такая же, как и после других больших влагалитчных операций. Вста-

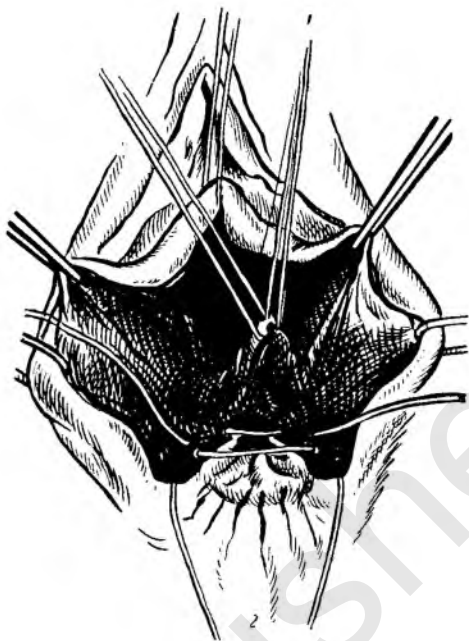
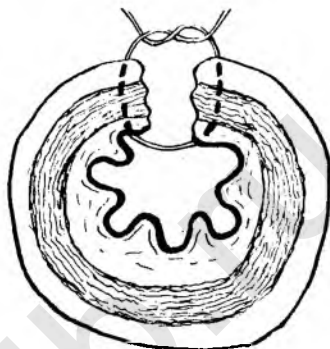


Рис. 214. Края раны отсепарованы и широко раздвинуты. Края слизистой прямой кишки соединяют узловатыми швами (1). Концы наружного сфинктера прошиты лигатурой (2).



1



2

Рис. 215. Схема:

1 — неправильное наложение швов на кишку; 2 — правильное наложение швов на кишку.

вать с постели больной можно разрешить на 7—8-й день, а выписать можно не ранее 14-го дня с освобождением от работы не менее одного месяца со дня выписки.

При недержании кала вследствие разрыва наружного сфинктера показано оперативное лечение, отчасти уже описанное при зашивании полного разрыва промежности.

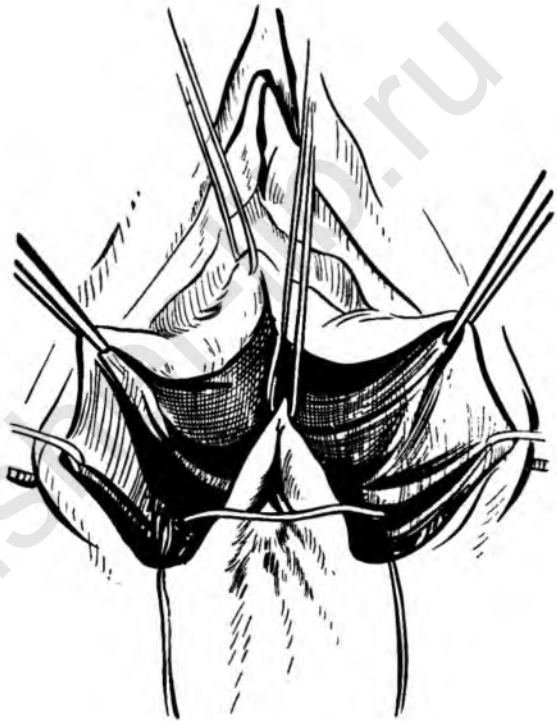


Рис. 216. Края слизистой прямой кишки сшиты. Концы наружного сфинктера прошиты кетгутом.



Рис. 217. Концы наружного сфинктера соединены узловатыми швами (1). Проведена лигатура через мышцы, поднимающие задний проход (2).

Для выделения краев разорванного наружного сфинктера захватывают пулевыми щипцами или зубчатыми зажимами кожу у заднего края малых половых губ и широко раздвигают. Растянутые рубцовоизмененные ткани рассекают по границе перехода слизистой прямой кишки в слизистую влагалища. Второй разрез делают перпендикулярно по средней линии задней стенки влагалища (рис. 212). Края разрезотомы отсепаровывают преимущественно остро с помощью ножниц или скальпеля широко в стороны (рис. 213). Отсепарованные края наружного сфинктера проши-

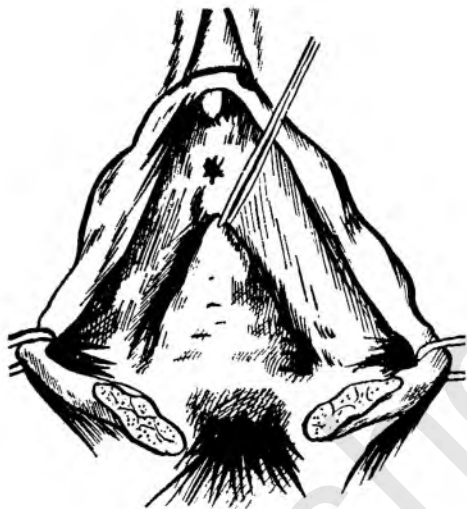


Рис. 218. Рассечение мостика.

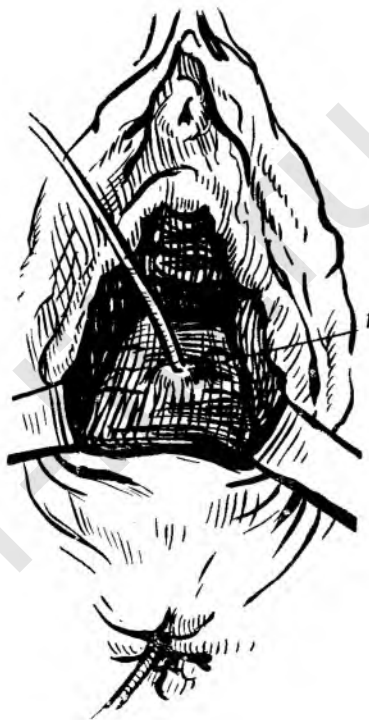


Рис. 219. Операция при прямокишечно-влагалищном свище:  
1 — свищевое отверстие, ведущее в прямую кишку.

вают 1—2 кетгутowymi нитями (рис. 214). Края раны кишки соединяют узловатыми кетгутowymi швами (рис. 215), после чего завязывают швы на мышце наружного сфинктера (рис. 216). Затем 2—3 кетгутowymi швами соединяют мышцы, поднимающие задний проход (рис. 217) и послойно зашивают рану.

Если при разорванном нефункционирующем наружном сфинктере имеется мостик сросшихся тканей, его следует рассечь (рис. 218) и дальше операцию вести, как только что указано.





Рис. 220. Очерчивающий разрез вокруг свищевое отверстие. Край влагалищной раны отсекают в стороны.

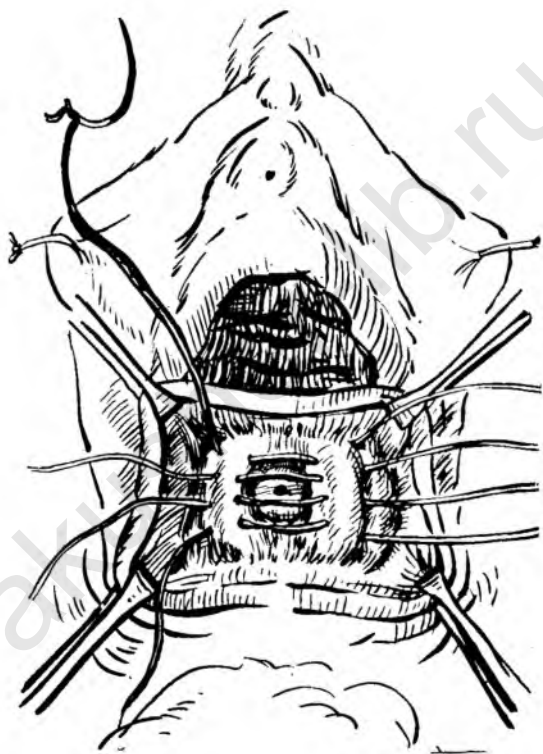


Рис. 221. Узловатыми вворачивающими швами закрывают отверстие в стенке прямой кишки.

Оперативное лечение при прямокишечно-половых свищах — очень и очень трудная задача. Существует несколько способов оперативного закрытия каловых свищей.

Кишечник до операции должен быть тщательно очищен. По одной из общеизвестных методик делают очерчивающий разрез вокруг свищевого отверстия (рис. 219), тщательно отделяют стенку прямой кишки от окружающих тканей (рис. 220) и дефект в ней зашивают узловатыми кетгутowymi швами, как показано на рис. 221. Операционную рану над защитным дефектом кишки зашивают послойно.

Свищевой ход можно закрыть и следующим способом. Операцию делают под спинномозговой, перидуральной анестезией или под эндотрахеальным наркозом с применением релаксантов, когда наружный сфинктер полностью расслаблен. Широко раздвинув анальное отверстие, делают полуциркулярный разрез по границе кожи и слизистой прямой кишки, если свищевой ход открывается в кишку низко, и циркулярный, если свищевой ход открывается на уровне средней трети влагалища. Края кишки фиксируют зажимами; затем ее выделяют из окружающей параректальной клетчатки, низведя так, чтобы свищевое отверстие оказалось снаружи. Кишку подшивают узловатыми шелковыми или кетгутowymi швами к краям операционной раны; избытки кишки иссекают. Дефект со стороны влагалища зашивают после иссечения рубцовоизмененных тканей послойно узловатыми кетгутowymi швами.

Уход за больной в послеоперационном периоде такой же, как и после больших влагалищных операций, но с еще большим ограничением диеты. Нужно, чтобы у больной в течение 5 суток после операции не было стула. К концу 5-х суток можно дать слабительное (изафенин 0,02). Вставать с постели больной можно разрешить не раньше чем на 9—10-й день, а выписывать из стационара ее следует не раньше чем на 14-й день с освобождением от работы на один месяц со дня выписки, если состояние здоровья не требует более длительного отдыха.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАРАМЕТРИТЕ И ПЕРИТОНИТЕ

Как при гнойном параметрите, так и при перитоните самым надежным, а иногда и единственным методом лечения является хирургический. Однако применение того или иного вида оперативной помощи зависит от того, что у больной диагностировано: параметрит или перитонит.

Сделав операцию, предназначенную для лечения больной при перитоните, когда в действительности у нее параметрит, врач может нанести непоправимый ущерб ее здоровью.

Прежде чем приступить к оказанию оперативной помощи, следует поставить точный диагноз, чтобы избежать подчас роковой ошибки.

Гнойный параметрит и перитонит имеют нередко сходную клиническую картину. Однако при параметрите гной распространяется по параметральной клетчатке кзади и латерально к стенкам таза; отслаивая брюшину, поднимается к пупартовой связке или в большой таз по направлению к паранефральной клетчатке. Иногда происходит гнойное расплавление превезикальной клетчатки, тогда гной проникает в ретцелево пространство и, отслаивая брюшину от передней брюшной стенки, поднимается кверху, к пупку. В запущенных случаях параметральный абсцесс может вскрыться в мочевой пузырь, в толстую или иногда в тонкую кишку, в брюшную полость, над пупартовой связкой, иногда на ягодице и крайне редко находит выход через запирательное отверстие к тазобедренному суставу.

При перитоните гной распространяется по брюшине, нередко с образованием ограниченных скоплений (в малом тазу, между петлями кишечника, под диафрагмой и т. д.).

Исследуя большую методом пальпации, при перитоните обычно определяют разлитую болезненность по всему животу, иногда — невыраженную напряженность брюшной стенки, у некоторых прощупывают одно или несколько опухолевидных образований (межпетельные абсцессы). При

тазовом перитоните болезненность при пальпации отмечается обычно только в нижнем отделе брюшной полости, в области верхнего полюса опухолевидного образования, уходящего в полость малого таза. Верхний полюс этого образования представляет собой конгломерат спаянных петель тонкого и толстого кишечника с сальником и брюшиной, выстилающей вход в малый таз. Перкуторная граница верхнего полюса конгломерата находится значительно ниже, чем пальпаторная.

При параметрите, если он отмечается выше входа в малый таз, перкуторная и пальпаторная границы опухолевидного образования совпадают, верхний полюс его определяется четко.

Влагалищным исследованием при перитоните (тазовом) определяют закругленный нижний полюс растянутого гноем (или серозным воспалительным экссудатом) прямокишечно-маточного пространства, выпячивающего задний влагалищный свод. С помощью пальцев врач может проникнуть в пространство между стенками таза и флюктуирующей опухолью. При параметрите нижний полюс инфильтрата с расплавлением в центре опускается значительно ниже в виде клина, уходящего к стенкам таза, между нижним краем инфильтрата и стенками таза проникнуть пальцами при влагалищном исследовании не удастся. Инфильтрат в параметральной клетчатке распространяется на стенки таза или на брюшную стенку, кроме тех случаев, когда воспалительный процесс локализуется в клетчатке между мочевым пузырем и шейкой матки.

При параметрите матка поднимается инфильтратом кверху и отесняется в противоположную сторону, а при перитоните она обычно окутана сращениями с сальником, кишечником и стенками таза.

К этому следует добавить, что обезвоженность и интоксикация организма при перитоните более выражены, чем при параметрите.

**О п е р а т и в н а я п о м о щ ь** при параметритах заключается в следующем. При заднем параметрите (в положении больной для влагалищной операции) следует влагалище раскрыть, пунктировать его задний свод и, убедившись в наличии гноя в параметральной клетчатке, произвести заднюю кольпотомию. Полость гнойника надо дренировать, чтобы обеспечить беспрепятственный отток гноя и предупредить сращение краев кольпотомической раны. Дренировать лучше всего с помощью резиновой трубки с несколькими боковыми отверстиями. Через 2—3 дня дренажную трубку надо сменить, а через 5—6 дней — совсем удалить.

При боковом параметрите, распространяющемся в сторону паупартовой связки, разрез делают непосредственно над этой связкой. Рассекают кожу на протяжении 4—5 см и подкожную клетчатку (проходящую здесь поверхностную надчревную артерию следует на зажимах перерезать и перевязать). После этого осторожно вскрывают апоневроз наружной косой мышцы и осторожно пальцем проникают в полость гнойника (оперировать следует обязательно в перчатках!) и разрушают здесь пе-

ремычки и перегородки между гнойными камерами. Брюшина при боковом параметрите отодвигается инфильтратом и гноем высоко. Если гнойная полость простирается до влагалищного свода, следует через операционное отверстие ввести корнцанг или тампонатор и над ним вскрыть выпячивающуюся стенку влагалища. После этого через операционную рану нужно ввести резиновую трубку с боковыми отверстиями в полость гнойника, а другой конец ее вывести корнцангом через отверстие во влагалище. В дальнейшем, начиная со 2—3-х суток, трубку подтягивают за конец, выведенный из влагалища; второй конец ее отрезают на уровне кожи перед началом подтягивания. Удаляют дренажную трубку на 5—6-й день.

При развитии абсцесса в превезикальной клетчатке или в ретциевом пространстве следует сделать пункцию над верхним краем симфиза и после получения гноя по игле разрезать кожу и подкожную клетчатку. Можно без предварительной пункции сделать разрез абсцесса (продольный или поперечный надлобковый длиной 4—5 см). Апоневроз также можно вскрыть продольно по белой линии или поперечно. После этого тупо отодвигают одну из прямых мышц живота, пальцем проникают в ретциево пространство, а затем и в превезикальную клетчатку. Полость гнойника дренируют резиновой трубкой с боковыми отверстиями.

При развитии абсцесса в ретровезикальном пространстве, между шейкой матки и мочевым пузырем, его следует вскрыть и дренировать через переднее кольпотомическое отверстие.

Производя вскрытие параметрального абсцесса любой локализации, необходимо помнить, что ни в коем случае не следует вскрывать брюшину, так как это может обусловить проникновение гноя в брюшную полость и быть причиной развития гнойного перитонита. Если же брюшина все-таки окажется вскрытой, необходимо принять меры, чтобы гной не затекал в брюшную полость. Попавший в брюшную полость гной надо немедленно отсосать, брюшину обильно оросить антибактериальными препаратами, а отверстие в брюшине зашить.

При операциях по поводу параметритов инфильтрационной новокаиновой анестезии недостаточно, поэтому лучше их производить под общим наркозом (закисью азота, эфиром или барбитуратами).

При пельвеоперитоните часто можно ограничиться пункциями заднего влагалищного свода с отсасыванием гнойного или серозного воспалительного экссудата и введением через ту же иглу антибактериальных препаратов. Если, несмотря на повторное отсасывание гноя и введение антибиотиков, процесс не приостанавливается и происходит скопление гноя в прямокишечно-маточном пространстве, следует произвести заднюю кольпоцелиотомию. При пельвеоперитоните эта операция заключается в простом одномоментном рассечении стенки заднего свода влагалища и лежащей здесь брюшины, взятых зажимом или щипцами для захватывания шейки в складку. Если инцизионное отверстие окажется малым,

его можно легко расширить с помощью корнцанга. Через кольцоцелиотомическое отверстие в прямокишечно-маточное пространство вводят для дренирования резиновую трубку с боковыми отверстиями. В течение 5—6 дней трубку сменяют 3—4 раза, а затем удаляют.

Ошибочное вскрытие через задний влагалищный свод пиосальпинкса или другой мешотчатой гнойной опухоли приводит к образованию незаживающего гнойного свища. В подобных случаях капсулу гнойной опухоли следует удалить через операционное отверстие в брюшной стенке.

При развитии перитонита, который может быть первичным, если развился в результате разрыва пиосальпинкса, перфорации матки и других осложнений, и вторичным, если воспаление брюшины является частным проявлением общего сепсиса, оперативное лечение должно быть применено как можно раньше. Брюшную полость следует широко вскрыть срединным послойным разрезом и, если позволяет состояние больной, тщательно обследовать после отсасывания гноя.

Обнаруженный очаг воспаления (разорвавшийся пиосальпинкс, разорвавшаяся нагноившаяся киста и др.) удаляют. Обязательно следует вскрыть абсцессы межпетельные, поддиафрагмальные и других локализаций. Брюшную полость надо широко дренировать резиновыми трубками, марлевыми и резиновыми полосчатыми дренажами. Дренаж следует выводить не только через срединный, но и через боковые специально для этой цели сделанные разрезы.

Если состояние больной уже к началу операции является крайне тяжелым, иногда приходится ограничиться только вскрытием и дренированием брюшной полости. Операционную рану следует зашить послойно, оставив отверстие для дренажей.

Перед операцией по поводу диффузного перитонита обязательно подкожное и внутривенное введение 5% раствора глюкозы, полиглюкина, БК-8 и других кровезаменителей. В связи со значительным сгущением крови у больных диффузным перитонитом кровь следует переливать только по специальным показаниям.

В ходе операции по поводу диффузного перитонита самым сложным моментом, нам кажется, является обезболивание. Эфирного наркоза через маску и чисто барбитуратного внутривенного следует избегать. Лучше всего операцию произвести под эндотрахеальным наркозом, преимущественно закисью азота. Если по каким-либо причинам применение эндотрахеального наркоза невозможно, следует оперировать больную под инфльтрационной новокаиновой анестезией с добавлением в брюшную полость после отсасывания из нее гноя одного из барбитуратов, но не более 1,0 чистого вещества.

По окончании операции упорная борьба за жизнь больной должна продолжаться нередко длительное время. Ведущую роль в этой борьбе играет правильный уход.

## НЕОТЛОЖНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

### РОДРАЗРЕШЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Операция кесарева сечения может быть применена только по строгим показаниям, которые описаны отечественными учеными в современных учебниках и руководствах по акушерству. Если возникла необходимость в операции кесарева сечения во время родов, когда шейка матки сглажена и в какой-то степени раскрыта, матку можно вскрыть в перешейке не только поперечным, но и продольным разрезом. Если же кесарево сечение необходимо произвести во время беременности, до начала или в самом начале родовой деятельности, когда шейка матки не сглажена, операция в перешейке возможна лишь с помощью поперечного разреза.

Перешеечное ретроэвизикальное кесарево сечение имеет несомненные преимущества перед корпоральным. После корпорального кесарева сечения нередко наблюдаются сращения с соседними органами, фиксация матки в ненормальном положении, образование непрочного рубца, что может послужить причиной разрыва матки при следующих беременностях и родах. После корпорального кесарева сечения отмечается значительно худший исход, если послеоперационный период осложняется метроэндометритом. Большей части этих осложнений не бывает после перешеечного кесарева сечения.

Операцию кесарева сечения можно осуществить как через брюшную стенку, так и через влагалище. По-видимому, наилучшим способом обезболивания при операции кесарева сечения надо признать инфильтрационную анестезию новокаином и эндотрахеальный наркоз.

#### ОПЕРАЦИЯ КОРПОРАЛЬНОГО БРЮШНОСТЕНОЧНОГО (КЛАССИЧЕСКОГО) КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В настоящее время этим способом кесарева сечения пользуются, в основном, в тех случаях, когда по каким-нибудь причинам разрез перешейка матки затруднен или нежелателен (отсутствие сглаживания и раскрытия шейки матки, предлежание плаценты и др.) Наилучший доступ к матке может быть создан срединным разрезом передней брюшной стенки.

По вскрытии матки следует вывести на середину и операционную рану



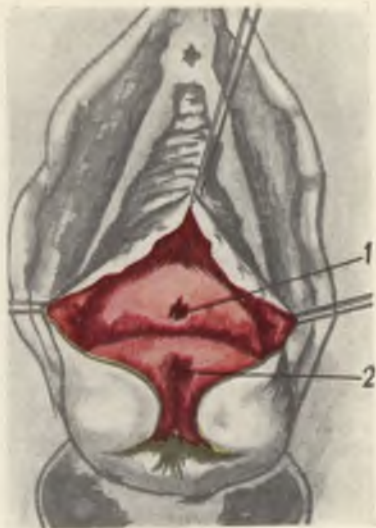


Рис. 203. Края раны отсепа-  
рованы в стороны:

1 — свищевое отверстие в стенке моче-  
вого пузыря; 2 — старый разрыв  
передней губы шейки матки.



Рис. 204. Схема: соединение  
краев свищевое отверстия  
стенки мочевого пузыря.



Рис. 205. Свищевое отверстие  
защито.



Рис. 206. Операция при обширном  
дефекте мочевого пузыря и уретры.  
Схема: иссеченные края свищевое  
отверстия стенки мочевого пузыря  
соединяются узловатыми кетгутовы-  
ми швами.



Рис. 207. Свищевое отверстие зашито.



Рис. 208. Очерпывающий разрез. Края раны отсепаровываются в стороны.

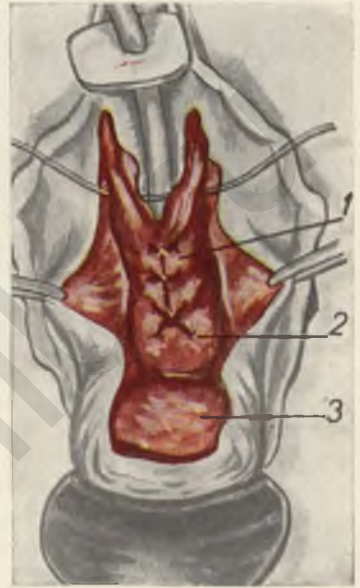


Рис. 209. Края влагалищной раны широко раскрыты. В свищевое отверстие стенки мочевого пузыря введен металлический катетер. Края выкроенного лоскута соединяют вворачивающимися узловатыми кетгутowymi пивами. Одновременно закрывается свищевое отверстие (2) и формируется на катетере уретра (1). Шейка матки (3).

тщательно оградить от брюшной полости салфетками. Разрез передней стенки матки необходимо производить строго по средней ее линии, где значительно меньше крупных кровеносных сосудов. Для рассечения матку не нужно извлекать из брюшной полости. Разрезают матку ножом на всю длину операционной раны; первым движением производят неглубокий разрез, после этого на небольшом участке рассекают всю толщину маточной стенки до плодных оболочек (рис. 222). Если разрез пришелся на плацентарную площадку — не следует останавливаться. Дальнейшее вскрытие матки производят ножницами до нижнего, затем до верхнего края (или наоборот) ранее намеченного ножом разреза.

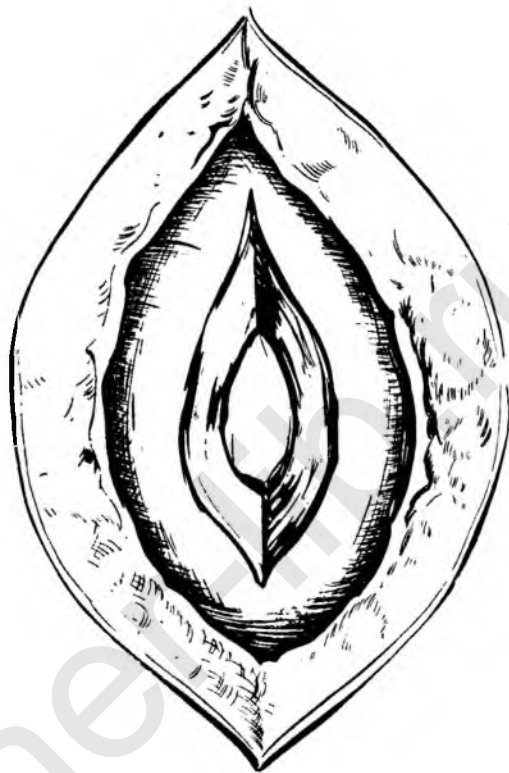


Рис. 222. Операция корпорального кесарева сечения. Разрез передней стенки матки по средней линии.

Теперь разрывают оболочки, захватывают рукой ножку плода и плод извлекают. Если в ране предлежит плацента, ее рукой отслаивают от раны, после чего извлекают плод. Ребенка передают акушерке, которая должна быть приставлена специально для этой цели. Плаценту следует удалять рукой, предварительно осторожно, но быстро отслоив ее от стенки матки. При этом необходимо следить за тем, чтобы оболочки были также полностью удалены. После удаления плаценты полость матки тщательно обследуют рукой. Нам кажется крайне неоправданной во всех случаях ревизия матки кюреткой: при этом чаще всего вместо остатков плацентарной ткани, которые легко можно удалить рукой, соскабливается базальный слой эндометрия, что влечет за собой нарушение менструальной и детородной функций.

При плохой сократительной деятельности матки следует в ее толщу ввести 1 м.л. питуитрина (окситоцина, питоцина) или один из препаратов

маточных рожков. Еще лучше эти препараты вводить внутривенно вместе с кровезамещающей жидкостью или с донорской кровью, вливание следует начинать перед началом операции и продолжать до ее окончания, а в необходимых случаях и значительно дольше. В нужный момент к крови или кровезамещающей жидкости следует добавить одно из контрактильных средств.

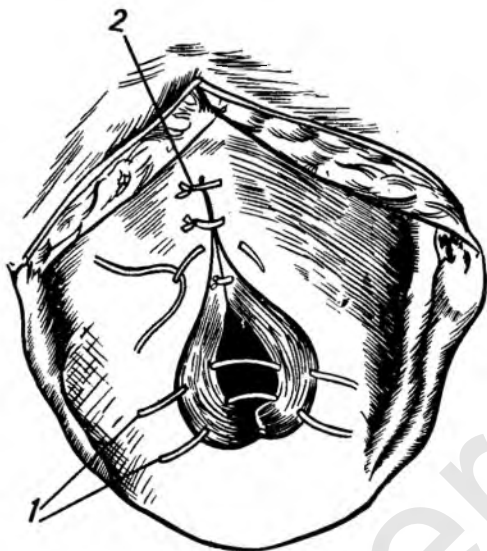


Рис. 223. Операция корпорального кесарева сечения. Разрез передней стенки матки по средней линии:

1 — мышечно-мышечные уловатые швы; 2 — серозно-мышечные уловатые швы.

рванного кетгутового шва, наложенного на прилегающую брюшину (рис. 224).

Однако описанным способом идеально закрыть всю рану не всегда удается, поэтому мы производим перитонизацию брюшиной пузырно-маточной складки. Перед рассечением тела матки следует поперечно рассечь пузырно-маточную складку между круглыми связками и немного тупо отсепаровать книзу. По окончании зашивания раны на матке легко растягивающуюся брюшину пузырно-маточной складки 3—4 узловатыми кетгутовыми швами подшивают к матке на 1 см выше верхнего угла раны. При этом вся линия швов идеально закрывается брюшиной (рис. 225).

Удалив из брюшной полости салфетки и затекшие кровь и воды, операционную рану зашивают послойно.

Основными моментами операции корпорального кесарева сечения после подготовки операционного поля и анестезии являются: 1) вскрытие брюшной полости, 2) фиксация матки в срединном положении и изоляция брюшной полости, 3) вскрытие матки, 4) разрыв плодных оболочек, 5) захватывание ножки и извлечение плода, 6) удаление плаценты, 7) введение контрактильных средств, 8) зашивание матки, 9) послойное зашивание брюшной раны и наложение асептической повязки.

### ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕШЕЕЧНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Операционное поле обрабатывают и изолируют, как и для любой другой брюшностеночной операции. Брюшная полость может быть вскрыта срединным (между симфизом и пупком) или поперечным надлобковым разрезом. Технически легче оперировать через срединный разрез. Вскрыв брюшную полость, операционную рану следует широко раздвинуть расширителем, матку по возможности отвести кверху. Если это не удастся, операционный стол нужно перевести в положение Тренделенбурга, тогда матка сама отходит кверху и становятся доступными для осмотра маточно-пузырное углубление и мочевой пузырь. Тщательно осмотрев пузырно-маточную складку брюшины, ее захватывают пинцетом в месте перехода с тела матки на переднюю параметральную и паравезикальную клетчатку, приподнимают и поперечно рассекают ножницами. Нижний край брюшины отсепаровывают до мочевого пузыря, после чего осторожно отсепаровывают с помощью тупфера или рукой мочевой пузырь от передней стенки нижнего сегмента книзу. Под отделенный мочевой пузырь подводят подъемник ранорасширителя, после чего передняя стенка нижнего сегмента матки становится доступной для вскрытия. Вскрыть матку можно поперечным разрезом ниже контракционного кольца или продольным. Если решено сделать поперечный разрез, то очень осторожно, чтобы не ранить подлежащую часть плода, ножом рассекают переднюю стенку матки (рис. 226). В сделанное отверстие вводят оба указательных пальца и рану растягивают в стороны. При этом следует сохранять чув-

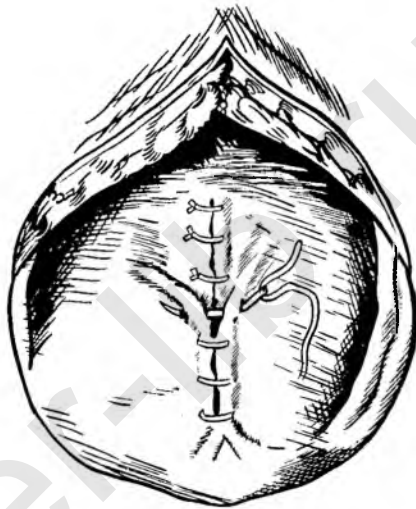


Рис. 224. Перитонизация путем наложения серо-серозного шва.

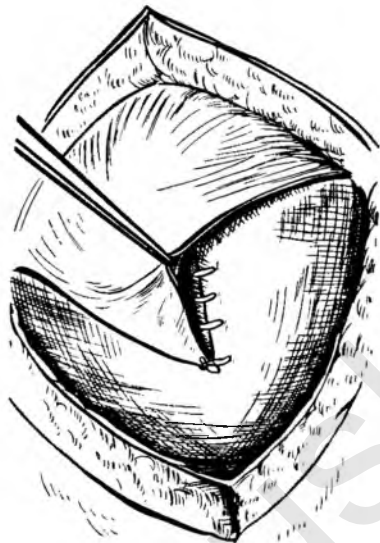


Рис. 225. Перитонизация пузырно-маточной складкой брюшины.



Рис. 226. Ретровезикальное кесарево сечение. Поперечный разрез в перешейке матки увеличивают растяжением пальцами.



Рис. 227. Выведение головки новорожденного.

ство меры и не рвать тканей, так как можно разорвать и маточные сосуды. Если же решено сделать продольный разрез матки, то строго по средней линии с такой же осторожностью чуть ниже контракционной борозды ножом рассекают матку на небольшом протяжении (2—3 см), после чего ножницами продлевают разрез книзу. После вскрытия матки разрывают плодные оболочки и приступают к извлечению плода.

При головном предлежании оператору удобнее всего левой рукой проникнуть в пространство между симфизом и головкой плода и вывести, как бы вывихнуть, головку сначала в рану, затем захватить ее обеими руками плашмя за боковые поверхности и извлечь из матки ребенка (рис. 227). Если выведение головки затруднительно, следует повернуть личико плода кверху, тщательно и быстро промокнуть большой марлевой салфеткой околоплодные воды и кровь, чтобы ребенок мог дышать, и, не торопясь, очень осторожно вывести головку рукой только что описанным способом. После извлечения ребенка пуповину рассекают между двумя зажимами и передают его акушерке. В своей практике нам никогда не приходилось прибегать к помощи акушерских щипцов для извлечения головки плода; их применение нам кажется нерациональным. В отдельных случаях при затрудненном извлечении ребенка можно продлить разрез с перешейка на тело матки.

Если же предлежат ножки или положение плода поперечное, оператор рукой захватывает ножку и извлекает плод, как при корпоральном кесаревом сечении.

Плаценту можно выжать по способу Креде или отделить рукой. После удаления последа оператор рукой должен обследовать матку, а кто-нибудь из не участвующих в операции — осмотреть плаценту.

При плохой сократительной деятельности матки, а также при кровотечении из хорошо сокращенной матки следует вводить контрактильные средства вместе с кровью, как описано выше (стр. 242).

Зашивание раны матки удобнее всего начать с наложения двух узловатых швов на верхний и нижний или правый и левый углы разреза (рис. 228). Натянув лигатуры, края всей раны соединяют узловатыми кетгутowymi швами. После этого накладывают второй ряд узловатых швов; при этом стенку матки прошивают по бокам от первого ряда швов. При завязывании первый ряд швов погружается под встречную складку, образующуюся из тканей передней стенки матки. Чтобы перитонизировать раневую поверхность, извлекают подъемник ранорасширителя и нижний край брюшины подшивают к матке над верхним краем ее раны 3—4 узловатыми швами (рис. 229).

Эту операцию можно выполнить и не вскрывая брюшины. Для этого послойно рассекают срединным продольным или поперечным надлобковым разрезом кожу, подкожную клетчатку и апоневроз; левую прямую мышцу живота отделяют от белой линии; брюшину не вскрывают, а

отслаивают от передней брюшной стенки, от мочевого пузыря, а затем мочевой пузырь — от шейки матки. После этого рану широко раздвигают ранорасширителем. Дальнейший ход операции описан выше.

Основными моментами операции кесарева сечения в перешейке матки после подготовки операционного поля и анестезии являются: 1) вскрытие

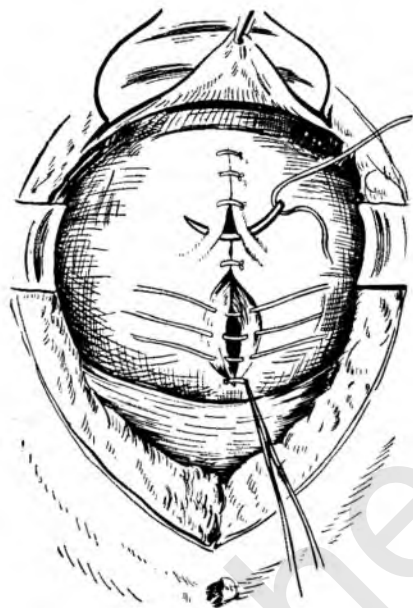


Рис. 228. Соединение краев раны при продольном разрезе нижнего сегмента матки узловатыми кетгутowymi швами в два этажа.

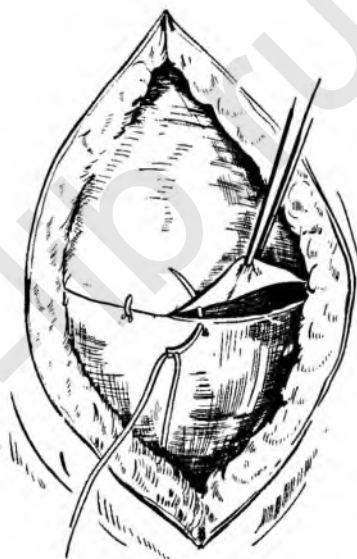


Рис. 229. Перитонизация. Край брюшины пузырно-маточной складки подшивают к передней поверхности матки узловатыми кетгутowymi швами.

брюшной полости срединным продольным или надлобковым поперечным разрезом, 2) поперечное рассечение брюшины пузырно-маточной складки, 3) отсепаровка мочевого пузыря от передней стенки нижнего сегмента матки, 4) поперечный или продольный разрез нижнего сегмента матки, 5) разрыв плодных оболочек, 6) извлечение ребенка, 7) удаление плаценты, 8) введение контрактильных средств вместе с кровезаменителем, а при необходимости и с кровью, 9) зашивание матки, 10) зашивание брюшной раны и наложение асептической повязки.



## Примерный ход операции кесарева сечения в перешейке матки

Показания к операции: клиническое несоответствие размеров входа в малый таз и головки плода у первородящей женщины 44 лет. Несмотря на активную родовую деятельность, второй период родов продолжается более 4 часов, а головка плода малым сегментом находится во входе в малый таз.

Анестезия инфльтрационная 0,25% раствором новокаина (израсходовано 500 *мл* раствора).

Больная взята на операционный стол спустя 4 часа 40 минут после полного раскрытия матки и начала активной потужной деятельности. Начато внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы. Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем, слегка опущен головной конец операционного стола. Брюшная полость вскрыта по надлобковой складке послойным разрезом Пфанненштиля. Рана максимально раздвинута ранорасширителем, ограждена стерильными марлевыми салфетками, матка фиксирована в срединном положении и отведена вверх. Пузырно-маточная складка брюшины рассечена поперечно между круглыми маточными связками и отслоена книзу. Мочевой пузырь отслоен от передней стенки нижнего сегмента матки и приподнят подъемником ранорасширителя. Ножом очень осторожно сделано небольшое поперечное отверстие чуть ниже контракционной борозды. Двумя указательными пальцами рана растягута. Для облегчения выведения головки плода головной конец операционного стола на несколько минут опущен еще больше.левой рукой, введенной в рану под нижний полюс головки, без затруднений удалось легкими движениями вытолкнуть головку. Взяв головку за боковые ее поверхности ладьями обеими руками, осторожно потягиваем — извлечен живой доношенный мальчик весом 4800,0. Операционный стол переведен в горизонтальное положение. Плацента удалена рукой. В ампулу с глюкозой добавлен 1 *мл* эрготала. Рана в нижнем сегменте матки зашита узловатыми кетгутowymi швами в два этажа. Нижний край брюшины пузырно-маточной складки подшит к матке чуть выше верхнего края раны тремя узловатыми кетгутowymi швами. Брюшная рана зашита послойно. Края кожи соединены скобками Мишеля. Асептическая повязка. Потеря крови во время операции — около 500 *мл*.

Продолжительность операции — 45 минут.

**Ведение послеоперационного периода.** Следует помнить, что в послеоперационном периоде у больных часто развивается парез кишечника со вздутием живота и общей интоксикацией. Чтобы предупредить это осложнение, необходимо в первые сутки больным назначить голодную диету с дачей ограниченного количества кипяченной воды (до 200 *мл* на сутки) и витаминов в обычных дозах. Пополнять теряемую организмом жидкость надо внутривенными, подкожными и ректальными введениями 5% раствора глюкозы, физиологического раствора поваренной соли, плазмы и других кровезамещающих жидкостей. По показаниям применяют гемотрансфузии. На вторые сутки диета должна быть расширена за счет бульона, фруктовых и овощных соков, даваемых часто, но малыми порциями. Можно дать одно куриное яйцо. На третьи — четвертые сутки, если больная беспокоит газы, следует поставить очистительную клизму, а при отсутствии успеха — повторную; лучше действует клизма из гипертонического раствора поваренной соли или с добавлением к воде 1—2 столовых ложки глицерина. Слабительные могут быть назначены при отсутствии непреходимости ки-

печника. На третьи сутки рекомендуются протертые супы, паровые тефтели из куриного или телячьего мяса, рисовая и гречневая каша. Начиная с четвертых суток, больную постепенно переводят на привычную для нее диету. Первые 3—4 дня больная нуждается в поддержании сердечной деятельности (камфорное масло и кофеин в обычных дозах). Антибиотики назначают по показаниям. С первых минут после операции положение больной в постели должно быть активным: она должна поворачиваться на бок, а если не может этого сделать самостоятельно, ей необходимо помочь. На 3-й день больной можно садиться, на 4-й — встать и на 5—6-й — ходить, если нет к этому противопоказаний. Швы следует снимать на 6—7-й день.

### ОПЕРАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Влагалищное кесарево сечение в настоящее время применяется для прерывания беременности поздних сроков по медицинским показаниям. Больную к влагалищному кесареву сечению готовят, как и к другим влагалищным операциям. По-видимому, эту операцию рациональнее всего производить под инфльтрационной новокаиновой анестезией, а при тяжелых токсикозах второй половины беременности — под эфирным наркозом (лучше под эндотрахеальным).

После обработки и изоляции операционного поля шейку матки обнажают зеркалами и захватывают щипцами Дуайена или Мюзо и подтягивают ко входу во влагалище. Спринцевания влагалища перед операцией нам кажутся показанными лишь у женщин с обильными гнойными выделениями. У всех остальных достаточно протирания слизистой спиртом и слабой настойкой йода (0,5—1%).

Оттянув шейку матки на себя и книзу, передний влагалищный свод вскрывают полулунным разрезом, проходящим по границе перехода его подвижной слизистой в неподвижную слизистую шейки. Край раны захватывают зажимами Кохера, а натягивающиеся между мочевым пузырем и шейкой матки соединительнотканые пучки рассекают ножницами, после чего мочевой пузырь тупо отодвигают (отслаивают) от шейки вплоть до пузырно-маточной складки брюшины, как при передней кольпотомии. Однако брюшину вскрывать не следует. Если шеечный канал сглажен и наружный зев в какой-то мере раскрыт, приступают к собственно кесареву сечению, смысл которого заключается в срединном продольном рассечении передней стенки матки. Если же шейка матки закрыта, производят расширение ее канала расширителями Гегара до наибольшего номера (№ 18—20—24, иногда № 28). Затем строго по средней линии скальпелем рассекают переднюю стенку шейки чуть выше нижнего края влагалищной раны (рис. 230). Далее кверху разрез продлевают ножницами до брюшины. Верхний угол раны должен располагаться выше внутреннего зева.

Из влагалища удаляют все инструменты, которые могут мешать ве-

дению операции, в матку вводят указательный и средний пальцы с тем, чтобы определить предлежащую часть плода. (При головном предлежании мы никогда не делаем поворота плода на ножку, так как это только усложняет операцию). Плодные оболочки вскрывают, медленно выпускают околоплодные воды. Головку захватывают двумя щипцами Мюзо,



Рис. 230. Операция влагалищного кесарева сечения. Шеечный канал расширен расширителями Гегара. Языкообразный лоскут передней стенки влагалища отсепарован и отведен подъемником вверх. Переднюю стенку шейки матки вскрывают по средней линии скальпелем.

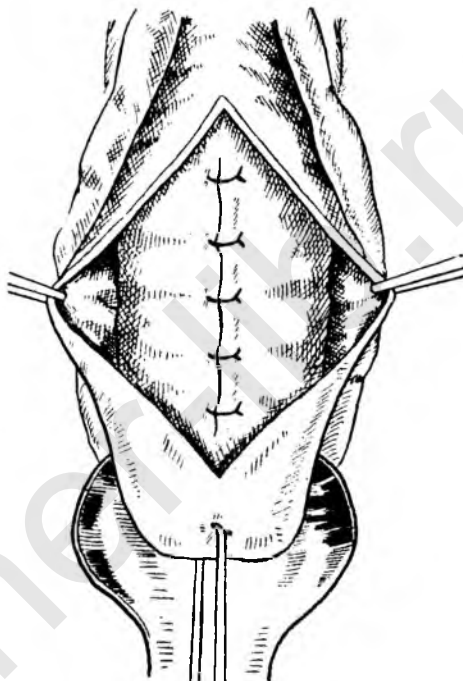


Рис. 231. Края раны соединены узловатыми кетгутowymi швами.

подтягивают к ране, между щипцами кожу и апоневроз рассекают ножницами, перфорируют одним из перфораторов (в области шва или родничка). Мозговую ткань отсасывают с помощью электроотсасывателя или удаляют кюреткой. После этого головка спадается и в спавшемся состоянии легко извлекается. Если при извлечении плечевого пояса возникают затруднения, следует сделать клейдотомию.

При поперечном положении плода и тазовых предлежаниях указательным и средним пальцами, введенными в матку, захватывают ножку, с помощью которой извлекают плод. Если головка больших размеров, ее перфорируют.

Плаценту выжимают по Крде либо отделяют пальцами. После удаления плаценты следует большой тупой кюреткой планомерно выскоблить децидуальную оболочку и остатки плацентарной ткани. В течение всей операции больной следует вводить внутривенно капельно 5% раствор глюкозы, а после извлечения плода — к глюкозе добавить одно из контрактильных средств.

Края раны шейки матки нужно тщательно соединить узловатыми кетгутowymi швами (рис. 231). Если возникают затруднения при наложении шва на верхний угол раны, необходимо наложить шов в том месте, где это возможно, и за лигатуру подтянуть шейку так, чтобы стала доступной и верхняя часть раны. Зашив шейку матки, узловатыми кетгутowymi швами соединяют края влагалищной раны. По окончании операции катетером выпускают мочу.

Основными моментами операции влагалищного кесарева сечения после подготовки операционного поля и анестезии являются: 1) обнажение и захватывание шейки матки щипцами Дуайена или Мюзо, 2) расширение шеечного канала расширителями до № 17—28, 3) вскрытие переднего влагалищного свода полулунным разрезом, 4) продольный срединный разрез шейки и перешейка матки, 5) вскрытие плодных оболочек, 6) захватывание головки двумя щипцами Мюзо, рассечение между ними кожи и апоневроза, перфорация и удаление мозговой ткани или захватывание ножки плода пальцами и извлечение его с последующей перфорацией головки, 7) извлечение плода (иногда с клейдотомией), 8) удаление плаценты с последующим осторожным выскабливанием большой тупой кюреткой децидуальной оболочки и остатков плацентарной ткани, 9) послойное зашивание раны узловатыми кетгутowymi швами.

### Примерный ход операции влагалищного кесарева сечения

Показания к операции: эклампсия с остро развившимися уремией и полной слепотой при 35-недельной беременности двойней.

Обезболивание с помощью масочного эфирного наркоза (израсходовано 30 мл).

Операционное поле обработано спиртом и 0,5% настойкой йода и обложено стерильным бельем.

Шейка матки обнажена зеркалами, фиксирована щипцами Дуайена и максимально низведена. Слизистая влагалища протерта спиртом и 0,5% настойкой йода. Полулунным разрезом вскрыт передний влагалищный свод, ножницами отсепанован мочевого пузырь от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины. Расширение шеечного канала не производилось, так как шейка была укорочена и наружный зев раскрыт на 1,5 поперечника пальца.

Передняя стенка шейки рассечена скальпелем по средней линии выше края влагалищной раны; далее ножницами разрез продлен выше внутреннего зева. Плодный

пузырь вскрыт. На головку (с явными признаками мацерации) наложены две пары щипцов Мюзо, между которыми кожа и апоневроз ее рассечены ножницами. Головка перфорирована по стреловидному шву, мозговая ткань удалена электроотсосывателем. Плод извлечен без затруднений. Второй плод, находившийся в ножном предлежании, извлечен за ножку живым. Плацента выжата по Креде, после чего большой тупой куреткой произведена ревизия полости матки, при которой остатков плацентарной ткани не было обнаружено.

Рана шейки матки зашита узловатыми кетгутowymi швами. Края влагалищной раны также соединены узловатыми кетгутowymi швами.

Первый плод (мертвый), мужского пола, весил 1200,0; второй (живой), женского пола — 1600,0.

Продолжительность операции — 10 минут.

**Ведение послеоперационного периода.** Уход и наблюдение за больной после операции влагалищного кесарева сечения должны быть такими же, как и после других влагалищных операций.

### ОПЕРАТИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТИ ПРОМЕЖНОСТИ И ВЛАГАЛИЩА ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Зашивание разрывов промежности и влагалища сразу по окончании родов, в отличие от операций при старых разрывах, производится без предварительного иссечения и отсепаровки тканевых лоскутов, несмотря на неправильные формы раны.

Разрывы промежности бывают III степеней. К I степени относят разрывы задней спайки, задней стенки влагалища в области ладьевидной ямки и кожи промежности. Ко II степени, кроме разрывов тканей, относящихся к первой степени, относят разрывы мускулатуры тазового дна: мышцы, сжимающей влагалище (*m. constrictor cuni seu m. bulbocavernosus*), поверхностной и глубокой поперечных мышц промежности (*mm. transversus perinei superficialis et profundus*) и сухожильного центра (*centrum tendineum*) с нарушением целостности или отрывом мышцы, поднимающей задний проход. Разрыв промежности II степени кверху распространяется на влагалище, на одну или обе его стороны. Разрывы промежности относят к III степени, если разрывается частично (неполный разрыв) или полностью наружный сфинктер и прямая кишка (полный разрыв промежности). Кроме разрывов указанных степеней встречается центральный разрыв промежности, при котором разрываются влагалище, мускулатура тазового дна, прямая кишка и наружный сфинктер обычно с сохранением целостности задней спайки.

Разрывы промежности происходят во втором периоде родов при прорезывании головки и плечевого пояса плода. Приступить же к операции зашивания разрыва следует в первые 2—3 часа после рождения последа и осмотра родовых путей, когда уже нет необходимости во внутриматоч-

ных вмешательствах. При зашивании разрывов следует помнить, что ткани родовых путей сразу после родов отечны, гиперемированы и, хотя достаточно растяжимы, могут быть хрупкими; края раны нередко бывают разможженными, а вся рана кровоточит или заливается кровью из матки. Поэтому с разорванными тканями надо обращаться с большой осторожностью. В силу целого ряда обстоятельств (ночное дежурство и т. п.) зашивание разрывов мягких родовых путей, исключая разрыв матки, оператор производит с одним помощником или сам, без помощника. Однако это не дает права игнорировать основные правила ведения операции, так как сочетание послеродового и послеоперационного периода у роженицы обуславливает возникновение различных осложнений.

Специальной подготовки к операции зашивания разрывов промежности обычно не требуется. Но если роды произошли вне родильного стационара и роженица поступила не сразу после родов, а спустя 2—3 суток, ее следует подготовить к операции. В подобных случаях накануне роженице следует дать слабительное, утром перед операцией сделать очистительную клизму и сбрить волосы на половых органах.

Операция производится на родильной кровати или на операционном столе (гинекологическом кресле). Роженицу укладывают, как для влагалищной операции. Операционное поле обрабатывают спиртом и слабой настойкой йода и изолируют стерильным бельем. Очистив рану от кровяных свертков и жидкой крови, следует все ткани, на которых предполагается произвести оперативное вмешательство, тщательно инфильтрировать 0,25—0,5% раствором новокаина. Некоторые проводят эту операцию под эфирным наркозом, что нам кажется излишним. Мы считаем также совершенно недопустимым зашивание разрывов промежности без обезболивания.

Перед тем как приступить к наложению швов на разрыв промежности, следует внимательно осмотреть шейку матки и влагалище. В случае обнаружения разрыва шейки, его сразу же зашивают, после чего приступают к зашиванию разрывов влагалища. Для правильной ориентации края разрывов сопоставляют и фиксируют узловатыми кетгутowymi швами. Влагалище при этом может быть раздвинуто зеркалом или подъемником, если есть помощники. При отсутствии помощников зеркала и подъемники можно успешно заменить указательным и средним пальцами, введенными и раздвинутыми во влагалище, как показано на рис. 232. Начинать зашивание следует с верхнего угла раны. Если рана глубокая, следует сначала соединить узловатыми кетгутowymi швами (№ 1, 0 или 00) разорванную паравагинальную клетчатку с обязательным прошиванием дна раны, чтобы не создать благоприятных условий для образования гематомы, которая может легко нагноиться. Лишь после этого сшивают края разорванной стенки влагалища. Если края раны разможены, их следует

иссечь. Швы нужно накладывать на расстоянии 1 см от краев раны и при завязывании сильно не затягивать. Кровоточащие сосуды должны быть тщательно перевязаны. Разрывы могут быть множественными и иметь самую причудливую форму. Каждый разрыв должен быть зашит отдельно, чтобы восстановить целостность влагалища и не изменить его формы. При шпивании разорванного тела промежности следует погружными узловатыми швами соединить одноименные ткани, а после этого соединить края кожи узловатыми шелковыми швами или скобками Мишеля. Швы на промежности не следует сильно стягивать. Если во влагалище был введен тампон, по окончании операции его необходимо тотчас же извлечь.

Если операция зашивания разрыва промежности производится на 2—3-и сутки после родов или позже, поверхность разрывов следует соскоблить острой кюреткой и края раны иссечь, после чего наложить узловатые швы, как только что было указано.

В случае заживления раны вторичным натяжением необходимо подождать прекращения нагноительного процесса и образования грануляций, затем всю поверхность разрыва соскоблить острой кюреткой, а края раны иссечь и наложить узловатые швы по обычным правилам.

**Операция зашивания разрыва промежности III степени.** Свежие разрывы промежности III степени следует зашивать сразу же по окончании родов. Разрыв наружного сфинктера и прямой кишки значительно усложняет производство операции, требует от оператора большой точности ведения операции и тщательного соблюдения правил асептики. Перед тем как начать операцию, обнаженную слизистую прямую кишки следует очистить с помощью стерильных тупферов от остатков кала и осторожно обработать спиртом. Если из верхних отделов прямой кишки подтекает жидкий кал, нужно зажимами приподнять края разрыва передней ее стенки, очистить от каловых масс и в прямую кишку ввести стерильную марлевую салфетку в качестве тампона. Эту операцию мы всегда делаем под инфильтрационной новокаиновой анестезией (0,5% раствор новокаина). Анестетиком нужно инфильтрировать не только разорван-



Рис. 232. Соединение краев свежего разрыва влагалища узловатыми кетгутowymi швами.

ные ткани, но и ткани вокруг анального отверстия. Операционное поле тщательно изолируют стерильным бельем.

Начиная с верхнего угла разрыва, на переднюю стенку прямой кишки накладывают узловатые шелковые швы, которые проводят с помощью двух кишечных игл, надетых на оба конца лигатуры и вкалываемых со стороны раны (рис. 233). Завязывают швы на слизистой оболочке кишки,

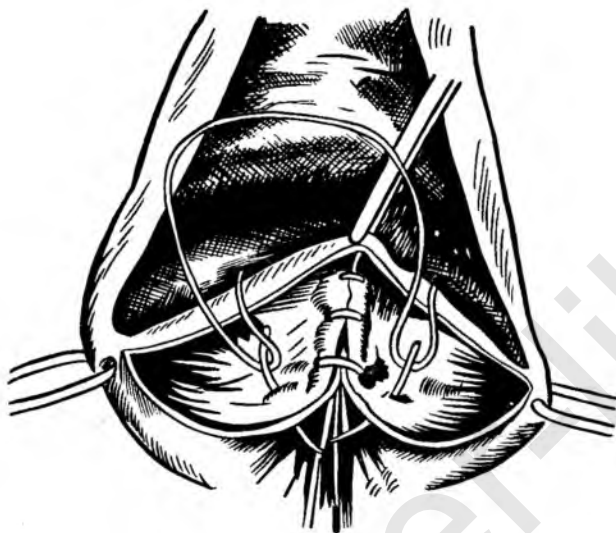


Рис. 233. Операция при разрыве промежности третьей степени. Соединение краев раны прямой кишки узловатыми шелковыми швами, которые завязывают со стороны слизистой кишки.

и концы нитей выводят через анальное отверстие. Закончив сшивание кишки, следует сменить перчатки, весь инструментарий и материал, которыми пользовались до сих пор. Теперь приступают к соединению узловатыми кетгутовыми лигатурами концов разорванного сфинктера, после чего сшивают параректальную и паравагинальную клетчатку, сухожильный центр и другие разорванные ткани, края влагалищной раны; в последнюю очередь узловатыми шелковыми швами соединяют края кожи промежности.

При центральном разрыве промежности обработка, анестезия и изоляция операционного поля те же, что при разрыве III степени. Операцию принято начинать с рассечения оставшегося неразорванного мостика тканей в переднем отделе промежности (задняя спайка влагалища) и далее выполнять, как указано выше.

**Ведение послеоперационного периода.** Ведение послеоперационного (послеродового) периода имеет некоторые особенности, так как постоянно вытекающие лохии смачивают рану и затрудняют заживление. Туалет половых органов (со строжайшим соблюдением правил асептики) следует делать обязательно утром и вечером и, кроме того, после каждого мочеиспускания. Половые органы обмывают стерильным раствором марганцовокислого калия (1 : 3000) с помощью стерильных ватных тупферов, осушивают стерильными марлевыми салфетками, а края раны смазывают



1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или метиленовой синьки. Если в течение трех суток после операции зашивания разрыва промежности I и II степени самостоятельно не произойдет акт дефекации, можно дать больной слабительное. После зашивания разрыва III степени желательно, чтобы стула не было в течение пяти суток. Диета в этот период должна быть жидкой, легко усвояемой, богатой витаминами. Начиная с 6-го дня питание больной следует усилить, одновременно начав давать ей небольшие дозы слабительного в течение 5—6 дней: это и предупреждает затвердение кала, комья которого могут нарушить склеивание раневых поверхностей.

Если в послеоперационном периоде произойдет нагноение и швы разойдутся, то при разрывах I—II степени не смыкается половая щель и в какой-то мере может быть нарушена функция промежности. Если расхождение швов, частичное или полное, произойдет при разрыве промежности III степени, то нарушится не только функция тазового дна, но и сфинктера; в первом случае (при частичном расхождении швов) может сформироваться каловый свищ; во втором — наблюдается недержание кала. В дальнейшем разрывы промежности являются одной из причин опущения и выпадения половых органов.

Повторная операция восстановления целостности при разрывах I—II степени может быть произведена, как указано выше (стр. 253), после очищения раны от гноя, а при разрывах III степени с нарушением целостности сфинктера и прямой кишки — только после полной эпителизации всех раневых поверхностей, практически не ранее чем через три месяца после родов.

### **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАЗРЫВАХ ШЕЙКИ МАТКИ**

Все диагностированные разрывы шейки матки следует зашивать сразу по окончании родов или по окончании оперативных вмешательств, в которых могла возникнуть необходимость (ручное отделение плаценты, ручное обследование полости матки).

Положение родильницы на операционном столе или на родильной кровати такое же, как при любой влагалищной операции. Влагалище широко раскрывают зеркалами, полипными или овариальными щипцами захватывают край наружного зева. Осторожно подтянув шейку ко входу во влагалище или, что еще лучше, за его пределы, другими щипцами захватывают соседние участки, пока не будет обнаружен разрыв (на его края следует наложить две пары щипцов и шейку максимально низвести). При натяжении шейки довольно часто кровотечение полностью прекращается или значительно уменьшается. Для удобства наложения швов шейку матки нужно оттянуть в сторону, противоположную разрыву.

Шить удобнее всего крутоизогнутой иглой средней величины и прочным кетгутом (№ 3 или № 4).

Решающее значение для остановки кровотечения имеет шов, наложенный выше верхнего угла раны, которым лигируется ретрагированный разорванный сосуд. Наложение этого шва не всегда удается сразу. Поэтому первый шов следует наложить в доступном месте; за концы его подтянуть вышележащий участок разрыва, наложить следующий шов. Так постепенно доходит до верхнего угла раны, выше которого и накладывают решающий гемостатический шов. После этого накладывают также узловатые кетгутовые швы на незащищенную часть разрыва. При зашивании шейки нужно прокалывать почти всю ее толщину, не захватывая слизистую оболочку. Но если случайно захвачена и слизистая, из-за этого не следует вынимать иглу, так как это наносит лишнюю травму. Описанный способ зашивания шейки эффективен почти во всех случаях. К сожалению, иногда конец разорванного сосуда уходит высоко в параметральную клетчатку. В параметриях быстро образуется гематома. Лигировать такой сосуд через влагалище практически почти невозможно, поэтому следует, не теряя времени, сразу приступить к лапаротомии, о чем будет подробно сказано ниже.

При хорошем низведении шейки матки нет опасности прошить мочеточник, так как он значительно отстает по мере подтягивания шейки.

Перед выпиской из родильного дома нужно осмотреть шейку матки, и если края раны не срались, их надо снова сшить узловатыми кетгутовыми швами. Края разрыва теперь можно иссечь, что легко сделать прямыми ножницами, можно наложить швы и без предварительного иссечения краев раны. Так же следует поступать, если в послеродовом периоде обнаруживается недиагностированный сразу после родов разрыв шейки матки. К 5—7 дню послеродового периода шейка матки бывает почти сформированной, благодаря чему облегчаются правильное сопоставление краев раны и наложение швов. Вероятно, этим и объясняется лучшее сращение краев раны в таких случаях.

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ

В настоящее время вопрос об оперативном лечении при разрывах матки не вызывает разногласий, так как неоспоримо преимущество оперативных методов перед консервативными. Летальность при консервативном лечении разрывов матки составляет 52,6%, по В. И. Ледовскому, и 77,4%, по Л. С. Персианову; в то же время при оперативном лечении летальность по тем же авторам соответственно составляет 28,2 и 33,7%. Как видно из приведенного, процент летальности, к сожалению, и после оперативного лечения женщин с разрывами матки очень высок. По данным

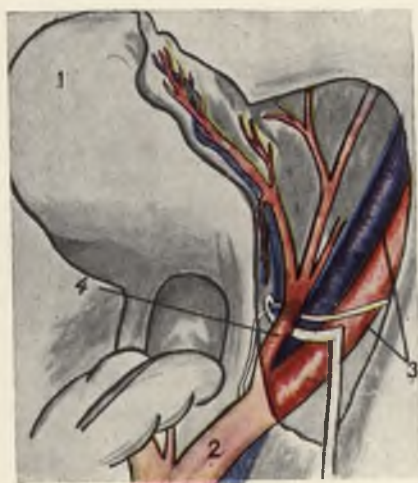


Рис. 234. Перевязка внутренней подвздошной артерии. С помощью иглы Дешана под сосуд подведена лигатура.

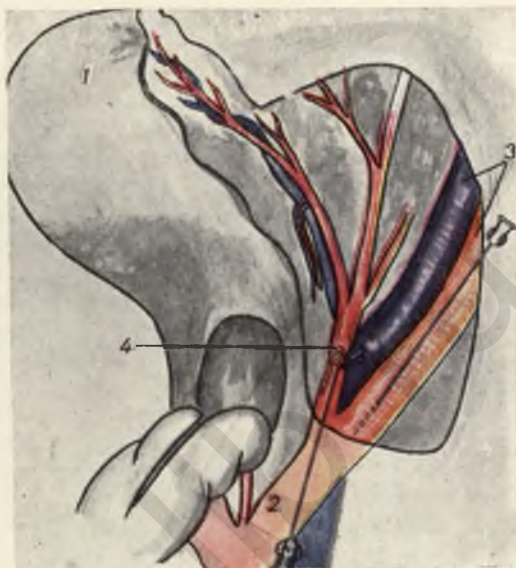


Рис. 236. Нагнетание крови в артерию. Изогнутая инъекционная игла введена во внутреннюю, а прямая — в наружную подвздошные артерии.



Рис. 239. Мочеточник подшит к стенке мочевого пузыря узловатыми кетгутowymi швами.

И. Ф. Жордания, летальность при разрывах матки, независимо от метода лечения, составила около 35% на 414 человек.

Однако, несмотря на это, нет единого мнения о способах оперативного лечения при разрывах матки.

Одни авторы (И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и др.) рекомендуют радикальные операции — полную экстирпацию или надвлагалищную ампутацию матки; другие (Л. С. Персианинов, В. А. Покровский, И. Ф. Жордания, А. А. Терехова) — зашивание разрывов матки, ...«если особенности случая не диктуют необходимости радикальной операции» (И. Ф. Жордания).

В этом отношении мы полностью разделяем точку зрения Н. Е. Сидорова, считающего, что зашивание разорванной матки должно быть правилом, а удаление ее — исключением, добавим к этому — редким исключением.

Нам неоднократно приходилось наблюдать в различных родовспомогательных учреждениях, как после операции надвлагалищной ампутации и, еще чаще, после полной экстирпации матки больная погибала на операционном столе, разорванный сосуд оказывался необнаруженным и неперевязанным.

Главной, если не единственной, непосредственной причиной смерти женщины при разрыве матки является острая анемия вследствие кровопотери в сочетании с шоком.

При оказании оперативной помощи женщинам с разрывами матки оператор должен прежде всего остановить кровотечение путем перевязки разорванного сосуда, а не стремиться к удалению органа.

Мы придерживаемся следующей методики, которую успешно применяем в разнообразных условиях в течение многих лет.

Перед лапаротомией следует роженицу родоразрешить только в тех случаях, когда головка плода находится в полости малого таза и плод легче извлечь через родовые пути.

После вскрытия брюшной полости надо быстро удалить плод и послед, осмотреть рану и сразу же приступить к отыскиванию кровоточащего (нередко уже некровоточащего) сосуда, что удается относительно легко при полном разрыве матки. Значительно труднее, а иногда практически почти невозможно, отыскать нужный сосуд при неполном разрыве матки, когда параметральная клетчатка обильно пропитана кровью.

В подобных случаях задний листок широкой маточной связки следует расщепить и отодвинуть вверх, тупо раздвинуть клетчатку, как это делается при операции расширенной экстирпации матки, обнажить бифуркацию общей подвздошной артерии и отходящую от нее внутреннюю подвздошную артерию, которую и перевязать, как правило, кетгутовой ниткой, подведенной под сосуд с помощью иглы Дешана (рис. 234).

Ориентиром при обнаружении бифуркации общей подвздошной арте-

рии должен быть мыс, примерно на расстоянии 3 см в сторону от которого терминальную линию пересекает внутренняя подвздошная артерия. Внутреннюю подвздошную артерию легко отличить от мочеточника, проходящего в этой области впереди ее: внутренняя подвздошная артерия отходит здесь же от более крупного сосуда, в месте бифуркации мочеточник поднимается выше. Артерия пульсирует, а мочеточник совершает перистальтические движения. Мочеточник относительно легко захватить пальцами, при выкальзывании из которых он издает характерный хлопающий звук.

После остановки кровотечения, если состояние больной не требует немедленных мер борьбы с острой анемией, следует приступить к зашиванию разрыва. При неправильной форме разрыва можно не ровнять края путем иссечения, а сопоставлять, восстанавливая правильное их соотношение, иссекая лишь явно размозженные ткани, что встречается довольно редко (рис. 235).

Известно, что самым эффективным методом борьбы с острой анемией, особенно при крайне тяжелом состоянии больной, является внутриартериальное нагнетание крови.

Однако опыт подсказывает, что на отыскание артериального сосуда на одной из конечностей во время выполнения основной операции и введение в него иглы затрачивается не менее 20—30 минут, в течение которых больная может погибнуть.

В тех случаях, когда имеется необходимость в перевязке внутренней подвздошной артерии, перед тем как ее перевязать, мы вводим в нее длинную изогнутую с обратным током жидкости иглу и артерию перевязываем на игле. Для этой цели можно использовать обыкновенную длинную инъекционную иглу, предварительно соответствующим образом изогнутую. Лучше применять иглу малого диаметра — тонкую, чтобы после ее извлечения из сосуда не было кровотечения.

Игла обычно вводится в артерию с помощью иглодержателя, можно ввести и рукой (рис. 236).

Изогнутая игла для этой цели выгодна тем, что она посылает кровь по направлению к сердцу, не выходит из артерии и не прокалывает ее.

Можно пользоваться и прямой длинной, обязательно тонкой с хорошо отточенным концом, иглой, которую вводят также во внутреннюю подвздошную, после ее перевязки, или в наружную подвздошную артерию.

Через фиксированную в артерии иглу кровь может быть введена шприцем или с помощью системы для переливания крови, под давлением.

В случаях, когда нет никакой необходимости в перевязке внутренней подвздошной артерии, кровь нагнетают в наружную, общую подвздошную артерию или даже в аорту.

При отсутствии крови может быть использован, правда, со значительно меньшим эффектом, один из кровезаменителей. На эти крайне необходимые мероприятия затрачивается обычно не более 10 минут.

Внутриартериальное нагнетание крови или кровезаменителей обуславливает быстрое улучшение общего состояния больной, позволяет в более спокойной обстановке закончить операцию. По окончании опера-



Рис. 235. Полный разрыв матки. Соединение краев раны узловатыми кетгутовыми швами.

ции продолжают вливание крови внутривенно капельно или струей, в зависимости от тяжести состояния.

Как видно из изложенного, при оказании оперативной помощи больным с разрывами матки следует придавать большое значение быстрой и надежной остановке кровотечения с немедленным нагнетанием крови в артерию, анатомически близко расположенную около аорты.

Третьим немаловажным условием успешного лечения больных с разрывами матки является выбор наименее опасного вида обезболивания. По нашему мнению, таковыми являются эндотрахеальный наркоз и местная инфильтрационная новокаиновая анестезия. При необходимости ее можно дополнить введением в брюшную полость 0,5—1,0 гексенала в виде раствора или порошка. Применение указанного вида анестезии одновременно является и неплохим мероприятием профилактики шока.

Придерживаясь вышеописанного принципиального подхода к оказанию оперативной помощи при разрывах матки в разнообразных условиях, мы произвели операцию по поводу этого в высшей степени опасного осложнения родов в различных родовспомогательных учреждениях у 34 рожениц с благоприятным исходом.

В ходе операции все раневые поверхности и слизистую матки, после взятия из нее содержимого на бактериологический посев и для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, следует оросить растворами антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

При наличии признаков инфекции, а также при явном подозрении на инфицирование следует брюшную полость дренировать. С этой целью в брюшную полость можно ввести одну или две тонкие эластичные трубки, концы которых должны быть выведены через кольпоцелиотомическое отверстие в заднем влагалищном своде или через нижний угол операционной раны, или одновременно через оба раневых отверстия. Можно применить также выпускники в виде полос из марли или тонкой резины, но трубки нам кажутся выгоднее: через них не только хорошо оттекает патологическое содержимое брюшной полости (оставшиеся околоплодные воды, кровь, воспалительный экссудат), но при необходимости через них можно вводить антибактериальные препараты непосредственно в брюшную полость. Выпускники следует удалить на 3—5-й день послеоперационного периода, в зависимости от состояния больной.

Следовательно, основными моментами операции остановки кровотечения и восстановления целостности матки при ее разрыве являются: 1) немедленная лапаротомия лучше всего срединным разрезом между симфиозом и пупком, 2) удаление плода и последа (из матки или из брюшной полости), 3) попытка отыскать разорванный сосуд в ране, 4) при неудаче — обнажение бифуркации общей подвздошной артерии и лигирование внутренней подвздошной артерии со стороны разрыва, 5) нагнетание крови во внутреннюю или наружную подвздошную артерию (в редких случаях в аорту), 6) изучение характера и особенностей разрыва, 7) сопоставление краев разрыва и соединение их узловатыми кетгутowymi швами, 8) перитонизация раневых поверхностей, 9) туалет брюшной полости, 10) дренирование брюшной полости, 11) послойное зашивание операционной раны,

12) дальнейшее переливание (обычно внутривенное капельное, а в нужных случаях и струйное) крови или кровезаменителей, 13) асептическая повязка на операционную рану.

### **Примерный ход операции остановки кровотечения и восстановления целостности матки при ее разрыве**

Показания к операции: неполный разрыв матки во время родов у женщины 23 лет, острая анемия.

Анестезия инфильтрационная 0,25% раствором новокаина (израсходовано 500 мл раствора). Перед операцией больной введено 2 мл 2% раствора промедола под кожу и начато внутривенное переливание крови.

После обработки спиртом и йодом и изоляции операционного поля стерильным бельем послойным срединным разрезом вскрыта брюшная полость. Рана дополнительно обложена стерильными салфетками и раздвинута ранорасширителем. Листки левой широкой маточной связки расслоены огромной гематомой, в брюшной полости— небольшое количество крови, хотя брюшинный покров матки всюду цел. Брюшина орошена 5 мл 10% раствора эвипан-натрия. Задний листок левой широкой связки вскрыт ниже яичника и отведен подъемником кверху, удалены свертки крови и жидкая кровь. Через раневое отверстие по левому ребру нижнего сегмента матки извлечен мертвый доношенный плод мужского пола и послед. При осмотре в ране обнаружить разорванный сосуд не удалось. Для остановки кровотечения решено перевязать левую внутреннюю подвздошную артерию.

Задний листок левой широкой маточной связки подъемником отведен кверху. После удаления крови из параметриев без труда обнажена бифуркация левой общей подвздошной артерии, отсепарована внутренняя подвздошная артерия, под которую с помощью иглы Дешана подведена кетгутуовая лигатура. После этого в артерию введена длинная изогнутая инъекционная игла и артерия на игле перевязана. Под давлением влило 300 мл одногруппной донорской крови. Общее состояние больной сразу заметно улучшилось. Осмотрена рана: она оказалась причудливой формы, тянулась вдоль левого ребра матки в нижнем ее перерастянтом сегменте и по контракционному кольцу спереди до противоположного ребра матки. Кровотечения не было. Игла из внутренней подвздошной артерии извлечена, и артерия перевязана. Края раны сопоставлены без иссечения и соединены узловатыми кетгутуовыми швами в два ряда. В левый параметрий введена тонкая резиновая трубка с множественными боковыми отверстиями. Целость заднего листка левой широкой маточной связки восстановлена непрерывным кетгутуовым швом. Все раневые поверхности и брюшная полость орошены антибиотиками широкого спектра действия. Операционная рана послойно зашита, края кожи соединены скобками Мишеля. Через нижний угол раны введена дренажная трубка. Рана изолирована асептической повязкой.

Продолжительность операции — 30 минут.

### **Операция надвлагалищной ампутации матки при ее разрыве**

Применение этой операции при разрыве матки, по-видимому, следует признать рациональным лишь при септическом метроэндометрите, развившемся во время родов и наличии обширных разрывов нижнего сегмента с отрывом одной из широких маточных связок, когда восстановление целостности органа практически невозможно, в основном, у пожилых



женщин. В подобных случаях обычно приходится прибегать к доампутации тела матки.

Операция надвлагалищной ампутации разорвавшейся матки производится по одному из вышеописанных способов. Так как послеродовая матка обладает значительно большей подвижностью, технически эту операцию выполнить легче, чем при гинекологических заболеваниях; однако, несмотря на техническую легкость выполнения, она никогда не должна быть самоцелью гинеколога. И здесь основная задача — остановка кровотечения. Удалив из матки, разумеется, через уже имеющуюся рану плод и плаценту, следует тщательно осмотреть ее края, захватить зажимами, а затем и перевязать кровоточащие сосуды. Если разрыв матки неполный, то кровь скопится сначала в параметриях, образуя быстро увеличивающуюся гематому, которая отслаивает брюшину и высоко поднимается позади нее, нередко достигая почки. Для удаления гематомы и обнаружения разорванного сосуда следует вскрыть один из листов широкой маточной связки в наиболее удобном месте, откуда легко осмотреть рану и проникнуть в забрюшинное пространство. Если после удаления кровяных свертков и жидкой крови, разорванный сосуд обнаружить не удастся, следует обнажить внутреннюю подвздошную артерию и лигировать ее, как указано выше. Остановив кровотечение, приступают к ампутации тела матки. Для этого матку отводят каким-либо захватывающим инструментом влево, верхний отдел широкой маточной связки (трубу, собственно-яичниковую и круглую связки) пережимают двумя зажимами, между которыми его пересекают. Сразу же следует поперечно рассечь пузырно-маточную складку брюшины до противоположной круглой связки, на зажиме перерезать маточную артерию; то же и в том же порядке выполняют и слева. После этого тело матки ампутируют или доампутируют на уровне разрыва. Культию шейки матки, представляющую собой дряблое тонкостенное образование, почти сливающееся с влагалищной трубкой, следует зашить узловатыми кетгутowymi швами. Все раневые поверхности должны быть тщательно перитонизированы, что легко удается сделать, так как сразу после родов или оперативного родоразрешения имеется избыток брюшины.

Во время операции по поводу разрыва матки оператор никогда не может быть уверенным в асептичности, так как в брюшную полость стекают задние воды и имеется свободное сообщение между влагалищем, куда могут проникнуть патогенные бактерии, и брюшной полостью. Поэтому, заканчивая операцию, мы всегда дренируем брюшную полость. По-видимому, лучшим дренажем следует признать трубчатый (из тонких эластичных трубок), через который хорошо оттекает патологическое содержимое брюшной полости и через который легко ввести антибактериальные препараты. Дренажные трубки следует вывести через нижний угол раны или через заднее кольпоцелиотомическое отверстие. На всем остальном протяжении операционную рану зашивают обычно послойно.

В ходе всей операции большое значение имеет также своевременное, правильное и четко выполняемое переливание крови. По возможности еще до начала операции следует наладить внутривенное введение одногруппной, биологически совместимой крови. Во время же операции рациональнее всего воспользоваться близостью крупных артерий и в них под давлением ввести необходимое для нормализации гемодинамики количество крови — 200—400 *мл* и больше (см. также стр. 257).

Следовательно, основными моментами операции надвлагалищной ампутации матки при ее разрыве после обработки, изоляции операционного поля и вскрытия брюшной полости являются: 1) удаление плода и последа, 2) изучение характера, локализации и размеров разрыва, 3) лигирование разорванных сосудов или внутренней подвздошной артерии, 4) при необходимости нагнетание крови во внутреннюю подвздошную, наружную подвздошную или иную артерию, 5) собственно ампутация или, точнее, доампутация тела матки, 6) зашивание культи шейки матки, лигирование сосудов и культей придатков или связок, 7) перитонизация, 8) дренирование брюшной полости (если в этом есть необходимость), 9) закрытие операционной раны.

### Примерный ход операции надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками

Показания к операции: полный разрыв матки с отрывом левой широкой маточной связки у женщины 34 лет.

Перед операцией начато внутривенное вливание одногруппной, биологически совместимой крови.

Анестезия инфльтрационная 0,25% раствором новокаина (израсходовано 400 *мл*), а в глубине малого таза — 0,5% раствором новокаина (израсходовано 100 *мл*).

Операционное поле обработано спиртом и йодом и обложено стерильным бельем. Брюшная полость вскрыта послойным срединным разрезом между пупком и лобком; рана дополнительно обложена стерильными салфетками, прикрепленными к брюшине. Рана раздвинута рапорасширителем.

При осмотре обнаружено: плод женского пола в брюшной полости, матка в виде шаровидного образования смещена вправо, левая широкая ее связка оторвана. По левому ребру нижнего сегмента матки — рваная рана, лишь частично переходящая на тело; по контракционному кольцу спереди рана достигает противоположного ребра матки, а сзади — середины задней ее стенки. Плацента отслоена полностью, родилась в брюшную полость.

Извлечены плод и детское место. Рана осмотрена дополнительно. Кровотечение продолжается, но, несмотря на это, обнаружить разорванные сосуды не удалось. Поэтому остаток заднего листка широкой маточной связки отслоен кверху до уровня бифуркации общей подвздошной артерии, частично отсепарована внутренняя подвздошная артерия, под которую тотчас же с помощью иглы Дешана подведена кетгуттовая лигатура, сделана пункция артерии изогнутой иглой с обратным током. Лигатурой фиксирована игла в сосуде, в который под давлением влито 250 *мл* биологически совместимой крови, после чего общее состояние больной заметно улучшилось. Игла извлечена. Левая внутренняя подвздошная артерия лигирована. Из-за невозможности восстановить це-

лость матки решено доампутировать ее тело на уровне разрыва. Верхний отдел широкой маточной связки (труба, собственно яичниковая и круглая связки) пережат зажимом и рассечен, рассечен остаток переднего листка широкой связки, обнаженные при этом правые маточные сосуды на зажиме перерезаны. Рассечены оставшиеся неразорванными небольшие участки правой боковой и задней стенок матки. Лигированы левые круглая и воронко-тазовая связки.

Культи шейки матки зашита узловатыми кетгутowymi швами. Зажимы на сосудах и правой широкой маточной связке заменены лигатурами. Перитонизация произведена непрерывным кетгутowym швом, соединившим передний и задний листки широких маточных связок, под которые погружены все культи. В брюшную полость вставлена тонкая резиновая трубка, выведенная через нижний угол раны.

Операционная рана зашита послойно, края кожи соединены узловатыми шелковыми швами. Линия швов закрыта асептической повязкой. Удаленное тело матки с левыми придатками и широкой связкой направлено на гистологическое исследование. Труп мертворожденной девочки весом 4400,0 отправлен на патологоанатомическое вскрытие.

Продолжительность операции — 40 минут.

### **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛНОМ «СТАРОМ» РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ (IV СТЕПЕНЬ ПО БУЙКО)**

Проводится примерно так же, как и при старых разрывах с опущением задней стенки влагалища. Вся рубцовоизмененная ткань иссекается после тщательно проведенной инфильтрационной анестезии 0,25% раствором новокаина. Операция может быть успешно выполнена и под спинномозговой анестезией. Особенно рационален этот вид обезболивания, если в ходе операции необходимо добиться полного расслабления сфинктера. Какой бы формы ни был в прошлом разрыв промежности, следует вокруг него наметить для отсепаровки треугольный лоскут, основание которого должно проходить по границе перехода кожи промежности в слизистую влагалища. Отсепаровку удобнее и безопаснее проводить снизу, от основания лоскута по направлению к его вершине. После удаления лоскута следует тщательно отсепаровать края прямой кишки и соединить их отдельно от других тканей узловатыми шелковыми швами, концы которых вывести через анальное отверстие (рис. 237). После этого, самого ответственного, этапа операции надо сменить перчатки, инструментарий и материал. Соединение краев разорванного сфинктера — не менее ответственный момент операции. Необходимо широко отсепаровать края сфинктера и двумя-тремя узловатыми кетгутowymi лигатурами тщательно их соединить. Затем двумя кетгутowymi лигатурами следует соединить мышцы, поднимающие задний проход. Далее над рядом швов на прямой кишке накладывают несколько узловатых кетгутowych швов на паравагинальную клетчатку. Это удобнее делать до сшивания леваторов. Теперь остается соединить узловатыми кетгутowymi швами края влагалищной раны и шелковыми (можно также кетгутowymi) швами края кожи промежности.

Если в результате сращения после зашивания свежего полного разрыва промежности образовался мостик из тканей впереди анального отверстия, под которым проходит кал, следует этот мостик рассечь в самом начале операции и далее оперировать, как указано выше.

Уход и наблюдение в послеоперационном периоде те же, что и после зашивания свежего полного разрыва промежности.

При обширных разрывах влагалища следует пользоваться большим зеркалом и подъемниками, с помощью которых легко обнажить всю рану. Зашивать обширные раны надо с помощниками и лучше всего узловатыми швами, при этом концами швов удобно пользоваться как держалками, подтягивая ими соседние участки разрывов.

При отрыве влагалищных сводов (Colporrhhexis), если нет одновременно разрыва матки, следует хорошо обнажить всю рану зеркалом и подъемниками, края раны фиксировать зажимами Кохера, подтянуть ко входу во влагалище, тщательно осмотреть, чтобы не оставить нелигированными разорванные сосуды. Лишь после этого надо хорошо сопоставить края разрыва и шить узловатыми кетгутowymi швами по всей окружности. При наложении швов нужно прокалывать только стенку влагалища у краев раны, чтобы случайно не прошить стенки мочевого пузыря (спереди) или прямой кишки (сзади). Если разрывы глубоко проникают в параметральную клетчатку, следует ее дренировать стерильной марлевой полоской. Дренаж извлекают на 4—5-й день после операции.

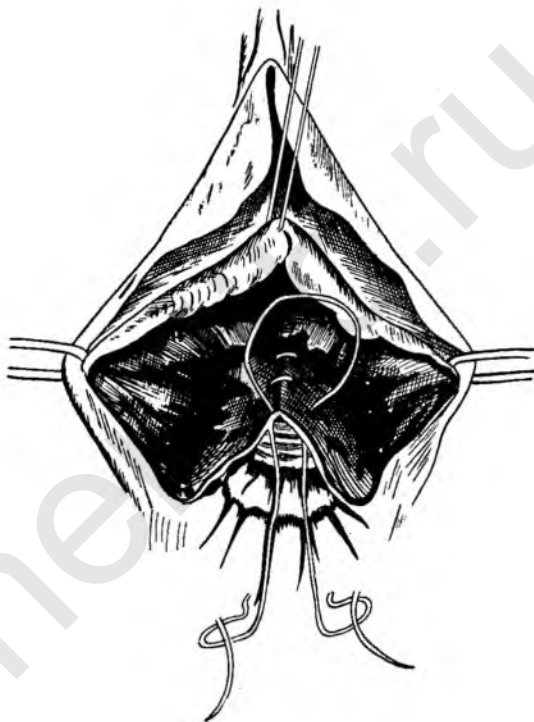


Рис. 237. Операция при полном «старом» разрыве промежности. Края очерчивающего разреза широко разведены. Целость прямой кишки восстанавливают узловатыми шелковыми швами.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРФОРАЦИЯХ МАТКИ

Одним из самых опасных осложнений операции искусственного аборта, пожалуй, является перфорация матки. Локализация перфоративного отверстия в значительной мере зависит от того, каким инструментом произведено прободение. Так, при расширении шеечного канала расширителями Гегара перфоративное отверстие чаще всего находится у внутреннего зева слева или справа и ведет в боковые параметрии, реже спереди — в сторону мочевого пузыря или сзади, и проникает в маточно-прямокишечное пространство. Соответственно топографии перфоративного отверстия может возникнуть серьезное и даже опасное для жизни осложнение.

Проникая инструментом в боковые параметрии, можно ранить маточную артерию или вену, а через отверстие в задней стенке шейки — верхний отрезок прямой кишки, сигмовидную кишку, сальник и т. д. При введении в полость матки маточного зонда, корнцанга, абортцанга с несколько заостренным концом или кюретки прободение обычно происходит у дна матки, чаще всего в одном из ее углов: через это отверстие легко ранить сосуды у угла матки, сальник, кишечник и другие органы. Особенно обширные ранения кишечника и сальника можно нанести захватывающими инструментами (абортцангом, полипными щипцами, щипцами Люэра и др.). Иногда врач, удаляя абортцангом части плодного яйца, захватывает и кусками отрывает ткани стенки матки, пока не образуются в ней отверстие с рваными краями: в редких случаях при этом может быть разрушена полностью, например, передняя стенка тела матки.

Наиболее распространенным в акушерско-гинекологической клинике считается оперативное лечение, при котором через разрез передней брюшной стенки зашивается перфоративное отверстие матки, восстанавливается целостность раненых органов, перевязываются разорванные сосуды.

Однако ранение соседних органов при перфорациях матки в практике встречается не так уж часто, поэтому мы не можем признать правильным подвергать лапаротомии всех больных с перфорацией матки.

Как и всякая полостная операция, лапаротомия по поводу перфорации матки может повлечь за собой различные осложнения, возникновение которых можно предупредить рациональным лечением, не применяя чревосечения.

На наш взгляд, главную роль во всем комплексе лечебных мероприятий при этом осложнении играет своевременная диагностика. Врач, сделав прободение матки при выполнении операции искусственного аборта, должен осознать происшедшее и вовремя остановиться, чтобы не травмировать соседние органы. Момент проникновения инструмента через стенку матки не всегда вызывает ясное ощущение преодоления сопротивления: иногда инструмент (зонд, кюретка) проникает в ткани матки и за ее пределы, как в сливочное масло, совершенно не встречая препятствия,

однако безошибочно можно определить проникновение инструмента за пределы матки. В сомнительных случаях можно конец инструмента пропальпировать через брюшную стенку.

Чаще всего матку перфорируют в начале операции искусственного аборта, когда плодное яйцо еще не нарушено, или в ходе операции, когда оператору кажется, что плодное яйцо удаляется с трудом, в более редких случаях — после удаления из полости матки всего плодного яйца. Перфорацию матки может сделать как начинающий, так и опытный специалист. Естественно, что терапевтические мероприятия значительно затруднены, если перфорация матки произошла в начале операции, при расширении шеечного канала или при попытке отслоить плодное яйцо от стенки матки, так как пока плодное яйцо остается в матке, остается и опасность развития маточного кровотечения, если даже нет никаких оснований подозревать повреждение сосудов или соседних органов. Еще труднее избрать правильную тактику лечения больной с перфорацией матки, произведенной неизвестным лицом вне лечебного учреждения.

По-видимому, наиболее правильным во всех случаях перфорации или даже при возникновении подозрения на нее является очень осторожное и тщательное обследование полости матки маточным зондом с целью установления наличия перфоративного отверстия, локализации и, по возможности, его величины<sup>1</sup>. Для диагностики перфорации матки, сопровождающейся внутренним кровотечением, следует применить пункцию заднего влагалищного свода.

Осматривая больную, у которой врач установил или подозревает перфорацию матки, необходимо обследовать зондом шеечный канал, а затем полость матки. Обнаружив отверстие в стенке матки, в зависимости от срока беременности, абортангом или кюреткой следует удалить плодное яйцо или его остатки, планомерно и очень осторожно соскоблить слизистую матки. При кровотечении из перфоративного отверстия, расположенного ниже внутреннего зева матки, следует применить осторожную тампонацию, которая обычно бывает достаточно эффективной. В первые сутки, особенно в первые часы после перфорации матки и окончания операции искусственного аборта, на низ живота назначают пузырь со льдом и проводят тщательное клиническое наблюдение за состоянием больной, при котором обращают внимание на цвет кожи и видимых слизистых, дыхание, участие в дыхании передней брюшной стенки, пульс, контролируют артериальное давление.

Если у больной не разорваны кровеносные сосуды и не ранены соседние органы (кишечник, сальник и др.), в первые 1—3 часа общее ее состояние настолько улучшается, что необходимость в оперативной помощи

---

<sup>1</sup> И. Н. Рембез. Наш опыт лечения при перфорациях матки. В сб.: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Ужгород, 1963, 248—252.

совершенно отпадает. При наличии же ранения внутренних органов или разрыва маточных сосудов в течение этого времени появляются признаки либо внутреннего кровотечения, либо перитонита, которые с каждой минутой становятся все более угрожающими.

Следовательно, сама по себе перфорация матки не является показанием к лапаротомии. Лапаротомия рекомендуется лишь при ранениях сосудов или соседних органов. В сомнительных случаях для диагностики этих осложнений можно через перфоративное отверстие в брюшную полость ввести наконечник от маточного шприца (Брауна) или сделать пункцию заднего свода и попытаться отсосать содержимое брюшной полости.

Убедившись в наличии ранения сосудов или соседних с маткой внутренних органов, следует немедленно приступить к лапаротомии. По вскрытии брюшной полости надо хорошо раздвинуть операционную рану и тщательно осмотреть матку и другие внутренние органы, которые могли быть травмированы.

При любом размере перфоративного отверстия в матке следует остановить кровотечение, а отверстие зашить, сохранив орган. Если на основании изучения характера перфоративного отверстия можно предполагать плохое сращение или образование обширных рубцов, которые могут разорваться во время будущих беременностей или родов, у такой больной рационально в заключение операции перевязать маточные трубы (если она согласна на это).

Ранения кишечника следует тщательно зашить. Если повреждена только серозная оболочка, достаточно наложить несколько узловатых швов, с помощью которых прикрывается дефект. Если же ранение кишечника проникающее, его следует тщательно зашить поперечно наложенными узловатыми швами в три этажа, а брюшную полость широко дренировать.

При уже развившемся перфоративном перитоните, когда чревосечение производится на 2—3-е сутки после перфорации матки, зашивать разорванную кишку не следует, так как заживления, вероятнее всего, не произойдет. В подобных случаях разорванную кишку следует вывести из брюшной полости, обшить пристеночной брюшиной и тем самым оградить брюшную полость от попадания в нее кишечного содержимого. Брюшную полость дренируют. Операционную рану зашивают обычно послойно. Спустя несколько месяцев после операции надо восстановить нормальную проходимость кишечника.

### **Неотложная оперативная помощь при случайных ранениях внутренних органов во время гинекологических операций**

Случайное ранение соседних органов в ходе гинекологических операций может быть обусловлено нарушением анатомических соотношений вследствие грубых изменений в тканях, сращения, рубцевания, значи-

тельного смещения и деформации этих органов, а также допущенной оператором оплошностью, недосмотром или неосторожностью. Нанести случайное ранение органа может не только начинающий, но и опытный, высококвалифицированный оператор. Сам по себе факт ранения органа не должен рассматриваться как нечто дискредитирующее специалиста. Важно, чтобы это ранение в ходе операции было замечено, так как опасность своевременно обнаруженного ранения может быть относительно легко устранена. Незамеченные же ранения внутренних органов представляют огромную, нередко даже смертельную опасность. Поэтому, оперируя, нужно помнить о возможности ранения соседних органов.

**Ранение мочевого пузыря.** Ранение мочевого пузыря может быть не проникающим в его полость (неполным), когда поврежден только мышечный слой, и проникающим (полным), когда, кроме мышечного слоя, повреждена и слизистая оболочка. Ранение мышечного слоя мочевого пузыря не опасно и не влечет за собой образование мочевого свища. Если же повреждена и слизистая оболочка мочевого пузыря, то неизбежно в рану будет затекать моча, препятствующая сращению ее краев, в результате чего образуется пузырно-влагалищный или шеечно-влагалищный свищ. Мочевой свищ может также образоваться в результате прошивания всей стенки мочевого пузыря (обязательно и слизистой оболочки) и некротизирования захваченных в лигатуру тканей. Незначительный по размерам свищ обычно самопроизвольно закрывается. Свищевое отверстие более или менее существенных размеров не имеет склонности к самопроизвольному заживлению.

При влагалищных операциях повредить мочевой пузырь можно во время проведения очерчивающего разреза передней стенки влагалища и при отсепаровке лоскута. Чтобы избежать этого, проводя разрез, нужно рассекавать ткани только до слоя рыхлой клетчатки, как описано при изложении влагалищных операций. Отсепаровывать выкроенный лоскут лучше всего преимущественно острым путем с помощью тупоконечных ножниц. Если, несмотря на все меры предосторожности при выкраивании лоскута из передней стенки влагалища, поврежден мышечный слой мочевого пузыря, что чаще всего бывает у больных старческого возраста с выраженными атрофическими изменениями, то следует удалить очерченный лоскут, а затем узловатыми кетгутовыми швами (№ 0) закрыть дефект. При проникающем ранении следует края раны соединить послойно также узловатыми швами из тонкого кетгута. Желательно, чтобы лигатуры не проникали в полость мочевого пузыря. Совершенно недопустимо соединение краев слизистой оболочки мочевого пузыря шелковыми нитками, на которых легко отлагаются мочевые камни.

Мочевой пузырь можно повредить во время отслаивания его от шейки матки. Чаще всего это бывает при тупом отделении тупфером или пальцами, когда оператор незаметно для себя вместо клетчатки расслаивает



мускулатуру мочевого пузыря, а его слизистую оболочку принимает за брюшину пузырно-маточной складки. В подобных случаях следует прекратить манипулирование, разобраться в характере и размерах повреждения, осторожно пинцетами или зажимами раздвинув края раны. Для ориентации можно воспользоваться металлическим катетером, введенным в мочевой пузырь через уретру. Не следует забывать и о краске (например, метиленовой синьке), которую можно ввести в мочевой пузырь и по вытеканию которой определить повреждение его стенки. Края раны мочевого пузыря следует тщательно соединить послойно узловатыми швами из тонкого кетгута.

При ушивании мочевого пузыря можно случайно прошить и его слизистую оболочку. Это может случиться также при соединении краев влагалитной раны. Чтобы избежать осложнения, следует на стенку мочевого пузыря накладывать швы с помощью кишечных или обкалывающих игл поверхностно, стараясь не прокалывать слизистой оболочки. Если же возникло сомнение в правильности наложения швов, следует их немедленно снять и вновь наложить с большей осторожностью. Прокалывание слизистой оболочки мочевого пузыря, особенно круглой иглой (кишечной, обкалывающей), совершенно безопасно; захватывание же ее лигатурой обуславливает некротизирование и образование свищевого отверстия, а в случаях прошивания шелком — и выпадение мочевых камней.

Ранение мочевого пузыря при брюшностеночных операциях можно нанести при вскрытии брюшины и при отсепаровке его от шейки матки. Велика опасность повреждения мочевого пузыря при продлении разреза брюшины книзу, по направлению к симфизу, у женщин с высоким его расположением, что обычно наблюдается при беременности и интралигаментарном расположении опухолей. Поэтому в подобных случаях вскрывать брюшину следует в верхней части операционной раны, ближе к пупку и обязательно под контролем зрения, осторожно предварительно отодвинув предбрюшинную жировую клетчатку. Если, несмотря на все предпринятые предосторожности, мочевой пузырь оказывается раненым, следует края раны тщательно соединить, начиная со слизистой оболочки, и послойно зашить узловатыми швами из тонкого кетгута.

Повреждение мочевого пузыря может быть нанесено при отделении его от шейки матки во время брюшностеночной операции. Возможность ранения значительно возрастает при изменении анатомических соотношений органов малого таза, воспалительных изменениях, расположении вблизи мочевого пузыря инфильтрата раковой опухоли, либо при резком смещении его опухолью. Пытаясь отслоить тупо, а значит и грубо, легко разволоknить мышцы мочевого пузыря, отличающиеся от окружающих тканей более темной окраской, а затем незаметно и разорвать слизистую оболочку. При остром отделении также можно рассечь стенку мочевого

пузыря. Если в ходе операции возникло сомнение в сохранении целостности его, следует ввести катетер и тщательно обследовать стенки мочевого пузыря: можно также наполнить его краской, по вытеканию которой легко определить раневое отверстие. В отдельных случаях можно произвести цистоскопию.

Обнаружив раневое отверстие в стенке мочевого пузыря, с помощью зажимов следует его хорошо раскрыть, осмотреть, тщательно сопоставить края раны и послойно зашить узловатыми швами из тонкого кетгута (№ 0, № 00). При соединении слизистой следует лигатуры провести с помощью кишечной иглы в непосредственной близости от ее краев, не прокалывая насквозь, чтобы в полость мочевого пузыря лигатуры не попадали.

В послеоперационном периоде мы не считаем обязательным в мочевой пузырь вводить постоянный катетер, так как длительное его пребывание в пузыре обуславливает развитие цистита. Значительно рациональнее регулярно, со строжайшим соблюдением правил асептики, выпускать мочу 4 раза в день с помощью катетера с последующим промыванием его небольшими порциями дезинфицирующего раствора (50 мл раствора фурациллина (1 : 4000), 2% раствора борной кислоты или раствора антибиотиков). Если же больная мочится самостоятельно, нужно проследить, опорожняется ли мочевой пузырь полностью.

**Ранение мочеточников.** Повреждение мочеточников возможно во время влагалищных операций. Так, производя операцию передней кольпоррафии, высокой ампутации шейки матки, полной влагалищной экстирпации матки, можно захватить вместе с клетчаткой (при пережатии связок или сосудов) мочеточник или оба мочеточника и перерезать. При прошивании можно в лигатуру захватить и мочеточник. Наконец, можно прошить мочеточник при попытке остановить кровотечение наложением швов на кровотокающие ткани, когда оператор не видит подлежащего перевязке сосуда. Во всех этих случаях, как правило, ошибка во время операции остается незамеченной. Она обнаруживается лишь после того, как через влагалище начнет подтекать моча. Правда, иногда уже в первые сутки можно диагностировать повреждение или прошивание мочеточников (отсутствие или подтекание мочи и другие симптомы); диагноз подтверждается при цистоскопии.

Как только обнаружено повреждение мочеточника и особенно обоих мочеточников, следует немедленно произвести лапаротомию, выделить и осмотреть мочеточники. Если они оказались перевязанными и времени после операции прошло не много (не более 1—3 суток), лигатуры следует рассечь и пронаблюдать за восстановлением перистальтики. При этом обычно перистальтика мочеточников и их проходимость восстанавливаются. Если же мочеточник (хуже оба) оказывается перевязанным или прорезанным лигатурами, его конец следует пересадить в мочевой пу-

зрь, о чем сказано ниже. Необходимо произвести лапаротомию и в случаях, когда без риска перевязки мочеточника не удастся остановить кровотечение из невидимого при влагалищной операции сосуда. Иногда образовавшийся в результате незначительного повреждения мочеточниковый свищ самопроизвольно закрывается. В большинстве же случаев по поводу мочеточниково-влагалищного свища приходится производить специальную операцию.

Значительно чаще повреждаются мочеточники при брюшностеночных операциях. При интралигаментарном расположении опухоли топография мочеточника может быть резко нарушенной, и поэтому его легко принять за связку или сосуд и перерезать после перевязки. Само по себе интралигаментарное расположение опухоли должно настораживать оператора и заставлять его думать прежде всего о возможности ранения мочеточников.

При надвлагалищной ампутации матки ранение мочеточника возможно, если маточная артерия пережимается зажимом значительно ниже уровня внутреннего зева вместе с большим количеством тканей; в этом месте мочеточник также легко прошить, если игла вкалывается глубоко в ткани.

Однако большая опасность захватывания в зажим, перерезки или прошивания мочеточника наблюдается при пангистерэктоми. Мочеточники нормально прилегают к боковым сводам влагалища на уровне влагалищной части шейки матки, как раз в тех местах, где в ходе операции пангистерэктоми необходимо лигировать маточные сосуды. Чтобы избежать при этом перерезания или прошивания мочеточников, следует маточные артерии захватывать в зажим в непосредственной близости от стенки боковых влагалищных сводов, а при лигировании не захватывать никаких тканей, кроме сосудов, вкалывая иглу под самым концом зажима. Прошивание кровоточащих тканей без выделения сосудов всегда опасно захватыванием в шов мочеточника и его рассечением или перевязыванием.

Во время выполнения расширенной пангистерэктоми возможность перевязывания или рассечения мочеточников несомненно уменьшается, так как в ходе всей операции они хорошо видны. Но при этой операции легко наносятся множественные повреждения мочеточников, легко нарушается сосудистое сплетение, а также иногда бывают несчастные случаи перевязки и даже перерезания одного и даже обоих мочеточников.

Если до окончания операции повреждение мочеточника не было замечено, следует тщательным наблюдением диагностировать его в первые — вторые сутки после операции.

При прошивании и лигировании мочеточников необходимо как можно раньше распустить швы, снять лигатуры и освободить мочеточник (или мочеточники) на всем протяжении.

При перерезке мочеточника наилучшим способом лечения является пересадка его в мочевой пузырь. Эта операция производится либо в ходе основной операции, либо в послеоперационном периоде.

Мочеточник, перед тем как вшить его в мочевой пузырь, следует отсепаровать кверху, чтобы он стал подвижнее и меньше натягивался при его низведении. Если натяжение мочеточника одним только этим приемом не устраняется, следует мобилизовать мочевой пузырь и сместить его в соответствующую сторону навстречу мочеточнику, фиксируя его к стенке таза. После этого в стенке мочевого пузыря над выпячивающим катетером, введенным через уретру, или между двумя зажимами, которыми захвачена стенка мочевого пузыря, скальпелем делают небольшое отверстие. Края слизистой мочевого пузыря захватывают двумя зажимами и осторожно разводят в стороны (рис. 238). Почечный конец мочеточника рассекают продольно на протяжении 1 см. Каждую полоску мочеточника прошивают тонкой кетгутовой ниткой с помощью кишечных игл, надетых на оба конца нити. Оба конца нитей проводят через стенку мочевого пузыря, вкалывая иглы изнутри и выкалывая их на расстоянии 1 см от отверстия в стенке мочевого пузыря; осторожно завязывая, конец мочеточника втягивают в мочевой пузырь. Далее края разреза стенки мочевого пузыря соединяют с мочеточником по всей его окружности узловатыми швами из тончайшего кетгута, после чего несколькими дополнительными узловатыми швами из мышцы мочевого пузыря создают пододбие муфты (рис. 239).

Операцию заканчивают тщательной перитонизацией всех раневых поверхностей. В послеоперационном периоде введение постоянного катетера не обязательно. Важно, чтобы моча не задерживалась надолго и мочевой пузырь не переполнялся. Это легко достигается выпуском мочи с последующим введением в мочевой пузырь небольших порций (до 50 мл) антисептических или антибактериальных растворов. Пузырный конец мочеточника можно не перевязывать, так как моча через него вытекать не может.

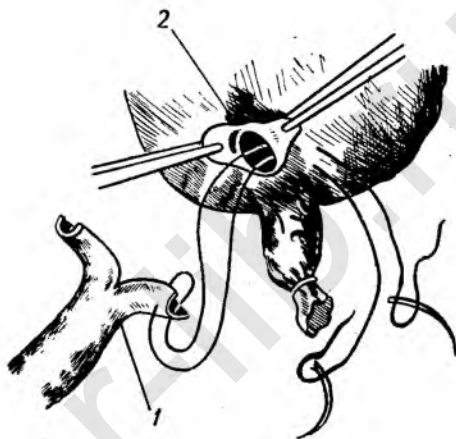


Рис. 238. Пересадка мочеточника в мочевой пузырь:

1 — нижний конец мочеточника разрезан пополам, одна половина которого прошита тонким кетгутом, проведенным через стенку мочевого пузыря; 2 — отверстие в стенке мочевого пузыря, через которое в его полость вводят раздвоенный конец мочеточника и подшивают узловатыми П-образными швами.

**Ранение кишечника.** При производстве влагалищных операций можно повредить прямую кишку. Так, делая очерчивающий разрез на задней стенке влагалища, легко проникнуть лезвием скальпеля глубже параректальной клетчатки (особенно если стенка влагалища истончена) и разрезать переднюю стенку прямой кишки. Отсепаровывая уже очерченный для удаления (обычно треугольной формы) лоскут задней стенки влагалища, можно ранить переднюю стенку прямой кишки. Чаще всего это бывает при тупой отсепаровке тупфером или пальцами, обмотанными марлевой салфеткой или просто комком марли. Разъединяя рубцовоизмененные ткани тупым, следовательно, грубым, способом, оператор либо разрывает отсепаровываемый лоскут, либо внедряется в глубь тканей и разрывает прямую кишку. Не исключена, конечно, полностью возможность ранения прямой кишки и при острой отсепаровке лоскута. При вскрытии влагалищного свода достаточно незначительного неосторожного движения, как острие скальпеля легко может проникнуть в полость прямой кишки. При влагалищной пангистерэктомии, когда матка уже выведена через переднее кольцоцелиотомическое отверстие, можно ранить прямую кишку, отсепаровывая от нее припаянную заднюю стенку матки. Наконец, при ушивании прямой кишки (когда имеется ее опущение), а также при наложении швов на мышцы, поднимающие задний проход, можно прошить переднюю стенку прямой кишки. Чтобы исключить эти осложнения, следует оперировать строго анатомически, сшивать только одноименные ткани.

Своевременно замеченное ранение прямой кишки должно быть немедленно зашито. Края раны захватывают зажимами или пинцетами и разводят в стороны. Сначала сшивают узловатыми шелковыми или кетгутowymi швами слизистую оболочку, затем — мышечную. Параректальную клетчатку над швами на прямой кишке соединяют несколькими узловатыми кетгутowymi швами.

Если же ранение прямой кишки во время операции не было замечено, то следует месяца три подождать самопроизвольного закрытия прямокишечно-влагалищного свища. Если нет склонности к заживлению, производят операцию зашивания свища.

Ранение прямой кишки иглой во время пункции не требует оперативного вмешательства, так как не влечет за собой образования свища.

При брюшностеночных операциях ранение тонкого кишечника возможно при вскрытии брюшины, при разъединении (особенно тупом) сращений кишечника с половыми органами. Ранение сигмовидной и прямой кишки возможно при выделении глубокорасположенных в полости малого таза и сращенных с его стенками и кишечником опухолей. Какой бы причиной ни было обусловлено ранение кишечника, оно должно быть вовремя распознано и зашито.

Швы на кишечник следует накладывать в поперечном направлении, чтобы не сузить его просвет и тем самым не нарушить его проходимость.

Края раны раздвигают с помощью зажимов или пинцетов. Сначала сшивают узловатыми кетгутowymi швами слизистую оболочку, затем — мышечную и серозную, а поверх этого ряда швов дополнительно накладывают узловатый серозно-серозный шов из тонкого кетгута или тонкого шелка.

В течение 5—6 дней после операции больной назначают жидкую диету, богатую витаминами (кофе, чай, бульон, кисель, пюре, творог и др.). На 5-й день следует дать слабительное, если кишечник не опорожнится самостоятельно. Ни в коем случае не допустимо применение клизм и газоотводных трубок, которыми можно нарушить первичное склеивание краев раны.

## ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Шок представляет собой сложный нервно-рефлекторный процесс, развивающийся в ответ на чрезмерно сильные болевые раздражения. В результате паралича вазомоторного центра и п. splanchnici происходит расширение сосудов брюшной полости, куда оттекает кровь. Кожные покровы вследствие этого резко бледнеют, приобретают сероватый оттенок, покрываются липким потом, конечности становятся холодными, черты лица заостряются. Пульс обычно учащается, у некоторых замедляется и делается слабым, с трудом прощупывается, зрачки расширяются, слабо реагируют, дыхание ослабляется и становится поверхностным. Нередко температура тела снижается ниже нормальных цифр, могут появиться отрыжка и рвота. Сознание больной сохраняется, но она вяло реагирует, замедленно отвечает на вопросы. Артериальное давление резко снижается. Шок может развиваться как во время, также и после операции.

К о л л а п с развивается в результате быстрого падения сердечной деятельности при длительном наркотизировании и большой продолжительности операции, а также вследствие большой потери крови и охлаждения больной. При этом кожа лица приобретает цианотический оттенок. Артериальное давление падает, нередко появляется зевота. Больная периодически впадает в обморочное состояние, теряет сознание.

Лучшим профилактическим мероприятием против развития шока и коллапса являются правильное установление противопоказаний, тщательная подготовка больной к операции, эффективное обезболивание и бережное анатомичное быстрое оперирование.

При шоке рекомендуется применение возбуждающих средств после остановки кровотечения и восполнения потерянной крови (стрихнин, кофеин и кофеиноподобные средства), малых доз адреналина повторно. При коллапсе прежде всего показано применение средств, возбуждающих сердечную деятельность, разумеется, после остановки кровотечения (камфара, строфантин и др.).

Как при шоке, так и при коллапсе хорошо действует внутривенное введение кровезаменителей и крови, а при крайне тяжелом состоянии больной — внутриартериальное нагнетание одногруппной биологически совместимой крови или кровезаменителей. Из кровезаменителей мы применяем полиглюкин, БК-8, реже сыворотку Беленького, в дозах 300—500 мл и больше. При отсутствии этих заменителей обычно мы вводим капельно 5% раствор глюкозы, физиологический раствор хлористого натрия (внутривенно, подкожно и ректально) или их смесь до 2—3 л в сутки и больше. К вводимым крови и кровезаменителям можно добавить по 2—3 капли адреналина, 0,2—0,5 мл строфантина. При шоке и коллапсе, обусловленном большой потерей крови, рекомендуется наклонить головной конец кровати больной.

При расстройстве дыхания самым действенным является немедленная интубация и вдувание воздуха или кислорода непосредственно в легкие с помощью аппарата для наркоза или ртом.

**Острая анемия и послеоперационное кровотечение.** Острая анемия может быть следствием кровотечения до операции, например при субмукозной миоме, предлежании плаценты и др., или во время операции, и, наконец, может развиться уже в послеоперационном периоде. При послеоперационном кровотечении характер и методика неотложной помощи зависят от того, из какого сосуда происходит кровотечение и после какой операции.

Обычно после влагалищных операций кровотечение происходит из половых органов наружу. При осмотре такой больной на операционном столе с помощью влагалищных зеркал можно обнаружить, захватить зажимом и перевязать кровоточащий сосуд или оставить на нем зажим на 1—2 суток, а затем снять. Если же обнаружить кровоточащий сосуд не удается, следует, строго соблюдая правила асептики, тщательно затампонировать влагалище.

Труднее диагностировать внутреннее кровотечение после лапаротомии. Однако при внимательном и постоянном наблюдении за изменением пульса, артериального давления, цвета кожных покровов и видимых слизистых можно довольно быстро заподозрить внутреннее кровотечение. При скоплении крови в параметральной клетчатке образуется гематома, отслаивающая брюшину кверху, верхний полюс которой пальпируется в виде болезненной, все увеличивающейся опухоли мягкой консистенции. Если же кровь поступает в брюшную полость, то диагноз устанавливают на основании признаков нарастающей острой анемии. Так как с помощью перкуссии и пальпации у некоторых женщин определить наличие в брюшной полости жидкости, а значит и крови, бывает практически невозможно, надо, кроме данных лабораторного исследования крови, прибегнуть к помощи пункции заднего влагалищного свода.

Единственно правильным методом оказания неотложной помощи при



внутреннем послеоперационном кровотечении является релапаротомия, которую лучше всего произвести под эндотрахеальным наркозом. Релапаротомию следует сделать даже в случае крайне тяжелого, терминального и даже агонального состояния. Перед началом операции налаживают внутривенное и внутриартериальное переливание однокрупной крови. Затем, интубировав, большую переводят на управляемое дыхание.

После снятия швов рану раздвигают ранорасширителем и тщательно методично осматривают органы малого таза, распустив швы на брюшине, на которой была произведена перитонизация. Обнаружив кровоточащий сосуд, его захватывают зажимом и перевязывают. Излившуюся в брюшную полость кровь, если операция была асептической, можно влить больной в артерию или в вену. В случае падения сердечной деятельности следует немедленно приступить к непрямому или прямому массажу сердца. Борьба за жизнь такой тяжело больной не заканчивается закрытием брюшной полости, а продолжается еще много часов, а иногда и несколько суток.

**Рвота** (иногда чрезмерная) в первые часы после операции обычно наблюдается, независимо от характера оперативного вмешательства, после масочного эфирного наркоза. У некоторых больных она может быть обусловлена введением морфина. Эффективной мерой борьбы против длительно непрекращающейся рвоты является промывание желудка и введение в организм большой большого количества жидкости.

Если же рвота продолжается на 2-е и 3-и сутки, ее следует расценивать как симптом послеоперационных осложнений (перитонит, непроходимость кишечника и др.).

**Икота** в послеоперационном периоде наблюдается редко, появляется обычно на второй день после операции и не прекращается ни днем, ни ночью. Икота является симптомом интоксикации. При перитоните она сочетается с другими характерными симптомами. У некоторых больных икота может быть обусловлена психогенным фактором. При интоксикации икота устраняется лечением основного заболевания. Как симптоматическое средство дают облегчение промывание желудка, бромиды, психотерапия.

**Перитонит** является одним из тяжелейших, нередко смертельных, послеоперационных осложнений. При послеоперационном перитоните самым надежным методом лечения следует признать оперативный. Результаты его тем лучше, чем раньше сделана операция. Диагностировать послеоперационный перитонит обычно раньше чем на 3—4-й день не удастся. Признаками этого осложнения являются рвота на 3—4-е сутки, расширение желудка, парез кишечника с явлениями частичной непроходимости, тяжелая, прогрессивно нарастающая общая интоксикация организма. Довольно рано при послеоперационном перитоните наблюдаются явления падения сердечной деятельности; уже на 2—3-е сутки легко заме-

тить ослабление пульса, заметное снижение или падение артериального давления. Температура тела с началом развития перитонита, как правило, повышается; у истощенных больных может не повышаться. Повышение температуры и усиление интоксикации может сопровождаться эйфорией, сменяющейся подавленным состоянием психики. Данные пальпаторного исследования при перитоните не характерны.

Для установления диагноза перитонита не следует забывать о пункции заднего влагалищного свода. Получение из брюшной полости воспалительного серозного или гнойного экссудата может полностью рассеять сомнения.

Кроме оперативного лечения, при перитоните имеют большое значение внимательный уход за больной, регулярная вентиляция палаты, содержание тела в чистоте, ежедневная смена постельного и нательного белья, профилактика пролежней. Для борьбы с обезвоженностью и интоксикацией организма следует ежедневно внутривенно вводить до 100—150 мл 40% раствора глюкозы под кожу и ректально вводить до 3—5 л 5% раствора глюкозы и физиологического раствора хлористого натрия, полиглюкин, препарат БК-8 и другие кровезаменители, плазму, периодически, по показаниям, небольшими дозами, — одногруппную кровь (внутривенно). После введения большого количества глюкозы надо под кожу вводить по 5—8 ЕД инсулина в день. В первое время следует применять пузырь со льдом на живот, это способствует ограничению распространения перитонита.

После операционный бронхит и пневмония чаще всего развиваются после применения масочного эфирного наркоза, а иногда после любого другого вида обезболивания. При их возникновении рекомендуется общепринятое в настоящее время лечение.

При отсутствии и задержке мочеотделения следует применять средства, тонизирующие мускулатуру мочевого пузыря, в частности 0,1% раствор стрихнина по 1 мл 3 раза в день в инъекциях, прогревание области мочевого пузыря, раннее вставание больной с постели, лечебная гимнастика, психотерапия и др. Если в результате многократной катетеризации мочевого пузыря развился цистит, помогает промывание его раствором фурациллина (1 : 4000) с последующим введением 10—20 мл 2—3% раствора колларгола или протаргола, антибактериальных средств.

При пиелите назначают тепло на область почек, мочегонные (по 25—50 мг гипотиазида), введение в организм большого количества жидкости. Из рациона больной при цистите и пиелите следует исключить все раздражающее (горечи, пряности, вино и др.), а при пиелите — и мясные отвары. Одновременно следует проводить и антибактериальное лечение.

При нагноении в операционной ране надо проанализировать всю работу операционного блока и послеоперационных палат,

так как главной причиной этого осложнения является внесение в рану бактерий извне. Лечение же сводится к своевременному и широкому раскрытию раны, обеспечивающему хороший отток гноя. Если разовьется параметрит или пельвеоперитонит и от применения консервативного лечения не отмечается улучшения, следует применить оперативное лечение, как указано выше.

**Тромбоз**, представляющий собой прижизненное образование в сосудах из форменных элементов крови тромбов, в большинстве случаев поражает вены таза и бедра (в два раза чаще слева). Тромбоз чаще наблюдается у больных после 40 лет, особенно при миомах матки. Предрасполагающими моментами являются: варикозное расширение вен, повышенная свертываемость крови (хотя и не всегда), замедление тока крови, ослабление сердечной деятельности, повреждение стенок сосудов.

Ранние симптомы тромбоза не всегда вовремя замечаются. Наиболее постоянными из них следует считать постепенное, с каждым днем, учащение пульса, при еще не высокой или нормальной температуре тела, боли в области таза и бедренного треугольника по ходу крупных сосудов, затем повышение температуры, появление отека соответствующей конечности.

Как только заподозрено развитие тромбоза, следует создать конечности возвышенное положение, ограничить ее подвижность. Рекомендуется применение пиявок (гирудотерапия) и антикоагулянтов (дикумарин по 0,1 до 3 раза в день, неодикумарин по 0,2—0,3 до 3 раз в день, пелентан и др.). Лечение антикоагулянтами надо проводить под контролем содержания тромбина в крови.

Профилактика тромбоза до операции сводится к правильному установлению противопоказаний, применению лечебной гимнастики, назначению богатой витамином С диеты, повышению тонуса сердечно-сосудистой системы.

Во время операции профилактикой тромбоза являются строжайшее соблюдение правил асептики, строго анатомическое разделение тканей скальпелем или ножницами вместо грубого разъединения тканей кусками марли, способствующего образованию гематом и последующему их нагноению.

**Эмболия** — процесс переноса по кровяному руслу оторвавшихся частей тромба и оседания их в сосудах малого круга кровообращения. Эмболия нередко является смертельным заболеванием. Лечение эмболии то же, что и тромбоза.

Остановимся еще на одном из самых тяжелых, нередко смертельных осложнений — на случайном оставлении в брюшной полости салфеток или инструментов. Это осложнение мы рассматриваем как большое несчастье, которое можно предотвратить.

Оставленные в брюшной полости салфетки или какой-нибудь инструмент служат причиной раздражения брюшины и даже развития перитонита. Очень редко больная не реагирует на инородное тело. В клинической картине, как правило, в послеоперационном периоде наблюдается прогрессивное ухудшение общего состояния с развитием симптомов, характерных для перитонита или непроходимости кишечника. Нередко это осложнение сопровождается незаживлением операционной раны и эвентрацией. Поэтому в случаях осложненного течения послеоперационного периода, если возникло хотя бы малейшее подозрение на оставление в брюшной полости инородного тела, следует прибегнуть к релапаротомии и тщательной ревизии брюшной полости. Обнаруженные салфетки или инструмент удаляют. Если при этом налицо признаки перитонита, следует брюшную полость дренировать, чтобы создать беспрепятственный отток воспалительному экссудату и возможность постоянного введения антибактериальных средств.

С целью профилактики этого опасного осложнения в операционном блоке клиники или больницы должен быть заведен строгий порядок, за соблюдение которого отвечает операционная сестра. Общие правила его изложены в общей части книги.

Во время операции не следует пользоваться никакими дополнительными столиками для инструментария. Все инструменты и салфетки должны быть правильно сосчитаны перед их стерилизацией и скреплены по десятку. Кроме оператора в ходе операции в брюшную полость никто не должен вводить ни салфеток, ни инструментов. Салфетки, примененные для ограждения кишечника, должны закрепляться на операционном белье, которым изолировано операционное поле. Мелкие салфетки для осушивания операционной раны должны применяться только на тампонаторах с надежным замком. Все необходимое для ведения операции оператор должен брать из рук операционной сестры и ей же возвращать.

По окончании операции должна быть обязательно произведена ревизия брюшной полости, особенно тщательно — после кесарева сечения, операции по поводу внематочной беременности, разрыва матки и некоторых других, когда в брюшной полости имеется кровь и операционное поле постоянно заливается кровью.

Операционная сестра обязана вести точный и внимательный счет расходуемых инструментов и салфеток. Оператор не может приступить к зашиванию операционной раны, пока операционная сестра ему не скажет, что все бывшее в операции ей возвращено.

Полное незаживление операционной раны и, вследствие этого, эвентрация являются одним из тяжелых, а порою и опасных для жизни осложнений послеоперационного периода. Частота этого осложнения не изучена, а опасность очень велика, так как смертность достигает 20—47%.

Долгое время существовало мнение, что эвентрация в послеоперационном периоде встречается преимущественно после операции кесарева сечения. Однако в настоящее время этого мнения никто не разделяет. Достаточно привести данные Монакова, который наблюдал эвентрацию у 63 воинов Советской Армии (все мужчины), перенесших оперативные вмешательства по поводу огнестрельных ранений в живот, чтобы стало ясным, что незаживление операционной раны с выхождением внутренностей встречается не только после кесарева сечения и не только у женщин.

Причины несращения краев брюшной раны и выхождения внутренностей недостаточно изучены. Так, нельзя объяснить возникновение этого осложнения только нагноением в ране. Наблюдая эвентрацию у 14 послеоперационных гинекологических больных (Ровно, Черновцы, Львов, Ужгород), мы только у одной из них видели нагноение и только у нее высеяли из раны гноеродные бактерии. Некоторые авторы (А. Ю. Лурье) объясняли эвентрацию протеолитическими свойствами сальника, который внедряется между краями недостаточно тщательно зашитой брюшины, раздвигая их в стороны, проникает затем между краями апоневроза, препятствуя их сращению. В подобных случаях бывает достаточно даже небольшого физического напряжения с растяжением брюшной стенки (резкий поворот больной в постели, кашель, рвота и др.), чтобы рыхлое склеивание подкожной жировой клетчатки и краев кожи нарушилось, а края раны разошлись.

С точкой зрения этих авторов мы не можем согласиться, так как, по нашим наблюдениям, сальник при незаживлении операционной раны играет совершенно иную роль. Он не только не обуславливает расхождения краев раны, но, прикрывая кишечник спереди, защищает брюшную полость от инфицирования.

Некоторые авторы придают решающее значение, как основной причине, вызывающей эвентрацию, авитаминозу (например, цинге) или гиповитаминозу (Самарин, Соколов, Сабельников и др.). По-видимому; с мнением этих авторов полностью согласиться нельзя, хотя авитаминоз, часто развивающийся уже в послеоперационном периоде, несомненно понижает регенеративные способности тканей. Имеет, вероятно, значение и необычно частое наложение лигатур при повышенной кровоточивости тканей, обусловленной гиповитаминозом, вследствие чего развивается ишемия тканей, еще более понижающая их регенеративные свойства. Однако далеко не всегда до операции у больных встречается гиповитаминоз и тем более авитаминоз.

У абсолютного большинства больных послеоперационная эвентрация появляется вследствие чрезмерного растяжения брюшной стенки, обусловленного метеоризмом, но далеко не у всех больных с чрезмерным растяжением брюшной стенки наблюдается незаживление операционной раны. Следовательно, одного лишь этого фактора недостаточно для рас-

хождения краев раны, необходима пониженная регенеративная способность тканей, не сращение, а лишь рыхлое склеивание краев раны, по нашим наблюдениям, нередко встречающееся без признаков воспаления и наличия в ране гноеродных бактерий.

Качество шовного материала, вероятно, не имеет никакого значения при расхождении краев раны и эвентрации. Наше мнение подтверждается также данными Монакова, который наблюдал эвентрацию после зашивания операционной раны различным шовным материалом, даже проволокой.

Мы наблюдали 14 гинекологических больных, у которых причиной послеоперационной эвентрации была интоксикация, причем основные источники ее локализовались не только в операционной ране, но и за пределами половых органов (пневмония, туберкулез легких, перитонит и др.). Несомненно, механические факторы (перерастяжение брюшной стенки, кашель и др.) сыграли свою роль и у наших больных, но роль второстепенную. Механические факторы лишь ускорили возникновение эвентрации.

У послеоперационных больных с тяжелой интоксикацией нарушается обмен веществ, в том числе и витаминов, вследствие чего развивается гиповитаминоз, снижающий, как указывалось выше, регенеративные способности тканей.

Таким образом, нам кажется наиболее правильным признать, что главной причиной эвентрации является интоксикация организма, обуславливающая нарушение трофических процессов и процесса регенерации: при этом травма, наркоз и другие вредно действующие факторы обуславливают развитие пареза кишечника, значительно усиливающего нарушение обмена веществ и интоксикацию. Чрезмерное растяжение брюшной стенки, являющееся следствием пареза кишечника, и кашель как симптом поражения органов дыхания выступают в качестве подчиненной причины, облегчающей расхождение краев раны и возникновение эвентрации.

Причинами эвентрации, по нашим наблюдениям, были: туберкулез легких, септический метроэндометрит и пиовариум у одной больной, пневмония — у 7, межпечельный абсцесс — у 3, перитонит — у 3, из них у одной вследствие перфорации сигмовидной кишки в области анастомоза.

Течение послеоперационного периода, осложненного эвентрацией, уже со второго дня после операции отличается некоторыми особенностями: состояние больных в одних случаях быстро, в других медленно и менее заметно, но прогрессивно ухудшается. Пульс с каждым днем учащается, слизистая языка подсыхает, он может быть обложенным, нередко блестящим, словно отполированным, черты лица заостряются, дыхание частое, но не глубокое. Увеличивается вздутие живота за счет пареза кишечника, скопления в нем газов и жидкости с большим и все увеличивающимся

количеством токсических продуктов, всасывание которых еще более ухудшает общее состояние больных.

При неосложненном течении послеоперационного периода эти явления значительно менее выражены, на 2—3-и сутки начинает действовать кишечник, на 3—4-е температура снижается, значительно улучшаются субъективное и объективное состояние больных.

В конце 3-х и на 4-е сутки осложненного послеоперационного периода состояние больных продолжает ухудшаться: вздутие живота увеличивается, газы не отходят или отходят после клизмы и вновь скопляются, кишечник не опорожняется, несмотря на назначение слабительных и очистительных клизм, температура достигает высоких цифр (38,5—39° и выше), язык совершенно высыхает, больных мучает жажда, нередко появляется рвота (однократная, повторная или многократная). Вследствие потери организмом жидкости кровь сгущается, кровообращение затрудняется, пульс учащается и достигает 100—150 ударов в минуту, дыхание частое, неглубокое, одышка, нередко кашель с трудно отделяемой мокротой. На 5—6-й день и позже состояние больных остается тяжелым или прогрессивно продолжает ухудшаться. К этому времени уже без особых трудностей удается определить симптомы пневмонии, перитонита или другого заболевания.

Для клиницистов самой ответственной задачей является критическая оценка состояния больной и правильности своих наблюдений, а также всех лечебных мероприятий. Кроме описанных симптомов, характеризующих общее тяжелое состояние больных, особое значение приобретают симптомы, которые можно выявить при тщательном исследовании органов брюшной полости. Живот обычно равномерно вздут, кожа его до блеска растянута или напряженность брюшной стенки только что уменьшилась, улучшилось субъективное состояние. В подобных случаях повязка оказывается промокшей. Иногда больные говорят, что у них что-то порвалось в ране, после чего им стало легче дышать, уменьшились боли и промокла повязка. Нередко при этом снижается температура. Пропальпировать через напряженную брюшную стенку обычно ничего не удается. При осмотре раны швы опеределаются на месте, иногда 1—2 скобки могут быть разогнутыми.

Мы лишь у одной из 14 больных обнаружили признаки воспаления краев раны; у остальных больных линейный рубец создавал впечатление первичного заживления. Пальпаторно у краев раны определяется истончение брюшной стенки, а перкуторно — более ясный, чем в других участках, тимпанит. Из описанных симптомов большое диагностическое значение имеют промокание повязки жидкостью, в подобных случаях обычно вытекающей из брюшной полости, а не из подкожной клетчатки, и определение истончения брюшной стенки у краев раны вследствие расхождения швов сначала на брюшине, затем на апоневрозе и мышцах, в то время

как края кожи продолжают оставаться склеенными или рыхло сросшимися. Для уточнения диагноза в отверстие, из которого вытекает жидкость, следует ввести маточный зонд, беспрепятственно опускающийся в брюшную полость под влиянием собственной силы тяжести. Можно осторожно снять 2—3 скобки (или шва), слегка раздвинуть края раны и при этом убедиться в отсутствии их сращения на всю толщину брюшной стенки, если действительно имеет место указанное осложнение.

Из существующих трех способов лечения при эвентрациях (зашивание послойное или через все слои, стягивание краев раны повязкой без швов и, наконец, тампонада) ни один не может быть применен с гарантией успеха, без установления и ликвидации причины несращения краев раны. Нам кажется, наиболее рациональным является зашивание раны после выяснения и устранения причины, обусловившей возникновение эвентрации, и дренирование брюшной полости. Иначе говоря, без удаления из организма очагов нагноения и прекращения интоксикации (пиовариум, межпетельный абсцесс и др.) рассчитывать на успех невозможно.

Как только поставлен диагноз полного несращения краев операционной раны, следует, не теряя времени, взять больную на операционный стол и тщательно обследовать брюшную полость. При этом рыхлые спайки легко разъединяются и все органы становятся доступными для осмотра. Обнаруженные гнойные очаги (пиовариум, пиосальпинкс, межпетельный абсцесс и др.) немедленно удаляют, а брюшную полость широко дренируют с помощью резиновых трубок, марлевых и резиновых полосок.

При соединении краев операционной раны лучше сшивать одноименные ткани, а когда это не удастся — можно наложить шелковые швы через все слои брюшной стенки (например, матрацные швы). По окончании операции на линию швов накладывают асептическую повязку и живот забинтовывают или завязывают простыней. После этой операции больная обычно еще долгое время продолжает оставаться в тяжелом состоянии и нуждается в особом внимании и уходе.

Полученный во время операции экссудат необходимо исследовать на чувствительность содержащихся в нем бактерий к антибиотикам. Антибиотики теперь рациональнее вводить непосредственно в брюшную полость через вставленные в нее трубки. Больную надо обеспечить рациональным легко усвояемым калорийным и богатым витаминами питанием. Ежедневно длительно капельным способом следует вводить жидкости (подкожно, внутривенно, ректально) до 1—3 и больше литров, плазму или другие белковые препараты, периодически вливать кровь. Необходимо позаботиться о ежедневном отпращивании кишечника.

Швы снимать следует не раньше чем на 10-й день. Садиться больной можно разрешать с учетом общего состояния на 5—6-й день после релапаротомии, а ходить — на 7—8-й день. Домой можно выписать только после полного выздоровления.



## О Г Л А В Л Е Н И Е

Предисловие . . . . .	3
Введение . . . . .	5
<i>Глава I</i>	
<b>Подготовка операции</b> . . . . .	9
О показаниях и противопоказаниях к операции . . . . .	9
Обследование больной и подготовка к операции . . . . .	10
Подготовка оператора и его помощников к операции . . . . .	14
Операционный блок . . . . .	16
<i>Глава II</i>	
<b>Обезболивание в гинекологии</b> . . . . .	21
Эфирный наркоз . . . . .	22
Эндотрахеальный наркоз . . . . .	26
Внутривенный барбитуратный наркоз . . . . .	29
Спинальная анестезия . . . . .	33
Перидуральная анестезия . . . . .	36
Инфильтрационная местная и проводниковая анестезия . . . . .	39
<i>Глава III</i>	
<b>Вспомогательные операции</b> . . . . .	41
Брюшностеночное чревосечение . . . . .	45
Влагалищное чревосечение . . . . .	52
<i>Глава IV</i>	
<b>Полостные брюшностеночные операции</b> . . . . .	58
Операция овариоэктомии при опухолях яичника на ножке . . . . .	61
Операция овариоэктомии при осложненных опухолях яичников . . . . .	64
Операция удаления интралигаментарных опухолей яичников . . . . .	68
Операция резекции яичника . . . . .	72
Операция оментоовариопексии . . . . .	73
Оперативное лечение при воспалительных заболеваниях придатков матки . . . . .	76
Оперативное лечение при внематочной беременности . . . . .	80

Оперативное лечение при бесплодии . . . . .	85
Операция стерилизации женщины . . . . .	88
Оперативное лечение при миомах (фибромиомах) матки . . . . .	99
Операция миомэктомии . . . . .	91
Операция надвлагалищной ампутации матки без придатков . . . . .	93
Операция надвлагалищной ампутации матки с придатками . . . . .	103
Операция пангистерэктомии без придатков . . . . .	106
Операция пангистерэктомии . . . . .	108
Оперативное лечение при раке яичников . . . . .	115
Оперативное лечение при раке шейки матки . . . . .	116
Операция расширенной пангистерэктомии с придатками (по Келли — Губаре- ву — Вертгайму) . . . . .	118
Ведение послеоперационного периода . . . . .	131

#### Глава V

<b>Оперативное лечение при заболеваниях наружных половых органов . . . . .</b>	<b>135</b>
Операция вскрытия абсцесса бартолиниевой железы . . . . .	135
Операция удаления кисты бартолиниевой железы . . . . .	135
Удаление остроконечных кондилом . . . . .	138
Рассечение девственной плевы . . . . .	138
Ведение послеоперационного периода . . . . .	138

#### Глава VI

<b>Диагностические влагалищные операции . . . . .</b>	<b>140</b>
Зондирование матки . . . . .	140
Операция выскабливания слизистой оболочки матки . . . . .	141
Операция вакуум-аспирации слизистой оболочки матки . . . . .	144
Иссечение кусочка ткани для гистологического исследования . . . . .	145
Операция пункции заднего влагалищного свода . . . . .	147
Продувание маточных труб (пертубация) . . . . .	149
Гидротубагия . . . . .	150

#### Глава VII

<b>Оперативное лечение при заболеваниях влагалища и шейки матки . . . . .</b>	<b>151</b>
Операция иссечения продольной перегородки влагалища . . . . .	151
Оперативное лечение при гематокольпозе . . . . .	151
Скарификация шейки матки . . . . .	154
Диатермопунктура шейки матки . . . . .	154
Рассечение наружного зева шейки матки . . . . .	155
Операция клиновидной ампутации шейки матки (по Шредеру) . . . . .	155
Операция конусовидной ампутации шейки матки (по Штурмдорфу) . . . . .	158
Операция высокой ампутации шейки матки . . . . .	160
Операция диатермоконизации шейки матки . . . . .	162
Операция Эммета . . . . .	163
Оперативное прерывание беременности . . . . .	164
Оперативное лечение при опущении передней стенки влагалища (операция передней кольпорафии) . . . . .	170
Оперативное лечение при опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря . . . . .	172
Оперативное лечение при опущении передней стенки влагалища, мочевого пузыря и элонгации шейки матки . . . . .	173

Оперативное лечение при старых разрывах промежности и опущении задней стенки влагалища и прямой кишки (операция кольпоперинеорафии) . . . . .	173
Операция фиксации матки с помощью крестцово-маточных связок . . . . .	178
Ведение послеоперационного периода . . . . .	179
Операция срединной кольпорафии по Лефору — Нойгебауэру . . . . .	181
Операция Лабгардта . . . . .	183
Операция влагалищной пангистерэктомии с одновременной передней кольпо-рафией и кольпоперинеорафией . . . . .	185
Оперативное лечение при опухолях матки и придатков . . . . .	200
Операция стерилизации . . . . .	214
Операция кольпопоза . . . . .	216
Ведение послеоперационного периода . . . . .	218

#### *Глава VIII*

<b>Дополнительное оперативное лечение при неправильных положениях, опущениях и выпадениях матки и влагалища . . . . .</b>	<b>219</b>
---	------------

Операция укорочения круглых связок на передней поверхности матки (по Менге) . . . . .	219
Операция укорочения круглых связок на задней поверхности матки (по Веб-стеру — Бальди — Дартигу) . . . . .	221
Операция укорочения круглых связок через паховые каналы (по Александру — Адамсу) . . . . .	221
Операция вентросуспензии матки (по Долери — Джильяму) . . . . .	223
Операция вентрофиксация матки (по Кохеру) . . . . .	224

#### *Глава IX*

<b>Оперативное лечение при недержании мочи и кала, при мочеполовых и кишечно-половых свищах . . . . .</b>	<b>226</b>
---	------------

#### *Глава X*

<b>Оперативное лечение при параметрите и перитоните . . . . .</b>	<b>236</b>
---	------------

#### *Глава XI*

<b>Неотложные акушерские операции . . . . .</b>	<b>240</b>
Родоразрешение с помощью кесарева сечения . . . . .	240
Операция корпорального (классического) брюшностеночного кесарева сечения . . . . .	240
Операция перешеечного кесарева сечения . . . . .	243
Операция влагалищного кесарева сечения . . . . .	248
Оперативное восстановление целостности промежности и влагалища во время родов . . . . .	251
Оперативное лечение при разрывах шейки матки . . . . .	255
Оперативное лечение при разрывах матки . . . . .	256
Операция надвлагалищной ампутации матки при ее разрыве . . . . .	261
Оперативное лечение при полном «старом» разрыве промежности (IV степени по Буйко) . . . . .	264
Оперативное лечение при перфорациях матки . . . . .	266
Неотложная оперативная помощь при случайных ранениях внутренних органов во время гинекологических операций . . . . .	268

#### *Глава XII*

<b>Осложнения в послеоперационном периоде . . . . .</b>	<b>276</b>
---	------------